

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### TARIF BSK

FÜR VERSICHERTE MIT WOHNSITZ IN DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN SOWIE  
DEM OSTTEIL BERLINS

KRANKHEITSKOSTENTARIF  
FÜR AMBULANTE, STATIONÄRE UND ZAHNÄRZTLICHE HEILBEHANDLUNG

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 1994 - MB/KK 94 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

#### L e i s t u n g e n d e r D K V

---

#### 1. Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

---

##### 1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen einschließlich
  - gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, insbesondere
    - zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern,
    - zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit,
    - zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes,
  - Schutzimpfungen,
    - die von der Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (also zum Beispiel unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden,
  - Psychotherapie
    - (siehe Leistungsvoraussetzung § 4 Abs. 2.1 AVB)
    - bis zu 30 Sitzungen zu 100 %,
    - von der 31. Sitzung an zu 80 %,
    - von der 61. Sitzung an zu 70 %,

soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze<sup>1</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.
- Häusliche Behandlungspflege
  - Medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen), soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

---

<sup>1</sup> Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

- Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung  
durch Pflegefachkräfte, wenn durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Vergütungen, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- Arznei- und Verbandmittel  
(siehe § 4 Abs. 3 und 3.1 AVB).
- Leistungen der Hebamme / des Entbindungspfleger, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Leistungen des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten, soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- Leistungen des Logopäden, bis zu den Regelhöchstsätzen<sup>1</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.
- Hilfsmittel  
(siehe § 4 Abs. 3.3 AVB - ausgenommen Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen).
- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) abweichend von § 4 Abs. 3.3 AVB innerhalb von zwei Kalenderjahren bis zu einem Höchstsatz von insgesamt 102,26 EUR.

1.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Leistungen des Heilpraktikers

1.3 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 1.1 ergeben, werden zu 100% ersetzt,**

**bei Aufwendungen für**

- Arznei- und Verbandmittel,
- Leistungen des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten,
- Leistungen des Logopäden,
- Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen)

**abzüglich des nach Nr. 1.4 vorgesehenen Selbstbehaltes.**

1.4 **Der vorgesehene Selbstbehalt beträgt je Kalenderjahr und versicherte Person**

ab dem 21. Lebensjahr 153,39 EUR,  
bis zum 21. Lebensjahr 76,69 EUR.

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr der höhere Selbstbehalt.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandler in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden vollen Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

---

<sup>1</sup> siehe Seite 1

---

## 2. Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

---

### 2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen

einschließlich

gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) mit vorbereitenden Maßnahmen, funktionsanalytischer, funktionstherapeutischer Leistungen, implantologischer Leistungen, kieferorthopädischer Leistungen mit vorbereitenden Maßnahmen, Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze<sup>2</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen<sup>3</sup> Preise berechnet sind.

Wir empfehlen Ihnen, bei den oben einzeln genannten zahnärztlichen Leistungen (die Vorsorgeuntersuchung ausgenommen) vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

### 2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden ersetzt:

|  |    |        |
|--|----|--------|
| bei Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen | zu | 70 %,  |
| bei kieferorthopädischen Leistungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen              | zu | 75 %,  |
| bei sonstigen zahnärztlichen Leistungen  | zu | 100 %, |
| bei zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien  | zu | 70 %.  |

---

## 3. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

---

### 3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.

- Wahlärztliche<sup>4</sup> und belegärztliche<sup>5</sup> Leistungen,

soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze<sup>6</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

<sup>2</sup> Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOZ bzw. GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

<sup>3</sup> Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

<sup>4</sup> gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

<sup>5</sup> Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

<sup>6</sup> Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Nr. 437 und Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

3.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 3.1 ergeben, werden zu 100% ersetzt.**

3.3 Krankenhaustagegeld

Werden wahl- oder belegärztliche Leistungen nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld von

5,11 EUR.

3.4 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von 153,39 EUR je Kind gezahlt.

---

#### 4. Beitragsentlastung

---

4.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung auf die Vollendung des  

|                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| "Beitragsentlastung V 65" | 65. Lebensjahres |
| "Beitragsentlastung V 70" | 70. Lebensjahres |
| "Beitragsentlastung V 75" | 75. Lebensjahres |

 der versicherten Person folgt,  
 verringert sich der Monatsbeitrag, der dann für ihre Krankheitskostenversicherung bei der DKV zu zahlen ist, um den vereinbarten Entlastungsbetrag.

- Eine Vereinbarung kann nur bis zur Vollendung des  

|                           |                  |
|---------------------------|------------------|
| "Beitragsentlastung V 65" | 59. Lebensjahres |
| "Beitragsentlastung V 70" | 64. Lebensjahres |
| "Beitragsentlastung V 75" | 69. Lebensjahres |

 getroffen werden.

4.2 Entlastungsbetrag

- Es kann ein monatlicher Entlastungsbetrag in Stufen von jeweils 50 EUR bis höchstens zu dem bei Abschluss einer Vereinbarung aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung der versicherten Person vereinbart werden.
- Eine Anhebung des vereinbarten Entlastungsbetrages bis zu dem nach Nr. 4.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann  

|                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| bei Vereinbarung          | nur bis zur Vollendung des |
| "Beitragsentlastung V 65" | 59. Lebensjahres           |
| "Beitragsentlastung V 70" | 64. Lebensjahres           |
| "Beitragsentlastung V 75" | 69. Lebensjahres           |

 beantragt werden.
- Sinkt der Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung unter den Entlastungsbetrag, wird der Entlastungsbetrag zum gleichen Zeitpunkt so weit herabgesetzt, dass seine nächstliegende Stufe den Beitrag für die Krankheitskostenversicherung nicht mehr übersteigt. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für den entfallenden Teil des Entlastungsbetrages gebildete Alterungsrückstellung wird auf den verbleibenden Beitrag angerechnet. Wenn unabhängig von einer Beitragsveränderung in der Krankheitskostenversicherung der vereinbarte Entlastungsbetrag herabgesetzt wird, gilt Satz 2 entsprechend.

#### 4.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsschein werden neben dem vereinbarten Tarif der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben,

z.B.: BSK V 65 / 150 EUR oder  
BSK V 65 / 100 EUR V 70 / 50 EUR.

#### 4.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach § 8b AVB vom Versicherer überprüft. Bei einer Veränderung der Rechnungsgrundlagen in der Krankheitskostenversicherung können die Beiträge für die "Beitragsentlastung" mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

#### 4.5 Beendigung der Vereinbarung "Beitragsentlastung"

- Die Vereinbarung "Beitragsentlastung" kann nur neben solchen Krankheitskostenversicherungen der DKV bestehen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen und bei denen - wie in diesem Druckstück - im Tariftteil bzw. in den jeweiligen Tariftteilen die "Beitragsentlastung" geregelt ist.
- Endet die Vereinbarung "Beitragsentlastung", wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung auf den Beitrag einer bei der DKV für die versicherte Person weiterbestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet, sofern die Vereinbarung "Beitragsentlastung" mindestens 12 Monate bestanden hat. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.
- Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 4.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, verfällt die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung zugunsten der Versichertengemeinschaft.

Hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" jedoch zehn Jahre bestanden, wird der Gegenwert für die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung auf eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung oder Krankenhausstagegeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiterbestehenden Versicherung eine monatliche Beitragsrate von 2,56 EUR nicht unterschritten wird.

## Leistungen des Versicherungsnehmers

---

### 5. Monatliche Beitragsraten

---

- 5.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 5.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 5.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Das gilt nicht bei Beiträgen für die "Beitragsentlastung", weil diese Entlastung frühestens mit 20 Jahren vereinbart werden kann.
- 5.4 Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

## Sonstiges

---

### 6. Aufnahmefähigkeit

---

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren Wohnsitz im Gebiet der ehemaligen DDR einschließlich Berlin (Ost) haben.

---

### 7. Meldung einer Krankenhausbehandlung

---

Abweichend von § 9 Abs. 1 AVB verzichtet die DKV auf die Meldung der Krankenhausbehandlung. § 4 Abs. 5 AVB bleibt unberührt.

Gern geben wir bei Fragen ausführliche  
Auskunft - zum Ortstarif:  
DKV-Kunden-Center 0 18 01 / 358 100