

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### TARIF OPTIMED O1P

#### ZUSATZSCHUTZ ZU EINER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (PKV)

**Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,  
sehr geehrter Versicherungsnehmer,**

im Folgenden erhalten Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

für Ihre ambulante Zusatzversicherung

zu Ihrem ambulanten Vollschutz bei einer privaten Krankenversicherung (PKV) - d.h. einem Tarif, wonach der gesamte ambulante Krankenversicherungsschutz ausschließlich privat abgesichert ist -

nach unserem Tarif OPTIMED O1P,  
einem Versicherungsschutz aus dem Spektrum der Individuellen Gesundheitsleistungen.

Die mit diesem Tarif vereinbarten Leistungen betreffen Vorsorgeleistungen, die in diesem Umfang grundsätzlich nicht in einem ambulanten Vollversicherungsschutz abgesichert sind, weil sie

- nicht an einen Krankheitsverdacht und insbesondere nicht an eventuelle Krankheitssymptome anknüpfen und damit über die Leistungen der Krankheitsdiagnostik hinausgehen, also der Gesunderhaltung und nicht der Wiederherstellung der Gesundheit dienen bzw.
- die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführten Programme für Vorsorgeleistungen, für die regelmäßig auch die PKV leistet, auf Maßnahmen/Untersuchungen ausdehnen, die in diesen Programmen nicht enthalten sind.

Für den Fall, dass Ihre PKV dennoch Leistungen erbringen sollte, die mit diesem Produkt abgesichert sind, so erhalten Sie mit diesem Tarif eine zusätzliche diesbezügliche Leistung, die Sie neben jener Leistung bei uns in Anspruch nehmen können.

Im Übrigen handelt es sich bei Tarif OPTIMED O1P um einen sogenannten "gemanagten" Tarif (vgl. § 18 Ziff. 1 b). Dies bedeutet:

- sollte die GKV<sup>1</sup> in Zukunft allgemein Leistungen in ihr Leistungsspektrum aufnehmen, die auch mit diesem Tarif abgesichert sind und
- eine solche Mehrfachabsicherung medizinisch als überflüssig anzusehen sein,

wird wie folgt verfahren:

- entweder werden solche Leistungen aus diesem Tarif herausgenommen und die Beiträge entsprechend angepasst oder
- es werden anstelle der alten Leistungen neue aufgenommen.

(Sie haben in solchen Fällen natürlich ein Sonderkündigungsrecht, vgl. § 18 Ziff 3.)

Eine weitere Besonderheit dieses Tarifs sind die Höchstleistungsbeträge. Diese sind so berechnet, dass sie von den Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen (vgl. § 2 sowie den Anhang: Leistungsverzeichnis Tarif OPTIMED O1P).

<sup>1</sup> Der Bezug auf den Umfang der Vorsorgeleistungen in der GKV ist darin begründet, dass viele PKV-Unternehmen den Umfang ihres Vorsorgeschutzes an den Umfang in der GKV anknüpfen, in dem sie z.B. herausstellen, dass sie für die "gezielten Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen" leisten.

Um diesen umfangreichen Versicherungsschutz medizinisch sinnvoll und auch preiswert zu gestalten, sind zeitliche Intervalle für die Inanspruchnahme der verschiedenen Vorsorgeleistungen festgelegt worden. Diese wurden - ebenso wie die Auswahl und Definition der Vorsorgeleistungen - von einem Stab von Ärzten ausgewählt (vgl. § 2 sowie den Anhang: Leistungsverzeichnis Tarif OPTIMED O1P).

Das zum Tarif gehörende Leistungsverzeichnis enthält alle Informationen, die Ihr Arzt benötigt, um Sie zuzahlungsfrei behandeln zu können. Legen Sie dem Arzt bitte dieses Verzeichnis vor und sagen Sie ihm, dass Sie zu diesen Bedingungen behandelt werden möchten. (Zusätzliche Exemplare des Verzeichnisses können Sie bei Bedarf unter den unten angegebenen Adressen/Nummern anfordern).

Haben Sie Fragen? Sie erreichen uns unter

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Informationsservice  
50594 Köln

Oder:

- rufen Sie uns an: Hotline 0 18 01 / 358 100 (3,9 ct/Min.\*)
  - faxen Sie uns: 01 80 / 5 78 60 00 (14 ct/Min.\*)
- (\* aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)
- senden Sie uns eine E-Mail: [service@dkv.com](mailto:service@dkv.com)
  - werfen Sie einen Blick auf unsere Homepage: [www.dkv.com](http://www.dkv.com)

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG Köln

---

## § 1 Allgemeine Grundsätze zum Umfang des Versicherungsschutzes

---

1. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

2. Tarif OPTIMED O1P bietet Versicherungsschutz für die in § 2 aufgeführten Leistungen. Für ihre Durchführung kann jeder niedergelassene approbierte Arzt in Anspruch genommen werden.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen und die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

Die Einzelleistungen (z.B. "Blutabnahme"), aus denen sich die jeweilige Vorsorgeleistung (z.B. "Blutgruppenbestimmung") ergibt, sind in dem Leistungsverzeichnis zu Tarif OPTIMED O1P aufgeführt. Aus diesem Verzeichnis ergibt sich auch, wie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen ist, um den Höchsterstattungsbetrag für die jeweilige Vorsorgeleistung nicht zu überschreiten.

3. Werden an Stelle der aus dem oben genannten Leistungsverzeichnis ersichtlichen Einzelleistungen andere Einzelleistungen erbracht, erfolgt eine Vergütung dennoch bis zum Höchsterstattungsbetrag der in § 2 aufgeführten Leistung, wenn

- die zu ersetzende Maßnahme zur Erreichung der mit der vereinbarten Leistung verbundenen medizinischen Zielsetzung nicht offensichtlich ungeeignet ist,
- Anzahl/Intervall und Mindest- und/oder Höchstalter gemäß § 2 eingehalten sind und
- die Ersetzung vom Arzt in der Rechnung nachvollziehbar begründet ist.

Beispiel: Werden beim Großen Gesundheits-Check (vgl. § 2 Ziff. III.2) andere als die aus dem Leistungsverzeichnis ersichtlichen Maßnahmen getroffen, die aber ebenfalls das Ziel "Gesundheits-Check" verfolgen und für die Erreichung dieses Ziels auch nicht offensichtlich ungeeignet sind, wird dennoch bis zum Höchsterstattungsbetrag geleistet, sofern die übrigen Bedingungen (z.B. Intervall seit dem letzten Gesundheits-Check) eingehalten werden.

4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

---

## § 2 Welche Leistungen umfasst Tarif OPTIMED O1P?

---

Der Tarif umfasst die nachfolgenden Leistungen:

### I. Leistungen ab Geburt:

1. Neugeborenen Audio-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit

- Anzahl/Intervall: einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate
- Höchsterstattungsbetrag: bis 64,34 EUR

- |    |   |               |            |
|----|---|---------------|------------|
| 2. | Schiel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl/Intervall: einmalig im Laufe des 3. Lebensjahres</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag:</li> </ul>   | bis           | 40,75 EUR  |
| 3. | Kindergarten-Eingangsuntersuchung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl/Intervall: einmalig</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag:</li> </ul>  | bis           | 32,17 EUR  |
| 4. | Fettstoffwechsel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl/Intervall: einmalig zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag:</li> </ul>  | bis           | 20,28 EUR  |
| 5. | Kinder-Intervall-Checks: Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für Kinder/Jugendliche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl/Intervall:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ U6a: einmalig im 15. bis 18. Lebensmonat</li> <li>▪ U7a: einmalig im 30. bis 40. Lebensmonat</li> <li>▪ U9a: einmalig im 8. Lebensjahr</li> <li>▪ U9b: einmalig im 10. Lebensjahr</li> <li>▪ J2: einmalig im 14. bis 16. Lebensjahr</li> </ul> </li> <li>▪ Anstelle eines der Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung erfolgen</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag:</li> </ul> | jeweils bis   | 60,33 EUR  |
| 6. | Reisemedizinische Vorsorge: Beratung, ggf. inklusive schriftlicher Information und/oder klinischer Untersuchung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag:</li> </ul>  | bis           | 30,82 EUR  |
| 7. | Reisemedizinische Impfung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impfung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag je Impfung:</li> </ul> </li> <li>▪ Impfstoff/Prophylaxe:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl/Intervall: innerhalb von 3 Jahren</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag:</li> </ul> </li> </ul>  | bis           | 10,72 EUR  |
|    |   | insgesamt bis | 100,00 EUR |
| 8. | Hauttyp-Bestimmung einschließlich -Beratung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl/Intervall: einmalig</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag:</li> </ul>  | bis           | 21,44 EUR  |
| 9. | Blutgruppenbestimmung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl/Intervall: einmalig</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag:</li> </ul>  | bis           | 44,41 EUR  |

## II. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

- |    |  |     |            |
|----|--|-----|------------|
| 1. | Sportmedizinischer Check-up: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Internistische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung sowie Belastungs-EKG</li> <li>b) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Feststellung des Sportmedizinischen Status sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen</li> <li>▪ Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren, ab vollendetem 35. Lebensjahr wahlweise anstelle des Großen Gesundheits-Checks (vgl. § 2 Ziff. III.2)</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag:</li> </ul> | bis | 193,57 EUR |
| 2. | Lungen-Check: Lungenfunktionsprüfung zur Krankheitsfrüherkennung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl/Intervall: bis zum vollendeten 35. Lebensjahr einmal innerhalb von 4 Jahren (vgl. aber auch § 2 Ziff. III.1), wenn dieser Check nicht schon im Rahmen des Sportmedizinischen Check-up durchgeführt wurde/wird</li> <li>▪ Höchsterstattungsbetrag:</li> </ul>  | bis | 50,80 EUR  |

3. Hautkrebs-Vorsorge
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbetrag: bis 48,26 EUR
4. HIV-Test zum Ausschluss einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbetrag: bis 35,03 EUR
5. Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung
  - Anzahl/Intervall: einmal jährlich
  - Höchsterstattungsbetrag: bis 10,72 EUR
6. Beratung zur Hausapotheke insbesondere hinsichtlich ihrer Zusammenstellung und Anwendung
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbetrag: bis 10,72 EUR

Speziell für Frauen:

7. Vitalitäts-Untersuchung des Feten in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche mittels Sonographie (Ultraschall) mit Aushändigung der Bilddokumentation
  - Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft
  - Höchsterstattungsbetrag: bis 50,94 EUR
8. Triple-Test als zusätzliche Labordiagnostik in der Schwangerschaft bzgl.:  
 Neuralrohrdefekt = einer schwerwiegenden Fehlentwicklung im Bereich des zentralen Nervensystems (z.B. sogenannter "offener Rücken")  
 Morbus Down = einer mit organischen Schäden (z.B. Herzfehler) und geistiger Behinderung verbundenen Erkrankung aufgrund eines überzähligen Chromosoms (sogenannte/-r "Trisomie 21" bzw. „Mongolismus“)
  - Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft
  - Höchsterstattungsbetrag: bis 65,20 EUR

### III. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

1. Allgemeine Check-up-Leistungen
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
  - Gesamthöchsterstattungsbetrag: bis 121,00 EUR

Gilt für folgende Leistungen, die bis zu dem oben genannten Gesamthöchsterstattungsbetrag zusammengestellt werden können:

  - a) Sono-Check: Sonographie (Ultraschall) innerer Organe
    - Höchsterstattungsbetrag: bis 69,69 EUR
  - b) Lungen-Check: vgl. § 2 Ziff. II.2
    - Höchsterstattungsbetrag: bis 50,80 EUR
  - c) Kleiner Gesundheits-Check:
    - aa) Internistische Variante: Untersuchung u. a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Ruhe-EKG
    - bb) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen
    - Höchsterstattungsbetrag: bis 112,51 EUR
2. Großer Gesundheits-Check (wahlweise anstelle des Sportmedizinischen Check-up gemäß § 2 Ziff. II.1) als Ergänzung zu:
  - einem Kleinen Gesundheits-Check (§ 2 Ziff. III.1.c) oder
  - Vorsorgeuntersuchungen der PKV, die den in der GKV eingeführten Vorsorgeprogrammen entsprechen

als Vorsorgeuntersuchung u. a. mit umfangreicher Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung, Sonographie (Ultraschall) innerer Organe sowie Belastungs-EKG

  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren
  - Höchsterstattungsbetrag: bis 199,58 EUR

3. Große Krebsvorsorge für Frauen: Untersuchung u.a. mittels Sonographie (Ultraschall) von insbesondere Gebärmutter und Eierstöcken
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbeitrag: bis 92,98 EUR

**IV. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:**

1. Glaukom-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit "Grüner Star"
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbeitrag bis 41,59 EUR
2. Osteoporose-Vorsorge: Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) zur Früherkennung der Skeletterkrankung Osteoporose, die durch Verminderung der Knochensubstanz zu einer erhöhten Bruchgefahr führt
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbeitrag: bis 42,20 EUR
3. Schilddrüsen-Vorsorge: Schilddrüsendiagnostik insbesondere zur Früherkennung von Über- und Unterfunktionen durch Bestimmung des Hormons TSH
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbeitrag: bis 31,68 EUR
4. Brustkrebs-Vorsorge: Mammographie (Röntgen der Brust) zur medizinisch empfohlenen Früherkennung von Brustkrebs, unabhängig von relevanten Risikofaktoren. Auf besonderen Wunsch (z.B. Vermeidung von Strahlenbelastung) kann anstelle der Mammographie auch eine Sonographie (Ultraschall-Untersuchung) in Anspruch genommen werden.
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbeitrag: bis 105,14 EUR
5. Große Krebsvorsorge für Männer: Untersuchung u.a. mittels Sonographie (Ultraschall) insbesondere von Prostata, Hoden und Nieren sowie Bestimmung des prostataspezifischen Antigens als möglicher Hinweis auf einen Tumor (PSA-Test)
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbeitrag: bis 107,73 EUR

**V. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr:**

1. Hirnleistungs-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen wie Morbus Alzheimer
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbeitrag: bis 22,89 EUR
2. Schlaganfall-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schlaganfall-Risiken an den Hirngefäßen (z.B. Halsschlagader) mittels Doppler-Ultraschall
  - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
  - Höchsterstattungsbeitrag: bis 78,92 EUR

---

**§ 3 Wer kann sich versichern?**

---

- Nach Tarif OPTIMED O1P kann sich jeder versichern, der
- in einer deutschen PKV ambulant vollschutzversichert ist,
  - seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland hat (vgl. aber § 9 Ziff. 4. c).

---

**§ 4 Wie wird der Versicherungsvertrag abgeschlossen?**

---

Ihren Versicherungsantrag nehmen wir durch das Zusenden des Versicherungsscheins an. Eine Annahme kann auch durch eine entsprechende ausdrückliche Erklärung durch unseren Vorstand erfolgen.

---

**§ 5 Was kostet der Versicherungsschutz?**

---

1. Die Versicherung kostet monatlich:

Alter	Kinder
0 bis 3 Jahre	12,50 EUR
4 bis 17 Jahre	6,00 EUR

Alter	Männer	Frauen
18 bis 34 Jahre	13,50 EUR	15,00 EUR
35 bis 44 Jahre	19,00 EUR	23,50 EUR
45 bis 54 Jahre	22,00 EUR	24,50 EUR
Ab 55 Jahre	25,50 EUR	27,50 EUR

2. Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns (siehe § 9 Ziff. 1).
3. Sobald eine versicherte Person das 3., 17., 34., 44. bzw. 54. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen. Sie können das Versicherungsverhältnis nach Tarif OPTIMED O1P hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht, vgl. § 9 Ziff. 4 d).

---

**§ 6 Kann sich der Versicherungsbeitrag nach Abschluss des Vertrages noch ändern?**

---

1. Wir sind berechtigt, die Beiträge zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen die kalkulierten Versicherungsleistungen übersteigen. Um diesen Beitragsänderungsgrund festzustellen, vergleichen wir zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden wir alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, anpassen; ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden.
2. Die geänderten Beiträge werden Ihnen schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.
3. Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Bekanntgabe das Versicherungsverhältnis nach Tarif OPTIMED O1P zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen. Kein Kündigungsrecht besteht bei Beitragssenkungen. Zur Einhaltung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Kündigung. Die fristgemäße Kündigung wird zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragsänderung wirksam. (Vgl. auch § 9 Ziff. 4 d).
4. Zu Beitragsveränderungen aufgrund steigenden Lebensalters vgl. § 5 Ziff. 3.

---

**§ 7 Wie erfolgt die Beitragszahlung?**

---

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an (siehe § 9 Ziff. 1) berechnet. Der Beitrag darf aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden.

Wird ein Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

Fällig ist

- der Jahresbeitrag zu Beginn eines Versicherungsjahres,
- eine Beitragsrate am Ersten eines jeden Monats. Bis zum Monatsersten gelten die Raten jeweils als gestundet.

Fällige Beiträge sind an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten. Wird der Beitrag im Lastschriftverfahren im Voraus gezahlt, geben wir einen Beitragsnachlass von:

- 3 % bei einer Vorauszahlung von 12 Monaten,
- 2 % bei einer Vorauszahlung von 6 Monaten.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist - sofern nicht anders vereinbart - unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Treten wir zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

2. Achtung: Wird der erste Beitrag oder werden spätere Beiträge nicht bzw. nicht rechtzeitig gezahlt, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen!

## Auszug aus dem VVG

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

3. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig, d.h. ihre Stundung wird aufgehoben, so das auch hier dann die Regelung in § 7 Ziff. 2 gilt.

Die Raten gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat entrichtet sind.

---

## § 8 Wo gilt der Versicherungsschutz?

---

Versicherungsschutz besteht in Deutschland (vgl. aber § 9 Ziff. 4 c).

---

## § 9 Wie lange dauert der Versicherungsvertrag?

---

1. Der Versicherungsvertrag gilt zunächst bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem der Versicherungsvertrag begonnen hat, zuzüglich eines weiteren Jahres, d.h. bis zum Ende des ersten auf das Jahr des Beginns folgenden Kalenderjahres. Als Versicherungsbeginn kann nur der Erste eines Monats vereinbart werden.
2. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Kalenderjahr, wenn nicht der Verlängerung durch Sie oder uns zum Ende eines solchen Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich widersprochen wird.
3. Sowohl Sie als auch wir können den Widerspruch gegen die Vertragsverlängerung auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.  
Allerdings darf dann der jeweils andere Vertragspartner (also Sie oder wir) innerhalb von zwei Wochen nach Zugang eines solchen Teilwiderspruchs den Restvertrag rückwirkend zu dem Zeitpunkt beenden, in dem der (erste) Teilwiderspruch wirksam geworden ist.
4. Sonstige Beendigungsgründe:
  - a) Die Versicherung endet mit der Beendigung des ambulanten Vollschutzes in der deutschen PKV (vgl. § 3).
  - b) Die Versicherung endet auch im Falle Ihres Todes.

Stirbt eine versicherte Person, endet das Versicherungsverhältnis insoweit.

- c) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als in die in ca) genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Wir können im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in ca) genannten können Sie verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz und hat dementsprechend geringere Beiträge.
- ca) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass wir höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die wir bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätten. Die Versicherung kann auf Ihr Verlangen insoweit auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.
- d) Bezüglich der Beendigung durch Ihre Kündigung wegen einer Änderung der Versicherungsbeiträge oder der Versicherungsbedingungen vgl. §§ 5 und 6 Ziff. 3 bzw. § 18 Ziff. 3.
- e) Endet die Versicherung aufgrund Ihres Todes (§ 9 Ziff. 4 b) oder aufgrund der Verlegung Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes (§ 9 Ziff. 4 c), haben die versicherten Personen ein Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten abzugeben. Der Lauf dieser Frist beginnt ab Beendigung der Versicherung.

---

## § 10 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

---

Der Versicherungsschutz beginnt:

- mit dem Versicherungsbeginn (siehe § 9 Ziff. 1),
- jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe § 4) und
- nicht vor Ablauf der Wartezeiten (siehe § 11).

---

## § 11 Wie lange sind die Wartezeiten für den Beginn des Versicherungsschutzes?

---

- Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
- Für die Leistungen im Falle einer Schwangerschaft beträgt die Wartezeit acht Monate.
- Keine Wartezeiten gelten für den Neugeborenen Audio-Check gemäß § 2 Ziff. I. 1.

Der Ablauf der Wartezeiten berechnet sich nach bzw. ab dem Zeitpunkt für den Versicherungsbeginn gemäß § 9 Ziff. 1.

---

## § 12 Wann endet der Versicherungsschutz?

---

Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch dann, wenn eine Leistung gemäß § 2 vorher schon begonnen wurde und noch nicht beendet ist.

---

## § 13 Was müssen Sie beachten, damit die Versicherungsleistungen ausgezahlt werden können?

---

1. Senden Sie Ihre Rechnungen im Original an die DKV in Köln.
2. Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:
  - Vor- und Zunamen der behandelten Person,
  - die einzelnen erbrachten Leistungen gemäß dieses Tarifs (vgl. Leistungsverzeichnis),
  - das Datum der Durchführung der jeweiligen Leistung.
3. Die Rechnungen und eventuelle sonstige Nachweise werden unser Eigentum.
4. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
5. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

## Auszug aus dem VVG

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

---

### § 14 Können Sie Ihre Ansprüche gegen die DKV auf Dritte übertragen?

---

Sie können Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen aus diesem Tarif nicht auf Dritte übertragen. Die Ansprüche können insbesondere weder abgetreten noch verpfändet werden.

---

### § 15 Wann können Sie aufrechnen?

---

Sie können gegen Forderungen, die wir gegen Sie haben, nur aufrechnen, soweit die Forderung, die Sie gegen uns haben, rechtskräftig festgestellt oder von uns nicht bestritten worden ist.

---

### § 16 Was ist bei der Abgabe von Willenserklärungen und Anzeigen zu beachten?

---

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform (z. B. auch E-Mail) vereinbart wird.

---

### § 17 Gerichtsstand

---

1. Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.
3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig.

---

### § 18 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch verändern?

---

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und angemessen sind. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie als Versicherungsnehmer folgt.

Zu solchen Veränderungen gehören insbesondere:

- a) Änderungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
- b) Maßnahmen der GKV<sup>1</sup>, durch die diese in Zukunft allgemein Leistungen in ihr Leistungsspektrum aufnimmt,
  - die auch mit diesem Tarif (§ 2) abgesichert sind und
  - wenn die hierdurch entstehende Mehrfachabsicherung als medizinisch überflüssig anzusehen sein sollte.

In diesem Fall wird wie folgt verfahren:

- entweder werden solche Leistungen aus dem Tarif herausgenommen und die Beiträge entsprechend angepasst oder
- es werden anstelle der alten Leistungen neue aufgenommen.

- c) Änderungen (sonstiger) Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen.

---

<sup>1</sup> siehe Seite 1

2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
3. Die Änderungen nach Absatz 1 gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Bekanntgabe das Versicherungsverhältnis nach Tarif OPTIMED O1P zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.  
Zur Einhaltung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Kündigung. Die fristgemäße Kündigung wird zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bedingungsänderung wirksam, vgl. auch § 9 Ziff. 4 d).
4. Sollte diese Bedingungsänderungsklausel ganz oder zum Teil unwirksam sein, tritt an die Stelle der unwirksamen Regelung eine solche, die dem zuvor Gewollten am nächsten kommt, soweit die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an ihre Stelle tritt.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min. \*)  
(\*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

## Wichtige Informationen zu Tarif OPTIMED O1P

**Sehr geehrte Versicherungsnehmerin,  
sehr geehrter Versicherungsnehmer,**

die für Tarif OPTIMED O1P geltenden **Höchstleistungsbeträge** (vgl. § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen/AVB) wurden so berechnet, dass sie auch für den Arzt attraktiv sind. Sie ermöglichen ihm eine Abrechnung bis zur Höhe der Regelhöchstsätze der für die ärztliche Versorgung von Privatpatienten maßgeblichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Regelhöchstsätze sind die Sätze, die von den Ärzten ohne nähere Begründung oder ohne eine von der GOÄ abweichende Vereinbarung nicht überschritten werden dürfen. Da es sich bei den tariflichen Leistungen nicht um Krankenbehandlung, sondern um Vorsorge handelt, sind grds. keine besonderen Umstände bzgl. Schwierigkeit und Zeitaufwand denkbar, die eine Abrechnung oberhalb der Regelhöchstsätze begründen könnten.

### I. **Ärzte allgemein:**

Das Leistungsverzeichnis (Formular B 171/2 als Anhang zu den AVB von Tarif OPTIMED O1P) enthält alle Informationen, die Ihr Arzt benötigt, um Sie zuzahlungsfrei behandeln zu können. Legen Sie dem Arzt bitte das Leistungsverzeichnis vor und sagen Sie ihm, dass Sie zu diesen Bedingungen behandelt werden möchten.

Da es sich bei Tarif OPTIMED O1P um ein neuartiges Versicherungsprodukt handelt, kann sich auch Ihr Arzt z.B. hinsichtlich der Abrechnungsmodalitäten gerne bei uns informieren.

Für alle Fragen stehen wir Ihnen und/oder Ihrem Arzt gerne unter den - unter Ziffer III - angegebenen Adressen/Nummern zur Verfügung.

### II. **MedWell-Partner-Arzt-System:**

Darüber hinaus möchten wir Sie auch auf das MedWell-Partner-Arzt-System aufmerksam machen. Hierbei handelt es sich um einen Ärzte-Verband mit besonderen, vertraglich festgelegten Regeln hinsichtlich Qualität, Fairness und Patientenorientierung. Dieser Ärzte-Verband vergrößert sich fortlaufend. Dennoch können wir nicht ausschließen, dass Sie ggf. noch keinen MedWell-Partner-Arzt in Ihrer Nähe finden.

Allerdings kann es sich gerade hinsichtlich der Inanspruchnahme der Leistungen dieses Tarifs lohnen, einen solchen Arzt aufzusuchen, denn die **DKV** bietet ihren Kunden den zusätzlichen Vorteil, dass die MedWell-Partner-Ärzte mit ihr **direkt abrechnen dürfen**.

Für Versicherte nach Tarif OPTIMED O1P bedeutet dies:

- Soweit die tariflichen Voraussetzungen (vor allem: Alter, Intervall) beachtet wurden, müssen Sie sich grds. nicht mehr um Rechnungen „kümmern“.

Sollte sich der Arzt einmal nicht an die Höchstleistungsbeträge halten wollen, treffen Sie keine abweichenden Vereinbarungen und zahlen Sie ihm keine zusätzlichen Beträge. Melden Sie sich vielmehr bei uns oder MedWell.

- Sie erhalten über die mit uns direkt abgerechneten Leistungen nur noch eine Rechenkopie zu Ihrer Information und Kontrolle.
- Bis zum Widerruf dieser Erklärung ist das Abtretungsverbot aus § 14 AVB insoweit aufgehoben.

Sollte ein Widerruf erfolgen, ergeht dieser schriftlich und wird vier Wochen, nachdem Sie ihn erhalten haben, wirksam.

### III. Adressen/Nummern:

Weitere Auskünfte zum MedWell-Qualitätsverbund sowie eine Liste mit den MedWell-Partner-Ärzten in Ihrer Nähe können Sie jederzeit bei

- uns: DKV AG  
Kundenservice Center  
50594 Köln  
Telefon-Hotline: 0 18 01 / 358 100 (3,9 ct/Min.\*)  
Telefax: 01 80 / 5 78 60 00 (14 ct./Min.\*)  
(\*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)  
E-Mail: [service@dkv.com](mailto:service@dkv.com)  
Homepage: [www.dkv.com](http://www.dkv.com)
  
- oder der MedWell Gesundheits-AG  
Aachener Str. 300  
50933 Köln  
Telefon-Hotline: 0 18 05 / 468 468 (12 Cent/Min.\*)  
Telefax: 02 21 / 5 78 53 89  
(\*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)  
E-Mail: [info@medwell.de](mailto:info@medwell.de)  
Homepage: [www.medwell.de](http://www.medwell.de)

anfordern bzw. einsehen.

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG

**Bitte nehmen Sie dieses Informationsblatt zu Ihren Versicherungsunterlagen.**

## Anhang: Leistungsverzeichnis Tarif OPTIMED O1P

Hinweis für Ihren Arzt: Auf den **Rechnungen** bitte neben der GOÄ-Nummer\* und dem GOÄ-Steigerungssatz\* zumindest die **Leistungsziffer mit Tariffürzel** angeben (z. B. Ziff. I.1 O1P), ggf. zusätzlich den Namen der Komplexleistung (z.B. Ziff. I. 1 O1P, **Neugeborenen Audio-Check**).

<u>I. Leistungen ab Geburt:</u>	Höchst- erstattungs- beträge bis:	
<b>1. Neugeborenen Audio-Check</b> (Früherkennung von Schwerhörigkeit)		
• Beratung (1/2,3)*, Otoakustische Emissionen (1409/1,3)*		
• Anzahl/Intervall: einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate	<b>64,34 EUR</b>	
<b>2. Schiel-Vorsorge</b>		
• Beratung (1/2,3)*, Refraktion, subjektiv (1200/2,3)* Refraktion, objektiv (1202/2,3)*, Strabismus-Test (1216/2,3)*		
• Anzahl/Intervall: einmalig im Laufe des 3. Lebensjahres	<b>40,75 EUR</b>	
<b>3. Kindergarten-Eingangsuntersuchung</b>		
• Beratung (1/2,3)*, Untersuchung (7/2,3)*		
• Anzahl/Intervall: einmalig	<b>32,17 EUR</b>	
<b>4. Fettstoffwechsel-Vorsorge</b>		
• Beratung (1/2,3)*, Blutentnahme (250/1,8)*, Gesamt-Cholesterin (3562.H1/1,15)*, Triglyceride (3565.H1/1,15)*		
• Anzahl/Intervall: einmalig zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr	<b>20,28 EUR</b>	
<b>Anmerkung:</b> Diese Leistung sollte im Zusammenhang mit der GKV-Früherkennungs-Leistung** Nr. 151 EBM*** (J1) oder dem Kinder-Intervall-Check J2 aus Tarif OPTIMED O1P (vgl. Ziff. I. 5) durchgeführt werden. Unabhängig hiervon behält aber der Versicherungsnehmer gegenüber der DKV seinen Höchstleistungsanspruch in voller Höhe.		
<b>5. Kinder-Intervall-Checks</b>		
• Kinder-Früherkennung (26/2,3)*		
• Anzahl/Intervall:	<b>jeweils 60,33 EUR</b>	
• U6a: einmalig im 15. bis 18. Lebensmonat		
• U7a: einmalig im 30. bis 40. Lebensmonat		
• U9a: einmalig im 8. Lebensjahr		
• U9b: einmalig im 10. Lebensjahr		
• J2: einmalig im 14. bis 16. Lebensjahr		
<b>Anmerkung:</b> Anstelle eines der Intervall-Checks kann auch eine <b>Sporttauglichkeits-Untersuchung</b> mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung erfolgen.		
<b>6. Reisemedizinische Vorsorge</b>		
• Beratung (1/2,3)*, Untersuchung (5/2,3)*, Schriftliche Information (A76****/2,3)*		
• Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren	<b>30,82 EUR</b>	
<b>Anmerkungen:</b>		
1. Die Nr. 5 GOÄ wurde für den Fall aufgenommen, dass im Rahmen der reisemedizinischen Vorsorge eine klinische Untersuchung erforderlich wird.		
2. Die Nr. A76**** wurde für den Fall aufgenommen, dass anlaßbezogene reisemedizinische Informationen erstellt und ausgehändigt werden.		
* Der erstgenannte Wert bezeichnet die Nummer in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ-Nr.), der zweitgenannte Wert bezeichnet den GOÄ-Steigerungssatz. Beispiel: (1/2,3) bedeutet, dass die Leistung „Beratung“ die GOÄ-Nr. 1 trägt und bis zum 2,3fachen GOÄ-Steigerungssatz erstattet werden kann.		
** Soweit auf Vorsorgeleistungen der GKV verwiesen wird, gilt dies nur, wenn der private Krankenversicherungsschutz für solche Maßnahmen ebenfalls leistet, was z.B. der Klausel entnommen werden kann, dass für die „gezielten Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen“ geleistet wird.		
*** EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab („Gebührenordnung für GKV-Leistungen“)		
**** „A“ bedeutet: analog zu der entsprechenden GOÄ-Nr. z.B. A76: analog GOÄ-Nr. 76		
Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.		
<b>7. Reisemedizinische Impfung</b>		
• Schutzimpfung (375/2,3)*		
• Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren	<b>je Impfung: 10,72 EUR</b>	
• Impfstoff/Prophylaxe:		
• Anzahl/Intervall: innerhalb von 3 Jahren insg.:	<b>100,00 EUR</b>	
<b>8. Hauttyp-Bestimmung einschließlich -Beratung</b>		
• Beratung (1/2,3)*, Hauttyp-Bestimmung (A831****/2,3)*		
• Anzahl/Intervall: einmalig	<b>21,44 EUR</b>	
<b>9. Blutgruppenbestimmung</b>		
• Beratung (1/2,3)*, Blutentnahme (250/1,8)*, AB0-Merkmale und Rhesusfaktor (3982/1,15)*, Antikörpersuchtest (3987/1,15)*		
• Anzahl/Intervall: einmalig	<b>44,41 EUR</b>	
<b>II. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:</b>		
<b>1. Sportmedizinischer Check-up</b>		
• Gesundheitsuntersuchung (29/2,3)*, Schriftliche Information (A76****/2,3)*, Lungenfunktion (605/1,8)*, Flussvolumenkurve (605a/1,8)*, Belastungs-EKG (652/2,3)*, BSG (350/1,15)*, Blutbild (3550/1,15)*, Differentialblutbild (3551/1,15)*, Glukose (3560/1,15)*, Cholesterin (3562.H1/1,15)*, HDL-Cholesterin (3563.H1/1,15)*, Kreatinin (3585.H1/1,15)*, Gamma-GT (3592.H1/1,15)*, GPT (3595.H1/1,15)*		
• Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren; ab vollendetem 35. Lebensjahr wahlweise anstelle des Großen Gesundheits-Checks (vgl. Ziff. III. 2)	<b>193,57 EUR</b>	
<b>Anmerkung:</b>		
1. Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr sollte diese Leistung als Ergänzung zu der GKV-Leistung** Nr. 160 EBM*** durchgeführt werden, so dass die Berechnung der Nr. 29 GOÄ entfiele. Unabhängig hiervon behält aber der Versicherungsnehmer gegenüber der DKV seinen Höchstleistungsanspruch in voller Höhe.		
2. Die Nr. A76**** wurde für den Fall aufgenommen, dass sportmedizinische Informationen erstellt und ausgehändigt wurden.		
<b>2. Lungen-Check</b>		
• Beratung (1/2,3)*, Lungenfunktion (605/1,8)*, Flussvolumenkurve (605a/1,8)*		
• Anzahl/Intervall: bis zum vollendeten 35. Lebensjahr einmal innerhalb von 4 Jahren (vgl. aber auch Ziff. III. 1 b), wenn dieser Check nicht schon im Rahmen des Sportmedizinischen Check-ups durchgeführt wurde/wird	<b>50,80 EUR</b>	
<b>3. Hautkrebs-Vorsorge</b>		
• Beratung (1/2,3)*, Untersuchung (7/2,3)*, Auflicht-Mikroskopie (750/2,3)*		
• Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren	<b>48,26 EUR</b>	
<b>4. HIV-Test</b> (Ausschluß HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung)		
• Beratung (1/2,3)*, Blutentnahme (250/1,8)*, HIV-Test mittels qualitativem IgG-Antikörper-Nachweis (4395/1,15)*		
• Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren	<b>35,03 EUR</b>	
<b>5. Beratung zur Selbstmedikation</b>		
• Beratung (1/2,3)*		
• Anzahl/Intervall: einmal jährlich	<b>10,72 EUR</b>	
<b>Anmerkung:</b> Erfolgt die Beratung zu Risiken und Nebenwirkungen eines Arzneimittels auf Veranlassung des Arzneimittel-Herstellers im Rahmen der Publikumswerbung, dann soll der Arzt auf der Rechnung das Arzneimittel angeben, für das die Beratung erfolgte.		
<b>6. Beratung zur Hausapotheke</b> (insbes. Zusammenstellung und Anwendung)		
• Beratung (1/2,3)*		
• Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren	<b>10,72 EUR</b>	

Speziell für Frauen:

Höchst-  
erstattungs-  
beträge bis:

### 7. Vitalitäts-Untersuchung des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche

- Beratung (1/2,3)\*, Ultraschall-Untersuchung (415/2,3)\*
- Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft **50,94 EUR**

### 8. Triple-Test als zusätzliche Labordiagnostik in der Schwangerschaft bzgl. Neuralrohrdefekt (Folge z.B.: ein sog. „offener Rücken“) und Morbus Down (sog. „Trisomie 21“; Folge z.B.: Herzfehler, geistige Behinderung)

- Beratung (1/2,3)\*, Blutentnahme (250/1,8)\*, Alpha-Fetoprotein (AFP) (3743/1,15)\*,  $\beta$ -HCG (4024/1,15)\*, Östriol (4027/1,15)\*
- Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft **65,20 EUR**

#### Anmerkung:

Einbezogen in die Berechnung ist die Erstellung einer bewertenden Beurteilung der Laborergebnisse. Unabhängig hiervon behält aber der Versicherungsnehmer gegenüber der DKV seinen Höchstleistungsanspruch in voller Höhe.

## III. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

### 1. Allgemeine Check-up-Leistungen

- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren **121,00 EUR**

Gilt für folgende Leistungen, die bis zu dem o.g. Gesamthöchsterleistungsbetrag zusammenge stellt werden können:

- a) **Sono-Check** (Sonographie -d.h. Ultraschall- innerer Organe) **69,69 EUR**
  - Beratung (1/2,3)\*, Ultraschall eines Organs (410/2,3)\*, 3x Ultraschall weite rer Organe (3x 420/2,3)\*
- b) **Lungen-Check** vgl. Ziff. II.2 **50,80 EUR**
- c) **Kleiner Gesundheits-Check** **112,51 EUR**
  - Gesundheitsuntersuchung (29/2,3)\*, Blutentnahme (250/1,8)\*, Ruhe-EKG (651/1,8)\*, BSG (3501/1,15)\*, Blutbild (3550/1,15)\*, Differentialblutbild (3551/1,15)\*, Glukose (3560/1,15)\*, Cholesterin (3562.H1/1,15)\*, Harnsäure (3583.H1/1,15)\*, Kreatinin (3585.H1/1,15)\*, GPT (3595.H1/1,15)\*

### 2. Großer Gesundheits-Check (wahlweise anstelle des Sportmedizinischen Check-ups gemäß Ziff. II. 1)

- Belastungs-EKG (652/2,3)\*, Ultraschall erstes Organ (410/2,3)\*, 3x Ultraschall weiterer Organe (3x 420/2,3)\*, Lungenfunktion (605/1,8)\*, Flussvolumenkurve (605a/1,8)\*, BSG (3501/1,15)\*, Blutbild (3550/1,15)\*, Differentialblutbild (3551/1,15)\*, HDL-Cholesterin (3563.H1/1,15)\*, LDL-Cholesterin (3564.H1/1,15)\*, Triglyceride (3565.H1/1,15)\*, Harnsäure (3583.H1/1,15)\*, Harnstoff (3584.H1/1,15)\*, Kreatinin (3585.H1/1,15)\*, Alkalische Phosphatase (3587.H1/1,15)\*, Gamma-GT (3592.H1/1,15)\*, GOT (3594.H1/1,15)\*, GPT (3595.H1/1,15)\*, Kalzium (3555/1,15)\*, Kalium (3557/1,15)\*
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren **199,58 EUR**

#### Anmerkungen:

1. Diese Leistung baut grundsätzlich auf folgende Leistungen auf:
  - einem Kleinen Gesundheits-Check-up (III. 1. c) oder
  - der GKV-Leistung\*\* nach Nr. 160 EBM\*\*\*
2. Wenn der große Gesundheits-Check als Ergänzung zu einem Kleinen Gesundheits-Check durchgeführt wird, soll der Arzt die jeweils identi schen Laborwerte nur 1x abrechnen und auch nur entweder ein Belastungs- oder ein Ruhe-EKG durchführen.
3. Unabhängig hiervon (d.h. Anm.: 1,2) behält aber der Versicherungsnehmer gegenüber der DKV seinen Höchstleistungsanspruch in voller Höhe. Das Gleiche gilt, wenn der Große Gesundheits-Check isoliert und nicht als Aufbaustufe zu o.g. anderen Leistungen (Anm.: 1) durchgeführt wird.

### 3. Große Krebsvorsorge für Frauen

- Ultraschall Gebärmutter (410/2,3)\*, Ultraschall Eierstock re (420/2,3)\*, Ultraschall Eierstock li (420/2,3)\*, Ultraschall weiteres Organ (420/2,3)\*, Transvagi nale Untersuchung (403/1,8)\*, Blutentnahme (250/1,8)\*, Nativpräparat (3508/1,15)\*, Urin-Teststreifen (3511/1,15)\*, Blutbild (3550/1,15)\*, Differentialblutbild (3551/1,15)\*
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren **92,98 EUR**

#### Anmerkung:

Diese Leistung ist vor allem auch eine Ergänzung der GKV-Leistung\*\* Nr. 157 EBM\*\*\* und soll vom Arzt daher grundsätzlich im Zusammenhang mit dieser GKV-Leistung durchgeführt werden. Unabhängig hiervon behält aber der Versicherungsnehmer gegenüber der DKV seinen Höchstleistungsanspruch in voller Höhe.

## IV. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:

### 1. Glaukom-Vorsorge (Augenkrankheit „Grüner Star“)

- Beratung (1/2,3)\*, Ophthalmoskopie (1240/2,3 bzw. 1242/2,3)\*, Tonometrie (1256/1,8)\*
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren **41,59 EUR**

### 2. Osteoporose-Vorsorge (zur Früherkennung dieser Skelettkrankheit, die durch Verminderung der Knochen substanz zu einer erhöhten Bruchgefahr führt)

- Beratung (1/2,3)\*, Osteodensitometrie (5380/1,8 bzw. 5475/1,8)\*
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren **42,20 EUR**

### 3. Schilddrüsen-Vorsorge (zur Früherkennung ins besondere von Über- und Unterfunktionen)

- Beratung (1/2,3)\*, Blutentnahme (250/1,8)\*, TSH-Bestimmung (4030/1,15)\*
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren **31,68 EUR**

### 4. Brustkrebs-Vorsorge

- Beratung (1/2,3)\*, Mammographie beidseits (2x 5266/1,8)\*
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren **105,14 EUR**

#### Anmerkungen:

Auf besonderen Wunsch der Versicherten (z.B. Vermeidung von Strahlenbelastung) kann anstelle der Mammographie auch eine Ultraschall-Unter suchung und zwar gemäß 418/3,5\* und 420/3,5\* (statt 2x 5266/1,8)\* erfolgen. Unabhängig hiervon behält aber der Versicherungsnehmer gegenüber der DKV seinen Höchstleistungsanspruch in voller Höhe.

### 5. Große Krebsvorsorge für Männer (mit PSA-Test zur Früherkennung eines Prostata tumors)

- Ultraschall Prostata (410/2,3)\*, Ultraschall Niere re (420/2,3)\*, Ultraschall Niere li (420/2,3)\*, Ultraschall weiteres Organ (420/2,3)\*, Transrek tale Untersuchung (403/1,8)\*, Blutentnahme (250/1,8)\*, Urin-Teststreifen (3511/1,15)\*, Blutbild (3550/1,15)\*, Differentialblutbild (3551/1,15)\*, PSA-Test (3908.H3/1,15)\*
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren **107,73 EUR**

#### Anmerkung:

Diese Leistung ist vor allem auch eine Ergänzung der GKV-Leistung\*\* Nr. 158 EBM\*\*\* und soll vom Arzt daher grundsätzlich im Zusammenhang mit dieser GKV-Leistung durchgeführt werden. Unabhängig hiervon behält aber der Versicherungsnehmer gegenüber der DKV seinen Höchstleistungsanspruch in voller Höhe.

## V. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr:

### 1. Hirnleistungs-Check (zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen wie Morbus Alzheimer)

- Beratung (1/2,3)\*, Testuntersuchungen (857/1,8)\*
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren **22,89 EUR**

### 2. Schlaganfall-Vorsorge

- Beratung (1/2,3)\*, Doppler-Ultraschall der hirn versorgenden Gefäße (645/1,8)\*
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren **78,92 EUR**

\*/\*\*/\*\* s. Seite 1/2