

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF K2B

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

U n s e r e L e i s t u n g e n

1. **Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung**

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen
- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern)

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
- individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke).

2. **Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung**

2.1 **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 und 2.2 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 Regelhöchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- 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. Sind zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Kostenträgern Vergütungen vereinbart, gelten diese als üblich.
- 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.
- Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers,
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen)
abweichend von § 4 Abs. 3.3 AVB sind erstattungsfähig
- ab 15. Lebensjahr einmal innerhalb von drei Jahren bis zu 150 EUR,
- bis zum 15. Lebensjahr je Kalenderjahr bis zu 75 EUR.

2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt, abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.

2.3 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Arznei- und Verbandmittel,
(siehe § 4 Abs. 3 und 3.1 AVB).
- Leistungen des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten,
bis zu den im Heilmittelverzeichnis des Tarifs K2B (Anlage Druckstück B 310/1) genannten erstattungsfähigen Höchstbeträgen.
- Leistungen des Heilpraktikers
bis zu den Regelhöchstsätzen² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.
- Hilfsmittel
(siehe § 4 Abs. 3.3 AVB - ausgenommen Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen).
- Leistungen des Logopäden,
bis zu den im Heilmittelverzeichnis des Tarifs K2B (Anlage Druckstück B 310/1) genannten erstattungsfähigen Höchstbeträgen.
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus
zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.

2.4 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.3 ergeben, werden zu 90 % ersetzt, abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.

2.5 Serviceleistungen

Rufen Sie unsere Experten an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, Arznei- und Hilfsmittel, Vorsorgeprogramme und anderes mehr.

¹ 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.

² siehe Fußnote 1

3. Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen

einschließlich

gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze³ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei

- Kronen und Brücken in metallischer Ausführung: auf eine Verblendung bis zum Zahn 5,
- implantologischen Leistungen: auf das Einbringen von bis zu 4 Implantaten in den zahnlosen Unterkiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs K2B (Anlage Druckstück B 310/2) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die Höhe der Versicherungsleistungen bemisst sich nach dem Prozentsatz, zu dem die jeweiligen Aufwendungen für die zahnärztlichen Leistungen ersetzt werden.

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

- | | | | |
|----|---|----|--------|
| a) | bei Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen) sowie funktionsanalytischen, funktions-therapeutischen, implantologischen und kieferorthopädischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen | zu | 50 %, |
| b) | bei sonstigen zahnärztlichen Leistungen | zu | 100 %, |
- abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.

3.3 Heil- und Kostenplan

Bei den in Nr. 3.2 a) genannten Leistungen ist der DKV vor Durchführung der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten im Versicherungsfall 2 500 EUR übersteigen. Die DKV prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

Wird vor dieser Auskunft mit den in Nr. 3.2 a) genannten Leistungen begonnen, so wird der 2 500 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen abweichend von Nr. 3.2 a) zu 40 % ersetzt.

3.4 Serviceleistungen

Rufen Sie unsere Experten an. Wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandler und sind Ihnen bei der Terminvereinbarung behilflich.

³ 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.

4. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

4.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer⁴.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Wahlärztliche⁵ und belegärztliche⁶ Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- 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.

4.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 4.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt, abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.**

4.3 Krankenhaustagegeld

Wird gesondert berechenbare Unterkunft nicht in Anspruch genommen, zahlt die DKV bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld von

16 EUR.

4.4 Serviceleistungen

Rufen Sie unsere Experten an. Wir nennen Ihnen Krankenhäuser und informieren Sie über Behandlungsmethoden.

4.5 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von 650 EUR gezahlt.

Diese Pauschale wird nicht auf den tariflichen Selbstbehalt nach Nr. 5 angerechnet.

5. Selbstbehalt

Der vorgesehene Selbstbehalt nach den Nrn. 2.2, 2.4, 3.2 und 4.2 beträgt insgesamt je Kalenderjahr und versicherte Person

ab dem 20.

Lebensjahr

Frauen

520,00

EUR

Männer

520,00

EUR

ab dem 15.

bis zum 20.

Lebensjahr

Frauen

500,00

EUR

Männer

500,00

EUR

bis zum 15.

Lebensjahr

250,00

EUR.

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr der Selbstbehalt der nächsthöheren Altersgruppe.

⁴ Wählt der Versicherte gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.

⁵ gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte

⁶ Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

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 Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

6. Beitragsentlastung

6.1 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.

6.2 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. 6.2 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 Stufen 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.

6.3 Tarifbezeichnung

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

z. B.: K2B V 65 / 200 EUR oder
K2B V 65 / 150 EUR V 70 /50 EUR.

6.4 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.

6.5 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 Tarifeil bzw. in den jeweiligen Tarifen 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 weiter bestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.
- Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG nicht vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 6.5 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.

Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung ab dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung „Beitragsentlastung“ auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 6.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, gelten die Regelungen zu § 13 Abs. 8 AVB entsprechend.

Wird eine Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" zehn Jahre bestanden, wird der Gegenwert für die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung auf eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung oder Krankenhaustagegeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiter bestehenden Versicherung eine monatliche Beitragsrate von 2,56 EUR nicht unterschritten wird.

Leistungen des Versicherungsnehmers

7. Monatliche Beitragsraten

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

Sonstiges

8. Wartezeiten

Alle Wartezeiten (§ 3 AVB) entfallen.

9. Anpassung des Versicherungsschutzes

Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, tariflich vorgesehene Höchstbeträge und die tariflichen Leistungen für Heilmittel, Logopädie sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

Für Tarif K2B gilt die Regelung in § 1 Abs. 4 AVB. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass der Leistungsumfang des Tarifs die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem berücksichtigt und Höchstgrenzen vorsieht. Auf Grund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass die Tarifleistungen aus K2B - bei Behandlungen außerhalb Deutschlands - zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise bei der DKV eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen, an den Versicherungsbetrieb Berlin oder an die Hauptverwaltung in Köln wenden.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100*

(*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; ab 1.3.2010 max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

Heilmittelverzeichnis des Tarifs K2B¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
I. Inhalationen	
001 Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -	19,50
003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
006 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
007 Krankengymnastik (Atemtherapie)	
a) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
b) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	10,80
008 Bewegungsübungen	7,70
009 Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
010 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80
011 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
012 Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40
013 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
014 Gerätegestützte Krankengymnastik (Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	35,00
015 Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20
016 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen	
017 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
018 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
019 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10

¹ Grundlage sind die vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge. Änderungen sind vorbehalten (siehe Nr. 10. Tarif K2B, § 18 AVB).

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
020 Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30
021 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
022 An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
023 Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
024 Medizinische Bäder mit Zusätzen	
a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
c) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
025 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,50
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,00
V. Kälte- und Wärmebehandlung	
026 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
027 Eisteilbad	9,80
028 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie	
029 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
030 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
031 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
032 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
033 Iontophorese	6,20
034 Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
035 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00
VII. Lichttherapie	
036 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	3,10
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
037 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
038 a) Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
b) Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie	
039 Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
040 Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
040a Ausführlicher Bericht	11,80
041 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
a) Mindestdauer 30 Minuten	31,70
b) Mindestdauer 45 Minuten	41,50
c) Mindestdauer 60 Minuten	52,20
042 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40

Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs K2B für zahntechnische Leistungen¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	
001	Modell	6,00
002	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	14,00
003	Set-up	9,00
005	Stumpfmodell	10,00
007	Zahnkranz sockeln	6,00
011	Modellpaar trimmen/Fixator	9,00
012	Einstellen in Mittelwertartikulator	9,00
013	Modellpaar sockeln	20,00
020	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	10,00
021	Basis für Autopolymerisat	19,00
022	Bisswall	6,00
024	Übertragungskappe	22,00
031	Provisorische Krone oder Brückenglied	28,00
032	Formteil	17,00
101	Wurzelstiftkappe	62,00
102	Vollkrone/Teilkrone/Flügel Adhäsivbrücke, je Flügel/ Krone für Keramik-/Kunststoffverblendung	70,00
103	Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/ Stiftaufbau einarbeiten	14,00
104	Modellation gießen	20,00
105	Stiftaufbau	44,00
110	Brückenglied	50,00
111	Mantelkrone Kunststoff	61,00
112	Mantelkrone Keramik	100,00
120	Teleskopierende Krone	205,00
130	Steg	82,00
131	Steglasche/Stegreiter	47,00
132	Steggeschiebe individuell	96,00
133	Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/ Rillen-Schulter-Geschiebe	179,00
134	Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/ Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	92,00
135	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	43,00
136	Gefrästes Lager	53,00
137	Schubverteilungsarm	54,00
140	Riegel individuell	160,00
150	Metallverbindung nach Brand	26,00
160	Verblendung Kunststoff	40,00
161	Zahnfleisch aus Kunststoff	14,00
162	Verblendung aus Keramik	76,00
163	Zahnfleisch aus Keramik	31,00

¹ Grundlage ist das bundeseinheitliche Verzeichnis zahntechnischer Leistungen (BEL II) gemäß § 88 Abs. 1 SGB V. Die erstattungsfähigen Höchstbeträge orientieren sich an den in den Bundesländern nach § 88 Abs. 2 SGB V unterschiedlich festgesetzten Höchstpreisen. Änderungen sind vorbehalten (siehe Nr. 9. Tarif K2B, § 18 AVB).

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
201 Metallbasis	111,00
202 einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/ Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgebungsbügel	12,00
203 zweiarmige Klammer/Approximalklammer/Ringklammer/ Rücklaufklammer/Bonyhardklammer Gegenlager/Doppelbogenklammer	18,00
204 zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer, Auflage	30,00
205 Bonwillklammer	39,00
208 Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkauffläche	38,00
210 Lösungsknopf für Friktionsprothese	13,00
211 Abschlussrand	17,00
212 Zuschlag einzelne Klammer	19,00
301 Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	25,00
302 Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	3,00
303 Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	4,00
341 Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	3,00
361 Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	45,00
362 Fertigstellung je Zahn	4,00
380 Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/ Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer	10,00
381 Zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	15,00
382 Weichkunststoff ZE	84,00
383 Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	33,00
401 Aufbisschiene/Knirscherschienen/Bissführungsplatte	103,00
402 Miniplastschiene/Retentionsschiene/ Verband-, Verschlussplatte	61,00
403 Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	43,00
404 Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	9,00
405 Abnehmbare Dauerschienen mit adjustierter Oberfläche aus Metall	151,00
701 Basis für Einzelkiefergerät	48,00
702 Basis für bimaxilläres Gerät	100,00
703 Schiefe Ebene	41,00
704 Vorhofplatte	53,00
705 Kinnkappe	46,00
710 Aufbiss	10,00
711 Abschirmelement	16,00
712 Weichkunststoff KFO	44,00
720 Schraube einarbeiten	15,00
721 Spezialschraube einarbeiten	21,00
722 Trennen einer Basis	7,00
730 Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	19,00
731 Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	24,00
732 Labialbogen intermaxillär	29,00
733 Feder, offen	9,00
734 Feder, geschlossen	11,00
740 Verbindungselement intramaxillär	21,00
741 Verbindungselemente intermaxillär	24,00
742 Verankerungselement	20,00
743 Einzelelement einarbeiten	11,00
744 Metallverbindung KFO	15,00

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
750	Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	9,00
751	Mehrrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	15,00
761	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	16,00
762	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	7,00
770	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	34,00
801	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	17,00
802	Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	8,00
803	Retention, gebogen	41,00
804	Retention, gegossen	51,00
806	Gegossenes Basisteil	63,00
807	Metallverbindung	22,00
808	Teilunterfütterung	38,00
809	Vollständige Unterfütterung	50,00
810	Basis erneuern	59,00
813	Auswechseln von Konfektionsteilen	12,00
820	Kronen- oder Brückenreparatur	33,00
933	Versandkosten	4,00
970	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	8,00
971	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	8,00
<hr/>		
	Einlagefüllung (Inlay), einflächig ²	46,00
	Einlagefüllung (Inlay), zweiflächig ²	54,00
	Einlagefüllung (Inlay; Onlay), mehr als zweiflächig ²	67,00

² Leistung, die nicht im BEL II enthalten ist.

Wichtige Informationen zu den Serviceleistungen des Tarifs K2B

Sie haben sich für ein Produkt entschieden, in dem Angebote des Gesundheitsmanagements der DKV integriert sind. Abrufen können Sie die vielfältigen Angebote über unsere Experten des DKV-Gesundheitstelefon. Dort werden Sie beraten und erhalten Informationen zu Erkrankungen, Behandlungsmethoden, medizinischen Einrichtungen und Behandlern in Ihrer Nähe.

Bevor wir Ihnen dazu weitere detaillierte Hinweise und Erläuterungen geben, möchten Sie auch auf die allgemeinen Serviceleistungen unseres DKV-Kunden-Centers hinweisen. Hier beantworten Ihnen Experten u.a. Fragen zu Ihrem Versicherungsvertrag, zu Ihrer Leistungsabrechnung, zu Ihrer DKV-Card und zu allgemeinen Themen.

Bei Fragen rund um die Gesundheit werden Sie von dort direkt zum Gesundheitstelefon weitergeleitet.

Unter der Telefonnummer

0 18 01 / 358 100 (3,9 ct/Min.*)

(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

sind wir jeden Tag und rund um die Uhr - auch an Sonn- und Feiertagen - für Sie erreichbar.

Das Serviceangebot unseres DKV-Gesundheitstelefon umfasst bezogen auf ambulante Heilbehandlung u.a. folgende Leistungen:

- Unsere Experten des DKV-Gesundheitstelefon nennen Ihnen medizinisch sinnvolle Voruntersuchungen. Auch ab welchem Alter und wie oft eine Voruntersuchung - z.B. auf Brustkrebs - sinnvoll ist, erfahren Sie bei uns.
- Sollte sich bei einer Vorsorgeuntersuchung ein sog. "positiver" Befund, d.h. Verdacht auf eine Erkrankung ergeben, helfen wir Ihnen weiter. Die Experten des DKV-Gesundheitstelefon nennen Ihnen erforderliche weitere Untersuchungen zur Klärung des Befundes, Adressen von qualifizierten ambulanten und stationären Einrichtungen. Wir helfen auch bei Terminvereinbarungen.
- Viele Ärzte haben einen Schwerpunkt in ihrer Behandlung. Gerne helfen wir Ihnen bei der Suche z.B. nach einem Orthopäden, der auch Fußchirurg ist oder ambulante Knieoperationen durchführt.

Haben Sie Diabetes und suchen einen Hausarzt mit diesem Spezialgebiet? Wir nennen Ihnen Adressen von qualitätsgeprüften ambulanten Diabeteseinrichtungen (sog. Schwerpunktpraxen), die Fußambulanz in Deutschland und alle Behandlungseinrichtungen für Kinder mit Diabetes. Auch Adressen von Selbsthilfegruppen erfahren Sie über unser DKV-Gesundheitstelefon.

- Versuchen Sie verzweifelt Ihr Gewicht zu reduzieren? Eine Diätexpertin gibt Ihnen am DKV-Gesundheitstelefon persönliche Ernährungsempfehlungen und motiviert Sie, Ihr Gewicht erfolgreich zu verringern.

- Wenn Sie Fragen zur körperlichen und geistigen Entwicklung Ihres Kindes haben, beraten Sie die Experten des DKV-Gesundheitstelefon ausführlich. Sollten die Kindervorsorge-Untersuchungen einen auffälligen Befund ergeben, kann das Einholen einer sog. "Zweitmeinung", d.h. die Beurteilung durch einen zweiten Arzt, nützlich sein. Hier helfen wir Ihnen jederzeit weiter.
- Haben Sie Fragen zu Schutzimpfungen, rufen Sie uns an. Wir verfügen über die aktuellsten Daten verschiedener Tropenberatungsstellen und reisemedizinischer Informationsdienste. Wir können Ihnen die Impfeempfehlungen des jeweiligen Reisezieles nennen und auf die speziellen Gesundheitsrisiken hinweisen. Unsere Informationen zu den Impfeempfehlungen sind für Sie kostenlos, bitte beachten Sie aber, dass Reiseimpfungen nur unter bestimmten Voraussetzungen unter Versicherungsschutz stehen. Wenn Sie weitere Informationen zu Ihrem Urlaubsort wünschen, wie z.B. Krankenhäuser oder deutschsprachige Ärzte, besorgen wir die Adressen. Wir teilen Ihnen auch gerne die Anschriften der jeweiligen Botschaften und / oder Konsulate mit.
- Leben Sie alleine, hatten einen Unfall und sind auf häusliche Behandlungspflege angewiesen? In diesem Fall kommen DKV-Mitarbeiter bei Bedarf zu Ihnen nach Hause und helfen Ihnen weiter.
- Sind Sie schwanger oder planen Sie eine Schwangerschaft? Wenn Sie Fragen zur Schwangerschaft und Entbindung haben, rufen Sie uns an. Wir helfen Ihnen bei der Organisation einer ambulanten Entbindung oder informieren Sie über die Ausstattung der von Ihnen gewählten Entbindungsklinik. Auch bei Fragen zum Stillen helfen wir weiter. Darüber hinaus geben wir Ihnen Literaturempfehlungen zu Schwangerschaft und Geburt.
- Wenn Sie einen Heilpraktiker aufsuchen, lassen Sie sich von ihm über seine Untersuchungsmethoden und die ggf. alternativen Behandlungsverfahren aufklären. Wir übernehmen alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die grundsätzlich geeignet sind, die jeweilige Krankheit gezielt zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Viele alternative Heilmethoden erfüllen aber nicht die Forderung, einen qualifizierten Behandlungserfolg herbeizuführen. In Ihrem gesundheitlichen Interesse können wir solche Behandlungsmethoden nicht empfehlen und hierfür auch keine Kosten übernehmen. Bei Fragen zu alternativen Therapien rufen Sie uns an, wir beraten Sie gerne.
- Wer berät Sie im Falle eines Falles in der Beschaffung eines notwendigen Hilfsmittels (z.B. eines Rollstuhls)? Unsere Kooperationen mit hierauf spezialisierten Dienstleistungsunternehmen besorgen Ihnen das benötigte Hilfsmittel innerhalb von 24 - 48 Stunden. Benötigen Sie z.B. irgendwann einmal ein kompliziertes Gerät wie beispielsweise ein Atemtherapiegerät bei einer Atemstörung, wird Ihnen die Einstellung und Handhabung des Gerätes in enger Abstimmung

mung mit Ihrem Hausarzt ausführlich erklärt. Bei Problemen bieten die Kooperationsfirmen einen 24-Stunden-Notdienst an.

- Ihre Rechnungen können Sie - vor Bezahlung - kostenlos bei uns überprüfen lassen. Wir stellen fest, ob die Rechnung gebührenrechtlich und rechnerisch richtig ist und ob sie inhaltlich nachvollziehbar ist. Schicken Sie uns in diesem Fall Ihre Rechnung mit einem Vermerk zu. Sie wird von unseren Spezialisten möglichst innerhalb einer Woche geprüft. Auf Ihren Wunsch setzen wir uns auch direkt mit Ihrem Arzt in Verbindung, um eine Korrektur der Rechnung zu erzielen.

Die Serviceangebote der DKV bezogen auf zahnärztliche Behandlung umfassen u.a. folgende Leistungen:

- Wir beraten Sie telefonisch über Füllungen, Kronen, Brücken und Zahnimplantate.
- Wenn Sie Fragen zum Heil- und Kostenplan haben, rufen Sie uns an oder schicken Sie uns den Heil- und Kostenplan.
- Suchen Sie einen neuen Zahnarzt? Wünschen Sie für Ihre Kinder einen Zahnarzt, der sehr viel Erfahrung bei der Zahnbehandlung von Kindern besitzt? Auch in diesem Fall helfen unsere Mitarbeiter weiter.
- Ihre Zahnarztrechnungen können Sie - vor Bezahlung - kostenlos bei uns überprüfen lassen. Wir stellen fest, ob die Rechnung gebührenrechtlich und rechnerisch richtig ist und ob sie inhaltlich nachvollziehbar ist. Schicken Sie uns Ihre Rechnung mit einem Vermerk zu. Sie wird von unseren Experten möglichst innerhalb einer Woche geprüft. Auf Ihren Wunsch setzen wir uns auch direkt mit Ihrem Zahnarzt in Verbindung, um eine Korrektur der Rechnung zu erzielen.

Wenn Sie eine stationäre Behandlung benötigen, bietet Ihnen das DKV-Gesundheitsmanagement ein umfassendes Beratungs- und Betreuungsangebot an:

- Sie erhalten Informationen über Krankheitsbilder, Diagnose- und Behandlungsmethoden. Die Experten des DKV-Gesundheitstelefon helfen Ihnen gerne weiter und vermitteln Ihnen das nötige Hintergrundwissen.
- Wir nennen Ihnen Adressen von Krankenhäusern und Spezialkliniken in Ihrem Umkreis oder innerhalb Deutschlands. Wir informieren Sie auch über qualitätsgeprüfte Kliniken, mit denen die DKV besondere Kooperationsvereinbarungen geschlossen hat, um eine optimale Versorgung unserer Kunden sicherzustellen.
- Wenn eine schwierige Entscheidung z.B. über eine Operation ansteht und Sie einen zusätzlichen ärztlichen Rat einholen wollen, erhalten Sie über unser DKV-Gesundheitstelefon Adressen von kompetenten Fachärzten. Auf Wunsch organisieren wir für Sie einen Termin zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.
- Die DKV ist auch bei einem Klinikaufenthalt für Sie da. Auf Wunsch organisieren wir die notwendige Nachversorgung für Sie (z.B. Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen, häusliche oder stationäre Pflege). Wir möchten dadurch einen nahtlosen, reibungslosen Übergang zwischen der Akutbehandlung im Krankenhaus und der Anschlussversorgung gewährleisten.

Weitere allgemeine Informationen zu unseren Angeboten finden Sie im Internet unter

www.dkv.com

Bitte nehmen Sie dieses Informationsblatt zu Ihren Versicherungsunterlagen.