

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil II (Tarif)
für den

BestMed Tarif BM1

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für das BestMed Tarifsystem (BestMed Tarife BM1-3, BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 und BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3).

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

Teil II der AVB enthält die speziell für Ihren gewählten Versicherungsschutz geltenden Bestimmungen, insbesondere zu Art und Umfang der Versicherungsleistung. Sie geben Ihnen Auskunft zur Erstattung bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung und klären Fragen wie:

Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen rund um das Thema Gesundheit?

Welche Behandler, Krankenhäuser und sonstigen medizinischen Einrichtungen können Sie in Anspruch nehmen?

Gibt es Begrenzungen in Ihrem Versicherungsschutz?

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

I. Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung	3
1.1 Welche Ärzte bzw. Zahnärzte können in Anspruch genommen werden?	3
1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer	3
1.3 In welchem Umfang stehen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel unter Versicherungsschutz?	3
1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?	4
1.5 Können Zahnersatz und Kieferorthopädie Gegenstand der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sein?	4
2. Stationäre Heilbehandlung	4
2.1 Welche Krankenhäuser oder Krankenanstalten können unter welchen Voraussetzungen gewählt werden? Ist bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenanstalten eine vorherige Zusage erforderlich?	4
2.2 Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalten ab dem 92. Tag	5
2.3 Wie erfolgt die Abrechnung der Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen?	5
3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?	5
4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?	5
5. In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	6
6. Ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt, wenn Sie auch einen Anspruch auf gesetzliche Leistungen haben?	6
7. Ist die Höhe der Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten begrenzt?	6

II. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen	6
2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung	6
2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	6
2.2 Aufwendungsersatz	8
2.3 Pauschale bei ambulanter Operation	8
3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung	8
3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	8
3.2 Aufwendungsersatz	8
3.3 Vorlage Heil- und Kostenplan	9
4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung	9
4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	9
4.2 Aufwendungsersatz	9
5. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung	9
6. Selbstbehalt	9

III. Ihre Leistungen

Monatliche Beitragsraten	9
---------------------------------	---

Anhang

I. Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

1.1 Welche Ärzte bzw. Zahnärzte können in Anspruch genommen werden?

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Dabei steht das von Ihnen mit diesem Tarif für die ambulante Heilbehandlung gewählte sogenannte Hausarztmodell im Vordergrund.

Dies bedeutet insbesondere, dass die Höhe unserer Versicherungsleistung davon abhängt, dass Sie für die jeweilige Heilbehandlung zunächst einen Hausarzt oder einen mit uns kooperierenden Arzt (s. Nr. 1.2) aufsuchen. Wird dagegen für die jeweilige Heilbehandlung direkt ein anderer Arzt – ohne vorherige Einschaltung des Hausarztes oder eines mit uns kooperierenden Arztes – aufgesucht, so verringert sich der tarifliche Erstattungsanspruch für ärztliche Leistungen nach Nr. II.2.1.

Als Hausärzte im Sinne der AVB gelten:

- Ärzte ohne (Fach)Gebietsbezeichnung, praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin,
- als Hausarzt tätige Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Augenerkrankungen,
- Fachärzte für Kindererkrankungen ohne Schwerpunktbezeichnung,
- Notärzte, Bereitschaftsärzte.

Zu den mit uns kooperierenden Ärzten und Zahnärzten siehe Nr. 1.2.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte und Zahnärzte gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen nach Nr. 1.1 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.

Der tarifliche Erstattungsanspruch für ärztliche Leistungen gemäß Nr. II.2.1 gilt entsprechend.

1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer

Mit uns kooperierende Leistungserbringer im Sinne der AVB erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der medizinischen Versorgung, insbesondere auch durch die enge Zusammenarbeit untereinander, und haben mit uns bzw. mit einem unserer Tochterunternehmen einen entsprechenden Kooperationsvertrag vereinbart.

Fragen Sie uns nach den mit uns kooperierenden Ärzten/Zahnärzten.

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.¹) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche (Ärztetenze) – nach.

1.3 In welchem Umfang stehen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel unter Versicherungsschutz?

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Nr. 1.1 genannten Behandlern verordnet werden.

1.3.1 Die Arzneimittel müssen zudem verschreibungspflichtig und im Sinne des Arzneimittelgesetzes für das jeweilige Anwendungsgebiet zugelassen sein sowie aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Nach ärztlicher Verordnung und vorheriger schriftlicher Zusage unsererseits, sind auch die Aufwendungen für Sondennahrung erstattungsfähig, sofern aufgrund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Sonstige Nahrungsmittel gelten nicht als Arzneimittel.

Als Arzneimittel gelten auch nicht:

- Empfängnisverhütende Mittel (z. B. Ovulationshemmer),
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion,
- Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die im Rahmen von Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z. B. Faltenglättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate mit Ausnahme von Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangel-erkrankungen,
- Stärkungsmittel,
- kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze sowie Mineralwässer, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind.

¹ aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich

1.3.2 Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis dieses Tarifs (Anlage Druckstück B 102) aufgeführten

- a) physikalisch-medizinischen Leistungen und medizinischen Bäder, wenn sie vom in eigener Praxis tätigen Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind,
- b) Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen, wenn sie vom Logopäden, Diplom-Sprachtherapeuten, Sprachheilpädagogen oder Linguisten ausgeführt worden sind.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Leistungen (wie z. B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) sowie Mehraufwendungen für Behandlung in der Wohnung der versicherten Person.

1.3.3 Als Hilfsmittel gelten:

- a) Bandagen, Blindenstock, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Inhalationsgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, orthopädische Maßschuhe (und zwar der Teil der Aufwendungen, der 100 EUR – bis zum 20. Lebensjahr 50 EUR – übersteigt), orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).
Diese Hilfsmittel können Sie direkt beziehen.
- b) Bitte setzen Sie sich vor dem Bezug der folgenden Hilfsmittel mit uns in Verbindung – telefonisch erreichen Sie uns unter 0 18 01/358 100 (3,9 ct./Min.²) – da sich sonst die Erstattungsprozentsätze verringern (s. auch Nr. II.2.1):
Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining), elektronische Lesehilfen, Ernährungspumpen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Hörgeräte, Infusionspumpen, Krankenfahrstühle, Kunstglieder, Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Pulsoximeter, Sauerstoffgeräte und Überwachungsmonitore für Säuglinge.
- c) Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen – auch Tages- und Monatslinsen) für versicherte Personen bis zum vollendeten 19. Lebensjahr (s. auch Nr. II.2.1).

Aufwendungen für die Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen, sind im Rahmen der tariflichen Regelungen erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (z. B. Heizkissen, Massagegeräte) sowie für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

Als Hilfsmittel gelten auch nicht Produkte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.

1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?

Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

1.5 Können Zahnersatz und Kieferorthopädie Gegenstand der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sein?

Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten auch dann als Leistungen des Zahnarztes, wenn sie von einem Arzt ausgeführt worden sind. Sie sind jedoch nicht Gegenstand der Leistungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.

2. Stationäre Heilbehandlung

2.1 Welche Krankenhäuser oder Krankenanstalten können unter welchen Voraussetzungen gewählt werden? Ist bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenanstalten eine vorherige Zusage erforderlich?

2.1.1 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die nach § 108 Sozialgesetzbuch V (SGB V, s. Anhang II.) zur Versorgung zugelassen sind sowie unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Privatpatientenkliniken³ besteht kein Versicherungsschutz.

2.1.2 Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen nach Nr. 2.1.1 erfüllen und/oder über einen Vertrag nach § 111 SGB V (s. Anhang II.) verfügen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

² siehe Fußnote 1

³ Privatpatientenkliniken (PPK) sind Krankenhäuser in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegegesetzverordnung (BPfV) unterliegen.

Wir können uns auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

- a) es sich um einen Notfall handelt;
- b) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert;
- c) bei Tbc-Erkrankungen die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien erfolgt.

2.2 Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalten ab dem 92. Tag

Dauert ein Krankenhausaufenthalt länger als 91 Tage, stellen wir die versicherte Person von der Beitragszahlung für den über 91 Tage hinausgehenden Krankenhausaufenthalt frei, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) Es muss Anspruch auf Kostenerstattung für vollstationäre ununterbrochene Heilbehandlung für mindestens 91 Tage bestanden haben.
- b) Der von der Beitragsfreistellung betroffene Tarif muss mindestens während der letzten 12 Monate mit voller Beitragspflicht bestanden haben. Dies gilt nicht, wenn die volle Beitragspflicht z. B. aufgrund einer Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung reduziert war.

Die Beitragsfreistellung wird in vollen Monatsbeiträgen des Tarifbeitrages BestMed Tarif BM1 einschließlich des gesetzlichen Beitragszuschlages und etwaiger Risikozuschläge eingeräumt.

2.3 Wie erfolgt die Abrechnung der Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen?

Sofern eine Fallpauschale für das gesunde Neugeborene in Rechnung gestellt wird, sind diese Aufwendungen im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen des bestehenden Versicherungsschutzes der Mutter erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des behandlungsbedürftigen Säuglings nach der Entbindung werden im Falle der Versicherung nach § 4 Abs. 4 AVB Teil I aus seiner Krankheitskostenversicherung erstattet.

3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?

Die Versicherungsleistungen sind bei Heilbehandlung im Ausland gemäß § 6 Abs. 1 AVB Teil I auf die Leistungen begrenzt, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen gewesen wären.

Sie sind zudem bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland zeitlich befristet; bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis (s. § 6 Abs. 3 AVB Teil I).

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

Der Leistungsumfang des BestMed Tarifs BM1 berücksichtigt die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem und sieht entsprechende Höchstgrenzen auf Basis-Schutz-Niveau vor.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise bei uns 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 oder an die Hauptverwaltung in Köln wenden.

4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- c) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren, mit folgender Ausnahme:

Für eine erstmalige Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, werden die tariflichen Leistungen gewährt, wenn wir dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt haben. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

- d) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach Ihrer Benachrichtigung über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger, mit folgender Ausnahme:

Aufwendungen für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus werden erstattet, wenn und soweit wir dies vorher schriftlich zugesagt haben. Leistungsvoraussetzung ist ferner, dass die Behandlung binnen 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt.

- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang II.), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- h) für ambulante und stationäre Psychotherapie;
- i) für Behandlung durch Heilpraktiker und der von Ihnen verordneten Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.

5. In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen nach dem jeweils national Üblichen in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

6. Ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt, wenn Sie auch einen Anspruch auf gesetzliche Leistungen haben?

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir, unbeschadet Ihrer Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

7. Ist die Höhe der Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten begrenzt?

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

II. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen

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. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0 18 01/358 100 (3,9 ct./Min.⁴).

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. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen gemäß Nr. I.1.1 einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen (s. Anhang I.), insbesondere

⁴ siehe Fußnote 1

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 z. B. unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle emp-
fohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe,

soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze⁵ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärz-
te (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,

jeweils **zu 100%,**

wenn für die jeweilige Heilbehandlung zunächst ein Hausarzt oder ein mit uns kooperierender Arzt aufge-
sucht wird (vgl. Nr. I.1.1 und 1.2),

jeweils **zu 75%,**

wenn für die jeweilige Heilbehandlung zunächst weder ein Hausarzt noch ein mit uns kooperierender Arzt
aufgesucht wird (vgl. Nr. I.1.1 und 1.2).

- Arznei- und Verbandmittel gemäß Nr. I.1.3 und 1.3.1
Für bezogene verschreibungspflichtige Arzneimittel gilt folgende Erstattungsfähigkeit:
 - Generika⁶ **zu 100%,**
 - wenn für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel kein Generikum existiert **zu 100%,**
 - wird anstelle von existierenden Generika ein verschreibungspflichtiges
Arzneimittel als Originalpräparat bezogen **zu 75%.**
- Transport
zum nächsterreichbaren Arzt oder zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus
nach einem Unfall oder im Notfall.
Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind pro Kilometer 0,22 EUR erstattungsfähig.
- Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung
durch Pflegefachkräfte, wenn durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung ver-
mieden oder verkürzt wird.
Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Gebühren, die in der Pflegepflichtversiche-
rung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- Häusliche Behandlungspflege
medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheter-
wechsel, Injektionen).
- Heilmittel gemäß Nr. I.1.3.2,
soweit sie im Heilmittelverzeichnis des BestMed Tarifs BM1 (Anlage Druckstück B 102) aufgeführt und im
Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.
- Hilfsmittel
 - gemäß Nr. I.1.3.3 a) **zu 80%,**
 - gemäß Nr. I.1.3.3 b),
wenn sie unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices
 - bezogen bzw. beschafft wurden oder
 - weder beschafft noch bezogen werden
können oderwenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten
Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach
dem Unfall oder Notfall bezogen werden müssen **zu 100%.**
Werden diese Hilfsmittel nicht wie vorgesehen unter Einschaltung
unseres Hilfsmittelservices beschafft oder
bezogen, so sind die Aufwendungen nur **zu 50%**
erstattungsfähig.

⁵ Regelhöchstsätze sind der 2,3fache Satz der GOÄ für persönliche Leistungen, der 1,8fache Satz bei Leistungen nach den Abschnit-
ten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,15fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

⁶ Als Generikum (Plural Generika) bezeichnet man ein Arzneimittel, das eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Marken-
namen auf dem Markt befindlichen Medikaments ist. Von diesem Originalpräparat kann sich das Generikum bezüglich enthaltener
Hilfsstoffe und Herstellungstechnologie unterscheiden.

- Sehhilfen gemäß Nr. I.1.3.3 c)
ausschließlich für versicherte Personen bis zum vollendeten
19. Lebensjahr – unabhängig von der Indikation –
insgesamt
innerhalb von 24 Monaten.
Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungsfähigkeit werden
ausgehend vom Bezugsdatum der betreffenden Sehhilfe oder
vom Datum der Reparatur jeweils alle Erstattungen für Sehhilfen
und Reparaturen der letzten 24 Monate berücksichtigt.
Der Leistungsanspruch und die individuelle Erstattungsfähigkeit
hängen somit von der Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen
der letzten 24 Monate ab.

bis zu 100 EUR

- Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers,
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

**2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben,
werden zu 100% ersetzt,**

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 6 vorgesehenen Selbstbehaltes.

2.3 Bei einer ambulanten Operation zahlen wir – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt – eine Pauschale in Höhe von
100 EUR.

Als ambulante Operationen gelten die im gemäß § 115 b SGB V erstellten Katalog genannten Leistungen mit Ausnahme der Bereiche Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie der Hand- und Fußoperationen⁷.

3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung

3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen
einschließlich
gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
Individual-Prophylaxe gemäß den Ziffern 100-102 des Abschnitts B der GOZ (s. Anhang II.),
Einlagefüllungen, Zahnkronen,
Zahnersatz (z. B. Prothesen und Brücken),
kieferorthopädische Maßnahmen für versicherte Personen, die bei Beginn der Behandlung das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
Erstellung eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze⁸ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Kein Versicherungsschutz besteht für implantologische Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des BestMed Tarifs BM1 (Anlage Druckstück B 268) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die Höhe der Versicherungsleistung 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 und funktionstherapeutischen
Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen **zu 50%,**
- b) bei kieferorthopädischen Leistungen **zu 70%,**
- c) bei sonstigen zahnärztlichen Leistungen **zu 100%**

bis zu insgesamt 1.000 EUR je Versicherungsjahr.

⁷ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen ambulanten Operationen erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

⁸ Regelhöchstsätze sind der 2,3fache Satz der GOZ bzw. GOÄ für persönliche Leistungen, der 1,8fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,15fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

- 3.3 Bei zahnärztlichen Maßnahmen, insbesondere nach Nr. 3.2 a) und b), empfehlen wir vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes sowie einen Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung

4.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Belegärztliche Leistungen
(Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.),
soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze⁹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers,
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transporte zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

4.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 4.1 ergeben, werden zu 100% ersetzt.**

5. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung

Im Rahmen unserer Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (s. gesondertes Druckstück B 110/5) besteht Versicherungsschutz bei voll- und teilstationären Hospizaufenthalten.

6. Selbstbehalt

Für unsere Versicherungsleistungen nach Nr. 2.2 gilt nach BestMed Tarif BM1 folgender Selbstbehalt je versicherte Person und Kalenderjahr

bis zum 15. Lebensjahr	600 EUR,
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	
- Frauen	600 EUR,
- Männer	600 EUR,
ab dem 20. Lebensjahr	
- Frauen	1.200 EUR,
- Männer	1.200 EUR.

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. 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 Höchstbetrag des Selbstbehaltes 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.

III. Ihre Leistungen

Monatliche Beitragsraten

1. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 11 Abs. 1 AVB Teil I.
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.

⁹ Regelhöchstsätze sind der 2,3fache Satz der GOÄ für persönliche Leistungen, der 1,8fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,15fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M und Nr. 437 der GOÄ.

Anhang

I. Gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sind:

1. Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Gesundheitsuntersuchung):

- **Anspruchsberechtigung:**
ab dem vollendeten 35. Lebensjahr einmal innerhalb von 2 Jahren
- **Inhalt:**
 - Anamnese (Vorgeschichte)
 - Erhebung Ganzkörper-Status
 - Laboruntersuchungen
 - Blut: Gesamtcholesterin, Glukose
 - Urin: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit (Urin-Teststreifen)

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen:

Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust (bzw. der Prostata), der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms – einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl

- **Anspruchsberechtigung:**
bei Männern ab dem Alter von 45 Jahren einmal jährlich
(Ausnahmen: Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)

bei Frauen ab dem Alter von 20 Jahren einmal jährlich
(Ausnahmen: Mammographie-Screening, Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)
- **Inhalt, speziell Männer:**
ab dem Alter von 45 Jahren:
 - gezielte Anamnese
 - Inspektion und Palpation (Abtasten) der äußeren Geschlechtsorgane
 - Abtasten der Prostata
 - Abtasten regionärer Lymphknoten
 - Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung**ab dem Alter von 50 Jahren zusätzlich:**
 - Tastuntersuchung des Enddarms
- **Inhalt, speziell Frauen:**
ab dem Alter von 20 Jahren:
 - gezielte Anamnese
 - Spiegeleinstellung der Portio
 - Entnahme von Untersuchungsmaterial von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal, in der Regel mit Hilfe von Spatel (Portio-Oberfläche) und Bürste (Zervikalkanal)
 - Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
 - gynäkologische Tastuntersuchung
 - zytologische Untersuchung
 - Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung**zusätzlich ab dem Alter von 30 Jahren:**
 - Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust**zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren:**
 - digitale Untersuchung des Rektums
 - Mammographie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust), Anspruch bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres im Abstand von 24 Monaten
- **Inhalt, speziell Darmkrebsfrüherkennung (Männer und Frauen):**
ab dem Alter von 50 Jahren:
 - Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl (bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres)**ab dem Alter von 55 Jahren:**
 - Koloskopie (Gesamtspiegelung des Dickdarms bis zum Übergang des Dünndarms per Rektum)
Anspruch alle 10 Jahre
oder
 - Hämokulttest (Schnelltest auf okkultes Blut im Urin),
Anspruch alle 2 Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien

• **Inhalt, speziell Hautkrebs-Screening (Männer und Frauen):**

ab dem Alter von 35 Jahren, Anspruch alle 2 Jahre:

- eine gezielte Anamnese
- eine visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertriginen (feuchte Hautbereiche)
- Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung
- Dokumentation

3. Untersuchungen während der Schwangerschaft:

• **Inhalt:**

- Schwangeren-Erstuntersuchung
- Schwangeren-Folgeuntersuchungen im Abstand von 4 Wochen
- Serologische Untersuchungen
- Ultraschall-Screening
- Untersuchungen nach der Geburt (unmittelbar nach der Entbindung, in der ersten Woche nach der Entbindung sowie 6 bis 8 Wochen nach der Entbindung)

4. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind:

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend der Früherkennungsrichtlinien. Sie beinhalten u. a. die Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen und ggf. eine Beratung der Bezugsperson

Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach Geburt

Erweitertes Neugeborenen-Screening: 2. – 3. Lebenstag

U2:	3. – 10. Lebenstag
U3:	4. – 6. Lebenswoche
U4:	3. – 4. Lebensmonat
U5:	6. – 7. Lebensmonat
U6:	10. – 12. Lebensmonat
U7:	21. – 24. Lebensmonat
U8:	43. – 48. Lebensmonat
U9:	60. – 64. Lebensmonat
U10:	10. – 13. Lebensjahr

II. Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 108 Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulkliniken anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser),
oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluss nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im Übrigen die Absätze 1 bis 5.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

Prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B sind nur bei Einzelunterweisung (Individualprophylaxe) berechnungsfähig; bei Gruppenunterweisung (Gruppenprophylaxe) sind sie nicht berechnungsfähig.

- Nr. 100: Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten
Nr. 101: Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten
Nr. 102: Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung

Die Leistung nach der Nummer 100 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 101 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.

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)

Heilmittelverzeichnis der BestMed Tarife BM1-3¹

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. Glissonschlinge)	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 § 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, diodynamischer 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
BestMed Tarifs BM1 für zahntechnische Leistungen¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
001 Modell	5,62
002 Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	13,29
003 Set-up	8,18
005 Stumpfmodell	9,20
006 Zahnkranz	4,08
007 Zahnkranz sockeln	5,62
011 Modellpaar trimmen/Fixator	8,18
012 Einstellen im Mittelwertartikulator	8,18
013 Modellpaar sockeln	19,94
020 Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	9,71
021 Basis für Autopolymerisat	18,92
022 Bisswall	5,62
023 Registrierplatte und –stift auf Basen	22,06
024 Übertragungskappe	21,99
031 Provisorische Krone oder Brückenglied	27,61
032 Formteil	16,87
101 Wurzelstiftkappe	61,36
102 Vollkrone Stufenpräparation/Teilkrone/ Krone für Kunststoffverblendung/Vollkrone Metall/ Krone für Keramikverblendung	69,02
103 Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/ Stiftaufbau einarbeiten	13,29
104 Modellation gießen	19,94
105 Stiftaufbau	43,97
110 Brückenglied	49,08
120 Teleskopierende Krone (im Zusammenhang mit herausnehmbaren Prothesen)	204,52
120.1 Teleskop-/Doppel-/Konuskrone primär oder sekundär, Teleskopierende Krone, Ausgleichsteleskop	131,58
130 Steg	81,81
131 Steglasche/Stegreiter	46,53
132 Steggeschiebe individuell	95,10
133 Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/ Rillen-Schulter-Geschiebe	178,44
133.5 Primär-/Sekundärteil individuelles Geschiebe	103,64
134 Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/ Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	91,01
134.5 Primär-/Sekundärteil konfektioniertes Geschiebe, konfektionierte Verbindungseinrichtung einarbeiten	54,32
134.7 Primär-/Sekundärteil konfektionierter Anker	54,32
134.9 Wiederbefestigen Sekundärteil	54,32
135 Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	42,44

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 § 18 AVB).

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag EUR	
136	Gefrästes Lager	52,66
137	Schubverteilungsarm	53,69
140	Riegel individuell	159,01
150	Metallverbindung nach Brand	25,05
155	Konditionierung je Zahn/Flügel	10,44
160	Verblendung Kunststoff	39,88
161	Zahnfleisch aus Kunststoff	13,80
162	Verblendung aus Keramik	75,16
163	Zahnfleisch aus Keramik	30,68
164	Verblendung aus Komposite	56,02
165	Zahnfleisch aus Komposite	15,17
201	Metallbasis	110,44
202	einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/ Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgebungsbügel	11,25
203	zweiarmige Klammer/Approximalklammer/Ringklammer/ Rücklaufklammer/Bonyhardklammer Gegenlager/Doppelbogenklammer	17,90
204	zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer/Auflage/ Überwurfklammer, Auflage	29,65
205	Bonwillklammer	38,86
208	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufäche	37,32
210	Lösungsknopf für Friktionsprothese	12,27
211	Abschlussrand	16,36
212	Zuschlag einzelne Klammer	18,92
301	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	24,54
302	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,05
303	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,07
341	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	2,05
361	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,99
362	Fertigstellung je Zahn	3,07
380	Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/ Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer	9,71
381	Zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	14,83
382.1	Weichkunststoff ZE	83,34
382.2	Sonderkunststoff	40,87
383	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,72
384	Hinterlegen eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff	8,98
401	Aufbisschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	102,26
402	Miniplastschiene/Retentionsschiene/ Verband-, Verschlussplatte	60,84
403	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	42,44
404	Semipermanente Schiene aus Metall, je Zahn	26,81
405	Abnehmbare Dauerschienen mit adjustierter Oberfläche aus Metall	150,83
406	Semipermanente Schiene aus Kunststoff je Zahn	8,61
701	Basis für Einzelkiefergerät	47,04
702	Basis für bimaxilläres Gerät	99,19
703	Schiefe Ebene	40,39
704	Vorhofplatte	52,66
705	Kinnkappe	45,50
710	Aufbiss	9,71
711	Abschirmelement	15,85
712	Weichkunststoff KFO	43,97
720	Schraube einarbeiten	14,32
721	Spezialschraube einarbeiten	20,45
722	Trennen einer Basis	6,14
730	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	18,41
731	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	23,52

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
732 Labialbogen intermaxillär	28,12
733 Feder, offen	8,18
734 Feder, geschlossen	10,23
740 Verbindungselement intramaxillär	20,96
741 Verbindungselemente intermaxillär	23,52
742 Verankerungselement	19,43
743 Einzelelement einarbeiten	10,23
744 Metallverbindung KFO	14,32
750 Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	8,69
751 Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	14,83
761 Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	15,85
762 Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	6,65
770 Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	33,23
801 Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	16,36
802 Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/ Klammer einarbeiten/Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	7,16
803 Retention, gebogen	40,90
804 Retention, gegossen	50,11
806 Gegossenes Basisteil	62,89
807 Metallverbindung	21,47
808 Teilunterfütterung	37,84
809 Vollständige Unterfütterung	49,08
810 Basis erneuern	58,80
811 KFO-Basis erneuern	49,49
813 Auswechseln von Konfektionsteilen	11,76
820 Kronen- oder Brückenreparatur	32,72
933 Versandkosten	3,07
970 Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	7,67
<hr/>	
Einlagefüllung (Inlay), einflächig ²	45,50
Einlagefüllung (Inlay), zweiflächig ²	53,17
Einlagefüllung (Inlay; Onlay), mehr als zweiflächig ²	66,47
Veneer, Verblendschale aus Vollkeramik	62,89

Hinweise:

Preise gelten zuzügl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen.

² Leistung, die nicht im BEL II enthalten ist.

Verzeichnis ambulanter Operationen für die BestMed Tarife BM1-3, BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 und BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3 ¹

Ambulante Operationen

Prävention

Transabdominale Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht

Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall

Transzervikale Gewinnung von Chorionzotengewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe, unter Ultraschallsicht

Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (sonstige Hilfen)

Operative Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation bis zur 13. Schwangerschaftswoche p.c. bzw. bis zur 14. kompletten Schwangerschaftswoche p.m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals, einschl. Überprüfung der Indikation

Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer Indikation ab der 13. Schwangerschaftswoche p.c. bzw. ab der 14. kompletten Schwangerschaftswoche p.m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals und/oder intrazervikaler oder vaginaler Prostaglandinapplikation, einschl. Überprüfung der Indikation

Anästhesien/Narkose

Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis (nicht Nn. Occipitales oder aurikulares), Nerv oder Ganglion ist anzugeben, oder retrobulbäre Anästhesie

Intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose, einschl. Anlegen eines i. v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde

Plexusanästhesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis) oder Spinal- oder Periduralanästhesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheter, ggf. einschl. Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität einschl. Anlegen einer Bluteere oder Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation, einschl. Anlegen eines i.v. Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. der Infusion(en), gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde, Capnometrie und/oder Multigasmessung

Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose nach Nr. 462, je vollendete weitere 15 Minuten

Zuschlag zur Leistung nach Nr. 462 für eine Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose, einschl. dokumentierter Überwachung, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen

Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer, bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen

Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie, ggf. einschl. EKG-Monitoring, während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes, einschl. Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen, je vollendeten 15 Minuten

Gastroenterologie

Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung, und/oder Dehnung des unteren Ösophagussphinkters (Kardiasprengung), je Sitzung

Einsetzen einer Ösophagusprothese, einschl. Ösophagoskopie

Endoskopische Sondierung der Papilla Vateri mit Einbringung von Kontrastmittel, ggf. einschl. Entnahme von Sekret und/oder Probeexzision

Papillotomie, ggf. einschl. Zertrümmerung und/oder Extraktion von Steinen und/oder Legen einer Verweilsonde

Platzierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang oder Entfernung

Gynäkologie und Geburtshilfe

Entfernung von Nachgeburten oder Nachgeburtstresten durch inneren Eingriff und/oder Beendigung einer Fehlgeburt durch inneren Eingriff

Naht eines oder mehrerer Zervixrisse

Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion

Elektrokonzisation der Portio

Messerkonzisation der Portio, einschl. Versorgung des Wundgrundes

Abrasio der Gebärmutterhöhle und des Gebärmutterhalskanals, ggf. einschl. Entfernung von Polypen oder Fremdkörpern, ggf. einschl. Aufbereitung des Gewebematerials zur histologischen Untersuchung

Extirpation oder Marsupialisation von Vaginalzysten oder Bartholini-Zysten

Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5, ggf. einschl. Zusammenführung von Ei- und Spermazellen, mikroskopischer Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4) oder der Eizellkultur (bei Maßnahmen nach Nr. 10.3 und 10.5), ggf. einschl. intratubarer Transfer bei Maßnahmen nach Nr. 10.4

¹ Grundlage ist der gemäß § 115 b Sozialgesetzbuch V erstellte Katalog ambulant durchführbarer Operationen.

Nase, Nasennebenhöhlen

Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfraktureierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechie Lösung und/oder Probeexzision), als selbstständige Leistung

Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen

Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste, als selbstständige Leistung

Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung, ggf. in mehreren Sitzungen

Plastische Korrektur am Nasenseptum, an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung, ggf. in mehreren Sitzungen

Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation

Operative Korrektur eines Nasenflügels

Tränensackoperation vom Naseninnern aus

Fensterung einer Kieferhöhle, ggf. einschl. Absaugung, als selbstständige Leistung

Vollständige oder teilweise Ausräumung einer Kieferhöhle von der Nase aus

Operativer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel, als selbstständige Leistung

Anbohrung einer Stirnhöhle von außen

Operative Eröffnung einer Stirnhöhle und ggf. der Siebbeinzellen vom Naseninnern aus

Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf

Keilexzision aus der Zunge, als selbstständige Leistung

Adenotomie (Entfernung der Rachenmandel)

Operative Entfernung von Speichelstein(en)

Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 1500 und 1506

Galvanokaustik oder Kürettament im Kehlkopf

Probeexzision aus dem Kehlkopf

Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen aus dem Kehlkopf

Mikrochirurgische Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen aus dem Kehlkopf

Verschluss des Tracheostomas

Ohr, Gleichgewichts- und Gehörorgan, Stimme und Sprache

Operative Beseitigung einer Stenose und/oder von Exostosen im knöchernen Teil des Gehörganges, als selbstständige Leistung

Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbstständige Leistung

Myringoplastik vom Gehörgang aus

Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes

Operative Korrektur eines abstehenden Ohres, z. B. durch Ohrmuschelanlageplastik mit Knorpelrezision und/oder operativer Korrektur der Ohrmuschel und/oder der Ohrmuschelgröße

Urologie

Endoskopische Untersuchung der Harnröhre mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation)

Innere Harnröhrenschlitzung unter Sicht

Plastische Versorgung einer Meatusstriktur

Plastische Operation der Vorhaut und/oder des Frenulums

Varikozelenoperation (Skrotalschnitt)

Operation einer Hydro- und/oder Spermatozele, als selbstständige Leistung

Entfernung eines Hodens, ggf. einschl. des Nebenhodens

Entfernung eines Nebenhodens, als selbstständige Leistung

Operative Freilegung eines Hodens (z. B. bei Hodentorsion), ggf. mit Gewebeentnahme, als selbstständige Leistung

Operation eines Leistenhodens

Perkutane Anlage einer Harnblasenfistel, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband

Perkutane Anlage einer Nierenfistel, ggf. einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband

Extremitätenchirurgie

Muskel- und/oder Fasziennaht, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde, als selbstständige Leistung

Präparation und Naht einer Strecksehne, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde

Präparation und Naht einer Beugesehne, ggf. einschl. Versorgung einer frischen Wunde

Präparation und Durchtrennung einer Sehne oder eines Muskels, als selbstständige Leistung

Raffung, Verkürzung, Verlängerung oder plastische Ausschneidung einer Sehne, einer Faszie oder eines Muskels oder operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbstständige Leistung

Operative Lösung von Verwachsungen um mehrere Sehnen oder Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels, als selbstständige Leistung

Freie Sehnentransplantation, als selbstständige Leistung

Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven oder Spaltung der Loge de Gyon, ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen

Operation eines peripheren Nervenengpasssyndroms (z. B. Supinatorlogen-Syndrom) - ggf. einschl. Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen.

Knochenchirurgie
Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase, ggf. einschl. Tamponade und Wundverband
Einrichtung eines gebrochenen Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite
Stabilisierung einer Fraktur mittels perkutaner Drahtfixation
Osteosynthese eines kleinen Röhrenknochens oder einer Rippe
Osteosynthese des Radius, der Ulna, der Fibula oder eines großen Röhrenknochens
Entfernung von Stellschrauben, tastbaren Einzelschrauben oder von Kirschnerdrähten aus einem Knochen nach Aufsuchen durch Schnitt oder Entfernung eines Fixateur extern
Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem kleinen Knochen
Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem großen Knochen
Entnahme von Knorpel- oder Knochenmaterial zur freien Verpflanzung
Implantation von Knorpel, Knochen oder alloplastischem Material
Gelenkchirurgie
Primäre Naht des Bandapparates, eines Bandes und/oder der Gelenkkapsel bzw. Reinsertion eines Bandes eines Daumen-, Kiefer-, Hand- oder Sprunggelenks
Bandplastik des Sprunggelenks und/oder der Syndesmose
Operation eines Meniskus
Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder von Fremdkörpern aus einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk und/oder Glättung der Gelenkflächen als selbstständige Leistung
Operative Entfernung der Kniekehlezyste (Bakerzyste)
Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk, als selbstständige Leistung
Diagnostische arthroskopische Operation, ggf. einschl. Entnahme von Gewebeproben aus Weichteilen, Knorpel oder Knochen und/oder Plica-(Teil-)Resektion, Entfernung von Synovialzotten, (Teil-)Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers, Knorpelglättung und/oder Herausspülen freier Gelenkkörper, einschl. Kosten
Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie, einschl. Kosten
Rekonstruktive arthroskopische Operation, einschl. Kosten (z. B. Bandrekonstruktion, Meniskusnaht)
Mobilisierung eines kontrakten Kiefer-, Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks in Narkose oder Regionalanästhesie, als selbstständige Leistung
Einkerbung der Sehnenplatte bei der Epikondylitis radialis oder ulnaris (OP nach Hohmann)
Operation der Epikondylitis radialis oder ulnaris mit partieller Denervierung des Ellenbogengelenks, ggf. einschl. partieller Synovektomie, ggf. einschl. Arthrotomie und Naht der Gelenkkapsel
Hals- und Abdominalchirurgie
Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, ggf. einschl. Faszienverwachsung oder plastischer Maßnahmen zum Verschluss der Bruchpforte
Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches
Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches mit Muskel- und/oder Faszienverschiebeplastik
Laparoskopie/Pelviskopie, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion und/oder Adhäsiolyse
Anus praeter-Bougierung, je Sitzung
Operation einer Analfissur, ggf. einschl. Sphinkterotomie, ggf. einschl. Exzision
Operation einer submukösen analen Fistel
Exzision von Hämorrhoidalknoten, segmentär nach Milligan-Morgan
Exzision von Hämorrhoidalknoten, submukös nach Parks
Thorax- und Gefäßchirurgie
Schrittmacher-Erstimplantation, einschl. Elektrodenwechsel bei implantiertem Schrittmacher-Aggregat
Wechsel des Schrittmacher-Aggregates
Implantation eines permanenten Zuganges (Port) zu einem Gefäß oder Implantation eines intrathekalen Katheters
Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse
Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat
Beseitigung eines arterio-venösen Shunts
Exstirpation oder subfasziale Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen, als selbstständige Leistung, je Sitzung
Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen
Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena magna, ggf. einschl. der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen
Neurochirurgie
Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, als selbstständige Leistung
Neurolyse, als selbstständige Leistung
Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbstständige Leistung
End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung, einschl. Wundversorgung
Sekundärnaht eines peripheren Nerven durch epineurale Naht
Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht
Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch Transplantat
Denervation der kleinen Wirbelgelenke (z. B. Facettendeneration), je Bewegungssegment

Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks

Jede weitere Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3207

Strahlendiagnostik

Serienangiographie, einschl. aller Begleitleistungen, Kontrastmitteleinbringung(en) und Dokumentation, einmal im Behandlungsfall, wenn in gleicher Sitzung eine interventionelle Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse) erfolgt

Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, einschl. aller Begleitleistungen ggf. einschl. Gerinnungsuntersuchungen (z. B. aktivierte Gerinnungszeit), Kontrastmitteleinbringung(en), selektiver Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium, Angiokardiographie, Vorbereitung und Nachbetreuung, einmal im Behandlungsfall

Zuschlag zur Herzkatheteruntersuchung (s.o.) bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse)

Embolisations- bzw. Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen, einschl. aller Begleitleistungen, einschl. Kontrastdarstellung
