

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

BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3

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	4
1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden?	4
1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer; welchen Vorteil haben Sie, wenn Sie bestimmte von uns angeratene Verhaltensweisen beachten?	4
1.3 In welchem Umfang stehen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel unter Versicherungsschutz?	4
1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?	5
1.5 Können Zahnersatz und Kieferorthopädie Gegenstand der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sein?	6
2. Stationäre Heilbehandlung	6
2.1 Welche Krankenhäuser oder Krankenanstalten können unter welchen Voraussetzungen gewählt werden? Ist bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenanstalten eine vorherige Zusage erforderlich?	6
2.2 Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalten ab dem 92. Tag	6
2.3 Wie erfolgt die Abrechnung der Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen?	6
3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?	6
3.1 Heilbehandlung im europäischen Ausland	6
3.2 Heilbehandlung im außereuropäischen Ausland	7
4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?	7
5. In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	7
6. Ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt, wenn Sie auch einen Anspruch auf gesetzliche Leistungen haben?	7
7. Ist die Höhe der Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten begrenzt?	8

II. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen	8
1.1 Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung	8
1.2 Können Sie bei spezifischen Krankheiten kurzfristig Zugang zu renommierten und anerkannten Experten erhalten?	8
1.3 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?	8
2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung	9
2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	9
2.2 Aufwendungsersatz	11
2.3 Pauschale bei ambulanter Operation	11
2.4 Pauschale bei ambulanter Entbindung	11
3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung	11
3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	11
3.2 Aufwendungsersatz	11
3.3 Vorlage Heil- und Kostenplan	12
4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung	12
4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	12
4.2 Aufwendungsersatz	12
4.3 Krankenhaustagegeld	12
4.4 Pauschale bei stationärer Entbindung	13

5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland	13
5.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	13
5.2 Aufwendungsersatz	13
6. Kurtagegeld	13
7. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung	13
8. Selbstbehalt	14
9. Serviceleistungen Best Care	14
III. Ihre Leistungen	
Monatliche Beitragsraten	18

Anhang

I. Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden?

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes können in Anspruch genommen werden.

Bei ambulanter Psychotherapie leisten wir nur, wenn ein niedergelassener approbierter Arzt mit einer der nachstehenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychiater und Psychotherapeut,
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychosomatiker und Psychotherapeut,
- Psychotherapie oder Psychoanalyse

oder

ein niedergelassener und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gewählt wird.

Als Psychotherapie gilt die psychotherapeutische Heilbehandlung nach der Richtlinien-Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie).

Sollten Sie Fragen zu den erstattungsfähigen Therapiemethoden haben oder Hilfe bei der Wahl eines geeigneten Therapeuten wünschen, steht Ihnen unser Expertenteam unter der Telefonnummer 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.¹) gern zur Verfügung.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten 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.

1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer; welchen Vorteil haben Sie, wenn Sie bestimmte von uns angeratene Verhaltensweisen beachten?

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.

Lassen Sie bestimmte zahnärztliche Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten durchführen, so erhöhen Sie Ihren tariflichen Erstattungsanspruch (vgl. Nr. II.3).

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

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.²) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche (Ärztenetze) – nach.

Für bestimmte von uns angeratene Verhaltensweisen, die der Gesundheit des Versicherten dienlich sind oder die die Qualität der medizinischen Versorgung steigern, können wir eine AktivPrämie ausloben. Dies teilen wir Ihnen dann entsprechend mit (vgl. § 7 Abs. 1 AVB Teil I).

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 Arzneimittel müssen zudem 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.

¹ aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich

² siehe Fußnote 1

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, selbst wenn sie vom Behandler verordnet sind.

1.3.2 Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis dieses Tarifs (Anlage Druckstück B 103) 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.³) – 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, Überwachungsmonitore für Säuglinge, und Ähnliches.
- c) Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen – auch Tages- und Monatslinsen).

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 Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

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

1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?

1.4.1 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.

1.4.2 Aufwendungen für Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind unter der Voraussetzung, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung / Insemination überwunden werden kann,
- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und
- eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht,

³ siehe Fußnote 1

erstattungsfähig. Ein Leistungsanspruch besteht für

- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder
- bis zu 4 Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu 4 Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).

Besteht ein Anspruch des bei uns nicht versicherten Partners auf Leistungen für künstliche Befruchtung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem sonstigen Leistungsträger oder bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

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 öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

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 Krankenhausaufenthalt ab dem 92. Tag

Dauert ein Krankenhausaufenthalt länger als 91 Tage, stellen wir die versicherte Person ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt 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 des vereinbarten BestMed Premium Tarifs BM5 / 0-3 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?

3.1 Bei einer Heilbehandlung in Europa gilt ergänzend zu § 6 Abs. 1 AVB Teil I:

Liegen die in europäischen Staaten entstehenden erstattungsfähigen Behandlungskosten über denen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden, so werden diese tariflich ersetzt, wenn und soweit sie im jeweiligen europäischen Staat üblich sind.

Bei einer Heilbehandlung außerhalb Europas gilt abweichend von § 6 Abs. 1 AVB Teil I:

Die Versicherungsleistungen sind bei Heilbehandlung im außereuropäischen Ausland auf das Doppelte der Leistungen begrenzt, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen gewesen wären, wenn und soweit die im außereuropäischen Ausland entstehenden Aufwendungen höher und dort üblich sind.

- 3.2 Abweichend von § 6 Abs. 3 AVB Teil I besteht auch im außereuropäischen Ausland unter den folgenden Voraussetzungen zeitlich unbegrenzt Versicherungsschutz:
- Sie verfügen über eine Postanschrift in Deutschland sowie eine deutsche Kontoverbindung.
 - Übersteigt die voraussichtliche Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland 12 Monate oder verlegen Sie bzw. die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, so teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Wir führen die Versicherung dann fort, wenn die Voraussetzungen nach Satz 2 weiter vorliegen. Im Rahmen dieser Fortführung sind wir berechtigt, Auslandszuschläge bis zu 100 % des zu zahlenden Beitrages einschließlich etwaiger Risikozuschläge ab dem 13. Monat des Auslandsaufenthaltes zu verlangen. Bei der Berechnung der voraussichtlichen Dauer des außereuropäischen Auslandsaufenthaltes von mindestens 12 Monaten bleiben kurzfristige Unterbrechungen des Auslandsaufenthaltes von unter einem Monat unberücksichtigt; länger andauernde Unterbrechungen sind uns nachzuweisen.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

Wir empfehlen Ihnen, rechtzeitig vor Antritt einer länger dauernden Auslandsreise bei uns nach speziellen Auslandsreise-Krankenversicherungen zu fragen. 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, Heilpraktiker 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 folgenden Ausnahmen:
 - 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.
 - Kurtagegeld gemäß Nr. II.6;
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang III.), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

1.1 Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, 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 (einschließlich Erinnerungsservice) 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).

1.2 Können Sie bei spezifischen Krankheiten kurzfristig Zugang zu renommierten und anerkannten Experten erhalten?

Ja, bei bestimmten Diagnosen und unter bestimmten Voraussetzungen ermöglichen wir Ihnen den kurzfristigen Zugang zu renommierten und anerkannten Experten (ausführliche Informationen vgl. Nr. 9).

1.3 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?

1.3.1 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service – Telefonnummer +49 221/578 2222 mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten, unter bestimmten Voraussetzungen auch von mitgereisten gesunden Kindern (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)
- Organisation einer Betreuung von mitgereisten Kindern unter 16 Jahren vor Ort durch einen Kinderdienst für die Dauer der stationären Heilbehandlung, wenn aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Eltern im Ausland (nicht Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes) notwendig ist. Vorstehende Regelung gilt entsprechend, wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt eines ohne Partner reisenden Elternteils erforderlich ist.
- Organisation der Reise und der Unterbringung einer dem Versicherten nahe stehenden Person (z. B. Familienangehörige, Lebenspartner) von deren Wohnort zum Krankenhaus und zurück, wenn der Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Ausland länger als 10 Tage dauert.
- Organisation des Transports von zur Heilbehandlung erforderlichen Blutkonserven und Arzneimitteln ins Ausland (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)

⁴ siehe Fußnote 1

1.3.2 Unmittelbar nach Unfällen oder vollstationärer Heilbehandlung im Krankenhaus bzw. ambulanten Operationen einer versicherten Person können Sie im Rahmen des 24-Stunden-Notruf-Services
– Telefonnummer +49 221/578 2222 – ein Beratungsgespräch zur Feststellung eines etwaigen Bedarfs zu folgenden Serviceleistungen verlangen:

- Organisation eines Menüservices
- Organisation einer Begleitung bei Arzt- und Behördengängen
- Organisation einer Hilfskraft
 - für Einkäufe und notwendige Besorgungen,
 - zur Reinigung der Wohnung,
 - zur Versorgung der Wäsche / Schuhpflege
- Organisation einer Tag- und Nachtwache (nur nach ambulanter Operation)
- Organisation einer Fachkraft zur Grundpflege
- Vermittlung von Kinderbetreuung (für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr)
 - bei Erkrankung und während einer vollstationären Heilbehandlung des versicherten Erziehungsberechtigten oder
 - bei Erkrankung des versicherten Kindes
- Vermittlung von geeignetem Personal zwecks Kompensation von Unterrichtsausfall bei versicherten schulpflichtigen minderjährigen Kindern, die länger als 3 Wochen aufgrund eines der in Satz 1 genannten Ereignisse nicht am Schulunterricht teilnehmen können
- Vermittlung eines Dienstleisters zur Einrichtung einer Hausnotrufanlage
- Vermittlung einer Beratung bei einer sich abzeichnenden Pflegebedürftigkeit
- Kontaktherstellung zu Pflegeheimen
- Organisation einer Pflegeschulung für Angehörige
- Vermittlung einer Beratung bei Umbau von Wohnung / Kfz
- Organisation einer Betreuung von Haustieren (auch während einer vollstationären Heilbehandlung)

Bei entsprechendem Bedarf werden die jeweils erforderlichen Organisations- bzw. Vermittlungsleistungen erbracht. Aufwendungen für Entgelte, die sich aus organisierten bzw. vermittelten Dienstleistungen ergeben (z. B. für den Menüservice selbst oder die Umbaukosten für Wohnung / Kfz) sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

1.3.3 Der 24-Stunden-Notruf-Service – Telefonnummer +49 221/578 2222 – vermittelt Ihnen nach traumatisierenden Ereignissen

- eine telefonische psychologische Erstbetreuung
- einen Therapieplatz bei einem auf Traumabehandlung spezialisierten Psychotherapeuten in Wohnortnähe. Die Kosten der Behandlung werden für bis zu 6 Sitzungen übernommen.

Als traumatisierende Ereignisse gelten im Sinne dieser AVB: Naturkatastrophen, Flug- und Bahnunfälle, sofern die versicherte Person von diesen Ereignissen vor Ort unmittelbar betroffen ist sowie der Unfalltod des Ehegatten bzw. Lebenspartners oder naher Angehöriger.

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;
die dafür vorgesehenen Altersgrenzen müssen nicht eingehalten werden (s. Anhang I.),
sowie weiterer gezielter Vorsorgeuntersuchungen
(Einzelheiten, insbesondere zu Art, Höhe und Umfang, s. Anhang II.),

Schutzimpfungen (auch für Reisen),

wenn sie von der Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes bzw. von der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe,

Psychotherapie gemäß Nr. I.1.1

bis zu	30 Sitzungen	zu 100%,
von der	31. Sitzung an	zu 80%,
von der	61. Sitzung an	zu 70%,

Alternativmedizin – unabhängig von Nr. I.1.4.1 –

Leistungen der besonderen Therapierichtungen nach dem jeweils gültigen Hufelandverzeichnis⁵ einschließlich der dort aufgeführten Arzneimittel – insgesamt

bis zu 5.000 EUR je Versicherungsjahr,

Kinderwunschbehandlung (Künstliche Befruchtung) gemäß Nr. I.1.4.2,

Lasik Operation, wenn und soweit wir vor der Operation eine schriftliche Zusage gegeben haben,

⁵ Auf Anforderung senden wir Ihnen gerne eine Übersicht mit den alternativen Therapieformen zu.

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze⁶ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Über den Höchstsätzen der GOÄ liegende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn und soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

- Arznei- und Verbandmittel gemäß Nr. I.1.3 und 1.3.1
- Leistungen des Heilpraktikers – unabhängig von Nr. I.1.4.1 – nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt.
- Transport
 - zum nächsterreichbaren Arzt oder zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall oder im Notfall,
 - zu und von der ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie,
 - zu und von der medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnlich Gehbehindert), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflos) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegestufe 2 oder 3 ist.

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 vermieden oder verkürzt wird.
Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Gebühren, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- Häusliche Behandlungspflege
Medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen).
- Heilmittel, gemäß Nr. I.1.3.2, soweit sie im Heilmittelverzeichnis der BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3 (Anlage Druckstück B 103) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.
- Hilfsmittel
 - gemäß Nr. I.1.3.3 a) **zu 100%,**
 - 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 80%** erstattungsfähig.
 - Sehhilfen gemäß Nr. I.1.3.3 c) – unabhängig von der Indikation –
insgesamt **bis zu 600 EUR**
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.
- Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

⁶ Höchstsätze sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen, der 2,5fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M und Nr. 437 der GOÄ.

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. 8 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

200 EUR.

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

2.4 Die Versicherte erhält für jede ambulante Entbindung – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt – eine Pauschale in Höhe von

1.500 EUR.

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 III.), professionelle Zahnreinigung (PZR), Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Prothesen und Brücken), implantologische Leistungen, 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 Höchstsätze⁸ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Über den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ liegende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn und soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

Denken Sie an Ihren höheren Leistungsanspruch (s. Nr. 3.2 a), wenn Sie die mit uns kooperierenden Zahnärzte (vgl. Nr. I.1.2) in Anspruch nehmen. Fragen Sie uns, wir nennen Ihnen gerne Zahnärzte in Ihrer Nähe. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0 18 01/358 100 (3,9 ct./Min.⁹) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche (Ärztetetze) – nach.

Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei

- PZR: auf maximal 100 EUR je Kalenderjahr; wird zur Durchführung der PZR die Einrichtung eines mit uns kooperierenden Zahnarztes aufgesucht, so erhöht sich die Erstattungsfähigkeit auf maximal 200 EUR je Kalenderjahr.
- implantologischen Leistungen: auf insgesamt 8 Implantate je Kiefer einschließlich etwaiger bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandener Implantate und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen der BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3 (Anlage Druckstück B 269) 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 Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen), sowie funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen

zu 80%,

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

⁸ Höchstsätze sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen der GOZ bzw. GOÄ, der 2,5fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M und Nr. 437 der GOÄ.

⁹ siehe Fußnote 1

lassen Sie diese zahnärztlichen Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten (vgl. Nr. I.1.2) durchführen, so erhöhen Sie Ihren tariflichen Erstattungsanspruch um 10%-Punkte auf **90%;**

- b) bei Einlagefüllungen, sonstigen zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Leistungen **zu 100%,**

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbehaltes,

höchstens jedoch für Leistungen nach a) – und zwar ab Versicherungsbeginn¹⁰ –

- im ersten Versicherungsjahr insgesamt bis zu **1.000 EUR,**
- im ersten und zweiten Versicherungsjahr insgesamt bis zu **2.000 EUR,**
- in den ersten drei Versicherungsjahren insgesamt bis zu **3.000 EUR,**
- in den ersten vier Versicherungsjahren insgesamt bis zu **4.000 EUR.**

Für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfallen die vorstehenden Höchstbeträge.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

- 3.3 Bei zahnärztlichen Maßnahmen, insbesondere nach Nr. 3.2 a), 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.
- Ärztliche Leistungen
 - Wahlärztliche Leistungen
(gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte einschließlich der von diesen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses),
 - 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 Höchstsätze¹¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Über den Höchstsätzen der GOÄ liegende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn und soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

- Unterkunftszuschlag Ein- oder Zweibettzimmer.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- 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,**

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbehaltes.

4.3 Krankenhaustagegeld

Im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung zahlen wir neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld

- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer **in Höhe von 20 EUR**
bzw. bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- und Zweibettzimmer **in Höhe von 40 EUR,**

¹⁰ siehe § 11 Nr. 2 AVB Teil I

¹¹ Höchstsätze sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen, der 2,5fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M und Nr. 437 der GOÄ.

- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen für die gesamte Dauer der vollstationären Behandlung

in Höhe von 60 EUR.

Hierbei zählen der Aufnahme- und der Entlassungstag jeweils als ein Tag.

Das Krankenhaustagegeld wird nicht auf einen etwaigen Selbstbehalt angerechnet.

- 4.4 Die Versicherte erhält für jede stationäre Entbindung – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt – eine Pauschale in Höhe von

1.500 EUR.

5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland

5.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- **Rücktransport aus dem Ausland**

Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransportes an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus. Die Mehrkosten des Rücktransportes werden auch übernommen, wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notruf-Service an (s. auch Nr. 1.3).

Wird der Rücktransport nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur zu

80% erstattungsfähig.

Mehrkosten eines begleiteten Rücktransportes mitgereister minderjähriger Kinder unter 16 Jahren an den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes, wenn aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Eltern bzw. eines ohne Partner reisenden Elternteils im Ausland (nicht Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes) notwendig ist (s. auch Nr. 1.3).

Die Regelung zu einem begleitenden Rücktransport mitgereister minderjähriger Kinder unter 16 Jahren gilt entsprechend bei Tod beider Eltern bzw. eines ohne Partner reisenden Elternteiles im Ausland.

Wird der Rücktransport der Kinder nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur zu

80% erstattungsfähig.

- **Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven**

unter Beachtung der geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person, sofern lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben sind und diese oder vergleichbare Arzneimittel vor Ort nicht erhältlich sind bzw. zur Heilbehandlung Blutkonserven fehlen oder ein berechtigter Wunsch des Kunden nach Blutkonserven aus Deutschland (z. B. Eigenblutkonserven) besteht.

Wird der Transport nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur zu

80% erstattungsfähig.

- **Todesfall im Ausland**

Überführung an den Heimatwohnsitz aus dem europäischen oder außereuropäischen Ausland
Beisetzung im Ausland

**bis zu 10.000 EUR,
bis zu 5.000 EUR.**

5.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 5.1 ergeben,

werden zu 100% ersetzt,

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbehaltes.

6. Kurtagegeld

Bei einer ärztlich verordneten ambulanten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, zahlen wir Ihnen – unabhängig von Nr. 1.4 e) – ein Kurtagegeld ohne Kostennachweis in Höhe von

30 EUR je Tag für maximal 28 Tage.

Ein erneuter Leistungsanspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.

Das Kurtagegeld wird auf einen etwaigen tariflichen Selbstbehalt nach Nr. 8 angerechnet.

7. 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.

Dabei wird ein etwaiger tariflicher Selbstbehalt nach Nr. 8 angerechnet.

8. Selbstbehalt

Für unsere Versicherungsleistungen nach den Nrn. 2.2 (ausgenommen Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen), 3.2 (ausgenommen Vorsorgeuntersuchung, professionelle Zahnreinigung und Individual-Prophylaxe), 4.2, 5.2, 6 und 7 gelten je nach gewähltem Tarif unterschiedliche Selbstbehalte. Sie betragen je versicherte Person und kalenderjährlich nach BestMed Premium Tarif

	BM5 / 0	BM5 / 1	BM5 / 2	BM5 / 3	
bis zum 15. Lebensjahr	0	200	400	800	EUR,
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr					
- Frauen	0	200	400	800	EUR,
- Männer	0	200	400	800	EUR,
ab dem 20. Lebensjahr					
- Frauen	0	400	800	1.600	EUR,
- Männer	0	400	800	1.600	EUR.

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

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.

Für Versicherte kann jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb der BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3 eine andere Selbstbehaltvariante unter den Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 Sätze 1-3 AVB Teil I gewählt werden.

9. Serviceleistungen Best Care

Der medizinische Behandlungserfolg hängt insbesondere bei bestimmten Diagnosen auch von der ärztlichen Qualifikation und Erfahrung sowie der medizinisch-technischen Ausstattung einer Klinik ab. Deshalb ist es wichtig, im Ernstfall nicht nur eine gute Absicherung bezüglich der Behandlungskosten zu haben, sondern auch **schnellstmöglich Zugang zu renommierten und anerkannten Experten** für das spezifische Krankheitsbild zu erhalten.

Mit unserem speziellen Serviceleistungen Best Care decken wir diesen vorstehend skizzierten Bedarf bzgl. ausgewählter Diagnosen ab. Die Auswahl der Diagnosen erfolgte vor allem danach, bei welchen Erkrankungen die Qualifikation und die Erfahrung der Ärzte sowie die Wahl der eingesetzten Technologien eine besondere Bedeutung für den Behandlungserfolg und damit für Ihre Gesundheit haben. Wie Sie an den Diagnosen für Best Care bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres im Unterschied zu denen ab der Vollendung des 15. Lebensjahres sehen, kann dies je nach Alter verschieden sein, weil manche Erkrankungen schon hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens sehr altersspezifisch sind.

Haben Sie Fragen zu Best Care? Sie erreichen uns unter:

DKV AG
Kundenservice Center
Stichwort "Best Care"
50594 Köln

Oder:

- rufen Sie uns an: Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.*)
 - faxen Sie uns: 01 80/5 78 60 00 (14 ct/Min.)*
(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)
 - senden Sie uns eine E-Mail: service@dkv.com
- und geben Sie auch dabei unbedingt das **Stichwort "Best Care"** an, damit wir Ihnen umgehend helfen können;
- werfen Sie einen Blick auf unsere Homepage: www.dkv.com

Selbstverständlich stehen wir Ihnen gerne unter den o.g. Adressen bzw. Nummern auch bezüglich sonstiger Fragen, z.B. zur DKV oder anderen Produkten, zur Verfügung. In solchen Fällen müssen Sie das o.g. Stichwort natürlich nicht angeben.

9.1 Wann liegt ein Versicherungsfall bzgl. Best Care vor, so dass die Leistungen nach Nr. 9.2 in Anspruch genommen werden können?

9.1.1 Die Leistungen nach Nr. 9.2 setzen voraus, dass eine Diagnose bzgl. einer der in der nachstehenden Tabelle (Nr. 9.1.3) aufgeführten Erkrankungen fachärztlich gesichert ist. Sofern eine Best Care-Erkrankung erst im Rahmen der ihr in der Tabelle nach Nr. 9.1.3 zugeordneten Therapie sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchungen begründeter Krankheitsverdacht ausreichend.

Weiterhin müssen die diesen Krankheitsdiagnosen in der Tabelle zugeordneten Therapien von dem entsprechenden Facharzt zumindest als mögliche Behandlungsalternativen bewertet worden sein. Die in der Tabelle aufgeführten Therapien umfassen allerdings keine Transplantationen.

9.1.2 Der Nachweis bzgl. des Vorliegens der o. g. Voraussetzungen ist durch die Übermittlung von ärztlichen Befunden zu erbringen, die mit dem nach außen deutlich sichtbaren **Stichwort "Best Care"** gekennzeichnet sind (bei Briefpost Stichwort bitte auf Umschlag und Arztbericht vermerken). Die Übermittlung hat in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail – vgl. auch Nr. 9 (Einleitung)) zu erfolgen. Diese ärztlichen Berichte müssen neben dem Befund folgende Angaben enthalten: Vor- und Zunamen der betroffenen versicherten Person sowie das Datum des Befundes. Diese Unterlagen werden unser Eigentum.

Wir werden erst dann leistungspflichtig, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind. Wurde nur das **Stichwort "Best Care"** nicht gemäß der in Satz 1 vorgeschriebenen Weise auf den Nachweisen vermerkt (vgl. auch Nr. 9 – Einleitung), beginnt die Fünftagefrist gemäß Nr. 9.2.1 a) erst mit dem Zugang der Nachweise bei der für die Organisation des Best Care-Service zuständigen Stelle zu laufen.

9.1.3 Bei den Best Care-Diagnosen und -Therapieindikationen handelt es sich um Folgende:

a) Bis Vollendung des 15. Lebensjahres:

Diagnose	Mögliche Therapie	Fachrichtung
1. Operationsbedürftige angeborene Fehlbildungen (z. B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte, Herzfehler)	Operation	Kinderchirurgie
2. Für das Kindesalter typische bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Knochenkrebs)	Operation und/oder Chemotherapie	Kinderchirurgie, Onkologie
3. Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z. B. Leukämien, maligne Lymphome)	Stationäre onkologische Behandlung	Hämato-Onkologie
4. Stationär behandlungsbedürftige Drüsen- und Stoffwechselerkrankungen (z. B. Schilddrüsenunterfunktion, Mukoviszidose, insulinpflichtige Zuckerkrankheit)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderchirurgie, Kinderendokrinologie
5. Stationär behandlungsbedürftige Lungenerkrankungen (z. B. Asthma bronchiale)	Stationäre Behandlung	Kinderpulmologie
6. Stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Krampfanfallleiden)	Stationäre Behandlung	Kinderneurologie
7. Stationär behandelungsbedürftige chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderarzt, Kinderchirurgie
8. Stationär behandlungsbedürftige Hauterkrankungen (z. B. schwere Formen von Neurodermitis)	Stationäre Behandlung	Kinderarzt
9. Stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen der Knochen und Gelenke (chronisch rheumatische Erkrankungen, Entwicklungsstörungen des Knorpels, z. B. Morbus Perthes)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderarzt, Kinderorthopädie
10. Stationär behandelungsbedürftige Folgen von Unfällen und Vergiftungen (z. B. Knochenfehlstellungen, Verätzungen der Speiseröhre)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderarzt, Kinderorthopädie, Kinderchirurgie

b) Ab Vollendung des 15. Lebensjahres:

Diagnose	Mögliche Therapie	Fachrichtung
1. Koronare Herzkrankheit mit Indikation zur Bypass-Operation	Bypass-Operation mittels Venen oder Arterien	Herzchirurgie
2. Operationsbedürftiger Herzklappenfehler (z. B. Aortenstenose, Mitralsuffizienz)	Operativer Klappenersatz	Herzchirurgie
3. Operationsbedürftige Verengung der Halsschlagader (z. B. Stenose der Arteria carotis interna)	Operation	Gefäßchirurgie
4. Operationsbedürftige Erweiterung der Hauptschlagader (z. B. thorakales oder abdominales Aortenaneurysma)	Operation	Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie
5. Bandscheibenvorfall (z. B. Nucleus pulposusprolaps der Hals- oder Lendenwirbelsäule)	Operation	Orthopädie/Neurochirurgie
6. Kreuzbandriss des Kniegelenks	Operation	Orthopädie
7. Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z. B. Leukämien, maligne Lymphome)	Stationäre onkologische Behandlung	Internistische Hämatologie
8. Bösartige Tumorerkrankungen der Brustdrüse (z. B. Mammakarzinom)	Operation	Gynäkologie
9. Bösartige Tumorerkrankungen des Brustraums (z. B. Bronchialkarzinom)	Operation	Thoraxchirurgie
10. Bösartige Tumorerkrankungen der Speiseröhre und des Magen-Darmtraktes (z. B. Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Kolon- und Rektumkarzinom)	Operation	Viszeralchirurgie
11. Bösartige Tumorerkrankungen der Nieren und der Harnwege (z. B. Nierenkarzinom, Blasenkarzinom)	Operation	Urologie
12. Bösartige Tumorerkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane (z. B. Prostatakarzinom, Hodenkarzinom)	Operation	Urologie
13. Bösartige Tumorerkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (z. B. Uteruskarzinom, Ovarialkarzinom)	Operation	Gynäkologie
14. Tumorerkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks (z. B. Meningeom, Glioblastom)	Operation	Neurochirurgie

Im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschritts und den dadurch bedingten Änderungen im Gesundheitswesen kann die Auswahl der o. g. Diagnosen und/oder Therapien gemäß § 18 Abs. 1 AVB Teil I angepasst werden.

9.1.4 Als Schnittstellenregelung für die beiden Diagnosetabellen aus Nr. 9.1.3 gilt:

- a) Wird ausnahmsweise vor Vollendung des 15. Lebensjahres eine Erkrankung diagnostiziert, die nur in der Tabelle nach Nr. 9.1.3 b) aufgeführt ist, so können dennoch die Leistungen aus Nr. 9.2 in Anspruch genommen werden.
- b) Wird nach Vollendung des 15. Lebensjahres eine Erkrankung diagnostiziert, die nur in der Tabelle nach Nr. 9.1.3 a) aufgeführt ist, werden wir auf Wunsch zeitnah einen Experten benennen und mit diesem einen Termin vereinbaren. Ein Anspruch auf die Leistungen gemäß Nr. 9.2 besteht jedoch nicht.

9.2 Die Leistungen des Serviceproduktes Best Care im Versicherungsfall (Nr. 9.1)

Liegen die Voraussetzungen gemäß Nr. 9.1 vor, gilt bzgl. der Leistungen aus Best Care Folgendes:

9.2.1 Organisation der Behandlung

- a) Wir organisieren für Sie die Durchführung der in der Tabelle gemäß Nr. 9.1.3 aufgeführten Operation durch einen Experten (vgl. Nr. 9.2.4). Erfolgt keine Operation, besteht die Expertenleistung in der endgültigen Festlegung der Therapie, ggf. im Rahmen einer prästationären Sprechstunde.

Dabei wird zugesichert, dass

- entweder die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Experte praktiziert,
- oder die Vorstellung in der prästationären Sprechstunde des Experten

innerhalb von fünf Werktagen außer Samstag erfolgt, nachdem unser Kundenservice Center die erforderlichen Nachweise gemäß Nr. 9.1.2 erhalten hat.

Die Fünftagefrist beginnt an dem Tag, der auf den Tag folgt, an dem die o. g. Nachweise unserem Kundenservice Center zugegangen sind.

Sollten Sie nicht transportfähig sein, beginnt die Frist erst an dem Tag zu laufen, an dem Sie unserem Kundenservice Center die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitteilen.

Auf Wunsch erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über den Fristbeginn und seine Berechnung.

- b) Besteht die Expertenleistung gemäß a) in einer Operation und ist der Experte unvorhergesehen verhindert, kann diese durch seinen ständigen Vertreter erfolgen. Unvorhergesehen ist die Verhinderung dann, wenn der Experte durch Krankheit, eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung der Vorrang einzuräumen ist, oder durch vergleichbare gravierende Gründe verhindert ist.
- c) Wenn keine Operation erforderlich ist, besteht aus Best Care kein Anspruch, dass nach der Festlegung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch einen Best Care-Experten erfolgt. Diese Behandlung kann vielmehr auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes (vgl. Nr. 2 bzw. Nr. 4) ggf. auch von anderen Behandlern erbracht werden.
- d) Im Übrigen besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf Beratung vor, während und nach der Behandlung durch unser Kundenservice Center (vgl. Nr. 9 – Einleitung). Diese umfasst u. a. Informationen über die Kostenträger von medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlungen. Auf Ihren Wunsch übernehmen wir auch gerne die Organisation dieser Maßnahmen, sofern nicht ein anderer Leistungsträger (z. B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) zuständig ist.

Dieser Anspruch besteht ggf. neben bzw. ergänzend zu unseren Serviceleistungen gemäß Nr. 1.

9.2.2 Aufwandspauschale

Liegen die Voraussetzungen der Nr. 9.1 vor, besteht der Anspruch auf eine

→ Aufwandspauschale in Höhe von

500 EUR.

Diese wird immer dann gezahlt, wenn der Eintritt eines Versicherungsfalles nachgewiesen ist (vgl. Nr. 9.1), unabhängig davon, ob die sonstigen Leistungen gemäß Nr. 9.2 in Anspruch genommen werden. Diese Pauschale steht zur freien Verfügung. Sie kann ohne Kostennachweis insbesondere für Reise- und Transportkosten gemäß Nr. 9.2.5 verwendet werden. Zur Auszahlung vergleiche Nr. 9.4.

9.2.3 Ersatzpauschale

Kann die Fünftagefrist gemäß Nr. 9.2.1 a) ausnahmsweise einmal nicht eingehalten werden, besteht hierfür Anspruch auf eine

→ Ersatzpauschale in Höhe von

500 EUR.

Zur Auszahlung vergleiche Nr. 9.4.

Wir werden danach weiterhin versuchen, schnellstmöglich die Leistungen aus Nr. 9.2.1 a) zu erbringen. Ein erneuter Anspruch auf die Ersatzpauschale gemäß Nr. 9.2.3 besteht aber vor Ablauf der in Nr. 9.2.6 genannten Fristen nicht.

Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

9.2.4 Best Care-Experten

- a) Experten im Sinne dieses Produktes sind Behandler, die bezüglich der spezifischen Diagnose renommiert und anerkannt sind und sich bei uns als Best Care-Ärzte vertraglich verpflichtet haben.

Uns steht es frei zu entscheiden, welche Experten wir als Best Care-Ärzte aufnehmen. Halten sich Experten nicht an die mit uns getroffenen Vereinbarungen (z. B. bezüglich Termineinhaltung, Behandlungsqualität), kann ihre Zugehörigkeit zu den Best Care-Ärzten entfallen. Dies beeinträchtigt aber in der Regel nicht die Möglichkeit, sich auch weiterhin von diesem Arzt behandeln zu lassen. Nur eine Vermittlung gemäß den Bestimmungen von Best Care ist in diesem Fall nicht mehr möglich.

- b) Zur Feststellung, ob die als Best Care-Ärzte in Frage kommenden Behandler bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind, bedienen wir uns wissenschaftlicher Kriterien und der Kenntnis von unserem Hause unabhängiger Fachleute.
- c) Aus Best Care zu erbringende Leistungen für Experten werden unmittelbar zwischen uns und jenen abgerechnet.

9.2.5 Reise- und Transportkosten

Reise- und Transportkosten zum oder vom Experten werden nicht erstattet. Für derartige Aufwendungen kann die Aufwandspauschale gemäß Nr. 9.2.2 u. a. verwendet werden.

9.2.6 Inanspruchnahmeberechtigung pro Versicherungsfall

- a) Ein erneuter Anspruch auf Leistungen gemäß Nr. 9.2 besteht im Rahmen derselben Erkrankung frühestens 12 Monate nach Ablauf der Fünftagefrist i. S. der Nr. 9.2.1 a), sofern auch die sonstigen Voraussetzungen (Nr. 9.1) erfüllt sind.

Die 12-Monatsfrist gilt nicht bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles. Dieser liegt dann vor, wenn die Therapie auf eine Best Care-Erkrankung ausgedehnt werden muss, die entweder mit der bisher behandelten nicht in einem ursächlichen Zusammenhang steht oder die zwar in einem ursächlichen Zusammenhang steht, aber insoweit als ein selbstständiges Krankheitsgeschehen zu bewerten ist, da andere Körperteile/Organe betroffen sind.

- b) Bzgl. der Diagnose "Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z. B. Leukämien, maligne Lymphome)" gilt das unter Nr. 9.2.6 a) Gesagte entsprechend mit der Ausnahme, dass ab der Vollendung des 15. Lebensjahres anstelle des Zeitraumes von 12 Monaten einer von 36 Monaten tritt.

9.3 An welchem Ort werden die Expertenleistungen erbracht?

Durch die Auswahl der Experten (vgl. Nr. 9.2.4 a) ergibt sich, wo die Leistungen gemäß Nr. 9.2.1 a) und b) erbracht werden. Etwaige Wünsche Ihrerseits in Bezug auf eine mögliche Auswahl unter den Ihnen von uns genannten Experten/Orten der Leistungserbringung werden wir – soweit möglich – gerne berücksichtigen.

9.4 Was ist in Bezug auf die Auszahlung der Aufwands- sowie der Ersatzpauschale zu beachten?

Die Aufwands- bzw. die Ersatzpauschale sind bedingungsgemäß fällig, wenn die zur Feststellung des Anspruchs nötigen Erhebungen beendet sind:

- Für die Aufwandspauschale nach Nr. 9.2.2 ist dies der Fall, sobald die in Nr. 9.1 genannten Voraussetzungen durch uns festgestellt wurden.
- Für die Ersatzpauschale nach Nr. 9.2.3 ist dies der Fall, sobald die Überschreitung der in Nr. 9.2.1 a) definierten Fünftagefrist festgestellt wurde.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, soweit die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens Ihrerseits gehindert sein sollte.

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.

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
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3)
- **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
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3)
(Ausnahmen: Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)

bei Frauen ab dem Alter von 20 Jahren einmal jährlich
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3)
(Ausnahmen: Mammographie-Screening, Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)
- **Inhalt, speziell Männer:**
ab dem Alter von 45 Jahren:
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3):
 - 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:**
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3):
 - Tastuntersuchung des Enddarms
- **Inhalt, speziell Frauen:**
ab dem Alter von 20 Jahren:
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3):
 - 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:**
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3):
 - Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust**zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren:**
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3):
 - 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:

(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3):

- Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl (bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres)

ab dem Alter von 55 Jahren:

(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3):

- 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

(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM5 / 0-3)

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. Lebensstag

U2:	3. – 10. Lebensstag
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. Weitere gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach Teil II der AVB (Tarif) Nr. II.2.

A. Leistungen ab Geburt:

1. Neugeborenen Audio-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit
 - Anzahl/Intervall: einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 85 EUR**
2. Schiel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen
 - Anzahl/Intervall: einmalig im Laufe des 3. Lebensjahres
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 EUR**
3. Kindergarten-Eingangsuntersuchung
 - Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 EUR**

4. Fettstoffwechsel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen
 - Anzahl/Intervall: einmalig zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 40 EUR**
5. Kinder-Intervall-Checks: Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für Kinder/Jugendliche
 - Anzahl/Intervall:
 - U6a: einmalig im 15. bis 18. Lebensmonat
 - U7a: einmalig im 30. bis 40. Lebensmonat
 - U9a: einmalig im 8. Lebensjahr
 - U9b: einmalig im 10. Lebensjahr
 - J2: einmalig im 14. bis 16. Lebensjahr
 - Anstelle eines der Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung erfolgen
 - Höchsterstattungsbetrag: **jeweils bis 70 EUR**
6. Reisemedizinische Vorsorge: Beratung, ggf. inklusive schriftlicher Information und/oder klinischer Untersuchung
 - Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 EUR**
7. Hauttyp-Bestimmung einschließlich -Beratung
 - Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 25 EUR**
8. Blutgruppenbestimmung
 - Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 EUR**

B. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

1. Sportmedizinischer Check-up:
 - a) Internistische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung sowie Belastungs-EKG
 - b) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Feststellung des Sportmedizinischen Status sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren, ab vollendetem 35. Lebensjahr wahlweise anstelle des Großen Gesundheits-Checks (vgl. C.2)
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 200 EUR**
2. Lungen-Check: Lungenfunktionsprüfung zur Krankheitsfrüherkennung
 - Anzahl/Intervall: bis zum vollendeten 35. Lebensjahr einmal innerhalb von 4 Jahren (vgl. aber auch C.1), wenn dieser Check nicht schon im Rahmen des Sportmedizinischen Check-up durchgeführt wurde/wird
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 EUR**
3. Hautkrebs-Vorsorge
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 EUR**
4. HIV-Test zum Ausschluss einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 40 EUR**
5. Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung
 - Anzahl/Intervall: einmal jährlich
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 15 EUR**
6. Beratung zur Hausapotheke insbesondere hinsichtlich ihrer Zusammenstellung und Anwendung
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 15 EUR**

Speziell für Frauen:

7. Vitalitäts-Untersuchung des Feten in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche mittels Sonographie (Ultraschall) mit Aushändigung der Bilddokumentation
- Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft
 - Höchsterstattungsbeitrag: **bis 55 EUR**
8. Triple-Test als zusätzliche Labordiagnostik in der Schwangerschaft bzgl.:
- Neuralrohrdefekt = einer schwerwiegenden Fehlentwicklung im Bereich des zentralen Nervensystems (z. B. sogenannter "offener Rücken")
- Morbus Down = einer mit organischen Schäden (z. B. Herzfehler) und geistiger Behinderung verbundenen Erkrankung aufgrund eines überzähligen Chromosoms (sogenannte/-r "Trisomie 21" bzw. „Mongolismus“)
- Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft
 - Höchsterstattungsbeitrag: **bis 70 EUR**

C. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

1. Allgemeine Check-up-Leistungen
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
 - Gesamthöchsterstattungsbeitrag: **bis 130 EUR**
- Gilt für folgende Leistungen, die bis zu dem oben genannten Gesamthöchsterstattungsbeitrag zusammengestellt werden können:
- a) Sono-Check: Sonographie (Ultraschall) innerer Organe
- Höchsterstattungsbeitrag: **bis 75 EUR**
- b) Lungen-Check: vergleiche B.2
- Höchsterstattungsbeitrag: **bis 55 EUR**
- c) Kleiner Gesundheits-Check:
- aa) Internistische Variante: Untersuchung u. a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Ruhe-EKG
- bb) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen
- Höchsterstattungsbeitrag: **bis 120 EUR**
2. Großer Gesundheits-Check (wahlweise anstelle des Sportmedizinischen Check-up gemäß B.1) als Ergänzung zu:
- einem Kleinen Gesundheits-Check (C.1c) oder
 - Vorsorgeuntersuchungen, die den in der GKV eingeführten Vorsorgeprogrammen entsprechen
- als Vorsorgeuntersuchung u. a. mit umfangreicher Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung, Sonographie (Ultraschall) innerer Organe sowie Belastungs-EKG
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren
 - Höchsterstattungsbeitrag: **bis 210 EUR**
3. Große Krebsvorsorge für Frauen: Untersuchung u. a. mittels Sonographie (Ultraschall) von insbesondere Gebärmutter und Eierstöcken
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbeitrag: **bis 95 EUR**

D. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:

1. Glaukom-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit "Grüner Star"
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbeitrag: **bis 70 EUR**
2. Osteoporose-Vorsorge: Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) zur Früherkennung der Skeletterkrankung Osteoporose, die durch Verminderung der Knochensubstanz zu einer erhöhten Bruchgefahr führt
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbeitrag: **bis 55 EUR**

3. Schilddrüsen-Vorsorge: Schilddrüsendiagnostik insbesondere zur Früherkennung von Über- und Unterfunktionen durch Bestimmung des Hormons TSH
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 EUR**
4. Brustkrebs-Vorsorge: Mammographie (Röntgen der Brust) zur medizinisch empfohlenen Früherkennung von Brustkrebs, unabhängig von relevanten Risikofaktoren. Auf besonderen Wunsch (z. B. Vermeidung von Strahlenbelastung) kann anstelle der Mammographie auch eine Sonographie (Ultraschall-Untersuchung) in Anspruch genommen werden.
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 EUR**
5. Große Krebsvorsorge für Männer: Untersuchung u.a. mittels Sonographie (Ultraschall) insbesondere von Prostata, Hoden und Nieren sowie Bestimmung des prostataspezifischen Antigens als möglicher Hinweis auf einen Tumor (PSA-Test)
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 EUR**
- E. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr:**
1. Hirnleistungs-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen wie Morbus Alzheimer
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 25 EUR**
2. Schlaganfall-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schlaganfall-Risiken an den Hirngefäßen (z. B. Halsschlagader) mittels Doppler-Ultraschall
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 100 EUR**

III. Gesetzesauszüge

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 Komfort Tarife BM4 / 0-3
 BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
I. Inhalationen	
001 Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	8,00
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -	23,50
003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	27,70
004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,20
005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	7,40
006 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	13,00
007 Krankengymnastik (Atemtherapie)	
a) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,20
b) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	13,00
008 Bewegungsübungen	9,20
009 Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	28,30
010 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,20
011 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	27,00
012 Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,30
013 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	90,00
014 Gerätegestützte Krankengymnastik (Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	42,00
015 Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	6,20
016 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	8,00

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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
III. Massagen	
017 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	16,80
018 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	23,40
b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	35,00
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	10,40
d) Komplexe Entstauungstherapie, mindestens 60 Minuten	48,00
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	27,70
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
020 Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,40
021 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	14,40
021a Natur-Fango (einmal verwendbar)	
a) Wärmepackung (Teilpackung)	24,00
b) Wärmepackung (Großpackung)	32,00
c) Kaltpackung	18,50
022 An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,80
023 Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,00
024 Medizinische Bäder mit Zusätzen	
a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	8,00
b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	16,00
c) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,70
025 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,40
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	27,00
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	25,20
V. Kälte- und Wärmebehandlung	
026 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	11,80
b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	8,00
027 Eisteilbad	11,80
028 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	6,80
VI. Elektrotherapie	
029 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	7,40
030 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	7,40
031 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	7,40
032 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	14,20
033 Iontophorese	7,40
034 Zwei- oder Vierzellenbad	13,60
035 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	26,40

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR****VII. Lichttherapie**

036	Behandlung mit Ultraviolettlicht		
	a) als Einzelbehandlung		4,00
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer		3,10
037	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht		4,00
	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht		6,20
038	a) Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes		7,40
	b) Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder		10,40

VIII. Logopädie

039	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall		38,00
040	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall		59,50
040a	Ausführlicher Bericht		14,20
041	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen		
	a) Mindestdauer 30 Minuten		38,00
	b) Mindestdauer 45 Minuten		49,80
	c) Mindestdauer 60 Minuten		62,60
042	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer		
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer	30 Minuten	17,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer	45 Minuten	20,90

Preis- und Leistungsverzeichnis der
BestMed Tarife BM2-3, der
BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 und
BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3
für zahntechnische Leistungen¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Arbeitsvorbereitung	
0001 Modell Hartgips/Superhartgips	5,70
0002 Modell nach Überabdruck	8,90
0003 Modell vermessen	5,60
0004 Modellpaar sockeln	20,20
0005 Sägemodell/Modell Sägesegment	8,90
0006 Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen)	7,90
0007 Modellergänzung aus Kunststoff	18,40
0008 Doublieren eines Modells oder Modellteils	15,50
0009 Platzhalter einfügen	15,50
0010 Verwendung von Kunststoff	15,50
0011 Abdruck galvanisieren	15,50
0012 Set-up je Segment	8,20
0013 Einzelstumpfmodell	8,90
0014 Set-up Modell	8,90
0015 Dowel-Pin setzen	2,00
0016 Zahnkranz bearbeiten	4,60
0017 Zahnkranz sockeln	5,30
0018 Einstellen in Fixator (OK + UK)	7,50
0019 Modellmontage indiv. Artikulator I	13,30
0020 Übertragungslehre für Zweitmontage	10,20
0021 Frontzahnführungsteller individuell	17,30
0022 Frässockel/Modell/je Kiefer	9,20
0023 Split Cast an Modell/je Kiefer	15,30
0024 Modellsegment sägen	5,10
0025 Kontrollmodell	6,10
0026 Remontage Modell	25,50
0027 Modell aus feuerfester Masse	10,20
0028 Stumpf aus feuerfester Masse	15,30
0029 Stumpf aus Superhartgips	5,60
0030 Stumpf aus Kunststoff	8,20
0031 Ausblocken eines Stumpfes	2,70
0032 Stumpf vorbereiten	4,10
0033 Reponieren eines Stumpfes	3,90
0034 Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell	8,20
0035 Dublieren eines Einzelstumpfes	8,20
0036 Radieren des Abschlussrandes	3,10
0037 Radieren nach System je Kiefer	5,10
0038 Abdecken eines Kieferteils je Kiefer	3,10
0039 Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer	22,40

¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB)

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR****Herstellung individueller Hilfsmittel**

0101	Basis für Vorbissnahme	9,40
0102	Konstruktionsbiss	9,40
0103	Basis Autopolimerisat	19,40
0104	Individueller Löffel	19,40
0105	Funktionslöffel	19,40
0106	Bissregistrierung	19,40
0107	Stützstiftregistrierung	19,40
0108	Kunststoffbasis für Aufstellung	19,40
0109	Bisswall (Wachs/Kunststoff) je Kiefer	5,50
0110	Übertragungskappe Kunststoff/Metall	22,20
0111	Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren je Kiefer	13,30
0112	Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen/je Zahn	6,00
0113	Spezialbissplatte	18,40

Provisorium

0201	Provisorische Krone oder Brückenglied/Stiftzahn/Onlay/Inlay aus Kunststoff/Metall	28,60
0202	Formteil für prov. Versorgung pro Kiefer	18,80
0203	Metallarmierung für prov. Versorgung/je Kiefer	34,70
0204	Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils	4,10
0205	Metallprovisorium verblenden einfarbig bis Zahn 6	28,60
0206	Metallprovisorium verblenden mehrfarbig bis Zahn 6	40,80

Inlays Gold

0301	Gussinlay indirekt einflächig	49,00
0302	Gussinlay indirekt zweiflächig	67,30
0303	Gussinlay indirekt dreiflächig	79,60
0304	Gussinlay indirekt mehrflächig	79,60
0305	Guss Onlay	79,60
0306	Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	61,20
0307	Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	69,40
0308	Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig	80,60
0309	Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig	85,70
0310	Inlaygerüst zur Verblendung einflächig	49,00
0311	Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig	59,20
0312	Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig	69,40
0313	Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig	74,50

Inlays Kunststoff (keine Provisorien)

0314	Inlay aus Kunststoff einflächig	38,80
0315	Inlay aus Kunststoff zweiflächig	51,00
0316	Inlay aus Kunststoff dreiflächig	65,30
0317	Inlay aus Kunststoff mehrflächig	69,40
0318	Onlay aus Kunststoff	69,40

Inlays Keramik (inkl. Schichtung individuell)

0319	Keramikinlay einflächig	90,80
0320	Keramikinlay zweiflächig	93,80
0321	Keramikinlay dreiflächig	96,90
0322	Keramikinlay mehrflächig	107,10
0323	Teilkrone/Onlay/Keramik	96,90

Inlay Presskeramik (z.B. Empress od. Cercon)

0324	Inlay aus Presskeramik einflächig	80,30
0325	Inlay aus Presskeramik zweiflächig	82,10
0326	Inlay aus Presskeramik dreiflächig	87,50
0327	Inlay aus Presskeramik mehrflächig	90,50
0328	Onlay aus Presskeramik	90,50

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR****Inlay aus Keramik gefräst**

0329	Inlay aus Keramik gefräst einflächig	111,40
0330	Inlay aus Keramik gefräst zweiflächig	113,30
0331	Inlay aus Keramik gefräst dreiflächig	115,80
0332	Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig	120,90
0333	Onlay aus Keramik gefräst	120,90

Kronen/Brücken

0334	Wurzelstift gegossen	34,70
0335	Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	61,50
0336	Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	27,50
0337	Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	46,90
0338	Stiftaufbau	46,60
0339	Stiftaufbau in vorhand. Krone einarbeiten	13,50
0340	Stiftkrone aus Kunststoff	65,30
0341	Angelieferte Modellation gießen	20,20
0342	Vorbereiten Krone/Brückenglied	13,50
0343	Krone/Brückenglied einarbeiten	13,50
0344	Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert	61,50
0345	Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0346	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0347	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung	61,50
0348	Krone für Kunststoffverblendung	69,40
0349	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Teilverblendung	66,30
0350	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	61,50
0351	Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	51,00
0352	Galvanokrone für Verblendung	61,20
0353	Krone aus Presskeramik	125,50
0354	Teilkrone aus Presskeramik	90,50
0355	Krone/Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung	72,30
0356	Krone aus Keramik gefräst	132,20
0357	Krone aus Keramik gefräst zur Keramikverblendung	115,90
0358	Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff/Front und Seitenzähne, nicht als Provisorien	64,90
0359	Mantel-(Jacket-)krone Keramik/Front- u. Seitenzähne, nicht als Provisorien	100,90
0360	Brückenglied massiv	47,10
0361	Brückenglied für Vollverblendung	32,10
0362	Brückenglied aus Keramik	92,80
0363	Verbindungsteile aus Keramik	8,20

Teleskope/Geschiebe/Stege/Riegel

0368	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär	84,70
0369	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär	94,00
0370	Umlaufende Fräsung	30,40
0371	Individuelles Geschiebe primär	77,50
0372	Individuelles Geschiebe sekundär	80,20
0373	Geschiebefräsung	29,20
0374	Grundeinheit Individueller Steg/Primär- und Sekundärteil	82,10
0375	Individueller Steg/Längeneinheit	8,20
0376	Steggeschiebe individuell/Primär- und Sekundärteil	64,10
0377	Steggeschiebe individuell an Basis	34,70
0378	Steg abknicken	7,10
0379	Stegfräsung	18,40
0380	Konfektionssteg	53,50
0381	Konfektionssteg Längeneinheit	3,10
0382	Konfektionsstegglasche an Basis	18,40
0383	Konfektionssteggeschiebe an Basis	34,70
0384	Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	18,40
0385	Stift im Inlay zum Pinledge	15,30

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR**

0386	Drehriegel, Schwenkriegel individuell inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung	161,00
0387	Wiederherstellung Drehriegel/Schwenkriegel individuell	107,30
0388	Konfektionsriegel primär	34,70
0389	Konfektionsriegel sekundär	71,20
0390	Konfektionsgeschiebe primär	34,70
0391	Konfektionsgeschiebe sekundär	71,20
0392	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50
0393	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20
0394	Rillen-Schulter-Fräsung	29,20
0396	Schubverteilungsarm	54,50
0397	Teilfräsung	18,40
0398	Lager für Ankerbandklammer	77,50
0399	Ankerbandklammer sekundär	80,20
0400	Lager für Raste	8,20
0401	Raste in Lager	6,10
0402	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/Schraube/Bolzen	8,20
0403	Einarbeiten Friktionsstift/Schraube/Bolzen	42,00

Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen

0501	Metallverbindung nach keramischem Brand/inklusive Lötmetall	24,90
0502	Lötfreie Verbindungen/Primärteil je Einheit	5,60
0503	Lötfreie Verbindungen/Sekundärteil je Einheit	9,20
0504	Laserschweißen je Kiefer	14,30
0505	Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	8,20
0506	Lötung 2/3: mit/ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	14,30

Veneers/Verblendungen/Zahnfleisch

0601	Verblendung Kunststoff bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	46,80
0602	Verblendung Keramik bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	78,60
0603	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Kunststoff bis Zahn 6	13,90
0604	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Keramik bis Zahn 6	30,30
0605	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik	14,30
0606	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik bis Zahn 6	25,00
0607	Verblendschale aus Kunststoff	56,10
0608	Verblendschale aus Keramik	114,20
0609	Verblendschale aus Presskeramik	98,20
0610	Verblendschale aus Keramik gefräst	119,20

Metallbasen und gegossene Klammern

0701	Metallbasis/OK od. UK/Totale sow. Partielle	122,10
0702	Einarmige Klammer	10,50
0703	Inlayklammern	8,80
0704	Fortlaufende Klammern je Zahn	10,50
0705	Bonyhardklammer (J-Klammer)	10,50
0706	Kralle	10,50
0707	Ney-Stiel	10,50
0708	Auflage	10,50
0709	Umgebungsbügel bei Diastema	10,50
0710	Zweiarmige Klammer	20,00
0711	Approximalklammer	20,00
0712	Ringklammer	20,00
0713	Rücklaufklammer	20,00
0714	Gegenlager	20,00
0715	Zwei Zähne umfassende Doppelklammer	20,00
0716	Zweiarmige Klammer mit Auflage(n)	29,70
0717	Approximalklammer mit Auflage(n)	29,70
0718	Ringklammer mit Auflage(n)	29,70
0719	Rücklaufklammer mit Auflage(n)	29,70
0720	Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,70

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
0721 Überwurfklammer mit Auflage(n)	29,70
0722 Bonwillklammer	39,80
0723 Rückenschutzplatte	37,70
0724 Metallzahn	37,70
0725 Metallkaufäche	37,70
0726 Lösungsknopf für Friktionsprothese/max. 2 je Kiefer	15,20
0727 Unterfütterbarer Abschlussrand	18,10
0728 Zuschlag für einzeln gegossene Klammer(n)	20,70
0729 Kragenfassung	8,20
0730 Modellgussteil konditionieren/je Kiefer	12,20
0731 Metallfläche konditionieren/je Einheit	8,20
Auf- und Fertigstellung/gebogene Klammern	
0801 Aufstellung Grundeinheit je Kiefer	32,30
0802 Aufstellung Wachsbasis je Zahn	1,80
0803 Aufstellung aus Metallbasis je Zahn	2,70
0804 Übertragung einer Aufstellung je Zahn	1,90
0805 Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,90
0806 Fertigstellung einer Prothese je Zahn	3,30
0807 Einarmige Klammer	8,10
0808 Inlayklammer	8,10
0809 Interdental-Knopfklammer	8,10
0810 Approximalklammer	8,10
0811 Auflage (nicht Krallen)	8,10
0812 Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager	8,10
0813 Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage	14,90
0814 Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	14,90
0815 Überwurfklammer	14,90
0816 Doppelbogenklammer (zwei Zähne)	14,90
0817 Basis aus Weichkunststoff	52,10
0818 Sonderkunststoffe/je Kiefer	52,10
0819 Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,70
0820 Remontage Prothese	20,40
0821 Selektives Einschleifen	31,60
0822 Reokkludieren einer Prothese	4,60
0823 Zahnfleischklammer	10,20
0824 Pelottenklammer	18,40
0825 Konfektioniertes Metallgitter anpassen und einarbeiten	36,70
0826 Saugkammer einarbeiten	4,10
Schienen	
082 Aufbisschiene	104,30
0828 Knirscherschiene	104,30
0829 Bissführungsplatte/komplett	104,30
0830 Minioplastschiene	61,90
0831 Retentionsschiene	61,90
0832 Verband- oder Verschlussplatte	61,90
0833 Umarbeiten einer Prothese, Aufbissbehelf	43,10
0834 Festsitz, Schiene adjustierbar je Zahn	9,50
0835 Abnehmbare Dauerschienen/Metall, adjustierbar	154,10
0836 Medikamententrägerschiene	66,30
0837 Schienungskappe aus Kunststoff	17,30
0838 Obturator aus Kunststoff	93,80
0839 Resektionskloß aus Kunststoff	57,10
0840 Flexible Zahnfleischepithesen Grundeinheit	102,00
0841 Flexible Zahnfleischepithesen je Zahn	10,20

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR****Kieferorthopädie/Reparaturen**

0901	Basis für Einzelkiefergerät	47,80
0902	Basis für bimaxiliäres Gerät	100,90
0903	Schiefe Ebene/je Kiefer	39,70
0904	Vorhofplatte	53,00
0905	Kinnkappe	47,70
0906	Aufbiss/je Kieferhälfte oder Frontzahngebiet	9,40
0907	Abschirmelement	16,20
0909	Schraube einarbeiten	14,30
0910	Spezial-Schraube einarbeiten	18,60
0911	Trennen einer Basis	5,90
0912	Labialbogen	18,20
0913	Labialbogen modifiziert	23,80
0914	Labialbogen intermaxiliär	28,30
0915	Feder, offen	8,10
0916	Feder, geschlossen	10,30
0917	Verbindungselement intramaxiliär	21,10
0918	Verbindungs- oder Führungselemente intermaxiliär	23,50
0919	Verankerungselement/Ankerband	19,50
0920	Einzelelement einarbeiten	10,11
0921	Metallverbindung	14,10
0922	Einarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	8,80
0923	Mehrmarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	14,90
0924	Grundeinheit für Instandsetzung KFO-Basis	15,80
0925	Dehn- und/oder Regulierungselement	6,70
0926	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoff-Basis	43,30
0927	Facebow anpassen	13,30
0928	Häkchen	10,20
0929	Lingualbogen	30,60
0930	Palatinalbogen	38,80
0931	Positioner	142,80
0932	Druckfeder/Zugfeder	15,30
0933	Lückenhalter	18,40
1001	Grundeinheit für Instandsetzung Prothese	17,70
1002	Leistungseinheit Sprung	7,80
1003	Leistungseinheit Bruch	7,80
1004	Leistungseinheit Einarbeiten eines Zahnes	7,80
1005	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	7,80
1006	Leistungseinheit Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten	7,80
1007	Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	7,80
1008	Leistungseinheit Kunststoffsaattel lösen/wiederbefestigen	7,80
1009	Retention, gebogen	41,70
1010	Retention, gegossen	51,10
1011	Gegossenes Basisteil	63,90
1012	Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung	21,50
1013	Teilunterfütterung einer Basis	37,30
1014	Vollständige Unterfütterung einer Basis	52,00
1015	Basis erneuern	63,30
1016	Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils	13,50
1017	Reparatur einer Krone oder Brückenglied	33,80
1018	Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese	91,80
1019	Instandsetzen Kunststoffverblendung bis Zahn 6	15,80
1020	Instandsetzen Keramikverblendung bis Zahn 6	15,80
1021	Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	15,80

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
Sonstiges	
1100 Versandkosten	3,70
1101 Verrechnungseinheit für die Anfertigung aus NEM-Legierung je Einheit	11,00
Implantologie	
I 111 Implantat einschließlich folgender mit abgegoltener Begleitleistungen:	200,00
– Röntgenkugel positionieren	
– Modellimplantat repositionieren	
– Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben	
– Verlängerungshülse für Implantat	
– Bearbeiten eines Implantatkopfes	
– Drehsicherungsstopp bei Implantaten	
– Verschraubung Implantat	
– Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	
– Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	
– Lötfreie Verbindung Primärteil	
– Stegfräsung	
– Steggeschiebe	
– Metallverbindung Primärteile	
I 112 Parallelbohrschablone für Implantat pro Kiefer 1x	30,00
I 113 Implantatkontrollschablone pro Kiefer 1x	25,00
I 114 Basis aus Kunststoff auf Implantat	30,60
I 115 Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen	73,40
I 116 Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen	56,10
I 117 Magnetpaar einarbeiten	49,00

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.

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 Chorionzottingewebe 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, Muschelfraktureurung, 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
