

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

Für den Zugang
ab 1.1.2012

BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für das BestMed Tarifsystem (BestMed Tarif BM3, 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 Krankenhausaufenthalt ab dem 92. Tag	6
2.3 Wie erfolgt die Abrechnung der Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen?	6
2.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?	6
3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?	7
3.1 Heilbehandlung im europäischen Ausland	7
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?	8
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	12
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	13
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	14
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 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) 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 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche (Ärztetze) – 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.

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 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) – 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,

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 Krankenhausaufhalten 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.

2.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?

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

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. 2.2 AVB Teil I bleibt der Versicherungsschutz bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland – ohne besondere Vereinbarung – für sechs Monate ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Muss der Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

Übersteigt die voraussichtliche bzw. tatsächliche Dauer eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland 6 Monate, so teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Wir prüfen dann, ob eine Vereinbarung zur Fortführung des Versicherungsschutzes ggf. auch über den oben genannten Zeitraum hinaus möglich ist.

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 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 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

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 Nofalls 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 der versicherten Person nahe stehenden Person (z. B. Familienangehörige, Lebenspartner) von deren Wohnort zum Krankenhaus und zurück, wenn der Krankenhausaufenthalt der versicherten Person 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 Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)

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 Hufelandverzeichnis¹ 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,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze² 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 (Hilfflos) 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 oder
 - wenn 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.

¹ Auf Anforderung senden wir Ihnen gerne eine Übersicht mit den alternativen Therapieformen zu.

² 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.

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

2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zu 100% ersetzt, abzüglich eines etwaigen nach Nr. 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 Fußoperationen³.

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 Höchstsätze⁴ 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. 1.1.2) in Anspruch nehmen. Fragen Sie uns, wir nennen Ihnen gerne Zahnärzte in Ihrer Nähe. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche (Ärztetnetze) – 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 Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen ambulanten Operationen erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

⁴ 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.

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%,**
lassen Sie diese zahnärztlichen Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten (vgl. Nr. 1.1.2) 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 Versicherungsbeginn⁵ –

- 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 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.

- 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.

⁵ siehe § 11 Nr. 2 AVB Teil I

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.

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,**
- 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 der versicherten Person 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 begleiteten 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 Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes aus dem europäischen oder außereuropäischen Ausland

bis zu 10.000 EUR,

Beisetzung im Ausland

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 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer)
- faxen Sie uns: 01 80/5 78 60 00 (14 Ct/Min.*)

(*aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)

- 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. Krampfanfallerleiden)	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. Lebenstag

Neugeborenen-Hörscreening: bis zum 3. Lebenstag

U2:	3. – 14. Lebenstag
U3:	3. – 8. Lebenswoche
U4:	2. – 4 1/2. Lebensmonat
U5:	5. – 8. Lebensmonat
U6:	9. – 14. Lebensmonat
U7:	20. – 27. Lebensmonat
U7a:	33. – 38. Lebensmonat
U8:	43. – 50. Lebensmonat
U9:	58. – 66. Lebensmonat
J1:	13. – 15. 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
- Höchstleistungsbetrag:

bis 85 EUR

2. Schiel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen

- Anzahl/Intervall: einmalig im Laufe des 3. Lebensjahres
- Höchstleistungsbetrag:

bis 50 EUR

- | | | | |
|---|--|--------------------|----------------|
| 3. | Kindergarten-Einganguntersuchung | | |
| | ▪ 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 | | |
| | ▪ U10: einmalig im 8. bis 9. Lebensjahr | | |
| | ▪ U11: einmalig im 10. bis 11. Lebensjahr | | |
| | ▪ J2: einmalig im 17. bis 18. 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
 - Höchsterstattungsbetrag: **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
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 70 EUR**

C. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

1. Allgemeine Check-up-Leistungen
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
 - Gesamthöchsterstattungsbetrag: **bis 130 EUR**

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

- a) Sono-Check: Sonographie (Ultraschall) innerer Organe
- Höchsterstattungsbetrag: **bis 75 EUR**
- b) Lungen-Check: vergleiche B.2
- Höchsterstattungsbetrag: **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
- Höchsterstattungsbetrag: **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
 - Höchsterstattungsbetrag: **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
 - Höchsterstattungsbetrag: **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
 - Höchsterstattungsbetrag: **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
 - Höchsterstattungsbetrag: **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, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) 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.

(4) 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.

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 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

TARIF TC

FÜR ARBEITNEHMER

KRANKENTAGEGELDVERSICHERUNG

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

1. Tarifleistungen

1.1 Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach § 1 AVB (auch an Sonn- und Feiertagen) wird ab vereinbartem Leistungsbeginn Krankentagegeld in vertraglicher Höhe gezahlt.

1.2 Als Leistungsbeginn kann einer dieser Termine vereinbart werden:

43. Tag	127. Tag
64. Tag	169. Tag
85. Tag	183. Tag
92. Tag	274. Tag
106. Tag	365. Tag

der Arbeitsunfähigkeit.

1.3 Bezieht die versicherte Person nachweislich als Berechtigte(r) im Sinne der §§ 1 und 3 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz Elterngeld, zahlt die DKV – unabhängig von der Anzahl der Kinder – für die Dauer des Bezugs von Elterngeld (§ 4 des Gesetzes)

einmal einen Betrag in Höhe des 7fachen
des Krankentagegeldes.

Diese Regel gilt bei erneutem Anspruch der versicherten Person auf Elterngeld entsprechend.

Maßgebend für die Berechnung ist das zu Beginn des ersten Monats, für den Elterngeld gezahlt wird, nach Tarif TC vereinbarte Tagegeld.

2. Monatliche Beitragsraten

2.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

2.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.

3. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif TC sind Arbeitnehmer versicherungsfähig, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die versicherte Person

- ist bei der DKV für ambulante und stationäre Heilbehandlung nach Tarifen versichert, die nicht Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung vorbehalten sind,
- steht in einem festen Arbeits- oder Dienstverhältnis,
- hat ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland (siehe aber § 1 Abs. 8 AVB),
- ist weder in einem Bergbaubetrieb tätig (Ausnahmen: kaufmännische Angestellte*) noch Berufssportler*.

Bei Beendigung eines festen Arbeits- oder Dienstverhältnisses entfällt die Versicherungsfähigkeit, es sei denn der Versicherungsnehmer ist mit hinreichender Aussicht auf Erfolg auf der Suche nach einer neuen Tätigkeit. Fällt mindestens einer der Tarife der Krankheitskostenversicherung weg, so endet auch die Versicherung nach Tarif TC. In diesem Falle gilt § 15 Abs. 2 a AVB entsprechend.

* Sonstige Arbeitnehmer in Bergbaubetrieben sind nach Tarif TB versicherungsfähig. Berufssportler sind nach Tarif TBB versicherungsfähig, sind sie Arbeitnehmer, auch nach Tarif TB.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

- 4.1 Die DKV bietet Gelegenheit, das Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung der letzten drei Jahre zu erhöhen: erstmals im dritten Kalenderjahr nach dem Jahr des Versicherungsbeginns oder der Umwandlung aus einem anderen Tarif, danach in jedem dritten Kalenderjahr. Das Nettoeinkommen (§ 4 Abs. 2 AVB) der versicherten Person darf dabei nicht überschritten werden.
- 4.2 Die Anpassung ist auf einem dem Versicherungsnehmer im Anpassungsjahr übersandten Vordruck zu beantragen. Der Vordruck nennt die Tagegeldhöhe, bis zu der angepasst werden kann, und die Frist für seine Rückgabe. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, wird der fristgerecht eingegangene Antrag ohne erneute Risikoprüfung angenommen. Die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zu Beginn des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrages bei der DKV folgt. Auf diese Erhöhung des Krankentagegeldes wird § 14 Abs. 1.2 AVB nicht angewandt.
- 4.3 Die Einzelheiten der Anpassung und der Beobachtung der allgemeinen Einkommensentwicklung werden jeweils dem Treuhänder gegenüber festgelegt.

5. Wiederholte Arbeitsunfähigkeit

Hat der Arbeitgeber Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei der Gehalts- oder Lohnfortzahlung berechtigterweise zusammengerechnet, werden sie bei der Ermittlung des Leistungsbeginns nach Tarif TC ebenfalls zusammengefasst.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100*
(*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)