DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.
Es gilt deutsches Recht.

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Leistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

Ambulante Leistungen	Zahnleistungen
100% für ambulante Behandlung und Untersuchung sowie Kinderwunschbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen. **100%** für Vorsorgeuntersuchungen, auch über die gesetzlich eingeführten Programme hinaus. **100%** für Schutzimpfungen. **80%** für Naturheilverfahren gemäß Hufelandverzeichnis einschließlich Arzneimittel, insgesamt max. **1.000 EUR je Versicherungsjahr**. **100%** für Lasik Operation nach vorheriger schriftlicher Zusage. **100%** für Psychotherapie (die ersten 30 Sitzungen), **80%** (von der 31. Sitzung an), **70%** (von der 61. Sitzung an), nach vorheriger Zusage. **100%** für Arznei- und Verbandmittel. **100%** für Heilmittel (z.B. Massagen, Bäder, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie) im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses. **100%** für Hilfsmittel; Sehhilfen bis zu **500 EUR innerhalb 24 Monate**. **100%** für digitale Gesundheitsanwendungen, die im DiGA-Verzeichnis enthalten sind. Weitere DiGA, die die tariflichen Voraussetzungen erfüllen, bis zu **500 EUR** je Versicherungsjahr. **80%** für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie Arzneimittel, insgesamt max. **1.000 EUR je Versicherungsjahr**. **100%** für den Transport im Notfall zum Arzt bzw. Krankenhaus.	**100%** für die Zahnbehandlung (außer Einlagefüllungen und Zahnkronen). **100%** für Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung. **100%** für Kieferorthopädie (bei Behandlungsbeginn bis zum 19. Lebensjahr). **75%** (**85%** beim Kooperationszahnarzt) für Einlagefüllungen, Zahnkronen und Zahnersatz z.B. Brücken, Zahnprothesen, Implantate (max. 6 Implantate je Kiefer), Material- und Laborkosten in Höhe des Preisverzeichnisses. Bei Einlagefüllungen, Zahnkronen und Zahnersatz in den ersten fünf Versicherungsjahren begrenzte Erstattung. **Stationäre Leistungen** **100%** für allgemeine Krankenhausleistungen. **100%** für die privatärztliche Versorgung, einschließlich Chefarzt. **100%** für das **Zwei**bettzimmer, **60%** für das Einbettzimmer, wenn das Zweibettzimmer Regelleistung ist. Bis zu **80 EUR** Ersatz-Tagegeld, wenn die wahlärztliche Behandlung und/oder das Ein-/Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen wird. **100%** für den Transport zum und vom Krankenhaus.

Zusätzliche Leistungen

200 EUR Pauschale bei bestimmten ambulanten Operationen.

30 EUR Kurtagegeld für max. **28** Tage.

100% für die Mehrkosten eines Rücktransportes aus dem Ausland.

Max. 10.000 EUR für die Überführung aus dem Ausland.

Max. 5.000 EUR für die Beisetzung im Ausland.

1.000 EUR Entbindungspauschale.

Beitragsfreiheit ab dem 92. Tag eines Krankenhausaufenthaltes.

Beratung und Informationen durch die Experten unseres **Gesundheitstelefons** sowie

24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen etc. (vgl. Druckstück B 503)

Optionsrecht: Sie können Ihren Versicherungsschutz zu erleichterten Bedingungen erhöhen.

Für folgende Leistungen benötigen Sie unsere vorherige schriftliche Zusage:

- Lasik-Operation.
- Ambulante und stationäre Psychotherapie.
- Entziehungsmaßnahme.
- Stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, das auch Kuren und Sanatoriumsbehandlung durchführt.
- Anschlussheilbehandlung.

Wir empfehlen die vorherige Klärung Ihres Leistungsanspruchs bei

- Kinderwunschbehandlung,
- Bezug von Hilfsmitteln, für die die Einschaltung unseres Hilfsmittelservice vorgesehen ist,
- Zahnersatz, Zahnkronen, Einlagefüllungen und Kieferorthopädie,
- einem über sechs Monate dauernden Auslandsaufenthalt außerhalb der EU / des EWR.

Selbstbehalt pro Kalenderjahr für

	Erwachsene	/	Kinder/Jugendliche:	
BMK / 0	0	/	0	EUR,
BMK / 1	400	/	200	EUR,
BMK / 2	960	/	400	EUR,
BMK / 3	2.000	/	920	EUR.

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert? 2
2. Was sind unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung? 3
3. Was sind unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung? 7
4. Was sind unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung? 8
5. Was sind unsere Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen? 10
6. Was sind unsere ergänzenden Leistungen und Services bei Auslandsreisen? 11
7. Was sind unsere Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung? 11
8. Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen? 11
9. Gibt es einen Selbstbehalt? 11
10. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz? 12
11. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein? 12
12. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz? 13
13. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland? 13
14. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen? 13
15. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes? 14
16. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen? 14
17. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen? 14
18. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung? 14

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten? 15
2. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben? 15
3. Wie berechnen wir die Beiträge? 15
4. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben? 15
5. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern? 16
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern? 16
7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln? 16
8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es? 17
9. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden? 18
10. Welche Gerichte sind zuständig? 18

Anhang 20

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten und Unfällen. Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz bei

- Vorsorgeuntersuchungen und Zahnprophylaxe,
- Schutzimpfungen,
- Schwangerschaft und Entbindung,
- Kinderwunschbehandlung,
- durch Krankheit erforderliche Sterilisation,
- einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt,
- digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA),
- Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven,
- Versorgung in einem stationären Hospiz,
- Todesfall.

1.2 Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen. Darüber hinaus erbringen wir Serviceleistungen.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch die in Nr. 1.1 genannten Ereignisse.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr erforderlich ist. Muss die Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

2. Was sind unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

2.1 **Ärztliche Leistungen zu 100%,**

mit folgenden Besonderheiten:

- **Vorsorgeuntersuchungen**
  nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die gesetzlichen Altersgrenzen gelten hier nicht (vgl. Anhang I, Seite 20). Darüber hinaus ersetzen wir Aufwendungen für weitere gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach Anhang II (Seite 22).
  Einen Selbstbehalt rechnen wir nicht an.

- **Schutzimpfungen**,
  die von der
  - Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes bzw.
  - Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit

  empfohlen werden. Die Aufwendungen für die hierbei verwendeten Impfstoffe erstatten wir ebenfalls.
  Diese Regelung gilt auch für Reiseimpfungen.
  Einen Selbstbehalt rechnen wir nicht an.

- **Lasik Operation (Methode zur Behebung von Fehlsichtigkeit mittels Lasertechnik)**
  Wir leisten aber nur dann, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

- **Kinderwunschbehandlung (Inseminationen und künstliche Befruchtung)**
  Für den Leistungsanspruch müssen die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:
  - Bei der versicherten Person muss eine organisch bedingte Sterilität vorliegen, die allein mit Inseminationen / künstlicher Befruchtung überwunden werden kann. Ist diese Voraussetzung erfüllt, leisten wir auch für die Behandlung des nicht bei uns versicherten Partners, soweit dieser gegenüber einem anderen Kostenträger keinen Leistungsanspruch hat.
  - Bei Behandlungsbeginn hat die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
  - Die Behandlung erfolgt bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren.
  - Für die gewählte Behandlungsmethode besteht eine Erfolgsaussicht von mindestens 15%.

  Wir leisten
  - bei der Insemination bis zu sechsmal sowie entweder
  - bei der In-vitro-Fertilisation/IVF bis zu dreimal oder
  - bei der intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI bis zu dreimal.

  Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Kinderwunschbehandlung die Ergebnisse der durchgeführten Diagnostik bei beiden Partnern und den Behandlungsplan vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

  Wir leisten auch für Aufwendungen einer Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie der dazugehörigen ärztlichen Leistungen für eine spätere Kinderwunschbehandlung.

Voraussetzungen sind, dass

- die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint und
- wir Ihnen vor Beginn der Behandlung eine Zusage in Textform gegeben haben.

- **Methoden der Alternativmedizin einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel,**

  die über die in Teil 1 Nr. 10 (vgl. Seite 12) beschriebenen Methoden und Arzneimittel hinaus gehen. Die Aufwendungen hierfür ersetzen wir

  zu 80%, maximal
  1.000 Euro je Versicherungsjahr.

  Voraussetzung ist, dass die Behandlungen im jeweils gültigen Hufelandverzeichnis aufgeführt sind[1].

- **Psychotherapie**

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

  Wir leisten aber nur dann, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

  Als Psychotherapie gilt die psychotherapeutische Heilbehandlung nach der Richtlinien-Psychotherapie. Diese beinhaltet die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie.

  Sie haben Fragen zu den Therapiemethoden? Sie wünschen Hilfe bei der Suche nach einem geeigneten Therapeuten? Unser Expertenteam gibt Ihnen Auskunft. Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444**.

Welche Ärzte und Psychotherapeuten kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen Ärzten frei wählen.

Bei **ambulanter Psychotherapie** muss ein Arzt mit einer der folgenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen die Behandlung vornehmen:

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

Die ambulante Psychotherapie können auch andere für diese Behandlung zugelassene und staatlich anerkannte Therapeuten durchführen. Diese müssen niedergelassen und im Arztregister eingetragen sein. Dies können z.B. ein Psychologischer Psychotherapeut bzw. bei Kindern und Jugendlichen ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein.

Die versicherte Person kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Leisten wir auch bei Entziehungsmaßnahmen?

Ja, und zwar, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung und
- wir müssen vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt haben. Diese können wir von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für weitere Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten und Psychotherapeuten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze[2] der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen. Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.

2.2 **Leistungen des Heilpraktikers einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel**

zu 80%, maximal
1.000 Euro je Versicherungsjahr.

[1] Auf Wunsch senden wir Ihnen eine Übersicht mit den alternativen Therapieformen zu.

[2] Höchstsätze der GOÄ sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Arztes, der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

Voraussetzung ist, dass die Behandlungen im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Das Honorar für die jeweilige Leistung ersetzen wir maximal im Rahmen der Beträge des GebüH.

Welche Heilpraktiker können Sie wählen?

Die versicherte Person kann unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei wählen.

Unsere Leistung ist nicht auf die in Teil 1 Nr. 10 (vgl. Seite 12) beschriebenen Methoden und Arzneimittel beschränkt.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie.

2.3 **Arznei- und Verbandmittel zu 100%.**

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt bzw. Zahnarzt.

Die versicherte Person muss die Arzneimittel aus der Apotheke (auch Versand- oder Internetapotheke) beziehen. Der Bezug kann auch über eine andere behördlich zugelassene Abgabestelle erfolgen.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Wir ersetzen nicht – auch nicht bei einer vorliegenden Verordnung – Aufwendungen für:

- Mittel, die ausschließlich zum Zweck der Empfängnisverhütung verordnet werden (z.B. Ovulationshemmer),
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sowie Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die bei Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z.B. Faltenglättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate außer Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelerkrankungen,
- Stärkungsmittel,
- kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze,
- Mineralwässer sowie Nährmittel außer Sondennahrung (siehe oben).

2.4 **Heilmittel zu 100%,**

im Rahmen der im Heilmittelverzeichnis genannten Höchstbeträge.
Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis (vgl. Druckstück B 500/1) aufgeführten Leistungen. Das sind physikalisch-medizinische Leistungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen), medizinische Bäder sowie logopädische, podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen. Ernährungstherapeutische Maßnahmen bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage gegeben haben. Eine solche Zusage ist nicht erforderlich bei der Erkrankung Mukoviszidose/zystische Fibrose.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker. Die Leistungen müssen von Angehörigen staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z.B. Physiotherapeut bzw. Ergotherapeut) erbracht werden. Diese müssen in eigener Praxis tätig sein.

Wir ersetzen nicht:

- Aufwendungen für sonstige Leistungen, wie z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder,
- Mehraufwendungen, die für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person entstehen.

2.5 **Hilfsmittel** (außer Sehhilfen nach Teil 1 Nr. 2.6, Seite 6)
bis zu 100%.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker.

Folgende Hilfsmittel können Sie nach Verordnung direkt beziehen:

- Bandagen, Blindenstock, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen,
- Inhalationsgeräte,
- Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen,
- orthopädische Maßschuhe (erstattungsfähig ist der Teil der Aufwendungen, der 100 Euro – bis zum 20. Lebensjahr 50 Euro – übersteigt),
- orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel ersetzen wir zu **100%.**

Aufwendungen für weitere Hilfsmittel, z.B. Atemtherapiegeräte, Krankenfahrstühle, Hörgeräte

ersetzen wir ebenfalls **zu 100%,**

wenn Sie die Hilfsmittel über unseren Hilfsmittelservice beziehen. Sie erreichen unseren Service telefonisch unter **0800/3746 444** (gebührenfreie Rufnummer).

Kann unser Hilfsmittelservice die Hilfsmittel nicht beschaffen, ersetzen wir die Aufwendungen ebenfalls zu 100%. Dies gilt auch, wenn Sie die Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung beziehen. Der Bezug muss innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall erfolgen.

Wir ersetzen die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln **zu 100%.** Dies gilt auch für die erforderliche Unterweisung zum Gebrauch von Hilfsmitteln.

Wir ersetzen die Aufwendungen für die weiteren Hilfsmittel

zu 80%,

wenn Sie die Hilfsmittel ohne Einschaltung unseres Hilfsmittelservices bezogen haben.

In diesem Fall ersetzen wir Aufwendungen für die Reparatur, Wartung und Unterweisung auch nur zu 80%.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen

- für die Reparatur an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen,
- für Gebrauch (z.B. Batterien) und Pflege (z.B. Reinigungs- oder Desinfektionsmittel) von Hilfsmitteln,
- für Produkte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.

2.6 **Sehhilfen (einschließlich Reparatur)**

innerhalb von 24 Monaten insgesamt **bis zu 500 Euro.**

Als Sehhilfen gelten Brillengläser und -gestelle sowie Kontaktlinsen, auch Tages- und Monatslinsen.

Wir ermitteln den Erstattungsbetrag ausgehend vom Bezugs- bzw. Reparaturdatum der aktuell eingereichten Rechnung.

2.7 **Digitale Gesundheitsanwendungen zu 100%.**

Wir ersetzen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Als solche gelten Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die Behandelnden die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Die DiGA müssen im DiGA-Verzeichnis nach § 139e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen sein. Die Aufwendungen ersetzen wir bis zur Höhe des Betrages, der für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Wir ersetzen auch verbleibende Aufwendungen, die über unsere Leistung nach Satz 4 hinausgehen, sowie Aufwendungen für DiGA, die nicht im DiGA-Verzeichnis aufgeführt sind. Diese Aufwendungen ersetzen wir insgesamt bis zu **500 Euro** je Versicherungsjahr.

Die DiGA muss durch einen Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten verordnet worden sein. Die Aufwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Wir können Ihnen anstelle des Aufwendungsersatzes die DiGA auch selbst zur Verfügung stellen.

Der Anspruch nach Nr. 2.7 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software sowie etwaige im Behandlungspaket enthaltene Hardware.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

2.8 **Transport zu 100%**

in folgenden Fällen:

- Nach einem Unfall oder im Notfall
  - zum nächsterreichbaren Arzt bzw.
  - zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus,
- zu und von der ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie,
- zu und von der medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:
  - Schwerbehinderung mit dem Zusatz „aG“ (außergewöhnlich Gehbehindert), „Bl“ (Blindheit) bzw. „H“ (Hilflos) oder
  - Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5.

Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind für jeden Kilometer 0,22 Euro erstattungsfähig.

2.9 **Häusliche Krankenpflege zu 100%, bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung maximal die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.**

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn

- dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),
- eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist.

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich (Sicherungspflege), gilt: Wir ersetzen die Aufwendungen für Behandlungspflege wie Verband- oder Katheterwechsel durch geeignete Pflegekräfte.

Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

2.10 **Haushaltshilfe** **zu 100%, maximal 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.**

Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch für die Haushaltshilfe besteht längstens für vier Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

Führen Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (0,22 Euro pro Km) und einen etwaigen Verdienstausfall ebenfalls insgesamt bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

2.11 **Kurzzeitpflege** **zu 100%, maximal den nach § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag[3].**

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege nach Nr. 2.9 reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
- Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.
- Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.
- Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

2.12 **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

zu 100%, maximal die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

2.13 **Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers**

zu 100%.

Voraussetzung ist, dass die Gebühren im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.

[3] Höchstbetrag 1.774 Euro (Stand: 1. Januar 2022)

2.14 Bei einer **ambulanten Operation** zahlen wir neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich

200 Euro.

Diese Pauschale zahlen wir ohne Anrechnung auf einen Selbstbehalt.

Als ambulante Operationen gelten die in unserem umfangreichen Verzeichnis aufgeführten Leistungen, z.B. Entfernung der Rachenmandeln, Nasen-/Kehlkopfpolypen. Das Verzeichnis erhalten Sie kostenlos auf Anforderung. Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444**.

Wir zahlen keine Pauschale

- für ambulante Operationen in den folgenden Bereichen:
  Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie
- für ambulante Hand- und Fußoperationen.

2.15 Bei einer **ambulanten Entbindung** der versicherten Person zahlen wir – unabhängig von der Anzahl der geborenen Kinder - neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich eine Pauschale von

1.000 Euro.

Wir zahlen die Pauschale ohne Anrechnung auf einen Selbstbehalt.

3. Was sind unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

3.1 **Zahnbehandlung (außer Einlagefüllungen und Zahnkronen) und Kieferorthopädie**

zu 100%,

mit folgenden Besonderheiten:

- **Gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten** (vgl. Anhang III, Seite 24).
  Einen Selbstbehalt rechnen wir nicht an.
- **Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR)** nach Anhang IV (Seite 24).
  Einen Selbstbehalt rechnen wir nicht an.
- **Kieferorthopädische Leistungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen**
  Voraussetzung ist, dass bei Beginn der Behandlung die versicherte Person das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- **Material- und Laborkosten**
  Diese müssen im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs (vgl. Druckstück B 500/2) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sein.
- **Erstellen eines Heil- und Kostenplanes**

3.2 **Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen**

zu 75%,

mit folgenden Besonderheiten:

- **Zahnkronen, Brücken und Prothesen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen**
- **Implantologische Leistungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen**
  Erstattungsfähig sind insgesamt maximal 6 Implantate je Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz. Dabei rechnen wir die bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandenen Implantate an.
- **Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**
- **Einlagefüllungen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen**
- **Material- und Laborkosten**
  Diese müssen im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs (vgl. Druckstück B 500/2) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sein.

Werden diese zahnärztlichen Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten durchgeführt, so erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf

85%.

Mit uns kooperierende Zahnärzte erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der medizinischen Versorgung.

Fragen Sie uns nach den mit uns kooperierenden Zahnärzten.
Telefonisch erreichen Sie uns unter **0800/3746 444** (gebührenfreie Rufnummer) oder schauen Sie im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche – nach.

Sind die Aufwendungen *nicht auf einen Unfall zurückzuführen*, begrenzen wir unsere Erstattungsleistung auf maximal

- **1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr,**
- **2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,**
- **3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren,**
- **4.000 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren,**
- **5.000 Euro in den ersten fünf Versicherungsjahren.**

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

Bei Wechsel aus einer anderen Krankheitskostenvollversicherung der DKV mit Versicherungsschutz für zahnärztliche Heilbehandlung gilt Folgendes: Bei der Ermittlung des Höchstbetrags rechnen wir die in dem bisherigen Tarif bereits zurückgelegte Versicherungszeit an. Dies gilt nicht bei einem Wechsel aus einer Auslandsreise-Krankenversicherung.

Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan sowie einen Kostenvoranschlag über Material- und Laborkosten vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

3.3 ***Welche Zahnärzte kann die versicherte Person wählen?***

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen Zahnärzten frei wählen.

Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten auch dann als zahnärztliche Heilbehandlung, wenn sie von einem Arzt ausgeführt worden sind.

3.4 ***Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen von Zahnärzten erstattungsfähig?***

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze[4] der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ bzw. der GOZ entsprechen. Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.

4. Was sind unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

4.1 **Allgemeine Krankenhausleistungen** **zu 100%.**

4.2 **Zuschlag für die Unterbringung im Zweibettzimmer**

zu 100%.

Wählt die versicherte Person gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, ersetzen wir den Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses. Zählt das Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ersetzen wir den Unterbringungszuschlag für das in Anspruch genommene Einbettzimmer

zu 60%.

Nimmt die versicherte Person kein Ein- oder Zweibettzimmer in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

20 Euro je Tag.

Das Tagegeld zahlen wir nur im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären - Heilbehandlung.

Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

Einen Selbstbehalt rechnen wir auf das Tagegeld nicht an.

4.3 **Neben dem Unterbringungszuschlag berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Telefon- und Internetanschluss, Radio- und Fernsehgerät**

zu 100%.

4.4 **Ärztliche Leistungen** **zu 100%.**

- **Wahlärztliche Leistungen**

  Dies sind gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte. Dazu gehören auch von diesen veranlasste Leistungen, die Ärzte bzw. ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses ausführen.

  Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer einer vollstationären Heilbehandlung keine wahlärztlichen Leistungen in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

  60 Euro je Tag.

  Das Tagegeld zahlen wir nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären Heilbehandlung.

  Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

  Einen Selbstbehalt rechnen wir auf das Tagegeld nicht an.

[4] Höchstsätze sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Zahnarztes nach der GOÄ bzw. GOZ, der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

- **Belegärztliche Leistungen**
  Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte. Sie behandeln die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze[5] der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen. Für Aufwendungen, die über den Höchstsätzen der GOÄ liegen, gilt Folgendes: Sie sind nur erstattungsfähig, soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind. Sie müssen nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sein.

4.5 **Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers**

zu 100%.

Die Gebühren müssen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sein.

4.6 **Transporte zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km**

zu 100%.

Ab einer Entfernung von mehr als 100 km ersetzen wir nur die Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

4.7 Bei einer **stationären Entbindung** der versicherten Person zahlen wir – unabhängig von der Anzahl der geborenen Kinder - neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich eine Pauschale von

1.000 Euro.

Wir zahlen die Pauschale ohne Anrechnung auf einen Selbstbehalt.

4.8 **Welche Krankenhäuser kann die versicherte Person wählen?**

Die versicherte Person hat die freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Sie müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.

4.9 **Müssen Sie bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenhäusern eine vorherige Zusage einholen?**

Ja, und zwar für Krankenhäuser, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen.

Ihre Aufwendungen ersetzen wir nur dann, wenn Sie vor Beginn der Behandlung von uns eine schriftliche Zusage erhalten haben.

Eine Zusage ist in folgenden Fällen nicht notwendig:

- Bei einem Notfall,
- bei einer akuten Erkrankung während des Aufenthaltes im Krankenhaus, wenn dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig wird.

4.10 **Leisten wir auch bei stationärer Psychotherapie?**

Ja, aber nur dann, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

4.11 **Leisten wir auch bei Anschlussheilbehandlungen?**

Ja, und zwar, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Es muss sich um eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung) nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus handeln,
- die Behandlung muss innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen,
- wir müssen vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage zur Höhe unserer Erstattungsleistung erteilt haben.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für

- Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger,
- sonstige Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (siehe aber Teil 1 Nr. 5 Seite 11).

4.12 **Leisten wir auch bei Entziehungsmaßnahmen?**

Ja, und zwar, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung,
- wir müssen vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Zusage erteilt haben. Diese können wir von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ersetzen wir nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen. Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entziehungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen begrenzt. Vorangegangene Entziehungsmaßnahmen rechnen wir an.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für weitere Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

---

[5] Höchstsätze der GOÄ sind der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Arztes, der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

4.13 **Gibt es eine Beitragsbefreiung bei Krankenhausaufenthalten?**

Ja, und zwar für den über 91 Tage hinausgehenden Krankenhausaufenthalt der versicherten Person. Folgende Voraussetzungen müssen gemeinsam erfüllt sein:

- Sie haben einen Anspruch auf Kostenerstattung für vollstationäre mindestens 92 Tage dauernde ununterbrochene Heilbehandlung,
- dieser Tarif besteht (auch für die Dauer einer Anwartschaftsversicherung) mindestens während der letzten 12 Monate ohne Beitragsrückstände.

Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind. Sie bezieht sich auf volle Monatsbeiträge einschließlich des gesetzlichen Beitragszuschlages und etwaiger Risikozuschläge.

Einen Selbstbehalt rechnen wir nicht an.

4.14 **Wie rechnen wir die Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen ab?**

Berechnet das Krankenhaus eine Fallpauschale für das gesunde Neugeborene, gilt Folgendes: Diese Aufwendungen gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Sie sind im Rahmen des bestehenden Versicherungsschutzes der Mutter erstattungsfähig.

5. Was sind unsere Leistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen?

Wir zahlen bei einer ärztlich verordneten ambulanten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme ein Kurtagegeld. Ohne Kostennachweis zahlen wir **für maximal 28 Tage** ein Kurtagegeld von

30 Euro je Tag.

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

Wir ersetzen nicht:
Aufwendungen im Zusammenhang mit einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme (z.B. für Bäder und Massagen). Ausgenommen von dieser Einschränkung sind Anschlussheilbehandlungen nach Teil 1 Nr. 4.11 (Seite 10).

6. Was sind unsere ergänzenden Leistungen und Services bei Auslandsreisen?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

6.1 **Mehrkosten eines Rücktransports aus dem Ausland**

zu 100%.

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig sein.
- Der Rücktransport erfolgt an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus.
- Der Rücktransport wird über uns organisiert. Dafür bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer **+49 221/578 94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wird der Rücktransport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Mehrkosten

zu 80%.

6.2 **Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven ins Ausland**

zu 100%.

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Die versicherte Person benötigt
  - lebensnotwendige Arzneimittel, die vor Ort nicht erhältlich sind oder
  - Blutkonserven, die vor Ort nicht erhältlich sind, bzw. sie hat den berechtigten Wunsch nach Blutkonserven aus Deutschland (z.B. Eigenblutkonserven).
- Der Transport wird über uns organisiert. Dafür bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer **+49 221/578 94005** (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wird der Transport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Transportkosten

zu 80%.

Der Transport erfolgt von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person. Dabei sind die geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen zu beachten.

6.3 **Todesfall im Ausland,** und zwar für die

- Überführung der verstorbenen versicherten Person aus dem Ausland an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes bis zu

10.000 Euro.

- Beisetzung der verstorbenen versicherten Person im Ausland bis zu

5.000 Euro.

Unser Dienstleister organisiert eine Beisetzung im Ausland oder eine Überführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person.

Rufen Sie unseren **24-Stunden-Notruf-Service an**. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer

+49 221/578 94005

(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

7. Was sind unsere Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für voll- und teilstationäre Hospizversorgung im Rahmen unserer Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (vgl. Druckstück B 110/5).

8. Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen?

Unsere umfangreichen Serviceleistungen des

- **Gesundheitstelefons und**
- **24-Stunden-Notruf-Services**

sind in gesonderten AVB Serviceleistungen (vgl. Druckstück B 503) aufgeführt. Sie sind Gegenstand des Versicherungsschutzes nach diesem Tarif und gelten nur in Verbindung mit diesen AVB.

9. Gibt es einen Selbstbehalt?

9.1 Für unsere Versicherungsleistungen (vgl. Teil 1 Nrn. 2 bis 7) gelten je nach gewähltem Tarif unterschiedliche Selbstbehalte. Der Selbstbehalt beträgt je versicherter Person und kalenderjährlich für:

	BMK / 0	BMK / 1	BMK / 2	BMK / 3
bis zum 15. Lebensjahr	0 EUR	200 EUR	400 EUR	920 EUR
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	0 EUR	200 EUR	400 EUR	920 EUR
ab dem 20. Lebensjahr	0 EUR	400 EUR	960 EUR	2.000 EUR

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

Die Aufwendungen rechnen wir dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung durchgeführt worden ist bzw.
- die Arznei-, Verband-, Hilfsmittel und DiGA bezogen worden sind.

Für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, sowie für professionelle Zahnreinigung und Individual-Prophylaxe rechnen wir keinen Selbstbehalt an. Unsere Pauschalen z.B. für Entbindung rechnen wir ebenfalls nicht auf einen Selbstbehalt an.

9.2 Falls die Versicherung nicht am 1. Januar, sondern innerhalb des laufenden Versicherungsjahres beginnt, gilt Folgendes:

Wir mindern den Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern wir den Selbstbehalt nicht.

9.3 Falls Sie nicht am 1. Januar, sondern innerhalb des laufenden Versicherungsjahres in eine andere Selbstbehaltstufe wechseln, gilt Folgendes:

Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung gilt immer der unveränderte bisherige Selbstbehalt.

Bei Herabsetzung oder Fortfall des Selbstbehaltes gilt nach der Umwandlung der neue Selbstbehalt ungemindert. Für das Umwandlungsjahr insgesamt rechnen wir aber höchstens den bisherigen Selbstbehalt an.

Bei Erhöhung des Selbstbehaltes gilt für das Umwandlungsjahr insgesamt ein zusammengesetzter Selbstbehalt: Diesen berechnen wir aus anteilig gemindertem bisherigem und anteilig gemindertem neuem Selbstbehalt.

Diese Regelungen gelten auch für Umwandlungen aus anderen Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung.

10. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir unter folgenden Voraussetzungen für weitere Methoden und Arzneimittel: Diese müssen sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben. Oder sie müssen deswegen angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können in diesen Fällen unsere Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei einer schulmedizinischen Behandlung angefallen wäre.

11. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

11.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 1 bis 10).

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die jeweils durch Kriegsereignisse verursacht wurden oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle.

  Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
  - Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht,
  - sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil und
  - sie hat unverschuldet keine Möglichkeit, das betroffene Gebiet zu verlassen.
- Solche Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.
- Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von unserer Leistungserstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt erst dann, wenn wir Ihnen den Ausschluss mitgeteilt haben. Ist zum Zeitpunkt unserer Mitteilung die Behandlung noch nicht abgeschlossen, gilt Folgendes: Wir ersetzen die weiteren Aufwendungen für längstens drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Zugangs unserer Mitteilung.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

11.2 **Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:**

- Wir können unsere Zahlungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gilt: Wir ersetzen nur die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
- Die Gesamterstattung ist – auch bei Anspruch auf Leistungen gegenüber mehreren Kostenträgern – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.
- Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
  - vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 12, Seite 13),
  - bei Aufenthalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 13, Seite 13 f.),
  - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 2, Seite 15),
  - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 4, Seite 16).

12. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

12.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

12.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn angefallen sind. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

12.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Sie können für das Kind jede Selbstbehaltstufe innerhalb der Tarife BMK wählen. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

12.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 8, Seite 18). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

13. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

13.1 Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein. Liegen die Behandlungskosten über denen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden, gilt Folgendes: Wir ersetzen diese Aufwendungen, wenn und soweit sie in dem jeweiligen europäischen Staat üblich sind. Dies gilt auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums.

13.2 Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für sechs Monate ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Unsere Versicherungsleistungen sind auf das Doppelte der Leistungen begrenzt, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen wären. Voraussetzung dafür ist, dass die im außereuropäischen Ausland entstehenden Aufwendungen höher und dort üblich sind. Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausdehnen, gilt Folgendes: Solange sie die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, besteht für bis zu zwei weitere Monate Versicherungsschutz.

Bitte teilen Sie uns unverzüglich mit, wenn der vorübergehende Aufenthalt im außereuropäischen Ausland länger als sechs Monate dauern wird. Wir prüfen dann, ob eine Vereinbarung zur weiteren Fortführung des Versicherungsschutzes möglich ist.

13.3 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.

13.4 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die betreffende Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt
Wir empfehlen Ihnen, rechtzeitig vor Antritt einer länger dauernden Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Dies kann auch bei kürzeren Reisen Sinn machen, da die Leistungen dieses Tarifs grundsätzlich nur auf das deutsche Gesundheitssystem ausgerichtet sind. Die Tarifleistungen können somit ggf. zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen. Rufen Sie uns bei Bedarf unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444** an.

14. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen?

14.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. die Berufsgenossenschaft), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben. Wir können von Ihnen den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Behandlungsdaten, die einzelnen Leistungen sowie die Krankheitsbezeichnungen enthalten. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel müssen Sie uns zusammen mit der Verordnung senden. Wir empfehlen, Rezepte zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung vorzulegen. Beim Bezug einer Brille genügt die Angabe der Dioptrienwerte in der Optikerrechnung.

14.2 Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

14.3 Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

15. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?

15.1 Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.

15.2 Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

16. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

16.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.
In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.

16.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

16.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

17. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden. Dieses Abtretungsverbot gilt nicht, wenn wir mit einer DKV-Card die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Aufenthalt in einem Krankenhaus garantieren. Das Abtretungsverbot gilt auch dann nicht, wenn wir auf Ihren Wunsch direkt mit dem stationären Hospiz abrechnen. Außerdem gilt das Abtretungsverbot nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

18. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?

18.1 Vom Überschuss eines Geschäftsjahres aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung verwenden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% zugunsten der Versicherungsnehmer. Dabei bilden wir auch eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung mit folgenden Verwendungsmöglichkeiten:
Wir können

- die Rückstellung als Einmalbeitrag verwenden, um Beitragserhöhungen abzuwenden oder abzumildern,
- die Rückstellung auszahlen,
- die Leistungen erhöhen bzw. den Beitrag senken,
- für gesundheitsbewusstes Verhalten eine AktivPrämie ausloben. Damit belohnen wir bestimmte von uns angeratene Maßnahmen, z.B. den Besuch eines Fitnesskurses.

Wir entscheiden jährlich darüber, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wir die Rückstellung verwenden. Dabei entscheiden wir auch, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder muss unseren Entscheidungen zustimmen.

18.2 In Ausnahmefällen dürfen wir aus der Rückstellung Beträge entnehmen, um einen drohenden Notstand (z.B. Verlustabdeckung) abzuwenden. Dies darf nur im Interesse der versicherten Person erfolgen. Die Aufsichtsbehörde muss zustimmen.

18.3 Falls wir für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorsehen, besteht ein Anspruch für die versicherte Person, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:

- Aus der Versicherung der versicherten Person haben wir für das Geschäftsjahr keine Leistungen für ambulante und/oder zahnärztliche Heilbehandlung erbracht. Ausgenommen sind Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Zahnprophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigungen (PZR). Diese Leistungen müssen in der Rechnung als eigenständige Leistungen ausgewiesen sein. Sie dürfen nicht im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung durchgeführt worden sein.
- Die Versicherung hat in diesem Tarif während des ganzen Geschäftsjahres bestanden und besteht noch am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
- Für die Versicherung besteht kein Beitragsrückstand zum 31. Dezember des Geschäftsjahres.

Wir können die Höhe der Beitragsrückerstattung nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, für die ein Anspruch besteht, staffeln. Wir zahlen die Beitragsrückerstattung nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

1.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.

1.2 Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.

1.3 Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

2. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

2.1 Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.

2.2 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

3. Wie berechnen wir die Beiträge?

3.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag des nächst höheren Alters. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.

3.2 Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen wegen des Älterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren.

3.3 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird. Dem Eintrittsalter der versicherten Person tragen wir dadurch Rechnung, dass wir eine Alterungsrückstellung anrechnen.

3.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

4.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

4.2 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

4.3 Sind Sie mit einem Betrag von zwei Monatsbeiträgen im Rückstand, erhalten Sie von uns eine Mahnung. Darüber hinaus haben Sie für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes zu zahlen. Hinzu kommen Mahnkosten in nachgewiesener Höhe. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung höher als ein Monatsbeitrag, gilt Folgendes: Sie erhalten von uns eine zweite Mahnung. In dieser weisen wir Sie auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages hin.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als ein Monatsbeitrag, ruht der Versicherungsvertrag. Das Ruhen tritt ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats ein.

Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im branchenweit einheitlichen Notlagentarif versichert. Hierüber erhalten Sie von uns eine entsprechende Mitteilung zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für diesen Tarif. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein bzw. endet, wenn die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne der sozialrechtlichen Vorschriften ist bzw. wird.

5. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

5.1 Wir garantieren im Rahmen dieser AVB Ihren Leistungsanspruch für die gesamte Dauer der Versicherung. Bei der Kalkulation des Beitrags berücksichtigen wir z.B. die Kosten der Heilbehandlung und die Lebenserwartung. Spätere Änderungen bei diesen Faktoren können die Ausgaben für unsere Leistungen beeinflussen. Wir vergleichen daher mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Der Vergleich erfolgt für jede Beobachtungseinheit (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) eines Tarifs separat.

Ergibt dieser Vergleich eine Abweichung bei den Leistungen, gilt Folgendes: Bei einer Abweichung von über 5% können wir alle Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, ändern. Bei einer Abweichung von über 10% sind wir zur Prüfung dieser Beiträge und einer erforderlichen Änderung verpflichtet. Die gleiche Pflicht haben wir bei einer Abweichung von über 5% bei den Sterbewahrscheinlichkeiten.

In allen Fällen darf die Abweichung jedoch nicht nur vorübergehend sein. Eine Beitragsänderung können wir nur durchführen, wenn ihr ein unabhängiger Treuhänder zustimmt.

Bei einer Beitragsanpassung können wir auch einen Selbstbehalt anpassen und einen vereinbarten Risikozuschlag ändern.

5.2 Wir prüfen bei Änderungen des Beitrags auch den Zuschlag, der für die Beitragsbegrenzung im branchenweit einheitlichen Basistarif erforderlich ist. Die gleiche Prüfung erfolgt für den Zuschlag, der für die Beitragsgarantie im branchenweit einheitlichen Standardtarif erforderlich ist. Dabei vergleichen wir diese Zuschläge mit den kalkulierten Zuschlägen. Soweit erforderlich, passen wir die Zuschläge dann ebenfalls an.

5.3 Die Änderung und die Gründe für die Anpassung teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf diese Mitteilung folgt, wirksam.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

6.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft – z.B. durch Gesetze – ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.

6.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?

7.1 ***Wechsel in eine andere Selbstbehaltstufe innerhalb der BestMed Komfort Tarife BMK:***

Sie können jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres ohne Gesundheitsprüfung innerhalb der Tarife BMK in eine andere Selbstbehaltstufe wechseln. Die erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung bleiben erhalten.

7.2 ***Optionsrecht***

Sie haben die Möglichkeit zu erleichterten Bedingungen Ihren Versicherungsschutz zu erhöhen: Sie können diesen Tarif um BestMed Aufbaustufen ergänzen. Voraussetzung ist, dass die Versicherung nach einem BestMed Tarif bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen hat.

Sie können die Versicherung dann einmalig zu folgenden Terminen erhöhen:

Entweder	zu Beginn des 4. Versicherungsjahres
oder	zu Beginn des 6. Versicherungsjahres.

Maßgeblich für diese Termine ist der erstmalige Beginn der Versicherung nach einem BestMed Tarif.

Folgende erleichterte Bedingungen gelten für die Erhöhung:

a) Bei einer Erhöhung zu Beginn des 4. Versicherungsjahres verzichten wir auf neue Risikozuschläge.

b) Im Erhöhungsantrag zum 6. Versicherungsjahr muss die versicherte Person Gesundheitsfragen beantworten. Wir können dann einen Risikozuschlag verlangen. Diesen dürfen wir aber nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) berechnen. Wir begrenzen dabei einen Zuschlag auf maximal 100% des Beitragsanteils, der auf die Mehrleistung entfällt.

c) Die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses können wir nicht verlangen.

d) Für laufende Versicherungsfälle leisten wir ab Änderungstermin nach dem dann geltenden Tarif. Es gibt keine Wartezeiten.

e) Der vom Änderungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person. Wir berücksichtigen auch erworbene Alterungsrückstellungen.

f) Der Antrag muss spätestens einen Monat vor dem gewählten Änderungszeitpunkt bei uns vorliegen.

Für versicherte Personen, die als Kinder in einem der BestMed Tarife BMK/0-3 nachversichert wurden, gilt dieses Optionsrecht sinngemäß unter folgenden Voraussetzungen:

- Mindestens ein Elternteil war am Tage der Geburt des Kindes nach einem *BestMed* Tarif mit Optionsrecht versichert.
- Die Erhöhung der Versicherung des Kindes erfolgt gleichzeitig mit einer Erhöhung der Versicherung für mindestens ein Elternteil. Maßgeblich ist dabei immer der Beginn der Versicherung des Elternteils, dessen Versicherung gleichzeitig erhöht wird. Wählt der Elternteil als Änderungszeitpunkt den Beginn des 6. Versicherungsjahres gilt Folgendes: Wir können auch für die Versicherung des Kindes einen Risikozuschlag verlangen. Diesen dürfen wir aber ebenfalls nur für die Mehrleistung berechnen. Einen Zuschlag begrenzen wir auf maximal 100% des Beitragsanteils, der auf die Mehrleistung entfällt.

7.3 ***Wechsel in andere DKV-Tarife:***

Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an.
Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen. Der Wechsel in den branchenweit einheitlichen Notlagentarif ist ebenfalls ausgeschlossen.

7.4 ***Wechsel in den Standard- bzw. Basistarif:***

Sie können für versicherte Personen die Umwandlung der Versicherung in einen gesetzlich vorgeschriebenen Grundschutz verlangen. Branchenweit einheitlich bieten wir hierfür den Standardtarif sowie den Basistarif an.

Beide Tarife haben einen gesetzlich begrenzten Höchstbeitrag. Der Versicherungsschutz ist vergleichbar mit demjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Umwandlung ist nur für Personen möglich, für die eine private Krankheitskostenvollversicherung besteht. Die Umwandlung in den Standardtarif ist nur möglich, wenn eine solche Versicherung vor dem 1.1.2009 begonnen hat.

Die genauen Voraussetzungen für eine Umwandlung in diese Tarife ergeben sich aus dem Gesetz. Bei Interesse können Sie uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 076** anrufen. Wir informieren Sie gern und senden Ihnen auf Wunsch entsprechende Informationen zu.

8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

8.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.

8.2 Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

8.3 Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.
Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge wegen Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 3.1, Seite 16) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 16) müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 6.1, Seite 17).

8.4 Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, gilt Folgendes: Sie können innerhalb von drei Monaten die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Den Eintritt der Versicherungspflicht müssen Sie uns nachweisen; die Frist hierzu beträgt zwei Monate. Andernfalls ist Ihre Kündigung unwirksam. Die Frist beginnt erst, wenn wir Sie zum Nachweis aufgefordert haben. Die Kündigung ist trotz Versäumung der Frist wirksam, wenn Sie dies nicht zu vertreten haben. Später können Sie die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge.

8.5 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen.

8.6 Jede Kündigung des Tarifs BMK von Ihnen setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Unternehmen eine neue Versicherung abgeschlossen wird. Diese muss den Anforderungen an die gesetzliche Pflicht zur Versicherung genügen und nahtlos an die bisherige Versicherung anknüpfen. Nur wenn Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, wird Ihre Kündigung wirksam. Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist außerdem nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben. Liegt der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als zwei Monate nach Ihrer Kündigungserklärung, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.

8.7 Bei Kündigung des Tarifs BMK und gleichzeitigem Abschluss einer neuen Versicherung bei einem anderen Unternehmen gilt Folgendes: Sie können verlangen, dass wir die Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des aufgebauten Übertragungswertes auf das andere Unternehmen übertragen. Der Übertragungswert bezieht sich auf den Teil der Versicherung, dessen Leistungen dem branchenweit einheitlichen Basistarif entsprechen. Voraussetzung für die Übertragung ist, dass die neue Versicherung eine substitutive Krankenversicherung ist. Eine solche liegt vor, wenn sie den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ganz oder teilweise ersetzen kann.
Bei Beitragsrückständen können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

8.8 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.

8.9 Der Versicherungsvertrag endet bei Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.

8.10 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Ihre Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.

Sie bzw. die versicherten Personen können darüber hinaus verlangen, dass wir eine gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Dieses Recht besteht auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

9. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de.

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet:
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de
Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.

10. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.

Anhang

I. Gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen

Die folgende Übersicht gibt einen Überblick über Inhalt und Umfang der gesetzlich eingeführten Vorsorgeprogramme. Maßgeblich für den Leistungsanspruch sind die jeweiligen gesetzlichen Richtlinien.

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

Anspruchsberechtigung

Männer und Frauen, einmal innerhalb von 3 Jahren

Inhalt

- Anamnese (Vorgeschichte) mit Impfstatus
- Erhebung Ganzkörper-Status
- Laboruntersuchungen
  - Blut: Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL- und HDL- Cholesterin, Triglyceride), Glukose
  - Urin: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit (Urin-Teststreifen)
- Beratung und ggf. Präventionsempfehlung

2. Untersuchung zur Früherkennung auf Aneurysmen der Bauchaorta

Anspruchsberechtigung

Männer, einmalig
Empfehlung: ab dem vollendeten 65. Lebensjahr

Inhalt

- Beratung und Ultraschalluntersuchung

3. Untersuchung zur Früherkennung auf eine Chlamydia-trachomatis-Infektion (wegen unerkannter Entzündungen mit der Gefahr von Unfruchtbarkeit)

Anspruchsberechtigung

Frauen, einmal jährlich
Empfehlung: Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr

Inhalt

- Beratung und Laboruntersuchung

4. Untersuchung zur Früherkennung auf eine Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion

Anspruchsberechtigung

Männer und Frauen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr, einmalig

Inhalt

- Beratung und Laboruntersuchung

5. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen

Anspruchsberechtigung

Männer, einmal jährlich
(Ausnahmen: Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)

Inhalt

- gezielte Anamnese
- Inspektion und Palpation (Abtasten) der äußeren Geschlechtsorgane einschließlich der entsprechenden Hautareale
- Abtasten der Prostata
- Abtasten der regionären Lymphknoten
- Tastuntersuchung des Enddarms
- Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung

Anspruchsberechtigung

Frauen, einmal jährlich
(Ausnahmen: Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)

Inhalt

- gezielte Anamnese
- Spiegeleinstellung der Portio
- Inspektion der genitalen Hautregion
- bimanuelle gynäkologische Untersuchung
- Entnahme von Untersuchungsmaterial vom Gebärmutterhals (zytologischer Abstrich, auch bekannt als Pap-Abstrich) für eine zytologische Untersuchung oder
- Kombinationsuntersuchung aus zytologischem Abstrich vom Muttermund und einem HPV-Test (Test auf genitale Infektionen mit Humanen Papillomviren) alle 3 Jahre

- Abtasten der Brustdrüsen und der umgebenden Lymphknoten zur Früherkennung von Brustkrebs einschließlich Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust und Inspektion der entsprechenden Hautregion
- Mammographie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust) bis zum vollendeten 70. Lebensjahr, alle 2 Jahre
- Tastuntersuchung des Enddarms
- Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung
- Bei unklarem/auffälligem (zytologischem) Befund ggf. weitere Abklärung

Darmkrebsfrüherkennung

Anspruchsberechtigung und Inhalt

Männer und Frauen

- Aufklärung über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms, einmalig
- Koloskopie (Gesamtspiegelung des Dickdarms bis zum Übergang des Dünndarms per Rektum), Anspruch zweimal im Abstand von mindestens 10 Jahren, nebst
  - Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung,
  - bei Diagnose einer Darmkrebserkrankung Veranlassung der Überleitung in die Therapie

  oder
- Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl, alle 2 Jahre, nebst
  - ggf. Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung,
  - bei unklarem/auffälligem Befund ggf. weitere Abklärung

Hautkrebs-Screening

Anspruchsberechtigung

Männer und Frauen, alle 2 Jahre

Inhalt

- gezielte Anamnese
- visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines (feuchte Hautbereiche)
- Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung
- Dokumentation
- Bei unklarem/auffälligem Befund ggf. weitere Abklärung durch einen Facharzt und histopathologische Untersuchung

6. Untersuchungen während und nach der Schwangerschaft

Anspruchsberechtigung und Inhalt

- Beratungen während der Schwangerschaft und bei Wöchnerinnen
- Schwangeren-Erstuntersuchung
- Schwangeren-Folgeuntersuchungen alle 4 Wochen, in den letzten beiden Schwangerschaftsmonaten alle 2 Wochen
- Serologische Untersuchungen – jeweils ab 6. Schwangerschaftsmonat alle 4 Wochen, in den letzten beiden Schwangerschaftsmonaten alle 2 Wochen
- Ultraschall-Screening – jeweils einmal in der 9. – 12. Schwangerschaftswoche (SSW), 19. – 22. SSW und 29. – 32. SSW
- Chlamydien-Screening nach Bedarf
- Zuckerbelastungstest – jeweils einmal in der 25. – 28. SSW, maximal dreimal
- Untersuchungen nach der Geburt – einmal unmittelbar nach der Entbindung, einmal in der ersten Woche nach der Entbindung sowie einmal 6 bis 8 Wochen nach der Entbindung

7. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen

Anspruchsberechtigung und Inhalt

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 sowie die entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und ggf. eine Beratung der Bezugsperson.

U1:	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

A. <u>Leistungen ab Geburt:</u>

1. Neugeborenen Audio-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit
   - Anzahl/Intervall: einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 85 Euro**

2. Schiel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen
   - Anzahl/Intervall: einmalig im Laufe des 3. Lebensjahres
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 Euro**

3. Kindergarten-Eingangsuntersuchung
   - Anzahl/Intervall: einmalig
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 Euro**

4. Fettstoffwechsel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen
   - Anzahl/Intervall: einmalig zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 40 Euro**

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 Euro**

6. Reisemedizinische Vorsorge: Beratung, ggf. inklusive schriftlicher Information und/oder klinischer Untersuchung
   - Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 Euro**

7. Hauttyp-Bestimmung einschließlich -Beratung
   - Anzahl/Intervall: einmalig
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 25 Euro**

8. Blutgruppenbestimmung
   - Anzahl/Intervall: einmalig
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 Euro**

B. <u>Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:</u>

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 Euro**

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 Euro**

3. Hautkrebs-Vorsorge
   - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 Euro**

4. HIV-Test zum Ausschluss einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung
   - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 40 Euro**

5. Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung
   - Anzahl/Intervall: einmal jährlich
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 15 Euro**

6. Beratung zur Hausapotheke
   insbesondere hinsichtlich ihrer Zusammenstellung und Anwendung
   - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 15 Euro**

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 Euro**

8. Ersttrimesterscreening in der 11. bis 14. Schwangerschaftswoche
   als zusätzliche Labor-, Ultraschalldiagnostik und Risikoberatung in
   der Schwangerschaft bezüglich der Erkennung von sonographischen
   Auffälligkeiten und Hinweise auf Chromosomenstörung des Embryos
   (z.B. Gefäß- und Herzmissbildungen, Morbus Down)
   - Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 200 Euro**

C. <u>Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:</u>

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

   Gilt für folgende Leistungen, die bis zu dem oben genannten Gesamt-
   höchsterstattungsbetrag zusammengestellt werden können:

   a) Sono-Check: Sonographie (Ultraschall) innerer Organe
      - Höchsterstattungsbetrag: **bis 75 Euro**

   b) Lungen-Check**:** vergleiche B.2
      - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 Euro**

   c) Kleiner Gesundheits-Check:
      - ca) Internistische Variante: Untersuchung u. a. mit Kontrolle
        von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Ruhe-EKG
      - cb) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle
        von Blut- und Stoffwechselwerten, sowie Ultraschall von
        Muskel- und Sehnenansätzen
      - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 Euro**

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 Euro**

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 Euro**

D. <u>Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:</u>

1. Glaukom-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung
   der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit "Grüner Star"
   - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
   - Höchsterstattungsbetrag: **bis 70 Euro**

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 Euro**

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 Euro**

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 Euro**

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 Euro**

E. <u>Weitere Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr:</u>

1. Hirnleistungs-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen wie Morbus Alzheimer

- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
- Höchsterstattungsbetrag: **bis 25 Euro**

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 Euro**

III. Gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes

⇨ GOZ-Nr. 0010

IV. Zahnärztliche Prophylaxeleistungen einschließlich PZR

Prophylaktische Leistungen

- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung
- Kontrolle des Übungserfolges und weitere Unterweisung
- Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und –behandlung, mit Lack oder Gel
- Lokale Anwendungen von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger

⇨ GOZ-Nrn. 1000, 1010, 1020, 1030
(ggf. GOZ-Nr. 5170 und die Material-/Laborkosten der Medikamentenschiene)

Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.

⇨ GOZ-Nr. 1040

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Heilmittelverzeichnis[1] der BestMed Eco Tarife BME / 1-2, BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3, des BestMed Uni Tarifs BMUNI sowie der BestMed Kombitarife zur GKV BMG / 0-3, BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3, BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3, KombiMed Ambulant Privat Tarife KAMP / 0-3.

	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
	I. Bereich Inhalation	
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation	14,00
	II. Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
2	Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	19,00
	b) Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	76,10
	c) Physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	41,20
	d) Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	30,90
3	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	33,40
4	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten	52,90
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	66,10
6	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 bis 30 Minuten, je Teilnehmer	15,00
7	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 20 bis 30 Minuten, je Teilnehmer	18,70
8	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	99,90
9	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	38,10
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	27,20
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,00
10	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	40,10
11	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 15 bis 20 Minuten	23,00
12	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	15,50
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	9,60
13	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	37,00

[1] Grundlage sind die vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge. Änderungen sind vorbehalten (siehe Teil 2 Nr. 6 AVB BME bzw. BMK, Teil 2 Nr. 7 AVB BMUNI bzw. BMG, § 20 AVB BM3-5 und Teil 2 Nr. 7 AVB KAMP).

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	27,10
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,30
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	132,60
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	62,70
16	Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	10,20
	III. Bereich Massagen	
17	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	24,30
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	29,30
18	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	40,40
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	60,70
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	80,80
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	25,80
19	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	38,00
	IV. Bereich Palliativversorgung	
20	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	75,90
	V. Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
21	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten	15,70
22	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	18,20
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	41,70
	bb) Großpackung	55,00
23	Kaltpackung (Teilpackung) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	23,40
24	An- oder absteigendes Teilbad (z.B. nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,70
25	Wechsel-Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,00
26	Medizinisches Bad mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	10,20
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30
	c) bei mehreren Zusätzen, je weiterer Zusatz	4,80
27	Gashaltiges Bad	
	a) gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	31,20
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	34,20
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	31,90
	VI. Bereich Kälte- und Wärmebehandlung	
28	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten	14,90
29	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,70
30	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	16,50

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
	VII. Bereich Elektrotherapie	
31	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	9,60
32	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	21,10
33	Iontophorese	9,50
34	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	17,20
35	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	33,40
	VIII. Bereich Lichttherapie	
	a) Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	aa) als Einzelbehandlung	5,00
	bb) in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00
	b) Reizbehandlung mit Ultraviolettlicht	
	aa) eines umschriebenen Hautbezirkes	5,00
	bb) mehrerer umschriebener Hautbezirke	7,60
	c) Quarzlampendruckbestrahlung	
	aa) eines Feldes	9,00
	bb) mehrerer Felder	12,70
	IX. Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (Logopädie)	
36	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik erstattungsfähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalles erstattungsfähig, Richtwert: 60 Minuten	134,90
36.1	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig, Richtwert: 30 Minuten	67,60
36.2	Bericht an die verordnende Person	7,60
36.3	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	134,90
37	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	60,10
	b) Richtwert: 45 Minuten	82,50
	c) Richtwert: 60 Minuten	105,00
38	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen je Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	74,20
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	39,80
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	134,90
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60
	X. Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
39	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	44,20
40	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	52,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	70,40
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	88,00
41	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	140,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40
42	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	42,30
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	56,30
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	70,40

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
43	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	18,50
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	24,70
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	43,10
44	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	52,80
45	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten	152,40
46	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	42,30
47	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	24,70
	XI. Bereich Podologie	
48	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
49	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20
50	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
51	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	21,90
52	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
53	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	96,40
54	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	52,80
55	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	48,30
56	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
57	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
58	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
59	Behandlungsabschluss ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
60	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	25,60
61	Besuch eines Patienten oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	16,70
	XII. Bereich Ernährungstherapie	
62	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	38,70
63	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	77,40
64	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
65	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
66	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
67	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
68	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
69	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
70	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
XIII. Bereich Osteopathie	
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet ist.	
Sonstiges	
Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,40
Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	91,38

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Der Gesundheitsversicherer der ERGO

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

BestMed Komfort Dental Tarif BMKD

AUFBAUSTUFE ZU DEN BESTMED KOMFORT TARIFEN BMK / 0-3

Dieser Tarif ist nur in Verbindung mit den BestMed Komfort Tarifen BMK / 0-3 (in gesondertem Druckstück) abschließbar.

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

die AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus

- diesen AVB,
- den AVB der BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3 (vgl. Nr. 3),
- dem Versicherungsschein,
- späteren schriftlichen Vereinbarungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

Es gilt deutsches Recht.

Unsere Leistungen

1. Was sind unsere ergänzenden Leistungen zu den Leistungen aus den Tarifen BMK / 0-3 bei zahnärztlicher Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (Laborarbeiten und Materialien) bei

- Zahnbehandlung (außer Einlagefüllungen und Zahnkronen) und Kieferorthopädie **zu 100%,**
- Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen **zu 75%,**
- Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen bei Behandlung durch mit uns kooperierende Zahnärzte (s. Teil 1 Nr. 3.2 AVB BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3) **zu 85%,**

soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Voraussetzung dafür ist: Die Laborarbeiten und Materialien sind im Rahmen einer zahnärztlichen Heilbehandlung medizinisch notwendig.

Bei Zahnersatz mit Implantaten gilt folgendes: Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sind für insgesamt maximal 6 Implantate je Kiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz erstattungsfähig. Dabei rechnen wir die bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandenen Implantate an.

Bei Kieferorthopädie einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen gilt: Voraussetzung ist, dass die versicherte Person bei Beginn der Behandlung noch keine 19 Jahre alt ist.

Von dem sich hieraus ergebenden Betrag ziehen wir den Betrag ab, der sich aus dem Anspruch auf Erstattung von Material- und Laborkosten nach den Tarifen BMK / 0-3 ergibt. Dabei bleibt ein vereinbarter Selbstbehalt und/oder eine für die ersten fünf Jahre vorgesehene Leistungsbegrenzung der Tarife BMK / 0-3 bei der Berechnung der Leistung aus Tarif BMKD unberücksichtigt.

Ein Beispiel wie wir unsere Leistung aus Tarif BMKD bei Zahnersatz berechnen:

Rechnungsbetrag für Material- und Laborkosten	2.000 Euro
Abzug für nicht medizinisch notwendige Laborarbeiten und Materialien	- 200 Euro
Erstattungsfähige Aufwendungen ohne die tariflichen Begrenzungen	1.800 Euro

Die berechnete Leistung aus den Tarifen BMK / 0-3:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen aus den Tarifen BMK/0-3 sind durch das Preis- und Leistungsverzeichnis begrenzt auf	1.500 Euro
Leistungsbetrag: 75 % von 1.500 Euro	1.125 Euro

Die berechnete Leistung aus Tarif BMKD:

75% von 1.800 Euro (erstattungsfähige Aufwendungen)	1.350 Euro
abzüglich des Leistungsbetrags aus den Tarifen BMK / 0-3 (ohne Selbstbehalt und Leistungsbegrenzung)	***- 1.125 Euro***
Leistungsbetrag aus Tarif BMKD	**225 Euro**

Obwohl Selbstbehalte und/oder Leistungsbegrenzungen in den ersten fünf Jahren bei der Berechnung der Leistung aus Tarif BMKD unberücksichtigt bleiben, wirken sie sich gegebenenfalls auf den Leistungsbetrag aus den Tarifen BMK / 0-3 mindernd aus.

2. Wen versichern wir?

Versicherungsfähig sind Personen, die bei uns nach einem der Tarife BMK / 0-3 versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif BMKD endet zum gleichen Zeitpunkt, in dem der vereinbarte Tarif BMK endet.

3. Welche Bestimmungen aus den AVB der BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3 gelten auch für Tarif BMKD?

Die folgenden Regelungen aus den AVB der BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3 gelten für Tarif BMKD:

Die Bestimmungen Teil 1 Nr. 4.13, 10 bis 18 sowie Teil 2 Nr. 1 bis 9 (s. Druckstück B 502) mit folgenden Abweichungen:

- Die Bestimmung zur Festlegung der Beobachtungseinheiten im Rahmen der Beitragsänderung gemäß Teil 2 Nr. 5.1 Satz 5 der AVB BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3 ersetzen wir für Tarif BMKD durch die folgende Regelung: Der Vergleich erfolgt für die beiden Beobachtungseinheiten (Kinder/Jugendliche, Erwachsene) separat.
- Sie haben nach Teil 2 Nr. 7.2 der AVB BestMed Komfort Tarife BMK / 0-3 die Möglichkeit, den Versicherungsschutz in bestimmten Fällen zu erhöhen. Dieses Recht können Sie für Tarif BMKD nicht selbständig ausüben. Sie können es nur gleichzeitig mit einem der Tarife BMK / 0-3 wahrnehmen. Dabei ist ausschließlich der Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifs BMK / 0-3 maßgeblich.

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Der Gesundheitsversicherer der ERGO

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

BestMed Krankenhaus Tarif BMZ1

AUFBAUSTUFE ZU EINER KRANKHEITSKOSTEN-VOLLVERSICHERUNG (KKV)

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den AVB für die jeweilige KKV (in gesondertem Druckstück).

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

die AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus

- diesen AVB,
- den AVB der zugrundeliegenden KKV,
- dem Versicherungsschein,
- späteren schriftlichen Vereinbarungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

Es gilt deutsches Recht.

Unsere zusätzlichen Leistungen

1. Was sind unsere zusätzlichen Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

1.1 Wir ersetzen die erstattungsfähigen Mehraufwendungen für die

- **Unterbringung im Einbettzimmer** **zu 100%**.

Mehraufwendungen sind die Differenzkosten zwischen den Zuschlägen für Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer.

Zählt das Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, gilt Folgendes: Wir ersetzen nach Anrechnung der Leistungen aus der zugrundeliegenden KKV bzw. aus Tarif BMZ2 die verbleibenden Aufwendungen für die

Unterbringung im Einbettzimmer **zu 100%**.

1.2 Nimmt die versicherte Person kein Einbettzimmer in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld.

Dieses beträgt **20 EUR je Tag**.

Das Tagegeld zahlen wir nur im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären - Heilbehandlung.

Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

2. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?

Wird diese Aufbaustufe zeitgleich und mit einheitlichem Versicherungsbeginn mit der KKV vereinbart, bestehen keine Wartezeiten.

In allen sonstigen Fällen beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Für Entbindung, Psychotherapie und Zahnersatz beträgt die Wartezeit acht Monate. Wir können die Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen, wenn Sie dies auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragen.

Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn des Tarifs BMZ1 an.

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

3. Wer kann versichert werden?

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei uns eine geschlechtsunabhängig kalkulierte KKV mit Versicherungsschutz für die Krankenhausbehandlung im Zweibettzimmer vereinbart haben,
- keinen Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften haben.

Die Versicherung nach Tarif BMZ1 endet mit dem Entfall der Versicherungsfähigkeit.