

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

KombiMed Ambulant Privat Tarife KAMP / 0-1

FÜR VERSICHERTE DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV),
die mit ihrer GKV Kostenerstattung vereinbart haben.

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.

<p>Die GKV erbringt vorab ihre Pflichtleistung:</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung und Untersuchung sowie unter bestimmten Voraussetzungen für Kinderwunschbehandlung.</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen – ohne gesetzliche Altersgrenzen.</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für Schutzimpfungen.</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für Lasik Operation nach vorheriger schriftlicher Zusage.</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für Naturheilverfahren gemäß Hufelandverzeichnis einschließlich Arzneimittel, insgesamt max. 1.000 EUR je Versicherungsjahr.</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für Psychotherapie (die ersten 30 Sitzungen), 80% (von der 31. Sitzung an), 70% (von der 61. Sitzung an).</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie Arzneimittel, insgesamt max. 1.000 EUR je Versicherungsjahr.</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für Heilmittel (z.B. Massagen, Bäder, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie) im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses.</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für Hilfsmittel; Hörgeräte bis zu 1.000 EUR; Sehhilfen bis zu 500 EUR innerhalb 24 Monate.</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im DiGA-Verzeichnis enthalten sind.</p> <p>100% der verbleibenden Aufwendungen für den Transport im Notfall zum Arzt bzw. Krankenhaus.</p> <p>100% der gesetzlichen Zuzahlungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den oben genannten Leistungen stehen.</p> <p>Sie benötigen eine vorherige schriftliche Leistungszusage für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lasik Operation. • Entziehungsmaßnahme. • Bestimmte Hilfsmittel. 	<p>Die GKV erbringt vorab keine Pflichtleistung:</p> <p>85% für ambulante ärztliche Behandlung und Untersuchung sowie - unter bestimmten Voraussetzungen und bis zu bestimmten Leistungsgrenzen - für Kinderwunschbehandlung.</p> <p>85% für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen - ohne gesetzliche Altersgrenzen.</p> <p>85% für Schutzimpfungen.</p> <p>85% für Lasik Operation nach vorheriger schriftlicher Zusage.</p> <p>85% für Naturheilverfahren gemäß Hufelandverzeichnis einschließlich Arzneimittel, insgesamt max. 1.000 EUR je Versicherungsjahr.</p> <p>85% für Psychotherapie (die ersten 30 Sitzungen), 70% (von der 31. Sitzung an), 50% (von der 61. Sitzung an), nach vorheriger Zusage.</p> <p>85% für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie Arzneimittel, insgesamt max. 1.000 EUR je Versicherungsjahr.</p> <p>85% für Arznei- und Verbandmittel.</p> <p>85% für Heilmittel (z.B. Massagen, Bäder, Logopädie, Ergotherapie, Osteopathie) im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses.</p> <p>85% für Hilfsmittel; Hörgeräte bis zu 850 EUR; Sehhilfen bis zu 500 EUR innerhalb 24 Monate.</p> <p>85% der Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im DiGA-Verzeichnis enthalten sind.</p> <p>100% für weitere DiGA, die die tariflichen Voraussetzungen erfüllen, bis zu 500 EUR je Versicherungsjahr.</p> <p>85% für den Transport im Notfall zum Arzt bzw. Krankenhaus.</p> <p>Sie benötigen eine vorherige schriftliche Leistungszusage für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lasik Operation. • Psychotherapie. • Entziehungsmaßnahme. • Bestimmte Hilfsmittel. 									
Bei einer Kinderwunschbehandlung empfehlen wir die vorherige Klärung Ihres Leistungsanspruchs.										
Serviceleistungen: Beratung und Informationen durch die Experten unseres Gesundheitstelefons .										
<table border="0"> <tr> <td>Selbstbehalt pro Kalenderjahr für Erwachsene</td> <td>/</td> <td>Kinder/Jugendliche:</td> </tr> <tr> <td>KAMP / 0</td> <td>0</td> <td>0 EUR,</td> </tr> <tr> <td>KAMP / 1</td> <td>300</td> <td>150 EUR.</td> </tr> </table>		Selbstbehalt pro Kalenderjahr für Erwachsene	/	Kinder/Jugendliche:	KAMP / 0	0	0 EUR,	KAMP / 1	300	150 EUR.
Selbstbehalt pro Kalenderjahr für Erwachsene	/	Kinder/Jugendliche:								
KAMP / 0	0	0 EUR,								
KAMP / 1	300	150 EUR.								

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

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

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Wer kann versichert werden?	12
2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?	12
3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?	13
4. Wie berechnen wir die Beiträge?	13
5. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?	13
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?	13
7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?	14
8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?	14
9. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?	14
10. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?	15
11. Welche Gerichte sind zuständig?	15

Anhang

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?

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

- Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen,
- Schwangerschaft und Entbindung,
- Kinderwunschbehandlung,
- durch Krankheit erforderliche Sterilisation,
- einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt,
- digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA).

1.2 Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für ambulante 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?

Die Höhe unserer Leistungen hängt davon ab, ob Ihre GKV vorab ihre Pflichtleistung erbringt. Als Pflichtleistung gelten neben den gesetzlichen Leistungen auch zusätzliche Satzungsleistungen Ihrer GKV, z.B. für Vorsorgemaßnahmen. Etwaige Kulanzleistungen Ihrer GKV gelten dagegen nicht als Pflichtleistung. Wir rechnen Kulanzleistungen allerdings an, soweit diese zusammen mit unseren Leistungen 100% der entstandenen Aufwendungen übersteigen.

Je nachdem, ob Ihre GKV diese Pflichtleistung vorab erbringt (= Vorleistung GKV), erfolgt die Erstattung nach A oder B.

Beispiele:

Sie lassen sich von einem Vertragsarzt privat behandeln. Die GKV erbringt ihre Pflichtleistung. Wir erstatten dann Ihre verbleibenden Aufwendungen für die ärztliche Behandlung nach A.

Sie lassen sich von einem Heilpraktiker oder einem Arzt, der keine kassenärztliche Zulassung hat, behandeln. Sofern Ihre GKV diese Leistungen nicht als Satzungsleistungen anbietet, ist sie nicht zur Leistung verpflichtet. Wir erstatten dann Ihre Aufwendungen nach B.

A	B
Die GKV erbringt vorab ihre Pflichtleistung: Wir ersetzen Ihre verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für:	Die GKV erbringt vorab keine Pflichtleistung: Wir ersetzen Ihre erstattungsfähigen Aufwendungen für:

2.1 Ärztliche Leistungen

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100%	zu 85%

mit folgenden Besonderheiten:

- **Vorsorgeuntersuchungen**
nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die gesetzlichen Altersgrenzen gelten hier nicht (vgl. Anhang I Seiten 16 und 17).
- **Schutzimpfungen,**
die von der
 - Ständigen Impfkommision 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.
- **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%.

Ohne Vorleistung Ihrer GKV (B) gelten zudem folgende Leistungsbegrenzungen: Wir leisten

- bei der Insemination bis zu sechsmal bis maximal 500 Euro je Versuch sowie entweder
- bei der in-vitro-Fertilisation/IVF bis zu dreimal bis maximal 3000 Euro je Versuch oder
- bei der intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI bis zu dreimal bis maximal 4000 Euro je Versuch.

Eine Kombination der Leistungen nach A und B ist nicht möglich. Sie können daher nur Leistungen entweder nach A oder B in Anspruch nehmen.

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. 5 (vgl. Seite 10) beschriebenen Methoden und Arzneimittel hinausgehen

bis maximal 1.000 Euro je Versicherungsjahr.

Voraussetzung ist, dass die Behandlungen im jeweils gültigen Hufelandverzeichnis¹ aufgeführt sind.

- **Psychotherapie**

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100%	zu 85%
bis zu insgesamt 30 Sitzungen	
zu 80%	zu 70%
von der insgesamt 31. Sitzung an	
zu 70%	zu 50%
von der insgesamt 61. Sitzung an	

Ohne Vorleistung Ihrer GKV (B) leisten wir nur, 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.

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

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, wenn wir 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 Entziehungsmaßnahmen ist einschließlich etwaiger stationärer Entziehungsmaßnahmen 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 Höchstsätze² 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

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100%	zu 85%
bis maximal 1.000 EUR je Versicherungsjahr	

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. 5 (vgl. Seite 10) beschriebenen Methoden und Arzneimittel beschränkt.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie.

2.3 Arznei- und Verbandmittel

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100%	zu 85%

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

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. Faltenenglättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate außer Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelerkrankungen,
- Stärkungsmittel,
- kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze,
- Mineralwässer sowie Nahrungsmittel außer Sondennahrung (siehe oben).

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.

2.4 Heilmittel

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100%	zu 85%
im Rahmen der im Heilmittelverzeichnis (vgl. Druckstück B 500/1) genannten Höchstbeträge	

Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis 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 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)

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100%	zu 85%

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt 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)
- Hörgeräte (je Hörgerät leisten wir nach A bis 1.000 Euro, nach B bis 850 Euro).

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

sind erstattungsfähig, wenn und soweit wir vor dem Bezug eine schriftliche Leistungszusage gegeben haben. Sie erreichen uns telefonisch unter **0800/3746 444** (gebührenfreie Rufnummer). Nach Möglichkeit stellen wir Ihnen diese Hilfsmittel leihweise zur Verfügung. Nicht mehr benötigte Hilfsmittel müssen Sie auf unseren Wunsch hin zurückgeben.

Die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln sind ebenfalls erstattungsfähig. Dies gilt auch für die erforderliche Unterweisung zum Gebrauch von Hilfsmitteln.

Wir ersetzen nicht: die 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)

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100%	zu 85%
bis zu insgesamt 500 EUR innerhalb von 24 Monaten	

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. Wir berücksichtigen dabei unsere Zahlungen für Sehhilfen und Reparaturen der vergangenen 24 Monate.

2.7 Digitale Gesundheitsanwendungen

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 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 Aufwundersatzes 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.

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100%	zu 85%
für Aufwendungen nach Abs. 2	für Aufwendungen nach Abs. 2
zu 100%	
für Aufwendungen nach Abs. 3, maximal bis zu 500 EUR je Versicherungsjahr	

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

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100%	zu 85%

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 bis zu den Beträgen, 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 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 Krankenhausbearbeitung.

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

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100%	zu 85%

2.10 Haushaltshilfe

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 Verdienstaussfall.

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100 %, zusammen mit der Leistung der GKV maximal 15 EUR pro Stunde und 90 EUR pro Tag	zu 85 %, maximal 12,75 EUR pro Stunde und 76,50 EUR pro Tag

2.11 Kurzzeitpflege

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.

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100 %, zusammen mit der Leistung der GKV maximal bis zu dem nach § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag ³	maximal 85 % des nach § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrages ³

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

2.12 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu den Beträgen, 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.

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100 %	zu 85 %

³ Höchstbetrag 1.774 Euro bzw. 1.507,90 Euro bei 85% (Stand: 1. Januar 2022)

2.13 **Leistungen der Hebamme / des Entbindungspfleger**

A - nach Vorleistung GKV	B - ohne Vorleistung GKV
zu 100 %	zu 85 %

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

2.14 **Verwaltungskostenabschlag / Gesetzliche Zuzahlungen**

Die GKV kann von ihrer Leistung Abzüge für Verwaltungskosten vornehmen. Darüber hinaus sind Sie verpflichtet, bestimmte gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen (z.B. für Arzneimittel) zu leisten. Soweit diese Abzüge und Zuzahlungen in unmittelbarem Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 2.1 bis 2.10 stehen, ersetzen wir Ihnen diese Aufwendungen

zu 100 %.

Wir ersetzen nicht: Ihre Aufwendungen für

- weitere gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, z.B. bei vollstationärer Krankenhausbehandlung und
- Aufwendungen, die auf einem von Ihnen mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

3. Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen?

Sie wünschen medizinische Informationen und Beratungen zur Heilbehandlung?

Über unser **Gesundheitstelefon** erhalten Sie und die versicherten Personen umfangreiche Serviceleistungen.

Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer

0800/3746 444.

Das Leistungspaket unseres Gesundheitstelefons:

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten und Arzneimitteln,
- Diagnose- und Behandlungsmethoden,
- Heil- und Hilfsmitteln,
- Vorsorgeprogrammen (einschließlich Erinnerungsservice) und Schutzimpfungen.

Wir nennen Ihnen Adressen und Telefonnummern von Behandlern.

Wir senden Ihnen Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen.

Außerdem bieten wir Ihnen

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

4. Gibt es einen Selbstbehalt?

4.1 Für unsere Versicherungsleistungen (vgl. Teil 1 Nr. 2, Seiten 3 bis 9) gelten je nach gewähltem Tarif unterschiedliche Selbstbehalte. Der Selbstbehalt beträgt je versicherter Person und kalenderjährlich für:

	KAMP / 0	KAMP / 1
bis zum 15. Lebensjahr	0 EUR	150 EUR
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	0 EUR	150 EUR
ab dem 20. Lebensjahr	0 EUR	300 EUR

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab dem folgenden 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.

4.2 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.

4.3 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.

5. 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.

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

6.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 2 bis 5)

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Zahnärztliche und stationäre Heilbehandlungen,
- Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die jeweils durch Kriegesereignisse 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 Kriegesereignisses 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 und Heilpraktiker, 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.

6.2 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. 7, Seite 10 f.),
 - bei Aufhalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 8, Seite 11),
 - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 3, Seite 13),
 - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 13).

7. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

7.1 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).

- 7.2 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 einem Wechsel in Tarif KAMP gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- 7.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist. 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. 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.
- 7.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 9, Seite 14). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

8. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

- 8.1 Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie in der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätten. Dies gilt entsprechend, wenn eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der EU bzw. des EWR verlegt.
- 8.2 Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR, endet ihre Versicherung.
- 8.3 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

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

- 9.1 Sie haben bei Ihrer GKV Kostenerstattung für ärztliche Leistungen und sogenannte veranlasste Leistungen gewählt. Zu den „veranlassten Leistungen“ gehören z.B. ärztlich verordnete Arznei- oder Hilfsmittel. Daher müssen Sie entsprechende Rechnungen zunächst bei Ihrer GKV einreichen. Die GKV bestätigt Ihnen daraufhin schriftlich die Höhe ihrer Leistung. Anschließend reichen Sie uns die Rechnungen (ggf. Kopien) zusammen mit der Leistungsabrechnung Ihrer GKV zur Prüfung unserer Leistungspflicht ein. Dieses Verfahren gilt entsprechend, wenn ein anderer Kostenträger, z.B. eine Berufsgenossenschaft, leistungspflichtig ist.

Leistet ihre GKV oder ein anderer Kostenträger nicht, können wir die Originalrechnung verlangen.

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.

- 9.2 Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.
- 9.3 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.

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

- 10.1 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.
- 10.2 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.

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

- 11.1 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.
- 11.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.
- 11.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

12. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Leistung weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

13. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?

- 13.1 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 angeordnete 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.

- 13.2 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.
- 13.3 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 erbracht.
 - 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 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. Wer kann versichert werden?

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind. Sie müssen zudem bei der GKV Kostenerstattung für ärztliche Leistungen und veranlasste Leistungen gewählt haben.

2. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

- 2.1 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.
- 2.2 Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.
- 2.3 Die versicherte Person hat möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

- 2.4 Für eine versicherte Person darf keine weitere Zusatzversicherung (Ausnahme: Auslandsreise-Krankenversicherung) für die in Teil 1 Nr. 2 (Seiten 3 bis 9) genannten Leistungen bestehen.

3. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

- 3.1 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 Leistung 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.

Wird die in Teil 2 Nr. 2.4 (Seite 13) genannte Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, können wir den Versicherungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht besteht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung.

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

4. Wie berechnen wir die Beiträge?

- 4.1 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.

- 4.2 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 Alterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren.

- 4.3 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.

- 4.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

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

- 5.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig.

- 5.2 Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, sind wir leistungsfrei und können auch vom Vertrag zurücktreten. Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrages führen.

- 5.3 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.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

- 6.1 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.

- 6.2 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.

7. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

- 7.1 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.
- 7.2 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.

8. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?

8.1 **Wechsel in eine andere Selbstbehaltstufe innerhalb der KombiMed Ambulant Privat Tarife KAMP:**

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

8.2 **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. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen.

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.

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

- 9.1 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.
- 9.2 Sie können Tarif KAMP 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 Tarif KAMP auch nur für einzelne versicherte Personen kündigen.
- 9.3 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. 4.1, Seite 13), müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 6, Seite 13) 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. 7.1, Seite 14).
- 9.4 Ihre Kündigung für einzelne versicherte Personen ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben.
- 9.5 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z.B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (vgl. Teil 2 Nr. 5, Seite 13).
Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.
- 9.6 Die Versicherung nach Tarif KAMP endet für die versicherte Person, wenn
- die Versicherung in der deutschen GKV endet,
 - die gewählte Kostenerstattung für ärztliche Leistungen und/oder veranlasste Leistungen endet,
 - sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR verlegt oder
 - sie stirbt.
- 9.7 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch 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.

10. 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.

11. 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 Intertriginen (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

Heilmittelverzeichnis¹ 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	13,40
II. Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
2 Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	19,00
2.1 Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	73,10
3 Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	32,00
4 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 30 Minuten	50,90
5 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	63,50
6 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 bis 30 Minuten je Teilnehmer	14,40
7 Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 20 bis 30 Minuten je Teilnehmer	18,00
8 Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	96,10
9 Krankengymnastik im Bewegungsbad	
a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	36,60
b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	26,20
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	38,50
11 Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 15 bis 20 Minuten	22,10
12 Bewegungsübungen	
a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	9,20
13 Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	35,90
b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	26,00
c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	18,00

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	
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	124,40
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbau- trainings (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	60,30
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-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	23,40
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	28,10
18	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,90
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	58,20
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,70
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	24,80
19	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	36,50
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)	18,00
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (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 Peloiden (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	30,10
	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	15,90

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR****VII. Bereich Elektrotherapie**

31	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	9,50
32	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	20,30
33	Iontophorese	9,50
34	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	17,20
35	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	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	127,90
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 Behandlungsfalles erstattungsfähig, Richtwert: 30 Minuten	64,00
36.2	Bericht an die verordnende Person	7,20
36.3	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	127,90
37	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
a)	Richtwert: 30 Minuten	56,90
b)	Richtwert: 45 Minuten	78,20
c)	Richtwert: 60 Minuten	99,50
38	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen je Teilnehmer	
a)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	70,40
b)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	39,80
c)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	127,90
d)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	64,60

X. Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

39	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
40	Einzelbehandlung	
a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	45,20
b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	60,90
c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	76,20
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	135,60
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	35,90
b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	48,70
c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	60,30

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
43 Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	16,50
b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40
c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	39,30
44 Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,10
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	39,40
47 Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40
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.	22,40
61 Besuch eines Patienten oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	14,70
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

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.