

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil I (Bedingungsteil)
für das

Für den Zugang
ab 1.1.2012

BestMed Tarifsysteem:

**BestMed Tarif BM3,
BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 und
BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3.**

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

mit der Wahl eines Tarifs aus dem BestMed Tarifsysteem – vom gehobenen Basis-Schutz-Niveau bis hin zum hervorragenden Premium-Schutz-Niveau – haben Sie sich für den Ihren persönlichen Bedürfnissen entsprechenden Versicherungsschutz entschieden.

Im Folgenden erhalten Sie die Ihrem gewählten Versicherungsschutz zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für das BestMed Tarifsysteem.

Die AVB bestehen aus diesem Bedingungsteil (Teil I) und den
jeweiligen Tarifen (Teil II)
sowie den Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung

} in gesonderten
Druckstücken

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines zu unseren Leistungen

§ 1	Woraus ergibt sich der Versicherungsschutz?	3
§ 2	Was ist Gegenstand des Versicherungsschutzes?	3
§ 3	Was ist der Versicherungsfall?	3
§ 4	Ab wann können die Leistungen in Anspruch genommen werden?	3
§ 5	Gibt es Wartezeiten?	4
§ 6	Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	4
	1. Ist der Versicherungsschutz bei Aufenthalten im Ausland begrenzt?	4
	2. Welche Besonderheiten gelten bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland?	4
	3. Kann die Versicherung bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland fortgeführt werden?	4
§ 7	Wann haben Sie einen Anspruch auf eine erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung?	4
§ 8	Welche Modalitäten gelten für die Auszahlung von Versicherungsleistungen?	5
§ 9	Kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen auf Dritte übertragen werden?	5
§ 10	Wann endet der Versicherungsschutz?	5

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 11	Welche Modalitäten gelten für die Beitragszahlung?	5
	1. Wie wird der zu zahlende Beitrag ermittelt und wann wird er fällig?	5
	2. Gibt es Besonderheiten, wenn die Versicherung nicht am Ersten eines Monats beginnt?	6
	3. Was passiert, wenn der Beitrag / die Beitragsrate nicht pünktlich gezahlt wird?	6
	4. Besonderheiten, wenn eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung verspätet beantragt wird.	6
§ 12	Wie werden die Beiträge berechnet?	7
§ 13	Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	7
§ 14	Welche Konsequenzen können sich bei Verletzung der Obliegenheiten ergeben?	7
§ 15	Welche Obliegenheiten bestehen bei Ansprüchen gegen Dritte; welche Konsequenzen können sich bei Verletzung dieser Obliegenheiten ergeben?	7
§ 16	Unter welchen Voraussetzungen können Sie aufrechnen?	7

Änderungen des Versicherungsvertrages

§ 17	Kann sich nach Abschluss des Vertrages der Beitrag, ein Selbstbehalt oder ein vereinbarter Risikozuschlag ändern?	8
§ 18	Können sich die AVB nach Abschluss des Vertrages noch ändern?	8
§ 19	Unter welchen Voraussetzungen kann in andere Tarife gewechselt werden?	8
	1. Wechsel in andere DKV-Tarife	8
	2. Optionsrecht – Erleichterter Wechsel innerhalb des BestMed Tarifsytems	9
	3. Sonderregelungen für die Selbstbehalte (SB) bei Umwandlung	9
	4. Wechsel in den Standardtarif	9
	5. Wechsel in den Basistarif	10

Ende der Versicherung

§ 20	Wie lange ist die Laufzeit des Versicherungsvertrages und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?	10
§ 21	Welche weiteren Beendigungsgründe gibt es?	11

Sonstige Bestimmungen

§ 22	In welcher Form sind Willenserklärungen und Anzeigen an uns zu richten?	11
§ 23	Wo ist der Gerichtsstand?	11

Anhang

Allgemeines zu unseren Leistungen

§ 1 Woraus ergibt sich der Versicherungsschutz?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für das BestMed Tarifsystem (Teil I Bedingungsteil, Teil II Tarif und den Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Was ist Gegenstand des Versicherungsschutzes?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Sofern vereinbart, erbringen wir damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringen wir in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

§ 3 Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) die Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung/Insemination), soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind,
- c) der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt,
- d) eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation,
- e) gezielte Vorsorgeuntersuchungen (ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen),
- f) weitere gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxeleistungen, soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind,
- g) die Versorgung in einem stationären Hospiz,
- h) Tod, soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind.

§ 4 Ab wann können die Leistungen in Anspruch genommen werden?

1. Die Versicherung beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn). Ab diesem Zeitpunkt werden die Beiträge berechnet (s. § 11).
2. Der tatsächliche Versicherungsschutz setzt mit dem technischen Versicherungsbeginn ein, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (formeller Versicherungsbeginn) insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung durch Sie oder uns. Der in Satz 1 beschriebene Beginn des Versicherungsschutzes wird auch als materieller Versicherungsbeginn bezeichnet.
3. Für Versicherungsfälle, die vor dem materiellen Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor den technischen Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
4. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein. Ist ein Elternteil nach einem BestMed Komfort Tarif versichert, kann für das Neugeborene jede Selbstbehalt-Variante innerhalb von BestMed Komfort gewählt werden. Entsprechendes gilt, wenn ein Elternteil nach einem BestMed Premium Tarif versichert ist. Neugeborene können nur in Tarife aufgenommen werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.
5. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 5 Gibt es Wartezeiten?

Es sind keine Wartezeiten vorgesehen.

§ 6 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

1. *Ist der Versicherungsschutz bei Aufenthalten im Ausland begrenzt?*

Bei Aufenthalten im Ausland besteht Versicherungsschutz gemäß den Regelungen der Absätze 2 und 3. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt und Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten, es sei denn, Sie haben einen BestMed Komfort Tarif oder BestMed Premium Tarif vereinbart.

2. *Welche Besonderheiten gelten bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland?*

2.1 In Europa besteht ohne zeitliche Befristung Versicherungsschutz, sofern der gewöhnliche Aufenthalt weiterhin in Deutschland liegt (s.a. Absatz 3).

2.2 Im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für einen Monat ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Muss der Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate, es sei denn, Sie haben die BestMed Komfort Tarife oder BestMed Premium Tarife vereinbart.

3. *Kann die Versicherung bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland fortgeführt werden?*

3.1 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum setzt sich das Versicherungsverhältnis in Bezug auf die versicherte Person fort. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

3.2 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen sonstigen Staat, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, Sie haben einen BestMed Komfort Tarif oder BestMed Premium Tarif vereinbart *und* der Vertrag wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgeführt.

3.3 Sie können verlangen, dass die betreffende Krankheitskostenversicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz und hat dementsprechend geringere Beiträge.

§ 7 Wann haben Sie einen Anspruch auf eine erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung?

1. Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) werden mindestens 80% einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich zugunsten der Versicherungsnehmer für Zwecke der Beitragsrückerstattung verwendet wird (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung (soweit tariflich vorgesehen auch als AktivPrämie), Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Wir entscheiden jährlich mit Zustimmung des für uns zuständigen unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung der Rückstellung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

2. Abweichend von Absatz 1 dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der versicherten Person in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

3. Wird für den vereinbarten Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede versicherte Person, wenn aus ihrer Versicherung für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen für ambulante und/oder zahnärztliche Heilbehandlung erbracht worden sind (ausgenommen sind tarifliche Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und ggf. tariflich vorgesehene professionelle Zahnreinigungen (PZR) unter den Voraussetzungen, dass sie in der Rechnung als eigenständige Leistungen ausgewiesen sind und sie nicht im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung durchgeführt worden sind).

Die weiteren Voraussetzungen für die Auszahlung oder Beitragssenkung sowie Gutschrift von Beitragsteilen bzw. für eine Leistungserhöhung werden von uns festgelegt.

§ 8 Welche Modalitäten gelten für die Auszahlung von Versicherungsleistungen?

1. Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind; die Nachweise werden unser Eigentum.
2. Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Wir können den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen. Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis die mit den Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.
3. Rechnungen müssen enthalten:
 - den Namen der behandelten Person,
 - die Behandlungszeit,
 - die einzelnen Leistungen und
 - die Krankheitsbezeichnungen.

Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit der Verordnung einzureichen, Rezepte empfehlen wir zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung vorzulegen. Beim Folgebezug einer Brille genügt die Angabe des Brechkraftwertes (Dioptrien) in der Optikerrechnung.

4. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 VVG (s. Anhang).
5. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform (z. B. per E-Mail) als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
6. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt der offizielle EURO-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

7. Für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein Inlandskonto fallen keine Kosten an. Kosten für sonstige Überweisungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 9 Kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen auf Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Wenn wir mit einer für die versicherte Person ausgehändigten DKV-Card für Privatversicherte die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt garantieren, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht. Sofern auf Ihren Wunsch im Sinne der Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz erfolgt, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 10 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (s. § 6 Abs. 3 und § 20).

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 11 Welche Modalitäten gelten für die Beitragszahlung?

1. *Wie wird der zu zahlende Beitrag ermittelt und wann wird er fällig?*

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person und – bei Erwachsenen und Jugendlichen – nach dem Geschlecht festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom technischen Versicherungsbeginn (s. § 4 Abs. 1) an berechnet. Er kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden (die übrigen Beitragsraten gelten dann jeweils bis zur Fälligkeit als gestundet).

Fällig ist

- der Jahresbeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres,
- eine Beitragsrate am Ersten eines jeden Monats.

Fällige Beiträge/Beitragsraten sind an die von uns genannte Stelle zu entrichten.

Zahlen Sie Ihre monatlichen Beitragsraten im Lastschriftverfahren im Voraus, erhalten Sie einen Beitragsnachlass von

- 3% bei einer Vorauszahlung für 12 Vertragsmonate,
- 2% bei einer Vorauszahlung für 6 Vertragsmonate.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres von Ihnen nachzuzahlen bzw. von uns zurückzuzahlen.

2. *Gibt es Besonderheiten, wenn die Versicherung nicht am Ersten eines Monats beginnt?*

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Kalendermonats, ist für den ersten Vertragsmonat nur der anteilige Betrag der monatlichen Beitragsrate zu zahlen.

Der erste Vertragsmonat beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn, s. § 4 Abs. 1); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Vertragsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag. Diese Definition findet auch dann Anwendung, wenn Fristen und Termine, die in Tarifen geregelt sind, auf Vertragsmonate abstellen.

3. *Was passiert, wenn der Beitrag / die Beitragsrate nicht pünktlich gezahlt wird?*

3.1 Sind Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn Sie den rückständigen Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet haben.

3.2 Sind Sie mit einem Betrag in Höhe von zwei monatlichen Beitragsraten im Rückstand, mahnen wir Sie unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes.

Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellen wir das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen wird drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung bei Ihnen wirksam. Während der Ruhenszeit leisten wir ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; unsere Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus haben Sie für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 EUR je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Sie oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch werden. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; wir können in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a (s. Anhang) fortgesetzt.

3.3 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch unsere Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir vom Versicherungsvertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Bearbeitungs- bzw. Geschäftsgebühr verlangen.

4. *Besonderheiten, wenn eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung verspätet beantragt wird.*

Wird der Versicherungsvertrag über eine zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Sie können von uns die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn Sie die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und unseren Interessen durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

§ 12 Wie werden die Beiträge berechnet?

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei In-Kraft-Treten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei einer Vertragsänderung für eine versicherte Person ein erhöhtes Risiko (z. B. durch Vorerkrankungen) vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen. Diese können je nach gewünschtem Tarifsystem unterschiedlich sein.

§ 13 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

1. Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (s. § 8 Abs. 5) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. Neben dem vereinbarten Tarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung (Ausnahme: Auslandsreise-Krankenversicherung) bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden.

§ 14 Welche Konsequenzen können sich bei Verletzung der Obliegenheiten ergeben?

1. Wir sind mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

§ 15 Welche Obliegenheiten bestehen bei Ansprüchen gegen Dritte; welche Konsequenzen können sich bei Verletzung dieser Obliegenheiten ergeben?

1. Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang) die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
2. Sie oder die versicherte Person haben Ihren (hat ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns, soweit erforderlich, mitzuwirken.
3. Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund dieses Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 16 Unter welchen Voraussetzungen können Sie aufrechnen?

Sie können gegen Forderungen, die wir gegen Sie haben, nur aufrechnen, soweit die Forderung, die Sie gegen uns haben, rechtskräftig festgestellt oder von uns nicht bestritten worden ist.

Änderungen des Versicherungsvertrages

§ 17 Kann sich nach Abschluss des Vertrages der Beitrag, ein Selbstbehalt oder ein vereinbarter Risikozuschlag ändern?

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Versicherungsleistungen z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5%, können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. (Je Tarif gibt es folgende Beobachtungseinheiten: Kinder, weibliche Jugendliche, männliche Jugendliche, Frauen, Männer.)

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (s. § 19 Abs. 4.1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzung im Basistarif erforderliche Zuschlag (s. § 19 Abs. 5.2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.
2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbsthalten und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung folgt.

§ 18 Können sich die AVB nach Abschluss des Vertrages noch ändern?

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die AVB den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und der für uns zuständige unabhängige Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Unter denselben Voraussetzungen können auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge und die tariflichen Leistungen für Heilmittel sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse angepasst werden.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.
2. Ist eine Bestimmung in den AVB durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie von uns durch eine neue Regelung ersetzt werden, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Unter welchen Voraussetzungen kann in andere Tarife gewechselt werden?

1. *Wechsel in andere DKV-Tarife*

Sie können die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die betroffene versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (s. § 12 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten – sofern im aufnehmenden Tarif vorgesehen – einzuhalten.

2. Optionsrecht – Erleichterter Wechsel innerhalb des BestMed Tarifsystems

2.1 Hat die Versicherung nach einem Tarif aus dem BestMed Tarifsystem für eine versicherte Person bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen, können Sie die Versicherung für diese Person einmalig

entweder zum 1. Januar des 4. Versicherungsjahres

oder zum 1. Januar des 6. Versicherungsjahres

– gerechnet vom erstmaligen Beginn der Versicherung im BestMed Tarifsystem –

zu folgenden erleichterten Bedingungen in einen leistungsstärkeren Tarif des BestMed Tarifsystems umstellen lassen

a) Der Umwandlungsantrag ist mit einem unserer Antragsvordrucke – bei einem Umwandlungsantrag zum 6. Versicherungsjahr unter Beantwortung der Gesundheitsfragen – zu stellen; er kann frühestens zwei Monate vor einem der in Satz 1 genannten Termine gestellt werden, er muss uns jedoch spätestens einen Monat vor dem gewählten Umwandlungszeitpunkt vorliegen.

Wir nehmen den fristgerechten Umwandlungsantrag an.

b) Bei einer Umwandlung

- zu Beginn des 4. Versicherungsjahres verzichten wir auf neue Risikozuschläge,
- zu Beginn des 6. Versicherungsjahres können wir – soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt – für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) einen Risikozuschlag (s. § 12 Abs. 3 und 4) von maximal 100% des auf die Mehrleistung entfallenden Beitragsanteils verlangen.

c) Die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses können wir nicht verlangen.

d) Für laufende Versicherungsfälle wird ab Umwandlungstermin nach den dann geltenden Tarifen – ohne Wartezeiten – geleistet.

e) Der vom Umwandlungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung eventuell erworbener Anrechnungsbeträge¹.

2.2 Für Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gemäß § 4 Abs. 4 im BestMed Tarifsystem versichert wurden, besteht dieses Optionsrecht nur unter folgenden Voraussetzungen:

- zumindest ein Elternteil war am Tage der Geburt des Kindes nach einem Tarif des BestMed Tarifsystems versichert und
- die Umstellung der Versicherung des Kindes in einen leistungsstärkeren Tarif des BestMed Tarifsystems erfolgt gleichzeitig mit einer Umstellung der Versicherung nach Absatz 2.1 für zumindest ein Elternteil; die Regelungen in Absatz 2.1 gelten für die Umwandlung der Versicherung des Kindes entsprechend. Maßgeblich ist dabei jedoch nicht der Beginn des 4. oder 6. Versicherungsjahres der Versicherung des Kindes, sondern der des Elternteils, dessen Versicherung gleichzeitig umgestellt wird. Wählt der Elternteil z. B. als Umwandlungszeitpunkt den Beginn des 6. Versicherungsjahres, so können wir auch für das Kind – soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt – für die Mehrleistung einen Risikozuschlag von maximal 100% verlangen.

3. Sonderregelungen für die Selbstbehalte (SB) bei Umwandlung

- zum 1. Januar eines Jahres:

Der neue SB gilt ab dem Umwandlungstermin.

- zum 1. Februar oder später:

a) Bei Herabsetzung oder Fortfall des SB:

Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung bleibt der bisherige SB unverändert. Sieht der neue Tarif einen niedrigeren SB vor, so mindert sich dieser anteilig für jeden fehlenden Monat der Laufzeit um 1/12. Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt höchstens der bisherige SB.

b) Bei Erhöhung des SB:

Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt ein SB, der sich aus anteilig gemindertem bisherigem und anteilig gemindertem neuem SB zusammensetzt. Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung gilt aber der unveränderte bisherige SB-Höchstbetrag.

4. Wechsel in den Standardtarif

4.1 Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

¹ Beim Anrechnungsbetrag handelt es sich um den monatlichen Gegenwert der für die versicherte Person gebildeten Alterungsrückstellung. Damit wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen die bereits zurückgelegte Versicherungszeit berücksichtigt.

4.2 Absatz 4.1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

5. *Wechsel in den Basistarif*

5.1 Sie können für versicherte Personen die Umwandlung der Versicherung in den Basistarif nach § 12 Abs. 1a VAG (s. Anhang) mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung verlangen, wenn

- für die versicherte Person erstmals eine private Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde oder
- die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
- das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder
- die versicherte Person ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder
- hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist.

5.2 Zur Gewährleistung der o. g. Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 4.1 Satz 4 gilt entsprechend.

Ende der Versicherung

§ 20 **Wie lange ist die Laufzeit des Versicherungsvertrages und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?**

1. Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn Sie ihn nicht fristgemäß nach Absatz 2 kündigen.
Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
2. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
3. Sie können, sofern wir die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist.
4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren In-Kraft-Tretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
5. Erhöhen wir die Beiträge auf Grund der Beitragsanpassungsklausel (s. § 17) oder vermindern wir unsere Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
6. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, es sei denn, Sie haben die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Machen Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später können Sie die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung 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 aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
7. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
8. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

9. Ihre Kündigung nach den Absätzen 2 bis 5 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
10. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen worden ist, und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – s. Anhang), können Sie verlangen, dass wir die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des ab dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (s. Anhang) auf den neuen Versicherer übertragen.
Bestehen etwaige Beitragsrückstände, so können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
11. Sie und die versicherten Personen haben das Recht, einen von Ihnen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 21 Welche weiteren Beendigungsgründe gibt es?

1. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, Sie sind nach einem BestMed Komfort Tarif oder BestMed Premium Tarif versichert *und* der Vertrag wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgeführt. Vergleichen Sie dazu bitte auch § 6 Abs. 3.
2. Das Versicherungsverhältnis endet im Falle Ihres Todes. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tode abzugeben. Stirbt eine versicherte Person, endet das Versicherungsverhältnis insoweit.

Sonstige Bestimmungen

§ 22 In welcher Form sind Willenserklärungen und Anzeigen an uns zu richten?

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.
2. Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person / Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrecht zu erhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhundertanteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG)

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstafeln und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinsses zu berechnen sind,

2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,

3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muß,

4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist.

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(in der Fassung bis zum 31.12.2008)

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
 - 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Tarifbedingungen

für die
voll- und teilstationäre Hospizversorgung¹

§ 1 In welchem Umfang gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen?

Es gelten die jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Wer ist anspruchsberechtigt?

Anspruch auf Aufwendungsersatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung haben Versicherungsnehmer, die beim Versicherer Tarife abgeschlossen haben, die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen (ausgenommen: die Tarife BT (Basistarif) und ST (Standardtarif) sowie Ergänzungsversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung).

§ 3 Welche Voraussetzungen müssen für einen Leistungsanspruch erfüllt sein.

1. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte Person an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient (d.h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre palliativ-medizinische Betreuung² notwendig ist und

- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt

und dass eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

¹ Hospize in diesem Sinne sind selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Betreuung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker, sterbender Menschen ausgerichtet ist.

² Durch eine palliativ-medizinische Betreuung soll nicht die Ursache einer Erkrankung bekämpft, sondern eine Linderung der Beschwerden erreicht werden. Hierunter fallen insbesondere die ärztliche bzw. pflegerische Behandlung von Begleiterscheinungen der Erkrankung und von Nebenwirkungen. Im Vordergrund steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit.

Darüber hinaus werden Leistungen für eine palliativ-medizinische Betreuung in einem stationären Hospiz grundsätzlich nur bei einem der folgenden Krankheitsbilder gewährt:

- a) Fortgeschrittene Krebserkrankung,
 - b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
 - c) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhalt-
sam fortschreitenden Lähmungen,
 - d) Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-,
Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.
2. Der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus einer Erkrankung im Sinne von Absatz 1 S. 2 resultiert, muss in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (ärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung³ etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigen, so dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht.
3. Die medizinische Notwendigkeit der voll-/teilstationären Hospizversorgung im Sinne der Absätze 1 und 2 ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen.
Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.
4. Die Notwendigkeit einer voll-/teilstationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei versicherten Personen vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Wenn in Einzelfällen eine Verlegung der versicherten Person aus einem Pflegeheim in ein stationäres Hospiz im Sinne der Absätze 1 und 2 notwendig ist, werden Leistungen gewährt. Die medizinische Notwendigkeit ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.

§ 4 Welche stationären Hospize können Sie wählen?

1. Der versicherten Person steht die Wahl unter den stationären Hospizen frei, die über einen rechtswirksamen "Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39 a SGB V" verfügen⁴.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Krankenkasse trägt die zuschussfähigen Kosten nach Satz 1 unter Anrechnung der Leistungen nach dem Elften Buch zu 90 vom Hundert, bei Kinderhospizen zu 95 vom Hundert. Der Zuschuss darf kalendertäglich 7 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1. Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung in Kinderhospizen ausreichend Rechnung zu tragen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

2. Keine Leistungspflicht besteht für die Versorgung in stationären Hospizen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn die Versorgung in dem stationären Hospiz erst nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss beginnt.

§ 5 Für welchen Zeitraum können Sie Aufwendungsersatz für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung beanspruchen?

Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen im stationären Hospiz kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung der voll-/teilstationären Hospizversorgung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen. Diese Überprüfung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung erfolgen.

Aufwendungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung sind ab dem Zeitpunkt der Überprüfung nur erstattungsfähig, sofern der Arzt die medizinische Notwendigkeit der Fortdauer der Hospizversorgung im Sinne von § 3 Abs. 1 und 2 festgestellt hat.

Bei der Überprüfung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob der Zustand der versicherten Person trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat, so dass eine Entlassung nach Hause möglich ist.

³ Ambulante Hospizdienste erbringen ihre Leistungen grundsätzlich ehrenamtlich und insoweit kostenlos. Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne ambulante Hospizdienste in der Nähe Ihres Wohnortes.

⁴ Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne Hospize in der Nähe Ihres Wohnortes.

§ 6 Welche Aufwendungen sind im Rahmen einer voll-/teilstationären Hospizversorgung erstattungsfähig?

Hinweis: Soweit beim Versicherer eine private Pflegepflichtversicherung besteht und die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, können in den ersten vier Wochen des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes aus der Pflegepflichtversicherung grundsätzlich im Rahmen der Kurzzeitpflege Aufwendungen ersetzt werden, soweit Leistungen für eine solche für das Kalenderjahr noch nicht erbracht wurden und das stationäre Hospiz über einen rechtswirksamen "Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39 a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI" verfügt.

Bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen für eine Kurzzeitpflege bzw. bei Verlängerung des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes über vier Wochen hinaus, können aus der privaten Pflegepflichtversicherung Aufwendungen für voll- bzw. teilstationäre Pflege entsprechend der jeweiligen Pflegestufe erstattet werden.

Sämtliche Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung erfolgen freiwillig und werden bis auf Widerruf erbracht. Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzungen für derartige Leistungen einseitig zu ändern.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

1. Soweit beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) besteht, sind aus dem Tarif, aus dem Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet werden, Aufwendungen in Höhe von kalendertäglich 7 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erstattungsfähig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch IV (SGB IV)

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

2. Aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) und einer Krankheitskostenvollversicherung sind insgesamt maximal 90 %, bei Kinderhospizen 95 % der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung⁵ entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag⁵ erstattungsfähig.
3. Übersteigen die Leistungsansprüche aus einer Krankheitskostenvollversicherung gemäß Absatz 1 und den freiwilligen Leistungen aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) zusammen 90 % bzw. bei Kinderhospizen 95 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes, so werden die Leistungen aus der Krankheitskostenvollversicherung um den 90 % bzw. bei Kinderhospizen 95 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes übersteigenden Betrag gekürzt.
4. Der Aufnahme- und der Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die versicherte Person im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

§ 7 Ist eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz möglich?

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann der Versicherer Leistungen zur Vereinfachung des Zahlungsverkehrs unmittelbar an das stationäre Hospiz erbringen.

§ 8 Wie werden Sie im stationären Hospiz versorgt?

Der Umfang der vom stationären Hospiz zu erbringenden Versorgungsleistungen bzw. der an das stationäre Hospiz gestellten Qualitätsanforderungen ergibt sich aus den §§ 3 und 4 der "Rahmenvereinbarung nach § 39 a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13.03.1998, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V., dem Deutschen Roten Kreuz e.V., dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.", in der jeweils gültigen Fassung.⁶

⁵ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster des entsprechenden Versorgungsvertrages zu.

⁶ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster dieser Rahmenvereinbarung zu.

§ 9 Was müssen beihilfeberechtigte Personen beachten?

1. Versicherte Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei einem Aufenthalt in einem stationären Hospiz Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten Aufwendungsersatz für den erstattungsfähigen tagesbezogenen Bedarfssatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem tariflich für die Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen vereinbarten Prozentsatz.
2. Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 90 % bzw. bei Kinderhospizen 95 % der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag (wenn zum Beispiel eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.

§ 10 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch verändern?

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 der jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen berechtigt, diese Tarifbedingungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)

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

Für den Zugang
ab 1.1.2012

BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für das BestMed Tarifsystem (BestMed Tarif BM3, BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 und BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3).

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen rund um das Thema Gesundheit?

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

Gibt es Begrenzungen in Ihrem Versicherungsschutz?

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

I. Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

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

II. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen	8
1.1 Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung	8
1.2 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?	8
2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung	9
2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	9
2.2 Aufwendungsersatz	10
2.3 Pauschale bei ambulanter Operation	11
2.4 Pauschale bei ambulanter Entbindung	11
3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung	11
3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	11
3.2 Aufwendungsersatz	11
3.3 Vorlage Heil- und Kostenplan	12
4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung	12
4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	12
4.2 Aufwendungsersatz	12
4.3 Krankenhaustagegeld	12
4.4 Pauschale bei stationärer Entbindung	13

5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland	13
5.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	13
5.2 Aufwandungsersatz	13
6. Kurtagegeld	13
7. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung	13
8. Selbstbehalt	14
III. Ihre Leistungen	
Monatliche Beitragsraten	14
Anhang	15

I. Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden? Ist bei ambulanter Psychotherapie eine vorherige Zusage erforderlich?

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

Bei ambulanter Psychotherapie leisten wir nur, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben und ein niedergelassener approbierter Arzt mit einer der nachstehenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen

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

oder

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

Sollten Sie Fragen zu den erstattungsfähigen Therapiemethoden haben oder Hilfe bei der Wahl eines geeigneten Therapeuten wünschen, steht Ihnen unser Expertenteam unter der Telefonnummer 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) gern zur Verfügung.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten gewählt werden, die ansonsten die Voraussetzungen nach Nr. 1.1 erfüllen und die Behandlung in einem für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung erbringen und diese entsprechend der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung abrechnen.

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

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

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

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

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche (Ärztetze) – nach.

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

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

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

1.3.1 Arzneimittel müssen zudem aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

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

Sonstige Nahrungsmittel gelten nicht als Arzneimittel.

Als Arzneimittel gelten auch nicht:

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

1.3.2 Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis dieses Tarifs (Anlage Druckstück B 103) aufgeführten

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

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

1.3.3 Als Hilfsmittel gelten:

- a) Bandagen, Blindenstock, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Inhalationsgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, orthopädische Maßschuhe (und zwar der Teil der Aufwendungen, der 100 EUR – bis zum 20. Lebensjahr 50 EUR – übersteigt), orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).
Diese Hilfsmittel können Sie direkt beziehen.
- b) Bitte setzen Sie sich vor dem Bezug der folgenden Hilfsmittel mit uns in Verbindung – telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) – da sich sonst die Erstattungsprozentsätze verringern (s. auch Nr. II.2.1):
Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining), elektronische Lesehilfen, Ernährungspumpen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Hörgeräte, Infusionspumpen, Krankenfahrstühle, Kunstglieder, Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Pulsoximeter, Sauerstoffgeräte, Überwachungsmonitore für Säuglinge, und Ähnliches.
- c) Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen – auch Tages- und Monatslinsen).

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

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

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

1.4 *Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?*

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

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

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

erstattungsfähig. Ein Leistungsanspruch besteht für

- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder
- bis zu 3 Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu 3 Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).

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

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

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

2. Stationäre Heilbehandlung

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

2.1.1 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Bei stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

2.1.2 Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen nach Nr. 2.1.1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

Wir können uns auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

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

2.2 Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalten ab dem 92. Tag

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

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

Die Beitragsfreistellung wird in vollen Monatsbeiträgen des Tarifbeitrages des vereinbarten BestMed Komfort Tarifs BM4 / 0-3 einschließlich des gesetzlichen Beitragszuschlages und etwaiger Risikozuschläge eingeräumt.

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

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

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

2.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?

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

3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?

- 3.1 Bei einer Heilbehandlung in Europa gilt ergänzend zu § 6 Abs. 1 AVB Teil I:
Liegen die in europäischen Staaten entstehenden erstattungsfähigen Behandlungskosten über denen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden, so werden diese tariflich ersetzt, wenn und soweit sie im jeweiligen europäischen Staat üblich sind.

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

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

- 3.2 Abweichend von § 6 Abs. 2.2 AVB Teil I bleibt der Versicherungsschutz bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland – ohne besondere Vereinbarung – für sechs Monate ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Muss der Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung Ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

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

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

Wir empfehlen Ihnen, rechtzeitig vor Antritt einer länger dauernden Auslandsreise bei uns nach speziellen Auslandsreise-Krankenversicherungen zu fragen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an die Hauptverwaltung in Köln wenden.

4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- c) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren, mit folgender Ausnahme:
Für eine erstmalige Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, werden die tariflichen Leistungen gewährt, wenn wir dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt haben. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig.
- d) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach Ihrer Benachrichtigung über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger, mit folgenden Ausnahmen:
 - Aufwendungen für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus werden erstattet, wenn und soweit wir dies vorher schriftlich zugesagt haben. Leistungsvoraussetzung ist ferner, dass die Behandlung binnen 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt.
 - Kurtagegeld gemäß Nr. II. 6.
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang III.), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

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

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

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

II. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen

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

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, die Sie in Anspruch nehmen können. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen (einschließlich Erinnerungsservice) und Schutzimpfungen
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen
- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern)

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

außerdem bieten wir Ihnen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

2.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen gemäß Nr. I.1.1 einschließlich

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

Schutzimpfungen (auch für Reisen),

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

Psychotherapie gemäß Nr. I.1.1

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

Alternativmedizin – unabhängig von Nr. I.1.4.1 –

Leistungen der besonderen Therapierichtungen nach dem jeweils gültigen Hufelandverzeichnis¹ einschließlich der dort aufgeführten Arzneimittel

zu 80%, bis zu maximal 1.000 EUR je Versicherungsjahr,

¹ Auf Anforderung senden wir Ihnen gerne eine Übersicht mit den alternativen Therapieformen zu.
50062821 B 198/1 (1.12) BDK71374

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

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Arznei- und Verbandmittel gemäß Nr. I.1.3 und 1.3.1
- Leistungen des Heilpraktikers – unabhängig von Nr. I.1.4.1 – nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt einschließlich der verordneten Arzneimittel
zu 80%, bis zu maximal 1.000 EUR je Versicherungsjahr.

- Transport
 - zum nächsterreichbaren Arzt oder zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall oder im Notfall,
 - zu und von der ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie,
 - zu und von der medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnlich Gehbehindert), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflos) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegestufe 2 oder 3 ist.

Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind pro Kilometer 0,22 EUR erstattungsfähig.

- Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegefachkräfte, wenn durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird.
Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Gebühren, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.

- Häusliche Behandlungspflege, medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen).

- Heilmittel gemäß Nr. I.1.3.2, soweit sie im Heilmittelverzeichnis der BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 (Anlage Druckstück B 103) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

- Hilfsmittel
 - gemäß Nr. I.1.3.3 a) **zu 100%,**
 - gemäß Nr. I.1.3.3 b),

wenn sie unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices

- bezogen bzw. beschafft wurden oder
- weder beschafft noch bezogen werden können oder

wenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden müssen

zu 100%.

Werden diese Hilfsmittel nicht wie vorgesehen unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices beschafft oder bezogen, so sind die Aufwendungen nur erstattungsfähig.

zu 80%

- Sehhilfen gemäß Nr. I.1.3.3 c) – unabhängig von der Indikation – insgesamt innerhalb von 24 Monaten.

bis zu 500 EUR

Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungsfähigkeit werden ausgehend vom Bezugsdatum der betreffenden Sehhilfe oder vom Datum der Reparatur jeweils alle Erstattungen für Sehhilfen und Reparaturen der letzten 24 Monate berücksichtigt. Der Leistungsanspruch und die individuelle Erstattungsfähigkeit hängen somit von der Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen der letzten 24 Monate ab.

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

2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben,

werden zu 100% ersetzt,

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbehaltes.

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

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

200 EUR.

Als ambulante Operationen gelten die im gemäß § 115 b Sozialgesetzbuch V erstellten Katalog genannten Leistungen mit Ausnahme der Bereiche Mund-, Kiefer³- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie der Hand- und Fußoperationen³.

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

1.000 EUR.

3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung

- 3.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

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

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze⁴ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Denken Sie an Ihren höheren Leistungsanspruch (s. Nr. 3.2 a), wenn Sie die mit uns kooperierenden Zahnärzte (vgl. Nr. I.1.2) in Anspruch nehmen. Fragen Sie uns, wir nennen Ihnen gerne Zahnärzte in Ihrer Nähe. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.dkv.com – Arztsuche (Ärztetexte) – nach.

Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei

- PZR: auf maximal 100 EUR je Kalenderjahr; wird zur Durchführung der PZR die Einrichtung eines mit uns kooperierenden Zahnarztes aufgesucht, so erhöht sich die Erstattungsfähigkeit auf maximal 200 EUR je Kalenderjahr,
- implantologischen Leistungen: auf insgesamt 6 Implantate je Kiefer einschließlich etwaiger bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandener Implantate und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen der BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 (Anlage Druckstück B 269) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die Höhe der Versicherungsleistung bemisst sich nach dem Prozentsatz, zu dem die jeweiligen Aufwendungen für die zahnärztlichen Leistungen ersetzt werden.

- 3.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 3.1 ergeben, werden ersetzt,**

- a) bei Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen), sowie funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen **zu 75%,**
lassen Sie diese zahnärztlichen Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten (vgl. Nr. I.1.2) durchführen, so erhöhen Sie Ihren tariflichen Erstattungsanspruch um 10%-Punkte auf **85%.**
- b) bei sonstigen zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Leistungen **zu 100%,**

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbehaltes,

³ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen ambulanten Operationen erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

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

höchstens jedoch für Leistungen nach a) – und zwar ab Versicherungsbeginn⁵ –

- | | |
|--|-------------------|
| - im ersten Versicherungsjahr insgesamt bis zu | 1.000 EUR, |
| - im ersten und zweiten Versicherungsjahr insgesamt bis zu | 2.000 EUR, |
| - in den ersten drei Versicherungsjahren insgesamt bis zu | 3.000 EUR, |
| - in den ersten vier Versicherungsjahren insgesamt bis zu | 4.000 EUR, |
| - in den ersten fünf Versicherungsjahren insgesamt bis zu | 5.000 EUR. |

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

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

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

4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung

4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Ärztliche Leistungen
 - Wahlärztliche Leistungen
(gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte einschließlich der von diesen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses),
 - Belegärztliche Leistungen
(Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.),soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze⁶ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer⁷.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transporte zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

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

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbehaltes.

4.3 Krankenhaustagegeld

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

- | | |
|--|----------------------------|
| - bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer | in Höhe von 20 EUR, |
| - bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen für die gesamte Dauer der vollstationären Behandlung | in Höhe von 60 EUR. |

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

Das Krankenhaustagegeld wird nicht auf einen etwaigen Selbstbehalt angerechnet.

⁵ siehe § 11 Nr. 2 AVB Teil I

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

⁷ Wählt der Versicherte gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60% erstattungsfähig.

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

1.000 EUR.

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

- 5.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

■ Rücktransport aus dem Ausland

Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransportes an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus. Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notruf-Service an (s. auch Nr. 1.2).

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

80% erstattungsfähig.

■ Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven

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

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

80% erstattungsfähig.

■ Todesfall im Ausland

Überführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes aus dem europäischen oder außereuropäischen Ausland
Beisetzung im Ausland

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

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

werden zu 100% ersetzt,

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbehaltes.

6. Kurtagegeld

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

30 EUR je Tag für maximal 28 Tage.

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

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

7. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung

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

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

8. Selbstbehalt

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

	BM4 / 0	BM4 / 1	BM4 / 2	BM4 / 3	
bis zum 15. Lebensjahr	0	200	400	800	EUR,
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr					
- Frauen	0	200	400	800	EUR,
- Männer	0	200	400	800	EUR,
ab dem 20. Lebensjahr					
- Frauen	0	400	800	1.600	EUR,
- Männer	0	400	800	1.600	EUR.

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

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandler in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

Für Versicherte kann jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb der BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 eine andere Selbstbehaltvariante unter den Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 Sätze 1-3 AVB Teil I gewählt werden.

III. Ihre Leistungen

Monatliche Beitragsraten

1. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 11 Abs. 1 AVB Teil I.
3. Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag des nächsthöheren Alters zu zahlen.

Anhang

I. Gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sind:

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

- **Anspruchsberechtigung:**
ab dem vollendeten 35. Lebensjahr einmal innerhalb von 2 Jahren
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3)
- **Inhalt:**
 - Anamnese (Vorgeschichte)
 - Erhebung Ganzkörper-Status
 - Laboruntersuchungen
 - Blut: Gesamtcholesterin, Glukose
 - Urin: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit (Urin-Teststreifen)

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen:

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

- **Anspruchsberechtigung:**
bei Männern ab dem Alter von 45 Jahren einmal jährlich
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3)
(Ausnahmen: Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)

bei Frauen ab dem Alter von 20 Jahren einmal jährlich
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3)
(Ausnahmen: Mammographie-Screening, Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)
- **Inhalt, speziell Männer:**
ab dem Alter von 45 Jahren:
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3):
 - gezielte Anamnese
 - Inspektion und Palpation (Abtasten) der äußeren Geschlechtsorgane
 - Abtasten der Prostata
 - Abtasten regionärer Lymphknoten
 - Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung**ab dem Alter von 50 Jahren zusätzlich:**
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3):
 - Tastuntersuchung des Enddarms
- **Inhalt, speziell Frauen:**
ab dem Alter von 20 Jahren:
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3):
 - gezielte Anamnese
 - Spiegeleinstellung der Portio
 - Entnahme von Untersuchungsmaterial von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal, in der Regel mit Hilfe von Spatel (Portio-Oberfläche) und Bürste (Zervikalkanal)
 - Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
 - gynäkologische Tastuntersuchung
 - zytologische Untersuchung
 - Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung**zusätzlich ab dem Alter von 30 Jahren:**
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3):
 - Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust**zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren:**
(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3):
 - digitale Untersuchung des Rektums
 - Mammographie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust), Anspruch bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres im Abstand von 24 Monaten

• **Inhalt, speziell Darmkrebsfrüherkennung (Männer und Frauen):**

ab dem Alter von 50 Jahren:

(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3):

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

ab dem Alter von 55 Jahren:

(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3):

- Koloskopie (Gesamtspiegelung des Dickdarms bis zum Übergang des Dünndarms per Rektum) Anspruch alle 10 Jahre
oder
- Hämokulttest (Schnelltest auf okkultes Blut im Urin),
Anspruch alle 2 Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien

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

ab dem Alter von 35 Jahren

(die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für BM4 / 0-3)

Anspruch alle 2 Jahre:

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

3. Untersuchungen während der Schwangerschaft:

• **Inhalt:**

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

4. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind:

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

Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach Geburt

Erweitertes Neugeborenen-Screening: 2. – 3. Lebensstag

Neugeborenen-Hörscreening: bis zum 3. Lebensstag

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

II. Weitere gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach Teil II der AVB (Tarif) Nr. II.2.

A. Leistungen ab Geburt:

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

4. Fettstoffwechsel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen
- Anzahl/Intervall: einmalig zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 40 EUR**
5. Kinder-Intervall-Checks: Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für Kinder/Jugendliche
- Anzahl/Intervall:
 - U6a: einmalig im 15. bis 18. Lebensmonat
 - U10: einmalig im 8. bis 9. Lebensjahr
 - U11: einmalig im 10. bis 11. Lebensjahr
 - J2: einmalig im 17. bis 18. Lebensjahr
 - Anstelle eines der Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung erfolgen
 - Höchsterstattungsbetrag: **jeweils bis 70 EUR**
6. Reisemedizinische Vorsorge: Beratung, ggf. inklusive schriftlicher Information und/oder klinischer Untersuchung
- Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 EUR**
7. Hauttyp-Bestimmung einschließlich -Beratung
- Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 25 EUR**
8. Blutgruppenbestimmung
- Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 EUR**

B. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

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

Speziell für Frauen:

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

C. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

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

D. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:

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

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

III. Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Tarifbedingungen

für die

Beitragsentlastung V 65 zu Tarifen aus dem BestMed Tarifsysteem bzw. zu den Tarifen ET, MC, XL, AV, VH oder den Tarifen AB, AN, ZB, ZS60, SB (ohne Beihilfevariante)

Diese Tarifbedingungen können nur in Verbindung mit den o. g. Tarifen einschließlich der jeweils zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) vereinbart werden. Die AVB des jeweils vereinbarten Krankheitskostentarifs sind Grundlage für die Beitragsentlastung V 65.

1. Beitragsentlastung

1.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt, verringert sich der Monatsbeitrag, der dann für ihre Krankheitskostenversicherung bei uns zu zahlen ist, um den vereinbarten Entlastungsbetrag.
- Eine Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" kann frühestens mit Eintrittsalter 20 und nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres getroffen werden.

1.2 Entlastungsbetrag

- Es kann ein monatlicher Entlastungsbetrag in Stufen von jeweils 50 EUR bis höchstens zu dem bei Abschluss einer Vereinbarung aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung der versicherten Person vereinbart werden.
- Eine Anhebung des vereinbarten Entlastungsbetrages bis zu dem nach Nr. 1.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres beantragt werden.
- Sinkt der Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung unter den Entlastungsbetrag, wird der Entlastungsbetrag zum gleichen Zeitpunkt so weit herabgesetzt, dass seine nächstliegende Stufe den Beitrag für die Krankheitskostenversicherung nicht mehr übersteigt. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für den entfallenden Teil des Entlastungsbetrages gebildete Alterungsrückstellung wird auf den verbleibenden Beitrag angerechnet. Wenn unabhängig von einer Beitragsveränderung in der Krankheitskostenversicherung der vereinbarte Entlastungsbetrag herabgesetzt wird, gilt Satz 2 entsprechend.

1.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsschein wird neben der vereinbarten Tarifvariante der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben,

z. B.: BestMed BM3 V65 / 150 EUR oder

ET 1 V65 / 150 EUR.

1.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach § 17 AVB BestMed Tarifsysteem bzw. § 8b AVB der anderen o. g. Tarife von uns überprüft. Bei einer Veränderung der Rechnungsgrundlagen in der Krankheitskostenversicherung können die Beiträge für die "Beitragsentlastung" mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

1.5 Beendigung der Vereinbarung "Beitragsentlastung"

- Die Vereinbarung "Beitragsentlastung" kann nur neben den o. g. Tarifen oder solchen Krankheitskostenversicherungen der DKV bestehen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen und bei denen im Tarifteil bzw. in den jeweiligen Tarifteilen die "Beitragsentlastung" geregelt ist.
- Endet die Vereinbarung "Beitragsentlastung", wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung auf den Beitrag einer bei uns für die versicherte Person weiter bestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.

- Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG nicht vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 1.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei uns, verfällt die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung zugunsten der Versichertengemeinschaft.

Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung ab dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 1.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei uns, gelten die Regelungen zu § 20 Abs. 10 AVB BestMed Tarifsysteem bzw. § 13 Abs. 8 AVB der anderen o. g. Tarife entsprechend.

Wird eine Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" zehn Jahre bestanden, wird der Gegenwert für die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung auf eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung oder Krankenhaustagegeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiter bestehenden Versicherung eine monatliche Beitragsrate von 2,56 EUR nicht unterschritten wird.

2. Monatliche Beitragsraten

1. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 11 Abs. 1 AVB BestMed Tarifsysteem bzw. § 8 Abs. 10 AVB der anderen o. g. Tarife.
3. Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

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

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

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

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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
III. Massagen	
017 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	16,80
018 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	23,40
b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	35,00
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	10,40
d) Komplexe Entstauungstherapie, mindestens 60 Minuten	48,00
019 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
020 Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,40
021 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	14,40
021a Natur-Fango (einmal verwendbar)	
a) Wärmepackung (Teilpackung)	24,00
b) Wärmepackung (Großpackung)	32,00
c) Kaltpackung	18,50
022 An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,80
023 Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,00
024 Medizinische Bäder mit Zusätzen	
a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	8,00
b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	16,00
c) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,70
025 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,40
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	27,00
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	25,20
V. Kälte- und Wärmebehandlung	
026 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	11,80
b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	8,00
027 Eisteilbad	11,80
028 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	6,80
VI. Elektrotherapie	
029 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	7,40
030 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	7,40
031 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	7,40
032 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	14,20
033 Iontophorese	7,40
034 Zwei- oder Vierzellenbad	13,60
035 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	26,40

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
VII. Lichttherapie	
036 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	4,00
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,10
037 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	4,00
b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,20
038 a) Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	7,40
b) Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	10,40
VIII. Logopädie	
039 Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	38,00
040 Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	59,50
040a Ausführlicher Bericht	14,20
041 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
a) Mindestdauer 30 Minuten	38,00
b) Mindestdauer 45 Minuten	49,80
c) Mindestdauer 60 Minuten	62,60
042 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	17,90
b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	20,90

Preis- und Leistungsverzeichnis des
BestMed Tarifs BM3, der
BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 und
BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3
für zahntechnische Leistungen¹

Für den Zugang ab 1.1.2012

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

¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB)
50062828 B 269/1 (1.12) BDK01461

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

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

Provisorium

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

Inlays Gold

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

Inlays Kunststoff (keine Provisorien)

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

Inlays Keramik (inkl. Schichtung individuell)

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

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

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

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

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

Kronen/Brücken

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

Teleskope/Geschiebe/Stege/Riegel

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

Leistung**erstattungsfähiger
Höchstbetrag EUR**

0386	Drehriegel, Schwenkriegel individuell inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung	161,00
0387	Wiederherstellung Drehriegel/Schwenkriegel individuell	107,30
0388	Konfektionsriegel primär	34,70
0389	Konfektionsriegel sekundär	71,20
0390	Konfektionsgeschiebe primär	34,70
0391	Konfektionsgeschiebe sekundär	71,20
0392	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50
0393	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20
0394	Rillen-Schulter-Fräsung	29,20
0396	Schubverteilungsarm	54,50
0397	Teilfräsung	18,40
0398	Lager für Ankerbandklammer	77,50
0399	Ankerbandklammer sekundär	80,20
0400	Lager für Raste	8,20
0401	Raste in Lager	6,10
0402	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/Schraube/Bolzen	8,20
0403	Einarbeiten Friktionsstift/Schraube/Bolzen	42,00
Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen		
0501	Metallverbindung nach keramischem Brand/inklusive Lötmetall	24,90
0502	Lötfreie Verbindungen/Primärteil je Einheit	5,60
0503	Lötfreie Verbindungen/Sekundärteil je Einheit	9,20
0504	Laserschweißen je Kiefer	14,30
0505	Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	8,20
0506	Lötung 2/3: mit/ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	14,30
Veneers/Verblendungen/Zahnfleisch		
0601	Verblendung Kunststoff bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	46,80
0602	Verblendung Keramik bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	78,60
0603	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Kunststoff bis Zahn 6	13,90
0604	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Keramik bis Zahn 6	30,30
0605	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik	14,30
0606	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik bis Zahn 6	25,00
0607	Verblendschale aus Kunststoff	56,10
0608	Verblendschale aus Keramik	114,20
0609	Verblendschale aus Presskeramik	98,20
0610	Verblendschale aus Keramik geätzt	119,20
Metallbasen und gegossene Klammern		
0701	Metallbasis/OK od. UK/Totale sow. Partielle	122,10
0702	Einarmige Klammer	10,50
0703	Inlayklammern	8,80
0704	Fortlaufende Klammern je Zahn	10,50
0705	Bonyhardklammer (J-Klammer)	10,50
0706	Kralle	10,50
0707	Ney-Stiel	10,50
0708	Auflage	10,50
0709	Umgebungsbügel bei Diastema	10,50
0710	Zweiarmige Klammer	20,00
0711	Approximalklammer	20,00
0712	Ringklammer	20,00
0713	Rücklaufklammer	20,00
0714	Gegenlager	20,00
0715	Zwei Zähne umfassende Doppelklammer	20,00
0716	Zweiarmige Klammer mit Auflage(n)	29,70
0717	Approximalklammer mit Auflage(n)	29,70
0718	Ringklammer mit Auflage(n)	29,70
0719	Rücklaufklammer mit Auflage(n)	29,70
0720	Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,70

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

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

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

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

Hinweise:

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

**Verzeichnis ambulanter Operationen für den BestMed Tarif BM3,
BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 und BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3¹**

Für den Zugang
ab 1.1.2012

Ambulante Operationen
Prävention
Transabdominale Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht
Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall
Transzervikale Gewinnung von Chorionzottingewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe, unter Ultraschallsicht
Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (sonstige Hilfen)
Operative Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation bis zur 13. Schwangerschaftswoche p.c. bzw. bis zur 14. kompletten Schwangerschaftswoche p.m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals, einschl. Überprüfung der Indikation
Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer Indikation ab der 13. Schwangerschaftswoche p.c. bzw. ab der 14. kompletten Schwangerschaftswoche p. m., ggf. mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals und/oder intrazervikaler oder vaginaler Prostaglandinapplikation, einschl. Überprüfung der Indikation
Anästhesien/Narkose
Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis (nicht Nn. Occipitales oder aurikulares), Nerv oder Ganglion ist anzugeben, oder retrobulbäre Anästhesie
Intravenöse, intramuskuläre und/oder rektale Narkose, einschl. Anlegen eines i. v.-Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. Infusion(en) nach Nr. 273, gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde
Plexusanästhesie (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis) oder Spinal- oder Periduralanästhesie (auch kaudal), einzeitig oder mittels Katheter, ggf. einschl. Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität einschl. Anlegen einer Bluteere oder Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation, einschl. Anlegen eines i.v. Zuganges, kontinuierlichem EKG-Monitoring und kontinuierlicher Pulsoxymetrie, ggf. einschl. der Infusion(en), gesteuerter Blutdrucksenkung, Legen einer Magensonde, Capnometrie und/oder Multigasmessung
Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose nach Nr. 462, je vollendete weitere 15 Minuten
Zuschlag zur Leistung nach Nr. 462 für eine Plexus-, Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose, einschl. dokumentierter Überwachung, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
Dokumentierte Überwachung über mindestens 15 Minuten Dauer, bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Zwischen- und Abschlussuntersuchungen
Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie, ggf. einschl. EKG-Monitoring, während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes, einschl. Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen, je vollendeten 15 Minuten
Gastroenterologie
Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung, und/oder Dehnung des unteren Ösophagusphinkters (Kardiasprengung), je Sitzung
Einsetzen einer Ösophagusprothese, einschl. Ösophagoskopie
Endoskopische Sondierung der Papilla Vateri mit Einbringung von Kontrastmittel, ggf. einschl. Entnahme von Sekret und/oder Probeexzision
Papillotomie, ggf. einschl. Zertrümmerung und/oder Extraktion von Steinen und/oder Legen einer Verweilsonde
Platzierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang oder Entfernung
Gynäkologie und Geburtshilfe
Entfernung von Nachgeburten oder Nachgeburtstresten durch inneren Eingriff und/oder Beendigung einer Fehlgeburt durch inneren Eingriff
Naht eines oder mehrerer Zervixrisse
Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion
Elektrokonzisation der Portio
Messerkonzisation der Portio, einschl. Versorgung des Wundgrundes
Abrasio der Gebärmutterhöhle und des Gebärmutterhalskanals, ggf. einschl. Entfernung von Polypen oder Fremdkörpern, ggf. einschl. Aufbereitung des Gewebematerials zur histologischen Untersuchung
Exstirpation oder Marsupialisation von Vaginalzysten oder Bartholini-Zysten
Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5, ggf. einschl. Zusammenführung von Ei- und Samenzellen, mikroskopischer Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4) oder der Eizellkultur (bei Maßnahmen nach Nr. 10.3 und 10.5), ggf. einschl. intratubarer Transfer bei Maßnahmen nach Nr. 10.4

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

Nase, Nasennebenhöhlen

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

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

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

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

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

Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation

Operative Korrektur eines Nasenflügels

Tränensackoperation vom Naseninnern aus

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

Vollständige oder teilweise Ausräumung einer Kieferhöhle von der Nase aus

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

Anbohrung einer Stirnhöhle von außen

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

Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf

Keilexzision aus der Zunge, als selbstständige Leistung

Adenotomie (Entfernung der Rachenmandel)

Operative Entfernung von Speichelstein(en)

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

Galvanokaustik oder Kürettament im Kehlkopf

Probeexzision aus dem Kehlkopf

Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen aus dem Kehlkopf

Mikrochirurgische Entfernung von Polypen oder anderen Neubildungen aus dem Kehlkopf

Verschluss des Tracheostomas

Ohr, Gleichgewichts- und Gehörorgan, Stimme und Sprache

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

Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbstständige Leistung

Myringoplastik vom Gehörgang aus

Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes

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

Urologie

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

Innere Harnröhrenschlitzung unter Sicht

Plastische Versorgung einer Meatusstriktur

Plastische Operation der Vorhaut und/oder des Frenulums

Varikozelenoperation (Skrotalschnitt)

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

Entfernung eines Hodens, ggf. einschl. des Nebenhodens

Entfernung eines Nebenhodens, als selbstständige Leistung

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

Operation eines Leistenhodens

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

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

Extremitätenchirurgie

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

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

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

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

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

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

Freie Sehnentransplantation, als selbstständige Leistung

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

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

Knochenchirurgie

Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase, ggf. einschl. Tamponade und Wundverband

Einrichtung eines gebrochenen Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite

Stabilisierung einer Fraktur mittels perkutaner Drahtfixation

Osteosynthese eines kleinen Röhrenknochens oder einer Rippe

Osteosynthese des Radius, der Ulna, der Fibula oder eines großen Röhrenknochens

Entfernung von Stellschrauben, tastbaren Einzelschrauben oder von Kirschnerdrähten aus einem Knochen nach Aufsuchen durch Schnitt oder Entfernung eines Fixateur extern

Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem kleinen Knochen

Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem großen Knochen

Entnahme von Knorpel- oder Knochenmaterial zur freien Verpflanzung

Implantation von Knorpel, Knochen oder alloplastischem Material

Gelenkchirurgie

Primäre Naht des Bandapparates, eines Bandes und/oder der Gelenkkapsel bzw. Reinsertion eines Bandes eines Daumen-, Kiefer-, Hand- oder Sprunggelenks

Bandplastik des Sprunggelenks und/oder der Syndesmose

Operation eines Meniskus

Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder von Fremdkörpern aus einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk und/oder Glättung der Gelenkflächen als selbstständige Leistung

Operative Entfernung der Kniekehlezyste (Bakerzyste)

Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk, als selbstständige Leistung

Diagnostische arthroskopische Operation, ggf. einschl. Entnahme von Gewebeproben aus Weichteilen, Knorpel oder Knochen und/oder Plica-(Teil-)Resektion, Entfernung von Synovialzotten, (Teil-)Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers, Knorpelglättung und/oder Herausspülen freier Gelenkkörper, einschl. Kosten

Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie, einschl. Kosten

Rekonstruktive arthroskopische Operation, einschl. Kosten (z. B. Bandrekonstruktion, Meniskusnaht)

Mobilisierung eines kontrakten Kiefer-, Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks in Narkose oder Regionalanästhesie, als selbstständige Leistung

Einkerbung der Sehnenplatte bei der Epikondylitis radialis oder ulnaris (OP nach Hohmann)

Operation der Epikondylitis radialis oder ulnaris mit partieller Denervierung des Ellenbogengelenks, ggf. einschl. partieller Synovektomie, ggf. einschl. Arthrotomie und Naht der Gelenkkapsel

Hals- und Abdominalchirurgie

Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches, ggf. einschl. Faszienverwachsung oder plastischer Maßnahmen zum Verschluss der Bruchpforte

Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches

Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches mit Muskel- und/oder Faszienverschiebeplastik

Laparoskopie/Pelviskopie, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion und/oder Adhäsiolyse

Anus praeter-Bougierung, je Sitzung

Operation einer Analfissur, ggf. einschl. Sphinkterotomie, ggf. einschl. Exzision

Operation einer submukösen analen Fistel

Exzision von Hämorrhoidalknoten, segmentär nach Milligan-Morgan

Exzision von Hämorrhoidalknoten, submukös nach Parks

Thorax- und Gefäßchirurgie

Schrittmacher-Erstimplantation, einschl. Elektrodenwechsel bei implantiertem Schrittmacher-Aggregat

Wechsel des Schrittmacher-Aggregates

Implantation eines permanenten Zuganges (Port) zu einem Gefäß oder Implantation eines intrathekalen Katheters

Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse

Anlage eines arterio-venösen Shunts zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat

Beseitigung eines arterio-venösen Shunts

Exstirpation oder subfasziale Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen, als selbstständige Leistung, je Sitzung

Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen

Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena magna, ggf. einschl. der Vena saphena parva, ggf. einschl. Exstirpation oder subfaszialer Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen

Neurochirurgie

Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven, als selbstständige Leistung

Neurolyse, als selbstständige Leistung

Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbstständige Leistung

End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung, einschl. Wundversorgung

Sekundärnaht eines peripheren Nerven durch epineurale Naht

Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht

Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch Transplantat

Denervation der kleinen Wirbelgelenke (z. B. Facettendeneration), je Bewegungssegment

Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks

Jede weitere Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung nach Nr. 3207

Strahlendiagnostik

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

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

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

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

Wichtige Informationen zu den Serviceleistungen

Bitte nehmen Sie dieses Informationsblatt zu Ihren Versicherungsunterlagen.

Unser Serviceangebot umfasst u. a. folgende Leistungen:

Das DKV-Gesundheitstelefon

Sie haben Fragen zu medizinischen Themen? Sie suchen einen Spezialisten? Die Mitarbeiter des Gesundheitstelefons informieren Sie qualifiziert und verständlich. Natürlich können am Telefon keine Diagnosen und Therapieempfehlungen gegeben werden. Das bleibt weiterhin Ihrem behandelnden Arzt vorbehalten. Ein Anruf beim DKV-Gesundheitstelefon kann Ihnen aber beispielsweise helfen, eine Diagnose richtig zu verstehen oder auch besser mit einer Erkrankung umzugehen.

Das Gesundheitstelefon ist Ihre Anlaufstelle, wenn Sie medizinische Vorinformationen benötigen. Es bietet u. a.:

- Arzneimittelberatung, z. B. zu Nebenwirkungen
- Hilfe bei der Arzt- und Zahnartztsuche
- Informationen zu Therapien
- Auswahl von Spezial-Kliniken
- Empfehlungen ausgewählter Kliniken bei Anschlussheilbehandlung
- Hilfe bei der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
- Informationen zu Vorsorge-Untersuchungen, Impfungen
- Informationen zu Zahnbehandlung/-ersatz
- Auskünfte zu alternativen Heilmethoden: Naturheilverfahren, Heilpraktiker
- Ernährungsberatung
- reisemedizinische Beratung: Impfungen, Krankheitsrisiken etc. bei Auslandsreisen

Die DKV-Gesundheitsexperten erreichen Sie unter:

0800/3746 4444 (gebührenfreie Rufnummer)

Der DKV-Hilfsmittelservice

Benötigen Sie kurzfristig besondere Hilfsmittel, wie einen Krankenfahrstuhl, ein Sauerstoffgerät oder eine Infusionspumpe? Mit nur einem Anruf wird die DKV für Sie aktiv und hilft Ihnen bei der Beschaffung der benötigten Geräte!

Der Hilfsmittelservice umfasst:

- kompetente Beratung bei der Auswahl
- umgehende Anlieferung
- professionelle Bedienungsanweisung
- bei Bedarf einen Austausch- und Reparaturservice

Sofortige Unterstützung erhalten Sie unter:

0800/3746 4444 (gebührenfreie Rufnummer)

Die DKV-Gesundheitsprogramme

Sie haben gesundheitliche Probleme, z. B. durch falsche Ernährung, Stress, Bewegungsmangel, oder Sie leiden an einer chronischen Erkrankung, wie z. B. Diabetes oder Asthma. Hier setzen die DKV-Gesundheitsprogramme an, die die DKV gemeinsam mit ihrem Partner, der almeda GmbH, entwickelt hat. Mit Unterstützung eines medizinischen Expertenbeirates wird kontinuierlich die Qualität gesichert.

Die DKV-Gesundheitsprogramme sind ganz auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten:

- von Anfang an steht Ihnen ein medizinisch qualifizierter Berater zur Seite
- Sie bekommen umfassende Informationen zu den von Ihnen gewählten Gesundheitsthemen
- Sie lernen, wie Sie in Ihrem Alltag selbst Einfluss nehmen können
- Sie werden in der Umsetzung Ihrer individuellen Gesundheitsziele unterstützt
- Sie erfahren, wie Sie durch einen gesunden Lebensstil Ihre Lebensqualität verbessern können

Die DKV-Gesundheitsprogramme ersetzen keine ärztliche Behandlung, sondern unterstützen Sie ergänzend mit Rat und Tat im Alltag. Ausführliche Informationen erhalten Sie unter:

0800/3746 4444 (gebührenfreie Rufnummer)

E-Mail: Gesundheitsprogramm@dkv.com

Der DKV-Auslandsnotruf*

Wo immer Sie sich in der Welt befinden: Die DKV lässt Sie in medizinischen Notfällen nicht allein. Setzen Sie sich einfach telefonisch mit den DKV-Fachleuten in Verbindung. Sie stehen Ihnen sofort mit Rat und Tat zur Seite. Rund um die Uhr, an 7 Tagen in der Woche!

Schnelle und unbürokratische Hilfe bei:

- der Wahl eines geeigneten Arztes oder Krankenhauses
- der Herstellung eines Kontaktes zwischen dem behandelnden Arzt im Ausland und Ihrem Hausarzt

- einem Krankenhausaufenthalt durch die Übernahme von Zahlungsgarantien
- der Versorgung mit Medikamenten inklusive Medikamentenversand
- der Organisation eines erforderlichen Krankenrücktransportes
- der Organisation eines erforderlichen Krankenbesuchs durch Ihre Angehörigen
- der Organisation eines erforderlichen Kinderrücktransportes

Aus dem Ausland erreichen Sie den DKV-Notruf unter:

+49/221/578 2222

* Außer Tarif K2B und BestMed Tarif BM1