

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenvollversicherung - Tarife AktiMed

### Teil II - Tarif - Leistungsregelungen

#### Tarif AktiMed Start 70 - Kurzbezeichnung AM-S70 Einzelversicherung B3 51 387

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskostenvollversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 300.

Teil II der AVB regelt Ihre tariflichen Leistungen. Unsere Leistungspflicht ist abhängig vom örtlichen Geltungsbereich (§ 1), den Gebührenvorschriften (§ 2) sowie von den in Anspruch genommenen Leistungserbringern und Behandlungsarten (§ 3). § 4 und § 5 regeln die Einschränkung unserer Leistungspflicht und Fälle, in denen Leistungen Dritter sowie von uns bereits erbrachte Leistungen angerechnet werden. Für welche Sachverhalte wir in welcher Anzahl und in welcher Höhe leisten, regelt § 6. Der sich aus den §§ 1 bis 6 ergebende Leistungsumfang vermindert sich um den Selbstbehalt nach § 7. Die Option, in einen höheren Versicherungsschutz zu wechseln, regelt § 8 und Ihre zusätzliche vertragliche Pflicht (Obliegenheit) § 9.

#### Inhalt:

- § 1 Welchen örtlichen Geltungsbereich hat der Versicherungsschutz?
- § 2 Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen zu berechnen?
- § 3 Wofür und in welchem Umfang leisten wir? (Leistungserbringer und Behandlungsarten)
- § 4 Wann ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?
- § 5 Welche Leistungen werden angerechnet?
- § 6 Welche Aufwendungen sind versichert?
- § 7 Welcher Selbstbehalt gilt?
- § 8 Welche Option ist vereinbart?
- § 9 Welche Obliegenheit ist für das Bestehen von Krankenversicherungen neben Tarif AM-S70 zu beachten?
- § 10 Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?

#### § 1 Welchen örtlichen Geltungsbereich hat der Versicherungsschutz?

(Siehe auch Teil I § 32).

##### (1) Versicherungsschutz in Europa

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.

##### (2) Versicherungsschutz außerhalb Europas

Versicherungsschutz besteht auch während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung verlängert werden. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate oder den Zeitraum hinaus, der durch eine besondere Vereinbarung festgelegt wurde, ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

#### § 2 Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen zu berechnen?

(1) Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den dafür geltenden Rechtsnormen berechnet wurden.

Rechtsnormen sind: Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Hebammen-Gebührenverordnung (HebGV), Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Bundespflegesatzverordnung (BpflV).

(2) Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zum 2,3fachen Satz der GOÄ bzw. GOZ erstattungsfähig, mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O der GOÄ. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O der GOÄ sind bis zum 1,8fachen Satz und diejenigen nach Abschnitt M der GOÄ bis zum 1,15fachen Satz erstattungsfähig.

(3) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.

(4) Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger sind bis zu den Höchstsätzen der HebGV erstattungsfähig.

(5) Für Aufwendungen, die durch das Überschreiten der versicherten Gebührensätze entstehen, besteht kein Leistungsanspruch.

#### § 3 Wofür und in welchem Umfang leisten wir? (Leistungserbringer und Behandlungsarten)

##### (1) Leistungserbringer

a) Bei ambulanter Behandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

b) Zusätzlich hat die versicherte Person bei ambulanter Behandlung die freie Wahl unter Hebammen, Entbindungspflegern und Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe.

c) Die Aufwendungen für Leistungen von juristischen Personen des Privatrechts sind ebenfalls versichert, wenn dies Institute, die Labor-, Röntgen- oder physiotherapeutische Leistungen auf Veranlassung eines Arztes oder Zahnarztes erbringen, oder medizinische Versorgungszentren sind. Im Übrigen besteht für die Inanspruchnahme von Leistungen juristischer Personen keine Leistungspflicht.

d) Bei stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Ob und welche Aufwendungen versichert sind, ergibt sich aus § 6.

e) Bei stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren, Sanatoriumsbehandlung oder medizinische Rehabilitation durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von d) erfüllen, leisten

wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage gegeben haben.

Auf das Erfordernis unserer vorherigen schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns aber nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung wegen eines Notfalls (z.B. akut lebensbedrohlicher Zustand) medizinisch notwendig ist und das Krankenhaus für diese Behandlung das einzige, nächstgelegene geeignete Krankenhaus ist.

Bei Tbc-Erkrankungen leisten wir im vertraglichen Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien.

(2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Sehhilfen

a) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von einem in Abs. 1 a) genannten Leistungserbringer verordnet sein. Für Sehhilfen ist die Verordnung eines Facharztes für Augenheilkunde oder die Refraktionsbestimmung eines Optikers erforderlich. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

b) Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Behandlungs- bzw. Bezugsdatum.

(3) Behandlungsmethoden der Schulmedizin

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 (z.B. Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; jedoch können wir unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

#### **§ 4 Wann ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?**

(1) Wir leisten nicht für

a) Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind.

Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.

b) Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen und Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

c) Krankheiten und Unfälle, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

e) reproduktionsmedizinische Verfahren aller Art einschließlich aller begleitenden Maßnahmen.

f) ambulante psychotherapeutische Behandlungen.

g) zahnimplantologische Leistungen einschließlich des auf dem Implantat sitzenden Zahnersatzes (Suprakonstruktion) sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

h) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die Aufwendungen, die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

i) Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, denen in Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums die Legitimation zur Ausübung des Arzt- oder Zahnarztberufs entzogen wurde.

j) Kur- und Sanatoriumsbehandlung.

k) Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

l) Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern und Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen werden tarifgemäß erstattet.

m) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Herabsetzung auf angemessenen Betrag

a) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

b) Aufwendungen nach GOÄ, GOZ und HebGV sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach Satz 1 berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

#### **§ 5 Welche Leistungen werden angerechnet?**

(1) Anrechnung von Leistungen Dritter

a) Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung sowie Ansprüche auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gehen unseren Leistungen vor. Leistungspflichtig sind wir insoweit nur für die nicht durch die gesetzlichen Leistungsträger zu übernehmenden Aufwendungen.

Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

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

(2) Anrechnung von Leistungen bei Tarifwechsel

Bei Tarifwechsel werden nach dem bisherigen Tarif erbrachte Leistungen für Leistungszusagen, die einen Höchstbetrag innerhalb einer bestimmten Zeitdauer vorsehen, auf den jeweiligen Höchstbetrag in Tarif AM-S70 angerechnet. Bei Wechsel aus einem Tarif, der als ergänzender Versicherungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung bestand, wird nicht angerechnet.

## § 6 Welche Aufwendungen sind versichert?

Übersicht: In Ihrem Tarif sind folgende Aufwendungen und Leistungen versichert:

- (1) Ambulante Behandlung
- (2) Stationäre Behandlung
- (3) Zahnärztliche Behandlung
- (4) Pflegepauschale
- (5) Leistungen im Ausland

Die Erstattungsprozentsätze für die versicherten Aufwendungen gelten vor Abzug des in § 7 geregelten Selbstbehalts.

### (1) Ambulante Behandlung

#### a) Ärztliche Leistungen 100% der Aufwendungen

Hierzu zählen z.B. Aufwendungen für Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleistungen (z.B. Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen, Dialysen und Heimdialysen sowie Wegegebühren und Reiseentschädigungen des Arztes.

#### b) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen 100% der Aufwendungen

#### c) Schwangerschaft und Entbindung 100% der Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung (einschließlich der Aufwendungen für die Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik).

#### d) Schutzimpfungen 100% der Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe.

Nicht erstattungsfähig sind Reiseimpfungen, Malariaprophylaxe sowie Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit.

#### e) Arzneimittel und Verbandmaterial 100% der Aufwendungen aa) Erstattungsfähig sind zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes sowie Verbandmaterialien, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind.

bb) Als Arzneimittel, auch wenn sie von einem Arzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate. Diätetische Nährstoffe sind nur erstattungsfähig, sofern sie zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

#### cc) Nicht erstattungsfähig sind:

- Empfängnisregelnde Mittel für Personen ab dem 20. Lebensjahr;
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion;
- Präparate zur Anreizung und 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-Behandlungen eingesetzt werden;
- Vitaminpräparate mit Ausnahme von Behandlungen von Vitaminmangelkrankungen.

#### f) Heilmittel (nach Heilmittelverzeichnis) 100% der Aufwendungen

Erstattungsfähig sind Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage Heilmittelverzeichnis des Tarifs AM-S70) aufgeführt sind. Sie sind bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig.

#### g) Hilfsmittel (ohne Sehhilfen) aa) 80% der Aufwendungen für

1. lebenserhaltende Hilfsmittel  
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Beatmungsgeräte, Absauggeräte, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitore und Ernährungspumpen.

2. sonstige Hilfsmittel  
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Infusionspumpen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Hilfsmittel gegen Dekubitus, Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, Orthesen und Leibbinden), Inkontinenzartikel, Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel) und Krankenfahrstühle.

#### 100% der Aufwendungen, wenn das in Nr. 1 oder Nr. 2 genannte Hilfsmittel

- über uns bezogen bzw. beschafft wurde oder
- über uns weder beschafft noch bezogen werden kann oder
- im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden muss.

#### bb) 100% der Aufwendungen für

- orthopädische Schuhe, jedoch maximal 1.000 EUR pro Versicherungsjahr;
- Hörhilfen, jedoch maximal 1.000 EUR pro Hörhilfe. Als Hörhilfen gelten Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpassstücke (Otoplastik);
- Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen), jedoch maximal 7.000 EUR pro Körperersatzstück;
- Perücken bei krankhaftem Haarausfall, jedoch maximal 400 EUR pro Perücke.

cc) 80% der Aufwendungen für Bandagen, Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte, orthopädische Einlagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, Gehhilfen, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milchpumpen, konfektionierte Therapieschuhe und orthopädische Schuhzurichtungen. Der 20%ige Eigenanteil ist auf einen Höchstbetrag von 3.500 EUR pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt.

100% der Aufwendungen nach Erreichen des Höchstbetrags von 3.500 EUR.

dd) Nicht unter aa) bis cc) aufgelistete Hilfsmittel sind nicht erstattungsfähig. Wenn Sie ein unter aa) genanntes Hilfsmittel nicht über uns beziehen, können Eigenbeteiligungen entstehen. Dies gilt auch, wenn die Aufwendungen für Hilfsmittel die in bb) genannten Höchstbeträge übersteigen.

#### h) Sehhilfen

100% der Aufwendungen, maximal 150 EUR innerhalb von 24 Monaten

Erstattungsfähig sind Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen. Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungshöhe werden ausgehend vom Bezugsdatum der betreffenden Sehhilfe jeweils alle Erstattungen für Sehhilfen der letzten 24 Monate berücksichtigt. Der Leistungsanspruch und die individuelle Erstattungshöhe hängen somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

#### i) Transport- und Fahrtkosten

aa) 100% der Aufwendungen für Transporte; Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.

bb) 100% der Aufwendungen für Fahrten, jedoch für die Hin- und Rückfahrt insgesamt maximal 50 EUR. Bei Fahrten im privaten Fahrzeug werden dem erstattungsfähigen Betrag 0,30 EUR pro gefahrenem Kilometer zugrundegelegt. Eine Fahrt liegt vor bei Taxifahrten, Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei Fahrten im privaten Fahrzeug.

cc) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten

- bei ambulanter Dialyse,
- bei Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie sowie
- bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit (auch bei Unfall oder Notfall)

zum und vom nächstgelegenen Arzt, Physiotherapeuten oder geeigneten Krankenhaus.

dd) Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für einen Notarzteinsatz - auch ohne Transport des Patienten.

(2) Stationäre Heilbehandlung einschließlich Schwangerschaft und Entbindung

a) Krankenhäuser in Deutschland, die dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen

100% der Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V) für aa) allgemeine Krankenhausleistungen einschließlich der medizinisch notwendigen Mitaufnahme von Begleitpersonen der versicherten Person;

#### bb) belegärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für belegärztliche Leistungen sowie Leistungen der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

b) Krankenhäuser in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen

aa) Wir leisten nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage gegeben haben. Um die Zusage ertei-

len zu können, prüfen wir, ob und in welchem Umfang wir nach bb) und den sonstigen vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind. Zu diesem Zweck können wir verlangen, dass Sie uns dafür einen Kostenvoranschlag mit Befundbericht vorlegen.

bb) 100% der Aufwendungen für

1. Unterkunft und Verpflegung im Mehrbettzimmer sowie für Krankenhauspflege, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, medizinisch begründete Nebenkosten (einschließlich der Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen der versicherten Person) und ärztliche Leistungen. Erstattungsfähig sind diese Aufwendungen maximal bis zu dem Betrag, der die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung durchschnittlich berechenbaren Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nicht übersteigt. Maßgeblich für die Berechnung sind die Entgelte des Bundeslands, in dem die Behandlung durchgeführt wird;

#### 2. belegärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für belegärztliche Leistungen sowie Leistungen der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

3. Weitere gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen, insbesondere für privatärztliche Leistungen, sind nicht erstattungsfähig.

cc) Bei Notfällen leisten wir abweichend von aa) bis bb) für die entstandenen Aufwendungen.

#### c) Anschlussheilbehandlung

aa) Wir leisten nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage gegeben haben. Um die Zusage erteilen zu können, prüfen wir, ob und in welchem Umfang wir nach bb) bis dd) und den sonstigen vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind. Zu diesem Zweck können wir verlangen, dass Sie uns dafür einen Befundbericht vorlegen.

bb) Anschlussheilbehandlung ist eine teilstationäre oder stationäre Weiterbehandlung, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer akuten stationären Behandlung steht, wenn der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann.

cc) 100% der Aufwendungen für

1. Unterkunft, Verpflegung, Pflege, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, ärztliche Leistungen sowie medizinisch begründete Nebenkosten (einschließlich der Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen der versicherten Person) bis zur Höhe des niedrigsten Pflegesatzes der aufgesuchten Einrichtung.

2. Gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen, insbesondere für ärztliche Behandlung und Versorgung mit Heilmitteln, sind nicht erstattungsfähig.

dd) Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen z. B. bei Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs (Kardiologie), bei degenerativ-rheumatischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie), bei neurologischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und bei onkologischen Krankheiten (Erste Krebsnachsorge).

#### d) Transportkosten

100% zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Transporte sind solche im Rettungswagen, Ret-

tungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.

e) Schwangerschaft und Entbindung

Für stationäre Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen nach a), b) und d) gezahlt.

(3) Zahnärztliche Behandlung

a) Allgemeine Bestimmungen

aa) Unabhängig davon, ob nach der GOÄ oder GOZ berechenbare Leistungen bei einer ambulanten oder stationären zahnärztlichen Behandlung von einem Zahnarzt, Arzt, Mund-, Kiefer- oder Gesichtschirurgen erbracht werden, sind die Aufwendungen ausschließlich nach der für die zahnärztliche Behandlung geltenden Leistungszusage erstattungsfähig.

bb) Für die Erstattung von Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (siehe b) gg)) gilt das Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AM-S70 mit den darin genannten Höchstbeträgen (siehe Anlage).

b) Erstattung von Aufwendungen

aa) Zahnbehandlung

100% der Aufwendungen für allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen), zahnchirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie professionelle Zahnreinigung.

Professionelle Zahnreinigung ist

- die gründliche Reinigung der Zahn- und Wurzeloberflächen (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und Zahnzwischenräume,
- die Politur der Zähne mit Pulverstrahlgeräten oder speziellen Polierern sowie
- Fluoridierungen.

bb) Zahnprophylaxe

100% der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß dem GOZ-Abschnitt, der prophylaktische Leistungen regelt.

cc) Inlays

60% der Aufwendungen, maximal 250 EUR pro Inlay, einschließlich damit in Zusammenhang stehender zahntechnischer Leistungen.

dd) Zahnersatz

60% der Aufwendungen für prothetische Leistungen, insbesondere Kronen, Teilkronen und Keramikverblendschalen (Veneers), Prothesen, Brücken und Stiftzähne.

Nicht erstattungsfähig sind zahnimplantologische Leistungen einschließlich des auf dem Implantat sitzenden Zahnersatzes (Suprakonstruktion) sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen;

ee) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen  
60% der Aufwendungen

ff) Kieferorthopädie für Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr

60% der Aufwendungen. Bei Unfall entfällt die Beschränkung auf das 21. Lebensjahr. Als Unfall gilt nicht, wenn

durch Nahrungsaufnahme (z. B. Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

gg) Zahntechnische Leistungen (nach Verzeichnis für zahntechnische Leistungen)

1. Zahntechnische Leistungen werden wie die Aufwendungen erstattet, in deren Zusammenhang sie verordnet bzw. erbracht werden.

2. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, soweit sie im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AM-S70) aufgeführt sind. Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen werden maximal die darin genannten Höchstbeträge zugrundegelegt.

3. Nach den Bestimmungen in 1. und 2. werden

- zahntechnische Leistungen im Zusammenhang mit z. B. Zahnbehandlung zu 100% der Aufwendungen, maximal zu 100% des im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AM-S70 genannten Höchstbetrages,
- zahntechnische Leistungen im Zusammenhang mit z. B. Zahnersatz zu 60% der Aufwendungen, maximal zu 60% des im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AM-S70 genannten Höchstbetrages

erstattet.

hh) Arzneimittel

Arzneimittel werden wie die Aufwendungen erstattet, in deren Zusammenhang sie verordnet bzw. erbracht werden.

ii) Vor- und Nachbehandlungen

Vor- und Nachbehandlungen werden wie die Aufwendungen erstattet, in deren Zusammenhang sie verordnet bzw. erbracht werden.

c) Höchstbeträge

aa) Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs AM-S70 gelten pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge:

Erstattung von insgesamt

- 500 EUR während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 1.000 EUR während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 1.500 EUR während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 2.000 EUR während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Für Aufwendungen, die im 1. Leistungsabschnitt entstehen und den Erstattungshöchstbetrag von 500 EUR übersteigen, besteht kein Erstattungsanspruch, insbesondere können diese nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Erstattungshöchstbetrag eines der nachfolgenden Leistungsabschnitte verrechnet werden. Diese Regelung gilt entsprechend für die Leistungsabschnitte 2, 3 und 4.

bb) Für unfallbedingte zahnärztliche Behandlung entfallen diese Höchstbeträge. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (z. B. Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird. Satz 2 gilt entspre-

chend, wenn beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

cc) Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif AM-S70 angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif AM-S70 bis zu den Erstattungshöchstbeträgen je Leistungsabschnitt angerechnet. Bei einem Wechsel aus einem Tarif, der als ergänzender Versicherungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung bestand, werden weder die Versicherungsdauer noch erbrachte Leistungen des bisherigen Tarifs angerechnet.

#### d) Heil- und Kostenplan

Bei Inlays, Zahnersatz, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen, Kieferorthopädie sowie zahntechnischen Leistungen ist uns nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen für den Versicherungsfall 2.500 EUR übersteigen. Wir geben dann unverzüglich den Umfang der erstattungsfähigen Kosten bekannt.

Legt eine versicherte Person grob fahrlässig keinen Heil- und Kostenplan vor, so sind wir nach Teil I § 18 Abs. 1 berechtigt, für den 2.500 EUR übersteigenden Rechnungsbetrag eine der Schwere ihres Verschuldens entsprechende Kürzung des tariflichen Erstattungsbetrags für Inlays, Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen, Kieferorthopädie sowie zahntechnischen Leistungen vorzunehmen.

Legt die versicherte Person vorsätzlich keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 18 Abs. 1 mit der Einschränkung leistungsfrei, dass für den 2.500 EUR übersteigenden Rechnungsbetrag die Leistungsfreiheit für Inlays, Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen, Kieferorthopädie sowie zahntechnische Leistungen auf die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrags begrenzt ist.

Ein nach Teil I § 18 Abs. 1 gekürzter Erstattungsbetrag begrenzt sich auf die tariflichen Höchstbeträge.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans sind erstattungsfähige Behandlungskosten.

e) Zahnärztliche Behandlung in Krankenhäusern in Deutschland, die dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen  
Für die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Unterkunft gilt die in Abs. 2 a) für die stationäre Behandlung getroffene Leistungszusage. Für die Aufwendungen von nach der GOÄ oder GOZ berechenbaren Leistungen gilt a) bis d).

f) Zahnärztliche Behandlung in Krankenhäusern in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen (private Zahnkliniken)  
Bei ambulanter oder stationärer Behandlung in privaten Zahnkliniken leisten wir nur, wenn Sie vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan vorlegen und wir eine schriftliche Zusage gegeben haben.

Für die Aufwendungen von nach der GOÄ oder GOZ berechenbaren Leistungen gilt a) bis c). Für die Aufwendungen für Krankenhauspflege, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, medizinisch begründete Nebenkosten, Unterkunft und Verpflegung gilt die in Abs. 2 b) für die stationäre Behandlung getroffene Leistungszusage.

#### (4) Pflegepauschale

Es besteht ein Anspruch auf eine einmalige Pflegepauschale von 3.500 EUR, sobald für eine versicherte Person, die nach § 14 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) pflegebedürftig ist, die Zuordnung zu mindestens Pflegestufe II nachgewiesen wird (§ 15 Abs. 1 SGB XI).

#### (5) Leistungen im Ausland

Unabhängig davon, ob die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, erbringen wir – soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist – die Tarifleistungen nach a) bis d).

In diesen Fällen erbringen wir die Tarifleistungen auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallsfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

a) Erstattungsfähig sind die gemäß Abs. 1 bis 3 versicherten Aufwendungen zu den dort genannten Erstattungsprozentsätzen. Der Erstattung der im Ausland entstehenden Aufwendungen werden die jeweils ortsüblichen Aufwendungen zugrundegelegt.

b) Der sich nach Abs. 1 bis 3 ergebende Erstattungsbetrag reduziert sich um 20%, wenn die versicherte Person zum Zweck der Heilbehandlung in einen Staat reist, der nicht zur Europäischen Union (EU) oder einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gehört. Dies gilt nicht für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, die in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar sind oder für die wir die Kostenübernahme vor Reiseantritt schriftlich zugesagt haben.

c) Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist uns unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.

#### d) Zusätzliche Leistungen im Ausland

##### aa) Transport und Überführung

1. 100% der Aufwendungen für Rücktransporte  
Erstattungsfähig sind alle für den Erkrankten entstandenen Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport (einschließlich Ambulanzflugzeug) ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären. Der Rücktransport muss an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare, geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

##### 2. 100% der Aufwendungen für die Überführung bei Tod im Ausland

Erstattungsfähig sind alle unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Leichnams an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz. Die Aufwendungen für die Überführung werden ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären, erstattet. Im Fall einer Beisetzung im Ausland werden die Aufwendungen für eine Bestattung maximal in der Höhe erstattet, die durch eine Überführung entstanden wären.

##### bb) Serviceleistungen bei Eintritt des Versicherungsfalls

1. Telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen,
2. Benennung von Kliniken im Ausland,

3. Garantie und Abrechnung. Wir geben gegenüber dem Krankenhaus, soweit erforderlich, eine Kostenübernahme-garantie ab und übernehmen im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenhaus und den behandelnden Ärzten,
4. Versand von Medikamenten und Blutkonserven,
5. Organisation des Krankenrücktransports,
6. Organisation von Bestattung im Ausland oder Überfüh-rung aus dem Ausland.

## § 7 Welcher Selbstbehalt gilt?

### (1) Allgemeines

a) Der Selbstbehalt beträgt für alle Tarifleistungen pro ver-sicherte Person und Kalenderjahr 30%, insgesamt höchst-ens 1.500 EUR (prozentualer Selbstbehalt mit Höchstbe-trag). Der Selbstbehalt gilt auch für die Pflegepauschale nach § 6 Abs. 4.

b) Nach Ermittlung der erstattungsfähigen Aufwendungen und sonstigen Tarifleistungen werden von den sich dafür jeweils ergebenden Beträgen 30% Selbstbehalt abgezogen, bis der für den Selbstbehalt geltende Höchstbetrag von 1.500 EUR im Kalenderjahr erreicht ist.

c) Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem behandelt wurde oder Arznei-, Verband- und Hilfsmittel einschließlich Sehhilfen bezogen wurden.

### (2) Sonderfälle

a) Beginn oder Ende während eines Kalenderjahrs

aa) Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Höchstbetrag (SB-Höchstbetrag) des prozentualen Selbst- behalts für das erste Kalenderjahr um jeweils ein Zwölftel für jeden nicht versicherten Monat gemindert.

bb) Endet die Versicherung während des Kalenderjahrs, so bleibt der SB-Höchstbetrag unberührt.

b) Tarifwechsel während eines Kalenderjahrs

aa) Bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung des SB-Höchstbetrags während eines Kalender- jahrs wird der SB-Höchstbetrag für das erste Kalenderjahr in diesem Tarif um jeweils ein Zwölftel für jeden nicht ver-sicherten Monat gemindert.

bb) Bei Tarifwechsel mit Herabsetzung des SB-Höchst- betrags gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils vereinbarte SB-Höchstbetrag ungekürzt. Dies gilt auch, wenn der SB-Höchstbetrag unverändert bleibt.

cc) Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbe- halt wird auf den neuen SB-Höchstbetrag jeweils ange- rechnet.

## § 8 Welche Option ist vereinbart?

(1) Die versicherte Option und die dafür geltenden Bedin- gungen

Sie haben das Recht, für eine versicherte Person unter den nachfolgenden Bedingungen den Versicherungsschutz in eine leistungsstärkere Absicherung der Krankheitskosten- vollversicherung gemäß Abs. 2 ohne Wartezeiten und er- neute Gesundheitsprüfung umzustellen.

a) Ausübungszeitpunkte für die Option

Die Umstellung ist nur zum 1. Januar des vierten oder des sechsten Versicherungsjahrs möglich. Sie müssen den

Antrag auf Ausübung der Option spätestens einen Monat vor den in Satz 1 genannten Zeitpunkten an uns stellen.

b) Die Bestimmung der Versicherungsjahre für die Aus- übungszeitpunkte (Einbeziehung der zurückgelegten Versi- cherungszeit)

Für die Bestimmung des vierten und des sechsten Versi- cherungsjahrs ist die ununterbrochen zurückgelegte Versi- cherungszeit in Tarif AM-S70 maßgeblich. Ist die versi- cherte Person aus einer Anwartschafts- oder einer Ru- hensversicherung unmittelbar in die Versicherung nach Tarif AM-S70 übergegangen, gilt ergänzend zu Satz 1:

Bei der Bestimmung des vierten und des sechsten Versi- cherungsjahrs wird zusätzlich die ununterbrochen zurück- gelegte Versicherungszeit in bei uns zuvor unterhaltenen Anwartschafts- und Ruhensversicherungen sowie Krank- heitskostenvollversicherungen einbezogen. Diese Versi- cherungszeit wird zur Versicherungszeit nach Satz 1 hin- zugerechnet.

c) Besonderheiten für mitversicherte Personen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs

Für nach Tarif AM-S70 mitversicherte Kinder und Jugend- liche (Personen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs) besteht die Option nur unter der Voraussetzung, dass die Umstellung der Versicherung der Kinder und Jugendlichen gleichzeitig mit Umstellung der Versicherung eines nach Tarif AM-S70 oder Tarif AM-S70 mit Übertragungswert versicherten Elternteils nach Buchstabe a) erfolgt. Die unter Buchstabe a) genannten Ausübungszeitpunkte gelten für die Umstellung der Versicherung der Kinder und Jugend- lichen insoweit nicht.

Dies gilt auch für nachversicherte Kinder nach Teil I § 33.

d) Ausschluss der Option

Die Option gilt nicht für eine versicherte Person,

- die aus einer bei uns bestehenden Krankheitskos- tenvollversicherung unmittelbar in Tarif AM-S70 wechselt oder
- die zum beabsichtigten Beginn der über die Option abgesicherten Krankheitskostenvollversicherung be- reits das 55. Lebensjahr vollendet haben wird.

(2) Die mit der Option vereinbarte Absicherungsmöglichkeit

a) Abgesicherter Leistungsumfang

Mit der Option nach Abs. 1 sichern wir maximal folgenden Leistungsumfang zu:

- Ambulante Behandlung  
100% Aufwendungsersatz für ambulante Heilbe- handlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ;
- Stationäre Behandlung  
100% Aufwendungsersatz für stationäre Heilbehand- lung im Zweibettzimmer, belegärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ sowie wahlärztli- che und sonstige gesondert berechnungsfähige ärzt- liche Behandlung bis zum 5,0-fachen Satz der GOÄ;
- Zahnärztliche Behandlung (ambulant und stationär)  
100% Aufwendungsersatz für Zahnbehandlung und 75% Aufwendungsersatz für Zahnersatz und Inlays bis zu den Höchstsätzen der GOZ und GOÄ.

b) Abschluss in Neuzugangstarifen und die Bedeutung der Versicherungsfähigkeit

Sie können nur die Umstellung in Tarife verlangen, nach denen die versicherte Person versicherungsfähig ist und die für den Neuzugang geöffnet sind.

(3) Bestimmungen für den nach der Umstellung zu zahlenden Beitrag sowie für vereinbarte Beitragszuschläge und Leistungsausschlüsse

Der nach der Umstellung der Versicherung zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter. Dem Eintrittsalter wird gemäß Teil I § 15 Abs. 2 Rechnung getragen.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge im Tarif AM-S70 werden entsprechend erhöht. Leistungsausschlüsse werden bei der Umstellung übernommen.

### **§ 9 Welche Obliegenheit ist für das Bestehen von Krankenversicherungen neben Tarif AM-S70 zu beachten?**

(1) Neben dem Tarif AM-S70 darf von einer oder für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung bei uns oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung fortgeführt oder abgeschlossen werden. Die Fortführung oder der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung ist hiervon ausgenommen.

(2) Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig, so richten sich die Folgen nach Teil I § 18. Dies gilt gleichermaßen bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Verletzung dieser Obliegenheit durch die versicherte Person.

### **§ 10 Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?**

Nach Maßgabe von Teil I § 33 Abs. 1 können Sie unter folgenden Bedingungen einen höheren oder umfassenderen Versicherungsschutz wählen:

Ist für den bei uns versicherten Elternteil am Tag der Geburt des zu versichernden Kindes der Tarif AM-S70 abgeschlossen, können Sie für die Versicherung des Neugeborenen den Abschluss des Tarifs AktiMed Start 90 mit Übertragungswert verlangen.

Das gilt jedoch nicht, wenn für den Tarif, der für die Versicherung des Neugeborenen gewählt wird, Annahmevergünstigungen gelten. Annahmevergünstigungen können insbesondere in den besonderen Vereinbarungen zum Gruppenversicherungs- oder zum Kollektivvertrag geregelt sein.



**Anlage****Heilmittelverzeichnis des Tarifs AktiMed Start 70****Wichtige Informationen:**

Das Heilmittelverzeichnis kann gemäß Teil I § 24 angepasst werden. Leistungen, die nicht im Heilmittelverzeichnis enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag
EUR	

**Physiotherapie****- Inhalationen**

Inhalationstherapie als Einzelinhalation	7,00
Inhalationstherapie als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00
Inhalationstherapie als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	6,00
Radon-Inhalation im Stollen	11,50
Radon-Inhalation mittels Hauben	14,00

**- Krankengymnastik, Bewegungsübungen**

Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mind. 30 Minuten	23,50
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mind. 45 Minuten	34,50
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,50
Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), mind. 45 Minuten, je Teilnehmer	11,00
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, mind. 45 Minuten	34,50
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, mind. 45 Minuten, je Teilnehmer	12,00
Bewegungsübungen	8,00
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen	

Nachruhe	24,00
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,00
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mind. 30 Minuten	22,50
Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,50
Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mind. 120 Minuten, je Behandlungstag	82,00
Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mind. 60 Minuten)	35,00
Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,50
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	7,00
<b>- Massagen</b>	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	14,00
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder - Großbehandlung, mind. 30 Minuten	19,50
- Ganzbehandlung, mind. 45 Minuten	29,50
- Kompressionsbandagierung einer Extremität	9,00
Unterwasserdruckstrahlmassage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,50
<b>- Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>	
Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,50
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien	12,00
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelode ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teilpackung	20,50
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelode ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Großpackung	28,50
Schwitzpackung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,00
Kaltpackung	
- Anwendung von Lehm, Quark, o. ä.	8,00
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelode ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid	15,50
Heublumensack, Peloidkompressen	9,50

Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	5,00	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	6,00
Trockenpackung	3,50		
Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,50	<b>- Elektrotherapie</b>	
Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	5,00	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	6,50
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,50	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,50
An- oder Absteigendes Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,50	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,50
An- oder Absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	12,00
Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,50	Iontophorese	6,50
Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,50	Zwei- oder Vierzellenbad	11,50
Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00
Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	33,00	<b>- Lichttherapie</b>	
Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	40,00	Behandlung mit Ultraviolettlicht - als Einzelbehandlung	3,50
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad	29,00	- in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,00
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Vollbad	33,00	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,50
Sole-Photo-Therapie - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	33,00	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,50
Medizinische Bäder mit Zusätzen - Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz	7,00	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,50
- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,50	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	9,00
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50	<b>Ergotherapie</b>	
- weitere Zusätze, je Zusatz	3,50	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	32,00
Gashaltige Bäder		Einzelbehandlung	
- Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50	- bei motorischen Störungen, mind. 30 Minuten	32,00
- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50	- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mind. 45 Minuten	41,50
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00	- bei psychischen Störungen, mind. 60 Minuten	55,00
- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mind. 30 Minuten	32,00
- Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,50	Gruppenbehandlung	
<b>- Kälte- und Wärmebehandlung</b>		- mind. 45 Minuten, je Teilnehmer	14,50
Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	10,00	- bei psychischen Störungen, mind. 90 Minuten, je Teilnehmer	29,00
Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	7,00		
Eisteilbad	10,00		

## Logopädie

Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	32,00
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	50,00
Ausführlicher Bericht	12,00
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
- Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	32,00
- Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
- Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,50
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
- Kindergruppe, mind. 30 Minuten	15,00
- Erwachsenengruppe, mind. 45 Minuten	17,50

## Podologie

Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
Hornhautabtragung an einem Fuß	9,00
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,50
Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,50
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,50
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person	3,50

## Hausbesuche/Wegegeld

Ärztlich verordneter Hausbesuch	10,00
Wegegeld (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer bis max. 50 km oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels bis max. 50 km.	

## Anlage

### Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AktiMed Start 70

#### Wichtige Informationen:

Das Verzeichnis für zahntechnische Leistungen kann gemäß Teil I § 24 angepasst werden. Leistungen, die nicht im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag
EUR*	
Aufbissschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte/Okklusionsschiene	145,00
Aufstellen Grundeinheit	28,00
Aufstellen je Zahneinheit	7,10
Auswerten eines Registrates	6,20
Basis aus Kunststoff/Basis tiefgezogen	24,80
Basis/Basisteil unterfüttern/erneuern	68,30
Bisswall aus Wachs	10,40
Brückenglied aus Keramik	94,20
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	33,10
Deckgold aufbrennen, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	8,30
Diagnostisches Aufstellen/Diagnostisches Modellieren, je Zahn	13,50
Dublieren Einzelstumpf/Modell oder Modellteil	8,30
Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdentalklammer-Knopfklammer/Approximalklammer-Auflage-Bonyhardklammer ohne Auflage/Kralle	12,40
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbissschiene Grundeinheit	36,30
Fertigstellen je Zahneinheit	4,70
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	33,10
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	16,60
Gebogene Retention, je Retention	10,40
Gegossene Retention, je Retention	25,80
Grundeinheit Fertigstellung	62,10
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - dreiflächig	70,40
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - einflächig	49,70
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - mehrflächig	75,60
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - zweiflächig	60,00
Gussonlay/Gussteilkrone	70,40
Hilfsteil in Abdruck	8,80
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	15,60
Individueller Löffel/Funktionslöffel	30,10
Individuelles Geschiebe	122,20
Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbissschiene Grundeinheit	36,30
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	28,00
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - dreiflächig	150,10
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - einflächig	129,40
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - mehrflächig	155,30
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - zweiflächig	139,80

Keramikkrone/Presskeramikkrone/Glaskeramikkrone	134,60	Umstellen je Zahneinheit	6,10
Keramikteilkrone/Presskeramikteilkrone/Glaskeramikteilkrone/Keramikteilonlay/Presskeramikonlay/Glaskeramikonlay	153,20	Unterfütterbarer Abschlussrand	12,40
Keramikverblendschale/Keramikveneer	153,20	Versandkosten in nachgewiesener Höhe	
Keramikverblendung	79,00	Verschraubung/Verbolzung	46,60
Konfektionsgeschiebe	89,00	Wurzel-/Sattelpontic, je Zahneinheit	31,10
Krone gegossen/ Krone für Verblendung/ Wurzelkappe/Galvanokrone	75,60	Wurzelstift gegossen	35,20
Kronen- oder Brückengliedreparatur	35,20	Zahn diagnostisch beschleifen oder radieren	5,20
Kunststoffinlay/Kunststoffonlay	51,80	Zahn zahnfarben hinterlegen, je Zahn	6,80
Kunststoffkrone	66,20	Zahnfarbenbestimmung insgesamt	20,70
Kunststoffverblendung	57,00	Zahnfleisch je Zahneinheit	43,50
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	22,80	Zahnfleischmaske, abnehmbar - je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	18,60
Leistungseinheit Sprung, Bruch Wiederbefestigung eines Zahnes, Basisteil aus Kunststoff	8,30	Zahnkranz ausgießen	10,40
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten	10,40	Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop, je Zahneinheit	25,90
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	15,60	Zweiarmlige Klammer/Bonwillklammer/Bonyhardklammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurfklammer	20,70
Lötfreie Verbindung	9,40	Zweitstumpf aus Kunststoff inkl. Übertragung ins Arbeitsmodell	14,50
Lötung	14,50		
Mehraufwand für Einstellen nach Zentrikregistrat	8,30	<b>Kieferorthopädie</b>	
Metallarmierung für provisorische Versorgung/ Retention	25,90	Adamsklammer	10,20
Metallbasis - Oberkiefer, Unterkiefer	100,40	Aufbisskappe aus Kunststoff, je Zahn	25,60
Miniplastschiene	62,10	Aufbisskappe aus Metall, je Zahn	49,10
Modell	12,40	Außenbogen individuell, auch Lipbumper, je Kiefer	56,20
Modell oder Zahnkranz bearbeiten	3,20	Band auf Modell aufpassen, je Band	15,30
Modell untersockeln	7,30	Basis für Einzelkiefergerät	66,50
Modell vermessen	5,70	Basis für FKO (Funktions-Kiefer-Orthopädisches) Gerät	117,60
Modellmontage in Artikulator	13,50	Basis für Schiefe Ebene aus Kunststoff	49,10
Modellpaar sockeln, dreidimensional	34,20	Basis für Schiefe Ebene aus Metall	79,80
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	16,60	Coffin-Feder	30,70
Montage eines Gegenkiefermodells	8,30	Doppelbogenklammer	16,40
Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese	86,00	Doppelplatten-Führungssporn	35,80
Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,40	Dorn	10,20
Radieren nach System	5,20	Dreiecksklammer	10,20
Registrierhilfen/Registrat	17,60	Druckfeder, Zugfeder	15,40
Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)	52,80	Facebow anpassen	13,30
Remontage-Modell	25,90	Feder	15,30
Reponieren eines Stumpfes	4,00	FKO Gerät, voreinschleifen	20,50
Riegel	177,00	Frontaler oder lateraler Aufbiss, hart je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	16,40
Rillen-Schulter-Geschiebe	123,80	Frontaler oder lateraler Aufbiss, weich je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	38,90
Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	8,30	Funktionsfähig machen einer Schraube ohne Trennen der Basis	8,20
Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkauffläche	41,40	Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	30,70
Schubverteilungsarm	77,70	Grundeinheit Instandsetzung KFO-Basis	30,70
Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	22,80	Häkchen	10,20
Selektives Einschleifen	32,10	Haltesporn	10,20
SET-UP/WAX-UP je Zahn	10,40	Headgear individuell, je Kiefer	56,20
Silikonschlüssel	3,60	Interokklusal-Stop	10,20
Spezialmodell	34,20	KFO Platte, voreinschleifen	8,20
Split-Cast Sockel an Modell	15,60	Kinnkappe mit Retentionshaken	76,70
Steg, Grundeinheit	39,30	Kunststoffschild	28,60
Steg, Längeneinheit	8,30	Labialbogen, auch modifiziert oder intermaxillär, je Kiefer	31,70
Steggeschiebe	121,60	Lingualbogen, je Kiefer	30,70
Stiftaufbau (gegossen)	40,40	Lingualer Frontalbogen	20,50
Stumpf einschl. aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowelpin	17,70	Lückenhalter	18,40
Stumpf scannen, digitieren, digitalisieren	59,90	Montage eines Modellpaares in Fixator	10,20
Stumpfmodell/Sägmodell	13,50	Palatinalbogen	38,90
Teleskopkrone/Konuskrone	211,40	Pelotte, je Kieferhälfte	28,60
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	4,10	Positioner	143,20
Übertragungskappe	35,20	Protrusionsbogen, je Kiefer	20,50
Umlaufende Fräsung	11,40	Retentionsschiene	66,50
		Schiefe Ebene aus Metall oder Kunststoff, je Zahneinheit	25,60
		Schraube einarbeiten	32,70

Spezierschraube (Einzelzahn-, Sektoren-, asymmetrische Bewegung)	26,60
Spezierschraube zur Metallverbindung	32,70
Spike	7,20
Sporn aktiv, Rücklauf-, Führungs- Stop	12,30 8,20
Trennen einer Basis	15,30
U-Bügel, Federbügel	35,80
Verarbeiten eines Schlosses oder eines Röhr- chens	14,30
Vorbiss oder Rückbiss	18,40
Vorhofplatte	102,30
Zugfeder	15,40
Zungengitter, je Kieferhälfte/Frontzahnggebiet	22,50

---

\* zuzüglich der jeweils gültigen MwSt.

Im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen anfallende Materialkosten (Kosten für Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile) sind in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich MwSt. erstattungsfähig.

Darüber hinaus fallen Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte als gesondert berechnungsfähig aufgeführt sind, unter den Versicherungsschutz.