

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Krankheitskosten-Versicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif AktiMed Best S mit Übertragungswert - Einzelversicherung

Dieser Tarif gehört zur Tarif-Serie AktiMed. Er hat die Kurzbezeichnung AM-BS mit Übertragungswert.

2.1 Erforderliche Eigenschaft der versicherten Person (Aufnahmefähigkeit)

Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.2.1 Ambulante Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
- 2.2.1.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
- 2.2.1.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen Behandlung?
- 2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?
- 2.2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Heilbehandlung durch Heilpraktiker?
- 2.2.1.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?
- 2.2.1.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei alternativen-medizinischen Verfahren?
- 2.2.1.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)?
- 2.2.1.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Sehhilfen?
- 2.2.1.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?
- 2.2.1.13 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?
- 2.2.1.14 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten eines Notarztes?
- 2.2.1.15 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?
- 2.2.1.16 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.7.

2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.1.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Heilpraktikern

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten sowie den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG).

(2) Auswahl von juristischen Personen

Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden →juristischen Personen sind ebenfalls versichert:

- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes physikalische Leistungen, Labor- oder Röntgenleistungen erbringen, und
- medizinische Versorgungszentren.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die →versicherte Person andere juristische Personen in Anspruch genommen hat.

2.2.1.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Besonderheiten bei Psychotherapie

Zusätzlich zu den in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringern hat die →versicherte Person die freie Wahl unter den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und den approbierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, wenn

- diese in eigener Praxis tätig sind,
- über einen entsprechenden Fachkunde-Nachweis verfügen und
- wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(2) Besonderheiten bei künstlicher Befruchtung

Für Maßnahmen im Rahmen der künstlichen Befruchtung leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn

- einen Therapie- und Kostenplan erhalten und
- eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Um die Zusage erteilen zu können, prüfen wir, ob und in welchem Umfang wir nach den vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind.

2.2.1.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, sowie für

- Schröpfen,

- Akupunktur zur Schmerztherapie,
- Chirotherapie,
- Eigenblut-Behandlung und
- therapeutische Lokalanästhesie.

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.

2.2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen Behandlung?

(1) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung - mit Ausnahme von künstlicher Befruchtung (siehe dazu Ziffer 2.2.1.6) und Psychotherapie (siehe dazu Ziffer 2.2.1.8) - ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen zum Beispiel Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleistungen (zum Beispiel Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen, Dialysen und Heimdialysen sowie Wegegelder und Reiseentschädigungen des Arztes.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Aufwendungen für Schutzimpfungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, sowie
- Reise-Impfungen,

die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind, einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff.

Nicht erstattungsfähig sind Impfungen wegen der beruflichen Tätigkeit der →versicherten Person sowie die Malaria-Prophylaxe.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?

(1) Spezielle Leistungsvoraussetzungen

Der Ersatz von Aufwendungen für eine medizinisch notwendige künstliche Befruchtung nach den Absätzen 2 bis 4 setzt voraus, dass

- bei der →versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität vorliegt,

- nach Feststellung durch einen Facharzt für Gynäkologie eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit für die Herbeiführung der Schwangerschaft besteht und
- die weibliche Person, die behandelt werden soll, zum Behandlungsbeginn noch nicht 41 Jahre alt ist.

(2) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Der Ersatz von Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist auf höchstens 4 Versuche pro →versicherte Person und reproduktionsmedizinischem Verfahren (zum Beispiel Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion) begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Anzahl an Versuchen pro versicherte Person und reproduktionsmedizinischem Verfahren überschritten worden ist.

Außerdem sind wir nicht leistungspflichtig, wenn wir versicherte Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren erbracht haben, die bereits zu 2 Geburten geführt haben.

(4) Nachrangige Leistungspflicht bei anderen Leistungsträgern

Wenn für den Partner der →versicherten Person, für den bei uns keine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen ist, bei

- einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB),
- einem anderen privaten Krankenversicherer oder
- einem sonstigen Leistungsträger

Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

2.2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Heilbehandlung durch Heilpraktiker?

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung - mit Ausnahme von künstlicher Befruchtung und Psychotherapie (siehe dazu Ziffer 2.2.1.8) - ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker, die nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.1.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Psychotherapie gilt Folgendes:

(1) Erstattungsprozentsätze

Wir ersetzen pro Versicherungsfall

- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zur 30. Sitzung.
- 70 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen ab der 31. Sitzung.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

b) Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker, die nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

c) Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sind über die Höchstsätze hinaus erstattungsfähig, die sich aus der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Verbindung mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ergeben. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.2.1.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei alternativ-medizinischen Verfahren?

Wenn ambulante alternativ-medizinische Verfahren von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1. Aufwendungen für ambulante alternativ-medizinische Verfahren, die von einem Heilpraktiker erbracht werden, sind nach Ziffer 2.2.1.7 erstattungsfähig. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für alternativ-medizinische Verfahren, die von

- Hebammen,
- Entbindungspflegern oder
- Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe

erbracht werden, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

2.2.1.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)?

(1) Verordnung als Leistungsvoraussetzung

Die Aufwendungen für Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen (siehe dazu Ziffer 2.2.1.11) - nach den Absätzen 2 bis 4 sind erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.

(2) Aufwendungen für Hörhilfen und Perücken

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Hörhilfen. Das sind Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik). Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 2.000 Euro pro Person und Hörhilfe begrenzt.

- Perücken bei krankhaftem Haarausfall. Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 600 Euro pro versicherte Person und Perücke begrenzt.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für weitere Hilfsmittel

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Bandagen,
- Blutdruck-Messgeräte,
- Blutzucker-Messgeräte,
- orthopädische Einlagen,
- Bruchbänder,
- Kompressionsstrümpfe,
- Gehhilfen,
- Tens-Geräte,
- Inhalationsgeräte,
- Peak-Flow-Meter,
- Milch-Pumpen,
- konfektionierte Therapie-Schuhe und
- orthopädische Schuhzurichtungen.

(4) Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschaltet werden sollen

a) Aufwendungsersatz zu 80 Prozent (Grundsatz)

Wir ersetzen 80 Prozent der Aufwendungen für sonstige Hilfsmittel (auch für lebenserhaltende Hilfsmittel), die nicht in den Absätzen 2 und 3 enthalten sind.

b) Aufwendungsersatz zu 100 Prozent

Wir ersetzen jedoch 100 Prozent der Aufwendungen, wenn das Hilfsmittel nach Absatz a)

- über uns bezogen oder beschafft worden ist,
- über uns weder bezogen noch beschafft werden kann oder
- im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von 2 Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden musste.

2.2.1.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Sehhilfen?

(1) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Brillengläser,
- Brillenfassungen und
- Kontaktlinsen,

wenn die Sehhilfe von einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist oder eine Refraktionsbestimmung vorliegt, die von einem Optiker durchgeführt worden ist.

(2) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Sehhilfen ist auf höchstens 400 Euro pro Person innerhalb von 24 Monaten begrenzt.

Die maximale Erstattungshöhe ermitteln wir, indem wir

- das Datum zugrunde legen, an dem die Sehhilfe bezogen worden ist, für die Aufwendungsersatz geltend gemacht wird, und
- von diesem Datum ausgehend alle Erstattungen für den Bezug von Sehhilfen der versicherten Person aus den zurückliegenden 24 Monaten berücksichtigen.

Der Anspruch auf Aufwendungsersatz und die individuelle Erstattungshöhe hängen somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.1.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?

(1) Versicherte Leistung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-

sorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

(2) Leistungsvoraussetzungen

Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Unheilbare Erkrankung
Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Sie benötigt deshalb eine besonders aufwändige Versorgung.
- Ärztliche Verordnung
Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist ärztlich verordnet worden. Die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt dabei nicht.
- Geeigneter Leistungserbringer
Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn dieser Leistungserbringer in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

2.2.1.13 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1. Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die von einem Heilpraktiker erbracht werden, sind nach Ziffer 2.2.1.7 erstattungsfähig. Zusätzlich gilt:

- Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die
- im Heilmittelverzeichnis des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert (siehe Ziffer 2.6.1) aufgeführt sind,
 - von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und
 - von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

Die Aufwendungen für Heilmittel sind bis zu den im Heilmittelverzeichnis des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert (siehe Ziffer 2.6.1) genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Verbandmaterialien und zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind.

Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich oder von einem Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate. Aufwendungen für diätetische Nährstoffe sind nur erstattungsfähig, soweit sie zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

2.2.1.14 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten eines Notarztes?

(1) Aufwendungen für Krankentransporte und Krankenfahrten

a) Leistungsvoraussetzung

Die Aufwendungen für Krankentransporte nach Absatz b) und Krankenfahrten nach Absatz c) sind nur erstattungsfähig, wenn diese wegen

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

der →versicherten Person erfolgen.

b) Aufwendungen für Krankentransporte

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte der →versicherten Person zum und vom nächstgelegenen Arzt, Physiotherapeuten oder geeigneten Krankenhaus

- im Rettungswagen,
- im Rettungshubschrauber oder
- durch Transportunternehmen, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen notwendigerweise von medizinisch ausgebildetem Personal begleitet worden ist.

c) Aufwendungen für Krankenfahrten

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige Fahrten der →versicherten Person zum und vom nächstgelegenen Arzt, Physiotherapeuten oder geeigneten Krankenhaus

- im Taxi,
- in öffentlichen Verkehrsmitteln oder
- im privaten Fahrzeug.

Der Ersatz von Aufwendungen für Krankenfahrten ist für die Hin- und Rückfahrt auf insgesamt höchstens 50 Euro pro versicherte Person und Fahrt begrenzt. Bei Krankenfahrten im privaten Fahrzeug legen wir für die Ermittlung des Erstattungshöchstbetrags 0,30 Euro pro gefahrenem Kilometer zugrunde. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Aufwendungen für Fahrten des Notarztes

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Fahrten eines Notarztes wegen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung der →versicherten Person.

2.2.1.15 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.1.5 Absatz 1, 2.2.1.7, 2.2.1.9 bis 2.2.1.11 und 2.2.1.13) 100 Prozent der Aufwendungen für

- medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und
- ambulante Entbindung und Hausentbindung einschließlich der Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik sowie für die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Hebammen und Entbindungspflegern sind über die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.2.1.16 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.2.2 Stationäre Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 2.2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
- 2.2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
- 2.2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnet?
- 2.2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?
- 2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnet?
- 2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbehandlung?
- 2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?
- 2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?
- 2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?
- 2.2.2.12 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.7.

2.2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.2.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten.

(2) Auswahl von juristischen Personen

Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden →juristischen Personen sind ebenfalls versichert:

- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes Labor- oder Röntgenleistungen erbringen, und
- medizinische Versorgungszentren.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die →versicherte Person andere juristische Personen in Anspruch genommen hat.

(3) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Besonderheiten bei Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.2.2 Absatz 3 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 (zum Beispiel 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 bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien.

(2) Besonderheiten bei deutschen Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet, leisten wir 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 den vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind. Zu diesem Zweck können wir verlangen, dass Sie uns dafür einen Kostenvoranschlag mit Befundbericht vorlegen.

Wir leisten auch ohne unsere vorherige schriftliche Zusage im tariflichen Umfang, wenn die stationäre Heilbehandlung wegen eines Notfalls der →versicherten Person notwendig ist.

(3) Besonderheiten bei Anschlussheilbehandlungen

Wenn bei einer Weiterbehandlung, die zeitlich eng mit der vorangegangenen akuten stationären Heilbehandlung der →versicherten Person zusammenhängt,

- der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann und
 - eine teil- oder vollstationäre Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussheilbehandlung),
- leisten wir nur, wenn wir vor Beginn der Weiterbehandlung eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Um die Zusage erteilen zu können, prüfen wir, ob und in welchem Umfang wir nach den vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind. Zu diesem Zweck können wir verlangen, dass Sie uns dafür einen Befundbericht vorlegen.

2.2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, sowie für

- Schröpfen,
- Akupunktur zur Schmerztherapie,
- Chirotherapie,
- Eigenblut-Behandlung und
- therapeutische Lokalanästhesie.

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.

2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnet?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch - SGB V):

(1) Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für wahlärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen sowie
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung.

(3) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für belegärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für belegärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(4) Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen oder Belegentbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind über die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(5) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnungsfähig sind.

Hierzu zählen auch die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist.

2.2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

Anstelle des Aufwendungsersatzes zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von bis zu 90 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft

Wir zahlen 60 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 30 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(2) Keine wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistungen

Wir zahlen 30 Euro, wenn

- auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche Leistungen verzichtet wird und
- kein Aufwendungsersatz für gesondert berechnungsfähige belegärztliche Leistungen geltend gemacht wird.

Wir zahlen jedoch nur 15 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(3) Ausnahmen

Es besteht kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach Absatz 1

- für den Tag, an dem die →versicherte Person aus dem Krankenhaus entlassen wird, oder
- für die Dauer der Behandlung der versicherten Person auf der Intensiv- oder Säuglingsstation.

Es besteht außerdem kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach den Absätzen 1 und 2

- für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus oder,
- wenn sich die stationäre Behandlung auf weniger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnet?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

(1) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen oder Belegentbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind über die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspflege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten (einschließlich der Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen der →versicherten Person) sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

b) Versicherter Höchstbetrag

Die Aufwendungen nach Absatz a) sind maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der

- die durchschnittlichen Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen,
- die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnungsfähig sind, um nicht mehr als 100 Prozent übersteigt. Maßgeblich für die Berechnung sind die Entgelte des Bundeslands, in dem die →versicherte Person behandelt worden ist.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist. Der Höchstbetrag gilt aber nicht, wenn die stationäre Heilbehandlung wegen eines Notfalls der versicherten Person medizinisch notwendig ist.

2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für eine Anschlussheilbehandlung?

Wichtige Indikationen für eine Anschlussheilbehandlung sind zum Beispiel:

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs (Kardiologie),
- degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustände nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie),
- neurologische Krankheiten und Zustände nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und
- onkologische Krankheiten (Erste Krebsnachsorge).

Bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

(1) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspflege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten (einschließlich der Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen der →versicherten Person) sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?

(1) Versicherte Leistung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die stationäre Versorgung der →versicherten Person in Hospizen.

(2) Leistungsvoraussetzungen

Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Unheilbare Erkrankung
Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist.
- Versorgung in einem Hospiz
Die versicherte Person wird in einem Hospiz versorgt. Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.2.2.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.
- Keine anderweitige Versorgung
Eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus ist nicht medizinisch notwendig und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person kann nicht erbracht werden.

(3) Vorrangige Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung

Wenn für die →versicherte Person aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.

2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?

(1) Medizinisch notwendige Transporte

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte der →versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus

- im Rettungswagen,
- im Rettungshubschrauber oder
- durch Transportunternehmen, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen notwendigerweise von medizinisch ausgebildetem Personal begleitet worden ist.

(2) Verlegung in ein anderes Krankenhaus

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Verlegung der →versicherten Person in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, auch wenn diese Transporte nicht medizinisch notwendig sind.

Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn

- die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird und
- die Verlegung über uns organisiert wird.

2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?

Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung (Ziffern 2.2.2.5 und 2.2.2.7) 100 Prozent der Aufwendungen für

- medizinisch notwendige stationäre Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und
- stationäre Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim.

Außerdem gilt Ziffer 2.2.2.6 für die Zahlung eines ersatzweisen Krankenhaustagegelds entsprechend.

2.2.2.12 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.2.3 Ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland?
- 2.2.3.2 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 2.2.3.3 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
- 2.2.3.4 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
- 2.2.3.5 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays?
- 2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?
- 2.2.3.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahntechnische Leistungen?
- 2.2.3.9 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?
- 2.2.3.10 In welchen Fällen muss uns bei ambulanter zahnärztlicher Heilbehandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?
- 2.2.3.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnet?
- 2.2.3.12 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?
- 2.2.3.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnet?
- 2.2.3.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.7.

- 2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland?

Bei Aufwendungen für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland gilt unabhängig davon, ob die Behandlung von einem

- Zahnarzt,
- Arzt oder
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

erbracht wird, ausschließlich unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.2.3.

- 2.2.3.2 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

- 2.2.3.3 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.3.4 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

(2) Auswahl von juristischen Personen

Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden →juristischen Personen sind ebenfalls versichert:

- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes oder Zahnarztes Labor- oder Röntgenleistungen erbringen, und
- medizinische Versorgungszentren.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die →versicherte Person andere juristische Personen in Anspruch genommen hat.

(3) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.3.4 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Besonderheiten bei Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.3.3 Absatz 3 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 (zum Beispiel akut lebensbedrohlicher Zustand) medizinisch notwendig ist und das Krankenhaus für diese Behandlung das einzige, nächstgelegene geeignete Krankenhaus ist.

(2) Besonderheiten bei deutschen Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen

Bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn

- einen Heil- und Kostenplan erhalten und
- eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

2.2.3.5 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind, sowie für

- Schröpfen,
- Akupunktur zur Schmerztherapie,
- Chirotherapie,
- Eigenblut-Behandlung und
- therapeutische Lokalanästhesie.

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.

2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.3.9 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(1) Aufwendungen für Zahnbehandlung

Wir ersetzen 100 Prozent 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,
- professionelle Zahnreinigung,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

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.

(2) Aufwendungen für Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen gemäß dem Abschnitt des Gebührenverzeichnisses der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der prophylaktische Leistungen regelt,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

(3) Aufwendungen für Inlays

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Inlays (Einlagefüllungen),
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.3.9 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können

wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(1) Aufwendungen für Zahnersatz

Wir ersetzen 85 Prozent der Aufwendungen für

- prothetische Leistungen, insbesondere Kronen, Teilkronen und Keramik-Verblendschalen (Veneers), Prothesen, Brücken und Stiftzähne,
- implantologische Leistungen, einschließlich der hiermit zusammenhängend anfallenden chirurgischen Leistungen, zum Beispiel dem Aufbau des Kieferknochens,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

(2) Aufwendungen für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

Wir ersetzen 85 Prozent der Aufwendungen für

- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbiss-Behelfen und Schienen,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

(3) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen

Wir ersetzen 85 Prozent der Aufwendungen für

- kieferorthopädische Leistungen für →versicherte Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

Die Altersbegrenzung auf 21 Jahre gilt nicht für zahnärztliche Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

2.2.3.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahntechnische Leistungen?

Wir ersetzen die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen

- bis zu den nach Ziffer 2.2.3.9 vorgesehenen Höchstbeträgen
- im Rahmen der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.2.3.6 und 2.2.3.7

wie die Aufwendungen, in deren Zusammenhang sie erbracht worden sind.

Die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert für zahntechnische Leistungen (siehe Ziffer 2.6.2) aufgeführt sind.

Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen legen wir maximal die darin genannten Höchstbeträge zugrunde. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.3.9 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn

Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert gelten bei Aufwendungen nach Ziffern 2.2.3.6 bis 2.2.3.8 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:

- 1.000 Euro während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 2.000 Euro während der ersten 24 Monate

- (2. Leistungsabschnitt)
- 3.000 Euro während der ersten 36 Monate
- (3. Leistungsabschnitt)
- 4.000 Euro während der ersten 48 Monate
- (4. Leistungsabschnitt)

Für Aufwendungen, die den Erstattungshöchstbetrag des jeweiligen Leistungsabschnitts übersteigen, besteht kein Anspruch auf Aufwendungsersatz. Dieser übersteigende Teil kann auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit einem Erstattungshöchstbetrag eines folgenden Leistungsabschnitts verrechnet werden.

(2) Keine Erstattungshöchstbeträge bei unfallbedingten Behandlungen

Die Erstattungshöchstbeträge nach Absatz 1 gelten nicht für zahnärztliche Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn

- durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder
- beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

(3) Anrechnung bisheriger Versicherungsdauer bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif AM-BS mit Übertragungswert wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif AM-BS mit Übertragungswert angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif AM-BS mit Übertragungswert bis zu dem Erstattungshöchstbetrag angerechnet, der sich aus Satz 1 ergibt.

Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die versicherte Person aus einem Krankheitskosten-Tarif, der als Zusatzversicherung zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, in Tarif AM-BS mit Übertragungswert wechselt.

2.2.3.10 In welchen Fällen muss uns bei ambulanter zahnärztlicher Heilbehandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

(1) Obliegenheit zur Vorlage des Heil- und Kostenplans

Als besondere →Obliegenheit muss uns ein Heil- und Kostenplan nach Befunderhebung eingereicht werden bei

- Inlays nach Ziffer 2.2.3.6 Absatz 3,
 - Zahnersatz nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 1,
 - funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 2,
 - kieferorthopädischen Leistungen nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 3 sowie
 - zahntechnischen Leistungen nach Ziffer 2.2.3.8,
- wenn die hierfür zu erwartenden Aufwendungen für den Versicherungsfall 2.500 Euro übersteigen.

Wir informieren Sie unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans werden von uns ersetzt.

(2) Rechtsfolgen, wenn der Heil- und Kostenplan nicht vorgelegt wird

Bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 Euro sind wir im tariflichen Umfang uneingeschränkt leistungspflichtig. Für den darüber hinausgehenden Anteil am Gesamtrechnungsbetrag gilt Folgendes:

a) Grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung

Wenn die →versicherte Person den Heil- und Kostenplan grob fahrlässig nicht vorlegt, sind wir nach Teil B Ziffer 3 berechtigt,

- entsprechend der Schwere ihres Verschuldens
- den tariflichen Erstattungsbetrag für Aufwendungen für Inlays, Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie), kieferorthopädische Leistungen sowie zahntechnische Leistungen zu kürzen.

Die Leistungskürzung ist jedoch maximal auf die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrags begrenzt.

b) Vorsätzliche Obliegenheitsverletzung

Wenn die →versicherte Person den Heil- und Kostenplan vorsätzlich nicht vorlegt, sind wir nach Teil B Ziffer 3 von der Leistungspflicht befreit. Dies gilt aber nur bis zur Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrags für Aufwendungen für Inlays, Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie), kieferorthopädische Leistungen sowie zahntechnische Leistungen.

c) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn

Wenn wir nach den Absätzen a) oder b) teilweise leistungspflichtig sind, müssen wir die Aufwendungen maximal bis zu dem Höchstbetrag ab Versicherungsbeginn ersetzen, der sich aus Ziffer 2.2.3.9 ergibt.

2.2.3.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnet?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

(1) Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen

Wir ersetzen die Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung (Ziffern 2.2.3.6 bis 2.2.3.9).

(2) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen sowie
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung.

(3) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen

Wir ersetzen die Aufwendungen für belegärztliche Leistungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung (Ziffern 2.2.3.6 bis 2.2.3.9).

(4) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnungsfähig sind.

Hierzu zählen auch die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist.

2.2.3.12 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

Anstelle des Aufwendungsersatzes zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von bis zu 90 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären zahnärztlichen Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft

Wir zahlen 60 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 30 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(2) Keine wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistungen

Wir zahlen 30 Euro, wenn

- auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche Leistungen verzichtet wird und
- kein Aufwendungsersatz für gesondert berechnungsfähige belegärztliche Leistungen geltend gemacht wird.

Wir zahlen jedoch nur 15 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(3) Ausnahmen

Es besteht kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach Absatz 1 für den Tag, an dem die →versicherte Person aus dem Krankenhaus entlassen wird.

Es besteht außerdem kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach den Absätzen 1 und 2

- für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus oder,
- wenn sich die stationäre Behandlung auf weniger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

2.2.3.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnet?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

(1) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen

Wir ersetzen die Aufwendungen für ärztliche Leistungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung (Ziffern 2.2.3.6 bis 2.2.3.9).

(2) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspflege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten (einschließlich der Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen der →versicherten Person) sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

b) Versicherter Höchstbetrag

Die Aufwendungen nach Absatz a) sind maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der

- die durchschnittlichen Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen,
- die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPIV) berechnungsfähig sind, um nicht mehr als 100 Prozent übersteigt. Maßgeblich für die Berechnung sind die Entgelte des Bundeslands, in dem die →versicherte Person behandelt worden ist.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist. Der Höchstbetrag gilt aber nicht, wenn die stationäre Heilbehandlung wegen eines Notfalls der versicherten Person medizinisch notwendig ist.

2.2.3.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.2.4 Heilkuren in Deutschland

Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ambulanten und stationären Heilkuren?

(1) Verordnung als Leistungsvoraussetzung

Die Aufwendungen für Heilkuren nach Absatz 2 sind erstattungsfähig, wenn die Heilkur von einem Arzt verordnet worden ist.

(2) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Unterkunft und Verpflegung in Kur-Krankenhäusern,
- ärztliche Leistungen,
- den Kurplan,
- Arzneimittel, die von einem Leistungserbringer nach Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind,
- Kurmittel,
- physikalische Therapie, die von einem Leistungserbringer nach Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 verordnet worden ist, sowie
- die Kurtaxe.

(3) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Heilkuren ist auf höchstens 1.000 Euro pro →versicherte Person begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(4) Erneuter Leistungsanspruch

Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Abschluss der vorangegangenen Heilkur.

2.2.5 Behandlung im Ausland

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.5.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlung im Ausland?
- 2.2.5.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?
- 2.2.5.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?
- 2.2.5.4 Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?
- 2.2.5.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte, Überführung oder Bestattung?
- 2.2.5.6 Welche Serviceleistungen erbringen wir?
- 2.2.5.7 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung und bei Tod im Ausland Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.7.

2.2.5.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlung im Ausland?

Unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.2.5 gilt unabhängig davon, ob die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

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

2.2.5.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

Abweichend von Ziffer 1.1.7 Absatz 2 Satz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein besteht während eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz nach Ziffer 2.2.5 für insgesamt 6 Monate. Die Möglichkeit nach Zif-

fer 1.1.7 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 6 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht abweichend von Ziffer 1.1.7 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde. Die Begrenzung auf längstens weitere 2 Monate nach Ziffer 1.1.7 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

2.2.5.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?

Wenn nach den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffern 1.1.7 und 1.1.8) und nach Ziffer 2.2.5.2 Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten besteht, ersetzen wir die Aufwendungen, welche nach Ziffern 2.2.1 bis 2.2.3 auch für Behandlungen innerhalb Deutschlands versichert sind.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen, die nach Ziffern 2.2.1 bis 2.2.3 für Behandlungen in Deutschland vereinbart sind, soweit die Aufwendungen für die Behandlung im Ausland den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.

Dabei gilt keine Begrenzung unserer Leistungspflicht nach Ziffern 2.2.1 bis 2.2.3 auf

- die Gebührensätze nach jeweils geltenden Gebührenordnungen oder Gebührenverzeichnissen,
- die Höchstbeträge nach Ziffern 2.2.2.7 Absatz 3 b) und 2.2.3.13 Absatz 2 b) sowie
- die Höchstbeträge nach den in Ziffer 2.6 genannten Verzeichnissen.

2.2.5.4 Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?

Sie müssen uns unverzüglich nach Beginn einer stationären Behandlung der →versicherten Person im Ausland informieren.

2.2.5.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte, Überführung oder Bestattung?

(1) Rücktransporte

Wir ersetzen 100 Prozent aller Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Rücktransport der →versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)

- an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder
- in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Hierbei muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

(2) Überführung oder Bestattung bei Tod im Ausland

Wenn die →versicherte Person im Ausland stirbt, ersetzen wir 100 Prozent aller unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

Wenn der Verstorbene im Ausland bestattet wird, ersetzen wir 100 Prozent der unmittelbar für die Bestattung entstandenen Aufwendungen. Der Aufwendersatz für die Bestattung ist maximal auf die Höhe der Aufwendungen begrenzt, die für eine Überführung nach Satz 1 angefallen wären.

2.2.5.6 Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung sowie bei Todesfällen erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- Telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen
- Nennung von Kliniken im Ausland

- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-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.
- Versand von Medikamenten und Blutkonserven
- Organisation des Krankenrücktransports
- Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland.

2.2.5.7 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.2.6 Pflege-Pauschale

Wir bieten bei Pflegebedürftigkeit Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.7.

2.2.6.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Pflege-Pauschale?

Wir zahlen eine einmalige Pflege-Pauschale von 2.500 Euro, wenn

- die →versicherte Person pflegebedürftig nach § 14 Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist und
- für sie die Zuordnung mindestens zu Pflegegrad 3 nach § 15 Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nachgewiesen worden ist.

2.2.6.2 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die allgemeine Wartezeit nach Ziffer 1.1.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.2.7 Vereinbarte Selbstbeteiligung

Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?

(1) Vereinbarte Selbstbeteiligung

Pro →versicherte Person und Kalenderjahr ist für alle tariflichen Leistungen eine Selbstbeteiligung von 3.000 Euro vereinbart.

Diese Selbstbeteiligung berücksichtigen wir beim Ersatz der versicherten Aufwendungen, bei der Zahlung des ersatzweisen Krankenhaustagegelds nach Ziffern 2.2.2.6 und 2.2.3.12 sowie bei der Pflege-Pauschale nach Ziffer 2.2.6, indem wir

- die erstattungsfähigen Aufwendungen und sonstigen tariflichen Leistungen ermitteln und
- auf die sich dafür jeweils ergebenden Beträge die Selbstbeteiligung anrechnen, bis der für die Selbstbeteiligung geltende Betrag von 3.000 Euro im Kalenderjahr erreicht worden ist.

(2) Unterjähriger Versicherungsbeginn

Wenn die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar beginnt, vermindert sich die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Das gilt auch, wenn

- die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarif in Tarif AM-BS mit Übertragungswert wechselt und
- dadurch für die versicherte Person erstmalig eine Selbstbeteiligung vereinbart worden oder
- die Selbstbeteiligung nach Tarif AM-BS mit Übertragungswert höher ist, als die betragsmäßige kalenderjährige Selbstbeteiligung des bisherigen Tarifs.

Wenn die versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarif in Tarif AM-BS mit Übertragungswert wech-

selt und die Selbstbeteiligung nach diesem Tarif niedriger ist als die betragsmäßige kalenderjährige Selbstbeteiligung des bisherigen Tarifs, gilt auch nach dem Tarifwechsel die ungekürzte Selbstbeteiligung.

Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die versicherte Person aus einem Krankheitskosten-Tarif, der als Zusatzversicherung zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, in Tarif AM-BS mit Übertragungswert wechselt.

(3) Anrechnung der bisherigen Selbstbeteiligung bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarif in Tarif AM-BS mit Übertragungswert wechselt, rechnen wir für die versicherte Person die im bisherigen Tarif für dasselbe Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung auf die Selbstbeteiligung nach Tarif AM-BS mit Übertragungswert an.

Das gilt nicht, wenn die versicherte Person aus einem Krankheitskosten-Tarif, der als Zusatzversicherung zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, in Tarif AM-BS mit Übertragungswert wechselt.

(4) Vorzeitige Beendigung

Die vereinbarte Selbstbeteiligung ändert sich nicht, wenn dieser Tarif für die →versicherte Person vor dem Ende des Kalenderjahrs beendet wird.

2.2.8 Vorsorge-Pauschale

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.8.1 Welche Vorsorge-Pauschale ist vereinbart?**
- 2.2.8.2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir die Vorsorge-Pauschale?**
- 2.2.8.3 Wann wird die Vorsorge-Pauschale ausgezahlt?**

2.2.8.1 Welche Vorsorge-Pauschale ist vereinbart?

Anstelle des Aufwendersersatzes nach diesem Tarif zahlen wir eine Pauschale für die im Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert (siehe Ziffer 2.6.3) aufgeführten Vorsorge-Untersuchungen (Vorsorge-Pauschale).

Bei der Berechnung der Pauschal-Zahlung legen wir die darin genannten Beträge und Zeit-Intervalle zugrunde. Die tarifliche Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.7 wird bei der Vorsorge-Pauschale nicht berücksichtigt.

2.2.8.2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir die Vorsorge-Pauschale?

Wir zahlen die Vorsorge-Pauschale nach Ziffer 2.2.8.1, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

(1) Ärztliche Bestätigung

Sie müssen durch eine ärztliche Bestätigung nachweisen, dass die →versicherte Person die im Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert (siehe Ziffer 2.6.3) aufgeführten Vorsorge-Untersuchungen in Anspruch genommen hat. Die ärztliche Bestätigung muss auf einem Coupon erfolgen, den wir Ihnen auf Anfrage zusenden.

(2) Kein Aufwendersersatz

In dem Versicherungsjahr, in dem die Vorsorge-Untersuchung durchgeführt worden ist, sind für die →versicherte Person keine Aufwendungen - auch nicht für Vorsorge-Untersuchungen - aus einer bei uns abgeschlossenen →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung ersetzt worden.

(3) Keine Anwartschaftsversicherung

Die Vorsorge-Untersuchungen sind nicht während der Dauer einer →Anwartschaftsversicherung durchgeführt worden. Maßgeblich ist das Datum, an dem die Vorsorge-Untersuchung durchgeführt worden ist.

(4) Bestehende Krankheitskosten-Versicherung ohne Beitragsrückstand im Folgejahr

Für die →versicherte Person muss am 30. Juni des Folgejahrs bei uns noch eine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung ohne Beitragsrückstand bestehen.

Wir zahlen die Vorsorge-Pauschale jedoch auch, wenn die substitutive Krankheitskosten-Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahrs endet, weil die versicherte Person gestorben oder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig geworden ist.

Wir können einheitlich für alle im Tarif AM-BS mit Übertragungswert versicherten Personen mit Anspruch auf Zahlung der Vorsorge-Pauschale auf die Voraussetzung nach Satz 1 verzichten.

2.2.8.3 Wann wird die Vorsorge-Pauschale ausgezahlt?

Wir zahlen die Vorsorge-Pauschale nach dem 30. Juni des Folgejahrs aus.

Wenn wir auf die Voraussetzung nach Ziffer 2.2.7.2 Absatz 4 verzichten, können wir die Vorsorge-Pauschale vor dem 30. Juni des Folgejahrs auszahlen.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

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

d) wenn die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund vom Aufwendersersatz ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein →schwebender Versicherungsfall vorliegt, sind wir nicht leistungspflichtig für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

f) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

i) für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger.

j) für 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 worden ist.

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

(1) Unser Recht zur Herabsetzung unserer Leistungen

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(2) Bemessungskriterien zur Bestimmung der angemessenen Vergütung

Aufwendungen nach

- der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
 - der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
 - der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP),
 - den amtlichen Gebührenordnungen für Hebammen und Entbindungspfleger und
 - dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH)
- sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

Andere Aufwendungen gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

2.4 Umstellungsrecht bei Eintritt gesetzlicher Krankenversicherungspflicht

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.4.1 **Welches Recht zur Umstellung des Versicherungsschutzes haben Sie bei Eintritt der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht?**
- 2.4.2 **Wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt?**
- 2.4.3 **Wann müssen Sie die Umstellung beantragen?**

Ergänzend zu den Regelungen über den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz nach den Ziffern 1.8.1 bis 1.8.3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein haben Sie folgendes weiteres Recht zur Umstellung des Versicherungsschutzes für die nach diesem Tarif →versicherte Person:

2.4.1 Welches Recht zur Umstellung des Versicherungsschutzes haben Sie bei Eintritt der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht?

Wenn die →versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird, haben Sie nicht nur ein Kündigungsrecht nach Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie können in diesem Fall außerdem von uns verlangen, dass wir Ihren Antrag auf Abschluss anderer Krankheitskosten-Tarife für die versicherte Person annehmen (Umstellung des Versicherungsschutzes).

Der Versicherungsschutz kann nur auf Krankheitskosten-Tarife umgestellt werden,

- die für den Neuzugang geöffnet sind,
- bei denen die versicherte Person die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erfüllt und
- die maximal die gleichen Leistungsbereiche umfassen wie Tarif AM-BS mit Übertragungswert.

2.4.2 Wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt?

Bei der Umstellung des Versicherungsschutzes werden die aus dem Vertrag erworbenen Rechte der →versicherten Person in entsprechender Anwendung von § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) angerechnet.

Wenn Sie die Umstellung des Versicherungsschutzes in einen Krankheitskosten-Tarif beantragen, der höhere oder umfassendere Leistungen als Tarif AM-BS mit Übertragungswert beinhaltet, sind wir berechtigt, für diese Leistungen eine erneute Gesundheitsprüfung vorzunehmen. Wenn ein erhöhtes Risiko bei der versicherten Person vorliegt, können wir für die Erweiterung des Versicherungsschutzes einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen.

2.4.3 Wann müssen Sie die Umstellung beantragen?

Sie können die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Ziffer 2.4.1 nur gleichzeitig mit der Kündigung der →substitutiven Krankheitskostenversicherung für die →versicherte Person nach Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein beantragen.

2.5 Besonderheit für die Kindernachversicherung

Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?

Nach Maßgabe von Ziffer 1.8.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein können Sie unter folgenden Bedingungen einen höheren oder umfassenderen Versicherungsschutz wählen:

Wenn für den bei uns versicherten Elternteil am Tag der Geburt des zu versichernden Kindes der Tarif AM-BS mit Übertragungswert abgeschlossen ist, können Sie für die Versicherung des Neugeborenen den Abschluss des leistungstärkeren Tarifs AktiMed Best 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 Regelungen zum Gruppenversicherungs- oder zum Kollektivvertrag enthalten sein.

2.6 Anlagen

Inhalt dieses Abschnitts:

2.6.1	Heilmittelverzeichnis des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert
2.6.2	Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert
2.6.3	Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert
2.6.1	Heilmittelverzeichnis des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert

Wichtige Informationen:

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.

Leistungen, die nicht im Heilmittelverzeichnis enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
Physiotherapie	
- Inhalationen	
Inhalationstherapie als Einzel-Inhalation	8,00
Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,50
Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	7,00
Radon-Inhalation im Stollen	13,00
Radon-Inhalation mittels Hauben	15,50
- Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage	21,50
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	26,00
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zum 14. Geburtstag erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	38,00
Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	7,50
Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer	12,00
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	38,00
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer	13,50
Bewegungsübungen	9,00
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,50

Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,50
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mindestens 30 Minuten	25,00
Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,00
Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mindestens 120 Minuten, je Behandlungstag	90,50
Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinischem Aufbautraining - MAT - oder Medizinischer Trainingstherapie - MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mindestens 60 Minuten)	38,50
Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glisson-Schlinge)	6,00
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perlsches Gerät, Schlingentisch)	8,00
- Massagen	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezial-Massagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colon-Massage)	15,50
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder - Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	21,50
- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	32,50
- Kompressionsbandagierung einer Extremität	10,00
Unterwasserdruckstrahl-Massage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,00
- Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,50
Warm-Packung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien	13,50
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teil-Packung	23,00
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Groß-Packung	31,50
Schwitz-Packung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,50
Kalt-Packung	
- Zum Beispiel Anwendung von Lehm oder Quark	9,00
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid	17,00
Heublumensack, Peloid-Kompresse	10,50
Wickel, Auflagen, Kompressen, auch mit Zusatz	5,50
Trocken-Packung	4,00
Teil-Guss, Teilblitz-Guss, Wechselteil-Guss	4,00
Voll-Guss, Vollblitz-Guss, Wechselvoll-Guss	5,50
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,00
An- oder Absteigendes Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,00
An- oder Absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00
Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,50
Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,00
Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00

Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	36,50
Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	44,00
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad	32,00
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Vollbad	36,50
Sole-Photo-Therapie - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	36,50
Medizinische Bäder mit Zusätzen - Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz	8,00
- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,00
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,50
- weitere Zusätze, je Zusatz	4,00
Gashaltige Bäder - Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,50
- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,00
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,50
- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,50
- Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,00
- Kälte- und Wärmebehandlung	
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Komresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	11,00
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	8,00
Eisteilbad	11,00
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	7,00
- Elektrotherapie	
Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	7,50
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	7,50
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	7,50
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	13,50
Iontophorese	7,50
Zwei- oder Vierzellenbad	13,00
Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,50
- Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht - als Einzelbehandlung	4,00
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,50
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,00
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,00
Quarzlampen-Druckbestrahlung eines Feldes	7,50
Quarzlampen-Druckbestrahlung mehrerer Felder	10,00
- Ergotherapie	

Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	35,00
Einzelbehandlung - bei motorischen Störungen, mindestens 30 Minuten	35,00
- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten	46,00
- bei psychischen Störungen, mindestens 60 Minuten	60,50
Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	35,00
Gruppenbehandlung - mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer	16,00
- bei psychischen Störungen, mindestens 90 Minuten, je Teilnehmer	32,00

- Logopädie

Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	35,00
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	55,00
Ausführlicher Bericht	13,50
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, - mindestens 30 Minuten	35,00
- mindestens 45 Minuten	46,00
- mindestens 60 Minuten	57,50
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmer - Kindergruppe, mindestens 30 Minuten	16,50
- Erwachsenengruppe, mindestens 45 Minuten	19,50

- Podologie

Hornhautabtragung an beiden Füßen	16,00
Hornhautabtragung an einem Fuß	10,00
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	15,00
Nagelbearbeitung an einem Fuß	8,50
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	29,00
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	16,00
Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person	4,00

- Hausbesuche/Wegegeld

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

2.6.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert

Wichtige Informationen:

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.

Aufwendungen für Leistungen, die nicht im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen enthalten sind, oder Be-

träge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Wir legen dem Aufwendungsersatz den erstattungsfähigen Höchstbetrag im Preis- und Leistungsverzeichnis zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer zugrunde.

Im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen anfallende Materialkosten (Kosten für Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile) sind in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Darüber hinaus fallen Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als gesondert berechnungsfähig aufgeführt sind, unter den Versicherungsschutz.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
Abformpfosten/Modellimplantat repositionieren und aufschrauben, je Implantatpfosten	17,90
Abutment individuell, inkl. bearbeiten	60,10
Aufbiss-Schiene/Knirscher-Schiene/Bissführungsplatte/Okklusionsschiene	200,20
Aufstellen/Umstellen Grundeinheit	38,60
Aufstellen je Zahneinheit	9,90
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	60,10
Auswerten eines Registrats	8,60
Basis aus Kunststoff/Basis tiefgezogen	34,30
Basis/Basisteil unterfüttern/erneuern	94,40
Bisswall aus Wachs	14,30
Bohrschablone	221,50
Brückenglied aus Keramik	130,10
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	45,80
Deckgold aufbrennen, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	11,40
Diagnostisches Aufstellen/Diagnostisches Modellieren, je Zahn	18,60
Dublieren Einzelstumpf/Modell oder Modellteil	11,40
Einarmige Klammer/Inlay-Klammer/Interdentalklammer-Knopfklammer/Approximalklammer-Auflage-Bonyhardklammer ohne Auflage/Kralle	17,20
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	50,10
Fertigstellen je Zahneinheit	6,40
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	45,80
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	22,90
Gebogene Retention, je Retention	14,30
Gegossene Retention, je Retention, Anker für Klebebrücke	35,80
Grundeinheit Fertigstellung	85,80
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - dreiflächig	97,20
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - einflächig	68,60
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - mehrflächig	104,40
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - zweiflächig	82,90
Guss-Onlay/Guss-Teilkrone	97,20
Hilfsteil in Abdruck/an Basis (z. B. Röntgenkugel, Bohrhülse)	12,20
Implantatausgleichskrone gegossen	79,40
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	21,50
Individueller Löffel/Funktionslöffel	41,50
Individuelles Geschiebe	168,70

Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	50,10
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	38,60
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - dreiflächig	207,40
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - einflächig	178,80
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - mehrflächig	214,50
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - zweiflächig	193,10
Keramik-Krone/Presskeramik-Krone/Glaskeramik-Krone	185,90
Keramik-Teilkrone/Presskeramik-Teilkrone/Glaskeramik-Teilkrone/Keramik-Teilonlay/Presskeramik-Onlay/Glaskeramik-Onlay	211,60
Keramik-Verblendschale/Keramik-Veneer	211,60
Keramik-Verblendung	109,10
Konfektionsabutment, inkl. bearbeiten oder ergänzen	24,90
Konfektionsgeschiebe	123,00
Krone, Brückenglied, Inlay aufpassen, auf Kontrollmodell	11,40
Krone gegossen/Krone für Verblendung/Wurzelkappe/Galvano-Krone	104,40
Kronen- oder Brückengliedreparatur	48,60
Kunststoff-Inlay/Kunststoff-Onlay	71,50
Kunststoff-Krone	91,50
Kunststoff-Verblendung	79,00
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	31,50
Leistungseinheit Sprung, Bruch, Wiederbefestigung eines Zahns, Basisteil aus Kunststoff	11,40
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten	14,30
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	21,50
Lötfreie Verbindung	12,90
Lötung/Schweißverbindung	20,00
Mehraufwand für Einstellen nach Zentrik-Registret	11,40
Meso-/Mesiostruktur auf Implantat	79,40
Mess-Schablone/Implantat-/Kontroll-Schablone	45,80
Metallarmierung für provisorische Versorgung/Retention	35,80
Metallbasis - Oberkiefer, Unterkiefer	138,70
Miniplastschiene	85,80
Modell	17,20
Modell oder Zahnkranz bearbeiten	4,30
Modell untersockeln	10,00
Modell vermessen	7,90
Modellimplantat repositionieren	12,20
Modellmontage in Artikulator	18,60
Modellpaar sockeln, dreidimensional	47,20
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	22,90
Montage eines Gegenkiefermodells	11,40
Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese	118,70
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	57,20
Radieren nach System	7,20
Registrierhilfen/Registret/Zentrikplatte/Bissplatte	24,40
Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)	72,90
Remontage-Modell	35,80
Reponieren eines Stumpfes	5,40
Riegel	244,50

Rillen-Schulter-Geschiebe	170,90
Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	11,40
Rückenschutzplatte/Zahn oder Kaufläche zahnfarben hergestellt oder aus Metall	57,20
Schubverteilungsarm	107,30
Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	31,50
Selektives Einschleifen	44,30
SET-UP/WAX-UP je Zahn	14,30
Silikonschlüssel	5,00
Sonderausführungen Prothesenbasis (Sonderkunststoffe verarbeiten, Gitter/Bügel einarbeiten)	60,10
Spezialmodell	47,20
Split-Cast Sockel an Modell	21,50
Steg, Grundeinheit	54,30
Steg, Längeneinheit	11,40
Steggeschiebe	167,90
Stiftaufbau (gegossen)	55,80
Stumpf einschließlich aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowelpin	24,50
Stumpf scannen, digitieren, digitalisieren	82,70
Stumpfmodell/Sägmodell	18,60
Teleskop-Krone/Konus-Krone	292,00
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	5,70
Übertragungskappe	48,60
Umlaufende Fräsung	15,70
Umstellen je Zahneinheit	8,40
Unterfütterbarer Abschlussrand	17,20
Versandkosten in nachgewiesener Höhe	
Verschraubung/Verbolzung	64,40
Wurzel-/Sattelpontic, je Zahneinheit	42,90
Wurzelstift gegossen	48,60
Zahn diagnostisch beschleifen oder radieren	7,20
Zahn zahnfarben hinterlegen, je Zahn	9,30
Zahnfarbenbestimmung insgesamt	28,60
Zahnfleisch je Zahneinheit	60,10
Zahnfleischmaske, abnehmbar - je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	25,70
Zahnkranz ausgießen	14,30
Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop, je Zahneinheit	35,80
Zweiarmige Klammer/Bonwill-Klammer/Bonyhard-Klammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurf-Klammer	28,60
Zweitstumpf aus Kunststoff inkl. Übertragung ins Arbeitsmodell	20,00

- Kieferorthopädie

Adamsklammer	14,50
Aufbiss-Kappe aus Kunststoff, je Zahn	36,20
Aufbiss-Kappe aus Metall, je Zahn	69,40
Außenbogen individuell, auch Lipbumper, je Kiefer	79,40
Band auf Modell aufpassen, je Band	21,70
Basis für Einzelkiefergerät	105,20
Basis für Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät	166,10
Basis für Schiefe Ebene aus Kunststoff	69,40
Basis für Schiefe Ebene aus Metall	112,70
Coffin-Feder	43,40
Doppelbogen-Klammer	23,20
Doppelplatten-Führungssporn/-Steg	50,50
Dorn	14,50
Dreiecksklammer	14,50
Druckfeder, Zugfeder	21,70
Facebow anpassen	18,80

Feder	21,70
Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät, voreinschleifen	28,90
Frontaler oder lateraler Aufbiss, hart je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	23,20
Frontaler oder lateraler Aufbiss, weich je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	54,90
Funktionsfähig machen einer Schraube ohne Trennen der Basis	11,40
Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	43,40
Grundeinheit Instandsetzung KFO-Basis	43,40
Häkchen	14,50
Haltesporn	14,50
Headgear individuell, je Kiefer	79,40
Interokkusal-Stop	14,50
KFO Platte, voreinschleifen	11,40
Kinnkappe mit Retentionshaken	108,40
Kunststoffschild	40,40
Labialbogen, auch modifiziert oder intermaxillär, je Kiefer	44,70
Lingualbogen, je Kiefer	43,50
Lingualer Frontalbogen	28,90
Lückenhalter	26,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	14,50
Palatinalbogen	54,90
Pelotte, je Kieferhälfte	40,40
Positioner	202,20
Protrusionsbogen, je Kiefer	28,90
Retentionschiene	93,90
Schiefe Ebene aus Metall oder Kunststoff, je Zahneinheit	36,20
Schraube einarbeiten	46,20
Spezierschraube (Einzelzahn-, Sektoren-, asymmetrische Bewegung)	37,50
Spezierschraube zur Metallverbindung	46,20
Spike	10,20
Sporn aktiv, Rücklaufsporn, Führungssporn	17,20
Stop	11,50
Trennen einer Basis	21,70
U-Bügel, Federbügel	50,50
Verarbeiten eines Schlosses oder eines Röhrchens	20,20
Vorbiss oder Rückbiss	26,00
Vorhofplatte	144,40
Zugfeder	21,70
Zungengitter, je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	31,70

2.6.3 Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AM-BS mit Übertragungswert

Wichtige Information:

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.

Vorsorge-Untersuchung	Zeitintervall	Pauschale Euro
Vorsorgeuntersuchungen für Männer		
Gesundheitsuntersuchung für Männer	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00
- Mindestalter: 35 Jahre		
Krebsvorsorge für Männer (Grundsatz)	einmal pro Versicherungsjahr	40,00
- Mindestalter: 45 Jahre		
Hautkrebs-Screening für Männer	einmal innerhalb von 2 aufeinander	35,00

- Mindestalter: 35 Jahre	folgenden Versicherungsjahren	
Darmspiegelung für Männer	einmal innerhalb von 10 aufeinander	270,00
- Mindestalter: 55 Jahre	folgenden Versicherungsjahren	
Vorsorgeuntersuchungen für Frauen		
Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz)	einmal pro Versicherungsjahr	60,00
- Mindestalter: 21 Jahre		
Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz)	einmal pro Versicherungsjahr	70,00
- Mindestalter: 50 Jahre		
Hautkrebs-Screening für Frauen	einmal innerhalb von 2 aufeinander	35,00
- Mindestalter: 35 Jahre	folgenden Versicherungsjahren	
Gesundheitsuntersuchung für Frauen	einmal innerhalb von 2 aufeinander	75,00
- Mindestalter: 35 Jahre	folgenden Versicherungsjahren	
Mammographie für Frauen	einmal innerhalb von 2 aufeinander	125,00
- Mindestalter: 50 Jahre	folgenden Versicherungsjahren	
Darmspiegelung für Frauen	einmal innerhalb von 10 aufeinander	270,00
- Mindestalter: 55 Jahre	folgenden Versicherungsjahren	