

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 Plus 90 mit Übertragungswert - Einzelversicherung

Dieser Tarif gehört zur Tarif-Serie AktiMed. Er hat die Kurzbezeichnung AM-P90 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 2.2.6.

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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für Schutzimpfungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Schutzimpfungen,

- die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden - mit Ausnahme von Reise-Impfungen, Malaria-Prophylaxe sowie Impfungen wegen der beruflichen Tätigkeit der →versicherten Person - ,
- die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind, einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(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?

(1) Versicherte Leistungen

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) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker und für damit zusammenhängend verordnete Arzneimittel ist auf höchstens 1.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. 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?

(1) Versicherte Leistungen

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Psychotherapie gilt Folgendes:

a) Ärztliche 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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir

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

b) Behandlungen durch Heilpraktiker

Wir ersetzen 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.

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

Wir ersetzen 100 Prozent der 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 bis zu den Höchstsätzen erstattungsfähig, die sich aus der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Verbindung mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ergeben. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(2) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Der Ersatz von Aufwendungen für Psychotherapie ist auf höchstens 20 Sitzungen pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Anzahl an Sitzungen überschritten worden ist.

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 Absatz 2 sind erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.

(2) Versicherte Leistungen

a) Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschaltet werden sollen

aa) Aufwundersersatz zu 80 Prozent (Grundsatz)

1. Lebenserhaltende Hilfsmittel

Wir ersetzen 80 Prozent der Aufwendungen für folgende lebenserhaltende Hilfsmittel:

- Beatmungsgeräte,

- Absaug-Geräte,
- Sauerstoff-Konzentratoren,
- Herz- und Atemmonitore und
- Ernährungspumpen.

2. Sonstige Hilfsmittel

Wir ersetzen 80 Prozent der Aufwendungen für folgende sonstige Hilfsmittel:

- Infusionspumpen,
- Geräte zur Behandlung von Schlafapnoe,
- Hilfsmittel gegen Dekubitus,
- Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, Orthesen und Leibbinden),
- Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen),
- Inkontinenz-Artikel,
- Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel) und
- Krankenfahrstühle.

bb) Aufwundersersatz zu 100 Prozent

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

- 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.

b) Aufwendungen für orthopädische Schuhe, Hörhilfen und Perücken

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- orthopädische Schuhe. Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 2.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt.
- Hörhilfen. Das sind Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik). Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 1.500 Euro pro versicherte Person und Hörhilfe begrenzt.
- Perücken bei krankhaftem Haarausfall. Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 500 Euro pro versicherte Person und Perücke begrenzt.

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

c) Aufwendungen für weitere Hilfsmittel

aa) Erstattungsprozentsätze

Wir ersetzen

- 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Hilfsmittel nach Absatz bb), bis die Eigenbeteiligung von 3.500 Euro erreicht wird.
- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Hilfsmittel nach Absatz bb), wenn die Eigenbeteiligung von 3.500 Euro erreicht worden ist.

bb) Erstattungsfähige Aufwendungen für weitere Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die 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.

cc) Prozentuale Eigenbeteiligung

Pro →versicherte Person und Kalenderjahr ist bei Aufwendungen für die weiteren Hilfsmittel eine Eigenbeteiligung von 20 Prozent

der erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch höchstens 3.500 Euro vereinbart.

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 250 Euro pro →versicherte 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-Versorgung 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-P90 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-P90 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

a) Versicherte Leistungen

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.

b) Versicherter Höchstbetrag

Beim Ersatz von Aufwendungen für Arzneimittel, die von einem Heilpraktiker verordnet worden sind, berücksichtigen wir den Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.7 Absatz 2.

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 bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

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 2.2.6.

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 Krankenhaus-

entgeltgesetz (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 Krankenhausergeltgesetz 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 bis zum 5,0fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Gebührensatz überschritten worden ist.

(2) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Zweibett-Zimmer

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen sowie

- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung.

Wenn die →versicherte Person in einem Einbett-Zimmer untergebracht war, ersetzen wir die Aufwendungen, die bei einer Unterkunft im Zweibett-Zimmer angefallen wären.

(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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(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 bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(5) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausergeltgesetz (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 60 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das nach dem Krankenhausergeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft

Wir zahlen 30 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 15 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 (ohne belegärztliche Leistungen)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen - mit Ausnahme von belegärztlichen Leistungen (siehe dazu Absatz 2) -, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind bis zum 5,0fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Gebührensatz überschritten worden ist.

(2) 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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(3) 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 bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(4) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

a) Versicherte Leistungen

- Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die Unterkunft im 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.

Wenn die versicherte Person in einem Einbett-Zimmer untergebracht war, ersetzen wir die Aufwendungen, die bei einer Unterkunft im Zweibett-Zimmer angefallen wären.

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 (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnungsfähig sind, um nicht mehr als 50 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 (ohne belegärztliche Leistungen)

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen - mit Ausnahme von belegärztlichen Leistungen (siehe dazu Absatz 2) -, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind bis zum 5,0fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Gebührensatz überschritten worden ist.

(2) 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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

- Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die Unterkunft im 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 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?

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.

2.2.2.11 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 und Zahnprophylaxe?
- 2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Inlays, 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 2.2.6.

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 Bundespflege-satzverordnung abrechnen

Bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) 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 und Zahnprophylaxe?

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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(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.

2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Inlays, 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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Aufwendungen für Inlays

Wir ersetzen 75 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) Aufwendungen für Zahnersatz

Wir ersetzen 75 Prozent der Aufwendungen für

- prothetische Leistungen, insbesondere Kronen, Teilkronen und Keramik-Verblendschalen (Veneers), Prothesen, Brücken und Stützähne,
- implantologische Leistungen für bis zu 4 Implantate pro Kiefer, einschließlich auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen) und die 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.

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

Wir ersetzen 75 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.

(4) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen

Wir ersetzen 75 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-P90 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-P90 mit Übertragungswert gelten bei Aufwendungen nach Ziffern 2.2.3.6 bis 2.2.3.8 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:

- 750 Euro während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 1.500 Euro während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 2.250 Euro während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 3.000 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 be-

inhaltet, in Tarif AM-P90 mit Übertragungswert wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif AM-P90 mit Übertragungswert angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif AM-P90 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-P90 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 2.2.3.7 Absatz 1,
- Zahnersatz nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 2,
- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 3,
- kieferorthopädischen Leistungen nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 4 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 Zweibett-Zimmer

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

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

Wenn die →versicherte Person in einem Einbett-Zimmer untergebracht war, ersetzen wir die Aufwendungen, die bei einer Unterkunft im Zweibett-Zimmer angefallen wären.

(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 (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.

2.2.3.12 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

Anstelle des Aufwendersersatzes zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von bis zu 60 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären zahnärztlichen Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft

Wir zahlen 30 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 15 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 Aufwendersersatz 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 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.

Wenn die versicherte Person in einem Einbett-Zimmer untergebracht war, ersetzen wir die Aufwendungen, die bei einer Unterkunft im Zweibett-Zimmer angefallen wären.

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 (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnungsfähig sind, um nicht mehr als 50 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 Behandlung im Ausland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.4.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlung im Ausland?

2.2.4.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

2.2.4.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?

2.2.4.4 Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?

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

2.2.4.6 Welche Serviceleistungen erbringen wir?

2.2.4.7 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 2.2.6.

2.2.4.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlung im Ausland?

Unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.2.4 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.

2.2.4.2 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 2.2.4 für insgesamt 2 Monate. Die Möglichkeit nach Ziffer 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 2 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.

2.2.4.3 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 2.2.4.2 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. Dabei gilt im Einzelnen Folgendes:

(1) Entsprechend der Leistungszusage für Behandlungen in Deutschland (Grundsatz)

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 4 b) und 2.2.3.13 Absatz 2 b) sowie
- die Höchstbeträge nach den in Ziffer 2.6 genannten Verzeichnissen.

(2) Besonderheiten bei Reisen zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Der sich nach Absatz 1 ergebende Erstattungsprozentsatz reduziert sich um 20 Prozent, wenn die →versicherte Person zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums reist. Das gilt nicht, wenn

- die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- wir vor Reiseantritt eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

2.2.4.4 Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?

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

2.2.4.5 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 Aufwendungsersatz für die Bestattung ist maximal auf die Höhe der Aufwendungen begrenzt, die für eine Überführung nach Satz 1 angefallen wären.

2.2.4.6 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.

2.2.4.7 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.

2.2.5 Pflege-Pauschale

Wir bieten bei Pflegebedürftigkeit Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.6.

2.2.5.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Pflege-Pauschale?

Wir zahlen eine einmalige Pflege-Pauschale von 3.000 Euro, wenn

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

2.2.5.2 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.

2.2.6 Vereinbarte Selbstbeteiligung

Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?

(1) Vereinbarte Selbstbeteiligung

Pro →versicherte Person und Kalenderjahr ist für alle tariflichen Leistungen eine Selbstbeteiligung von 10 Prozent, insgesamt höchstens 500 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 2.2.5, indem wir

- die erstattungsfähigen Aufwendungen und sonstigen tariflichen Leistungen ermitteln und
- von den sich dafür jeweils ergebenden Beträgen 10 Prozent Selbstbeteiligung abziehen, bis der für die Selbstbeteiligung geltende Höchstbetrag von 500 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-P90 mit Übertragungswert wechselt und
- dadurch für die versicherte Person erstmalig eine Selbstbeteiligung vereinbart worden oder
- die Selbstbeteiligung nach Tarif AM-P90 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-P90 mit Übertragungswert wechselt 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-P90 mit Übertragungswert wechselt.

(3) Anrechnung der bisherigen Selbstbeteiligung bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarif in Tarif AM-P90 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-P90 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-P90 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.

2.2.7 Vorsorge-Pauschale

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.7.1 Welche Vorsorge-Pauschale ist vereinbart?

2.2.7.2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir die Vorsorge-Pauschale?

2.2.7.3 Wann wird die Vorsorge-Pauschale ausgezahlt?

2.2.7.1 Welche Vorsorge-Pauschale ist vereinbart?

Anstelle des Aufwendungsersatzes nach diesem Tarif zahlen wir eine Pauschale für die im Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AM-P90 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 2.2.6 wird bei der Vorsorge-Pauschale nicht berücksichtigt.

2.2.7.2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir die Vorsorge-Pauschale?

Wir zahlen die Vorsorge-Pauschale nach Ziffer 2.2.7.1, 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-P90 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 Aufwendungsersatz

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-P90 mit Übertragungswert versicherten Personen mit Anspruch auf Zahlung der Vorsorge-Pauschale auf die Voraussetzung nach Satz 1 verzichten.

2.2.7.3 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 Aufwendungsersatz 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-P90 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-P90 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-P90 mit Übertragungswert abgeschlossen ist, können Sie für die Versicherung des Neugeborenen den Abschluss des leistungsstärkeren Tarifs AktiMed Plus 100 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-P90 mit Übertragungswert
2.6.2	Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AM-P90 mit Übertragungswert
2.6.3	Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AM-P90 mit Übertragungswert
2.6.1	Heilmittelverzeichnis des Tarifs AM-P90 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	9,00
- Zum Beispiel Anwendung von Lehm oder Quark	
- 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	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	35,00
Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	44,00	Einzelbehandlung	35,00
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad	32,00	- bei motorischen Störungen, mindestens 30 Minuten	
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Vollbad	36,50	- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten	46,00
Sole-Photo-Therapie - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	36,50	- bei psychischen Störungen, mindestens 60 Minuten	60,50
Medizinische Bäder mit Zusätzen - Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz	8,00	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	35,00
- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,00	Gruppenbehandlung	16,00
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,50	- mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer	
- weitere Zusätze, je Zusatz	4,00	- bei psychischen Störungen, mindestens 90 Minuten, je Teilnehmer	32,00
Gashaltige Bäder	21,50		
- Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe		- Logopädie	
- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,00	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	35,00
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,50	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	55,00
- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,50	Ausführlicher Bericht	13,50
- Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,00	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen,	35,00
		- mindestens 30 Minuten	
- Kälte- und Wärmebehandlung		- mindestens 45 Minuten	46,00
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Komresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	11,00	- mindestens 60 Minuten	57,50
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	8,00	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmer	16,50
Eisteilbad	11,00	- Kindergruppe, mindestens 30 Minuten	
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	7,00	- Erwachsenengruppe, mindestens 45 Minuten	19,50
		- Podologie	
- Elektrotherapie		Hornhautabtragung an beiden Füßen	16,00
Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	7,50	Hornhautabtragung an einem Fuß	10,00
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	7,50	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	15,00
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	7,50	Nagelbearbeitung an einem Fuß	8,50
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	13,50	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	29,00
Iontophorese	7,50	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	16,00
Zwei- oder Vierzellenbad	13,00	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person	4,00
Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,50		
		- Hausbesuche/Wegegeld	
- Lichttherapie		Ärztlich verordneter Hausbesuch	10,00
Behandlung mit Ultraviolettlicht	4,00	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	
- als Einzelbehandlung			
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,50		
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	4,00		
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,00		
Quarzlampen-Druckbestrahlung eines Feldes	7,50		
Quarzlampen-Druckbestrahlung mehrerer Felder	10,00		
		2.6.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AM-P90 mit Übertragungswert	
- Ergotherapie		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	16,30
Abutment individuell, inkl. bearbeiten	54,60
Aufbiss-Schiene/Knirscher-Schiene/Bissführungsplatte/Okklusionsschiene	182,00
Aufstellen/Umstellen Grundeinheit	35,10
Aufstellen je Zahneinheit	9,00
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	54,60
Auswerten eines Registrats	7,80
Basis aus Kunststoff/Basis tiefgezogen	31,20
Basis/Basisteil unterfüttern/erneuern	85,80
Bisswall aus Wachs	13,00
Bohrschablone	201,40
Brückenglied aus Keramik	118,30
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	41,60
Deckgold aufbrennen, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	10,40
Diagnostisches Aufstellen/Diagnostisches Modellieren, je Zahn	16,90
Dublieren Einzelstumpf/Modell oder Modellteil	10,40
Einarmige Klammer/Inlay-Klammer/Interdentalklammer-Knopfklammer/Approximalklammer-Auflage-Bonyhardklammer ohne Auflage/Kralle	15,60
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	45,50
Fertigstellen je Zahneinheit	5,90
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	41,60
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	20,80
Gebogene Retention, je Retention	13,00
Gegossene Retention, je Retention, Anker für Klebebrücke	32,50
Grundeinheit Fertigstellung	78,00
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - dreiflächig	88,40
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - einflächig	62,40
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - mehrflächig	94,90
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - zweiflächig	75,40
Guss-Onlay/Guss-Teilkrone	88,40
Hilfsteil in Abdruck/an Basis (z. B. Röntgenkugel, Bohrhülse)	11,10
Implantatausgleichskrone gegossen	72,20
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	19,50
Individueller Löffel/Funktionslöffel	37,70
Individuelles Geschiebe	153,40

Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	45,50
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	35,10
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - dreiflächig	188,50
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - einflächig	162,50
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - mehrflächig	195,00
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - zweiflächig	175,50
Keramik-Krone/Presskeramik-Krone/Glaskeramik-Krone	169,00
Keramik-Teilkrone/Presskeramik-Teilkrone/Glaskeramik-Teilkrone/Keramik-Teilonlay/Presskeramik-Onlay/Glaskeramik-Onlay	192,40
Keramik-Verblendschale/Keramik-Veneer	192,40
Keramik-Verblendung	99,20
Konfektionsabutment, inkl. bearbeiten oder ergänzen	22,60
Konfektionsgeschiebe	111,80
Krone, Brückenglied, Inlay aufpassen, auf Kontrollmodell	10,40
Krone gegossen/Krone für Verblendung/Wurzelkappe/Galvano-Krone	94,90
Kronen- oder Brückengliedreparatur	44,20
Kunststoff-Inlay/Kunststoff-Onlay	65,00
Kunststoff-Krone	83,20
Kunststoff-Verblendung	71,50
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	28,60
Leistungseinheit Sprung, Bruch, Wiederbefestigung eines Zahns, Basisteil aus Kunststoff	10,40
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten	13,00
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	19,50
Lötfreie Verbindung	11,70
Lötung/Schweißverbindung	18,20
Mehraufwand für Einstellen nach Zentrik-Registrat	10,40
Meso-/Mesiostruktur auf Implantat	72,20
Mess-Schablone/Implantat-/Kontroll-Schablone	41,60
Metallarmierung für provisorische Versorgung/Retention	32,50
Metallbasis - Oberkiefer, Unterkiefer	126,10
Miniplastschiene	78,00
Modell	15,60
Modell oder Zahnkranz bearbeiten	3,90
Modell untersockeln	9,10
Modell vermessen	7,20
Modellimplantat repositionieren	11,10
Modellmontage in Artikulator	16,90
Modellpaar sockeln, dreidimensional	42,90
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	20,80
Montage eines Gegenkiefermodells	10,40
Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese	107,90
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	52,00
Radieren nach System	6,50
Registrierhilfen/Registrat/Zentrikplatte/Bissplatte	22,10
Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)	66,30
Remontage-Modell	32,50
Reponieren eines Stumpfes	4,90
Riegel	222,30

Rillen-Schulter-Geschiebe	155,40
Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	10,40
Rückenschutzplatte/Zahn oder Kaufläche zahnfarben hergestellt oder aus Metall	52,00
Schubverteilungsarm	97,50
Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	28,60
Selektives Einschleifen	40,30
SET-UP/WAX-UP je Zahn	13,00
Silikonschlüssel	4,60
Sonderausführungen Prothesenbasis (Sonderkunststoffe verarbeiten, Gitter/Bügel einarbeiten)	54,60
Spezialmodell	42,90
Split-Cast Sockel an Modell	19,50
Steg, Grundeinheit	49,40
Steg, Längeneinheit	10,40
Steggeschiebe	152,60
Stiftaufbau (gegossen)	50,70
Stumpf einschließlich aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowelpin	22,20
Stumpf scannen, digitieren, digitalisieren	75,10
Stumpfmodell/Sägmodell	16,90
Teleskop-Krone/Konus-Krone	265,50
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	5,20
Übertragungskappe	44,20
Umlaufende Fräsung	14,30
Umstellen je Zahneinheit	7,70
Unterfütterbarer Abschlussrand	15,60
Versandkosten in nachgewiesener Höhe	
Verschraubung/Verbolzung	58,50
Wurzel-/Sattelpontic, je Zahneinheit	39,00
Wurzelstift gegossen	44,20
Zahn diagnostisch beschleifen oder radieren	6,50
Zahnfarben hinterlegen, je Zahn	8,50
Zahnfarbenbestimmung insgesamt	26,00
Zahnfleisch je Zahneinheit	54,60
Zahnfleischmaske, abnehmbar - je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	23,40
Zahnkranz ausgießen	13,00
Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop, je Zahneinheit	32,50
Zweiarmige Klammer/Bonwill-Klammer/Bonyhard-Klammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurf-Klammer	26,00
Zweitstumpf aus Kunststoff inkl. Übertragung ins Arbeitsmodell	18,20

- Kieferorthopädie

Adamsklammer	13,00
Aufbiss-Kappe aus Kunststoff, je Zahn	32,50
Aufbiss-Kappe aus Metall, je Zahn	62,40
Außenbogen individuell, auch Lipbumper, je Kiefer	71,50
Band auf Modell aufpassen, je Band	19,50
Basis für Einzelkiefergerät	84,50
Basis für Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät	149,50
Basis für Schiefe Ebene aus Kunststoff	62,40
Basis für Schiefe Ebene aus Metall	101,40
Coffin-Feder	39,00
Doppelbogen-Klammer	20,80
Doppelplatten-Führungssporn/-Steg	45,50
Dorn	13,00
Dreiecksklammer	13,00
Druckfeder, Zugfeder	19,50
Facebow anpassen	16,90

Feder	19,50
Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät, voreinschleifen	26,00
Frontaler oder lateraler Aufbiss, hart je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	20,80
Frontaler oder lateraler Aufbiss, weich je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	49,40
Funktionsfähig machen einer Schraube ohne Trennen der Basis	10,40
Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	39,00
Grundeinheit Instandsetzung KFO-Basis	39,00
Häkchen	13,00
Haltesporn	13,00
Headgear individuell, je Kiefer	71,50
Interoklusal-Stop	13,00
KFO Platte, voreinschleifen	10,40
Kinnkappe mit Retentionshaken	97,50
Kunststoffschild	36,40
Labialbogen, auch modifiziert oder intermaxillär, je Kiefer	40,30
Lingualbogen, je Kiefer	39,00
Lingualer Frontalbogen	26,00
Lückenhalter	23,40
Montage eines Modellpaares in Fixator	13,00
Palatinalbogen	49,40
Pelotte, je Kieferhälfte	36,40
Positioner	182,00
Protrusionsbogen, je Kiefer	26,00
Retentionschiene	85,60
Schiefe Ebene aus Metall oder Kunststoff, je Zahneinheit	32,50
Schraube einarbeiten	41,60
Spezierschraube (Einzelzahn-, Sektoren-, asymmetrische Bewegung)	33,80
Spezierschraube zur Metallverbindung	41,60
Spike	9,10
Sporn aktiv, Rücklaufsporn, Führungssporn	15,60
Stop	10,40
Trennen einer Basis	19,50
U-Bügel, Federbügel	45,50
Verarbeiten eines Schlosses oder eines Röhrchens	18,20
Vorbiss oder Rückbiss	23,40
Vorhofplatte	130,00
Zugfeder	19,50
Zungengitter, je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	28,60

2.6.3 Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AM-P90 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 - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00
Krebsvorsorge für Männer (Grundsatz) - Mindestalter: 45 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	40,00

Hautkrebs-Screening für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	35,00
Darmspiegelung für Männer - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00

Vorsorgeuntersuchungen für Frauen

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