

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 P (AMP90PU) - Einzelversicherung

Dieser Tarif gehört zur Tarif-Serie AktiMed. Er hat die Kurzbezeichnung AMP90PU.

Der Tarif AMP90PU gehört zur →Produktgruppe UNI. Außerdem sieht der Tarif den Aufbau eines →Übertragungswerts vor.

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 besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und 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 **Was ist unter dem Primärärztsystem zu verstehen und welche Informationspflichten müssen Sie beachten?**
- 2.2.1.6 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ärztlichen Heilbehandlungen und Vorsorge-Untersuchungen?**
- 2.2.1.7 **Welche Aufwendungen ersetzen wir für Schutzimpfungen?**
- 2.2.1.8 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?**
- 2.2.1.9 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Heilbehandlung durch Heilpraktiker?**
- 2.2.1.10 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?**
- 2.2.1.11 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?**
- 2.2.1.12 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei alternativen-medizinischen Verfahren?**
- 2.2.1.13 **Welche Aufwendungen ersetzen wir für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)?**
- 2.2.1.14 **Welche Aufwendungen ersetzen wir für Sehhilfen?**
- 2.2.1.15 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?**
- 2.2.1.16 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?**
- 2.2.1.17 **Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?**

- 2.2.1.18 **Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten eines Notarztes?**
- 2.2.1.19 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?**
- 2.2.1.20 **Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?**

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

- 2.2.1.1 **Welcher besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?**

(1) Besonderer Versicherungsfall

Zusätzlich zu den in Ziffer 1.1.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein genannten Versicherungsfällen gilt als Versicherungsfall auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch wegen

- medizinisch notwendiger Indikation (zum Beispiel bei Gefahr für das Leben der Schwangeren) oder
- kriminologischer Indikation (zum Beispiel bei Schwangerschaft aufgrund einer Vergewaltigung).

(2) Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen

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 physikalisch-medizinische 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

a) Zusageerfordernis

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.

Wenn der Leistungserbringer in eigener Praxis tätig ist, über einen entsprechenden Fachkunde-Nachweis verfügt und wir nach den vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

b) Ausnahme vom Zusageerfordernis

Vom Zusageerfordernis nach Absatz a) gilt folgende Ausnahme:

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, wenn der Leistungserbringer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

(2) Besonderheiten bei Soziotherapie

Zusätzlich zu den in Ziffer 2.2.1.2 genannten Ärzten hat die →versicherte Person bei einer Soziotherapie die freie Wahl unter den geeigneten nichtärztlichen Leistungserbringern (zum Beispiel Sozialpädagogen, Fachkrankenschwestern oder -pfleger für Psychiatrie), wenn wir vor Behandlungsbeginn

- eine ärztliche Verordnung sowie einen Betreuungsplan erhalten und
- eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Welche Leistungserbringer geeignet sind, ist in Ziffer 2.2.1.11 Absätze 1 und 2 geregelt.

Um die Zusage erteilen zu können, prüfen wir, ob und in welchem Umfang wir nach den vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind. Soweit diese Prüfung ergibt, dass wir leistungspflichtig sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

Die Soziotherapie richtet sich an Menschen, die wegen einer schweren psychischen Erkrankung außer Stande sind, medizinische Leistungen selbstständig zu nutzen. Sie soll diese in die Lage versetzen, andere ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Hierzu umfasst die Therapie Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen.

(3) 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. Soweit diese Prüfung ergibt, dass wir leistungspflichtig sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

(4) Besonderheiten bei ambulanten Anschlussheilbehandlungen

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

- eine ambulante Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist und
- der Behandlungserfolg nicht auch durch einzelne ärztliche oder physikalisch-medizinische Maßnahmen (siehe Ziffer 2.2.1.17 Absatz 1) erzielt werden kann (ambulante Anschlussheilbehandlung),

leisten wir nur, wenn wir vor Beginn der Weiterbehandlung eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Ob ein enger zeitlicher Zusammenhang vorliegt, bestimmt sich nach der zu behandelnden Erkrankung oder Unfallfolge. Unabhängig davon liegt er immer vor, wenn die versicherte Person die ambulante Anschlussheilbehandlung innerhalb von 2 Wochen beginnt, nachdem die akute stationäre Heilbehandlung beendet worden ist.

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. Soweit diese Prüfung ergibt, dass wir leistungspflichtig sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

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 Was ist unter dem Primärarztssystem zu verstehen und welche Informationspflichten müssen Sie beachten?

Bei ambulanter ärztlicher Heilbehandlung und bei ambulanten ärztlichen Vorsorge-Untersuchungen gilt im Tarif AMP90PU das Primärarztssystem. Das bedeutet, dass wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für diese Leistungen nur dann zu 100 Prozent ersetzen, wenn ein Primärarzt in Anspruch genommen wird (siehe Ziffer 2.2.1.6).

Das Primärarztprinzip gilt aber nicht

- für künstliche Befruchtung,
- für Psychotherapie,
- für ambulante Anschlussheilbehandlung,
- für spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung oder,
- wenn eine Heilbehandlung wegen eines Notfalls oder Unfalls der →versicherten Person medizinisch notwendig ist.

In diesen Fällen ersetzen wir die versicherten Aufwendungen für die ärztliche Heilbehandlung auch dann zu 100 Prozent, wenn kein Primärarzt in Anspruch genommen wird.

(1) Primärärzte im vertraglichen Sinne

Primärärzte sind

- praktische Ärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte),
- Fachärzte für Frauenheilkunde,
- Fachärzte für Augenheilkunde und
- Fachärzte für Kinderheilkunde.

(2) Informationspflichten bei Hausärzten

Wenn sich die →versicherte Person für einen Hausarzt nach Absatz 1 entschieden hat, müssen Sie uns diesen im Versicherungsantrag oder zusammen mit dem ersten Erstattungsantrag benennen. Über einen Wechsel des Hausarztes müssen Sie uns unverzüglich →schriftlich informieren.

2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ärztlichen Heilbehandlungen und Vorsorge-Untersuchungen?

(1) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung

a) Erstattungsprozentsätze

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung - mit Ausnahme von künstlicher Befruchtung (siehe dazu Ziffer 2.2.1.8) und Psychotherapie (siehe dazu Ziffer 2.2.1.10) sowie ambulanter Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.2.1.15) - ersetzen wir die Aufwendungen für ärztliche Leistungen wie folgt:

aa) Erstbehandlung

- Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn die Erstbehandlung durch einen Primärarzt vorgenommen worden ist.
- Wir ersetzen 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn die Erstbehandlung durch einen anderen Arzt vorgenommen worden ist.

bb) Folgebehandlungen

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn

- die Folgebehandlung durch einen Primärarzt vorgenommen worden ist oder
- der Primärarzt die Notwendigkeit der Folgebehandlung durch einen anderen Arzt bestätigt hat.

Wir ersetzen 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn

- die Folgebehandlung durch einen anderen Arzt vorgenommen worden ist und
- der Primärarzt nicht die Notwendigkeit der Folgebehandlung durch einen anderen Arzt bestätigt hat.

cc) Bestätigung des Primärarztes bei Folgebehandlungen

Die Bestätigung nach Absatz bb) muss unter Angabe der Diagnose beinhalten, dass der Primärarzt die Notwendigkeit der Folgebehandlung durch einen anderen Arzt vor ihrem Beginn festgestellt hat. Die Bestätigung gilt nur für den →schwebenden Versicherungsfall und längstens für 6 Monate. Nach Ablauf dieser Frist müssen Sie eine erneute Bestätigung des Primärarztes einreichen. Wir übernehmen die Kosten der Bestätigung in angemessener Höhe.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die 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.

Ebenfalls zu den ärztlichen Leistungen zählen operative Maßnahmen zur Sehschärfen-Korrektur (zum Beispiel Lasik, Lasek oder Linsen-Implantation).

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 die Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (zum Beispiel Vorsorge-Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, allerdings ohne die dort geltenden Altersbeschränkungen) wie folgt:

a) Erstattungsprozentsätze

aa) Bei Inanspruchnahme des Primärarztes

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn

- die Vorsorge-Untersuchung durch einen Primärarzt vorgenommen worden ist oder
- der Primärarzt die Notwendigkeit der Vorsorge-Untersuchung durch einen anderen Arzt bestätigt hat.

bb) Ohne Inanspruchnahme des Primärarztes

Wir ersetzen 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn

- die Vorsorge-Untersuchung durch einen anderen Arzt vorgenommen worden ist und
- der Primärarzt nicht die Notwendigkeit der Vorsorge-Untersuchung durch einen anderen Arzt bestätigt hat.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die 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.

2.2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Schutzimpfungen?

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Schutzimpfungen,

- die von der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut empfohlen werden - mit Ausnahme von Reise-Impfungen, Malaria-Prophylaxe sowie Impfungen wegen der beruflichen Tätigkeit der →versicherten Person -, sowie
- gegen Hepatitis B, auch wenn es sich um eine Reise-Impfung oder eine Impfung wegen beruflicher Tätigkeit handelt, 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.

2.2.1.8 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.

2.2.1.9 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 2.2.1.10) sowie ambulanter Anschlussheilbehandlung - 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.

2.2.1.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?

(1) Versicherte Leistungen

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Psychotherapie gilt Folgendes:

a) Erstattungsprozentsätze

Wir ersetzen pro →versicherte Person und Versicherungsfall

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

Die Erstattungsprozentsätze beziehen sich auf alle Sitzungen, die die versicherte Person für den →schwebenden Versicherungsfall in Anspruch nimmt. Zusätzlich gilt die Höchstgrenze unserer Leistungspflicht nach Absatz 2.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

aa) Ärztliche Leistungen

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

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind 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.

bb) Behandlungen durch Heilpraktiker

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

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

Beim Ersatz von Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker berücksichtigen wir den Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.9 Absatz 2.

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

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

Die Aufwendungen für die Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sind 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 50 Sitzungen pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt einschließlich versuchsweiser Erstbehandlungen (probatorische Sitzungen). Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Anzahl an Sitzungen überschritten worden ist.

2.2.1.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Soziotherapie?

Wenn Maßnahmen im Rahmen einer ambulanten Soziotherapie von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.6 Absatz 1. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

(1) Versicherte Leistung

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für folgende Soziotherapie:

- Es handelt sich um eine Soziotherapie nach der jeweils geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).
- Sie wird von geeigneten nichtärztlichen Leistungserbringern (zum Beispiel Sozialpädagogen, Fachkrankenschwestern oder -pfleger für Psychiatrie) erbracht (siehe dazu auch Absatz 2).

(2) Leistungsvoraussetzungen

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

- Schwere psychische Erkrankung
Die →versicherte Person leidet an einer schweren psychischen Erkrankung im Sinne der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (zum Beispiel Schizophrenie). Sie ist wegen dieser Erkrankung nicht in der Lage, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen.
- Ersetzung, Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung
Eine stationäre Heilbehandlung der versicherten Person ist geboten, aber nicht ausführbar. Wenn das nicht der Fall ist, muss die Soziotherapie eine stationäre Heilbehandlung vermeiden oder verkürzen.
- Geeigneter Leistungserbringer

Die Soziotherapie 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.

(3) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Der Ersatz von Aufwendungen für Soziotherapie ist pro →versicherte Person und Versicherungsfall auf höchstens 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren begrenzt. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt einschließlich von Probestunden. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Höchstdauer überschritten worden ist.

2.2.1.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei alternativ-medizinischen Verfahren?

Wenn ambulante alternativ-medizinische Verfahren von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.6 Absatz 1. Aufwendungen für ambulante alternativ-medizinische Verfahren, die von einem Heilpraktiker erbracht werden, sind nach Ziffer 2.2.1.9 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.

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

Wir bieten Versicherungsschutz nach den folgenden Absätzen für jedes Hilfsmittel, das für die →versicherte Person im Versicherungsfall medizinisch notwendig ist.

Dabei erfasst der Versicherungsschutz die Aufwendungen für den Bezug des jeweiligen Hilfsmittels, die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung des Hilfsmittels sowie für die notwendige Unterweisung der versicherten Person in den Hilfsmittelgebrauch.

Aufwendungen für den Gebrauch des Hilfsmittels sind dagegen nicht versichert.

(1) Verordnung als Leistungsvoraussetzung

Die Aufwendungen für Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen (siehe dazu Ziffer 2.2.1.14) - nach den Absätzen 2 bis 4 sind erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.

(2) Aufwendungen für orthopädische Schuhe, Hörhilfen und Perücken

a) Orthopädische Schuhe

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.

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

b) Hörhilfen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Hörhilfen. Das sind Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik). Der Ersatz dieser Aufwendungen ist pro →versicherte Person und Hörhilfe wie folgt begrenzt:

- auf höchstens 3.500 Euro bei Aufwendungen für teimplantierte knochenverankerte Hörhilfen (BAHA-Hörhilfen).
- auf höchstens 1.500 Euro bei Aufwendungen für sonstige Hörhilfen.

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

c) Perücken

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für 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.

(3) Aufwendungen für weitere Hilfsmittel

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

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

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

a) Aufwändungsersatz zu 80 Prozent (Grundsatz)

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

b) Aufwändungsersatz zu 100 Prozent

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

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

2.2.1.14 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 Aufwändungsersatz 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 Aufwändungsersatz 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.

2.2.1.15 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?

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 ambulanten Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.2.1.3 Absatz 4) gilt Folgendes:

(1) Spezielle Leistungsvoraussetzung

Der Ersatz von Aufwendungen für eine medizinisch notwendige ambulante Anschlussheilbehandlung nach den Absätzen 2 und 3 setzt voraus, dass diese in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird.

Rehabilitationseinrichtungen nach Satz 1 sind Einrichtungen, die mit einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger (zum Beispiel gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherungsträger) einen Versorgungsvertrag über die Durchführung von Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation abgeschlossen haben.

Wir sind auch leistungspflichtig, wenn die Rehabilitationseinrichtung nach Satz 1 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) Aufwendungen für Leistungen der Rehabilitationseinrichtung

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen, die als Bestandteil der Leistungen der Rehabilitationseinrichtung berechnet werden,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln sowie
- Beratungs- und Schulungsleistungen (zum Beispiel Ernährungs- oder Sozialberatung, Patientenschulung und Gesundheitsbildung).

b) Versicherte Höchstbeträge

aa) Neurologische und geriatrische Anschlussheilbehandlung

Wenn eine neurologische oder geriatrische Anschlussheilbehandlung durchgeführt wird, ist der Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der Rehabilitationseinrichtung auf höchstens 200 Euro pro →versicherte Person und Behandlungstag begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

bb) Sonstige Anschlussheilbehandlung

Wenn eine andere als die in Absatz aa) genannte Anschlussheilbehandlung durchgeführt wird, ist der Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der Rehabilitationseinrichtung auf höchstens 150 Euro pro →versicherte Person und Behandlungstag begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen

Zusätzlich ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete 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.

2.2.1.16 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.

2.2.1.17 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 2.2.1.6 Absatz 1. Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die von einem Heilpraktiker erbracht werden, sind nach Ziffer 2.2.1.9 erstattungsfähig. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die

- im Heilmittelverzeichnis des Tarifs AMP90PU (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.

b) Versicherter Höchstbetrag

Die Aufwendungen für Heilmittel sind höchstens bis zu dem Betrag erstattungsfähig,

- der den jeweils geltenden beihilfefähigen Höchstbetrag für das erbrachte Heilmittel,
- der sich nach § 23 Absatz 1 Bundesbeihilfverordnung (BBhV) ergibt,

um nicht mehr als 30 Prozent übersteigt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Aufwendungen für Verbandmaterialien, Arzneimittel sowie Harntest- und Bluttest-Streifen

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die in den Absätzen aa) und bb) genannten Produkte, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

aa) Erstattungsfähige Aufwendungen (Grundsatz)

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Verbandmaterialien und zugelassene, aus der Apotheke bezogene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind. Außerdem sind die Aufwendungen für Harntest- und Bluttest-Streifen - jeweils zum Selbsttest - erstattungsfähig. Hierzu gehören nicht Schwangerschaftstests.

bb) Besonderheiten bei bestimmten Nährstoffen und Nährmitteln

Aufwendungen für diätetische Nährstoffe und medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nur unter einer der folgenden Voraussetzungen erstattungsfähig:

- Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden
Der diätetische Nährstoff ist zwingend erforderlich, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.
- Enterale Ernährung
Die →versicherte Person benötigt das medikamentenähnliche Nahrungsmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr über den Magen-Darm-Trakt erforderlich ist (enterale Ernährung). Medikamentenähnliche Nahrungsmittel nach Satz 3 sind Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten.
- Parenterale Ernährung
Die versicherte Person benötigt das medikamentenähnliche Nahrungsmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr außerhalb des Verdauungstrakts erforderlich ist (parenterale Ernährung). Die Ernährung erfolgt in der Regel über Spezial-Lösungen (zum Beispiel Wasser, Elektrolyte, Kohlenhydrate, Vitamine oder Spurenelemente), die über eine Vene verabreicht werden (intravenöse Zufuhr).

cc) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Wenn es sich nicht um Arzneimittel nach Absatz aa) oder bestimmte Nährstoffe und Nahrungsmittel nach Absatz bb) handelt, besteht keine Leistungspflicht für Nahrungsmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend genommen werden, sowie für kosmetische Präparate, auch wenn sie ärztlich oder von einem Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

b) Versicherter Höchstbetrag

Beim Ersatz von Aufwendungen für Arzneimittel nach den Absätzen aa) und bb), die von einem Heilpraktiker verordnet worden sind, berücksichtigen wir den Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.9 Absatz 2.

(3) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege (einschließlich Behandlungspflege)

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für eine medizinisch notwendige häusliche Krankenpflege nach der jeweils geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die häusliche Krankenpflege umfasst danach

- die Grundpflege, die Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung, wenn dadurch eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person vermieden oder verkürzt wird, oder
- medizinische Leistungen, die die ambulante ärztliche Behandlung der versicherten Person ermöglichen und deren Ergebnis sichern sollen, wie zum Beispiel Wundversorgung, Injektionen oder Katheterwechsel.

b) Leistungsvoraussetzungen

Für den Anspruch nach Absatz a) müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Ärztliche Verordnung
Die häusliche Krankenpflege ist ärztlich verordnet worden. Eine Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach der

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt dabei nicht.

- Geeigneter Leistungserbringer
Die Krankenpflege wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 a 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.
- Keine anderweitige Versorgung
Die Krankenpflege erfolgt, soweit die →versicherte Person nicht durch eine im Haushalt lebende Person im erforderlichen Umfang gepflegt und versorgt werden kann.

c) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verlangen kann.

2.2.1.18 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,
 - ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder
 - eines Unfalls oder Notfalls
- 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 geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus

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

Jeder Arzt, Physiotherapeut oder jedes Krankenhaus innerhalb einer Entfernung von 100 Kilometern gilt als nächstgelegenes im Sinne von Satz 1. Dieser Leistungserbringer muss zudem geeignet sein. Wenn innerhalb dieser Entfernung ein solcher Leistungserbringer nicht verfügbar ist, sind Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeut oder Krankenhaus erstattungsfähig.

c) Aufwendungen für Krankenfahrten

aa) Versicherte Leistungen

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

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

Jeder Arzt, Physiotherapeut oder jedes Krankenhaus innerhalb einer Entfernung von 100 Kilometern gilt als nächstgelegenes im Sinne von Satz 1. Dieser Leistungserbringer muss zudem geeignet sein. Wenn innerhalb dieser Entfernung ein solcher Leistungserbringer nicht verfügbar ist, sind Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeut oder Krankenhaus erstattungsfähig.

bb) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Der Ersatz von Aufwendungen für Krankenfahrten wegen ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit ist für die Hin- und Rückfahrt auf insgesamt höchstens 50 Euro pro →versicherte Person und Fahrt begrenzt. Wenn diese Krankenfahrten im privaten Fahrzeug erfolgen, 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.

2.2.1.19 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 2.2.1.6 Absatz 1, 2.2.1.9, 2.2.1.12 bis 2.2.1.14 und 2.2.1.17) 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.

Die Begrenzung unserer Leistungspflicht wegen fehlender Inanspruchnahme eines Primärarztes nach Ziffer 2.2.1.6 Absatz 1 gilt bei Aufwendungsersatz für ambulante Behandlung wegen Schwangerschaft und für ambulante Entbindung nicht.

2.2.1.20 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 besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und 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 dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?
- 2.2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?
- 2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

- 2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?
- 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 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?
- 2.2.2.13 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

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

2.2.2.1 Welcher besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

(1) Besonderer Versicherungsfall

Zusätzlich zu den in Ziffer 1.1.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein genannten Versicherungsfällen gilt als Versicherungsfall auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch wegen

- medizinisch notwendiger Indikation (zum Beispiel bei Gefahr für das Leben der Schwangeren) oder
- kriminologischer Indikation (zum Beispiel bei Schwangerschaft aufgrund einer Vergewaltigung).

(2) Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen

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

a) Zusageerfordernis

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.

b) Ausnahmen vom Zusageerfordernis

Vom Zusageerfordernis nach Absatz a) gelten folgende Ausnahmen:

aa) Notfallbehandlung

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) - auch bei Notfalleinweisung - medizinisch notwendig ist.

bb) Akute Behandlung während des Aufenthalts

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz a) eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

cc) Einziges Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz

Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz a) das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

dd) Tuberkulose-Erkrankungen

Bei Tuberkulose-Erkrankungen (Tbc-Erkrankungen) leisten wir im vertraglichen Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten und Tuberkulose-Sanatorien.

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

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) unterliegt, 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. Soweit diese Prüfung ergibt, dass wir leistungspflichtig sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

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 stationären 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 (stationäre Anschlussheilbehandlung),
- leisten wir nur, wenn wir vor Beginn der Weiterbehandlung eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Ob ein enger zeitlicher Zusammenhang vorliegt, bestimmt sich nach der zu behandelnden Erkrankung oder Unfallfolge. Unabhängig davon liegt er immer vor, wenn die versicherte Person die stationäre Anschlussheilbehandlung innerhalb von 2 Wochen beginnt, nachdem die akute stationäre Heilbehandlung beendet worden ist.

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. Soweit diese Prüfung ergibt, dass wir leistungspflichtig sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

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 dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

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 Walleistung 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 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. Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

Anstelle des Aufwendersersatzes zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von bis zu 80 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) unterliegt, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft

Wir zahlen 40 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 20 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(2) Keine wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistungen

Wir zahlen 40 Euro, wenn

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

Wir zahlen jedoch nur 20 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 dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung - mit Ausnahme von stationärer Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.2.2.8) - 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 Krankenhauspflge,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

b) Versicherter Höchstbetrag

Wenn die stationäre Heilbehandlung nicht wegen eines Notfalls der →versicherten Person notwendig ist, ist unsere Leistung wie folgt begrenzt:

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

- das maßgebliche Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen,
- das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) berechnungsfähig ist, um nicht mehr als 50 Prozent übersteigt.

Maßgeblich für die Berechnung ist das Entgelt, das das Krankenhaus der Maximalversorgung, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte.

Das Krankenhaus der Maximalversorgung ist ein Begriff aus der gesetzlichen Krankenhausplanung und bezeichnet ein Krankenhaus, das ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vorhält (zum Beispiel Universitätsklinikum).

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

2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?

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 stationären Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.2.2.3 Absatz 3) in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) unterliegt, gilt Ziffer 2.2.2.5.

Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen stationären Anschlussheilbehandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) unterliegt:

(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

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die Unterkunft,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspflege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

b) Versicherter Höchstbetrag

Die Aufwendungen nach Absatz a) sind maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den das Krankenhaus, in dem die →versicherte Person behandelt worden ist, für die günstigste Unterkunft für privat krankenversicherte Personen berechnet. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?

(1) Versicherte Leistung

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

(2) Leistungsvoraussetzungen

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

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

(3) Vorrangige Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung

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

2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?

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.

Jedes Krankenhaus innerhalb einer Entfernung von 100 Kilometern gilt als nächstgelegenes im Sinne von Satz 1. Dieses Krankenhaus muss zudem geeignet sein. Wenn innerhalb dieser Entfernung kein geeignetes Krankenhaus verfügbar ist, sind Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

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 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?

Wenn das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der stationären Entbindung im Krankenhaus versorgt wird, gilt Folgendes:

- Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Neugeborenen.
- Der Aufwändungsersatz erfolgt nach diesem, für dessen Eltern teil bei uns abgeschlossenen Tarif.

Dies setzt voraus, dass das gesunde Neugeborene nach Ziffer 1.8.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein bei uns versichert worden ist.

Unsere Leistungspflicht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung des Neugeborenen wegen Krankheit oder Unfallfolgen richtet sich jedoch ausschließlich nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarifen.

2.2.2.13 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 empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?
- 2.2.3.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?
- 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 dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?
- 2.2.3.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

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

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

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

- Zahnarzt,
 - Arzt oder
 - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen
- erbracht wird, ausschließlich unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.2.3.

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

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

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

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

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

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

(2) Auswahl von juristischen Personen

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

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

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

(3) Auswahl von Krankenhäusern

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

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

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

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

a) Zusageerfordernis

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.

b) Ausnahmen vom Zusageerfordernis

Vom Zusageerfordernis nach Absatz a) gelten folgende Ausnahmen:

aa) Notfallbehandlung

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) - auch bei Notfalleinweisung - medizinisch notwendig ist.

bb) Akute Behandlung während des Aufenthalts

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz a) eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

cc) Einziges Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz

Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz a) das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

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

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

- einen Heil- 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. Soweit diese Prüfung ergibt, dass wir leistungspflichtig sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

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.

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

- Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- Reinigung der Zahnzwischenräume,
- Entfernung des Biofilms,
- Oberflächenpolitur sowie
- Fluoridierung.

(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 6 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 in den folgenden Fällen:

- Unfall
Bei zahnärztlichen 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.
- Schwere Erkrankung
Bei zahnärztlichen Heilbehandlungen, die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, einer skelettalen Dysgnathie oder einer verletzungsbedingten Kieferfehlstellung erforderlich und im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

In diesen Fällen ersetzen wir die Aufwendungen nach Satz 1, auch wenn die verunfallte oder schwer erkrankte versicherte Person bereits älter als 21 Jahre ist.

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 für die Leistungen, in deren Zusammenhang sie erbracht worden sind.

Die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs AMP90PU 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 AMP90PU 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 beinhaltet, in Tarif AMP90PU wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif AMP90PU angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif AMP90PU 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 AMP90PU wechselt.

2.2.3.10 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Wir empfehlen, uns bei folgenden Leistungen einen Heil- und Kostenplan nach Befunderhebung einzureichen:

- 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.

Wir informieren Sie unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzen wir tarifgemäß.

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

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

(KHEntg) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) berechnungsfähig sind.

Hierzu zählen auch die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist. Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.2.3.12 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

Anstelle des Aufwendersersatzes zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von bis zu 80 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären zahnärztlichen Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausesentgeltgesetz (KHEntg) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) unterliegt, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft

Wir zahlen 40 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 20 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(2) Keine wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistungen

Wir zahlen 40 Euro, wenn

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

Wir zahlen jedoch nur 20 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 dem Krankenhausesentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

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 Krankenhauspflge,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

b) Versicherter Höchstbetrag

Wenn die stationäre Heilbehandlung nicht wegen eines Notfalls der →versicherten Person notwendig ist, ist unsere Leistung wie folgt begrenzt:

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

- das maßgebliche Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen,
- das nach dem Krankenhausesentgeltgesetz (KHEntg) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) berechnungsfähig ist, um nicht mehr als 50 Prozent übersteigt.

Maßgeblich für die Berechnung ist das Entgelt, das das Krankenhaus der Maximalversorgung, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte.

Das Krankenhaus der Maximalversorgung ist ein Begriff aus der gesetzlichen Krankenhausplanung und bezeichnet ein Krankenhaus, das ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vorhält (zum Beispiel Universitätsklinikum).

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden 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, dem besonderen Versicherungsfall nach Ziffern 2.2.1.1 Absatz 1 und 2.2.2.1 Absatz 1 sowie bei Tod im Ausland Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.7.

2.2.4.1 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?

Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz in allen europäischen Ländern (siehe Ziffer 1.1.7 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein).

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas gilt für diesen Tarif aber nicht Ziffer 1.1.7 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Stattdessen gilt Folgendes:

(1) Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

Es besteht Versicherungsschutz nach Ziffer 2.2.4 während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland (6monatiger Versicherungsschutz).

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 6 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde.

(2) Zusätzliche Ausdehnungsvereinbarung

Die Dauer des Versicherungsschutzes für einen vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas kann durch eine gesonderte Vereinbarung über den 6monatigen Versicherungsschutz nach Absatz 1 hinaus ausgedehnt werden (Ausdehnungsvereinbarung).

Dabei können Sie von uns unter folgenden Voraussetzungen den Abschluss einer Ausdehnungsvereinbarung für die →versicherte Person verlangen:

- Sie stellen den Antrag auf Ausdehnung, bevor die versicherte Person ins außereuropäische Ausland reist, spätestens jedoch bevor für sie der 6monatige Versicherungsschutz abgelaufen ist.
- Die Ausdehnungsvereinbarung soll höchstens für 5 ununterbrochene Jahre im Anschluss an den 6monatigen Versicherungsschutz gelten.

In diesem Fall werden wir Ihren Antrag annehmen, können aber für die Ausdehnung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Die Höhe dieses Zuschlags ist von dem Land abhängig, in dem sich die versicherte Person vorübergehend aufhält. Sie müssen den Zuschlag nicht weiter zahlen, sobald die Ausdehnungsvereinbarung endet. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Europa zurückverlegt.

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 - mit Ausnahme der Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung (siehe dazu Absatz 3) - 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,
- wir vor Reiseantritt eine →schriftliche Zusage gegeben haben oder
- eine ambulante ärztliche Behandlung nach Absatz 3 vorliegt.

(3) Besonderheiten bei ambulanter ärztlicher Behandlung

Bei ambulanter ärztlicher Behandlung gilt:

- Wir ersetzen 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Behandlung im Ausland, soweit diese den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.
- Wenn die →versicherte Person wegen einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls während eines vorübergehenden Aufenthalts von maximal 6 Monaten behandelt worden ist, ersetzen wir jedoch 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Behandlung im Ausland, soweit diese den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.

2.2.4.4 Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?

Sie müssen uns ohne schuldhaftes Zögern 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 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, einschließlich der Aufwendungen für die Begleitung beim Rücktransport durch eine andere Person.

Der Aufwendungsersatz setzt voraus, dass

- der Rücktransport medizinisch notwendig ist oder
- nach Abstimmung des Vertragsarztes unserer Notrufzentrale mit dem behandelnden Arzt die Krankenhausbehandlung der versicherten Person im Ausland voraussichtlich länger als 14 Tage dauern wird.

Für den Rücktransport 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?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- Telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen
- Nennung und Vermittlung von Ärzten und Kliniken im Ausland
- Dolmetscher-Service

Wenn für die →versicherte Person eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig wird, setzen wir uns mit den behandelnden Ärzten in Verbindung und übersetzen für die versicherte Person die Angaben zur Krankheitsbezeichnung und zu den therapeutischen Maßnahmen. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.

- **Betreuung**
Wir stellen über einen von uns beauftragten Arzt den Kontakt zwischen dem jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthalts sorgen wir für die Übermittlung von Informationen zwischen diesen beteiligten Ärzten. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.
- **Information der Angehörigen der versicherten Person**
- **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.
- **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 Leistungen für Organtransplantationen

Wir bieten bei Organtransplantationen Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen. Der sich daraus ergebende Leistungsumfang vermindert sich - mit Ausnahme von Leistungen für den Organspender - um die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.7.

2.2.5.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Organtransplantationen?

Bei einer medizinisch notwendigen Organtransplantation erbringen wir die Versicherungsleistungen nach den folgenden Absätzen. Eine Organtransplantation nach Satz 1 ist die operative Übertragung von Organen oder Geweben einer anderen lebenden Person (Organspender) auf die →versicherte Person.

(1) Aufwendungen für Behandlungen

a) Behandlung der versicherten Person

Für Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Organtransplantation bei der →versicherten Person erbracht werden, gelten Ziffern 2.2.1 und 2.2.2 sowie Ziffer 2.2.4.

b) Behandlung des Organspenders

aa) Tarifliche Leistungszusage (Grundsatz)

Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person (Ziffern 2.2.1 und 2.2.2 sowie Ziffer 2.2.4) gilt entsprechend für

- Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Entnahme des zu übertragenden Organs oder Gewebes erbracht werden,
- einschließlich der damit zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen des Organspenders (auch bei medizinischen Komplikationen, die sich unmittelbar bei der Organ- oder Gewebeentnahme ergeben).

bb) Besonderheit bei höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz des Organspenders

Soweit der Organspender nach der für ihn bestehenden privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung

- einen Anspruch auf Versicherungsleistungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung hat,
- die höher oder umfassender sind als die Versicherungsleistungen nach Ziffern 2.2.1 und 2.2.2 sowie Ziffer 2.2.4,

gilt Folgendes:

Für die in Absatz aa) genannten Leistungen ist statt der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.2.1 und 2.2.2 sowie Ziffer 2.2.4 der Umfang des Versicherungsschutzes nach der für den Organspender bestehenden Krankenversicherung maßgeblich.

(2) Aufwendungen für die Bereitstellung des gespendeten Organs oder Gewebes

Zusätzlich ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für die Bereitstellung des gespendeten Organs oder Gewebes, die im Rahmen des Transplantationsgesetzes (TPG) berechnungsfähig sind.

Dies setzt voraus, dass die Leistungen nicht als Bestandteil der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen berechnet worden sind.

(3) Entschädigung wegen Arbeitsunfähigkeit des Organspenders

a) Verdienstaufschlag des Organspenders (Grundsatz)

Wenn der Organspender infolge der Organ- oder Gewebeentnahme arbeitsunfähig ist und insoweit einen Verdienstaufschlag hat, ersetzen wir ihm den uns nachgewiesenen tatsächlichen Verdienstaufschlag. Als Verdienstaufschlag gilt das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte Netto-Einkommen des Organspenders.

Zusätzlich zahlen wir für die Zeit des Verdienstaufschlags eine Entschädigung in Höhe der für den Organspender zu zahlenden nachgewiesenen Beiträge für

- die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflege-Pflichtversicherung oder die →substitutive Krankenversicherung,
- die gesetzliche oder private Rentenversicherung oder das berufsständische Versorgungswerk sowie
- die gesetzliche Arbeitslosenversicherung, soweit die Beiträge nicht bereits über das Netto-Einkommen aus beruflicher Tätigkeit abgedeckt sind.

b) Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber

Wenn der Organspender während der Arbeitsunfähigkeit jedoch einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber hat, zahlen wir keine Entschädigung nach Absatz a).

Stattdessen ersetzen wir für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit dem Arbeitgeber des Organspenders die tatsächliche Entgeltfortzahlung und die von ihm für folgende Absicherungen des Organspenders anteilig übernommenen Beiträge in der nachgewiesenen tatsächlichen Höhe:

- die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflege-Pflichtversicherung oder die →substitutive Krankenversicherung,
- die gesetzliche Rentenversicherung oder das berufsständische Versorgungswerk und
- die betriebliche Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung.

Der Anspruch nach Satz 2 besteht nur, wenn der Arbeitgeber dies bei uns beantragt.

(4) Vorrangige Leistungspflicht anderer Leistungsträger

Wenn für den Organspender gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für die Organ- oder Gewebespende besteht, geht dieser Anspruch insoweit unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen und Entschädigungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

(5) Keine Selbstbeteiligung bei Leistungen für den Organspender

Bei Leistungen für den Organspender nach den Absätzen 1 bis 3 wird die tarifliche Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.7 nicht berücksichtigt.

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 Pflege-Pauschale

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

2.2.6.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Pflege-Pauschale?

Wir zahlen eine einmalige Pflege-Pauschale von 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.

2.2.6.2 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

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

2.2.7 Vereinbarte Selbstbeteiligung

Welche Selbstbeteiligung ist vereinbart?

(1) Vereinbarte Selbstbeteiligung

Pro →versicherte Person und Kalenderjahr ist für alle tariflichen Leistungen eine Selbstbeteiligung von 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 2.2.6, 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 AMP90PU wechselt und
- dadurch für die versicherte Person erstmalig eine Selbstbeteiligung vereinbart worden oder
- die Selbstbeteiligung nach Tarif AMP90PU höher ist, als die betragsmäßige kalenderjährige Selbstbeteiligung des bisherigen Tarifs.

Wenn die versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarif in Tarif AMP90PU 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 AMP90PU wechselt.

(3) Anrechnung der bisherigen Selbstbeteiligung bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarif in Tarif AMP90PU wechselt, rechnen wir für die versicherte Person die im bisherigen Tarif für dasselbe

Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung auf die Selbstbeteiligung nach Tarif AMP90PU 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 AMP90PU wechselt.

(4) Vorzeitige Beendigung

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

2.2.8 Vorsorge-Pauschale

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.8.1 Welche Vorsorge-Pauschale ist vereinbart?

2.2.8.2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir die Vorsorge-Pauschale?

2.2.8.3 Wann wird die Vorsorge-Pauschale ausgezahlt?

2.2.8.1 Welche Vorsorge-Pauschale ist vereinbart?

Anstelle des Aufwendungsersatzes nach diesem Tarif zahlen wir eine Pauschale für die im Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AMP90PU (siehe Ziffer 2.6.3) aufgeführten Vorsorge-Untersuchungen (Vorsorge-Pauschale).

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

2.2.8.2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir die Vorsorge-Pauschale?

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

(1) Ärztliche Bestätigung

Sie müssen durch eine ärztliche Bestätigung nachweisen, dass die →versicherte Person die im Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AMP90PU (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 AMP90PU versicherten Personen mit Anspruch auf Zahlung der Vorsorge-Pauschale auf die Voraussetzung nach Satz 1 verzichten.

2.2.8.3 Wann wird die Vorsorge-Pauschale ausgezahlt?

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

Wenn wir auf die Voraussetzung nach Ziffer 2.2.8.2 Absatz 4 verzichten, können wir die Vorsorge-Pauschale vor dem 30. Juni des Folgejahrs auszahlen.

2.2.9 Vermittlung von Spezialisten

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.9.1 Was sind Spezialisten im vertraglichen Sinne?
- 2.2.9.2 Wann wird ein Termin bei einem Spezialisten vermittelt?
- 2.2.9.3 Wann gilt die Vermittlung als erfüllt?

2.2.9.1 Was sind Spezialisten im vertraglichen Sinne?

Spezialisten im vertraglichen Sinne sind

- in Deutschland tätige Ärzte,
- die bezüglich der im Diagnose- und Therapieverzeichnis des Tarifs AMP90PU (siehe Ziffer 2.6.4) genannten Diagnosen renommiert und anerkannt und
- von uns in die Vermittlung aufgenommen worden sind.

Uns steht es frei zu entscheiden, welche Spezialisten in die Vermittlung aufgenommen werden. Dadurch ergibt sich auch, an welchem Ort die Spezialistenleistung nach dem Diagnose- und Therapieverzeichnis erbracht wird. Die von uns vermittelte Spezialistenleistung wird außerdem nicht unbedingt im nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erbracht.

Es besteht kein Anspruch auf die Vermittlung eines anderen renommierten Arztes, der nicht zu den von uns benannten Spezialisten gehört.

2.2.9.2 Wann wird ein Termin bei einem Spezialisten vermittelt?

(1) Voraussetzungen für die Vermittlung

a) Vorherige fachärztliche Untersuchung

Für die →versicherte Person besteht Anspruch auf Vermittlung eines Termins bei einem Spezialisten im vertraglichen Sinne, wenn uns →schriftlich oder telefonisch mitgeteilt worden ist, dass ein Facharzt

- bei der versicherten Person eine Diagnose aus dem Diagnose- und Therapieverzeichnis des Tarifs AMP90PU (siehe Ziffer 2.6.4) festgestellt und
- die der Diagnose im Verzeichnis zugeordnete Therapie zumindest als Behandlungsmöglichkeit bewertet hat.

Ein Krankheitsverdacht, der durch fachärztliche Untersuchung begründet ist, ist aber auch ausreichend, wenn eine Diagnose erst durch die ihr im Verzeichnis zugeordnete Therapie sicher festgestellt werden kann.

b) Anspruch auf Aufwendungsersatz und Transportfähigkeit

Neben den Voraussetzungen nach Absatz a) muss für den Versicherungsfall, für den ein Termin vermittelt werden soll, ein Anspruch auf Aufwendungsersatz nach Ziffer 2.2.1 oder Ziffer 2.2.2 für die →versicherte Person bestehen. Außerdem muss die versicherte Person transportfähig sein.

(2) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Pro Versicherungsfall wird nur einmalig ein Termin bei einem Spezialisten vermittelt.

2.2.9.3 Wann gilt die Vermittlung als erfüllt?

(1) Benennung des Termins

Die Vermittlung ist erfüllt, wenn wir einen Termin bei einem Spezialisten im vertraglichen Sinne benannt haben. Das gilt unabhängig davon, ob die →versicherte Person diesen Termin wahrnimmt.

Wenn die versicherte Person den Termin mit dem Spezialisten selbst vereinbart, ist die Vermittlung erfüllt, wenn wir ihr den Spezialisten im vertraglichen Sinne benannt haben.

(2) Vertretung des Spezialisten

Die Vermittlung gilt auch dann als erfüllt, wenn der vermittelte Spezialist im vertraglichen Sinne unvorhergesehen verhindert ist und die Spezialistenleistung von seinem ständigen Vertreter erbracht wird.

Die Verhinderung ist unvorhergesehen, wenn der Spezialist durch

- Krankheit,
- eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrags oder einer Güterabwägung Vorrang einzuräumen ist, oder
- durch vergleichbare gravierende Gründe verhindert ist.

(3) Endgültige Festlegung der Therapie

Die Vermittlung ist auch erfüllt, wenn der vermittelte Spezialist im vertraglichen Sinne keine der in dem Diagnose- und Therapieverzeichnis des Tarifs AMP90PU (siehe Ziffer 2.6.4) der Diagnose zugeordnete Therapie erbringt. In diesem Fall besteht die Spezialistenleistung in der endgültigen Festlegung der aus Sicht des Spezialisten erforderlichen Therapie.

2.2.10 Service bei Behandlungsfehlern

Welchen Service bieten wir bei Behandlungsfehlern?

Bei entsprechenden ärztlichen oder zahnärztlichen Verdachtsfällen beraten wir Sie kostenlos rund um das Thema "Behandlungsfehler". Wir können Ihnen dabei helfen festzustellen, ob die Behandlung durch Ihren Arzt oder Zahnarzt nach den Regeln der ärztlichen oder zahnärztlichen Kunst erfolgt ist.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?
- 2.3.2 Welche eingeschränkte Leistungspflicht besteht bei Entwöhnungsmaßnahmen?
- 2.3.3 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

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 aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

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, Leistungserbringer einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung, in Krankenhäusern oder Hospizen 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 eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

h) für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger.

i) 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 Welche eingeschränkte Leistungspflicht besteht bei Entwöhnungsmaßnahmen?

(1) Zusageerfordernis

Wir leisten grundsätzlich nicht für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entwöhnungskuren. Wir leisten dennoch für eine Entwöhnungsmaßnahme, soweit wir unsere Leistungen vor Behandlungsbeginn →schriftlich zugesagt haben.

Wir erteilen unsere Zusage, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und wir nach den übrigen vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind:

- Entwöhnungsmaßnahme
Es handelt sich um eine stationäre oder ambulante Behandlung, die darauf abzielt, die →versicherte Person aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel zu lösen (Entwöhnungsmaßnahme). Die Entwöhnung erfolgt aber nicht ausschließlich wegen einer Nikotinsucht der versicherten Person.
- Hinreichende Erfolgsaussicht
Für die Entwöhnungsmaßnahme besteht - gegebenenfalls nach Begutachtung durch einen von uns beauftragten Arzt - eine hinreichende Erfolgsaussicht.
- Höchstens insgesamt 3 Entwöhnungsmaßnahmen in der Vertragslaufzeit
Wir haben für die versicherte Person während der gesamten bei uns zurückgelegten Versicherungszeit Aufwendungsersatz für höchstens 2 Entwöhnungsmaßnahmen erbracht. Das bedeutet, dass wir Versicherungsschutz höchstens für insgesamt 3 Entwöhnungsmaßnahmen bieten. Das gilt unabhängig davon, ob die Entwöhnungsmaßnahmen ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Der Umfang unserer vorherigen Leistungszusage hängt darüber hinaus davon ab, ob es sich um die erste Entwöhnungsmaßnahme oder um die zweite und dritte Entwöhnungsmaßnahme handelt (siehe Absatz 2).

(2) Umfang unserer Leistungspflicht

Es besteht keine Leistungspflicht für Entwöhnungsmaßnahmen, soweit diese zur Behandlung einer Nikotinsucht der →versicherten Person erbracht werden. Wenn die versicherte Person nikotinsüch-

tig und daneben von einem anderen Suchtmittel abhängig ist, leisten wir somit nur für die Entwöhnung von dem anderen Mittel.

a) Aufwendungsersatz für Entwöhnungsmaßnahmen

Soweit wir unsere Leistungen zuvor →schriftlich zugesagt haben, ersetzen wir pro →versicherte Person

- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die erste Entwöhnungsmaßnahme.
- 70 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die zweite und dritte Entwöhnungsmaßnahme.

Erstattungsfähig sind die folgenden Aufwendungen:

aa) Ambulante Entwöhnungsmaßnahme

Soweit eine ambulante Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt wird, sind die Aufwendungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine ambulante Behandlung nach Ziffer 2.2.1 erstattungsfähig.

bb) Stationäre Entwöhnungsmaßnahme

Soweit eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt wird, sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Die Aufwendungen sind jedoch nur bis zu den folgenden Höchstbeträgen erstattungsfähig:

1. Entwöhnung in Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag

Wenn die Entwöhnungsmaßnahme in einem Krankenhaus durchgeführt wird, das einen Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abgeschlossen hat, sind die Aufwendungen pro →versicherte Person und Behandlungstag maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der den nach § 111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Tagessatz nicht übersteigt.

2. Entwöhnung in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag

Wenn die Entwöhnungsmaßnahme in einem Krankenhaus durchgeführt wird, das keinen Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abgeschlossen hat, gilt Folgendes:

Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person und Behandlungstag maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der den nach § 111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Tagessatz,

- den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V),
- das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist,
- für ihre Behandlung berechnet hätte, nicht übersteigt.

b) Vorrangige Leistungspflicht anderer Leistungsträger

Wenn für die →versicherte Person gegenüber anderen Leistungsträgern (zum Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung) Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unseren Leistungen vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

c) Selbstbeteiligung

Soweit für die →versicherte Person nach Ziffer 2.2.7 eine Selbstbeteiligung zu tragen ist, berücksichtigen wir diese auch bei den Leistungen nach Absatz a).

2.3.3 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 für Behandlung in Deutschland gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen. Aufwendungen für Behandlung im Ausland (siehe dazu Ziffer 2.2.4) gelten als angemessen, wenn sie das dort ortsübliche 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?**
- 2.4.4 Was gilt bei Anspruch auf Familienversicherung oder Heilfürsorge?**

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 AMP90PU.

2.4.2 Wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt?

Bei der Umstellung des Versicherungsschutzes werden die aus dem Vertrag erworbenen Rechte der →versicherten Person sowie deren Alterungsrückstellung 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 AMP90PU 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 nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen

Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen.

2.4.3 Wann müssen Sie die Umstellung beantragen?

(1) Frist bei Kündigung zum Eintritt der Versicherungspflicht
Wenn Sie die →substitutive Krankheitskosten-Versicherung für die →versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht wirksam kündigen, gilt Folgendes:

- Sie können die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Ziffer 2.4.1 gleichzeitig mit der Kündigung beantragen.
- Sie können die Umstellung aber auch beantragen, nachdem Sie die substitutive Krankheitskosten-Versicherung für die versicherte Person bereits gekündigt haben. In diesem Fall müssen Sie den Antrag jedoch spätestens zum Ende des dritten Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht stellen.

(2) Frist bei Ihrer späteren Kündigung

Wenn Sie die →substitutive Krankheitskosten-Versicherung für die →versicherte Person später als 3 Monate nach Eintritt der Versicherungspflicht wirksam kündigen, können Sie die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Ziffer 2.4.1 nur gleichzeitig mit der Kündigung beantragen.

(3) Zeitpunkt der Umstellung

Wenn Ihr Antrag nach Absatz 1 oder Absatz 2 fristgerecht bei uns eingeht, stellen wir den Versicherungsschutz zum Zeitpunkt der Beendigung der →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung um.

2.4.4 Was gilt bei Anspruch auf Familienversicherung oder Heilfürsorge?

Die Regelungen nach Ziffern 2.4.1 bis 2.4.3 gelten auch bei

- gesetzlichem Anspruch auf Familienversicherung oder
- nicht nur vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

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 kann das neugeborene Kind eines bei uns versicherten Elternteils zur Versicherung angemeldet werden. Ergänzend dazu gilt Folgendes:

(1) Mindestvertragsdauer des Elternteils

Nach Ziffer 1.8.4 Absatz 1 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein muss der Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein. Grundsätzlich ist dafür der vereinbarte Versicherungsbeginn maßgeblich.

Wenn der Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung für den Elternteil jedoch bereits vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn angenommen worden ist, rechnet die 3-Monatsfrist von der Antragsannahme an.

(2) Maßgeblicher Versicherungsschutz des Elternteils

Abweichend von Ziffer 1.8.4 Absatz 1 c) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein können Sie unter folgenden Bedingungen auch einen höheren oder umfassenderen Versicherungsschutz wählen:

Wenn für den bei uns versicherten Elternteil am Tag der Geburt des zu versichernden Kindes der Tarif AMP90PU abgeschlossen ist, können Sie für die Versicherung des Neugeborenen den Abschluss eines leistungsstärkeren Tarifs der Tarif-Serie AktiMed im Absicherungsniveau "Plus" verlangen. Zum Absicherungsniveau "Plus" gehören alle Krankheitskosten-Tarife der →Produktgruppe UNI mit der Bezeichnung "AktiMed Plus".

Satz 2 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 AMP90PU**
- 2.6.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AMP90PU**
- 2.6.3 Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AMP90PU**
- 2.6.4 Diagnose- und Therapieverzeichnis für Vermittlungsleistungen des Tarifs AMP90PU**

2.6.1 Heilmittelverzeichnis des Tarifs AMP90PU

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, sind nicht erstattungsfähig. Die Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis genannten Leistungen sind nur bis zum versicherten Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.17 Absatz 1 b) erstattungsfähig.

Leistung

Physiotherapie

- Inhalationen

Inhalationstherapie als Einzel-Inhalation

Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer

Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer

Radon-Inhalation im Stollen

Radon-Inhalation mittels Hauben

- Krankengymnastik, Bewegungsübungen

Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage

Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten

Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zum 14. Geburtstag erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten

Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer

Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer

Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten

Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer

Bewegungsübungen

Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mindestens 30 Minuten

Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mindestens 120 Minuten, je Behandlungstag

Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinischem Aufbautraining - MAT - oder Medizinischer Trainingstherapie -

MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mindestens 60 Minuten)

Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glisson-schlinge)

Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perli'sches Gerät, Schlingentisch)

- Massagen

Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezial-Massagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colton-Massage)

Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder

- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten

- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten

- Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten

- Kompressionsbandagierung einer Extremität

Unterwasserdruckstrahl-Massage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Packungen, Hydrotherapie, Bäder

Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Warm-Packung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien

- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teil-Packung

- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Groß-Packung

Schwitz-Packung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Kalt-Packung

- zum Beispiel Anwendung von Lehm oder Quark

- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid

Heublumensack, Peloid-Kompresse

Wickel, Auflagen, Kompressen, auch mit Zusatz

Trocken-Packung

Teil-Guss, Teilblitz-Guss, Wechselteil-Guss

Voll-Guss, Vollblitz-Guss, Wechselvoll-Guss

Abklatschung, Abreibung, Abwaschung

An- oder Absteigendes Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

An- oder Absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad

Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Vollbad

Sole-Photo-Therapie - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

Medizinische Bäder mit Zusätzen

- Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz

- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- weitere Zusätze, je Zusatz

Gashaltige Bäder

- Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat

- Kälte- und Wärmebehandlung

Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Komresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)

Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft großer Gelenke)

Eisteilbad

Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile

- Elektrotherapie

Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese

Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)

Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)

Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen

Iontophorese

Zwei- oder Vierzellenbad

Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Lichttherapie

Behandlung mit Ultraviolettlicht

- als Einzelbehandlung

- in einer Gruppe, je Teilnehmer

Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht

Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht

Quarzlampen-Druckbestrahlung eines Feldes

Quarzlampen-Druckbestrahlung mehrerer Felder

- Ergotherapie

Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall

Einzelbehandlung

- bei motorischen Störungen, mindestens 30 Minuten

- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten

- bei psychischen Störungen, mindestens 60 Minuten

Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten

Gruppenbehandlung

- mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer

- bei psychischen Störungen, mindestens 90 Minuten, je Teilnehmer

- Logopädie

Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall

Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall

Ausführlicher Bericht

Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, - mindestens 30 Minuten

- mindestens 45 Minuten

- mindestens 60 Minuten

Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmer

- Kindergruppe, mindestens 30 Minuten

- Erwachsenengruppe, mindestens 45 Minuten

- Podologie

Hornhautabtragung an beiden Füßen

Hornhautabtragung an einem Fuß

Nagelbearbeitung an beiden Füßen

Nagelbearbeitung an einem Fuß

Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)

Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)

Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person

- Hausbesuche/Wegegeld

Ärztlich verordneter Hausbesuch

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

2.6.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AMP90PU

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

Wir legen dem Aufwundersersatz 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 unterfüttern	85,80
Basisteil unterfüttern	49,40
Basis erneuern	104,00
Bisswall aus Wachs	13,00
Bohrschablone	201,40
Brückenglied aus Keramik	118,30
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	70,20
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/Inlayklammer/Interdental- klammer/Knopfklammer/Approximalklammer/ Auflage/Bonyhardklammer ohne Auflage/ Kralle	15,60	Mehraufwand für Einstellen nach Zentrik-Regis- trat	10,40
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metall- basis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	45,50	Meso-/Mesiostruktur auf Implantat	72,20
Fertigstellen Grundeinheit	78,00	Mess-Schablone/Implantat-/Kontroll-Schablone	41,60
Fertigstellen je Zahneinheit	5,90	Metallarmierung für provisorische Versorgung/ Retention	44,20
Formteil für provisorische Versorgung, je Kiefer- hälfte	41,60	Metallbasis - Oberkiefer, Unterkiefer	126,10
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	20,80	Miniplastschiene	78,00
Gebogene Retention, je Retention	13,00	Modell	15,60
Gegossene Retention (je Retention), Anker für Klebebrücke	32,50	Modell oder Zahnkranz bearbeiten	3,90
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - einfächig	78,00	Modell untersockeln	9,10
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - zweifächig	88,40	Modell vermessen	7,20
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - dreifächig	102,70	Modellimplantat repositionieren	11,10
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - mehrfächig	109,20	Modellmontage in Artikulator	16,90
Guss-Onlay/Guss-Teilkrone	101,40	Modellpaar sockeln, dreidimensional	42,90
Hilfsteil in Abdruck/an Basis (z. B. Röntgenkugel, Bohrhülse)	11,10	Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	20,80
Implantatausgleichskrone gegossenen	72,20	Montage eines Gegenkiefermodells	10,40
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbe- reich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	19,50	Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese	107,90
Individueller Löffel/Funktionslöffel	37,70	Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, On- lay, Inlay, Teilkrone	52,00
Individuelles Geschiebe	153,40	Radieren nach System	6,50
Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	45,50	Registrierhilfen/Registart/Zentrikplatte/ Bissplatte	31,20
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestal- tet	35,10	Remontage Prothetik (Einartikulieren und Ein- schleifen)	66,30
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik- Inlay - einfächig	162,50	Remontage-Modell	32,50
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik- Inlay - zweifächig	175,50	Reponieren eines Stumpfes	4,90
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik- Inlay - dreifächig	195,00	Riegel	222,30
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik- Inlay - mehrfächig	195,00	Rillen-Schulter-Geschiebe	155,40
Keramik-Krone/Presskeramik-Krone/Glaskera- mik-Krone	169,00	Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	10,40
Keramik-Teilkrone/Presskeramik-Teilkrone/Glas- keramik-Teilkrone/Keramik-Teilonlay/Presskera- mik-Onlay/Glaskeramik-Onlay	192,40	Rückenschutzplatte/Zahn oder Kaufläche zahn- farben hergestellt oder aus Metall	52,00
Keramik-Verblendschale/Keramik-Veneer	192,40	Schubverteilungsarm	97,50
Keramik-Verblendung	99,20	Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbe- reich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	28,60
Konfektionsabutment, inkl. bearbeiten oder er- gänzen	22,60	Selektives Einschleifen	40,30
Konfektionsgeschiebe	111,80	SET-UP/WAX-UP je Zahn	13,00
Krone, Brückenglied, Inlay aufpassen, auf Kon- trollmodell	10,40	Silikonschlüssel	4,60
Krone gegossen/Krone für Verblendung/Wurzel- kappe/Galvano-Krone	94,90	Sonderausführungen Prothesenbasis (Sonder- kunststoffe verarbeiten, Gitter/Bügel einarbeiten)	54,60
Kronen- oder Brückengliedreparatur	44,20	Spezialmodell	42,90
Kunststoff-Inlay/Kunststoff-Onlay	65,00	Split-Cast Sockel an Modell	19,50
Kunststoff-Krone	83,20	Steg, Grundeinheit	49,40
Kunststoff-Verblendung	71,50	Steg, Längeneinheit	10,40
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	28,60	Steggeschiebe	152,60
Leistungseinheit Sprung, Bruch, Wiederbefesti- gung eines Zahns, Basisteil aus Kunststoff	10,40	Stiftaufbau	50,70
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer ein- arbeiten	13,00	Stumpf einschließlich aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowelpin	22,20
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wie- derbefestigen	19,50	Stumpf scannen, digitieren, digitalisieren	75,10
Lötfreie Verbindung	11,70	Stumpfmodell/Sägmodell	16,90
Lötung/Schweißverbindung	18,20	Teleskop-Krone/Konus-Krone	265,50
		Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallba- sis	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
		Zahn 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/Bony- hard-Klammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurf- Klammer	26,00
Zweitstumpf aus Kunststoff inkl. Übertragung ins Arbeitsmodell	18,20

- Kieferorthopädie

Adamsklammer	20,80
Aufbiss-Kappe aus Kunststoff, je Zahn	32,50
Aufbiss-Kappe aus Metall, je Zahn	62,40
Außenbogen individuell, auch Lipbumper, je Kie- fer	71,50
Basis für Einzelkiefergerät	84,50
Basis für Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät (FKO-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	18,20
Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät (FKO- Gerät), voreinschleifen	26,00
Frontaler oder lateraler Aufbiss, hart je Kieferhäf- te/Frontzahnggebiet	20,80
Frontaler oder lateraler Aufbiss, weich je Kiefer- hälfte/Frontzahnggebiet	49,40
Funktionsfähig machen einer Schraube ohne Trennen der Basis	10,40
Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	39,00
Grundeinheit Instandsetzung KFO-Basis/-Gerät	39,00
Häkchen	13,00
Haltesporn	13,00
Headgear individuell, je Kiefer	72,20
Interokklusal-Stop	10,40
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
Lückenthalter	23,40
Montage eines Modellpaares in Fixator	13,00
Palatinalbogen	49,40
Pelotte, je Kieferhälfte	36,40
Positionier	182,00
Protrusionsbogen, je Kiefer	26,00
Retentionsschiene	84,50
Schiefe Ebene aus Metall oder Kunststoff, je Zahneinheit	32,50
Schraube einarbeiten	41,60
Spezierschraube (Einzelzahn- Sektoren-, asym- metrischen Bewegung)	31,20
Spezierschraube zur Metallverbindung	41,60
Spike	9,10
Sporn aktiv, Rücklaufsporn, Führungssporn	15,60

Stop	18,20
Trennen einer Basis	19,50
U-Bügel, Federbügel	45,50
Verarbeiten eines Schlosses oder eines Röhr- chens	18,20
Vorbiss oder Rückbiss	23,40
Vorhofplatte	130,00
Zugfeder	19,50
Zungengitter, je Kieferhälfte/Frontzahnggebiet	28,60

2.6.3 Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AMP90PU

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-Untersu- chung	Zeitintervall	Pauschale Euro
Vorsorgeuntersuchungen für Männer		
Gesundheitsuntersu- chung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgen- den Versicherungs- jahren	75,00
Krebsvorsorge für Männer (Grundsatz) - Mindestalter: 45 Jahre	einmal pro Versiche- rungsjahr	40,00
Hautkrebs-Screening für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgen- den Versicherungs- jahren	35,00
Darmspiegelung für Männer - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander fol- genden Versiche- rungsjahren	270,00
Vorsorgeuntersuchungen für Frauen		
Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 21 Jahre	einmal pro Versiche- rungsjahr	60,00
Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 50 Jahre	einmal pro Versiche- rungsjahr	70,00
Hautkrebs-Screening für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgen- den Versicherungs- jahren	35,00
Gesundheitsuntersu- chung für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgen- den Versicherungs- jahren	75,00
Mammographie für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgen- den Versicherungs- jahren	125,00
Darmspiegelung für Frauen - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander fol- genden Versiche- rungsjahren	270,00

2.6.4 Diagnose- und Therapieverzeichnis für Vermitt- lungsleistungen des Tarifs AMP90PU

Wichtige Information:

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Ver-

zeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.

Diagnose	Vereinfachte Krankheitsbezeichnung	Therapie
- Nicht-maligne Erkrankungen		
Erkrankungen des Gefäßsystems		
Aortenaneurysma	Aussackung der Haupt-Schlagader oder Riss der Innenhaut der Schlagader	Operation
Karotisstenose	Verengung der Hals-Schlagader	Operation
Stenosen der Becken- und Beinarterien	Gefäßverengung oder Gefäßverschluss der Becken- und Bein-Schlagadern	Shunt- oder Bypass-Operation
Erkrankungen des Herzens		
Herzklappen-Erkrankungen	Herzklappen-Erkrankungen	Herzklappen-Operation
Stenosen der Koronargefäße	Verengung oder Verschluss von Herzkranzgefäßen	Koronare Bypass-Operation
Erkrankungen des Bewegungsapparats		
Arthropathien (Hüfte, Knie)	Erkrankungen des Hüft- und Kniegelenks	Einsatz eines künstlichen Gelenks
Bandscheibenprolaps	Bandscheibenvorfall	Operation
Erkrankungen des Nervensystems		
Multiple Sklerose	Chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems	Medikamentöse Einstellung
- Malignome		
Maligne Erkrankungen der Atemwege		
Bronchialkarzinom	Lungenkrebs	Operation, Chemotherapie
Larynxkarzinom	Kehlkopfkrebs	Operation
Maligne Erkrankungen des Verdauungstraktes		
Kolorektales Karzinom	Dick- und Enddarmkrebs	Operation
Magenkarzinom	Magenkrebs	Operation
Ösophaguskarzinom	Speiseröhrenkrebs	Operation
Maligne Erkrankungen der Niere und ableitende Harnwege		
Harnblasenkarzinom (inklusive Urethra-karzinom)	Harnblasenkrebs (bis einschließlich Harnröhre)	Operation
Nierenkarzinom (inklusive Ureterkarzinom)	Nierenkrebs (einschließlich Harnleiter)	Operation
Maligne Erkrankungen des weiblichen Genitals und der Brust		
Mammakarzinom	Brustkrebs	Operation
Ovarialkarzinom	Eierstockkrebs	Operation
Uteruskarzinom	Gebärmutterkrebs	Operation
Maligne Erkrankungen des männlichen Genitals		
Maligne Hodentumore	Hodenkrebs	Operation
Prostatakarzinom	Prostatakrebs	Operation
Maligne Erkrankung der Haut und Schleimhäute		

Malignes Melanom Schwarzer Hautkrebs Operation

Neoplasien des zentralen Nervensystems

Intrakranielle Tumore (primär, keine Metastasen)	Geschwulst im Gehirn oder an den Gehirnhäuten	Operation
Intraspinale Tumore (primär, keine Metastasen)	Geschwulst im Rückenmark oder an den Rückenmarkshäuten	Operation