

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

BestMed Tarif BM1

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für das BestMed Tarifsystem (BestMed Tarife BM1-3, BestMed Komfort Tarife BM4 / 0-3 und BestMed Premium Tarife BM5 / 0-3).

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

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

Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen rund um das Thema Gesundheit?

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

Gibt es Begrenzungen in Ihrem Versicherungsschutz?

Ihre DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

I. Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

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

II. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen	6
2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung	7
2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	7
2.2 Aufwendungsersatz	8
2.3 Pauschale bei ambulanter Operation	8
3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung	8
3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	8
3.2 Aufwendungsersatz	8
3.3 Vorlage Heil- und Kostenplan	9
4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung	9
4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	9
4.2 Aufwendungsersatz	9
5. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung	9
6. Selbstbehalt	9
III. Ihre Leistungen	
Monatliche Beitragsraten	9

Anhang

I. Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

1.1 Welche Ärzte bzw. Zahnärzte können in Anspruch genommen werden?

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Dabei steht das von Ihnen mit diesem Tarif für die ambulante Heilbehandlung gewählte sogenannte Hausarztmodell im Vordergrund.

Dies bedeutet insbesondere, dass die Höhe unserer Versicherungsleistung davon abhängt, dass Sie für die jeweilige Heilbehandlung zunächst einen Hausarzt oder einen mit uns kooperierenden Arzt (s. Nr. 1.2) aufsuchen. Wird dagegen für die jeweilige Heilbehandlung direkt ein anderer Arzt – ohne vorherige Einschaltung des Hausarztes oder eines mit uns kooperierenden Arztes – aufgesucht, so verringert sich der tarifliche Erstattungsanspruch für ärztliche Leistungen nach Nr. II.2.1.

Als Hausärzte im Sinne der AVB gelten:

- Ärzte ohne (Fach)Gebietsbezeichnung, praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin,
- als Hausarzt tätige Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Augenerkrankungen,
- Fachärzte für Kindererkrankungen ohne Schwerpunktbezeichnung,
- Notärzte, Bereitschaftsärzte.

Zu den mit uns kooperierenden Ärzten und Zahnärzten siehe Nr. 1.2.

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

Der tarifliche Erstattungsanspruch für ärztliche Leistungen gemäß Nr. II.2.1 gilt entsprechend.

1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer

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

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

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

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

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

1.3.1 Die Arzneimittel müssen zudem verschreibungspflichtig und im Sinne des Arzneimittelgesetzes für das jeweilige Anwendungsgebiet zugelassen sein sowie aus der Apotheke (auch Internet- und Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

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

Sonstige Nahrungsmittel gelten nicht als Arzneimittel.

Als Arzneimittel gelten auch nicht:

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

1.3.2 Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis dieses Tarifs (Anlage Druckstück B 102) aufgeführten

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

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

1.3.3 Als Hilfsmittel gelten:

- a) Bandagen, Blindenstock, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen, Inhalationsgeräte, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, orthopädische Maßschuhe (und zwar der Teil der Aufwendungen, der 100 EUR – bis zum 20. Lebensjahr 50 EUR – übersteigt), orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).
Diese Hilfsmittel können Sie direkt beziehen.
- b) Bitte setzen Sie sich vor dem Bezug der folgenden Hilfsmittel mit uns in Verbindung – telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer) – da sich sonst die Erstattungsprozentsätze verringern (s. auch Nr. II.2.1):
Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining), elektronische Lesehilfen, Ernährungspumpen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Hörgeräte, Infusionspumpen, Krankenfahrstühle, Kunstglieder, Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Pulsoximeter, Sauerstoffgeräte und Überwachungsmonitore für Säuglinge.
- c) Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen – auch Tages- und Monatslinsen) für versicherte Personen bis zum vollendeten 19. Lebensjahr (s. auch Nr. II.2.1).

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

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für alle anderen Hilfsmittel, medizinische Apparate und sanitäre Bedarfsartikel (z. B. Heizkissen, Massagegeräte) sowie für Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

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

1.4 *Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?*

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

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

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

2. Stationäre Heilbehandlung

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

2.1.1 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die nach § 108 Sozialgesetzbuch V (SGB V, s. Anhang II.) zur Versorgung zugelassen sind sowie unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Privatpatientenkliniken¹ besteht kein Versicherungsschutz.

2.1.2 Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen nach Nr. 2.1.1 erfüllen und/oder über einen Vertrag nach § 111 SGB V (s. Anhang II.) verfügen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

¹ Privatpatientenkliniken (PPK) sind Krankenhäuser in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegen.

Wir können uns auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

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

2.2 Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalten ab dem 92. Tag

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

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

Die Beitragsfreistellung wird in vollen Monatsbeiträgen des Tarifbeitrages BestMed Tarif BM1 einschließlich des gesetzlichen Beitragszuschlages und etwaiger Risikozuschläge eingeräumt.

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

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

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

2.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?

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

3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?

Die Versicherungsleistungen sind bei Heilbehandlung im Ausland gemäß § 6 Abs. 1 AVB Teil I auf die Leistungen begrenzt, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen gewesen wären.

Sie sind zudem bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland zeitlich befristet; bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis (s. § 6 Abs. 3 AVB Teil I).

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

Der Leistungsumfang des BestMed Tarifs BM1 berücksichtigt die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem und sieht entsprechende Höchstgrenzen auf Basis-Schutz-Niveau vor.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise bei uns eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an die Hauptverwaltung in Köln wenden.

4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- c) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren, mit folgender Ausnahme:
Für eine erstmalige Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, werden die tariflichen Leistungen gewährt, wenn wir dies vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt haben. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig.
- d) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach Ihrer Benachrichtigung über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger, mit folgender Ausnahme:
Aufwendungen für die medizinisch notwendige Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus werden erstattet, wenn und soweit wir dies vorher schriftlich zugesagt haben. Leistungsvoraussetzung ist ferner, dass die Behandlung binnen 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt.
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang II.), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- h) für ambulante und stationäre Psychotherapie;
- i) für Behandlung durch Heilpraktiker und der von Ihnen verordneten Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel.

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

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

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

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

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

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

II. Unsere Leistungen

1. Serviceleistungen

Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung

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

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

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

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

außerdem bieten wir Ihnen

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

2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen gemäß Nr. I.1.1 einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen (s. Anhang I.), insbesondere zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern, zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit, zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes, Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (also z. B. unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe, soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen, jeweils **zu 100%**, wenn für die jeweilige Heilbehandlung zunächst ein Hausarzt oder ein mit uns kooperierender Arzt aufgesucht wird (vgl. Nr. I.1.1 und 1.2), jeweils **zu 75%**, wenn für die jeweilige Heilbehandlung zunächst weder ein Hausarzt noch ein mit uns kooperierender Arzt aufgesucht wird (vgl. Nr. I.1.1 und 1.2).
- Arznei- und Verbandmittel gemäß Nr. I.1.3 und 1.3.1 Für bezogene verschreibungspflichtige Arzneimittel gilt folgende Erstattungsfähigkeit:
 - Generika³ **zu 100%**,
 - wenn für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel kein Generikum existiert **zu 100%**,
 - wird anstelle von existierenden Generika ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel als Originalpräparat bezogen **zu 75%**.
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall oder im Notfall. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind pro Kilometer 0,22 EUR erstattungsfähig.
- Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegefachkräfte, wenn durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Die Pflege muss ärztlich verordnet sein. Erstattungsfähig sind die Gebühren, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- Häusliche Behandlungspflege medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen).
- Heilmittel gemäß Nr. I.1.3.2, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des BestMed Tarifs BM1 (Anlage Druckstück B 102) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.
- Hilfsmittel
 - gemäß Nr. I.1.3.3 a) **zu 80%**,
 - gemäß Nr. I.1.3.3 b), wenn sie unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices
 - bezogen bzw. beschafft wurden oder
 - weder beschafft noch bezogen werden können oderwenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden müssen **zu 100%**.

² Regelhöchstsätze sind der 2,3fache Satz der GOÄ für persönliche Leistungen, der 1,8fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,15fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

³ Als Generikum (Plural Generika) bezeichnet man ein Arzneimittel, das eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichen Medikaments ist. Von diesem Originalpräparat kann sich das Generikum bezüglich enthaltener Hilfsstoffe und Herstellungstechnologie unterscheiden.

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

zu 50%

- Sehhilfen gemäß Nr. I.1.3.3 c)

ausschließlich für versicherte Personen bis zum vollendeten 19. Lebensjahr – unabhängig von der Indikation – insgesamt

bis zu 100 EUR

innerhalb von 24 Monaten.

Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungsfähigkeit werden ausgehend vom Bezugsdatum der betreffenden Sehhilfe oder vom Datum der Reparatur jeweils alle Erstattungen für Sehhilfen und Reparaturen der letzten 24 Monate berücksichtigt.

Der Leistungsanspruch und die individuelle Erstattungsfähigkeit hängen somit von der Höhe der erstattungsfähigen Aufwendungen der letzten 24 Monate ab.

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

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

werden zu 100% ersetzt,

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 6 vorgesehenen Selbstbehaltes.

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

100 EUR.

Als ambulante Operationen gelten die im gemäß § 115 b SGB V erstellten Katalog genannten Leistungen mit Ausnahme der Bereiche Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie der Hand- und Fußoperationen⁴.

3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung

3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen einschließlich

gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Individual-Prophylaxe gemäß den Ziffern 1000-1020 des Abschnitts B der GOZ (s. Anhang II.), Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Prothesen und Brücken), kieferorthopädische Maßnahmen für versicherte Personen, die bei Beginn der Behandlung das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Erstellung eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze⁵ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Kein Versicherungsschutz besteht für implantologische Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des BestMed Tarifs BM1 (Anlage Druckstück B 268) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die Höhe der Versicherungsleistung bemisst sich nach dem Prozentsatz, zu dem die jeweiligen Aufwendungen für die zahnärztlichen Leistungen ersetzt werden.

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

- a) bei Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen) sowie funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen **zu 50%,**
- b) bei kieferorthopädischen Leistungen **zu 70%,**
- c) bei sonstigen zahnärztlichen Leistungen **zu 100%**

bis zu insgesamt 1.000 EUR je Versicherungsjahr.

⁴ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen ambulanten Operationen erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

⁵ Regelhöchstsätze sind der 2,3fache Satz der GOZ bzw. GOÄ für persönliche Leistungen, der 1,8fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,15fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

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

4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung

4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Belegärztliche Leistungen
(Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.),
soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze⁶ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers,
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transporte zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

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

5. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung

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

6. Selbstbehalt

Für unsere Versicherungsleistungen nach Nr. 2.2 gilt nach BestMed Tarif BM1 folgender Selbstbehalt je versicherte Person und Kalenderjahr

bis zum 15. Lebensjahr **600 EUR,**

ab dem 15. bis zum
20. Lebensjahr

- Frauen **600 EUR,**
- Männer **600 EUR,**

ab dem 20. Lebensjahr

- Frauen **1.200 EUR,**
- Männer **1.200 EUR.**

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

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

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

III. Ihre Leistungen

Monatliche Beitragsraten

1. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 13 Abs. 1 AVB Teil I.
3. Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag des nächsthöheren Alters zu zahlen.

⁶ Regelhöchstsätze sind der 2,3fache Satz der GOÄ für persönliche Leistungen, der 1,8fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,15fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M und Nr. 437 der GOÄ.

Anhang

I. Gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sind:

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

- **Anspruchsberechtigung:**
ab dem vollendeten 35. Lebensjahr einmal innerhalb von 2 Jahren
- **Inhalt:**
 - Anamnese (Vorgeschichte)
 - Erhebung Ganzkörper-Status
 - Laboruntersuchungen
 - Blut: Gesamtcholesterin, Glukose
 - Urin: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit (Urin-Teststreifen)

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen:

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

- **Anspruchsberechtigung:**
bei Männern ab dem Alter von 45 Jahren einmal jährlich
(Ausnahmen: Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)

bei Frauen ab dem Alter von 20 Jahren einmal jährlich
(Ausnahmen: Mammographie-Screening, Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening)
- **Inhalt, speziell Männer:**
ab dem Alter von 45 Jahren:
 - gezielte Anamnese
 - Inspektion und Palpation (Abtasten) der äußeren Geschlechtsorgane
 - Abtasten der Prostata
 - Abtasten regionärer Lymphknoten
 - Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung**ab dem Alter von 50 Jahren zusätzlich:**
 - Tastuntersuchung des Enddarms
- **Inhalt, speziell Frauen:**
ab dem Alter von 20 Jahren:
 - gezielte Anamnese
 - Spiegeleinstellung der Portio
 - Entnahme von Untersuchungsmaterial von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal, in der Regel mit Hilfe von Spatel (Portio-Oberfläche) und Bürste (Zervikalkanal)
 - Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
 - gynäkologische Tastuntersuchung
 - zytologische Untersuchung
 - Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratung**zusätzlich ab dem Alter von 30 Jahren:**
 - Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust**zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren:**
 - digitale Untersuchung des Rektums
 - Mammographie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust), Anspruch bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres im Abstand von 24 Monaten
- **Inhalt, speziell Darmkrebsfrüherkennung (Männer und Frauen):**
ab dem Alter von 50 Jahren:
 - Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl (bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres)**ab dem Alter von 55 Jahren:**
 - Koloskopie (Gesamtspiegelung des Dickdarms bis zum Übergang des Dünndarms per Rektum)
Anspruch alle 10 Jahre
oder
 - Hämokulttest (Schnelltest auf okkultes Blut im Stuhl),
Anspruch alle 2 Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien

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

ab dem Alter von 35 Jahren, Anspruch alle 2 Jahre:

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

3. Untersuchungen während der Schwangerschaft:

- **Inhalt:**

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

4. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind:

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

Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach Geburt

Erweitertes Neugeborenen-Screening: 2. – 3. Lebenstag

Neugeborenen-Hörscreening: bis zum 3. Lebenstag

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

II. Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 108 Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulkliniken anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

§ 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluss nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im Übrigen die Absätze 1 bis 5.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

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

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

Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

Nr. 1000: Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung

Nr. 1010: Kontrolle des Übungserfolges und weitere Unterweisung

Nr. 1020: Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel

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