

Private Krankenversicherung

Wichtige Informationen zu Ihrem Gesundheitsschutz

Allgemeine Versicherungsbedingungen zu unseren
VictoriaMed Tarifen:

VictoriaMed Kompakt 1 (KP1)

VictoriaMed Kompakt 2 (KP2)

VictoriaMed Kompakt 3 (KP3)

VictoriaMed Komfort (KF1 / 0-3)

VictoriaMed Premium (PR1 / 0-3)

Stand 1.8.2008

Ein Unternehmen der **ERGO** Versicherungsgruppe.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

**Teil I (Bedingungsteil)
für die**

VictoriaMed Kompakt Tarife KP1–3, VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 und VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0–3

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

mit der Wahl eines Tarifs aus den o.g. VictoriaMed Tarifen – vom zweckmäßigen Basis-Schutz-Niveau bis hin zum hervorragenden Premium-Schutz-Niveau – haben Sie sich für den Ihren persönlichen Bedürfnissen entsprechenden Versicherungsschutz entschieden.

Im Folgenden erhalten Sie die Ihrem gewählten Versicherungsschutz zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die VictoriaMed Kompakt Tarife KP1–3, VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 und VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0–3.

Die AVB bestehen aus diesem Bedingungsteil (Teil I) und den jeweiligen Tarifen (Teil II) sowie den Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung.

Präambel

Die Tarife, denen diese AVB zugrunde liegen, wurden von der Victoria Krankenversicherung AG (kurz: Victoria) und der DKV Deutsche Krankenversicherung AG (kurz: DKV) gemeinsam entwickelt und kalkuliert. Sie werden von der Victoria als VictoriaMed Kompakt 1–3 (KP1–3), Komfort (KF1 / 0–3) und Premium (PR1 / 0–3) Tarife und von der DKV als BestMed Tarifsysteem parallel angeboten. Dabei treten die beiden Unternehmen der ERGO Versicherungsgruppe jeweils als rechtlich unabhängige Risikoträger auf. In den einander entsprechenden Tarifen wird die jährliche Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten (vgl. § 17) gemeinsam durchgeführt. Die erforderlichen Versicherungsleistungen werden aus der Beobachtung des Gesamtbestandes beider Risikoträger abgeleitet. Etwaige Beitragsanpassungen oder etwaige Änderungen der AVB können nur von beiden Risikoträgern gemeinsam durchgeführt werden (vgl. §§ 17, 18).

Die Bezeichnung »wir«, »unser« oder »der Versicherer« bezeichnet – auch im Folgenden – den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Versicherungsunternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wurde, also entweder die Victoria oder die DKV.

Ihre Victoria Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

	Seite		Seite
Allgemeines zu unseren Leistungen	4	Änderungen des Versicherungsvertrages	7
§ 1 Woraus ergibt sich der Versicherungsschutz?	4	§ 17 Kann sich nach Abschluss des Vertrages der Beitrag, eine Selbstbeteiligung oder ein vereinbarter Risikozuschlag ändern?	7
§ 2 Was ist Gegenstand des Versicherungsschutzes?	4	§ 18 Können sich die AVB nach Abschluss des Vertrages noch ändern?	7
§ 3 Was ist der Versicherungsfall?	4	§ 19 Unter welchen Voraussetzungen kann in andere Tarife gewechselt werden?	7
§ 4 Ab wann können die Leistungen in Anspruch genommen werden?	4	1. Wechsel in andere Victoria-Tarife	7
§ 5 Gibt es Wartezeiten?	4	2. Optionsrecht – Erleichterter Wechsel innerhalb der VictoriaMed Kompakt 1–3 (KP1–3), Komfort (KF1 / 0–3) und Premium (PR1 / 0–3) Tarife	7
§ 6 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?	4	3. Sonderregelungen für die Selbstbehalte (SB) bei Umwandlung	8
1. Ist der Versicherungsschutz bei Aufenthalten im Ausland begrenzt?	4	4. Wechsel in den Standardtarif	8
2. Welche Besonderheiten gelten bei Aufenthalten im europäischen Ausland?	4	5. Wechsel in den Basistarif	8
3. Welche Besonderheiten gelten bei Aufenthalten im außereuropäischen Ausland?	4		
§ 7 Wann haben Sie einen Anspruch auf die erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung?	4	Ende der Versicherung	
§ 8 Welche Modalitäten gelten für die Auszahlung von Versicherungsleistungen?	5	§ 20 Wie lange ist die Laufzeit des Versicherungsvertrages und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?	8
§ 9 Kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?	5	§ 21 Welche weiteren Beendigungsgründe gibt es?	9
§ 10 Wann endet der Versicherungsschutz?	5	Sonstige Bestimmungen	
Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer		§ 22 In welcher Form sind Willenserklärungen und Anzeigen an uns zu richten?	9
§ 11 Welche Modalitäten gelten für die Beitragszahlung?	5	§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?	9
1. Wie wird der zu zahlende Beitrag ermittelt und wann wird er fällig?	5	Anhang	10
2. Gibt es Besonderheiten, wenn die Versicherung nicht am Ersten eines Monats beginnt?	5		
3. Was passiert, wenn die Beitragsrate nicht pünktlich gezahlt wird?	5		
4. Besonderheiten, wenn eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung verspätet beantragt wird.	6		
§ 12 Wie werden die Beiträge berechnet?	6		
§ 13 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?	6		
§ 14 Welche Konsequenzen können sich bei Verletzung der Obliegenheiten ergeben?	6		
§ 15 Welche Obliegenheiten bestehen bei Ansprüchen gegen Dritte; welche Konsequenzen können sich bei Verletzung dieser Obliegenheiten ergeben?	6		
§ 16 Unter welchen Voraussetzungen können Sie aufrechnen?	7		

Allgemeines zu unseren Leistungen

§ 1 Woraus ergibt sich der Versicherungsschutz?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, etwaigen späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die VictoriaMed Kompakt 1–3 (KP1–3), Komfort (KF1 / 0–3) und Premium (PR1 / 0–3) Tarife (Teil I Bedingungsteil, Teil II Tarif und den Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Was ist Gegenstand des Versicherungsschutzes?

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Sofern vereinbart, erbringen wir damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringen wir in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

§ 3 Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- die Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung/Insemination), soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind,
- der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt,
- eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation,
- gezielte Vorsorgeuntersuchungen (ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen),
- weitere gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxeleistungen, soweit hierfür tariflich Leistungen vereinbart sind,
- die Versorgung in einem stationären Hospiz,
- Tod, soweit hierfür Leistungen tariflich vereinbart sind.

§ 4 Ab wann können die Leistungen in Anspruch genommen werden?

- Die Versicherung beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn). Ab diesem Zeitpunkt werden die Beiträge berechnet (s. § 11).
- Der tatsächliche Versicherungsschutz setzt mit dem technischen Versicherungsbeginn ein, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (formeller Versicherungsbeginn) insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung durch Sie oder uns. Der in Satz 1 beschriebene Beginn des Versicherungsschutzes wird auch als materieller Versicherungsbeginn bezeichnet.
- Für Versicherungsfälle, die vor dem materiellen Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor den technischen Versicherungsbeginn fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungs-

schutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Ist ein Elternteil nach einem VictoriaMed Komfort Tarif KF1 / 0–3 versichert, kann für das Neugeborene jede Selbstbehalt-Variante innerhalb von VictoriaMed Komfort KF1 Tarifen gewählt werden.

Entsprechendes gilt, wenn ein Elternteil nach einem VictoriaMed Premium Tarif PR1 / 0–3 versichert ist.

Neugeborene können nur in Tarife aufgenommen werden, die für den Neuzugang geöffnet sind.

- Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 5 Gibt es Wartezeiten?

Es sind keine Wartezeiten vorgesehen.

§ 6 Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

- Ist der Versicherungsschutz bei Aufenthalten im Ausland begrenzt?*

Bei Aufenthalten im Ausland besteht Versicherungsschutz gemäß den Regelungen der Absätze 2 und 3. Wir sind jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt und Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten, es sei denn, Sie haben einen VictoriaMed Komfort Tarif KF1 / 0–3 oder VictoriaMed Premium Tarif PR1 / 0–3 vereinbart.

- Welche Besonderheiten gelten bei Aufenthalten im europäischen Ausland?*

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.

Dies gilt sowohl bei vorübergehenden Aufenthalten als auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas. Sie können aber auch verlangen, dass die betreffende Krankheitskostenversicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz und hat dementsprechend geringere Beiträge.

- Welche Besonderheiten gelten bei Aufenthalten im außereuropäischen Ausland?*

Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland bleibt der Versicherungsschutz für einen Monat ab Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen. Muss der Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere 2 Monate, es sei denn, Sie haben die VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 oder VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0–3 vereinbart.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis in Bezug auf die betreffende versicherte Person, es sei denn, Sie haben einen VictoriaMed Komfort Tarif KF1 / 0–3 oder VictoriaMed Premium Tarif PR1 / 0–3 vereinbart. Sie können jedoch verlangen, dass die Krankheitskostenversicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird (vgl. Abs. 2 Satz 3).

§ 7 Wann haben Sie einen Anspruch auf die erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung?

- Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) werden mindestens 80% einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich zugunsten der Versicherungsnehmer für Zwecke der Beitragsrückerstattung verwendet wird (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung (soweit tariflich vorgesehen auch als AktivPrämie), Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Wir entscheiden jährlich mit Zustimmung des für uns zuständigen unabhängigen Treuhänders über die Art und den Zeitpunkt der Verwendung der Rückstellung sowie darüber, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen.

2. Abweichend von Absatz 1 dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstandes (z. B. Verlustdeckung) entnommen werden.
3. Wird für den vereinbarten Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede versicherte Person, wenn aus ihrer Versicherung für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen für ambulante und/oder zahnärztliche Heilbehandlung erbracht worden sind – ausgenommen sind tarifliche Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und ggf. tariflich vorgesehene professionelle Zahnreinigungen (PZR) – unter den Voraussetzungen, dass sie in der Rechnung als eigenständige Leistungen ausgewiesen sind und sie nicht im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung durchgeführt worden sind.

Die weiteren Voraussetzungen für die Auszahlung oder Beitragsenkung sowie Gutschrift von Beitragsteilen bzw. für eine Leistungserhöhung werden von uns festgelegt.

§ 8 Welche Modalitäten gelten für die Auszahlung von Versicherungsleistungen?

1. Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht werden; die Nachweise werden unser Eigentum.
2. Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Wir können den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen. Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis die mit den Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.
3. Rechnungen müssen enthalten:
 - den Namen der behandelten Person,
 - die Behandlungszeit,
 - die einzelnen Leistungen und
 - die Krankheitsbezeichnungen.Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind zusammen mit der Verordnung einzureichen, Rezepte empfehlen wir zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung vorzulegen. Beim Folgebezug einer Brille genügt die Angabe des Brechkraftwertes (Dioptrien) in der Optikerrechnung.
4. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 VVG (s. Anhang).
5. Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform (z. B. per E-Mail) als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
6. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß »Währungen der Welt«, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

7. Für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein Inlandskonto fallen keine Kosten an. Kosten für sonstige Überweisungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 9 Kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Wenn wir mit einer für die versicherte Person ausgehändigten Victoria-Card für Privatversicherte die Übernahme von Aufwendungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt garantieren, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht. Sofern auf Ihren Wunsch im Sinne der Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz erfolgt, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 10 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (vgl. § 6 Abs. 3 und § 20).

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer

§ 11 Welche Modalitäten gelten für die Beitragszahlung?

1. *Wie wird der zu zahlende Beitrag ermittelt und wann wird er fällig?*

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person und – bei Erwachsenen und Jugendlichen – nach dem Geschlecht festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom technischen Versicherungsbeginn (s. § 4 Abs. 1) an berechnet. Er kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden (die übrigen Beitragsraten gelten dann jeweils bis zur Fälligkeit als gestundet).

Fällig ist

- der Jahresbeitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres,
- eine Beitragsrate am Ersten eines jeden Monats.

Fällige Beiträge/Beitragsraten sind an die von uns genannte Stelle zu entrichten.

Zahlen Sie Ihre monatlichen Beitragsraten im Lastschriftverfahren im Voraus, erhalten Sie einen Beitragsnachlass von

3% bei einer Vorauszahlung für 12 Vertragsmonate,

2% bei einer Vorauszahlung für 6 Vertragsmonate.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres von Ihnen nachzuzahlen bzw. von uns zurückzuzahlen.

2. *Gibt es Besonderheiten, wenn die Versicherung nicht am Ersten eines Monats beginnt?*

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Kalendermonats, ist für den ersten Vertragsmonat nur der anteilige Betrag der monatlichen Beitragsrate zu zahlen.

Der erste Vertragsmonat beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); er endet mit dem letzten Kalendertag dieses Monats. Die folgenden Vertragsmonate beginnen jeweils mit dem ersten Kalendertag. Diese Definition findet auch dann Anwendung, wenn Fristen und Termine, die in Tarifen geregelt sind, auf Vertragsmonate abstellen.

3. *Was passiert, wenn die Beitragsrate nicht pünktlich gezahlt wird?*

- 3.1 Sind Sie mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn Sie den rückständigen Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet haben.

3.2 **Gültig bis zum 31. Dezember 2008:**

Wenn Sie den Erstbeitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, kann dies unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i. V. m. § 194 Abs. 2 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie einen Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und werden Sie in Textform gemahnt, so sind Sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

Gültig ab dem 1. Januar 2009:

Sind Sie mit einem Betrag in Höhe von zwei monatlichen Beitragsraten im Rückstand, mahnen wir Sie unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes.

Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellen wir das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen wird drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung bei Ihnen wirksam. Während der Ruhezeit leisten wir ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; unsere Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus haben Sie für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Sie oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch werden. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; wir können in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1 a (s. Anhang) fortgesetzt.

- 3.3 Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch unsere Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Treten wir vom Versicherungsvertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, können wir eine angemessene Bearbeitungs- bzw. Geschäftsgebühr verlangen.

4. **Bis zum 31. Dezember 2008 nicht besetzt.**

Gültig ab dem 1. Januar 2009:

Besonderheiten, wenn eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung verspätet beantragt wird.

Wird der Versicherungsvertrag über eine zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Sie können von uns die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn Sie die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und unseren Interessen durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

§ 12 **Wie werden die Beiträge berechnet?**

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei einer Vertragsänderung für eine versicherte Person ein erhöhtes Risiko (z. B. durch Vorerkrankungen) vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen. Diese können je nach gewünschtem Tarifsystem unterschiedlich sein.

§ 13 **Welche Obliegenheiten sind zu beachten?**

1. Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 8 Abs. 5) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf unser Verlangen ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. Neben dem vereinbarten Tarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung (Ausnahme: Auslandsreisekrankenversicherung) bei uns oder einem anderen privaten Krankenversicherer fortgeführt oder abgeschlossen werden.

§ 14 **Welche Konsequenzen können sich bei Verletzung der Obliegenheiten ergeben?**

1. Wir sind mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 13 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

§ 15 **Welche Obliegenheiten bestehen bei Ansprüchen gegen Dritte; welche Konsequenzen können sich bei Verletzung dieser Obliegenheiten ergeben?**

1. Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang) die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
2. Sie oder die versicherte Person haben (hat) ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns, soweit erforderlich, mitzuwirken.
3. Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4. Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir aufgrund dieses Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.
2. Ist eine Bestimmung in den AVB durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie von uns durch eine neue Regelung ersetzt werden, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 16 Unter welchen Voraussetzungen können Sie aufrechnen?

Sie können gegen Forderungen, die wir gegen Sie haben, nur aufrechnen, soweit die Forderung, die Sie gegen uns haben, rechtskräftig festgestellt oder von uns nicht bestritten worden ist.

Änderungen des Versicherungsvertrages

§ 17 Kann sich nach Abschluss des Vertrages der Beitrag, eine Selbstbeteiligung oder ein vereinbarter Risikozuschlag ändern?

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Versicherungsleistungen z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir gemeinsam mit der DKV (vgl. auch Präambel) zumindest jährlich für den gesamten Versichertenbestand in jedem Tarif die erforderlichen mit den in den gemeinsamen technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns gemeinsam mit der DKV überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung der jeweiligen Treuhänder angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5% können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung der jeweiligen Treuhänder angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und mit Zustimmung der Treuhänder angepasst. Anpassungen erfolgen bei beiden Risikoträgern einheitlich. (Je Tarif gibt es folgende Beobachtungseinheiten: Kinder, weibliche Jugendliche, männliche Jugendliche, Frauen, Männer.)

Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 4.1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basisstarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 5.2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und die DKV sowie die jeweiligen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung folgt.

§ 18 Können sich die AVB nach Abschluss des Vertrages noch ändern?

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die AVB den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange erforderlich erscheinen und der für uns und der für die DKV zuständige unabhängige Treuhänder (vgl. auch Präambel) die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Unter denselben Voraussetzungen können auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge und die tariflichen Leistungen für Heilmittel sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse angepasst werden.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

§ 19 Unter welchen Voraussetzungen kann in andere Tarife gewechselt werden?

1. *Wechsel in andere Victoria-Tarife*

Sie können die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die betroffene versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Wir sind zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 12 Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten – sofern im aufnehmenden Tarif vorgesehen – einzuhalten.

2. *Optionsrecht – Erleichterter Wechsel innerhalb der VictoriaMed Kompakt 1–3 (KP1–3), Komfort (KF1 / 0–3) und Premium (PR1 / 0–3) Tarife*

- 2.1 Hat die Versicherung nach einem der o.g. Tarife für eine versicherte Person bis Eintrittsalter 55 Jahre begonnen, können Sie die Versicherung für diese Person einmalig

entweder zum 1. Januar des 4. Versicherungsjahres

oder zum 1. Januar des 6. Versicherungsjahres

– gerechnet vom erstmaligen Beginn einer Versicherung nach den o.g. Tarifen – zu folgenden erleichterten Bedingungen in einen der o.g. leistungsstärkeren Tarife umstellen lassen.

- a) Der Umwandlungsantrag ist mit einem unserer Antragsvordrucke – bei einem Umwandlungsantrag zum 6. Versicherungsjahr unter Beantwortung der Gesundheitsfragen – zu stellen; er kann frühestens zwei Monate vor einem der in Satz 1 genannten Termine gestellt werden, er muss uns jedoch spätestens einen Monat vor dem gewählten Umwandlungszeitpunkt vorliegen.

Wir nehmen den fristgerechten Umwandlungsantrag an.

- b) Bei einer Umwandlung

- zu Beginn des 4. Versicherungsjahres verzichten wir auf neue Risikozuschläge,
- zu Beginn des 6. Versicherungsjahres können wir – soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt – für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) einen Risikozuschlag (§ 12 Abs. 3 und 4) von maximal 100% des auf die Mehrleistung entfallenden Beitragsanteils verlangen.

- c) Die Vereinbarung eines Leistungsausschlusses können wir nicht verlangen.

- d) Für laufende Versicherungsfälle wird ab Umwandlungstermin nach den dann geltenden Tarifen – ohne Wartezeiten – geleistet.

- e) Der vom Umwandlungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person unter Berücksichtigung eventuell erworbener Anrechnungsbeträge¹.

¹ Beim Anrechnungsbetrag handelt es sich um den monatlichen Gegenwert der für die versicherte Person gebildeten Alterungsrückstellung. Damit wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen die bereits zurückgelegte Versicherungszeit berücksichtigt.

2.2 Für Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gemäß § 4 Abs. 4 in VictoriaMed Kompakt 1–3 (KP1–3) oder Komfort (KF1 / 0–3) Tarifen versichert wurden, besteht dieses Optionsrecht nur unter folgenden Voraussetzungen:

- zumindest ein Elternteil war am Tage der Geburt des Kindes nach einem der o.g. Tarife versichert und
- die Umstellung der Versicherung des Kindes in einen o.g. leistungsstärkeren Tarif erfolgt gleichzeitig mit einer Umstellung der Versicherung nach Absatz 2.1 für zumindest ein Elternteil; die Regelungen in Absatz 2.1 gelten für die Umwandlung der Versicherung des Kindes entsprechend. Maßgeblich ist dabei jedoch nicht der Beginn des 4. oder 6. Versicherungsjahres der Versicherung des Kindes, sondern der des Elternteils, dessen Versicherung gleichzeitig umgestellt wird. Wählt der Elternteil z. B. als Umwandlungszeitpunkt den Beginn des 6. Versicherungsjahres, so können wir auch für das Kind – soweit ein erhöhtes Risiko vorliegt – für die Mehrleistung einen Risikozuschlag von maximal 100% verlangen.

3. *Sonderregelungen für die Selbstbehalte (SB) bei Umwandlung*

- zum 1. Januar eines Jahres:
Der neue SB gilt ab dem Umwandlungstermin.
- zum 1. Februar oder später:
 - a) Bei Herabsetzung oder Fortfall des SB: Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung bleibt der bisherige SB unverändert. Sieht der neue Tarif einen niedrigeren SB vor, so mindert sich dieser anteilig für jeden fehlenden Monat der Laufzeit um 1/12. Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt höchstens der bisherige SB.
 - b) Bei Erhöhung des SB:
Für das Umwandlungsjahr insgesamt gilt ein SB, der sich aus anteilig geminderten bisherigem und anteilig gemindertem neuen SB zusammensetzt. Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung gilt aber der unveränderte bisherige SB-Höchstbetrag.

4. *Wechsel in den Standardtarif*

4.1 Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V (Ergänzung ab 1. Januar 2009: in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung) (s. Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

4.2 **Bis zum 31. Dezember 2008 nicht besetzt.**
Gültig ab dem 1. Januar 2009:

Absatz 4.1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

5. **Bis zum 31. Dezember 2008 nicht besetzt.**
Gültig ab dem 1. Januar 2009: Wechsel in den Basistarif

5.1 Sie können für versicherte Personen die Umwandlung der Versicherung in den Basistarif nach § 12 Abs. 1a VAG (s. Anhang) mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung verlangen, wenn

- für die versicherte Person erstmals eine private Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde oder
- die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder
- das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder
- die versicherte Person ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder

- hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist oder

Entfällt ab dem 1. Juli 2009:

- für die versicherte Person eine private Krankheitskostenvollversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde und der Antrag auf Versicherung im Basistarif in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin gestellt wird.

5.2 Zur Gewährleistung der o.g. Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 4.1 Satz 4 gilt entsprechend.

Ende der Versicherung

§ 20 Wie lange ist die Laufzeit des Versicherungsvertrages und welche Beendigungsmöglichkeiten gibt es?

1. Der Versicherungsvertrag ist zunächst auf die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn Sie ihn nicht fristgemäß nach Absatz 2 kündigen.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

2. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.

3. Sie können, sofern wir die Anfechtung oder den Rücktritt nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist.

4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

5. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (§ 17) oder vermindern wir unsere Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

6. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, es sei denn, Sie haben die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Machen Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später können Sie die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

7. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
8. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

Absätze 9 bis 11 sind bis zum 31. Dezember 2008 nicht besetzt. Gültig ab dem 1. Januar 2009:

9. Ihre Kündigung nach den Absätzen 2 bis 5 setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
10. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen worden ist, und gleichzeitigem Abschluss eines neuen, substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – s. Anhang), können Sie verlangen, dass wir die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des ab dem 1. Januar 2009 aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (s. Anhang) auf den neuen Versicherer übertragen.

Der folgende Absatz ist nur gültig in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009:

Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden ist, und gleichzeitigem Abschluss des Basistarifs bei einem anderen Versicherer, können Sie verlangen, dass wir die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, an den neuen Versicherer übertragen. Die Kündigung des Versicherungsvertrages zum nächstmöglichen Termin kann nur in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 erfolgen.

Bestehen etwaige Beitragsrückstände, so können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

11. Sie und die versicherten Personen haben das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 21 Welche weiteren Beendigungsgründe gibt es?

1. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, Sie sind nach einem VictoriaMed Komfort Tarif KF1 / 0–3 oder VictoriaMed Premium Tarif PR1 / 0–3 versichert. Vergleichen Sie dazu bitte auch § 6 Abs. 3.
2. Das Versicherungsverhältnis endet im Falle Ihres Todes. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tode abzugeben. Stirbt eine versicherte Person, endet das Versicherungsverhältnis insoweit.

Sonstige Bestimmungen

§ 22 In welcher Form sind Willenserklärungen und Anzeigen an uns zu richten?

An uns gerichtete Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 23 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Düsseldorf anhängig gemacht werden.
2. Für unsere Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
3. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Sitz in Düsseldorf zuständig.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungspflicht Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person/Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrecht zu erhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vomhunderteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG)

§ 12 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
 1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen sind,
 2. die Alterungsrückstellung nach § 341 f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
 3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muss,
 4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
 5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für
 1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
 2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1 200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vmhundertanteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1 200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(In der Fassung bis zum 31.12.2008)

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
 1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
 - 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vmhundertanteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II (Tarif)
für den

VictoriaMed Kompakt 1 Tarif (KP1)

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

**Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für die
VictoriaMed Kompakt Tarife KP1–3,
VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 und
VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 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 oder 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 Victoria Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

	Seite		Seite
I		II	
		Unsere Leistungen	17
1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung	15	1. Serviceleistungen	17
1.1 Welche Ärzte bzw. Zahnärzte können in Anspruch genommen werden?	15	2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung	17
1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer	15	2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	17
1.3 In welchem Umfang stehen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel unter Versicherungsschutz?	15	2.2 Aufwendungsersatz	18
1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?	16	2.3 Pauschale bei ambulanter Operation	18
1.5 Können Zahnersatz und Kieferorthopädie Gegenstand der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sein?	16	3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung	18
2. Stationäre Heilbehandlung	16	3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	18
2.1 Welche Krankenhäuser oder Krankenanstalten können unter welchen Voraussetzungen gewählt werden? Ist bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenanstalten eine vorherige Zusage erforderlich?	16	3.2 Aufwendungsersatz	18
2.2 Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalten ab dem 92. Tag	16	3.3 Vorlage Heil- und Kostenplan	18
2.3 Wie erfolgt die Abrechnung der Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen?	16	4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung	18
3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?	16	4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	18
4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?	16	4.2 Aufwendungsersatz	18
5. In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	17	5. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung	18
6. Ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt, wenn Sie auch einen Anspruch auf gesetzliche Leistungen haben?	17	6. Selbstbehalt	18
7. Ist die Höhe der Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten begrenzt?	17	III Ihre Leistungen	19
		Monatliche Beitragsraten	19
		IV Anhang	20

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 so genannte 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 mit uns verbundenen Unternehmen einen entsprechenden Kooperationsvertrag vereinbart.

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

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0211/477 4444 oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.victoria.de 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 (s. Anhang) 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, Sprachheilpädagogogen 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 Euro – bis zum 20. Lebensjahr 50 Euro – 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 0211/477 4233 – 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) 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) verfügen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

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 des VictoriaMed Kompakt 1 Tarifs 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.

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 VictoriaMed Kompakt 1 Tarifs berücksichtigt die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem und sieht entsprechend Höchstgrenzen auf Basisschutzniveau 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 eine unserer Vertriebsstellen oder an die Hauptverwaltung in Düsseldorf 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 Kriegereignisse 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 Rehabilitationsträger, 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.

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

- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), 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 0211/477 44 00.

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), insbesondere
 - zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern,
 - zur Früherkennung von Herz- und Kreislaufkrankungen, 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 Generika 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 Euro 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 VictoriaMed Kompakt 1 Tarifs (s. Anhang) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

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.

- 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 oder wenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden müssen **zu 100%**.

Werden die Hilfsmittel nicht wie vorgesehen unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices beschafft oder bezogen, so sind die Aufwendungen nur **zu 50%** erstattungsfähig.

Sehhilfen gemäß Nr. I. 1.3.3c) ausschließlich für versicherte Personen bis zum vollendeten 19. Lebensjahr – unabhängig von der Indikation – insgesamt **bis zu 100 Euro** 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 Reparatur 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 Entbindungspflegers, 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 Euro**.

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 100–102 des Abschnitts B der GOZ (s. Anhang) 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 VictoriaMed Kompakt 1 Tarifs (s. Anhang) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die Höhe der Versiche-

rungsleistung 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. Prothesen und Brücken) 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 Euro je Versicherungsjahr.

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 Kostenvorschlag 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. Anhang) besteht Versicherungsschutz bei voll- und teilstationären Hospizaufenthalten.

6. Selbstbehalt

Für unsere Versicherungsleistungen nach Nr. 2.2 gilt nach VictoriaMed Kompakt 1 Tarif folgender Selbstbehalt je versicherter Person und Kalenderjahr

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

ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr

- Frauen **600 Euro**,
- Männer **600 Euro**,

ab dem 20. Lebensjahr

- Frauen **1.200 Euro**,
- Männer **1.200 Euro**.

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

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung 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.

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.

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.

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 § 11 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.

IV 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, Glucose
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 Urin), Anspruch alle 2 Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien

- **Inhalt, speziell Hautkrebs-Screening (für 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. Lebensstag

U2: 3. – 10. Lebensstag
U3: 4. – 6. Lebenswoche
U4: 3. – 4. Lebensmonat
U5: 6. – 7. Lebensmonat
U6: 10. – 12. Lebensmonat
U7: 21. – 24. Lebensmonat
U8: 43. – 48. Lebensmonat
U9: 60. – 64. Lebensmonat
U10: 10. – 13. Lebensjahr

II Heilmittelverzeichnis des VictoriaMed Kompakt 1 Tarifs¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
I. Inhalationen	
001 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2–8 Personen) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20
006 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2–4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
007 Krankengymnastik (Atemtherapie)	
a) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
b) in einer Gruppe (2–5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	10,80
008 Bewegungsübungen	7,70
009 Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60
010 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80
011 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
012 Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40
013 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
014 Gerätegestützte Krankengymnastik (Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	35,00
015 Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20
016 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen	
017 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
018 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70

019 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe 23,10

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

020 Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30
021 Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
022 An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30
023 Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,20
024 Medizinische Bäder mit Zusätzen	
a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
b) Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
c) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
025 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00

V. Kälte- und Wärmebehandlung

026 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
027 Eisteilbad	9,80
028 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler, auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70

VI. Elektrotherapie

029 Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20
030 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
031 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
032 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
033 Iontophorese	6,20
034 Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
035 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00

VII. Lichttherapie

036 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	3,10
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60

¹ Grundlage sind die vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge. Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB).

037 a)	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
b)	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
038 a)	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
b)	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

VIII. Logopädie

039	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
040	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
040a	Ausführlicher Bericht	11,80
041	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
a)	Mindestdauer 30 Minuten	31,70
b)	Mindestdauer 45 Minuten	41,50
c)	Mindestdauer 60 Minuten	52,20
042	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
a)	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
b)	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40

III Preis- und Leistungsverzeichnis des VictoriaMed Kompakt 1 Tarifs KP 1 für zahntechnische Leistungen¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	
001	Modell	5,62
002	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	13,29
003	Set-up	8,18
005	Stumpfmmodell	9,20
006	Zahnkranz	4,08
007	Zahnkranz sockeln	5,62
011	Modellpaar trimmen/Fixator	8,18
012	Einstellen im Mittelwertartikulator	8,18
013	Modellpaar sockeln	19,94
020	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	9,71
021	Basis für Autopolymerisat	18,92
022	Bisswoll	5,62
023	Registrierplatte und -stift auf Basen	22,06
024	Übertragungskappe	21,99
031	Provisorische Krone oder Brückenglied	27,61
032	Formteil	16,87
101	Vollkrone Metall/Krone für Keramikverblendung/Wurzelstiftkappe	61,36
102	Vollkrone Stufenpräparation/Teilkrone/Krone für Kunststoffverblendung	69,02
103	Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/Stiftaufbau einarbeiten	13,29
104	Modellation gießen	19,94
105	Stiftaufbau	43,97
110	Brückenglied	49,08
111	Mantelkrone Kunststoff	60,93
112	Mantelkrone Keramik	99,19
120	Teleskopierende Krone	204,52
120.1	Teleskop-/Doppel-/Konuskrone primär oder sekundär, teleskopierende Krone, Ausgleichsteleskop	131,58
130	Steg	81,81
131	Steglasche/Stegreiter	46,53
132	Steggeschiebe individuell	95,10
133	Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe	178,44
133.5	Primär-/Sekundärteil individuelles Geschiebe	103,64
134	Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	91,01
134.5	Primär-/Sekundärteil konfektioniertes Geschiebe, konfektionierte Verbindungseinrichtung einarbeiten	54,32
134.7	Primär-/Sekundärteil konfektionierter Anker	54,32
134.9	Wiederbefestigen Sekundärteil	54,32
135	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	42,44
136	Gefrästes Lager	52,66

¹ Grundlage ist das bundeseinheitliche Verzeichnis zahntechnischer Leistungen (BEL II) gemäß § 88 Abs. 1 SGB V.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge orientieren sich an den in den Bundesländern nach § 88 Abs. 2 SGB V unterschiedlich festgesetzten Höchstpreisen. Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB).

137	Schubverteilungsarm	53,69	710	Aufbiss	9,71
140	Riegel individuell	159,01	711	Abschirmelement	15,85
150	Metallverbindung nach Brand	25,05	712	Weichkunststoff KFO	43,97
155	Konditionierung je Zahn/Flügel	10,44	720	Schraube einarbeiten	14,32
160	Verblendung Kunststoff	39,88	721	Spezierschraube einarbeiten	20,45
161	Zahnfleisch aus Kunststoff	13,80	722	Trennen einer Basis	6,14
162	Verblendung aus Keramik	75,16	730	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	18,41
163	Zahnfleisch aus Keramik	30,68	731	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	23,52
164	(Teil-)Verblendung aus Komposite	56,02	732	Labialbogen intermaxillär	28,12
165	Papille/Zahnfleisch/Wurzelpontic/Sattelpontic aus Komposite	15,17	733	Feder, offen	8,18
201	Metallbasis	110,44	734	Feder, geschlossen	10,23
202	einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgehungsbügel	11,25	740	Verbindungselement intramaxillär	20,96
203	zweiarmige Klammer/Approximalklammer/Ringklammer/Rücklaufklammer/Bonyhardklammer Gegenlager/Doppelbogenklammer	17,90	741	Verbindungselemente intermaxillär	23,52
204	zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer/Auflage/Überwurfklammer, Auflage	29,65	742	Verankerungselement	19,43
205	Bonwillklammer	38,86	743	Einzelelement einarbeiten	10,23
208	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkauffläche	37,32	744	Metallverbindung KFO	14,32
210	Lösungsknopf für Friktionsprothese	12,27	750	Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	8,69
211	Abschlussrand	16,36	751	Mehrararmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	14,83
212	Zuschlag einzelne Klammer	18,92	761	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder Aufbissbehelfs	15,85
301	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	24,54	762	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	6,65
302	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,05	770	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	33,23
303	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,07	801	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	16,36
341	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	2,05	802	Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	7,16
361	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,99	803	Retention, gebogen	40,90
362	Fertigstellung je Zahn	3,07	804	Retention, gegossen	50,11
380	Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer	9,71	806	Gegossenes Basisteil	62,89
381	Zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	14,83	807	Metallverbindung	21,47
382	Weichkunststoff ZE	83,34	808	Teilunterfütterung	37,84
382.2	Sonderkunststoff	40,87	809	Vollständige Unterfütterung	49,08
383	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	32,72	810	Basis erneuern	58,80
384	Hinterlegen eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Zahn zahnfarben hinterlegt	8,98	811	KFO-Basis erneuern	49,49
401	Aufbisschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	102,26	813	Auswechseln von Konfektionsteilen	11,76
402	Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-, Verschlussplatte	60,84	820	Kronen- oder Brückenreparatur	32,72
403	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	42,44	933	Versandkosten	3,07
404	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	8,18	970	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	7,67
405	Abnehmbare Dauerschienen mit adjustierter Oberfläche aus Metall	150,83		Einlagefüllung (Inlay), einflächig ²	45,50
406	Semipermanente Schiene aus Kunststoff je Zahn	8,61		Einlagefüllung (Inlay), zweiflächig ²	53,17
701	Basis für Einzelkiefergerät	47,04		Einlagefüllung (Inlay; Onlay), mehr als zweiflächig ²	66,47
702	Basis für bimaxilläres Gerät	99,19		Veneer, Berblendschale aus Vollkeramik	62,89
703	Schiefe Ebene	40,39		Hinweis:	
704	Vorhofplatte	52,66		Preise gelten zuzügl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen.	
705	Kinnkappe	45,50			

² Leistung, die nicht im BEL II enthalten ist.

IV Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

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

Nr. 100: Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten

Nr. 101: Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

Nr. 102: Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung

Die Leistung nach der Nummer 100 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 101 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratung nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.

V Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Tarifbedingungen

für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung¹

§ 1 In welchem Umfang gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen?

Es gelten die jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen², soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Wer ist anspruchsberechtigt?

Anspruch auf Aufwendungsersatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung haben Versicherungsnehmer, die beim Versicherer Tarife abgeschlossen haben, denen die in Fußnote 2 genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegen und die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung).

§ 3 Welche Voraussetzungen müssen für einen Leistungsanspruch erfüllt sein?

1. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte Person an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient (d. h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre palliativ-medizinische Betreuung³ notwendig ist und

¹ Hospize in diesem Sinne sind selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Betreuung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker, sterbender Menschen ausgerichtet ist.

² Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I für die VictoriaMed Kompakt Tarife KP1–3, VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 und VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0–3 sowie Teil II (Tarife).

³ Durch eine palliativ-medizinische Betreuung soll nicht die Ursache einer Erkrankung bekämpft, sondern eine Linderung der Beschwerden erreicht werden. Hierunter fallen insbesondere die ärztliche bzw. pflegerische Behandlung von Begleiterscheinungen der Erkrankung und von Nebenwirkungen. Im Vordergrund steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit.

- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt

und dass eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Darüber hinaus werden Leistungen für eine palliativ-medizinische Betreuung in einem stationären Hospiz grundsätzlich nur bei einem der folgenden Krankheitsbilder gewährt:

- a) Fortgeschrittene Krebserkrankung,
 - b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
 - c) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
 - d) Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.
2. Der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus einer Erkrankung im Sinne von Absatz 1 S. 2 resultiert, muss in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (ärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung⁴ etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigen, so dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht.
 3. Die medizinische Notwendigkeit der voll-/teilstationären Hospizversorgung im Sinne der Absätze 1 und 2 ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen.
Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.
 4. Die Notwendigkeit einer voll-/teilstationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei versicherten Personen vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Wenn in Einzelfällen eine Verlegung der versicherten Person aus einem Pflegeheim in ein stationäres Hospiz im Sinne der Absätze 1 und 2 notwendig ist, werden Leistungen gewährt. Die medizinische Notwendigkeit ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.

§ 4 Welche stationären Hospize können Sie wählen?

1. Der versicherten Person steht die Wahl unter den stationären Hospizen frei, die über einen rechtswirksamen »Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39 a SGB V« verfügen⁵.

⁴ Ambulante Hospizdienste erbringen ihre Leistungen grundsätzlich ehrenamtlich und insoweit kostenlos. Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne ambulante Hospizdienste in der Nähe Ihres Wohnortes.

⁵ Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne Hospize in der Nähe Ihres Wohnortes.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

- Keine Leistungspflicht besteht für die Versorgung in stationären Hospizen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn die Versorgung in dem stationären Hospiz erst nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss beginnt.

§ 5 Für welchen Zeitraum können Sie Aufwendersatz für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung beanspruchen?

Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen im stationären Hospiz kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung der voll-/teilstationären Hospizversorgung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen. Diese Überprüfung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung erfolgen.

Aufwendungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung sind ab dem Zeitpunkt der Überprüfung nur erstattungsfähig, sofern der Arzt die medizinische Notwendigkeit der Fortdauer der Hospizversorgung im Sinne von § 3 Abs. 1 und 2 festgestellt hat.

Bei der Überprüfung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob der Zustand der versicherten Person trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat, so dass eine Entlassung nach Hause möglich ist.

§ 6 Welche Aufwendungen sind im Rahmen einer voll-/teilstationären Hospizversorgung erstattungsfähig?

Hinweis:

Soweit beim Versicherer eine private Pflegepflichtversicherung besteht und die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, können in den ersten vier Wochen des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes aus der Pflegepflichtversicherung grundsätzlich im Rahmen der Kurzzeitpflege Aufwendungen ersetzt werden, soweit Leistungen für eine solche für das Kalenderjahr noch nicht erbracht wurden und das stationäre Hospiz über einen rechtswirksamen »Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI« verfügt.

Bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen für eine Kurzzeitpflege bzw. bei Verlängerung des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes über vier Wochen hinaus, können aus der privaten Pflegepflichtversicherung Aufwendungen für voll- bzw. teilstationäre Pflege entsprechend der jeweiligen Pflegestufe erstattet werden.

Sämtliche Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung erfolgen freiwillig und werden bis auf Widerruf erbracht. Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzungen für derartige Leistungen einseitig zu ändern.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

- Soweit beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) besteht, sind aus dem Tarif, aus dem Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet werden, Aufwendungen in Höhe von kalendertäglich 6 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erstattungsfähig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch IV (SGB IV)

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

- Aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) und einer Krankheitskostenvollversicherung sind insgesamt maximal 90 % der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag⁶ erstattungsfähig.
- Übersteigen die Leistungsansprüche aus einer Krankheitskostenvollversicherung gemäß Absatz 1 und den freiwilligen Leistungen aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) zusammen 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes, so werden die Leistungen aus der Krankheitskostenvollversicherung um den 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes übersteigenden Betrag gekürzt.
- Der Aufnahme- und der Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die versicherte Person im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

§ 7 Ist eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz möglich?

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann der Versicherer Leistungen zur Vereinfachung des Zahlungsverkehrs unmittelbar an das stationäre Hospiz erbringen.

§ 8 Wie werden Sie im stationären Hospiz versorgt?

Der Umfang der vom stationären Hospiz zu erbringenden Versorgungsleistungen bzw. der an das stationäre Hospiz gestellten Qualitätsanforderungen ergibt sich aus den §§ 3 und 4 der »Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., dem Deutschen Roten Kreuz e.V., dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.«, in der jeweils gültigen Fassung.⁷

§ 9 Was müssen beihilfeberechtigte Personen beachten?

- Versicherte Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei einem Aufenthalt in einem stationären Hospiz Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten Auf-

⁶ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster des entsprechenden Versorgungsvertrages zu.

⁷ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster dieser Rahmenvereinbarung zu.

wendungsersatz für den erstattungsfähigen tagesbezogenen Bedarfssatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem tariflich für die Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen vereinbarten Prozentsatz.

2. Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 90% der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag (wenn z. B. eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.

§ 10 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch verändern?

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 der jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen berechtigt, diese Tarifbedingungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

VI 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 Mitglieds-kassen 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 Mitglieds-kassen 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 Mitglieds-kassen 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 selbstständige, 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 begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) 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.
- (3) 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II (Tarif)
für den

VictoriaMed Kompakt 2 Tarif (KP2)

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für die
VictoriaMed Kompakt Tarife KP1–3,
VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 und
VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0–3

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

Teil II der AVB enthält die speziell für Ihren gewählten Versicherungsschutz geltenden Bestimmungen, insbesondere zu Art und Umfang der Versicherungsleistungen. Sie geben Ihnen Auskunft zur Erstattung bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung oder 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 Victoria Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

	Seite		Seite
I		II	
Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht	29	Unsere Leistungen	31
1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung	29	1. Serviceleistungen	31
1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden? Besteht bei ambulanter Psychotherapie ein Zusagevorbehalt?	29	1.1 Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung	31
1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer	29	1.2 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?	31
1.3 In welchem Umfang stehen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel unter Versicherungsschutz?	29	2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung	32
1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?	30	2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	32
1.5 Können Zahnersatz und Kieferorthopädie Gegenstand der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sein?	30	2.2 Aufwendungsersatz	32
2. Stationäre Heilbehandlung	30	2.3 Pauschale bei ambulanter Operation	32
2.1 Welche Krankenhäuser oder Krankenanstalten können unter welchen Voraussetzungen gewählt werden? Ist bei stationärer Psychotherapie oder bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenanstalten eine vorherige Zusage erforderlich?	30	2.4 Pauschale bei ambulanter Entbindung	32
2.2 Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalt ab dem 92. Tag	30	3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung	32
2.3 Wie erfolgt die Abrechnung der Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen?	30	3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	32
3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?	30	3.2 Aufwendungsersatz	33
4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?	30	3.3 Vorlage Heil- und Kostenplan	33
5. In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	31	4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung	33
6. Ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt, wenn Sie auch einen Anspruch auf gesetzliche Leistungen haben?	31	4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	33
7. Ist die Höhe der Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten begrenzt?	31	4.2 Aufwendungsersatz	33
		4.3 Pauschale bei stationärer Entbindung	33
		5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland	33
		5.1 Erstattungsfähige Aufwendung	33
		5.2 Aufwendungsersatz	33
		6. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung	33
		7. Selbstbehalt	33
		III Ihre Leistungen	34
		Monatliche Beitragsraten	34
		IV Anhang	35

I Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden? Besteht bei ambulanter Psychotherapie ein Zusagevorbehalt?

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 so genannte 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.

Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes können in Anspruch genommen werden.

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.

Bei ambulanter Psychotherapie leisten wir nur, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben und ein niedergelassener approbierter Arzt mit einer der nachstehenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychiater und Psychotherapeut,
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychosomatiker und Psychotherapeut,
- Psychotherapie oder Psychoanalyse,

oder

ein niedergelassener und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gewählt wird.

Sollten Sie Fragen zu den erstattungsfähigen Therapiemethoden haben oder Hilfe bei der Wahl eines geeigneten Therapeuten wünschen, steht Ihnen unser Expertenteam unter der Telefonnummer 0211/477 4444 gern zur Verfügung.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten 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 mit uns verbundenen Unternehmen einen entsprechenden Kooperationsvertrag vereinbart.

Fragen Sie uns nach den mit uns kooperierenden Ärzten/Zahnärzten. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0211/477 4444 oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.victoria.de 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,

selbst wenn sie vom Behandler verordnet sind.

1.3.2 Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis dieses Tarifs (s. Anhang) 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 Euro – bis zum 20. Lebensjahr 50 Euro – 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 0211/477 4233 – da sich sonst die Erstattungsprozentsätze verringern (s. auch Nr. II. 2.1): Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining), elektronische Lesehilfen, Ernährungspum-

pen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Hörgeräte, Infusionspumpen, Krankenfahrräder, Kunstglieder, Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Pulsoximeter, Sauerstoffgeräte und Überwachungsmonitore für Säuglinge.

- c) Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen, auch Tages- und Monatslinsen).

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 Psychotherapie oder 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) 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.

Bei stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

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) verfügen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

Wir können uns auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

- es sich um einen Notfall handelt;
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert;
- 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:

- Es muss Anspruch auf Kostenerstattung für vollstationäre ununterbrochene Heilbehandlung für mindestens 91 Tage bestanden haben.
- 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 des VictoriaMed Kompakt 2 Tarifs 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.

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 VictoriaMed Kompakt 2 Tarifs orientiert sich am deutschen Gesundheitssystem und sieht entsprechende Höchstgrenzen 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 eine unserer Vertriebsstellen oder an die Hauptverwaltung in Düsseldorf wenden.

4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht

- 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;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- 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 wer-

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

den. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

- d) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker 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 Rehabilitationsträger, mit folgenden Ausnahmen:
- 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), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

1.1 Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 02 11/477 44 00.

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).

1.2 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?

Bei Auslandsreisen (vgl. Nr. 13) steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service – unter der Telefonnummer 0211/477 4477 – mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächstreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5), unter bestimmten Voraussetzungen auch von mitgereisten gesunden Kindern
- Organisation einer Betreuung von mitgereisten Kindern unter 16 Jahren vor Ort durch einen Kinderdienst für die Dauer der stationären Heilbehandlung, wenn aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Eltern im Ausland (nicht Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes) notwendig ist. Vorstehende Regelung gilt entsprechend, wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt eines ohne Partner reisenden Elternteils erforderlich ist
- Organisation der Reise und der Unterbringung einer dem Versicherten nahe stehenden Person (z. B. Familienangehörige, Lebenspartner) von deren Wohnort zum Krankenhaus und zurück, wenn der Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Ausland länger als 10 Tage dauert
- Organisation des Transports von zur Heilbehandlung erforderlichen Blutkonserven und Arzneimitteln ins Ausland (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)

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), insbesondere
 - zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern,
 - zur Früherkennung von Herz- und Kreislaufkrankungen, 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,
- Psychotherapie gemäß Nr. I. 1.1
 - bis zu 30 Sitzungen **zu 100%**,
 - von der 31. Sitzung an **zu 80%**
 - von der 61. Sitzung an **zu 70%**,
- Alternativmedizin – unabhängig von Nr. I. 1.4 Leistungen der besonderen Therapierichtungen nach dem jeweils gültigen Hufelandverzeichnis² einschließlich der dort aufgeführten Arzneimittel – **zu 75%, bis zu maximal 500 Euro je Versicherungsjahr**, soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze³ 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:
 - Generika⁴: **zu 100%**,
 - wenn für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel kein Generika existiert: **zu 100%**,
 - wird anstelle von existierenden Generika ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel als Originalpräparat bezogen: **zu 75%**.
- Leistungen des Heilpraktikers – unabhängig von Nr. I.1.3.1 Satz 1 Nr. I. 1.4 nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt einschließlich der verordneten Arzneimittel **zu 75%, bis zu maximal 500 Euro je Versicherungsjahr**.
- 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 Euro 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 VictoriaMed Kompakt 2 Tarifs (s. Anhang) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.
- Hilfsmittel gemäß Nr. I. 1.3.3 a) **zu 100%** gemäß Nr. I. 1.3.3 b) wenn sie unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices
 - bezogen bzw. beschafft wurden oder
 - weder beschafft noch bezogen werden können oder wenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden müssen **zu 100%**.Werden die Hilfsmittel nicht wie vorgesehen unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices beschafft oder bezogen, so sind die Aufwendungen nur **zu 75%** erstattungsfähig.
- Sehhilfen gemäß Nr. I. 1.3.3 c)
 - unabhängig von der Indikation – insgesamt **bis zu 200 Euro** 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. 7 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 Euro**.

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 Fußoperationen⁵.

2.4 Die Versicherte erhält für jede ambulante Entbindung – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt – eine Pauschale in Höhe von **500 Euro**.

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-Prophy-

² Auf Anforderung senden wir Ihnen gerne eine Übersicht mit den alternativen Therapieformen zu.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen ambulanten Operationen erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

laxe gemäß den Ziffern 100–102 des Abschnitts B der GOZ (s. Anhang)
Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Prothesen und Brücken), implantologische Leistungen, 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 Regelhöchstsätze⁶ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei

implantologischen Leistungen: auf das Einbringen von bis zu 4 Implantaten je Kiefer einschließlich etwaiger bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandener Implantate und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des VictoriaMed Kompakt 2 Tarifs (s. Anhang) 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. Prothesen und Brücken) sowie funktionsanalytischen, funktions-therapeutischen und implantologischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen **zu 60%**,
 - b) bei kieferorthopädischen Leistungen **zu 80%**,
 - c) bei sonstigen zahnärztlichen Leistungen **zu 100%**,
- bis zu insgesamt 1.500 Euro je Versicherungsjahr.**

3.3 Bei zahnärztlichen Maßnahmen, insbesondere nach Nr. 3.2a) 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 Regelhöchstsätze⁷ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Leistungen der Beleghebamme/des Belegentbindungspfleger, 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.

4.3 Die Versicherte erhält für jede stationäre Entbindung – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen – eine Pauschale in Höhe von **500 Euro**.

5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland

5.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Rücktransport aus dem Ausland
Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransportes an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus. Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notruf-Service an (s. auch Nr. 1.2).

Wird der Rücktransport nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur **zu 60% erstattungsfähig**.

- Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven unter Beachtung der geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person, sofern lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben sind und diese oder vergleichbare Arzneimittel vor Ort nicht erhältlich sind bzw. zur Heilbehandlung Blutkonserven fehlen oder ein berechtigter Wunsch des Kunden nach Blutkonserven aus Deutschland (z. B. Eigenblutkonserven) besteht (s. auch Nr. 1.2).

Wird der Transport nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur **zu 60% erstattungsfähig**.

- Todesfall im Ausland
Überführung an den Heimatwohnsitz aus dem
– europäischen oder außereuropäischen Ausland **bis zu 10.000 Euro**,
– Beisetzung im Ausland **bis zu 5.000 Euro**.

5.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 5.1 ergeben, werden zu 100% ersetzt.

6. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung

Im Rahmen unserer Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (s. Anhang) besteht Versicherungsschutz bei voll- und teilstationären Hospizaufenthalten.

7. Selbstbehalt

Für unsere Versicherungsleistungen nach Nr. 2.2 gilt nach VictoriaMed Kompakt 2 Tarif folgender Selbstbehalt je versicherte Person und Kalenderjahr

bis zum 15. Lebensjahr **300 Euro**,

ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr

– Frauen **300 Euro**,

– Männer **300 Euro**,

ab dem 20. Lebensjahr

– Frauen **600 Euro**,

– Männer **600 Euro**.

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr der Selbstbehalt der nächsthöheren Altersgruppe.

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.

⁶ 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.

⁷ 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.

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 § 11 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.

IV 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, Glucose
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
Ausnahme: 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 Beratungab 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 Beratungzusätzlich ab dem Alter von 30 Jahren:
 - Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brustzusätzlich 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 Urin), Anspruch alle 2 Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien

- **Inhalt, speziell Hautkrebs-Screening (für 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

U2: 3. – 10. Lebenstag

U3: 4. – 6. Lebenswoche

U4: 3. – 4. Lebensmonat

U5: 6. – 7. Lebensmonat

U6: 10. – 12. Lebensmonat

U7: 21. – 24. Lebensmonat

U8: 43. – 48. Lebensmonat

U9: 60. – 64. Lebensmonat

U10: 10. – 13. Lebensjahr

II Heilmittelverzeichnis des VictoriaMed Kompakt 2 Tarifs¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
I. Inhalationen	
001 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2–8 Personen) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20
006 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2–4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
007 Krankengymnastik (Atemtherapie)	
a) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
b) in einer Gruppe (2–5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	10,80
008 Bewegungsübungen	7,70
009 Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60
010 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80
011 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
012 Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40
013 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
014 Gerätegestützte Krankengymnastik (Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	35,00
015 Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20
016 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen	
017 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
018 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70

019 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe 23,10

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

020 Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30
021 Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
022 An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30
023 Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,20
024 Medizinische Bäder mit Zusätzen	
a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
b) Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
c) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
025 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00

V. Kälte- und Wärmebehandlung

026 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
027 Eisteilbad	9,80
028 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler, auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70

VI. Elektrotherapie

029 Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20
030 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
031 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
032 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
033 Iontophorese	6,20
034 Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
035 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00

VII. Lichttherapie

036 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	3,10
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60

¹ Grundlage sind die vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge. Änderungen sind vorbehalten.

037 a)	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
b)	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
038 a)	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
b)	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

VIII. Logopädie

039	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
040	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
040a	Ausführlicher Bericht	11,80
041	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
a)	Mindestdauer 30 Minuten	31,70
b)	Mindestdauer 45 Minuten	41,50
c)	Mindestdauer 60 Minuten	52,20
042	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
a)	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
b)	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40

III Preis- und Leistungsverzeichnis des VictoriaMed Kompakt 2 Tarifs für zahntechnische Leistungen¹

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		
0001	Modell Hartgips/Superhartgips	5,70
0002	Modell nach Überabdruck	8,90
0003	Modell vermessen	5,60
0004	Modellpaar sockeln	20,20
0005	Sägemodell/Modell Sägesegment	8,90
0006	Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen)	7,90
0007	Modellergänzung aus Kunststoff	18,40
0008	Doublieren eines Modells oder Modellteils	15,50
0009	Platzhalter einfügen	15,50
0010	Verwendung von Kunststoff	15,50
0011	Abdruck galvanisieren	15,50
0012	Set-up je Segment	8,20
0013	Einzelstumpfmodell	8,90
0014	Set-up Modell	8,90
0015	Dowel-Pin setzen	2,00
0016	Zahnkranz bearbeiten	4,60
0017	Zahnkranz sockeln	5,30
0018	Einstellen in Fixator (OK + UK)	7,50
0019	Modellmontage indiv. Artikulator I	13,30
0020	Übertragslehre für Zweitmontage	10,20
0021	Frontzahnführungsteller individuell	17,30
0022	Frässockel/Modell/je Kiefer	9,20
0023	Split Cast an Modell/je Kiefer	15,30
0024	Modellsegment sägen	5,10
0025	Kontrollmodell	6,10
0026	Remontage Modell	25,50
0027	Modell aus feuerfester Masse	10,20
0028	Stumpf aus feuerfester Masse	15,30
0029	Stumpf aus Superhartgips	5,60
0030	Stumpf aus Kunststoff	8,20
0031	Ausblocken eines Stumpfes	2,70
0032	Stumpf vorbereiten	4,10
0033	Reponieren eines Stumpfes	3,90
0034	Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell	8,20
0035	Dublieren eines Einzelstumpfes	8,20
0036	Radieren des Abschlussrandes	3,10
0037	Radieren nach System je Kiefer	5,10
0038	Abdecken eines Kieferteils je Kiefer	3,10
0039	Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer	22,40
Herstellung individueller Hilfsmittel		
0101	Basis für Vorbissnahme	9,40
0102	Konstruktionsbiss	9,40
0103	Basis Autopolimerisat	19,40
0104	Individueller Löffel	19,40
0105	Funktionslöffel	19,40
0106	Bissregistrierung	19,40
0107	Stützstiftregistrierung	19,40

¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB)

0108	Kunststoffbasis für Aufstellung	19,40	0332	Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig	120,90
0109	Bisswall (Wachs/Kunststoff) je Kiefer	5,50	0333	Onlay aus Keramik gefräst	120,90
0110	Übertragungskappe Kunststoff/Metall	22,20	Kronen/Brücken		
0111	Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren je Kiefer	13,30	0334	Wurzelstift gegossen	34,70
0112	Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen/je Zahn	6,00	0335	Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	61,50
0113	Spezialbissplatte	18,40	0336	Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	27,50
Provisorium			0337	Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	46,90
0201	Provisorische Krone oder Brückenglied/ Stifzahn/Onlay/Inlay aus Kunststoff/Metall	28,60	0338	Stiftaufbau	46,60
0202	Formteil für prov. Versorgung pro Kiefer	18,80	0339	Stiftaufbau in vorhand. Krone einarbeiten	13,50
0203	Metallarmierung für prov. Versorgung/je Kiefer	34,70	0340	Stiftkrone aus Kunststoff	65,30
0204	Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils	4,10	0341	Angelieferte Modellation gießen	20,20
0205	Metallprovisorium verblenden einfarbig bis Zahn 6	28,60	0342	Vorbereiten Krone/Brückenglied	13,50
0206	Metallprovisorium verblenden mehrfarbig bis Zahn 6	40,80	0343	Krone/Brückenglied einarbeiten	13,50
Inlays Gold			0344	Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert	61,50
0301	Gussinlay indirekt einflächig	49,00	0345	Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0302	Gussinlay indirekt zweiflächig	67,30	0346	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0303	Gussinlay indirekt dreiflächig	79,60	0347	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung	61,50
0304	Gussinlay indirekt mehrflächig	79,60	0348	Krone für Kunststoffverblendung	69,40
0305	Guss Onlay	79,60	0349	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Teilverblendung	66,30
0306	Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	61,20	0350	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	61,50
0307	Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	69,40	0351	Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	51,00
0308	Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig	80,60	0352	Galvanokrone für Verblendung	61,20
0309	Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig	85,70	0353	Krone aus Presskeramik	125,50
0310	Inlaygerüst zur Verblendung einflächig	49,00	0354	Teilkrone aus Presskeramik	90,50
0311	Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig	59,20	0355	Krone/Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung	72,30
0312	Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig	69,40	0356	Krone aus Keramik gefräst	132,20
0313	Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig	74,50	0357	Krone aus Keramik gefräst zur Keramikverblendung	115,90
Inlays Kunststoff (keine Provisorien)			0358	Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff/Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	64,90
0314	Inlay aus Kunststoff einflächig	38,80	0359	Mantel-(Jacket-)krone Keramik/ Front- u. Seitenzähne, nicht als Provisorien	100,90
0315	Inlay aus Kunststoff zweiflächig	51,00	0360	Brückenglied massiv	47,10
0316	Inlay aus Kunststoff dreiflächig	65,30	0361	Brückenglied für Vollverblendung	32,10
0317	Inlay aus Kunststoff mehrflächig	69,40	0362	Brückenglied aus Keramik	92,80
0318	Onlay aus Kunststoff	69,40	0363	Verbindungsteile aus Keramik	8,20
Inlays Keramik (inkl. Schichtung individuell)			Teleskope/Geschiebe/Stege/Riegel		
0319	Keramikinlay einflächig	90,80	0368	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär	84,70
0320	Keramikinlay zweiflächig	93,80	0369	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär	94,00
0321	Keramikinlay dreiflächig	96,90	0370	Umlaufende Fräsung	30,40
0322	Keramikinlay mehrflächig	107,10	0371	Individuelles Geschiebe primär	77,50
0323	Teilkrone/Onlay/Keramik	96,90	0372	Individuelles Geschiebe sekundär	80,20
Inlay Presskeramik (z. B. Empress od. Cercon)			0373	Geschiebefräsung	29,20
0324	Inlay aus Presskeramik einflächig	80,30	0374	Grundeinheit Individueller Steg/ Primär- und Sekundärteil	82,10
0325	Inlay aus Presskeramik zweiflächig	82,10	0375	Individueller Steg Längeneinheit	8,20
0326	Inlay aus Presskeramik dreiflächig	87,50	0376	Steggeschiebe individuell/ Primär- und Sekundärteil	64,10
0327	Inlay aus Presskeramik mehrflächig	90,50	0377	Steggeschiebe individuell an Basis	34,70
0328	Onlay aus Presskeramik	90,50	0378	Steg abknicken	7,10
Inlay aus Keramik gefräst					
0329	Inlay aus Keramik gefräst einflächig	111,40			
0330	Inlay aus Keramik gefräst zweiflächig	113,30			
0331	Inlay aus Keramik gefräst dreiflächig	115,80			

0379	Stegfräsung	18,40	0703	Inlayklammern	8,80
0380	Konfektionssteg	53,50	0704	Fortlaufende Klammern je Zahn	10,50
0381	Konfektionssteg Längeneinheit	3,10	0705	Bonyhardklammer (J-Klammer)	10,50
0382	Konfektionsstegglasche an Basis	18,40	0706	Kralle	10,50
0383	Konfektionssteggeschiebe an Basis	34,70	0707	Ney-Stiel	10,50
0384	Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	18,40	0708	Auflage	10,50
0385	Stift im Inlay zum Pinledge	15,30	0709	Umgebungsbügel bei Diastema	10,50
0386	Drehriegel, Schwenkriegel individuell inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung	161,00	0710	Zweiarmige Klammer	20,00
0387	Wiederherstellung Drehriegel/ Schwenkriegel individuell	107,30	0711	Approximalklammer	20,00
0388	Konfektionsriegel primär	34,70	0712	Ringklammer	20,00
0389	Konfektionsriegel sekundär	71,20	0713	Rücklaufklammer	20,00
0390	Konfektionsgeschiebe primär	34,70	0714	Gegenlager	20,00
0391	Konfektionsgeschiebe sekundär	71,20	0715	Zwei Zähne umfassende Doppelklammer	20,00
0392	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50	0716	Zweiarmige Klammer mit Auflage(n)	29,70
0393	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20	0717	Approximalklammer mit Auflage(n)	29,70
0394	Rillen-Schulter-Fräsung	29,20	0718	Ringklammer mit Auflage(n)	29,70
0396	Schubverteilungsarm	54,50	0719	Rücklaufklammer mit Auflage(n)	29,70
0397	Teilfräsung	18,40	0720	Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,70
0398	Lager für Ankerbandklammer	77,50	0721	Überwurfklammer mit Auflage(n)	29,70
0399	Ankerbandklammer sekundär	80,20	0722	Bonwillklammer	39,80
0400	Lager für Raste	8,20	0723	Rückenschutzplatte	37,70
0401	Raste in Lager	6,10	0724	Metallzahn	37,70
0402	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/Schraube/Bolzen	8,20	0725	Metallkaufläche	37,70
0403	Einarbeiten Friktionsstift/Schraube/Bolzen	42,00	0726	Lösungsknopf für Friktionsprothese/ max. 2 je Kiefer	15,20
Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen			0727	Unterfütterbarer Abschlussrand	18,10
0501	Metallverbindung nach keramischem Brand/inklusive Lötmetall	24,90	0728	Zuschlag f. einzeln gegossene Klammer(n)	20,70
0502	Lötfreie Verbindungen/Primärteil je Einheit	5,60	0729	Kragenfassung	8,20
0503	Lötfreie Verbindungen/ Sekundärteil je Einheit	9,20	0730	Modellgussteil konditionieren/je Kiefer	12,20
0504	Laserschweißen je Kiefer	14,30	0731	Metallfläche konditionieren/je Einheit	8,20
0505	Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	8,20	Auf- und Fertigstellung/gebogene Klammern		
0506	Lötung 2/3: mit/ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	14,30	0801	Aufstellung Grundeinheit je Kiefer	32,30
Veneers/Verblendungen/Zahnfleisch			0802	Aufstellung Wachsbasis je Zahn	1,80
0601	Verblendung Kunststoff bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	46,80	0803	Aufstellung aus Metallbasis je Zahn	2,70
0602	Verblendung Keramik bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	78,60	0804	Übertragung einer Aufstellung je Zahn	1,90
0603	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Kunststoff bis Zahn 6	13,90	0805	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,90
0604	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Keramik bis Zahn 6	30,30	0806	Fertigstellung einer Prothese je Zahn	3,30
0605	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik	14,30	0807	Einarmige Klammer	8,10
0606	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik bis Zahn 6	25,00	0808	Inlayklammer	8,10
0607	Verblendschale aus Kunststoff	56,10	0809	Interdental-Knopfklammer	8,10
0608	Verblendschale aus Keramik	114,20	0810	Approximalklammer	8,10
0609	Verblendschale aus Presskeramik	98,20	0811	Auflage (nicht Kralle)	8,10
0610	Verblendschale aus Keramik geätzt	119,20	0812	Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager	8,10
Metallbasen und gegossene Klammern			0813	Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage	14,90
0701	Metallbasis/OK od. UK/Totale sow. Partielle	122,10	0814	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	14,90
0702	Einarmige Klammer	10,50	0815	Überwurfklammer	14,90
			0816	Doppelbogenklammer (zwei Zähne)	14,90
			0817	Basis aus Weichkunststoff	52,10
			0818	Sonderkunststoffe/je Kiefer	52,10
			0819	Herstellung eines Zahnes a. zahnfarb. Kunststoff	32,70
			0820	Remontage Prothese	20,40
			0821	Selektives Einschleifen	31,60
			0822	Reokkludieren einer Prothese	4,60

IV Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

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

Nr. 100: Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten

Nr. 101: Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

Nr. 102: Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung

Die Leistung nach der Nummer 100 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 101 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratung nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.

V Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Tarifbedingungen

für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung¹

§ 1 In welchem Umfang gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen?

Es gelten die jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen², soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Wer ist anspruchsberechtigt?

Anspruch auf Aufwendungsersatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung haben Versicherungsnehmer, die beim Versicherer Tarife abgeschlossen haben, denen die in Fußnote 2 genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegen und die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung).

§ 3 Welche Voraussetzungen müssen für einen Leistungsanspruch erfüllt sein?

1. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte Person an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient (d. h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre palliativ-medizinische Betreuung³ notwendig ist und

¹ Hospize in diesem Sinne sind selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Betreuung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker, sterbender Menschen ausgerichtet ist.

² Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I für die VictoriaMed Kompakt Tarife KP1–3, VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 und VictoriaMed Premium Tarife PR 1 / 0–3 sowie Teil II (Tarife).

³ Durch eine palliativ-medizinische Betreuung soll nicht die Ursache einer Erkrankung bekämpft, sondern eine Linderung der Beschwerden erreicht werden. Hierunter fallen insbesondere die ärztliche bzw. pflegerische Behandlung von Begleiterscheinungen der Erkrankung und von Nebenwirkungen. Im Vordergrund steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit.

- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt

und dass eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Darüber hinaus werden Leistungen für eine palliativ-medizinische Betreuung in einem stationären Hospiz grundsätzlich nur bei einem der folgenden Krankheitsbilder gewährt:

- a) Fortgeschrittene Krebserkrankung,
 - b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
 - c) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
 - d) Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.
2. Der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus einer Erkrankung im Sinne von Absatz 1 S. 2 resultiert, muss in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (ärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung⁴ etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigen, so dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht.
 3. Die medizinische Notwendigkeit der voll-/teilstationären Hospizversorgung im Sinne der Absätze 1 und 2 ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen.

Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.
 4. Die Notwendigkeit einer voll-/teilstationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei versicherten Personen vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Wenn in Einzelfällen eine Verlegung der versicherten Person aus einem Pflegeheim in ein stationäres Hospiz im Sinne der Absätze 1 und 2 notwendig ist, werden Leistungen gewährt. Die medizinische Notwendigkeit ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.

§ 4 Welche stationären Hospize können Sie wählen?

1. Der versicherten Person steht die Wahl unter den stationären Hospizen frei, die über einen rechtswirksamen »Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39 a SGB V« verfügen⁵.

⁴ Ambulante Hospizdienste erbringen ihre Leistungen grundsätzlich ehrenamtlich und insoweit kostenlos. Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne ambulante Hospizdienste in der Nähe Ihres Wohnortes.

⁵ Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne Hospize in der Nähe Ihres Wohnortes.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

- Keine Leistungspflicht besteht für die Versorgung in stationären Hospizen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn die Versorgung in dem stationären Hospiz erst nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss beginnt.

§ 5 Für welchen Zeitraum können Sie Aufwendersersatz für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung beanspruchen?

Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen im stationären Hospiz kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung der voll-/teilstationären Hospizversorgung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen. Diese Überprüfung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung erfolgen.

Aufwendungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung sind ab dem Zeitpunkt der Überprüfung nur erstattungsfähig, sofern der Arzt die medizinische Notwendigkeit der Fortdauer der Hospizversorgung im Sinne von § 3 Abs. 1 und 2 festgestellt hat.

Bei der Überprüfung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob der Zustand der versicherten Person trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat, so dass eine Entlassung nach Hause möglich ist.

§ 6 Welche Aufwendungen sind im Rahmen einer voll-/teilstationären Hospizversorgung erstattungsfähig?

Hinweis:

Soweit beim Versicherer eine private Pflegepflichtversicherung besteht und die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, können in den ersten vier Wochen des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes aus der Pflegepflichtversicherung grundsätzlich im Rahmen der Kurzzeitpflege Aufwendungen ersetzt werden, soweit Leistungen für eine solche für das Kalenderjahr noch nicht erbracht wurden und das stationäre Hospiz über einen rechtswirksamen »Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI« verfügt.

Bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen für eine Kurzzeitpflege bzw. bei Verlängerung des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes über vier Wochen hinaus, können aus der privaten Pflegepflichtversicherung Aufwendungen für voll- bzw. teilstationäre Pflege entsprechend der jeweiligen Pflegestufe erstattet werden.

Sämtliche Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung erfolgen freiwillig und werden bis auf Widerruf erbracht. Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzungen für derartige Leistungen einseitig zu ändern.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

- Soweit beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) besteht, sind aus dem Tarif, aus dem Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet werden, Aufwendungen in Höhe von kalendertäglich 6 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erstattungsfähig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch IV (SGB IV)

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

- Aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) und einer Krankheitskostenvollversicherung sind insgesamt maximal 90 % der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag⁶ erstattungsfähig.
- Übersteigen die Leistungsansprüche aus einer Krankheitskostenvollversicherung gemäß Absatz 1 und den freiwilligen Leistungen aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) zusammen 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes, so werden die Leistungen aus der Krankheitskostenvollversicherung um den 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes übersteigenden Betrag gekürzt.
- Der Aufnahme- und der Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die versicherte Person im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

§ 7 Ist eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz möglich?

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann der Versicherer Leistungen zur Vereinfachung des Zahlungsverkehrs unmittelbar an das stationäre Hospiz erbringen.

§ 8 Wie werden Sie im stationären Hospiz versorgt?

Der Umfang der vom stationären Hospiz zu erbringenden Versorgungsleistungen bzw. der an das stationäre Hospiz gestellten Qualitätsanforderungen ergibt sich aus den §§ 3 und 4 der »Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., dem Deutschen Roten Kreuz e.V., dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.«, in der jeweils gültigen Fassung.⁷

§ 9 Was müssen beihilfeberechtigte Personen beachten?

- Versicherte Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei einem Aufenthalt in einem stationären Hospiz Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten Auf-

⁶ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster des entsprechenden Versorgungsvertrages zu.

⁷ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster dieser Rahmenvereinbarung zu.

wendungsersatz für den erstattungsfähigen tagesbezogenen Bedarfssatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem tariflich für die Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen vereinbarten Prozentsatz.

2. Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 90% der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag (wenn z.B. eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.

§ 10 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch verändern?

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 der jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen berechtigt, diese Tarifbedingungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

VI 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 selbstständige, 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 begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) 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.
- (3) 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II (Tarif)
für den

VictoriaMed Kompakt 3 Tarif (KP3)

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für die
VictoriaMed Kompakt Tarife KP1–3,
VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 und
VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 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 oder 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 Victoria Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

	Seite		Seite
I		II	
Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht	47	Unsere Leistungen	49
1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung	47	1. Serviceleistungen	49
1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden? Besteht bei ambulanter Psychotherapie ein Zusagevorbehalt?	47	1.1 Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung	49
1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer	47	1.2 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?	49
1.3 In welchem Umfang stehen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel unter Versicherungsschutz?	47	2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung	50
1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?	48	2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	50
1.5 Können Zahnersatz und Kieferorthopädie Gegenstand der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sein?	48	2.2 Aufwendungsersatz	50
2. Stationäre Heilbehandlung	48	2.3 Pauschale bei ambulanter Operation	50
2.1 Welche Krankenhäuser oder Krankenanstalten können unter welchen Voraussetzungen gewählt werden? Ist bei stationärer Psychotherapie oder bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenanstalten eine vorherige Zusage erforderlich?	48	2.4 Pauschale bei ambulanter Entbindung	50
2.2 Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalt ab dem 92. Tag	48	3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung	50
2.3 Wie erfolgt die Abrechnung der Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen?	48	3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	50
3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?	48	3.2 Aufwendungsersatz	51
4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?	48	3.3 Vorlage Heil- und Kostenplan	51
5. In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	49	4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung	51
6. Ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt, wenn Sie auch einen Anspruch auf gesetzliche Leistungen haben?	49	4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	51
7. Ist die Höhe der Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten begrenzt?	49	4.2 Aufwendungsersatz	51
		4.3 Krankenhaustagegeld	51
		4.4 Pauschale bei stationärer Entbindung	51
		5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland	51
		5.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	51
		5.2 Aufwendungsersatz	51
		6. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung	51
		7. Selbstbehalt	52
		III Ihre Leistungen	52
		Monatliche Beitragsraten	52
		IV Anhang	53

I Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden? Besteht bei ambulanter Psychotherapie ein Zusagevorbehalt?

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 so genannte 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.

Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes können in Anspruch genommen werden.

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.

Bei ambulanter Psychotherapie leisten wir nur, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben und ein niedergelassener approbierter Arzt mit einer der nachstehenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychiater und Psychotherapeut,
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychosomatiker und Psychotherapeut,
- Psychotherapie oder Psychoanalyse,

oder

ein niedergelassener und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gewählt wird.

Sollten Sie Fragen zu den erstattungsfähigen Therapiemethoden haben oder Hilfe bei der Wahl eines geeigneten Therapeuten wünschen, steht Ihnen unser Expertenteam unter der Telefonnummer 0211/477 4444 gern zur Verfügung.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten 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 mit uns verbundenen Unternehmen einen entsprechenden Kooperationsvertrag vereinbart.

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

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0211/477 4444 oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.victoria.de 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,

selbst wenn sie vom Behandler verordnet sind.

1.3.2 Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis dieses Tarifs (s. Anhang) 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 Euro – bis zum 20. Lebensjahr 50 Euro – 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 0211/477 4233 – da sich sonst die Erstattungsprozentsätze verringern (s. auch Nr. II 2.1): Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Blindenleitgerät und Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining), elektronische Lesehilfen, Ernährungspum-

pen, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Hörgeräte, Infusionspumpen, Krankenfahrräder, Kunstglieder, Liege- und Sitzschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Pulsoximeter, Sauerstoffgeräte, Überwachungsmonitore für Säuglinge und Ähnliches.

- c) Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen – auch Tages- und Monatslinsen).

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 Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

Als Hilfsmittel gelten 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 Psychotherapie oder 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 öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Bei stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

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, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

Wir können uns auf die fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

- es sich um einen Notfall handelt;
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert;
- 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:

- Es muss Anspruch auf Kostenerstattung für vollstationäre ununterbrochene Heilbehandlung für mindestens 91 Tage bestanden haben.

- 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 des VictoriaMed Kompakt 3 Tarifs 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.

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 VictoriaMed Kompakt 3 Tarifs berücksichtigt die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem und sieht entsprechend Höchstgrenzen 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 eine unserer Vertriebsstellen oder an die Hauptverwaltung in Düsseldorf wenden.

4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht

- 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;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- 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.

- für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker 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 Rehabilitationsträger, mit folgenden Ausnahmen:

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), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

1.1 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 0211/477 44 00.

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).

1.2 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?

Bei Auslandsreisen (vgl. Nr. I. 3) steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service – unter der Telefonnummer 0211/477 4477 – mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächstreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten (siehe auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5), unter bestimmten Voraussetzungen auch von mitgereisten gesunden Kindern
- Organisation einer Betreuung von mitgereisten Kindern unter 16 Jahren vor Ort durch einen Kinderdienst für die Dauer der stationären Heilbehandlung, wenn aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Eltern im Ausland (nicht Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes) notwendig ist. Vorstehende Regelung gilt entsprechend, wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt eines ohne Partner reisenden Elternteils erforderlich ist
- Organisation der Reise und der Unterbringung einer dem Versicherten nahe stehenden Person (z. B. Familienangehörige, Lebenspartner) von deren Wohnort zum Krankenhaus und zurück, wenn der Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Ausland länger als 10 Tage dauert
- Organisation des Transports von zur Heilbehandlung erforderlichen Blutkonserven und Arzneimitteln ins Ausland (siehe auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz (siehe auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)

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), 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,
- Psychotherapie gemäß Nr. I. 1.1
 - bis zu 30 Sitzungen **zu 100%**,
 - von der 31. Sitzung an **zu 80%**,
 - von der 61. Sitzung an **zu 70%**,
- Alternativmedizin – unabhängig von Nr. I. 1.4 Leistungen der besonderen Therapierichtungen nach dem jeweils gültigen Hufelandverzeichnis¹ einschließlich der dort aufgeführten Arzneimittel **zu 75%, bis zu maximal 500 Euro je Versicherungsjahr**, 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 Generika existiert: **zu 100%**,
 - wird anstelle von existierenden Generika ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel als Originalpräparat bezogen: **zu 75%**.
- Leistungen des Heilpraktikers – unabhängig von Nr. I. 1.3.1 Satz 1 und I. 1.4 – nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt, einschließlich der verordneten Arzneimittel **zu 75%, bis zu maximal 500 Euro je Versicherungsjahr**.
- 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 Euro erstattungsfähig.

¹ Auf Anforderung senden wir Ihnen gerne eine Übersicht mit den alternativen Therapieformen zu.

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.

- 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 VictoriaMed Kompakt 3 Tarifs (s. Anhang) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

- Hilfsmittel gemäß Nr. I. 1.3.3 a) **zu 100%**, gemäß Nr. I. 1.3.3 b), wenn sie unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices
 - bezogen bzw. beschafft wurden oder
 - weder beschafft noch bezogen werden können oder

wenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden müssen **zu 100%**.

Werden die Hilfsmittel nicht wie vorgesehen unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices beschafft oder bezogen, so sind die Aufwendungen nur **zu 75%** erstattungsfähig.

Sehhilfen gemäß Nr. I. 1.3.3 c)

- unabhängig von der Indikation – insgesamt **bis zu 200 Euro** 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 Entbindungspflegers, 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. 7 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 Euro.

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

2.4 Die Versicherte erhält für jede ambulante Entbindung – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt – eine Pauschale in Höhe von 500 Euro.

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 100–102 des Abschnitts B der GOZ (s. Anhang), professionelle Zahnreinigung (PZR), Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Prothesen und Brücken), implantologische Leistungen, kieferorthopädische Maßnahmen für versicherte Personen,

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

die bei Beginn der Behandlung das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
Erstellung eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze⁵ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei

- PZR:
auf maximal 100 Euro je Kalenderjahr;
wird zur Durchführung der PZR die Einrichtung eines mit uns kooperierenden Zahnarztes (vgl. Nr. I. 1.2) aufgesucht, so erhöht sich die Erstattungsfähigkeit auf maximal 200 Euro je Kalenderjahr.
- implantologischen Leistungen:
auf insgesamt 4 Implantate je Kiefer einschließlich etwaiger bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandener Implantate und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.
- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des VictoriaMed Kompakt 3 Tarifs (s. Anhang) 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. Prothesen und Brücken), sowie funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen **zu 70%**,
- b) bei kieferorthopädischen Leistungen **zu 90%**,
bis zu insgesamt 2.000 Euro je Versicherungsjahr;
- c) bei sonstigen zahnärztlichen Leistungen **zu 100%**.

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.
- Ärztliche Leistungen
 - Wahlärztliche Leistungen
(gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte einschließlich der von diesen verantworteten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses),
 - 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 Höchstsätze⁶ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer⁷.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- 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.

4.3 Krankenhaustagegeld

Im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung zahlen wir neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld

- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer in Höhe von **20 Euro**,
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen für die gesamte Dauer der vollstationären Behandlung in Höhe von **60 Euro**.

Hierbei zählen der Aufnahme- und der Entlassungstag jeweils als ein Tag.

4.4 Die Versicherte erhält für jede stationäre Entbindung – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen – eine Pauschale in Höhe von **500 Euro**.

5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland

5.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Rücktransport aus dem Ausland
Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransportes an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus. Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notruf-Service an (s. Nr. 1.2).

Wird der Rücktransport nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur **zu 60% erstattungsfähig**.

- Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven unter Beachtung der geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person, sofern lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben sind und diese oder vergleichbare Arzneimittel vor Ort nicht erhältlich sind bzw. zur Heilbehandlung Blutkonserven fehlen oder ein berechtigter Wunsch des Kunden nach Blutkonserven aus Deutschland (z. B. Eigenblutkonserven) besteht (s. Nr. 1.2).

Wird der Transport nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur **zu 60% erstattungsfähig**.

- Todesfall im Ausland
Überführung an den Heimatwohnsitz aus dem
 - europäischen oder außereuropäischen Ausland **bis zu 10.000 Euro**,
 - Beisetzung im Ausland **bis zu 5.000 Euro**.

5.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 5.1 ergeben, werden zu 100% ersetzt.

6. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung

Im Rahmen unserer Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (s. Anhang) besteht Versicherungsschutz bei voll- und teilstationären Hospizaufenthalten.

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

⁶ Höchstsätze sind der 3,5fache Satz der GOÄ für persönliche Leistungen, der 2,5fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M und der Nr. 437 der GOÄ.

⁷ Wählt der Versicherte gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60% erstattungsfähig.

7. Selbstbehalt

Für unsere Versicherungsleistungen nach Nr. 2.2 gilt nach VictoriaMed Kompakt 3 Tarif folgender Selbstbehalt je versicherte Person und Kalenderjahr

bis zum 15. Lebensjahr **300 Euro**,

ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr

- Frauen **300 Euro**,
- Männer **300 Euro**,

ab dem 20. Lebensjahr

- Frauen **600 Euro**,
- Männer **600 Euro**.

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr der Selbstbehalt der nächsthöheren Altersgruppe.

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 § 11 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.

IV 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, Glucose
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 Urin), Anspruch alle 2 Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien

- **Inhalt, speziell Hautkrebs-Screening (für 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

U2: 3. – 10. Lebenstag

U3: 4. – 6. Lebenswoche

U4: 3. – 4. Lebensmonat

U5: 6. – 7. Lebensmonat

U6: 10. – 12. Lebensmonat

U7: 21. – 24. Lebensmonat

U8: 43. – 48. Lebensmonat

U9: 60. – 64. Lebensmonat

U10: 10. – 13. Lebensjahr

II Heilmittelverzeichnis des VictoriaMed Kompakt 3 Tarifs¹

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag Euro		
I. Inhalationen			
001 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70		
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen			
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Massage	19,50		
003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10		
004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30		
005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2–8 Personen) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20		
006 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2–4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80		
007 Krankengymnastik (Atemtherapie)			
a) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30		
b) in einer Gruppe (2–5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	10,80		
008 Bewegungsübungen	7,70		
009 Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60		
010 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80		
011 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50		
012 Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40		
013 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90		
014 Gerätegestützte Krankengymnastik (Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen)), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	35,00		
015 Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschnelle)	5,20		
016 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70		
III. Massagen			
017 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80		
018 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder			
a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50		
b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20		
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70		
019 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe		23,10	
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder			
020 Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe		10,30	
021 Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)		11,80	
022 An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe		12,30	
023 Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		9,20	
024 Medizinische Bäder mit Zusätzen			
a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze		6,70	
b) Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		13,30	
c) Weitere Zusätze, je Zusatz		3,10	
025 Gashaltige Bäder			
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe		19,50	
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		22,50	
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe		21,00	
V. Kälte- und Wärmebehandlung			
026 a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)		9,80	
b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)		6,70	
027 Eisteilbad		9,80	
028 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler, auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile		5,70	
VI. Elektrotherapie			
029 Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese		6,20	
030 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)		6,20	
031 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)		6,20	
032 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen		11,80	
033 Iontophorese		6,20	
034 Zwei- oder Vierzellenbad		11,30	
035 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		22,00	
VII. Lichttherapie			
036 Behandlung mit Ultraviolettlicht			
a) als Einzelbehandlung		3,10	
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer		2,60	

¹ Grundlage sind die vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge. Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB).

037 a)	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
b)	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
038 a)	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
b)	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

VIII. Logopädie

039	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
040	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
040a	Ausführlicher Bericht	11,80
041	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
a)	Mindestdauer 30 Minuten	31,70
b)	Mindestdauer 45 Minuten	41,50
c)	Mindestdauer 60 Minuten	52,20
042	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
a)	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
b)	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40

III Preis- und Leistungsverzeichnis des VictoriaMed Kompakt 3 Tarifs für zahntechnische Leistungen¹

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		
0001	Modell Hartgips/Superhartgips	5,70
0002	Modell nach Überabdruck	8,90
0003	Modell vermessen	5,60
0004	Modellpaar sockeln	20,20
0005	Sägemodell/Modell Sägesegment	8,90
0006	Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen)	7,90
0007	Modellergänzung aus Kunststoff	18,40
0008	Doublieren eines Modells oder Modellteils	15,50
0009	Platzhalter einfügen	15,50
0010	Verwendung von Kunststoff	15,50
0011	Abdruck galvanisieren	15,50
0012	Set-up je Segment	8,20
0013	Einzelstumpfmodell	8,90
0014	Set-up Modell	8,90
0015	Dowel-Pin setzen	2,00
0016	Zahnkranz bearbeiten	4,60
0017	Zahnkranz sockeln	5,30
0018	Einstellen in Fixator (OK + UK)	7,50
0019	Modellmontage indiv. Artikulator I	13,30
0020	Übertragslehre für Zweitmontage	10,20
0021	Frontzahnführungsteller individuell	17,30
0022	Frässockel/Modell/je Kiefer	9,20
0023	Split Cast an Modell/je Kiefer	15,30
0024	Modellsegment sägen	5,10
0025	Kontrollmodell	6,10
0026	Remontage Modell	25,50
0027	Modell aus feuerfester Masse	10,20
0028	Stumpf aus feuerfester Masse	15,30
0029	Stumpf aus Superhartgips	5,60
0030	Stumpf aus Kunststoff	8,20
0031	Ausblocken eines Stumpfes	2,70
0032	Stumpf vorbereiten	4,10
0033	Reponieren eines Stumpfes	3,90
0034	Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell	8,20
0035	Dublieren eines Einzelstumpfes	8,20
0036	Radieren des Abschlussrandes	3,10
0037	Radieren nach System je Kiefer	5,10
0038	Abdecken eines Kieferteils je Kiefer	3,10
0039	Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer	22,40
Herstellung individueller Hilfsmittel		
0101	Basis für Vorbissnahme	9,40
0102	Konstruktionsbiss	9,40
0103	Basis Autopolimerisat	19,40
0104	Individueller Löffel	19,40
0105	Funktionslöffel	19,40
0106	Bissregistrierung	19,40
0107	Stützstiftregistrierung	19,40

¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB)

0108	Kunststoffbasis für Aufstellung	19,40	0332	Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig	120,90
0109	Bisswall (Wachs/Kunststoff) je Kiefer	5,50	0333	Onlay aus Keramik gefräst	120,90
0110	Übertragungskappe Kunststoff/Metall	22,20	Kronen/Brücken		
0111	Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren je Kiefer	13,30	0334	Wurzelstift gegossen	34,70
0112	Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen/je Zahn	6,00	0335	Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	61,50
0113	Spezialbissplatte	18,40	0336	Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	27,50
Provisorium			0337	Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	46,90
0201	Provisorische Krone oder Brückenglied/ Stifzahn/Onlay/Inlay aus Kunststoff/Metall	28,60	0338	Stiftaufbau	46,60
0202	Formteil für prov. Versorgung pro Kiefer	18,80	0339	Stiftaufbau in vorhand. Krone einarbeiten	13,50
0203	Metallarmierung für prov. Versorgung/je Kiefer	34,70	0340	Stiftkrone aus Kunststoff	65,30
0204	Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils	4,10	0341	Angelieferte Modellation gießen	20,20
0205	Metallprovisorium verblenden einfarbig bis Zahn 6	28,60	0342	Vorbereiten Krone/Brückenglied	13,50
0206	Metallprovisorium verblenden mehrfarbig bis Zahn 6	40,80	0343	Krone/Brückenglied einarbeiten	13,50
Inlays Gold			0344	Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert	61,50
0301	Gussinlay indirekt einflächig	49,00	0345	Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0302	Gussinlay indirekt zweiflächig	67,30	0346	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0303	Gussinlay indirekt dreiflächig	79,60	0347	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung	61,50
0304	Gussinlay indirekt mehrflächig	79,60	0348	Krone für Kunststoffverblendung	69,40
0305	Guss Onlay	79,60	0349	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Teilverblendung	66,30
0306	Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	61,20	0350	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	61,50
0307	Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	69,40	0351	Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	51,00
0308	Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig	80,60	0352	Galvanokrone für Verblendung	61,20
0309	Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig	85,70	0353	Krone aus Presskeramik	125,50
0310	Inlaygerüst zur Verblendung einflächig	49,00	0354	Teilkrone aus Presskeramik	90,50
0311	Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig	59,20	0355	Krone/Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung	72,30
0312	Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig	69,40	0356	Krone aus Keramik gefräst	132,20
0313	Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig	74,50	0357	Krone aus Keramik gefräst zur Keramikverblendung	115,90
Inlays Kunststoff (keine Provisorien)			0358	Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff/Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	64,90
0314	Inlay aus Kunststoff einflächig	38,80	0359	Mantel-(Jacket-)krone Keramik/ Front- u. Seitenzähne, nicht als Provisorien	100,90
0315	Inlay aus Kunststoff zweiflächig	51,00	0360	Brückenglied massiv	47,10
0316	Inlay aus Kunststoff dreiflächig	65,30	0361	Brückenglied für Vollverblendung	32,10
0317	Inlay aus Kunststoff mehrflächig	69,40	0362	Brückenglied aus Keramik	92,80
0318	Onlay aus Kunststoff	69,40	0363	Verbindungsteile aus Keramik	8,20
Inlays Keramik (inkl. Schichtung individuell)			Teleskope/Geschiebe/Stege/Riegel		
0319	Keramikinlay einflächig	90,80	0368	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär	84,70
0320	Keramikinlay zweiflächig	93,80	0369	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär	94,00
0321	Keramikinlay dreiflächig	96,90	0370	Umlaufende Fräsung	30,40
0322	Keramikinlay mehrflächig	107,10	0371	Individuelles Geschiebe primär	77,50
0323	Teilkrone/Onlay/Keramik	96,90	0372	Individuelles Geschiebe sekundär	80,20
Inlay Presskeramik (z. B. Empress od. Cercon)			0373	Geschiebefräsung	29,20
0324	Inlay aus Presskeramik einflächig	80,30	0374	Grundeinheit Individueller Steg/ Primär- und Sekundärteil	82,10
0325	Inlay aus Presskeramik zweiflächig	82,10	0375	Individueller Steg Längeneinheit	8,20
0326	Inlay aus Presskeramik dreiflächig	87,50	0376	Steggeschiebe individuell/ Primär- und Sekundärteil	64,10
0327	Inlay aus Presskeramik mehrflächig	90,50	0377	Steggeschiebe individuell an Basis	34,70
0328	Onlay aus Presskeramik	90,50	0378	Steg abknicken	7,10
Inlay aus Keramik gefräst					
0329	Inlay aus Keramik gefräst einflächig	111,40			
0330	Inlay aus Keramik gefräst zweiflächig	113,30			
0331	Inlay aus Keramik gefräst dreiflächig	115,80			

0379	Stegfräsung	18,40	0703	Inlayklammern	8,80
0380	Konfektionssteg	53,50	0704	Fortlaufende Klammern je Zahn	10,50
0381	Konfektionssteg Längeneinheit	3,10	0705	Bonyhardklammer (J-Klammer)	10,50
0382	Konfektionsstegglasche an Basis	18,40	0706	Kralle	10,50
0383	Konfektionssteggeschiebe an Basis	34,70	0707	Ney-Stiel	10,50
0384	Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	18,40	0708	Auflage	10,50
0385	Stift im Inlay zum Pinledge	15,30	0709	Umgebungsbügel bei Diastema	10,50
0386	Drehriegel, Schwenkriegel individuell inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung	161,00	0710	Zweiarmige Klammer	20,00
0387	Wiederherstellung Drehriegel/ Schwenkriegel individuell	107,30	0711	Approximalklammer	20,00
0388	Konfektionsriegel primär	34,70	0712	Ringklammer	20,00
0389	Konfektionsriegel sekundär	71,20	0713	Rücklaufklammer	20,00
0390	Konfektionsgeschiebe primär	34,70	0714	Gegenlager	20,00
0391	Konfektionsgeschiebe sekundär	71,20	0715	Zwei Zähne umfassende Doppelklammer	20,00
0392	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50	0716	Zweiarmige Klammer mit Auflage(n)	29,70
0393	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20	0717	Approximalklammer mit Auflage(n)	29,70
0394	Rillen-Schulter-Fräsung	29,20	0718	Ringklammer mit Auflage(n)	29,70
0396	Schubverteilungsarm	54,50	0719	Rücklaufklammer mit Auflage(n)	29,70
0397	Teilfräsung	18,40	0720	Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,70
0398	Lager für Ankerbandklammer	77,50	0721	Überwurfklammer mit Auflage(n)	29,70
0399	Ankerbandklammer sekundär	80,20	0722	Bonwillklammer	39,80
0400	Lager für Raste	8,20	0723	Rückenschutzplatte	37,70
0401	Raste in Lager	6,10	0724	Metallzahn	37,70
0402	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/Schraube/Bolzen	8,20	0725	Metallkaufläche	37,70
0403	Einarbeiten Friktionsstift/Schraube/Bolzen	42,00	0726	Lösungsknopf für Friktionsprothese/ max. 2 je Kiefer	15,20
Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen					
0501	Metallverbindung nach keramischem Brand/inklusive Lötmetall	24,90	0727	Unterfütterbarer Abschlussrand	18,10
0502	Lötfreie Verbindungen/Primärteil je Einheit	5,60	0728	Zuschlag f. einzeln gegossene Klammer(n)	20,70
0503	Lötfreie Verbindungen/ Sekundärteil je Einheit	9,20	0729	Kragenfassung	8,20
0504	Laserschweißen je Kiefer	14,30	0730	Modellgussteil konditionieren/je Kiefer	12,20
0505	Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	8,20	0731	Metallfläche konditionieren/je Einheit	8,20
0506	Lötung 2/3: mit/ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	14,30	Auf- und Fertigstellung/gebogene Klammern		
Veneers/Verblendungen/Zahnfleisch					
0601	Verblendung Kunststoff bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	46,80	0801	Aufstellung Grundeinheit je Kiefer	32,30
0602	Verblendung Keramik bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	78,60	0802	Aufstellung Wachsbasis je Zahn	1,80
0603	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Kunststoff bis Zahn 6	13,90	0803	Aufstellung aus Metallbasis je Zahn	2,70
0604	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Keramik bis Zahn 6	30,30	0804	Übertragung einer Aufstellung je Zahn	1,90
0605	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik	14,30	0805	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,90
0606	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik bis Zahn 6	25,00	0806	Fertigstellung einer Prothese je Zahn	3,30
0607	Verblendschale aus Kunststoff	56,10	0807	Einarmige Klammer	8,10
0608	Verblendschale aus Keramik	114,20	0808	Inlayklammer	8,10
0609	Verblendschale aus Presskeramik	98,20	0809	Interdental-Knopfklammer	8,10
0610	Verblendschale aus Keramik geätzt	119,20	0810	Approximalklammer	8,10
Metallbasen und gegossene Klammern					
0701	Metallbasis/OK od. UK/Totale sow. Partielle	122,10	0811	Auflage (nicht Kralle)	8,10
0702	Einarmige Klammer	10,50	0812	Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager	8,10
			0813	Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage	14,90
			0814	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	14,90
			0815	Überwurfklammer	14,90
			0816	Doppelbogenklammer (zwei Zähne)	14,90
			0817	Basis aus Weichkunststoff	52,10
			0818	Sonderkunststoffe/je Kiefer	52,10
			0819	Herstellung eines Zahnes a. zahnfarb. Kunststoff	32,70
			0820	Remontage Prothese	20,40
			0821	Selektives Einschleifen	31,60
			0822	Reokkludieren einer Prothese	4,60

0823	Zahnfleischklammer	10,20			
0824	Pelottenklammer	18,40			
0825	Konfektioniertes Metallgitter anpassen und einarbeiten	36,70			
0826	Saugkammer einarbeiten	4,10			
Schienen					
0827	Aufbisschiene	104,30			
0828	Knirscherschiene	104,30			
0829	Bissführungsplatte/komplett	104,30			
0830	Miniplastschiene	61,90			
0831	Retentionsschiene	61,90			
0832	Verband- oder Verschlussplatte	61,90			
0833	Umarbeiten einer Prothese, Aufbissbehelf	43,10			
0834	Festsitz, Schiene adjustierbar je Zahn	9,50			
0835	Abnehmbare Dauerschiene/Metall, adjust.	154,10			
0836	Medikamententrägerschiene	66,30			
0837	Schienungskappe aus Kunststoff	17,30			
0838	Obturator aus Kunststoff	93,80			
0839	Resektionskloß aus Kunststoff	57,10			
0840	Flexible Zahnfleischepithesen Grundeinheit	102,00			
0841	Flexible Zahnfleischepithesen je Zahn	10,20			
Kieferorthopädie/Reparaturen					
0901	Basis für Einzelkiefergerät	47,80			
0902	Basis für bimaxilläres Gerät	100,90			
0903	Schiefe Ebene/je Kiefer	39,70			
0904	Vorhofplatte	53,00			
0905	Kinnkappe	47,70			
0906	Aufbiss/je Kieferhälfte od. Frontzahnggebiet	9,40			
0907	Abschirmelement	16,20			
0909	Schraube einarbeiten	14,30			
0910	Spezial-Schraube einarbeiten	18,60			
0911	Trennen einer Basis	5,90			
0912	Labialbogen	18,20			
0913	Labialbogen modifiziert	23,80			
0914	Labialbogen intermaxiliär	28,30			
0915	Feder, offen	8,10			
0916	Feder, geschlossen	10,30			
0917	Verbindungselement intramaxiliär	21,10			
0918	Verbindungs- oder Führungselemente intermaxiliär	23,50			
0919	Verankerungselement/Ankerband	19,50			
0920	Einzelelement einarbeiten	10,11			
0921	Metallverbindung	14,10			
0922	Einarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	8,80			
0923	Mehrmarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	14,90			
0924	Grundeinheit für Instandsetzung KFO-Basis	15,80			
0925	Dehn- und/oder Regulierungselement	6,70			
0926	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoff-Basis	43,30			
0927	Facebow anpassen	13,30			
0928	Häkchen	10,20			
0929	Lingualbogen	30,60			
0930	Palatinalbogen	38,80			
0931	Positioner	142,80			
0932	Druckfeder/Zugfeder	15,30			
0933	Lückenthalter	18,40			
			Reparaturen Zahnersatz		
			1001	Grundeinheit f. Instandsetzung Prothese	17,70
			1002	Leistungseinheit Sprung	7,80
			1003	Leistungseinheit Bruch	7,80
			1004	Leistungseinheit Einarbeiten eines Zahnes	7,80
			1005	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	7,80
			1006	Leistungseinheit Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten	7,80
			1007	Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	7,80
			1008	Leistungseinheit Kunststoff sattel lösen/wiederbefestigen	7,80
			1009	Retention, gebogen	41,70
			1010	Retention, gegossen	51,10
			1011	Gegossenes Basisteil	63,90
			1012	Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung	21,50
			1013	Teilunterfütterung einer Basis	37,30
			1014	Vollständige Unterfütterung einer Basis	52,00
			1015	Basis erneuern	63,30
			1016	Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils	13,50
			1017	Reparatur einer Krone oder Brückenglied	33,80
			1018	Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese	91,80
			1019	Instandsetzen Kunststoffverblendung bis Zahn 6	15,80
			1020	Instandsetzen Keramikverblendung bis Zahn 6	15,80
			1021	Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	15,80
			Sonstiges		
			1100	Versandkosten	3,70
			1101	Verrechnungseinheit für die Anfertigung aus NEM-Legierung je Einheit	11,00
			Implantologie		
			I 111	Implantat , einschließlich folgender mitabgegoltener Begleitleistungen:	200,00
				– Röntgenkugel positionieren	
				– Modellimplantat repositionieren	
				– Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben	
				– Verlängerungshülse für Implantat	
				– Bearbeiten eines Implantatkopfes	
				– Drehsicherungsstopp bei Implantaten	
				– Verschraubung Implantat	
				– Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	
				– Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	
				– Lötfreie Verbindung Primärteil	
				– Stegfräsung	
				– Steggeschiebe	
				– Metallverbindung Primärteile	
			I 112	Parallelbohrschablone für Implantat pro Kiefer 1x	30,00
			I 113	Implantatkontrollschablone pro Kiefer 1x	25,00
			I 114	Basis aus Kunststoff auf Implantat	30,60
			I 115	Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen	73,40
			I 116	Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen	56,10
			I 117	Magnetpaar einarbeiten	49,00
			Hinweise:		
Preise gelten zuzügl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen.					

V Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

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

Nr. 100: Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten

Nr. 101: Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

Nr. 102: Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung

Die Leistung nach der Nummer 100 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 101 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratung nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.

V Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Tarifbedingungen

für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung¹

§ 1 In welchem Umfang gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen?

Es gelten die jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen², soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Wer ist anspruchsberechtigt?

Anspruch auf Aufwendungsersatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung haben Versicherungsnehmer, die beim Versicherer Tarife abgeschlossen haben, denen die in Fußnote 2 genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegen und die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung).

§ 3 Welche Voraussetzungen müssen für einen Leistungsanspruch erfüllt sein?

1. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte Person an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient (d. h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
 - bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre palliativ-medizinische Betreuung³ notwendig ist und

¹ Hospize in diesem Sinne sind selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Betreuung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker, sterbender Menschen ausgerichtet ist.

² Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I für die VictoriaMed Kompakt Tarife KP1–3, VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 und VictoriaMed Premium Tarife PR 1/0–3 sowie Teil II (Tarife).

³ Durch eine palliativ-medizinische Betreuung soll nicht die Ursache einer Erkrankung bekämpft, sondern eine Linderung der Beschwerden erreicht werden. Hierunter fallen insbesondere die ärztliche bzw. pflegerische Behandlung von Begleiterscheinungen der Erkrankung und von Nebenwirkungen. Im Vordergrund steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit.

- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt

und dass eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 Krankenhausbehandlung

- (1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Darüber hinaus werden Leistungen für eine palliativ-medizinische Betreuung in einem stationären Hospiz grundsätzlich nur bei einem der folgenden Krankheitsbilder gewährt:

- a) Fortgeschrittene Krebserkrankung,
 - b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
 - c) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
 - d) Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.
2. Der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus einer Erkrankung im Sinne von Absatz 1 S. 2 resultiert, muss in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (ärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung⁴ etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigen, so dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht.
 3. Die medizinische Notwendigkeit der voll-/teilstationären Hospizversorgung im Sinne der Absätze 1 und 2 ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.
 4. Die Notwendigkeit einer voll-/teilstationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei versicherten Personen vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Wenn in Einzelfällen eine Verlegung der versicherten Person aus einem Pflegeheim in ein stationäres Hospiz im Sinne der Absätze 1 und 2 notwendig ist, werden Leistungen gewährt. Die medizinische Notwendigkeit ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.

§ 4 Welche stationären Hospize können Sie wählen?

1. Der versicherten Person steht die Wahl unter den stationären Hospizen frei, die über einen rechtswirksamen »Versorungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39 a SGB V« verfügen⁵.

⁴ Ambulante Hospizdienste erbringen ihre Leistungen grundsätzlich ehrenamtlich und insoweit kostenlos. Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne ambulante Hospizdienste in der Nähe Ihres Wohnortes.

⁵ Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne Hospize in der Nähe Ihres Wohnortes.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

2. Keine Leistungspflicht besteht für die Versorgung in stationären Hospizen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn die Versorgung in dem stationären Hospiz erst nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss beginnt.

§ 5 Für welchen Zeitraum können Sie Aufwendersersatz für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung beanspruchen?

Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen im stationären Hospiz kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung der voll-/teilstationären Hospizversorgung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen. Diese Überprüfung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung erfolgen.

Aufwendungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung sind ab dem Zeitpunkt der Überprüfung nur erstattungsfähig, sofern der Arzt die medizinische Notwendigkeit der Fortdauer der Hospizversorgung im Sinne von § 3 Abs. 1 und 2 festgestellt hat.

Bei der Überprüfung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob der Zustand der versicherten Person trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat, so dass eine Entlassung nach Hause möglich ist.

§ 6 Welche Aufwendungen sind im Rahmen einer voll-/teilstationären Hospizversorgung erstattungsfähig?

Hinweis:

Soweit beim Versicherer eine private Pflegepflichtversicherung besteht und die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, können in den ersten vier Wochen des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes aus der Pflegepflichtversicherung grundsätzlich im Rahmen der Kurzzeitpflege Aufwendungen ersetzt werden, soweit Leistungen für eine solche für das Kalenderjahr noch nicht erbracht wurden und das stationäre Hospiz über einen rechtswirksamen »Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI« verfügt.

Bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen für eine Kurzzeitpflege bzw. bei Verlängerung des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes über vier Wochen hinaus, können aus der privaten Pflegepflichtversicherung Aufwendungen für voll- bzw. teilstationäre Pflege entsprechend der jeweiligen Pflegestufe erstattet werden.

Sämtliche Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung erfolgen freiwillig und werden bis auf Widerruf erbracht. Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzungen für derartige Leistungen einseitig zu ändern.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

1. Soweit beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) besteht, sind aus dem Tarif, aus dem Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet werden, Aufwendungen in Höhe von kalendertäglich 6 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erstattungsfähig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch IV (SGB IV)

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

2. Aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) und einer Krankheitskostenvollversicherung sind insgesamt maximal 90 % der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag⁶ erstattungsfähig.

3. Übersteigen die Leistungsansprüche aus einer Krankheitskostenvollversicherung gemäß Absatz 1 und den freiwilligen Leistungen aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) zusammen 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes, so werden die Leistungen aus der Krankheitskostenvollversicherung um den 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes übersteigenden Betrag gekürzt.

4. Der Aufnahme- und der Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die versicherte Person im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

§ 7 Ist eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz möglich?

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann der Versicherer Leistungen zur Vereinfachung des Zahlungsverkehrs unmittelbar an das stationäre Hospiz erbringen.

§ 8 Wie werden Sie im stationären Hospiz versorgt?

Der Umfang der vom stationären Hospiz zu erbringenden Versorgungsleistungen bzw. der an das stationäre Hospiz gestellten Qualitätsanforderungen ergibt sich aus den §§ 3 und 4 der »Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., dem Deutschen Roten Kreuz e.V., dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.«, in der jeweils gültigen Fassung.⁷

§ 9 Was müssen beihilfeberechtigte Personen beachten?

1. Versicherte Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei einem Aufenthalt in einem stationären Hospiz Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten Auf-

⁶ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster des entsprechenden Versorgungsvertrages zu.

⁷ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster dieser Rahmenvereinbarung zu.

wendungsersatz für den erstattungsfähigen tagesbezogenen Bedarfssatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem tariflich für die Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen vereinbarten Prozentsatz.

2. Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 90% der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag (wenn z. B. eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.

§ 10 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch verändern?

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 der jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen berechtigt, diese Tarifbedingungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

VI Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) 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.
- (3) 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II (Tarif)
für die

VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0-3

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für die
VictoriaMed Kompakt Tarife KP1–3,
VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 und
VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 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 oder 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 Victoria Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

	Seite		Seite
I Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht	65	II Unsere Leistungen	67
1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung	65	1. Serviceleistungen	67
1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden? Ist bei ambulanter Psychotherapie eine vorherige Zusage erforderlich?	65	1.1 Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung	67
1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer; welchen Vorteil haben Sie, wenn Sie bestimmte von uns angeratene Verhaltensweisen beachten?	65	1.2 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?	67
1.3 In welchem Umfang stehen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel unter Versicherungsschutz?	65	2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung	68
1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?	66	2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	68
1.5 Können Zahnersatz und Kieferorthopädie Gegenstand der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sein?	66	2.2 Aufwendungsersatz	69
2. Stationäre Heilbehandlung	66	2.3 Pauschale bei ambulanter Operation	69
2.1 Welche Krankenhäuser oder Krankenanstalten können unter welchen Voraussetzungen gewählt werden? Ist bei stationärer Psychotherapie oder bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenanstalten eine vorherige Zusage erforderlich?	66	2.4 Pauschale bei ambulanter Entbindung	69
2.2 Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalt ab dem 92. Tag	66	3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung	69
2.3 Wie erfolgt die Abrechnung der Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen?	66	3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	69
3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?	66	3.2 Aufwendungsersatz	69
3.1 Heilbehandlung im europäischen Ausland	66	3.3 Vorlage Heil- und Kostenplan	69
3.2 Heilbehandlung im außereuropäischen Ausland	66	4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung	69
4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?	67	4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	69
5. In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	67	4.2 Aufwendungsersatz	70
6. Ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt, wenn Sie auch einen Anspruch auf gesetzliche Leistungen haben?	67	4.3 Krankenhaustagegeld	70
7. Ist die Höhe der Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten begrenzt?	67	4.4 Pauschale bei stationärer Entbindung	70
		5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland	70
		5.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	70
		5.2 Aufwendungsersatz	70
		6. Kurtagegeld	70
		7. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung	70
		8. Selbstbehalt	70
		III Ihre Leistungen	70
		Monatliche Beitragsraten	70
		IV Anhang	71

I Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden? Ist bei ambulanter Psychotherapie eine vorherige Zusage erforderlich?

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes können in Anspruch genommen werden.

Bei ambulanter Psychotherapie leisten wir nur, wenn und soweit wir vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben und ein niedergelassener approbierter Arzt mit einer der nachstehenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychiater und Psychotherapeut,
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychosomatiker und Psychotherapeut,
- Psychotherapie oder Psychoanalyse,

oder

ein niedergelassener und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gewählt wird.

Sollten Sie Fragen zu den erstattungsfähigen Therapiemethoden haben oder Hilfe bei der Wahl eines geeigneten Therapeuten wünschen, steht Ihnen unser Expertenteam unter der Telefonnummer 0211/477 4444 gern zur Verfügung.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten 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.

1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer; welchen Vorteil haben Sie, wenn Sie bestimmte von uns angeratene Verhaltensweisen beachten?

Mit uns kooperierende Leistungserbringer im Sinn 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 mit uns verbundenen Unternehmen einen entsprechenden Kooperationsvertrag vereinbart.

Lassen Sie bestimmte zahnärztliche Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten durchführen, so erhöhen Sie Ihren tariflichen Erstattungsanspruch (vgl. Nr. II 3).

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

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0211/477 4444 oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.victoria.de nach.

Für bestimmte von uns angeratene Verhaltensweisen, die der Gesundheit des Versicherten dienlich sind oder die die Qualität der medizinischen Versorgung steigern, können wir eine Aktivprämie ausloben. Dies teilen wir Ihnen dann entsprechend mit (vgl. § 7 Abs. 1 AVB Teil I).

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 Arzneimittel müssen zudem 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,

selbst wenn sie vom Behandler verordnet sind.

1.3.2 Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis dieses Tarifs (s. Anhang) aufgeführten

- a) physikalisch-medizinische 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, Sprachheilpädagoginnen 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 Euro – bis zum 20. Lebensjahr 50 Euro – 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 0211/477 4233 – 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, Überwachungsmonitore für Säuglinge und Ähnliches.
- c) Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen – auch Tages- und Monatslinsen).

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 Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

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

1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?

1.4.1 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.

1.4.2 Aufwendungen für Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind unter der Voraussetzung, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann,
- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und,
- eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht,

erstattungsfähig. Ein Leistungsanspruch besteht für

- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder
- bis zu 3 Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder
- bis zu 3 Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), (einschließlich der dabei erforderlichen IVF).

Besteht ein Anspruch des bei uns nicht versicherten Partners auf Leistungen für künstliche Befruchtung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem sonstigen Leistungsträger oder bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

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 Psychotherapie oder 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 öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Bei stationärer Psychotherapie wird nur geleistet, wenn und soweit wir vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben haben.

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, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

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 ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt 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 des VictoriaMed Komfort Tarifs KF1 / 0-3 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.

3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?

3.1 Bei einer Heilbehandlung in Europa gilt ergänzend zu § 6 Abs. 1 AVB Teil I:

Liegen die in europäischen Staaten entstehenden erstattungsfähigen Behandlungskosten über denen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden, so werden diese tariflich ersetzt, wenn und soweit sie im jeweiligen europäischen Staat üblich sind.

Bei einer Heilbehandlung außerhalb Europas gilt abweichend von § 6 Abs. 1 AVB Teil I:

Die Versicherungsleistungen sind bei Heilbehandlung im außereuropäischen Ausland auf das Doppelte der Leistungen begrenzt, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen gewesen wären, wenn und soweit die im außereuropäischen Ausland entstehenden Aufwendungen höher und dort üblich sind.

3.2 Abweichend von § 6 Abs. 3 AVB Teil I besteht auch im außereuropäischen Ausland unter den folgenden Voraussetzungen zeitlich unbegrenzt Versicherungsschutz:

Sie verfügen über

- eine Postanschrift in Deutschland sowie
- eine deutsche Kontoverbindung.

Übersteigt die voraussichtliche Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland 12 Monate oder verlegen Sie bzw. die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, so teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Wir führen die Versicherung dann fort, wenn die Voraussetzungen nach Satz 2 weiter vorliegen. Im Rahmen dieser Fortführung sind wir berechtigt, Auslandszuschläge bis zu 100% des zu zahlenden Beitrages einschließlich etwaiger Risikozuschläge ab dem 13. Monat des Auslandsaufenthaltes zu verlangen. Bei der Berechnung der voraussichtlichen Dauer des außereuropäischen Auslandsaufenthaltes von mindestens 12 Monaten bleiben kurzfristige Unterbrechungen des Auslandsaufenthaltes von unter einem Monat unberücksichtigt; länger andauernde Unterbrechungen sind uns nachzuweisen.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

Wir empfehlen Ihnen, rechtzeitig vor Antritt einer länger dauernden Auslandsreise bei uns nach speziellen Auslandsreise-Krankenversicherungen zu fragen. Unsere Außendienstmitarbeiter/

-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Vertriebsstellen oder an die Hauptverwaltung in Düsseldorf 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, Heilpraktiker 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 Rehabilitationsträger, mit folgenden Ausnahmen:
 - 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.
 - Kurtagegeld gemäß II. Nr. 6.
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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 Krankentagegeld, 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

1.1 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 0211/477 4400.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen (einschließlich Erinnerungsservice) 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).

1.2 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?

1.2.1 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service – Telefonnummer 0211/477 4477 – mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächstreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5), unter bestimmten Voraussetzungen auch von mitgereisten gesunden Kindern
- Organisation einer Betreuung von mitgereisten Kindern unter 16 Jahren vor Ort durch einen Kinderdienst für die Dauer der stationären Heilbehandlung, wenn aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Eltern im Ausland (nicht Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes) notwendig ist. Vorstehende Regelung gilt entsprechend, wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt eines ohne Partner reisenden Elternteils erforderlich ist
- Organisation der Reise und der Unterbringung einer dem Versicherten nahe stehenden Person (z. B. Familienangehörige, Lebenspartner) von deren Wohnort zum Krankenhaus und zurück, wenn der Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Ausland länger als 10 Tage dauert

- Organisation des Transports von zur Heilbehandlung erforderlichen Blutkonserven und Arzneimitteln ins Ausland (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)

1.2.2 Unmittelbar nach Unfällen oder während vollstationärer Heilbehandlung im Krankenhaus bzw. ambulanten Operationen einer versicherten Person können Sie im Rahmen des 24-Stunden-Notruf-Services – Telefonnummer 0211/477 4477 – ein Beratungsgespräch zur Feststellung eines etwaigen Bedarfs zu folgenden Serviceleistungen verlangen:

- Organisation eines Menüservices
- Organisation einer Begleitung bei Arzt- und Behörden-gängen
- Organisation einer Hilfskraft
 - für Einkäufe und notwendige Besorgungen,
 - zur Reinigung der Wohnung,
 - zur Versorgung der Wäsche / SchuHPflege
- Organisation einer Tag- und Nachtwache (nur nach ambu-lanter Operation)
- Organisation einer Fachkraft zur Grundpflege
- Vermittlung von Kinderbetreuung (für Kinder bis zum voll-enden 14. Lebensjahr)
 - bei Erkrankung und während einer vollstationären Heilbehandlung des versicherten Erziehungsberechtigten oder
 - bei Erkrankung des versicherten Kindes
- Vermittlung von geeignetem Personal zwecks Kompensati-on von Unterrichtsausfall bei versicherten schulpflichtigen minderjährigen Kindern, die länger als 3 Wochen aufgrund eines der in Satz 1 genannten Ereignisse nicht am Schulun-terricht teilnehmen können
- Vermittlung eines Dienstleiters zur Einrichtung einer Haus-notrufanlage
- Vermittlung einer Beratung bei einer sich abzeichnenden Pflegebedürftigkeit
- Kontaktherstellung zu Pflegeheimen
- Organisation einer Pflegeschulung für Angehörige
- Vermittlung einer Beratung bei Umbau von Wohnung/Kfz
- Organisation einer Betreuung von Haustieren (auch wäh-rend einer vollstationären Heilbehandlung)

Bei entsprechendem Bedarf werden die jeweils erforderlichen Organisations- bzw. Vermittlungsleistungen erbracht. Aufwen-dungen für Entgelte, die sich aus organisierten bzw. vermittelten Dienstleistungen ergeben (z. B. für den Menüservice selbst oder die Umbaukosten für Wohnung/Kfz) sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

1.2.3 Der 24-Stunden-Notruf-Service, Telefonnummer 0211/477 4477, vermittelt Ihnen nach traumatisierenden Ereignissen

- eine telefonische psychologische Erstbetreuung
- einen Therapieplatz bei einem auf Traumabehandlung spezialisierten Psychotherapeuten in Wohnortnähe. Die Kosten der Behandlung werden für bis zu 6 Sitzungen übernommen.

Als traumatisierende Ereignisse gelten im Sinne dieser AVB: Naturkatastrophen, Flug- und Bahnunfälle, sofern die versicher-te Person von diesen Ereignissen vor Ort unmittelbar betroffen ist sowie der Unfalltod des Ehegatten bzw. Lebenspartners oder naher Angehöriger.

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 einge-führten Programmen – die dafür vorgesehenen Altersgren-zen müssen nicht eingehalten werden (s. Anhang), sowie weiterer gezielter Vorsorgeuntersuchungen (Einzel-heiten, insbesondere zu Art, Höhe und Umfang, s. Anhang), Schutzimpfungen (auch für Reisen), wenn sie von der Ständigen Impfkommision des zuständigen Bundesinstitutes bzw. von der Deutschen

Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe,

- Psychotherapie gemäß Nr. I. 1.1
- bis zu 30 Sitzungen **zu 100%**,
 - von der 31. Sitzung an **zu 80%**,
 - von der 61. Sitzung an **zu 70%**,

Alternativmedizin – unabhängig von Nr. I. 1.4.1

Leistungen der besonderen Therapierichtungen nach dem jeweils gültigen Hufelandverzeichnis¹ einschließ-lich der dort aufgeführten Arzneimittel **zu 80%, bis zu maximal 1.000 Euro je Versicherungsjahr**,

Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) gemäß Nr. I. 1.4.2,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze² der amt-lichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Arznei- und Verbandmittel gemäß Nr. I. 1.3 und 1.3.1.
- Leistungen des Heilpraktikers – unabhängig von Nr. I. 1.4.1 nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heil-praktiker (GebüH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt einschließlich der verordneten Arzneimittel **zu 80%, bis zu maximal 1.000 Euro je Versiche-rungsjahr**.
- Transport
 - zum nächsterreichbaren Arzt oder zum nächstgelege-nen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall oder im Notfall,
 - zu und von der ambulanten Dialysebehandlung, Rönt-gentiefen- und Chemotherapie,
 - zu und von der medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnlich Gehbehindert), BI (Blind-heit) bzw. H (Hilflos) vorliegt oder die versicherte Per-son pflegebedürftig nach Pflegestufe 2 oder 3 ist.

Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind pro Kilo-meter 0,22 Euro erstattungsfähig.

- Häusliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versor-gung durch Pflegefachkräfte, wenn durch die häusliche Krankenpflege stationäre Krankenhausbehandlung ver-mieden 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 Katheterwech-sel, Injektionen).
- Heilmittel gemäß Nr. I. 1.3.2, soweit sie im Heilmittelverzeichnis der VictoriaMed Kom-fort Tarife KF1 / 0–3 (s. Anhang) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.
- Hilfsmittel gemäß Nr. I. 1.3.3 a) **zu 100%** gemäß Nr. I. 1.3.3 b) wenn sie unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices
 - bezogen bzw. beschafft wurden oder
 - weder beschafft noch bezogen werden können oder
 wenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden müssen **zu 100%**. Werden die Hilfsmittel nicht wie vorgesehen unter Ein-schaltung unseres Hilfsmittelservices beschafft oder bezo-gen, so sind die Aufwendungen nur **zu 80%** erstattungsfähig.

¹ Auf Anforderung senden wir Ihnen gerne eine Übersicht mit den alternativen Therapieformen zu.

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

Sehhilfen gemäß Nr. I. 1.3.3 c)

- unabhängig von der Indikation – insgesamt bis zu **500 Euro** 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 Reparatur 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 Entbindungspflegers, 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. 8 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 **200 Euro**.

Als ambulante Operationen gelten die im gemäß § 115 b Sozialgesetzbuch V erstellten Katalog genannten Leistungen mit Ausnahme der Bereiche Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie der Hand- und Fußoperationen³.

2.4 Die Versicherte erhält für jede ambulante Entbindung – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt – eine Pauschale in Höhe von **1.000 Euro**.

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 100–102 des Abschnitts B der GOZ (s. Anhang), professionelle Zahnreinigung (PZR), Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Prothesen und Brücken), implantologische Leistungen, 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 Höchstsätze⁴ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätze entsprechen.

Denken Sie an Ihren höheren Leistungsanspruch (s. Nr. 3.2 a), wenn Sie die mit uns kooperierenden Zahnärzte (vgl. Nr. I. 1.2) in Anspruch nehmen. Fragen Sie uns, wir nennen Ihnen gerne Zahnärzte in Ihrer Nähe.

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0211/477 4444 oder schauen Sie ganz einfach im Internet www.victoria.de nach.

Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei

- PZR: auf maximal 100 Euro je Kalenderjahr; wird zur Durchführung der PZR die Einrichtung eines mit uns kooperierenden Zahnarztes aufgesucht, so erhöht sich die Erstattungsfähigkeit auf maximal 200 Euro je Kalenderjahr.
- implantologischen Leistungen: auf insgesamt 6 Implantate je Kiefer einschließlich etwaiger bei Beginn des Versicherungsschutzes vor-

handener Implantate und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen der VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 (s. Anhang) 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. Prothesen und Brücken), sowie funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen **zu 75%**.

Lassen Sie diese zahnärztlichen Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten (vgl. Nr. I. 1.2) durchführen, so erhöhen Sie Ihren tariflichen Erstattungsanspruch um 10%-Punkte auf **85%**.

- b) bei sonstigen zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen **zu 100%**,

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbehaltes,

höchstens jedoch für Leistungen nach a) – und zwar ab Versicherungsbeginn⁵ –

- im ersten Versicherungsjahr insgesamt **bis zu 1.000 Euro**,
- in den ersten zwei Versicherungsjahren insgesamt **bis zu 2.000 Euro**,
- in den ersten drei Versicherungsjahren insgesamt **bis zu 3.000 Euro**,
- in den ersten vier Versicherungsjahren insgesamt **bis zu 4.000 Euro**,
- in den ersten fünf Versicherungsjahren insgesamt **bis zu 5.000 Euro**.

Für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfallen die vorstehenden Höchstbeträge.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

3.3 Bei zahnärztlichen Maßnahmen, insbesondere nach Nr. 3.2 a), 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.
- Ärztliche Leistungen
 - Wahlärztliche Leistungen (gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte einschließlich der von diesen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses),
 - 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 Höchstsätze⁶ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätze entsprechen.

³ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen ambulanten Operationen erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

⁴ Höchstsätze sind der 3,5-fache Satz der GOZ bzw. GOÄ für persönliche Leistungen, der 2,5-fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3-fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

⁵ siehe § 11 Nr. 2 AVB Teil I.

⁶ Höchstsätze sind der 3,5-fache Satz der GOÄ für persönliche Leistungen, der 2,5-fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3-fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M und Nr. 437 der GOÄ.

- Unterkunftszuschlag Zweibettzimmer⁷.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- 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, abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbeitrages.

4.3 Krankenhaustagegeld

Im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung zahlen wir neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld

- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer **in Höhe von 20 Euro,**
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen für die gesamte Dauer der vollstationären Behandlung **in Höhe von 60 Euro.**

Hierbei zählen der Aufnahme- und der Entlassungstag jeweils als ein Tag.

Das Krankenhaustagegeld wird nicht auf einen etwaigen Selbstbehalt angerechnet.

4.4 Die Versicherte erhält für jede stationäre Entbindung – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt – eine Pauschale in Höhe von 1.000 Euro.

5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland

5.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Rücktransport aus dem Ausland
Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransportes an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus. Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notruf-Service an (s. auch Nr. 1.2).

Wird der Rücktransport nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur **zu 80% erstattungsfähig.**

- Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven unter Beachtung der geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person, sofern lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben sind und diese oder vergleichbare Arzneimittel vor Ort nicht erhältlich sind bzw. zur Heilbehandlung Blutkonserven fehlen oder ein berechtigter Wunsch des Kunden nach Blutkonserven aus Deutschland (z.B. Eigenblutkonserven) besteht.

Wird der Transport nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur **zu 80% erstattungsfähig.**

- Todesfall im Ausland
Überführung an den Heimatwohnsitz aus dem
– europäischen oder außereuropäischen Ausland **bis zu 10.000 Euro,**
– Beisetzung im Ausland **bis zu 5.000 Euro.**

5.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 5.1 ergeben, werden zu 100% ersetzt, abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbeitrages.

6. Kurtagegeld

Bei einer ärztlich verordneten ambulanten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, zahlen wir Ihnen – unabhängig von Nr. 1. 4e) – ein Kurtagegeld ohne Kostennachweis in Höhe von **30 Euro je Tag für maximal 28 Tage.**

Ein erneuter Leistungsanspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.

Das Kurtagegeld wird auf einen etwaigen tariflichen Selbstbehalt nach Nr. 8 angerechnet.

7. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung

Im Rahmen unserer Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (s. Anhang) besteht Versicherungsschutz bei voll- und teilstationären Hospizaufenthalten. Dabei wird ein etwaiger tariflicher Selbstbehalt nach Nr. 8 angerechnet.

8. Selbstbehalt

Für unsere Versicherungsleistungen nach den Nrn. 2.2 (ausgenommen Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen), 3.2 (ausgenommen Vorsorgeuntersuchung, professionelle Zahnreinigung und Individual-Prophylaxe), 4.2, 5.2, 6 und 7 gelten je nach gewähltem Tarif unterschiedliche Selbstbehalte. Sie betragen je versicherte Person und kalenderjährlich nach VictoriaMed Komfort Tarif

	KF1 / 0	KF1 / 1	KF1 / 2	KF1 / 3
bis zum 15. Lebensjahr	0	200	400	800 Euro,
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr				
– Frauen	0	200	400	800 Euro,
– Männer	0	200	400	800 Euro,
ab dem 20. Lebensjahr				
– Frauen	0	400	800	1.600 Euro,
– Männer	0	400	800	1.600 Euro.

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr der Selbstbehalt der nächsthöheren Altersgruppe.

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 Selbstbeitrages 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.

Für Versicherte kann jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb der Victoria-Med Komfort Tarife KF1 / 0–3 eine andere Selbstbehaltvariante unter den Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 Sätze 1–3 AVB Teil I gewählt werden.

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 § 11 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.

⁷ Wählt der Versicherte gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.

IV 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 (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3)
- **Inhalt:**
 - Anamnese (Vorgeschichte)
 - Erhebung Ganzkörper-Status
 - Laboruntersuchungen
Blut: Gesamtcholesterin, Glucose
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 (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3)
Ausnahme: Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening
bei Frauen ab dem Alter von 20 Jahren einmal jährlich (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3)
Ausnahmen: Mammographie-Screening, Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening
- **Inhalt, speziell Männer:**
ab dem Alter von 45 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3):
 - gezielte Anamnese
 - Inspektion und Palpation (Abtasten) der äußeren Geschlechtsorgane
 - Abtasten der Prostata
 - Abtasten regionärer Lymphknoten
 - Befundmitteilung mit anschließender diesbezüglicher Beratungab dem Alter von 50 Jahren zusätzlich (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3):
 - Tastuntersuchung des Enddarms
- **Inhalt, speziell Frauen:**
ab dem Alter von 20 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3):
 - 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 Beratungzusätzlich ab dem Alter von 30 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3):
 - Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust

zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3):

- 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 (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3):

- Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl (bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres)

ab dem Alter von 55 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3):

- Koloskopie (Gesamtspiegelung des Dickdarms bis zum Übergang des Dünndarms per Rektum)
Anspruch alle 10 Jahre
oder
- Hämokulttest (Schnelltest auf okkultes Blut im Urin), Anspruch alle 2 Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien

● **Inhalt, speziell Hautkrebs-Screening für Männer und Frauen:**

ab dem Alter von 35 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife KF1 / 0–3) 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

- U2: 3. – 10. Lebenstag
- U3: 4. – 6. Lebenswoche
- U4: 3. – 4. Lebensmonat
- U5: 6. – 7. Lebensmonat
- U6: 10. – 12. Lebensmonat
- U7: 21. – 24. Lebensmonat
- U8: 43. – 48. Lebensmonat
- U9: 60. – 64. Lebensmonat
- U10: 10. – 13. Lebensjahr

II Weitere gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach Teil II der AVB (Tarif) Nr. II 2

A. Leistungen ab Geburt:

1. Neugeborenen Audio-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit
 - Anzahl/Intervall: einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 85 Euro**
2. Schiel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen
 - Anzahl/Intervall: einmalig im Laufe des 3. Lebensjahres
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 Euro**
3. Kindergarten-Eingangsuntersuchung
 - Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 Euro**
4. Fettstoffwechsel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen
 - Anzahl/Intervall: einmalig zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 40 Euro**
5. Kinder-Intervall-Checks: Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für Kinder/Jugendliche
 - Anzahl/Intervall:
 - U6a: einmalig im 15. bis 18. Lebensmonat
 - U7a: einmalig im 30. bis 40. Lebensmonat
 - U9a: einmalig im 8. Lebensjahr
 - U9b: einmalig im 10. Lebensjahr
 - J2: einmalig im 14. bis 16. Lebensjahr
 - Anstelle eines der Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung erfolgen
 - Höchsterstattungsbetrag: **jeweils bis 70 Euro**
6. Reisemedizinische Vorsorge: Beratung, ggf. inklusive schriftlicher Information und/oder klinischer Untersuchung
 - Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 Euro**
7. Hauttyp-Bestimmung einschließlich Beratung
 - Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 25 Euro**
8. Blutgruppenbestimmung
 - Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 Euro**

B. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

1. Sportmedizinischer Check-up:
 - a) Internistische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung sowie Belastungs-EKG
 - b) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Feststellung des Sportmedizinischen Status sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren, ab vollendetem 35. Lebensjahr wahlweise anstelle des Großen Gesundheits-Checks (vgl. C. 2)
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 200 Euro**
2. Lungen-Check: Lungenfunktionsprüfung zur Krankheitsfrüherkennung
 - Anzahl/Intervall: bis zum vollendeten 35. Lebensjahr einmal innerhalb von 4 Jahren (vgl. aber auch C. 1), wenn dieser Check nicht schon im Rahmen des Sportmedizinischen Check-up durchgeführt wurde/wird
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 Euro**
3. Hautkrebs-Vorsorge
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 Euro**
4. HIV-Test zum Ausschluss einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 40 Euro**

5. Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung
 - Anzahl/Intervall: einmal jährlich
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 15 Euro**
6. Beratung zur Hausapotheke insbesondere hinsichtlich ihrer Zusammenstellung und Anwendung
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 15 Euro**

Speziell für Frauen:

7. Vitalitäts-Untersuchung des Feten in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche mittels Sonographie (Ultraschall) mit Aushändigung der Bilddokumentation
 - Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 Euro**
8. Triple-Test als zusätzliche Labordiagnostik in der Schwangerschaft bzgl.:
 - Neuralrohrdefekt = einer schwerwiegenden Fehlentwicklung im Bereich des zentralen Nervensystems (z. B. sogenannter »offener Rücken«)
 - Morbus Down = einer mit organischen Schäden (z. B. Herzfehler) und geistiger Behinderung verbundenen Erkrankung aufgrund eines überzähligen Chromosoms (sogenannte/r »Trisomie 21« bzw. »Mongolismus«)
 - Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 70 Euro**

C. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

1. Allgemeine Check-up-Leistungen
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
 - Gesamthöchsterstattungsbetrag: **bis 130 Euro**

Gilt für folgende Leistungen, die bis zu dem oben genannten Gesamthöchsterstattungsbetrag zusammengestellt werden können:

 - a) Sono-Check: Sonographie (Ultraschall) innerer Organe
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 75 Euro**
 - b) Lungen-Check: vergleiche B. 2
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 Euro**
 - c) Kleiner Gesundheits-Check:
 - aa) Internistische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Ruhe-EKG
 - bb) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 Euro**
2. Großer Gesundheits-Check (wahlweise anstelle des Sportmedizinischen Check-up gemäß B. 1) als Ergänzung zu:
 - einem Kleinen Gesundheits-Check (C. 1c) oder
 - Vorsorgeuntersuchungen, die den in der GKV eingeführten Vorsorgeprogrammen entsprechen

als Vorsorgeuntersuchung u.a. mit umfangreicher Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung, Sonographie (Ultraschall) innerer Organe sowie Belastungs-EKG

 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 210 Euro**
3. Große Krebsvorsorge für Frauen: Untersuchung u.a. mittels Sonographie (Ultraschall) von insbesondere Gebärmutter und Eierstöcken
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 95 Euro**

D. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:

1. Glaukom-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit »Grüner Star«
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 70 Euro**

2. Osteoporose-Vorsorge: Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) zur Früherkennung der Skeletterkrankung Osteoporose, die durch Verminderung der Knochensubstanz zu einer erhöhten Bruchgefahr führt
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 Euro**
3. Schilddrüsen-Vorsorge: Schilddrüsendiagnostik insbesondere zur Früherkennung von Über- und Unterfunktionen durch Bestimmung des Hormons TSH
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 Euro**
4. Brustkrebs-Vorsorge: Mammographie (Röntgen der Brust) zur medizinisch empfohlenen Früherkennung von Brustkrebs, unabhängig von relevanten Risikofaktoren. Auf besonderen Wunsch (z. B. Vermeidung von Strahlenbelastung) kann anstelle der Mammographie auch eine Sonographie (Ultraschall-Untersuchung) in Anspruch genommen werden.
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 Euro**
5. Große Krebsvorsorge für Männer: Untersuchung u. a. mittels Sonographie (Ultraschall) insbesondere von Prostata, Hoden und Nieren sowie Bestimmung des prostataspezifischen Antigens als möglicher Hinweis auf einen Tumor (PSA-Test)
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 Euro**

E. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr:

1. Hirnleistungs-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen wie Morbus Alzheimer
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 25 Euro**
2. Schlaganfall-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schlaganfall-Risiken an den Hirngefäßen (z. B. Halsschlagader) mittels Doppler-Ultraschall
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 100 Euro**

**III Heilmittelverzeichnis der VictoriaMed Komfort
Tarife KF1 / 0-3¹**

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
I. Inhalationen	
001 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschall- vernebelung – als Einzelinhalation	8,00
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neuro- physiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage –	23,50
003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysio- logischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzel- behandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	27,70
004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysio- logischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzel- behandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestaufenthaltsdauer 45 Minuten	41,20
005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2–8 Personen) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	7,40
006 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2–4 Personen), Mindestbehandlungs- dauer 45 Minuten, je Teilnehmer	13,00
007 Krankengymnastik (Atemtherapie)	
a) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,20
b) in einer Gruppe (2–5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungs- dauer 60 Minuten, je Teilnehmer	13,00
008 Bewegungsübungen	9,20
009 Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	28,30
010 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,20
011 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenk- blockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	27,00
012 Chirogymnastik – einschließlich der erforder- lichen Nachruhe –	17,30
013 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindest- behandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	90,00
014 Gerätegestützte Krankengymnastik (Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	42,00
015 Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschnelle)	6,20
016 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	8,00
III. Massagen	
017 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	16,80
018 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	23,40
b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	35,00

¹ Grundlage sind die vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge. Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB).

c)	Kompressionsbandagierung einer Extremität	10,40	035 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	26,40
d)	Komplexe Entstauungstherapie, mindestens 60 Minuten	48,00		
019	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	27,70		
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder				
020	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,40		
021	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	14,40		
021a	Natur-Fango (einmal verwendbar)			
a)	Warmpackung (Teilpackung)	24,00		
b)	Warmpackung (Großpackung)	32,00		
c)	Kaltpackung	18,50		
022	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,80		
023	Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,00		
024	Medizinische Bäder mit Zusätzen			
a)	Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	8,00		
b)	Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	16,00		
c)	Weitere Zusätze, je Zusatz	3,70		
025	Gashaltige Bäder			
a)	Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,40		
b)	Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	27,00		
c)	Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	25,20		
V. Kälte- und Wärmebehandlung				
026 a)	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	11,80		
b)	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	8,00		
027	Eisteilbad	11,80		
028	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot –) eines oder mehrerer Körperteile	6,80		
VI. Elektrotherapie				
029	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –	7,40		
030	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	7,40		
031	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, dynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	7,40		
032	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	14,20		
033	Iontophorese	7,40		
034	Zwei- oder Vierzellenbad	13,60		
VII. Lichttherapie				
036	Behandlung mit Ultraviolettlicht			
a)	als Einzelbehandlung	4,00		
b)	in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,10		
037 a)	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	4,00		
b)	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,20		
038 a)	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	7,40		
b)	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	10,40		
VIII. Logopädie				
039	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	38,00		
040	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	59,50		
040a	Ausführlicher Bericht	14,20		
041	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen			
a)	Mindestdauer 30 Minuten	38,00		
b)	Mindestdauer 45 Minuten	49,80		
c)	Mindestdauer 60 Minuten	62,60		
042	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer			
a)	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	17,90		
b)	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	20,90		

IV Preis- und Leistungsverzeichnis der VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 für zahntechnische Leistungen¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung	
0001	Modell Hartgips/Superhartgips 5,70
0002	Modell nach Überabdruck 8,90
0003	Modell vermessen 5,60
0004	Modellpaar sockeln 20,20
0005	Sägmodell/Modell Sägesegment 8,90
0006	Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen) 7,90
0007	Modellergänzung aus Kunststoff 18,40
0008	Doublieren eines Modells oder Modellteils 15,50
0009	Platzhalter einfügen 15,50
0010	Verwendung von Kunststoff 15,50
0011	Abdruck galvanisieren 15,50
0012	Set-up je Segment 8,20
0013	Einzelstumpfmodell 8,90
0014	Set-up Modell 8,90
0015	Dowel-Pin setzen 2,00
0016	Zahnkranz bearbeiten 4,60
0017	Zahnkranz sockeln 5,30
0018	Einstellen in Fixator (OK + UK) 7,50
0019	Modellmontage indiv. Artikulator I 13,30
0020	Übertragslehre für Zweitmontage 10,20
0021	Frontzahnführungsteller individuell 17,30
0022	Frässockel/Modell/je Kiefer 9,20
0023	Split Cast an Modell/je Kiefer 15,30
0024	Modellsegment sägen 5,10
0025	Kontrollmodell 6,10
0026	Remontage Modell 25,50
0027	Modell aus feuerfester Masse 10,20
0028	Stumpf aus feuerfester Masse 15,30
0029	Stumpf aus Superhartgips 5,60
0030	Stumpf aus Kunststoff 8,20
0031	Ausblocken eines Stumpfes 2,70
0032	Stumpf vorbereiten 4,10
0033	Reponieren eines Stumpfes 3,90
0034	Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell 8,20
0035	Dublieren eines Einzelstumpfes 8,20
0036	Radieren des Abschlussrandes 3,10
0037	Radieren nach System je Kiefer 5,10
0038	Abdecken eines Kieferteils je Kiefer 3,10
0039	Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer 22,40
Herstellung individueller Hilfsmittel	
0101	Basis für Vorbissnahme 9,40
0102	Konstruktionsbiss 9,40
0103	Basis Autopolimerisat 19,40
0104	Individueller Löffel 19,40
0105	Funktionslöffel 19,40
0106	Bissregistrierung 19,40
0107	Stützstiftregistrierung 19,40

0108	Kunststoffbasis für Aufstellung 19,40
0109	Bisswall (Wachs/Kunststoff) je Kiefer 5,50
0110	Übertragungskappe Kunststoff/Metall 22,20
0111	Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren je Kiefer 13,30
0112	Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen/je Zahn 6,00
0113	Spezialbissplatte 18,40
Provisorium	
0201	Provisorische Krone oder Brückenglied/ Stifzahn/Onlay/Inlay aus Kunststoff/Metall 28,60
0202	Formteil für prov. Versorgung pro Kiefer 18,80
0203	Metallarmierung für prov. Versorgung/je Kiefer 34,70
0204	Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils 4,10
0205	Metallprovisorium verblenden einfarbig bis Zahn 6 28,60
0206	Metallprovisorium verblenden mehrfarbig bis Zahn 6 40,80
Inlays Gold	
0301	Gussinlay indirekt einflächig 49,00
0302	Gussinlay indirekt zweiflächig 67,30
0303	Gussinlay indirekt dreiflächig 79,60
0304	Gussinlay indirekt mehrflächig 79,60
0305	Guss Onlay 79,60
0306	Inlay galvanisch aufgebaut einflächig 61,20
0307	Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig 69,40
0308	Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig 80,60
0309	Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig 85,70
0310	Inlaygerüst zur Verblendung einflächig 49,00
0311	Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig 59,20
0312	Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig 69,40
0313	Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig 74,50
Inlays Kunststoff (keine Provisorien)	
0314	Inlay aus Kunststoff einflächig 38,80
0315	Inlay aus Kunststoff zweiflächig 51,00
0316	Inlay aus Kunststoff dreiflächig 65,30
0317	Inlay aus Kunststoff mehrflächig 69,40
0318	Onlay aus Kunststoff 69,40
Inlays Keramik (inkl. Schichtung individuell)	
0319	Keramikinlay einflächig 90,80
0320	Keramikinlay zweiflächig 93,80
0321	Keramikinlay dreiflächig 96,90
0322	Keramikinlay mehrflächig 107,10
0323	Teilkrone/Onlay/Keramik 96,90
Inlay Presskeramik (z. B. Empress od. Cercon)	
0324	Inlay aus Presskeramik einflächig 80,30
0325	Inlay aus Presskeramik zweiflächig 82,10
0326	Inlay aus Presskeramik dreiflächig 87,50
0327	Inlay aus Presskeramik mehrflächig 90,50
0328	Onlay aus Presskeramik 90,50
Inlay aus Keramik geätzt	
0329	Inlay aus Keramik geätzt einflächig 111,40
0330	Inlay aus Keramik geätzt zweiflächig 113,30
0331	Inlay aus Keramik geätzt dreiflächig 115,80

¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB)

0332	Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig	120,90	0378	Steg abknicken	7,10
0333	Onlay aus Keramik gefräst	120,90	0379	Stegfräsung	18,40
Kronen/Brücken			0380	Konfektionssteg	53,50
0334	Wurzelstift gegossen	34,70	0381	Konfektionssteg Längeneinheit	3,10
0335	Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	61,50	0382	Konfektionsstegglasche an Basis	18,40
0336	Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	27,50	0383	Konfektionssteggeschiebe an Basis	34,70
0337	Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	46,90	0384	Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	18,40
0338	Stiftaufbau	46,60	0385	Stift im Inlay zum Pinledge	15,30
0339	Stiftaufbau in vorhand. Krone einarbeiten	13,50	0386	Drehriegel, Schwenkriegel individuell inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung	161,00
0340	Stiftkrone aus Kunststoff	65,30	0387	Wiederherstellung Drehriegel/ Schwenkriegel individuell	107,30
0341	Angelieferte Modellation gießen	20,20	0388	Konfektionsriegel primär	34,70
0342	Vorbereiten Krone/Brückenglied	13,50	0389	Konfektionsriegel sekundär	71,20
0343	Krone/Brückenglied einarbeiten	13,50	0390	Konfektionsgeschiebe primär	34,70
0344	Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert	61,50	0391	Konfektionsgeschiebe sekundär	71,20
0345	Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	69,40	0392	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50
0346	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert	69,40	0393	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20
0347	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung	61,50	0394	Rillen-Schulter-Fräsung	29,20
0348	Krone für Kunststoffverblendung	69,40	0396	Schubverteilungsarm	54,50
0349	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Teilverblendung	66,30	0397	Teilfräsung	18,40
0350	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	61,50	0398	Lager für Ankerbandklammer	77,50
0351	Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	51,00	0399	Ankerbandklammer sekundär	80,20
0352	Galvanokrone für Verblendung	61,20	0400	Lager für Raste	8,20
0353	Krone aus Presskeramik	125,50	0401	Raste in Lager	6,10
0354	Teilkrone aus Presskeramik	90,50	0402	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/Schraube/Bolzen	8,20
0355	Krone/Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung	72,30	0403	Einarbeiten Friktionsstift/Schraube/Bolzen	42,00
0356	Krone aus Keramik gefräst	132,20	Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen		
0357	Krone aus Keramik gefräst zur Keramikverblendung	115,90	0501	Metallverbindung nach keramischem Brand/inklusive Lötmetall	24,90
0358	Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff/Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	64,90	0502	Lötfreie Verbindungen/Primärteil je Einheit	5,60
0359	Mantel-(Jacket-)krone Keramik/ Front- u. Seitenzähne, nicht als Provisorien	100,90	0503	Lötfreie Verbindungen/ Sekundärteil je Einheit	9,20
0360	Brückenglied massiv	47,10	0504	Laserschweißen je Kiefer	14,30
0361	Brückenglied für Vollverblendung	32,10	0505	Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	8,20
0362	Brückenglied aus Keramik	92,80	0506	Lötung 2/3: mit/ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	14,30
0363	Verbindungsteile aus Keramik	8,20	Veneers/Verblendungen/Zahnfleisch		
Teleskope/Geschiebe/Stege/Riegel			0601	Verblendung Kunststoff bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	46,80
0368	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär	84,70	0602	Verblendung Keramik bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	78,60
0369	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär	94,00	0603	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Kunststoff bis Zahn 6	13,90
0370	Umlaufende Fräsung	30,40	0604	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Keramik bis Zahn 6	30,30
0371	Individuelles Geschiebe primär	77,50	0605	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik	14,30
0372	Individuelles Geschiebe sekundär	80,20	0606	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik bis Zahn 6	25,00
0373	Geschiebefräsung	29,20	0607	Verblendschale aus Kunststoff	56,10
0374	Grundeinheit Individueller Steg/ Primär- und Sekundärteil	82,10	0608	Verblendschale aus Keramik	114,20
0375	Individueller Steg Längeneinheit	8,20	0609	Verblendschale aus Presskeramik	98,20
0376	Steggeschiebe individuell/ Primär- und Sekundärteil	64,10	0610	Verblendschale aus Keramik gefräst	119,20
0377	Steggeschiebe individuell an Basis	34,70			

Metallbasen und gegossene Klammern			0820	Remontage Prothese	20,40
0701	Metallbasis/OK od. UK/Totale sow. Partielle	122,10	0821	Selektives Einschleifen	31,60
0702	Einarmige Klammer	10,50	0822	Reokkludieren einer Prothese	4,60
0703	Inlayklammern	8,80	0823	Zahnfleischklammer	10,20
0704	Fortlaufende Klammern je Zahn	10,50	0824	Pelottenklammer	18,40
0705	Bonyhardklammer (J-Klammer)	10,50	0825	Konfektioniertes Metallgitter anpassen und einarbeiten	36,70
0706	Kralle	10,50	0826	Saugkammer einarbeiten	4,10
0707	Ney-Stiel	10,50	Schienen		
0708	Auflage	10,50	0827	Aufbissschiene	104,30
0709	Umgehungsbügel bei Diastema	10,50	0828	Knirscherschiene	104,30
0710	Zweiarmige Klammer	20,00	0829	Bissführungsplatte/komplett	104,30
0711	Approximalklammer	20,00	0830	Miniplastschiene	61,90
0712	Ringklammer	20,00	0831	Retentionsschiene	61,90
0713	Rücklaufklammer	20,00	0832	Verband- oder Verschlussplatte	61,90
0714	Gegenlager	20,00	0833	Umarbeiten einer Prothese, Aufbissbehelf	43,10
0715	Zwei Zähne umfassende Doppelklammer	20,00	0834	Festsitz, Schiene adjustierbar je Zahn	9,50
0716	Zweiarmige Klammer mit Auflage(n)	29,70	0835	Abnehmbare Dauerschienen/Metall, adjust.	154,10
0717	Approximalklammer mit Auflage(n)	29,70	0836	Medikamententrägerschiene	66,30
0718	Ringklammer mit Auflage(n)	29,70	0837	Schienungskappe aus Kunststoff	17,30
0719	Rücklaufklammer mit Auflage(n)	29,70	0838	Obturator aus Kunststoff	93,80
0720	Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,70	0839	Resektionskloß aus Kunststoff	57,10
0721	Überwurfklammer mit Auflage(n)	29,70	0840	Flexible Zahnfleischepithesen Grundeinheit	102,00
0722	Bonwillklammer	39,80	0841	Flexible Zahnfleischepithesen je Zahn	10,20
0723	Rückenschutzplatte	37,70	Kieferorthopädie/Reparaturen		
0724	Metallzahn	37,70	0901	Basis für Einzelkiefergerät	47,80
0725	Metallkaufläche	37,70	0902	Basis für bimaxilläres Gerät	100,90
0726	Lösungsknopf für Friktionsprothese/ max. 2 je Kiefer	15,20	0903	Schiefe Ebene/je Kiefer	39,70
0727	Unterfütterbarer Abschlussrand	18,10	0904	Vorhofplatte	53,00
0728	Zuschlag f. einzeln gegossene Klammer(n)	20,70	0905	Kinnkappe	47,70
0729	Kragenfassung	8,20	0906	Aufbiss/je Kieferhälfte od. Frontzahngebiet	9,40
0730	Modellgussteil konditionieren/je Kiefer	12,20	0907	Abschirmelement	16,20
0731	Metallfläche konditionieren/je Einheit	8,20	0909	Schraube einarbeiten	14,30
Auf- und Fertigstellung/gebogene Klammern			0910	Spezial-Schraube einarbeiten	18,60
0801	Aufstellung Grundeinheit je Kiefer	32,30	0911	Trennen einer Basis	5,90
0802	Aufstellung Wachsbasis je Zahn	1,80	0912	Labialbogen	18,20
0803	Aufstellung aus Metallbasis je Zahn	2,70	0913	Labialbogen modifiziert	23,80
0804	Übertragung einer Aufstellung je Zahn	1,90	0914	Labialbogen intermaxiliär	28,30
0805	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,90	0915	Feder, offen	8,10
0806	Fertigstellung einer Prothese je Zahn	3,30	0916	Feder, geschlossen	10,30
0807	Einarmige Klammer	8,10	0917	Verbindungselement intramaxiliär	21,10
0808	Inlayklammer	8,10	0918	Verbindungs- oder Führungselemente intermaxiliär	23,50
0809	Interdental-Knopfklammer	8,10	0919	Verankerungselement/Ankerband	19,50
0810	Approximalklammer	8,10	0920	Einzelelement einarbeiten	10,11
0811	Auflage (nicht Kralle)	8,10	0921	Metallverbindung	14,10
0812	Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager	8,10	0922	Einarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	8,80
0813	Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage	14,90	0923	Mehrmarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	14,90
0814	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	14,90	0924	Grundeinheit für Instandsetzung KFO-Basis	15,80
0815	Überwurfklammer	14,90	0925	Dehn- und/oder Regulierungselement	6,70
0816	Doppelbogenklammer (zwei Zähne)	14,90	0926	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoff-Basis	43,30
0817	Basis aus Weichkunststoff	52,10	0927	Facebow anpassen	13,30
0818	Sonderkunststoffe/je Kiefer	52,10	0928	Häkchen	10,20
0819	Herstellung eines Zahnes a. zahnfarb. Kunststoff	32,70	0929	Lingualbogen	30,60
			0930	Palatinalbogen	38,80

0931	Positioner	142,80
0932	Druckfeder/Zugfeder	15,30
0933	Lückenhalter	18,40
Reparaturen Zahnersatz		
1001	Grundeinheit f. Instandsetzung Prothese	17,70
1002	Leistungseinheit Sprung	7,80
1003	Leistungseinheit Bruch	7,80
1004	Leistungseinheit Einarbeiten eines Zahnes	7,80
1005	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	7,80
1006	Leistungseinheit Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten	7,80
1007	Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	7,80
1008	Leistungseinheit Kunststoffsaattel lösen/ wiederbefestigen	7,80
1009	Retention, gebogen	41,70
1010	Retention, gegossen	51,10
1011	Gegossenes Basisteil	63,90
1012	Metallverbindung bei Wiederherstellung/ Erweiterung	21,50
1013	Teilunterfütterung einer Basis	37,30
1014	Vollständige Unterfütterung einer Basis	52,00
1015	Basis erneuern	63,30
1016	Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils	13,50
1017	Reparatur einer Krone oder Brückenglied	33,80
1018	Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese	91,80
1019	Instandsetzen Kunststoffverblendung bis Zahn 6	15,80
1020	Instandsetzen Keramikverblendung bis Zahn 6	15,80
1021	Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	15,80
Sonstiges		
1100	Versandkosten	3,70
1101	Verrechnungseinheit für die Anfertigung aus NEM-Legierung je Einheit	11,00
Implantologie		
I 111	Implantat , einschließlich folgender mitabgegoltener Begleitleistungen:	200,00
	– Röntgenkugel positionieren	
	– Modellimplantat repositionieren	
	– Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben	
	– Verlängerungshülse für Implantat	
	– Bearbeiten eines Implantatkopfes	
	– Drehsicherungsstopp bei Implantaten	
	– Verschraubung Implantat	
	– Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	
	– Aufwand bei Suprastruktur bei verschraub- barem Implantat	
	– Lötfreie Verbindung Primärteil	
	– Stegfräsung	
	– Steggeschiebe	
	– Metallverbindung Primärteile	
I 112	Parallelbohrschablone für Implantat pro Kiefer 1x	30,00
I 113	Implantatkontrollschablone pro Kiefer 1x	25,00
I 114	Basis aus Kunststoff auf Implantat	30,60
I 115	Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen	73,40
I 116	Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen	56,10
I 117	Magnetpaar einarbeiten	49,00

Hinweise:

Preise gelten zuzügl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen.

IV Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

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

Nr. 100: Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten

Nr. 101: Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

Nr. 102: Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung

Die Leistung nach der Nummer 100 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 101 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratung nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.

V Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Tarifbedingungen

für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung¹

§ 1 In welchem Umfang gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen?

Es gelten die jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen², soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Wer ist anspruchsberechtigt?

Anspruch auf Aufwendungsersatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung haben Versicherungsnehmer, die beim Versicherer Tarife abgeschlossen haben, denen die in Fußnote 2 genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegen und die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung).

§ 3 Welche Voraussetzungen müssen für einen Leistungsanspruch erfüllt sein?

- Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte Person an einer Erkrankung leidet,
 - die progredient (d. h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und

¹ Hospize in diesem Sinne sind selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Betreuung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker, sterbender Menschen ausgerichtet ist.

² Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I für die VictoriaMed Kompakt Tarife KP1-3, VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0-3 und VictoriaMed Premium Tarife PR 1 / 0-3 sowie Teil II (Tarife).

- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre palliativ-medizinische Betreuung³ notwendig ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt

und dass eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Darüber hinaus werden Leistungen für eine palliativ-medizinische Betreuung in einem stationären Hospiz grundsätzlich nur bei einem der folgenden Krankheitsbilder gewährt:

- Fortgeschrittene Krebserkrankung,
 - Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
 - Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
 - Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.
- Der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus einer Erkrankung im Sinne von Absatz 1 S. 2 resultiert, muss in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (ärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung⁴ etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigen, so dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht.
 - Die medizinische Notwendigkeit der voll-/teilstationären Hospizversorgung im Sinne der Absätze 1 und 2 ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen.
Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.
 - Die Notwendigkeit einer voll-/teilstationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei versicherten Personen vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Wenn in Einzelfällen eine Verlegung der versicherten Person aus einem Pflegeheim in ein stationäres Hospiz im Sinne der Absätze 1 und 2 notwendig ist, werden Leistungen gewährt. Die medizinische Notwendigkeit ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.

³ Durch eine palliativ-medizinische Betreuung soll nicht die Ursache einer Erkrankung bekämpft, sondern eine Linderung der Beschwerden erreicht werden. Hierunter fallen insbesondere die ärztliche bzw. pflegerische Behandlung von Begleiterscheinungen der Erkrankung und von Nebenwirkungen. Im Vordergrund steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit.

⁴ Ambulante Hospizdienste erbringen ihre Leistungen grundsätzlich ehrenamtlich und insoweit kostenlos. Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne ambulante Hospizdienste in der Nähe Ihres Wohnortes.

§ 4 Welche stationären Hospize können Sie wählen?

- Der versicherten Person steht die Wahl unter den stationären Hospizen frei, die über einen rechtswirksamen »Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39 a SGB V« verfügen⁵.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

- Keine Leistungspflicht besteht für die Versorgung in stationären Hospizen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn die Versorgung in dem stationären Hospiz erst nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss beginnt.

§ 5 Für welchen Zeitraum können Sie Aufwändungsersatz für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung beanspruchen?

Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen im stationären Hospiz kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung der voll-/teilstationären Hospizversorgung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen. Diese Überprüfung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung erfolgen.

Aufwendungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung sind ab dem Zeitpunkt der Überprüfung nur erstattungsfähig, sofern der Arzt die medizinische Notwendigkeit der Fortdauer der Hospizversorgung im Sinne von § 3 Abs. 1 und 2 festgestellt hat.

Bei der Überprüfung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob der Zustand der versicherten Person trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat, so dass eine Entlassung nach Hause möglich ist.

§ 6 Welche Aufwendungen sind im Rahmen einer voll-/teilstationären Hospizversorgung erstattungsfähig?

Hinweis:

Soweit beim Versicherer eine private Pflegepflichtversicherung besteht und die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, können in den ersten vier Wochen des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes aus der Pflegepflichtversicherung grundsätzlich im Rahmen der Kurzzeitpflege Aufwendungen ersetzt werden, soweit Leistungen für eine solche für das Kalenderjahr noch nicht erbracht wurden und das stationäre Hospiz über einen rechtswirksamen »Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39 a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI« verfügt.

Bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen für eine Kurzzeitpflege bzw. bei Verlängerung des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes über vier Wochen hinaus, können aus der privaten Pflegepflichtversicherung Aufwendungen für voll- bzw. teilstationäre Pflege entsprechend der jeweiligen Pflegestufe erstattet werden.

⁵ Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne Hospize in der Nähe Ihres Wohnortes.

Sämtliche Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung erfolgen freiwillig und werden bis auf Widerruf erbracht. Der Versicherte ist berechtigt, die Voraussetzungen für derartige Leistungen einseitig zu ändern.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

1. Soweit beim Versicherten eine Krankheitskostenvollversicherung (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) besteht, sind aus dem Tarif, aus dem Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet werden, Aufwendungen in Höhe von kalendertäglich 6 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erstattungsfähig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch IV (SGB IV)

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

2. Aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) und einer Krankheitskostenvollversicherung sind insgesamt maximal 90 % der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag⁶ erstattungsfähig.
3. Übersteigen die Leistungsansprüche aus einer Krankheitskostenvollversicherung gemäß Absatz 1 und den freiwilligen Leistungen aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) zusammen 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes, so werden die Leistungen aus der Krankheitskostenvollversicherung um den 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes übersteigenden Betrag gekürzt.
4. Der Aufnahme- und der Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die versicherte Person im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

§ 7 Ist eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz möglich?

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann der Versicherte Leistungen zur Vereinfachung des Zahlungsverkehrs unmittelbar an das stationäre Hospiz erbringen.

§ 8 Wie werden Sie im stationären Hospiz versorgt?

Der Umfang der vom stationären Hospiz zu erbringenden Versorgungsleistungen bzw. der an das stationäre Hospiz gestellten Qualitätsanforderungen ergibt sich aus den §§ 3 und 4 der »Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., dem Deutschen Roten Kreuz e.V., dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.«, in der jeweils gültigen Fassung.⁷

⁶ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster des entsprechenden Versorgungsvertrages zu.

§ 9 Was müssen beihilfeberechtigte Personen beachten?

1. Versicherte Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei einem Aufenthalt in einem stationären Hospiz Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten Aufwendersersatz für den erstattungsfähigen tagesbezogenen Bedarfssatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem tariflich für die Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen vereinbarten Prozentsatz.
2. Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 90 % der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag (wenn z. B. eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.

§ 10 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch verändern?

Der Versicherte ist unter den Voraussetzungen des § 18 der jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen berechtigt, diese Tarifbedingungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

VI Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) 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.
- (3) 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.

⁷ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster dieser Rahmenvereinbarung zu.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II (Tarif)
für die

VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0–3

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Teil II gilt nur in Verbindung mit den AVB – Teil I – für die
VictoriaMed Kompakt Tarife KP1–3,
VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0–3 und
VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 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 oder 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 Victoria Krankenversicherung AG

Inhaltsverzeichnis

	Seite		Seite
I Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht	83	II Unsere Leistungen	85
1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung	83	1. Serviceleistungen	85
1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden?	83	1.1 Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung	85
1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer; welchen Vorteil haben Sie, wenn Sie bestimmte von uns angeratene Verhaltensweisen beachten?	83	1.2 Können Sie bei spezifischen Krankheiten kurzfristig Zugang zu renommierten und anerkannten Experten erhalten?	85
1.3 In welchem Umfang stehen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel unter Versicherungsschutz?	83	1.3 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?	85
1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?	84	2. Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung	86
1.5 Können Zahnersatz und Kieferorthopädie Gegenstand der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sein?	84	2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	86
2. Stationäre Heilbehandlung	84	2.2 Aufwendungsersatz	87
2.1 Welche Krankenhäuser oder Krankenanstalten können unter welchen Voraussetzungen gewählt werden? Ist bei stationärer Heilbehandlung in bestimmten Krankenanstalten eine vorherige Zusage erforderlich?	84	2.3 Pauschale bei ambulanter Operation	87
2.2 Beitragsfreiheit bei Krankenhausaufenthalt ab dem 92. Tag	84	2.4 Pauschale bei ambulanter Entbindung	87
2.3 Wie erfolgt die Abrechnung der Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen?	84	3. Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung, Früherkennung	87
3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?	84	3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	87
3.1 Heilbehandlung im europäischen Ausland	84	3.2 Aufwendungsersatz	87
3.2 Heilbehandlung im außereuropäischen Ausland	84	3.3 Vorlage Heil- und Kostenplan	87
4. In welchen Fällen besteht generell keine Leistungspflicht?	84	4. Leistungen bei stationärer Heilbehandlung, Entbindung	87
5. In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?	85	4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	87
6. Ist unsere Leistungspflicht eingeschränkt, wenn Sie auch einen Anspruch auf gesetzliche Leistungen haben?	85	4.2 Aufwendungsersatz	88
7. Ist die Höhe der Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten begrenzt?	85	4.3 Krankenhaustagegeld	88
		4.4 Pauschale bei stationärer Entbindung	88
		5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland	88
		5.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	88
		5.2 Aufwendungsersatz	88
		6. Kurtagegeld	88
		7. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung	88
		8. Selbstbehalt	88
		9. Serviceleistungen Best Care	89
		III Ihre Leistungen	93
		Monatliche Beitragsraten	93
		IV Anhang	94

I Grundsätzliches zum Umfang unserer Leistungspflicht

1. Ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

1.1 Welche Ärzte, Zahnärzte, nichtärztliche Psychotherapeuten und Heilpraktiker können in Anspruch genommen werden?

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes können in Anspruch genommen werden.

Bei ambulanter Psychotherapie leisten wir nur, wenn ein niedergelassener approbierter Arzt mit einer der nachstehenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychiater und Psychotherapeut,
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychosomatiker und Psychotherapeut,
- Psychotherapie oder Psychoanalyse,

oder

ein niedergelassener und im Arztregister eingetragener Psychologischer Psychotherapeut, in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut gewählt wird.

Als Psychotherapie gelten die psychotherapeutische Heilbehandlung nach der Richtlinien-Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie).

Sollten Sie Fragen zu den erstattungsfähigen Therapiemethoden haben oder Hilfe bei der Wahl eines geeigneten Therapeuten wünschen, steht Ihnen unser Expertenteam unter der Telefonnummer 0211/477 4444 gern zur Verfügung.

Es können auch nicht niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten 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.

1.2 Mit uns kooperierende Leistungserbringer; welchen Vorteil haben Sie, wenn Sie bestimmte von uns angeratene Verhaltensweisen beachten?

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 mit uns verbundenen Unternehmen einen entsprechenden Kooperationsvertrag vereinbart.

Lassen Sie bestimmte zahnärztliche Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten durchführen, so erhöhen Sie Ihren tariflichen Erstattungsanspruch (vgl. Nr. II. 3).

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

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0211/477 4444 oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.victoria.de nach.

Für bestimmte von uns angeratene Verhaltensweisen, die der Gesundheit des Versicherten dienlich sind oder die die Qualität der medizinischen Versorgung steigern, können wir eine Aktiv-Prämie ausloben. Dies teilen wir Ihnen dann entsprechend mit (vgl. § 7 Abs. 1 AVB Teil I).

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 Arzneimittel müssen zudem 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,

selbst wenn sie vom Behandler verordnet sind.

1.3.2 Als Heilmittel gelten alle im Heilmittelverzeichnis dieses Tarifs (s. Anhang) 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, Sprachheilpädagoginnen 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 Euro – bis zum 20. Lebensjahr 50 Euro – 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 0211/477 4233 –, 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, Überwachungsmonitore für Säuglinge und Ähnliches.
- c) Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen – auch Tages- und Monatslinsen).

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 Gebrauch und Pflege von Hilfsmitteln.

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

1.4 Welche Behandlungsmethoden stehen unter Versicherungsschutz?

1.4.1 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.

1.4.2 Aufwendungen für Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) sind unter der Voraussetzung, dass

- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann,
- die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und
- eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht,

erstattungsfähig. Ein Leistungsanspruch besteht für

- bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder
- bis zu 4 Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder
- bis zu 4 Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF

Besteht ein Anspruch des bei uns nicht versicherten Partners auf Leistungen für künstliche Befruchtung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem sonstigen Leistungsträger oder bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

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 öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

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, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.

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 ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt 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 des VictoriaMed Premium Tarifs PR1 / 0-3 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.

3. Sind die Versicherungsleistungen bei Heilbehandlung im Ausland begrenzt?

3.1 Bei einer Heilbehandlung in Europa gilt ergänzend zu § 6 Abs. 1 AVB Teil I:

Liegen die in europäischen Staaten entstehenden erstattungsfähigen Behandlungskosten über denen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden, so werden diese tariflich ersetzt, wenn und soweit sie im jeweiligen europäischen Staat üblich sind.

Bei einer Heilbehandlung außerhalb Europas gilt abweichend von § 6 Abs. 1 AVB Teil I:

Die Versicherungsleistungen sind bei Heilbehandlung im außereuropäischen Ausland auf das Doppelte der Leistungen begrenzt, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen gewesen wären, wenn und soweit die im außereuropäischen Ausland entstehenden Aufwendungen höher und dort üblich sind.

3.2 Abweichend von § 6 Abs. 3 AVB Teil I besteht auch im außereuropäischen Ausland unter den folgenden Voraussetzungen zeitlich unbegrenzt Versicherungsschutz:

Sie verfügen über

- eine Postanschrift in Deutschland sowie
- eine deutsche Kontoverbindung.

Übersteigt die voraussichtliche Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland 12 Monate oder verlegen Sie bzw. die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt ins außereuropäische Ausland, so teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Wir führen die Versicherung dann fort, wenn die Voraussetzungen nach Satz 2 weiter vorliegen. Im Rahmen dieser Fortführung sind wir berechtigt, Auslandszuschläge bis zu 100% des zu zahlenden Beitrages einschließlich etwaiger Risikozuschläge ab dem 13. Monat des Auslandsaufenthaltes zu verlangen. Bei der Berechnung der voraussichtlichen Dauer des außereuropäischen Auslandsaufenthaltes von mindestens 12 Monaten bleiben kurzfristige Unterbrechungen des Auslandsaufenthaltes von unter einem Monat unberücksichtigt; länger andauernde Unterbrechungen sind uns nachzuweisen.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

Wir empfehlen Ihnen, rechtzeitig vor Antritt einer länger dauernden Auslandsreise bei uns nach speziellen Auslandsreise-Krankenversicherungen zu fragen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Vertriebsstellen oder an die Hauptverwaltung in Düsseldorf 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 Kriegs-

ereignisse 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 Entziehungen, 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, Heilpraktiker 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 Rehabilitationsträger, mit folgenden Ausnahmen:
 - 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.
 - Kurtagegeld gemäß Nr. II. 6.
- f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

1.1 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 0211/477 4400.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen (einschließlich Erinnerungsservice) 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).

1.2 Können Sie bei spezifischen Krankheiten kurzfristig Zugang zu renommierten und anerkannten Experten erhalten?

Ja, bei bestimmten Diagnosen und unter bestimmten Voraussetzungen ermöglichen wir Ihnen den kurzfristigen Zugang zu renommierten und anerkannten Experten (ausführliche Informationen vgl. Nr. 9).

1.3 Was bietet Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service?

1.3.1 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service – unter der Telefonnummer 0211/477 4477 – mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächstreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten, unter bestimmten Voraussetzungen auch von mitgereisten gesunden Kindern (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)
- Organisation einer Betreuung von mitgereisten Kindern unter 16 Jahren vor Ort durch einen Kinderdienst für die Dauer der stationären Heilbehandlung, wenn aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Eltern im Ausland (nicht Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes) notwendig ist. Vorstehende Regelung gilt entsprechend, wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt eines ohne Partner reisenden Elternteils erforderlich ist.
- Organisation der Reise und der Unterbringung einer dem Versicherten nahe stehenden Person (z. B. Familienangehörige, Lebenspartner) von deren Wohnort zum Krankenhaus und zurück, wenn der Krankenhausaufenthalt des Versicherten im Ausland länger als 10 Tage dauert.
- Organisation des Transports von zur Heilbehandlung erforderlichen Blutkonserven und Arzneimitteln ins Ausland (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)

- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz (s. auch tariflichen Leistungsanspruch gemäß Nr. 5)

1.3.2 Unmittelbar nach Unfällen oder vollstationärer Heilbehandlung im Krankenhaus bzw. ambulanten Operationen einer versicherten Person können Sie im Rahmen des 24-Stunden-Notruf-Services – Telefonnummer 0211/477 4477 – ein Beratungsgespräch zur Feststellung eines etwaigen Bedarfs zu folgenden Serviceleistungen verlangen:

- Organisation eines Menüservices
- Organisation einer Begleitung bei Arzt- und Behörden-gängen
- Organisation einer Hilfskraft
 - für Einkäufe und notwendige Besorgungen,
 - zur Reinigung der Wohnung,
 - zur Versorgung der Wäsche / Schuhpflege
- Organisation einer Tag- und Nachtwache (nur nach ambulanter Operation)
- Organisation einer Fachkraft zur Grundpflege
- Vermittlung von Kinderbetreuung (für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr)
 - bei Erkrankung und während einer vollstationären Heilbehandlung des versicherten Erziehungsberechtigten oder
 - bei Erkrankung des versicherten Kindes
- Vermittlung von geeignetem Personal zwecks Kompensation von Unterrichtsausfall bei versicherten schulpflichtigen minderjährigen Kindern, die länger als 3 Wochen aufgrund eines der in Satz 1 genannten Ereignisse nicht am Schulterricht teilnehmen können,
- Vermittlung eines Dienstleiters zur Einrichtung einer Hausnotrufanlage
- Vermittlung einer Beratung bei einer sich abzeichnenden Pflegebedürftigkeit
- Kontaktherstellung zu Pflegeheimen
- Organisation einer Pflegeschulung für Angehörige
- Vermittlung einer Beratung bei Umbau von Wohnung/Kfz
- Organisation einer Betreuung von Haustieren (auch während einer vollstationären Heilbehandlung)

Bei entsprechendem Bedarf werden die jeweils erforderlichen Organisations- bzw. Vermittlungsleistungen erbracht. Aufwendungen für Entgelte, die sich aus organisierten bzw. vermittelten Dienstleistungen ergeben (z. B. für den Menüservice selbst oder die Umbaukosten für Wohnung/Kfz) sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

1.3.3 Der 24-Stunden-Notruf-Service, Telefonnummer 0211/477 4477, vermittelt Ihnen nach traumatisierenden Ereignissen

- eine telefonische psychologische Erstbetreuung
- einen Therapieplatz bei einem auf Traumabehandlung spezialisierten Psychotherapeuten in Wohnortnähe. Die Kosten der Behandlung werden für bis zu 6 Sitzungen übernommen.

Als traumatisierende Ereignisse gelten im Sinne dieser AVB: Naturkatastrophen, Flug- und Bahnunfälle, sofern die versicherte Person von diesen Ereignissen vor Ort unmittelbar betroffen ist sowie der Unfalltod des Ehegatten bzw. Lebenspartners oder naher Angehöriger.

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 – die dafür vorgesehenen Altersgrenzen müssen nicht eingehalten werden (s. Anhang), sowie weiterer gezielter Vorsorgeuntersuchungen (Einzelheiten, insbesondere zu Art, Höhe und Umfang, s. Anhang), Schutzimpfungen (auch für Reisen), wenn sie von der Ständigen Impfkommision des zuständigen Bundesinstitutes bzw. von der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit empfohlen werden, einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe,

- Psychotherapie gemäß Nr. I. 1.1
- bis zu 30 Sitzungen **zu 100 %**,
 - von der 31. Sitzung an **zu 80 %**,
 - von der 61. Sitzung an **zu 70 %**,

Alternativmedizin – unabhängig von Nr. I. 1.4.1 – Leistungen der besonderen Therapierichtungen nach dem jeweils gültigen Hufelandverzeichnis¹ einschließlich der dort aufgeführten Arzneimittel – insgesamt **bis zu 5.000 Euro je Versicherungsjahr**,

Kinderwunschbehandlung (künstliche Befruchtung) gemäß Nr. I. 1.4.2,

Lasik-Operation, wenn und soweit wir vor der Operation eine schriftliche Zusage gegeben haben,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze² der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Über den Höchstsätzen der GOÄ liegende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn und soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

- Arznei- und Verbandmittel gemäß Nr. I. 1.3 und 1.3.1.
- Leistungen des Heilpraktikers – unabhängig von Nr. I. 1.4.1 –

nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) und soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt.

- Transport
 - zum nächsterreichbaren Arzt oder zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus nach einem Unfall oder im Notfall,
 - zu und von der ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie,
 - zu und von der medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung,

wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnlich Gehbehindert), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflos) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegestufe 2 oder 3 ist.

Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind pro Kilometer 0,22 Euro 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 der VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0–3 (s. Anhang) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.
- Hilfsmittel gemäß Nr. I. 1.3.3 a) **zu 100 %** gemäß Nr. I. 1.3.3 b) wenn sie unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices
 - bezogen bzw. beschafft wurden oder
 - weder beschafft noch bezogen werden können oder
 wenn sie im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden müssen **zu 100 %**.

¹ Auf Anforderung senden wir Ihnen gerne eine Übersicht mit den alternativen Therapieformen zu.

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

Werden die Hilfsmittel nicht wie vorgesehen unter Einschaltung unseres Hilfsmittelservices beschafft oder bezogen, so sind die Aufwendungen nur **zu 80 %** erstattungsfähig.

Sehhilfen gemäß Nr. I. 1.3.3 c)

– unabhängig von der Indikation – insgesamt **bis zu 600 Euro** 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 Entbindungspflegers, 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. 8 vorgesehenen Selbstbeitrages.

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 **200 Euro**.

Als ambulante Operationen gelten die im gemäß § 115 b Sozialgesetzbuch V erstellten Katalog genannten Leistungen mit Ausnahme der Bereiche Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie der Hand- und Fußoperationen³.

2.4 Die Versicherte erhält für jede ambulante Entbindung – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt – eine Pauschale in Höhe von **1.500 Euro**.

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 100–102 des Abschnitts B der GOZ (s. Anhang), professionelle Zahnreinigung (PZR), Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Prothesen und Brücken), implantologische Leistungen, 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 Höchstsätze⁴ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätze entsprechen.

Über den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ liegende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn und soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

Denken Sie an Ihren höheren Leistungsanspruch (s. Nr. 3.2 a), wenn Sie die mit uns kooperierenden Zahnärzte (vgl. Nr. I. 1.2) in Anspruch nehmen. Fragen Sie uns, wir nennen Ihnen gerne Zahnärzte in Ihrer Nähe.

Telefonisch erreichen Sie uns unter 0211/4774444 oder schauen Sie ganz einfach im Internet unter www.victoria.de nach.

³ Ein Verzeichnis der erstattungsfähigen ambulanten Operationen erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

⁴ Höchstsätze sind der 3,5-fache Satz der GOZ bzw. GOÄ für persönliche Leistungen, der 2,5-fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3-fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ.

Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei

– PZR:
auf maximal 100 Euro je Kalenderjahr;
wird zur Durchführung der PZR die Einrichtung eines mit uns kooperierenden Zahnarztes aufgesucht, so erhöht sich die Erstattungsfähigkeit auf maximal 200 Euro je Kalenderjahr.

– implantologischen Leistungen:
auf bis zu 8 Implantate je Kiefer einschließlich etwaiger bei Beginn des Versicherungsschutzes vorhandener Implantate und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen der VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0–3 (s. Anhang) 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 Zahnkronen, Zahnersatz (z. B. Prothesen und Brücken) sowie funktionsanalytischen, funktionstherapeutischen und implantologischen Leistungen einschließlich der jeweils vorbereitenden Maßnahmen **zu 80 %**,

lassen Sie diese zahnärztlichen Maßnahmen ausschließlich von mit uns kooperierenden Zahnärzten (vgl. Nr. I. 1.2) durchführen, so erhöhen Sie Ihren tariflichen Erstattungsanspruch um 10%-Punkte auf **90 %**,

b) bei Einlagefüllungen, sonstigen zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Leistungen **zu 100 %**,

abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbeitrages,

höchstens jedoch für Leistungen nach a) – und zwar ab Versicherungsbeginn⁵ –

- im ersten Versicherungsjahr insgesamt **bis zu 1.000 Euro**,
- in den ersten zwei Versicherungsjahren insgesamt **bis zu 2.000 Euro**,
- in den ersten drei Versicherungsjahren insgesamt **bis zu 3.000 Euro**,
- in den ersten vier Versicherungsjahren insgesamt **bis zu 4.000 Euro**.

Für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfallen die vorstehenden Höchstbeträge.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.

3.3 Bei zahnärztlichen Maßnahmen, insbesondere nach Nr. 3.2 a), 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.
- Ärztliche Leistungen
 - Wahlärztliche Leistungen (gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte einschließlich der von diesen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses),
 - Belegärztliche Leistungen (Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln),

⁵ siehe § 11 Nr. 2 AVB Teil I

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze⁶ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Über den Höchstsätzen der GOÄ liegende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn und soweit sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

- Unterkunftszuschlag Ein- oder Zweibettzimmer.
- Neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Leistungen der Beleghebamme, des Belegentbindungspfleger, 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, abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbehaltes.

4.3 Krankenhaustagegeld

Im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung zahlen wir neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen ein Krankenhaustagegeld

- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer **in Höhe von 20 Euro** bzw.
- bei Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- und Zweibettzimmer **in Höhe von 40 Euro**,
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen für die gesamte Dauer der vollstationären Behandlung **in Höhe von 60 Euro**.

Hierbei zählen der Aufnahme- und der Entlassungstag jeweils als ein Tag.

Das Krankenhaustagegeld wird nicht auf einen etwaigen Selbstbehalt angerechnet.

4.4 Die Versicherte erhält für jede stationäre Entbindung – neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und ohne Anrechnung auf einen etwaigen Selbstbehalt – eine Pauschale in Höhe von 1.500 Euro.

5. Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven, Todesfall im Ausland

5.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Rücktransport aus dem Ausland
Mehrkosten des medizinisch notwendigen Rücktransportes an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus. Die Mehrkosten des Rücktransportes werden auch übernommen, wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde. Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notruf-Service an (s. auch Nr. 1.3).

Wird der Rücktransport nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur **zu 80% erstattungsfähig**.

Mehrkosten eines begleiteten Rücktransportes mitgereister minderjähriger Kinder unter 16 Jahren an den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes, wenn aufgrund eines medizinischen Notfalls eine stationäre Heilbehandlung beider Eltern bzw. eines ohne Partner reisenden Elternteils im Ausland (nicht Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes) notwendig ist (s. auch Nr. 1.3).

Die Regelung zu einem begleitenden Rücktransport mitgereister minderjähriger Kinder unter 16 Jahren gilt entsprechend bei Tod beider Eltern bzw. eines ohne Partner reisenden Elternteiles im Ausland.

Wird der Rücktransport der Kinder nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur **zu 80% erstattungsfähig**.

- Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven
unter Beachtung der geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person, sofern lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben sind und diese oder vergleichbare Arzneimittel vor Ort nicht erhältlich sind bzw. zur Heilbehandlung Blutkonserven fehlen oder ein berechtigter Wunsch des Kunden nach Blutkonserven aus Deutschland (z.B. Eigenblutkonserven) besteht.

Wird der Transport nicht durch uns organisiert, so sind die Aufwendungen nur **zu 80% erstattungsfähig**.

- Todesfall im Ausland
Überführung an den Heimatwohnsitz aus dem
– europäischen oder außereuropäischen Ausland **bis zu 10.000 Euro**,
– Beisetzung im Ausland **bis zu 5.000 Euro**.

5.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 5.1 ergeben, werden zu 100% ersetzt, abzüglich eines etwaigen nach Nr. 8 vorgesehenen Selbstbehaltes.

6. Kurtagegeld

Bei einer ärztlich verordneten ambulanten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, zahlen wir Ihnen – unabhängig von Nr. I. 4 e) – ein Kurtagegeld ohne Kostennachweis in Höhe von **30 Euro je Tag für maximal 28 Tage**.

Ein erneuter Leistungsanspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.

Das Kurtagegeld wird auf einen etwaigen tariflichen Selbstbehalt nach Nr. 8 angerechnet.

7. Leistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung

Im Rahmen unserer Tarifbedingungen für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung (s. Anhang) besteht Versicherungsschutz bei voll- und teilstationären Hospizaufenthalten. Dabei wird ein etwaiger tariflicher Selbstbehalt nach Nr. 8 angerechnet.

8. Selbstbehalt

Für unsere Versicherungsleistungen nach den Nrn. 2.2 (ausgenommen Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen), 3.2 (ausgenommen Vorsorgeuntersuchung, professionelle Zahnreinigung und Individual-Prophylaxe), 4.2, 5.2, 6 und 7 gelten je nach gewähltem Tarif unterschiedliche Selbstbehalte. Sie betragen je versicherte Person und kalenderjährlich nach VictoriaMed Premium Tarif

	PR1 / 0	PR1 / 1	PR1 / 2	PR1 / 3
bis zum 15. Lebensjahr	0	200	400	800 Euro,
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr				
– Frauen	0	200	400	800 Euro,
– Männer	0	200	400	800 Euro,
ab dem 20. Lebensjahr				
– Frauen	0	400	800	1.600 Euro,
– Männer	0	400	800	1.600 Euro.

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab dem folgendem Kalenderjahr der Selbstbehalt der nächsthöheren Altersgruppe.

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

⁶ Höchstsätze sind der 3,5-fache Satz der GOÄ für persönliche Leistungen, der 2,5-fache Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bzw. der 1,3-fache Satz bei Leistungen nach Abschnitt M und Nr. 437 der GOÄ.

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.

Für Versicherte kann jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung innerhalb der Victoria-Med Premium Tarife PR1 / 0–3 eine andere Selbstbehaltvariante unter den Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 Sätze 1–3 AVB Teil I gewählt werden.

9. Serviceleistungen Best Care

Der medizinische Behandlungserfolg hängt insbesondere bei bestimmten Diagnosen auch von der ärztlichen Qualifikation und Erfahrung sowie der medizinisch-technischen Ausstattung einer Klinik ab. Deshalb ist es wichtig, im Ernstfall nicht nur eine gute Absicherung bezüglich der Behandlungskosten zu haben, sondern auch **schnellstmöglich Zugang zu renommierten und anerkannten Experten** für das spezifische Krankheitsbild zu erhalten.

Mit unseren speziellen Serviceleistungen Best Care decken wir diesen vorstehend skizzierten Bedarf bzgl. ausgewählter Diagnosen ab. Die Auswahl der Diagnosen erfolgte vor allem danach, bei welchen Erkrankungen die Qualifikation und die Erfahrung der Ärzte sowie die Wahl der eingesetzten Technologien eine besondere Bedeutung für den Behandlungserfolg und damit für Ihre Gesundheit haben. Wie Sie an den Diagnosen für Best Care bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres im Unterschied zu denen ab der Vollendung des 15. Lebensjahres sehen, kann dies je nach Alter verschieden sein, weil manche Erkrankungen schon hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens sehr altersspezifisch sind.

Haben Sie Fragen zu Best Care? Sie erreichen uns unter:

Victoria Krankenversicherung AG
Kundenservice Center
Stichwort »Best Care«
Victoriaplatz 2
40198 Düsseldorf

Oder:

- rufen Sie uns an: Kundenservice Center 0211/477 4444
- faxen Sie uns: 0211/477 4299
- senden Sie uns eine E-Mail: leistung.kranken@victoria.de

und geben Sie auch dabei unbedingt das **Stichwort »Best Care«** an, damit wir Ihnen umgehend helfen können;

- werfen Sie einen Blick auf unsere Homepage:
www.victoria.de

Selbstverständlich stehen wir Ihnen gerne unter den o. g. Adressen bzw. Nummern auch bezüglich sonstiger Fragen, z. B. zur Victoria oder anderen Produkten, zur Verfügung. In solchen Fällen müssen Sie das o. g. Stichwort natürlich nicht angeben.

9.1 Wann liegt ein Versicherungsfall bzgl. Best Care vor, sodass die Leistungen nach Nr. 9.2 in Anspruch genommen werden können?

9.1.1 Die Leistungen nach Nr. 9.2 setzen voraus, dass eine Diagnose bzgl. einer der in der nachstehenden Tabelle (Nr. 9.1.3) aufgeführten Erkrankungen fachärztlich gesichert ist. Sofern eine Best Care-Erkrankung erst im Rahmen der ihr in der Tabelle nach Nr. 9.1.3 zugeordneten Therapie sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchungen begründeter Krankheitsverdacht ausreichend.

Weiterhin müssen die diesen Krankheitsdiagnosen in der Tabelle zugeordneten Therapien von dem entsprechenden Facharzt zumindest als mögliche Behandlungsalternativen bewertet worden sein.

Die in der Tabelle aufgeführten Therapien umfassen allerdings keine Transplantationen.

9.1.2 Der Nachweis bzgl. des Vorliegens der o. g. Voraussetzungen ist durch die Übermittlung von ärztlichen Befunden zu erbringen, die mit dem nach außen deutlich sichtbaren **Stichwort »Best Care«** gekennzeichnet sind (bei Briefpost Stichwort bitte auf Umschlag und Arztbericht vermerken). Die Übermittlung hat in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail – vgl. auch Nr. 9 (Ein-

leitung) zu erfolgen. Diese ärztlichen Berichte müssen neben dem Befund folgende Angaben enthalten: Vor- und Zunamen der betroffenen versicherten Person sowie das Datum des Befundes. Diese Unterlagen werden unser Eigentum.

Wir werden erst dann leistungspflichtig, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind. Wurde nur das **Stichwort »Best Care«** nicht gemäß der in Satz 1 vorgeschriebenen Weise auf den Nachweisen vermerkt (vgl. auch Nr. 9 – Einleitung), beginnt die Fünftagefrist gemäß Nr. 9.2.1 a) erst mit dem Zugang der Nachweise bei der für die Organisation des Best Care-Services zuständigen Stelle zu laufen.

9.1.3 Bei den Best Care-Diagnosen und -Therapie-Indikationen handelt es sich um Folgende:

a) Bis Vollendung des 15. Lebensjahres:

Diagnose	Mögliche Therapie	Fachrichtung
1. Operationsbedürftige angeborene Fehlbildungen (z. B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte, Herzfehler)	Operation	Kinderchirurgie
2. Für das Kindesalter typische bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Knochenkrebs)	Operation und/oder Chemotherapie	Kinderchirurgie, Onkologie
3. Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z. B. Leukämien, maligne Lymphome)	Stationäre onkologische Behandlung	Hämato-Onkologie
4. Stationär behandlungsbedürftige Drüsen- und Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüsenunterfunktion, Mukoviszidose, insulinpflichtige Zuckerkrankheit)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderchirurgie, Kinderendokrinologie
5. Stationär behandlungsbedürftige Lungenerkrankungen (z. B. Asthma bronchiale)	Stationäre Behandlung	Kinderpulmologie
6. Stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Krampfanfallleiden)	Stationäre Behandlung	Kinderneurologie
7. Stationär behandelungsbedürftige chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderarzt, Kinderchirurgie
8. Stationär behandlungsbedürftige Hauterkrankungen (z. B. schwere Formen von Neurodermitis)	Stationäre Behandlung	Kinderarzt
9. Stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen der Knochen und Gelenke (chronisch rheumatische Erkrankungen, Entwicklungsstörungen des Knorpels, z. B. Morbus Perthes)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderarzt, Kinderorthopädie
10. Stationär behandlungsbedürftige Folgen von Unfällen und Vergiftungen (z. B. Knochenfehlstellungen, Verätzungen der Speiseröhre)	Stationäre Behandlung oder Operation	Kinderarzt, Kinderorthopädie, Kinderchirurgie

b) Ab Vollendung des 15. Lebensjahres:

Diagnose	Mögliche Therapie	Fachrichtung
1. Koronare Herzkrankheit mit Indikation zur Bypass-Operation	Bypass-Operation mittels Venen oder Arterien	Herzchirurgie
2. Operationsbedürftiger Herzklappenfehler (z.B. Aortenstenose, Mitralsuffizienz)	Operativer Klappenersatz	Herzchirurgie
3. Operationsbedürftige Verengung der Halsschlagader (z.B. Stenose der Arteria carotis interna)	Operation	Gefäßchirurgie
4. Operationsbedürftige Erweiterung der Hauptschlagader (z.B. thorakales oder abdominales Aortenaneurysma)	Operation	Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie
5. Bandscheibenvorfall (z.B. Nucleus pulposus-prolaps der Hals- oder Lendenwirbelsäule)	Operation	Orthopädie/Neurochirurgie
6. Kreuzbandriss des Kniegelenks	Operation	Orthopädie
7. Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z.B. Leukämien, maligne Lymphome)	Stationäre onkologische Behandlung	Internistische Hämato-Onkologie
8. Bösartige Tumorerkrankungen der Brustdrüse (z.B. Mammakarzinom)	Operation	Gynäkologie
9. Bösartige Tumorerkrankungen des Brustraums (z.B. Bronchialkarzinom)	Operation	Thoraxchirurgie
10. Bösartige Tumorerkrankungen der Speiseröhre und des Magen-Darmtraktes (z.B. Ösophaguskarzinom, Magenkarzinom, Kolon- und Rektumkarzinom)	Operation	Viszeralchirurgie
11. Bösartige Tumorerkrankungen der Nieren und der Harnwege (z.B. Nierenkarzinom, Blasenkarzinom)	Operation	Urologie
12. Bösartige Tumorerkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane (z.B. Prostatakarzinom, Hodenkarzinom)	Operation	Urologie
13. Bösartige Tumorerkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane (z.B. Uteruskarzinom, Ovarialkarzinom)	Operation	Gynäkologie
14. Tumorerkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks (z.B. Meningeom, Glioblastom)	Operation	Neurochirurgie

Im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschritts und den dadurch bedingten Änderungen im Gesundheitswesen kann die Auswahl der o.g. Diagnosen und/oder Therapien gemäß § 18 Abs. 1 AVB Teil I angepasst werden.

9.1.4 Als Schnittstellenregelung für die beiden Diagnosetabellen aus Nr. 9.1.3 gilt:

- a) Wird ausnahmsweise vor Vollendung des 15. Lebensjahres eine Erkrankung diagnostiziert, die nur in der Tabelle nach Nr. 9.1.3 b) aufgeführt ist, so können dennoch die Leistungen aus Nr. 9.2 in Anspruch genommen werden.
- b) Wird nach Vollendung des 15. Lebensjahres eine Erkrankung diagnostiziert, die nur in der Tabelle nach Nr. 9.1.3 a) aufgeführt ist, werden wir auf Wunsch zeitnah einen Experten benennen und mit diesem einen Termin vereinbaren. Ein Anspruch auf die Leistungen gemäß Nr. 9.2 besteht jedoch nicht.

9.2 Die Leistungen des Serviceproduktes Best Care im Versicherungsfall (Nr. 9.1)

Liegen die Voraussetzungen gemäß Nr. 9.1 vor, gilt bzgl. der Leistungen aus Best Care Folgendes:

9.2.1 Organisation der Behandlung

- a) Wir organisieren für Sie die Durchführung der in der Tabelle gemäß Nr. 9.1.3 aufgeführten Operation durch einen Experten (vgl. Nr. 9.2.4). Erfolgt keine Operation, besteht die Expertenleistung in der endgültigen Festlegung der Therapie, ggf. im Rahmen einer prästationären Sprechstunde.

Dabei wird zugesichert, dass

- entweder die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Experte praktiziert,
- oder die Vorstellung in der prästationären Sprechstunde des Experten

innerhalb von fünf Werktagen außer Samstag erfolgt, nachdem unser Kundenservice Center die erforderlichen Nachweise gemäß Nr. 9.1.2 erhalten hat.

Die Fünftagefrist beginnt an dem Tag, der auf den Tag folgt, an dem die o. g. Nachweise unserem Kundenservice Center zugegangen sind.

Sollten Sie nicht transportfähig sein, beginnt die Frist erst an dem Tag zu laufen, an dem Sie unserem Kundenservice Center die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitteilen.

Auf Wunsch erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über den Fristbeginn und seine Berechnung.

- b) Besteht die Expertenleistung gemäß a) in einer Operation und ist der Experte unvorhergesehen verhindert, kann diese durch seinen ständigen Vertreter erfolgen. Unvorhergesehen ist die Verhinderung dann, wenn der Experte durch Krankheit, eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung der Vorrang einzuräumen ist, oder durch vergleichbare gravierende Gründe verhindert ist.
- c) Wenn keine Operation erforderlich ist, besteht aus Best Care kein Anspruch, dass nach der Festlegung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch einen Best Care-Experten erfolgt. Diese Behandlung kann vielmehr auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes (vgl. Nr. 2 bzw. Nr. 4) ggf. auch von anderen Behandlern erbracht werden.
- d) Im Übrigen besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf Beratung vor, während und nach der Behandlung durch unser Kundenservice Center (vgl. Nr. 9 – Einleitung). Diese umfasst u.a. Informationen über die Kostenträger von medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlungen. Auf Ihren Wunsch übernehmen wir auch gerne die Organisation dieser Maßnahmen, sofern nicht ein anderer Leistungsträger (z.B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) zuständig ist.

Dieser Anspruch besteht ggf. neben bzw. ergänzend zu unseren Serviceleistungen gemäß Nr. 1.

9.2.2 Aufwandspauschale

Liegen die Voraussetzungen der Nr. 9.1 vor, besteht der Anspruch auf eine

- Aufwandspauschale in Höhe von **500 Euro**.

Diese wird immer dann gezahlt, wenn der Eintritt eines Versicherungsfalles nachgewiesen ist (vgl. Nr. 9.1), unabhängig davon, ob die sonstigen Leistungen gemäß Nr. 9.2 in Anspruch genommen werden. Diese Pauschale steht zur freien Verfügung. Sie kann ohne Kostennachweis insbesondere für Reise- und Transportkosten gemäß Nr. 9.2.5 verwendet werden. Zur Auszahlung vergleiche Nr. 9.4.

9.2.3 Ersatzpauschale

Kann die Fünftagefrist gemäß Nr. 9.2.1 a) ausnahmsweise einmal nicht eingehalten werden, besteht hierfür Anspruch auf eine

- Ersatzpauschale in Höhe von **500 Euro**.

Zur Auszahlung vergleiche Nr. 9.4.

Wir werden danach weiterhin versuchen, schnellstmöglich die Leistungen aus Nr. 9.2.1 a) zu erbringen. Ein erneuter Anspruch auf die Ersatzpauschale gemäß Nr. 9.2.3 besteht aber vor Ablauf der in Nr. 9.2.6 genannten Fristen nicht.

Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

9.2.4 Best Care-Experten

- a) Experten im Sinne dieses Produktes sind Behandler, die bezüglich der spezifischen Diagnose renommiert und anerkannt sind und sich bei uns als Best Care-Ärzte vertraglich verpflichtet haben.

Uns steht es frei, zu entscheiden, welche Experten wir als Best Care-Ärzte aufnehmen. Halten sich Experten nicht an die mit uns getroffenen Vereinbarungen (z. B. bezüglich Termineinhaltung, Behandlungsqualität), kann ihre Zugehörigkeit zu den Best Care-Ärzten entfallen. Dies beeinträchtigt aber in der Regel nicht die Möglichkeit, sich auch weiterhin von diesem Arzt behandeln zu lassen. Nur eine Vermittlung gemäß den Bestimmungen von Best Care ist in diesem Fall nicht mehr möglich.

- b) Zur Feststellung, ob die als Best Care-Ärzte in Frage kommenden Behandler bezüglich der spezifischen Diagnosen renommiert und anerkannt sind, bedienen wir uns wissenschaftlicher Kriterien und der Kenntnis von unserem Hause unabhängiger Fachleute.
- c) Aus Best Care zu erbringende Leistungen für Experten werden unmittelbar zwischen uns und jenen abgerechnet.

9.2.5 Reise- und Transportkosten

Reise- und Transportkosten zum oder vom Experten werden nicht erstattet. Für derartige Aufwendungen kann die Aufwandspauschale gemäß Nr. 9.2.2 u. a. verwendet werden.

9.2.6 Inanspruchnahmeberechtigung pro Versicherungsfall

- a) Ein erneuter Anspruch auf Leistungen gemäß Nr. 9.2 besteht im Rahmen derselben Erkrankung frühestens 12 Monate nach Ablauf der Fünftagefrist i. S. der Nr. 9.2.1 a), sofern auch die sonstigen Voraussetzungen (Nr. 9.1) erfüllt sind.

Die 12-Monatsfrist gilt nicht bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles. Dieser liegt dann vor, wenn die Therapie auf eine Best Care-Erkrankung ausgedehnt werden muss, die entweder mit der bisher behandelten nicht in einem ursächlichen Zusammenhang steht oder die zwar in einem ursächlichen Zusammenhang steht, aber insoweit als ein selbstständiges Krankheitsgeschehen zu bewerten ist, da andere Körperteile/Organe betroffen sind.

- b) Bzgl. der Diagnose »Bösartige Erkrankungen der blutbildenden und lymphatischen Organe (z. B. Leukämien, maligne Lymphome)« gilt das unter Nr. 9.2.6 a) Gesagte entsprechend mit der Ausnahme, dass ab der Vollendung des 15. Lebensjahres anstelle des Zeitraumes von 12 Monaten einer von 36 Monaten tritt.

9.3 An welchem Ort werden die Expertenleistungen erbracht?

Durch die Auswahl der Experten (vgl. Nr. 9.2.4a) ergibt sich, wo die Leistungen gemäß Nr. 9.2.1a) und b) erbracht werden. Etwaige Wünsche Ihrerseits in Bezug auf eine mögliche Auswahl unter den Ihnen von uns genannten Experten/Orten der Leistungserbringung werden wir – soweit möglich – gerne berücksichtigen.

9.4 Was ist in Bezug auf die Auszahlung der Aufwands- sowie der Ersatzpauschale zu beachten?

Die Aufwands- bzw. die Ersatzpauschale sind bedingungsge- gemäß fällig, wenn die zur Feststellung des Anspruchs nötigen Erhebungen beendet sind:

- Für die Aufwandspauschale nach Nr. 9.2.2 ist dies der Fall, sobald die in Nr. 9.1 genannten Voraussetzungen durch uns festgestellt wurden.
- Für die Ersatzpauschale nach Nr. 9.2.3 ist dies der Fall, sobald die Überschreitung der in Nr. 9.2.1 a) definierten Fünftagefrist festgestellt wurde.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, soweit die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens Ihrerseits gehindert sein sollte.

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 § 11 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.

IV 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 (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR 1 / 0–3)

- **Inhalt**

- Anamnese (Vorgeschichte)
- Erhebung Ganzkörper-Status
- Laboruntersuchungen
Blut: Gesamtcholesterin, Glucose
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 (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR1 / 0–3)

Ausnahme: Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening

bei Frauen ab dem Alter von 20 Jahren einmal jährlich (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR1 / 0–3)

Ausnahmen: Mammographie-Screening, Darmkrebsfrüherkennung, Hautkrebs-Screening

- **Inhalt, speziell Männer:**

ab dem Alter von 45 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR1 / 0–3):

- 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 (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR1 / 0–3):

- Tastuntersuchung des Enddarms

- **Inhalt, speziell Frauen:**

ab dem Alter von 20 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR1 / 0–3):

- 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 (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR1 / 0–3):

- Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust

zusätzlich ab dem Alter von 50 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR1 / 0–3):

- 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 (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR1 / 0–3):

- Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl (bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres)

ab dem Alter von 55 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR1 / 0–3):

- Koloskopie (Gesamtspiegelung des Dickdarms bis zum Übergang des Dünndarms per Rektum)
Anspruch alle 10 Jahre
oder
- Hämokulttest (Schnelltest auf okkultes Blut im Urin), Anspruch alle 2 Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien

- **Inhalt, speziell Hautkrebs-Screening für Männer und Frauen:**

ab dem Alter von 35 Jahren (die vorstehende Altersgrenze gilt nicht für Tarife PR1 / 0–3) 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

U2: 3. – 10. Lebenstag

U3: 4. – 6. Lebenswoche

U4: 3. – 4. Lebensmonat

U5: 6. – 7. Lebensmonat

U6: 10. – 12. Lebensmonat

U7: 21. – 24. Lebensmonat

U8: 43. – 48. Lebensmonat

U9: 60. – 64. Lebensmonat

U10: 10. – 13. Lebensjahr

II Weitere gezielte ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach Teil II der AVB (Tarif) Nr. II 2

A. Leistungen ab Geburt:

1. Neugeborenen Audio-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit
 - Anzahl/Intervall: einmalig innerhalb der ersten 3 Lebensmonate
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 85 Euro**
2. Schiel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen
 - Anzahl/Intervall: einmalig im Laufe des 3. Lebensjahres
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 Euro**
3. Kindergarten-Eingangsuntersuchung
 - Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 Euro**
4. Fettstoffwechsel-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen
 - Anzahl/Intervall: einmalig zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 40 Euro**
5. Kinder-Intervall-Checks: Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für Kinder/Jugendliche
 - Anzahl/Intervall:
 - U6a: einmalig im 15. bis 18. Lebensmonat
 - U7a: einmalig im 30. bis 40. Lebensmonat
 - U9a: einmalig im 8. Lebensjahr
 - U9b: einmalig im 10. Lebensjahr
 - J2: einmalig im 14. bis 16. Lebensjahr
 - Anstelle eines der Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung erfolgen
 - Höchsterstattungsbetrag: **jeweils bis 70 Euro**
6. Reisemedizinische Vorsorge: Beratung, ggf. inklusive schriftlicher Information und/oder klinischer Untersuchung
 - Anzahl/Intervall: dreimal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 Euro**
7. Hauttyp-Bestimmung einschließlich Beratung
 - Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 25 Euro**
8. Blutgruppenbestimmung
 - Anzahl/Intervall: einmalig
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 Euro**

B. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

1. Sportmedizinischer Check-up:
 - a) Internistische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung sowie Belastungs-EKG
 - b) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Feststellung des Sportmedizinischen Status sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren, ab vollendetem 35. Lebensjahr wahlweise anstelle des Großen Gesundheits-Checks (vgl. C. 2)
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 200 Euro**
2. Lungen-Check: Lungenfunktionsprüfung zur Krankheitsfrüherkennung
 - Anzahl/Intervall: bis zum vollendeten 35. Lebensjahr einmal innerhalb von 4 Jahren (vgl. aber auch C. 1), wenn dieser Check nicht schon im Rahmen des Sportmedizinischen Check-up durchgeführt wurde/wird
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 Euro**
3. Hautkrebs-Vorsorge
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 50 Euro**
4. HIV-Test zum Ausschluss einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 40 Euro**

5. Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung
 - Anzahl/Intervall: einmal jährlich
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 15 Euro**
6. Beratung zur Hausapotheke insbesondere hinsichtlich ihrer Zusammenstellung und Anwendung
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 15 Euro**

Speziell für Frauen:

7. Vitalitäts-Untersuchung des Feten in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche mittels Sonographie (Ultraschall) mit Aushändigung der Bilddokumentation
 - Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 Euro**
8. Triple-Test als zusätzliche Labordiagnostik in der Schwangerschaft bzgl.:

Neuralrohrdefekt = einer schwerwiegenden Fehlentwicklung im Bereich des zentralen Nervensystems (z. B. sogenannter »offener Rücken«)

Morbus Down = einer mit organischen Schäden (z. B. Herzfehler) und geistiger Behinderung verbundenen Erkrankung aufgrund eines überzähligen Chromosoms (sogenannte/-r »Trisomie 21« bzw. »Mongolismus«)

 - Anzahl/Intervall: einmal je Schwangerschaft
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 70 Euro**

C. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

1. Allgemeine Check-up-Leistungen
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
 - Gesamthöchsterstattungsbetrag: **bis 130 Euro**

Gilt für folgende Leistungen, die bis zu dem oben genannten Gesamthöchsterstattungsbetrag zusammengestellt werden können:

 - a) Sono-Check: Sonographie (Ultraschall) innerer Organe
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 75 Euro**
 - b) Lungen-Check: vergleiche B. 2
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 Euro**
 - c) Kleiner Gesundheits-Check:
 - aa) Internistische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Ruhe-EKG
 - bb) Orthopädische Variante: Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Ultraschall von Muskel- und Sehnenansätzen
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 Euro**
2. Großer Gesundheits-Check (wahlweise anstelle des Sportmedizinischen Check-up gemäß B. 1) als Ergänzung zu:
 - einem Kleinen Gesundheits-Check (C. 1c) oder
 - Vorsorgeuntersuchungen, die den in der GKV eingeführten Vorsorgeprogrammen entsprechen

als Vorsorgeuntersuchung u.a. mit umfangreicher Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung, Sonographie (Ultraschall) innerer Organe sowie Belastungs-EKG

 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 4 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 210 Euro**
3. Große Krebsvorsorge für Frauen: Untersuchung u.a. mittels Sonographie (Ultraschall) von insbesondere Gebärmutter und Eierstöcken
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 95 Euro**

D. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:

1. Glaukom-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit »Grüner Star«
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 70 Euro**

2. Osteoporose-Vorsorge: Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) zur Früherkennung der Skeletterkrankung Osteoporose, die durch Verminderung der Knochensubstanz zu einer erhöhten Bruchgefahr führt
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 55 Euro**
3. Schilddrüsen-Vorsorge: Schilddrüsendiagnostik insbesondere zur Früherkennung von Über- und Unterfunktionen durch Bestimmung des Hormons TSH
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 35 Euro**
4. Brustkrebs-Vorsorge: Mammographie (Röntgen der Brust) zur medizinisch empfohlenen Früherkennung von Brustkrebs, unabhängig von relevanten Risikofaktoren. Auf besonderen Wunsch (z. B. Vermeidung von Strahlenbelastung) kann anstelle der Mammographie auch eine Sonographie (Ultraschall-Untersuchung) in Anspruch genommen werden.
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 Euro**
5. Große Krebsvorsorge für Männer: Untersuchung u. a. mittels Sonographie (Ultraschall) insbesondere von Prostata, Hoden und Nieren sowie Bestimmung des prostataspezifischen Antigens als möglicher Hinweis auf einen Tumor (PSA-Test)
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 120 Euro**
- E. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr:**
1. Hirnleistungs-Check: Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen wie Morbus Alzheimer
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 25 Euro**
2. Schlaganfall-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung von Schlaganfall-Risiken an den Hirngefäßen (z. B. Halsschlagader) mittels Doppler-Ultraschall
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: **bis 100 Euro**

- b) in einer Gruppe (2–5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose und vergleichbar schweren Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer 13,00
- 008 Bewegungsübungen 9,20
- 009 Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 28,30
- 010 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 14,20
- 011 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten 27,00
- 012 Chirogymnastik – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 17,30
- 013 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag 90,00
- 014 Gerätegestützte Krankengymnastik (Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten 42,00
- 015 Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene) 6,20
- 016 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perlsches Gerät, Schlingentisch) 8,00

III. Massagen

- 017 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perio-, Bürsten- und Colonmassage) 16,80
- 018 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder
- a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten 23,40
- b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten 35,00
- c) Kompressionsbandagierung einer Extremität 10,40
- d) Komplexe Entstauungstherapie, mindestens 60 Minuten 48,00
- 019 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe 27,70

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

- 020 Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 12,40
- 021 Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) 14,40
- 021a Natur Fango (einmal verwendbar)
- a) Warmpackung (Teilpackung) 24,00
- b) Warmpackung (Großpackung) 32,00
- c) Kaltpackung 18,50
- 022 An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauße) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 14,80
- 023 Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 11,00
- 024 Medizinische Bäder mit Zusätzen
- a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzylsäurehaltige Zusätze 8,00
- b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – 16,00
- c) Weitere Zusätze, je Zusatz 3,70

III Heilmittelverzeichnis der VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0–3¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
I. Inhalationen	
001 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	8,00
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
002 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage –	23,50
003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	27,70
004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,20
005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2–8 Personen) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	7,40
006 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2–4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	13,00
007 Krankengymnastik (Atemtherapie)	
a) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,20

¹ Grundlage sind die vom Bundesminister des Innern festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge. Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB).

025	Gashaltige Bäder	
a)	Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,40
b)	Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	27,00
c)	Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	25,20

V. Kälte- und Wärmebehandlung

026	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	11,80
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	8,00
027	Eisteilbad	11,80
028	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot –) eines oder mehrerer Körperteile	6,80

VI. Elektrotherapie

029	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –	7,40
030	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	7,40
031	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	7,40
032	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	14,20
033	Iontophorese	7,40
034	Zwei- oder Vierzellenbad	13,60
035	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	26,40

VII. Lichttherapie

036	Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a)	als Einzelbehandlung	4,00
b)	in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,10
037	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	4,00
	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,20
038	a) Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	7,40
	b) Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	10,40

VIII. Logopädie

039	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	38,00
040	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	59,50
040a	Ausführlicher Bericht	14,20
041	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
a)	Minstdauer 30 Minuten	38,00
b)	Minstdauer 45 Minuten	49,80
c)	Minstdauer 60 Minuten	62,60
042	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
a)	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	17,90
b)	Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	20,90

IV Preis- und Leistungsverzeichnis der VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0–3 für zahntechnische Leistungen¹

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	
Arbeitsvorbereitung		
0001	Modell Hartgips/Superhartgips	5,70
0002	Modell nach Überabdruck	8,90
0003	Modell vermessen	5,60
0004	Modellpaar sockeln	20,20
0005	Sägemodell/Modell Sägesegment	8,90
0006	Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen)	7,90
0007	Modellergänzung aus Kunststoff	18,40
0008	Doublieren eines Modells oder Modellteils	15,50
0009	Platzhalter einfügen	15,50
0010	Verwendung von Kunststoff	15,50
0011	Abdruck galvanisieren	15,50
0012	Set-up je Segment	8,20
0013	Einzelstumpfmodell	8,90
0014	Set-up Modell	8,90
0015	Dowel-Pin setzen	2,00
0016	Zahnkranz bearbeiten	4,60
0017	Zahnkranz sockeln	5,30
0018	Einstellen in Fixator (OK + UK)	7,50
0019	Modellmontage indiv. Artikulator I	13,30
0020	Übertragslehre für Zweitmontage	10,20
0021	Frontzahnführungsteller individuell	17,30
0022	Frässockel/Modell/je Kiefer	9,20
0023	Split Cast an Modell/je Kiefer	15,30
0024	Modellsegment sägen	5,10
0025	Kontrollmodell	6,10
0026	Remontage Modell	25,50
0027	Modell aus feuerfester Masse	10,20
0028	Stumpf aus feuerfester Masse	15,30
0029	Stumpf aus Superhartgips	5,60
0030	Stumpf aus Kunststoff	8,20
0031	Ausblocken eines Stumpfes	2,70
0032	Stumpf vorbereiten	4,10
0033	Reponieren eines Stumpfes	3,90
0034	Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell	8,20
0035	Dublieren eines Einzelstumpfes	8,20
0036	Radieren des Abschlussrandes	3,10
0037	Radieren nach System je Kiefer	5,10
0038	Abdecken eines Kieferteils je Kiefer	3,10
0039	Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer	22,40
Herstellung individueller Hilfsmittel		
0101	Basis für Vorbissnahme	9,40
0102	Konstruktionsbiss	9,40
0103	Basis Autopolimerisat	19,40
0104	Individueller Löffel	19,40
0105	Funktionslöffel	19,40
0106	Bissregistrierung	19,40

¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe § 18 AVB)

0107	Stützstiftregistrierung	19,40	0331	Inlay aus Keramik gefräst dreiflächig	115,80
0108	Kunststoffbasis für Aufstellung	19,40	0332	Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig	120,90
0109	Bisswall (Wachs/Kunststoff) je Kiefer	5,50	0333	Onlay aus Keramik gefräst	120,90
0110	Übertragungskappe Kunststoff/Metall	22,20	Kronen/Brücken		
0111	Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren je Kiefer	13,30	0334	Wurzelstift gegossen	34,70
0112	Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen/je Zahn	6,00	0335	Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	61,50
0113	Spezialbissplatte	18,40	0336	Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	27,50
Provisorium			0337	Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	46,90
0201	Provisorische Krone oder Brückenglied/ Stifzahn/Onlay/Inlay aus Kunststoff/Metall	28,60	0338	Stiftaufbau	46,60
0202	Formteil für prov. Versorgung pro Kiefer	18,80	0339	Stiftaufbau in vorhand. Krone einarbeiten	13,50
0203	Metallarmierung für prov. Versorgung/je Kiefer	34,70	0340	Stiftkrone aus Kunststoff	65,30
0204	Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils	4,10	0341	Angelieferte Modellation gießen	20,20
0205	Metallprovisorium verblenden einfarbig bis Zahn 6	28,60	0342	Vorbereiten Krone/Brückenglied	13,50
0206	Metallprovisorium verblenden mehrfarbig bis Zahn 6	40,80	0343	Krone/Brückenglied einarbeiten	13,50
Inlays Gold			0344	Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert	61,50
0301	Gussinlay indirekt einflächig	49,00	0345	Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0302	Gussinlay indirekt zweiflächig	67,30	0346	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert	69,40
0303	Gussinlay indirekt dreiflächig	79,60	0347	Teilkrone/Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung	61,50
0304	Gussinlay indirekt mehrflächig	79,60	0348	Krone für Kunststoffverblendung	69,40
0305	Guss Onlay	79,60	0349	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Teilverblendung	66,30
0306	Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	61,20	0350	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	61,50
0307	Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	69,40	0351	Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	51,00
0308	Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig	80,60	0352	Galvanokrone für Verblendung	61,20
0309	Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig	85,70	0353	Krone aus Presskeramik	125,50
0310	Inlaygerüst zur Verblendung einflächig	49,00	0354	Teilkrone aus Presskeramik	90,50
0311	Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig	59,20	0355	Krone/Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung	72,30
0312	Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig	69,40	0356	Krone aus Keramik gefräst	132,20
0313	Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig	74,50	0357	Krone aus Keramik gefräst zur Keramikverblendung	115,90
Inlays Kunststoff (keine Provisorien)			0358	Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff/Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	64,90
0314	Inlay aus Kunststoff einflächig	38,80	0359	Mantel-(Jacket-)krone Keramik/Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	100,90
0315	Inlay aus Kunststoff zweiflächig	51,00	0360	Brückenglied massiv	47,10
0316	Inlay aus Kunststoff dreiflächig	65,30	0361	Brückenglied für Vollverblendung	32,10
0317	Inlay aus Kunststoff mehrflächig	69,40	0362	Brückenglied aus Keramik	92,80
0318	Onlay aus Kunststoff	69,40	0363	Verbindungsteile aus Keramik	8,20
Inlays Keramik (inkl. Schichtung individuell)			Teleskope/Geschiebe/Stege/Riegel		
0319	Keramikinlay einflächig	90,80	0368	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär	84,70
0320	Keramikinlay zweiflächig	93,80	0369	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär	94,00
0321	Keramikinlay dreiflächig	96,90	0370	Umlaufende Fräsung	30,40
0322	Keramikinlay mehrflächig	107,10	0371	Individuelles Geschiebe primär	77,50
0323	Teilkrone/Onlay/Keramik	96,90	0372	Individuelles Geschiebe sekundär	80,20
Inlay Presskeramik (z. B. Empress od. Cercon)			0373	Geschiebefräsung	29,20
0324	Inlay aus Presskeramik einflächig	80,30	0374	Grundeinheit Individueller Steg/ Primär- und Sekundärteil	82,10
0325	Inlay aus Presskeramik zweiflächig	82,10	0375	Individueller Steg Längeneinheit	8,20
0326	Inlay aus Presskeramik dreiflächig	87,50	0376	Steggeschiebe individuell/ Primär- und Sekundärteil	64,10
0327	Inlay aus Presskeramik mehrflächig	90,50			
0328	Onlay aus Presskeramik	90,50			
Inlay aus Keramik gefräst					
0329	Inlay aus Keramik gefräst einflächig	111,40			
0330	Inlay aus Keramik gefräst zweiflächig	113,30			

0377	Steggeschiebe individuell an Basis	34,70	Metallbasen und gegossene Klammern	
0378	Steg abknicken	7,10	0701	Metallbasis/OK od. UK/Totale sow. Partielle 122,10
0379	Stegfräsung	18,40	0702	Einarmige Klammer 10,50
0380	Konfektionssteg	53,50	0703	Inlayklammern 8,80
0381	Konfektionssteg Längeneinheit	3,10	0704	Fortlaufende Klammern je Zahn 10,50
0382	Konfektionssteglasche an Basis	18,40	0705	Bonyhardklammer (J-Klammer) 10,50
0383	Konfektionssteggeschiebe an Basis	34,70	0706	Kralle 10,50
0384	Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	18,40	0707	Ney-Stiel 10,50
0385	Stift im Inlay zum Pinledge	15,30	0708	Auflage 10,50
0386	Drehriegel, Schwenkriegel individuell inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung	161,00	0709	Umgehungsbügel bei Diastema 10,50
0387	Wiederherstellung Drehriegel/Schwenkriegel individuell	107,30	0710	Zweiarmige Klammer 20,00
0388	Konfektionsriegel primär	34,70	0711	Approximalklammer 20,00
0389	Konfektionsriegel sekundär	71,20	0712	Ringklammer 20,00
0390	Konfektionsgeschiebe primär	34,70	0713	Rücklaufklammer 20,00
0391	Konfektionsgeschiebe sekundär	71,20	0714	Gegenlager 20,00
0392	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50	0715	Zwei Zähne umfassende Doppelklammer 20,00
0393	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20	0716	Zweiarmige Klammer mit Auflage(n) 29,70
0394	Rillen-Schulter-Fräsung	29,20	0717	Approximalklammer mit Auflage(n) 29,70
0396	Schubverteilungsarm	54,50	0718	Ringklammer mit Auflage(n) 29,70
0397	Teilfräsung	18,40	0719	Rücklaufklammer mit Auflage(n) 29,70
0398	Lager für Ankerbandklammer	77,50	0720	Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager 29,70
0399	Ankerbandklammer sekundär	80,20	0721	Überwurfklammer mit Auflage(n) 29,70
0400	Lager für Raste	8,20	0722	Bonwillklammer 39,80
0401	Raste in Lager	6,10	0723	Rückenschutzplatte 37,70
0402	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/Schraube/Bolzen	8,20	0724	Metallzahn 37,70
0403	Einarbeiten Friktionsstift/Schraube/Bolzen	42,00	0725	Metallkaufäche 37,70
	Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen		0726	Lösungsknopf für Friktionsprothese/ max. 2 je Kiefer 15,20
0501	Metallverbindung nach keramischem Brand/inklusive Lötmetall	24,90	0727	Unterfütterbarer Abschlussrand 18,10
0502	Lötfreie Verbindungen/Primärteil je Einheit	5,60	0728	Zuschlag f. einzeln gegossene Klammer(n) 20,70
0503	Lötfreie Verbindungen/Sekundärteil je Einheit	9,20	0729	Kragenfassung 8,20
0504	Laserschweißen je Kiefer	14,30	0730	Modellgussteil konditionieren/je Kiefer 12,20
0505	Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	8,20	0731	Metallfläche konditionieren/je Einheit 8,20
0506	Lötung 2/3: mit/ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	14,30		Auf- und Fertigstellung/gebogene Klammern
	Veneers/Verblendungen/Zahnfleisch		0801	Aufstellung Grundeinheit je Kiefer 32,30
0601	Verblendung Kunststoff bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	46,80	0802	Aufstellung Wachsbasis je Zahn 1,80
0602	Verblendung Keramik bis Zahn 6 Teil- oder Vollverblendung	78,60	0803	Aufstellung aus Metallbasis je Zahn 2,70
0603	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Kunststoff bis Zahn 6	13,90	0804	Übertragung einer Aufstellung je Zahn 1,90
0604	Zahnfleisch/Wurzelpontik aus Keramik bis Zahn 6	30,30	0805	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit 44,90
0605	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik	14,30	0806	Fertigstellung einer Prothese je Zahn 3,30
0606	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/Keramik bis Zahn 6	25,00	0807	Einarmige Klammer 8,10
0607	Verblendschale aus Kunststoff	56,10	0808	Inlayklammer 8,10
0608	Verblendschale aus Keramik	114,20	0809	Interdental-Knopfklammer 8,10
0609	Verblendschale aus Presskeramik	98,20	0810	Approximalklammer 8,10
0610	Verblendschale aus Keramik geätzt	119,20	0811	Auflage (nicht Kralle) 8,10
			0812	Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager 8,10
			0813	Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage 14,90
			0814	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager 14,90
			0815	Überwurfklammer 14,90
			0816	Doppelbogenklammer (zwei Zähne) 14,90
			0817	Basis aus Weichkunststoff 52,10
			0818	Sonderkunststoffe/je Kiefer 52,10
			0819	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarb. Kunststoff 32,70

0820	Remontage Prothese	20,40	0931	Positioner	142,80
0821	Selectives Einschleifen	31,60	0932	Druckfeder/Zugfeder	15,30
0822	Reokkludieren einer Prothese	4,60	0933	Lückenhalter	18,40
0823	Zahnfleischklammer	10,20	Reparaturen Zahnersatz		
0824	Pelottenklammer	18,40	1001	Grundeinheit f. Instandsetzung Prothese	17,70
0825	Konfektioniertes Metallgitter anpassen und einarbeiten	36,70	1002	Leistungseinheit Sprung	7,80
0826	Saugkammer einarbeiten	4,10	1003	Leistungseinheit Bruch	7,80
Schienen			1004	Leistungseinheit Einarbeiten eines Zahnes	7,80
0827	Aufbissschiene	104,30	1005	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	7,80
0828	Knirscherschiene	104,30	1006	Leistungseinheit Halte-/Stützvorrichtung einarbeiten	7,80
0829	Bissführungsplatte/komplett	104,30	1007	Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	7,80
0830	Miniplastschiene	61,90	1008	Leistungseinheit Kunststoff sattel lösen/wiederbefestigen	7,80
0831	Retentionsschiene	61,90	1009	Retention, gebogen	41,70
0832	Verband- oder Verschlussplatte	61,90	1010	Retention, gegossen	51,10
0833	Umarbeiten einer Prothese, Aufbissbehelf	43,10	1011	Gegossenes Basisteil	63,90
0834	Festsitz, Schiene adjustierbar je Zahn	9,50	1012	Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung	21,50
0835	Abnehmbare Dauerschiene/Metall, adjust.	154,10	1013	Teilunterfütterung einer Basis	37,30
0836	Medikamententrägerschiene	66,30	1014	Vollständige Unterfütterung einer Basis	52,00
0837	Schienungskappe aus Kunststoff	17,30	1015	Basis erneuern	63,30
0838	Obturator aus Kunststoff	93,80	1016	Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils	13,50
0839	Resektionskloß aus Kunststoff	57,10	1017	Reparatur einer Krone oder Brückenglied	33,80
0840	Flexible Zahnfleischepithesen Grundeinheit	102,00	1018	Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese	91,80
0841	Flexible Zahnfleischepithesen je Zahn	10,20	1019	Instandsetzen Kunststoffverblendung bis Zahn 6	15,80
Kieferorthopädie/Reparaturen			1020	Instandsetzen Keramikverblendung bis Zahn 6	15,80
0901	Basis für Einzelkiefergerät	47,80	1021	Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	15,80
0902	Basis für bimaxilläres Gerät	100,90	Sonstiges		
0903	Schiefe Ebene/je Kiefer	39,70	1100	Versandkosten	3,70
0904	Vorhofplatte	53,00	1101	Verrechnungseinheit für die Anfertigung aus NEM-Legierung je Einheit	11,00
0905	Kinnkappe	47,70	Implantologie		
0906	Aufbiss/je Kieferhälfte od. Frontzahngebiet	9,40	I 111	Implantat, einschließlich folgender mitabgegebener Begleitleistungen:	200,00
0907	Abschirmelement	16,20	-	Röntgenkugel positionieren	
0909	Schraube einarbeiten	14,30	-	Modellimplantat repositionieren	
0910	Spezial-Schraube einarbeiten	18,60	-	Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben	
0911	Trennen einer Basis	5,90	-	Verlängerungshülse für Implantat	
0912	Labialbogen	18,20	-	Bearbeiten eines Implantatkopfes	
0913	Labialbogen modifiziert	23,80	-	Drehsicherungsstopp bei Implantaten	
0914	Labialbogen intermaxiliär	28,30	-	Verschraubung Implantat	
0915	Feder, offen	8,10	-	Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	
0916	Feder, geschlossen	10,30	-	Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	
0917	Verbindungselement intramaxiliär	21,10	-	Lötfreie Verbindung Primärteil	
0918	Verbindungs- oder Führungselemente intermaxiliär	23,50	-	Stegfräsung	
0919	Verankerungselement/Ankerband	19,50	-	Steggeschiebe	
0920	Einzelelement einarbeiten	10,11	-	Metallverbindung Primärteile	
0921	Metallverbindung	14,10	I 112	Parallelbohrschablone für Implantat pro Kiefer 1x	30,00
0922	Einarmiges Halte-/Abstützelement je Zahn	8,80	I 113	Implantatkontrollschablone pro Kiefer 1x	25,00
0923	Mehrarmliges Halte-/Abstützelement je Zahn	14,90	I 114	Basis aus Kunststoff auf Implantat	30,60
0924	Grundeinheit für Instandsetzung KFO-Basis	15,80	I 115	Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen	73,40
0925	Dehn- und/oder Regulierungselement	6,70	I 116	Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen	56,10
0926	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoff-Basis	43,30	I 117	Magnetpaar einarbeiten	49,00
0927	Facebow anpassen	13,30			
0928	Häkchen	10,20			
0929	Lingualbogen	30,60			
0930	Palatinalbogen	38,80			

Hinweise:

Preise gelten zuzügl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen.

IV Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

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

Nr. 100: Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten

Nr. 101: Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

Nr. 102: Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung

Die Leistung nach der Nummer 100 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 101 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratung nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.

V. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Tarifbedingungen

für die voll- und teilstationäre Hospizversorgung¹

§ 1 In welchem Umfang gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen?

Es gelten die jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen², soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

§ 2 Wer ist anspruchsberechtigt?

Anspruch auf Aufwendungsersatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung haben Versicherungsnehmer, die beim Versicherer Tarife abgeschlossen haben, denen die in Fußnote 2 genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen zugrunde liegen und die eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung).

§ 3 Welche Voraussetzungen müssen für einen Leistungsanspruch erfüllt sein?

1. Voraussetzung für die Gewährung von Leistungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung ist, dass die versicherte Person an einer Erkrankung leidet,

- die progredient (d. h. fortschreitend, sich verschlimmernd) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat und
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine stationäre palliativ-medizinische Betreuung³ notwendig ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt

und dass eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Darüber hinaus werden Leistungen für eine palliativ-medizinische Betreuung in einem stationären Hospiz grundsätzlich nur bei einem der folgenden Krankheitsbilder gewährt:

- a) Fortgeschrittene Krebserkrankung,
 - b) Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
 - c) Erkrankung des Nervensystems mit unaufhaltsam fortschreitenden Lähmungen,
 - d) Endzustand einer chronischen Nieren-, Leber-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankung.
2. Der palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgungsbedarf, der aus einer Erkrankung im Sinne von Absatz 1 S. 2 resultiert, muss in seiner Art und von seinem Umfang her die Möglichkeiten von Laienhelfern (Angehörige, Ehrenamtliche) und (familien-)ergänzenden ambulanten Versorgungsformen (ärztliche Versorgung, häusliche Krankenpflege, ambulante Hospizbetreuung⁴ etc.) sowie die Finalpflege und Sterbebegleitung in stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig übersteigen, so dass eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht.
 3. Die medizinische Notwendigkeit der voll-/teilstationären Hospizversorgung im Sinne der Absätze 1 und 2 ist durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen.
Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.
 4. Die Notwendigkeit einer voll-/teilstationären Hospizversorgung liegt grundsätzlich nicht bei versicherten Personen vor, die in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Wenn in Einzelfällen eine Verlegung der versicherten Person aus einem Pflegeheim in ein stationäres Hospiz im Sinne der Absätze 1 und 2 notwendig ist, werden Leistungen gewährt. Die medizinische Notwendigkeit ist durch einen vom Versicherer beauftragten

¹ Hospize in diesem Sinne sind selbstständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Betreuung zu erbringen. Sie sind kleine Einrichtungen mit familiärem Charakter mit in der Regel höchstens 16 Plätzen, wobei die räumliche Gestaltung der Einrichtung auf die besonderen Bedürfnisse schwerkranker, sterbender Menschen ausgerichtet ist.

² Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil I für die VictoriaMed Kompakt Tarife KP1-3, VictoriaMed Komfort Tarife KF1 / 0-3 und VictoriaMed Premium Tarife PR1 / 0-3 sowie Teil II (Tarife).

³ Durch eine palliativ-medizinische Betreuung soll nicht die Ursache einer Erkrankung bekämpft, sondern eine Linderung der Beschwerden erreicht werden. Hierunter fallen insbesondere die ärztliche bzw. pflegerische Behandlung von Begleiterscheinungen der Erkrankung und von Nebenwirkungen. Im Vordergrund steht nicht die Lebensverlängerung, sondern das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit.

⁴ Ambulante Hospizdienste erbringen ihre Leistungen grundsätzlich ehrenamtlich und insoweit kostenlos. Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne ambulante Hospizdienste in der Nähe Ihres Wohnortes.

Arzt festzustellen. Diese Feststellung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung getroffen werden.

§ 4 Welche stationären Hospize können Sie wählen?

1. Der versicherten Person steht die Wahl unter den stationären Hospizen frei, die über einen rechtswirksamen »Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39 a SGB V« verfügen⁵.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

§ 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben im Rahmen der Verträge nach Satz 4 Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Er darf kalendertäglich 6 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches nicht unterschreiten und unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nach Satz 1 nicht überschreiten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere über Art und Umfang der Versorgung nach Satz 1; der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

2. Keine Leistungspflicht besteht für die Versorgung in stationären Hospizen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn die Versorgung in dem stationären Hospiz erst nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss beginnt.

§ 5 Für welchen Zeitraum können Sie Aufwundersatz für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung beanspruchen?

Nach Ablauf eines Zeitraumes von vier Wochen im stationären Hospiz kann der Versicherer jederzeit die medizinische Notwendigkeit einer Verlängerung der voll-/teilstationären Hospizversorgung durch einen von ihm beauftragten Arzt überprüfen lassen. Diese Überprüfung kann durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung erfolgen.

Aufwendungen für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung sind ab dem Zeitpunkt der Überprüfung nur erstattungsfähig, sofern der Arzt die medizinische Notwendigkeit der Fortdauer der Hospizversorgung im Sinne von § 3 Abs. 1 und 2 festgestellt hat.

Bei der Überprüfung ist insbesondere zu berücksichtigen, ob der Zustand der versicherten Person trotz des schweren Krankheitsbildes eine gewisse Stabilität erreicht hat, so dass eine Entlassung nach Hause möglich ist.

§ 6 Welche Aufwendungen sind im Rahmen einer voll-/teilstationären Hospizversorgung erstattungsfähig?

Hinweis:

Soweit beim Versicherer eine private Pflegepflichtversicherung besteht und die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen, können in den ersten vier Wochen des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes aus der Pflegepflichtversicherung grundsätzlich im Rahmen der Kurzzeitpflege Aufwendungen ersetzt werden, soweit Leistungen für eine solche für das Kalenderjahr noch nicht erbracht wurden und das stationäre Hospiz über einen rechtswirksamen »Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf der Basis des § 39a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI« verfügt.

Bei Nichtvorliegen der Voraussetzungen für eine Kurzzeitpflege bzw. bei Verlängerung des voll-/teilstationären Hospizaufenthaltes über vier Wochen hinaus, können aus der privaten Pflegepflichtversicherung Aufwendungen für voll- bzw.

teilstationäre Pflege entsprechend der jeweiligen Pflegestufe erstattet werden.

Sämtliche Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für eine voll-/teilstationäre Hospizversorgung erfolgen freiwillig und werden bis auf Widerruf erbracht. Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzungen für derartige Leistungen einseitig zu ändern.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (SGB XI)

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

1. Soweit beim Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung (keine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) besteht, sind aus dem Tarif, aus dem Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattet werden, Aufwendungen in Höhe von kalendertäglich 6 % der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV erstattungsfähig.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch IV (SGB IV)

§ 18 Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

2. Aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) und einer Krankheitskostenvollversicherung sind insgesamt maximal 90 % der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag⁶ erstattungsfähig.
3. Übersteigen die Leistungsansprüche aus einer Krankheitskostenvollversicherung gemäß Absatz 1 und den freiwilligen Leistungen aus einer privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. Hinweis) zusammen 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes, so werden die Leistungen aus der Krankheitskostenvollversicherung um den 90 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes übersteigenden Betrag gekürzt.
4. Der Aufnahme- und der Entlassungstag werden als je ein Tag abgerechnet. Verstirbt die versicherte Person im stationären Hospiz, gilt der Todestag als Entlassungstag.

§ 7 Ist eine Direktabrechnung mit dem stationären Hospiz möglich?

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers kann der Versicherer Leistungen zur Vereinfachung des Zahlungsverkehrs unmittelbar an das stationäre Hospiz erbringen.

§ 8 Wie werden Sie im stationären Hospiz versorgt?

Der Umfang der vom stationären Hospiz zu erbringenden Versorgungsleistungen bzw. der an das stationäre Hospiz gestellten Qualitätsanforderungen ergibt sich aus den §§ 3 und 4 der »Rahmenvereinbarung nach § 39a Satz 4 SGB V über Art und Umfang sowie zur Sicherung der Qualität der stationären Hospizversorgung vom 13. März 1998, zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V., dem Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., dem

⁵ Auf Wunsch nennen wir Ihnen gerne Hospize in der Nähe Ihres Wohnortes.

⁶ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster des entsprechenden Versorgungsvertrages zu.

Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., dem Deutschen Roten Kreuz e.V., dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.«, in der jeweils gültigen Fassung.⁷

§ 9 Was müssen beihilfeberechtigte Personen beachten?

1. Versicherte Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei einem Aufenthalt in einem stationären Hospiz Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten Aufwendungsersatz für den erstattungsfähigen tagesbezogenen Bedarfssatz für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem tariflich für die Erstattung allgemeiner Krankenhausleistungen vereinbarten Prozentsatz.
2. Übersteigen im Ausnahmefall Tarifleistung und Beihilfe zusammen 90% der Aufwendungen des zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem einzelnen stationären Hospiz bzw. dessen Träger vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssatzes für voll-/teilstationäre Hospizversorgung entsprechend dem jeweiligen Versorgungsvertrag (wenn z. B. eine Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes nicht rechtzeitig mitgeteilt worden ist), wird die Tarifleistung entsprechend gemindert.

§ 10 Können sich die Versicherungsbedingungen nach Abschluss des Vertrages noch verändern?

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 der jeweils vereinbarten Allgemeinen Versicherungsbedingungen berechtigt, diese Tarifbedingungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

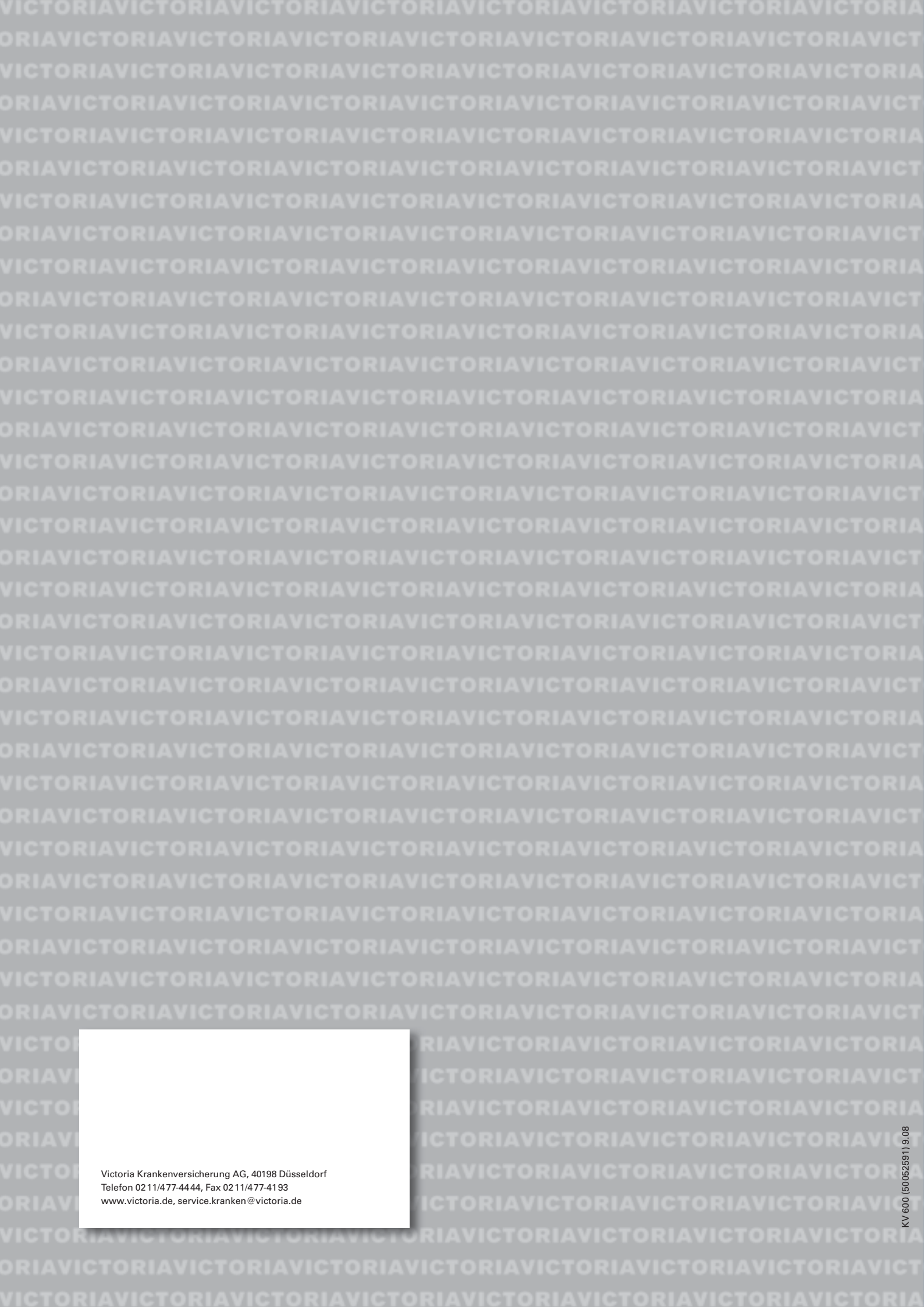
VI Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) 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.
- (3) 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.

⁷ Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne ein Muster dieser Rahmenvereinbarung zu.



Victoria Krankenversicherung AG, 40198 Düsseldorf
Telefon 02 11/477-4444, Fax 02 11/477-4193
www.victoria.de, service.kranken@victoria.de