

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### Tarif BS 5

FÜR VERSICHERTE MIT WOHNSITZ IN DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN SOWIE DEM OST-  
TEIL BERLINS

#### KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

#### L e i s t u n g e n d e r D K V

---

#### 1. **Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung, 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen**

---

1.1 Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können.

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 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service 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 nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

---

## 2. Ambulante Heilbehandlung, Früherkennung, Entbindung

---

### 2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Ärztliche Leistungen einschließlich  
gezielter Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, 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 zum Beispiel unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden,  
Psychotherapie  
(siehe Leistungsvoraussetzung § 4 Abs. 2.1 und 2.2 AVB)  
bis zu 30 Sitzungen zu 100 %,  
von der 31. Sitzung an zu 80 %,  
von der 61. Sitzung an zu 70 %, insgesamt 100 EUR.  
soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze<sup>1</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Unfall bzw. Notfall.
- Häusliche Behandlungspflege  
Medizinische Leistungen von Pflegefachkräften nach Anweisung des Arztes (wie Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen), soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind. Sind zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Kostenträgern Vergütungen vereinbart, gelten diese als üblich.
- 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 Vergütungen, die in der Pflegepflichtversicherung mit Leistungserbringern vereinbart sind.
- Arznei- und Verbandmittel  
(siehe § 4 Abs. 3 und 3.1 AVB).
- Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers,  
soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Leistungen des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten, des Physiotherapeuten, des Ergotherapeuten, des Podologen, des medizinischen Fußpflegers,  
soweit die Vergütungen im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet sind.
- Leistungen des Logopäden  
bis zu den Regelhöchstsätzen<sup>2</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte.
- Hilfsmittel  
(siehe § 4 Abs. 3.3 AVB – ausgenommen Sehhilfen einschließlich Brillenfassungen).
- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen)  
abweichend von § 4 Abs. 3.3 AVB  
innerhalb von zwei Kalenderjahren  
bis zu einem Höchstsatz von

### 2.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Leistungen des Heilpraktikers

---

<sup>1</sup> Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

<sup>2</sup> siehe Fußnote 1

2.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt, abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.

---

### 3. Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung

---

3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen einschließlich

gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR), Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze<sup>3</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

**Die Erstattungsfähigkeit ist begrenzt bei**

- Kronen und Brücken in metallischer Ausführung: auf eine Verblendung bis zum Zahn 5,
- implantologischen Leistungen: auf das Einbringen von bis zu 4 Implantaten in den zahnlosen Unterkiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife BSO, BS 9 und BS 5 für zahntechnische Leistungen (Anlage Druckstück BD 150/1) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind. Die Höhe der Versicherungsleistungen bemisst sich - unter Berücksichtigung der Höchstbeträge - nach dem Prozentsatz, zu dem die jeweiligen Aufwendungen für die zahnärztlichen Leistungen ersetzt werden.

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

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

**abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes,**

höchstens jedoch - und zwar ab Versicherungsbeginn<sup>4</sup> -

- in den ersten 12 Vertragsmonaten insgesamt bis zu 500 EUR,
- in den ersten 24 Vertragsmonaten insgesamt bis zu 1 000 EUR,
- in den ersten 36 Vertragsmonaten insgesamt bis zu 1 500 EUR,
- in den ersten 48 Vertragsmonaten insgesamt bis zu 2 000 EUR,
- in den ersten 60 Vertragsmonaten insgesamt bis zu 2 500 EUR,
- ab dem 61. Vertragsmonat jeweils innerhalb von 12 Monaten insgesamt bis zu 2 500 EUR.

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 Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, bei den in Nr. 3.2 a) genannten zahnärztlichen Leistungen vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

---

<sup>3</sup> Das sind der 2,3fache Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOZ bzw. GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

<sup>4</sup> siehe § 8 Abs. 1.1 AVB

---

#### 4. Stationäre Heilbehandlung, Entbindung

---

##### 4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen.
- Belegärztliche<sup>5</sup> (nicht wahlärztliche<sup>6</sup>) Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze<sup>7</sup> der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

##### 4.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 4.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt, abzüglich des nach Nr. 5 vorgesehenen Selbstbehaltes.

##### 4.3 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von 150 EUR je Kind gezahlt.

---

#### 5. Selbstbehalt

---

Der vorgesehene Selbstbehalt nach den Nrn. 2.3, 3.2 und 4.2 beträgt insgesamt je Kalenderjahr und versicherte Person

ab dem 20. Lebensjahr	
Frauen	800 EUR
Männer	750 EUR
bis zum 20. Lebensjahr	375 EUR.

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

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

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Selbstbehalt 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. Beitragsentlastung

---

##### 6.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung „Beitragsentlastung V 65“ auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt, verringert sich der Monatsbeitrag, der dann für ihre Krankheitskostenversicherung bei der DKV zu zahlen ist, um den vereinbarten Entlastungsbetrag.
- Eine Vereinbarung „Beitragsentlastung V 65“ kann nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres getroffen werden.

##### 6.2 Entlastungsbetrag

- Es kann ein monatlicher Entlastungsbetrag in Stufen von jeweils 50 EUR bis höchstens zu dem bei Abschluss einer Vereinbarung aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung der versicherten Person vereinbart werden.
- Eine Anhebung des vereinbarten Entlastungsbetrages bis zu dem nach Nr. 6.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann bei Vereinbarung „Beitragsentlastung V 65“ nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres beantragt werden.
- Sinkt der Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung unter den Entlastungsbetrag, wird der Entlastungsbetrag zum gleichen Zeitpunkt so weit herabgesetzt, dass seine nächstliegende Stufe den Beitrag für die Krankheitskostenversicherung nicht mehr übersteigt. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für den entfallenden Teil des Entlastungsbetrages gebildete Alterungsrückstellung wird auf den verbleibenden Beitrag angerechnet. Wenn unabhängig von einer Beitragsveränderung in der Krankheitskostenversicherung der vereinbarte Entlastungsbetrag herabgesetzt wird, gilt Satz 2 entsprechend.

---

<sup>5</sup> Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

<sup>6</sup> gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte

<sup>7</sup> siehe Fußnote 1

### 6.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsschein werden neben den vereinbarten Tarifen der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben,

z.B.: BS 5 V65 / 100 EUR.

### 6.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach § 8b AVB vom Versicherer überprüft. Bei einer Veränderung der Rechnungsgrundlagen in der Krankheitskostenversicherung können die Beiträge für die "Beitragsentlastung" mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

### 6.5 Beendigung der Vereinbarung "Beitragsentlastung"

- Die Vereinbarung "Beitragsentlastung" kann nur neben solchen Krankheitskostenversicherungen der DKV bestehen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen und bei denen - wie in diesem Druckstück - im Tarifteil bzw. in den jeweiligen Tarifteilen die "Beitragsentlastung" geregelt ist.
- Endet die Vereinbarung "Beitragsentlastung", wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung auf den Beitrag einer bei der DKV für die versicherte Person weiterbestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.
- Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG nicht vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 6.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, verfällt die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung zugunsten der Versichertengemeinschaft.

Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung ab dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 6.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, gelten die Regelungen zu § 13 Abs. 8 AVB entsprechend.

Wird eine Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" zehn Jahre bestanden, wird der Gegenwert für die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung auf eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung oder Krankenhaustagegeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiterbestehenden Versicherung eine monatliche Beitragsrate von 2,56 EUR nicht unterschritten wird.

## Leistungen des Versicherungsnehmers

---

### 7. Monatliche Beitragsraten

---

- 7.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 7.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 7.3 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. Das gilt nicht bei Beiträgen für die "Beitragsentlastung", weil diese Entlastung frühestens mit 20 Jahren vereinbart werden kann.
- 7.4 Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

## Sonstiges

---

### 8. Aufnahmefähigkeit

---

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren Wohnsitz im Gebiet der ehemaligen DDR einschließlich Berlin (Ost) haben.

---

**9. Meldung einer Krankenhausbehandlung**

---

Abweichend von § 9 Abs. 1 AVB verzichtet die DKV auf die Meldung der Krankenhausbehandlung.  
§ 4 Abs. 5 AVB bleibt unberührt.

---

**10. Anpassung des Versicherungsschutzes**

---

Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, tariflich vorgesehene Höchstbeträge und die tariflichen Leistungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.