

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Krankheitskosten-Versicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif AmbulantBest (AB02) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung AB02. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie Anspruch auf Leistungen aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung hat.

Mit Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
- 2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
- 2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für alternativmedizinische Verfahren?
- 2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für ärztliche Vorsorge-Untersuchungen?
- 2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?
- 2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Heilbehandlung?
- 2.2.9 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

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

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

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

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Heilpraktikern

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen tätigen, approbierten Ärzten und den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG).

(2) Auswahl von Krankenhäusern

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

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

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

(1) Zusageerfordernis

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.2 Absatz 2 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(2) Ausnahmen vom Zusageerfordernis

Vom Zusageerfordernis nach Absatz 1 gelten folgende Ausnahmen:

a) Notfallbehandlung

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

b) Akute Behandlung während des Aufenthalts

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz 1 eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

c) Einziges geeignetes Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz

Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz 1 das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

d) Tuberkulose-Erkrankungen

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

2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (zum Beispiel Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für alternativmedizinische Verfahren?

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung ersetzen wir die folgenden Aufwendungen:

(1) Versicherte Leistungen

a) Aufwendungen für ärztliche Heilbehandlung

aa) Erstattungsprozentsätze

Wir ersetzen

- 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben.
- 80 Prozent der gesamten erstattungsfähigen Aufwendungen, soweit die Aufwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zuschussfähig sind.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

bb) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende ambulante alternativ-medizinische Verfahren:

- Akupunktur zur Schmerzbehandlung,
 - Moxibustion,
 - Strukturelle Osteopathie,
 - Eigenblut-Behandlung,
 - Therapeutische Lokalanästhesie (nach Huneke),
 - Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung),
 - Hypnose,
 - Schröpfen,
 - Schröpfkopf-Massage,
 - Blutegel-Behandlung,
 - Chirotherapie oder Chiropraktik,
 - Dunkelfeldmikroskopie,
 - Atem-Therapie,
 - Nervenpunkt-Massage,
 - Pulsierende Signaltherapie (PST) bei therapieresistenter Arthrose,
 - Homöopathie und
 - Phytotherapie,
- die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

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

b) Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker

Wir ersetzen 80 Prozent der Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker, die nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnungsfähig sind.

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

c) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen die Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel im Rahmen der tariflichen Leistungszusage nach den Absätzen a) und b) wie die Aufwendungen, in deren Zusammenhang sie verordnet werden.

Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel sind erstattungsfähig, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Verbandmaterialien und zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind.

Als Arzneimittel, auch wenn sie heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate. Davon ausgenommen sind bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

(2) Versicherter Höchstbetrag

a) Höchstbetrag innerhalb von 2 Versicherungsjahren

Der Ersatz von Aufwendungen für alternativ-medizinische Behandlungen durch Ärzte oder für Behandlungen durch Heilpraktiker und für damit zusammenhängend verordnete Arzneimittel und Verbandmaterialien ist pro →versicherte Person auf insgesamt maximal 1.000 Euro innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren begrenzt.

b) Berechnung des Höchstbetrags

Der Höchstbetrag nach Absatz a) bestimmt sich wie folgt:

- Wir ordnen die Aufwendungen für die Behandlung und für das damit zusammenhängend verordnete Arzneimittel oder Verbandmaterial dem Versicherungsjahr zu, in dem die Behandlung der →versicherten Person erfolgt oder das Arzneimittel oder Verbandmaterial bezogen worden ist.
- Um die maximale Erstattungshöhe zu ermitteln, gehen wir von dem sich daraus ergebenden Versicherungsjahr aus.
- Wir berücksichtigen alle unsere Erstattungen, die sich bei der →versicherten Person auf den Ersatz von Aufwendungen für alternativ-medizinische Behandlungen durch Ärzte oder für Behandlungen durch Heilpraktiker oder für damit zusammenhängend verordnete Arzneimittel oder Verbandmaterial beziehen und in demselben Versicherungsjahr und dem unmittelbar davor liegenden Versicherungsjahr erfolgt sind.

c) Höhe des Aufwendungsersatzes

Ein Anspruch auf Aufwendungsersatz besteht, wenn und soweit für den sich aus Absatz b) ergebenden Zeitraum der Höchstbetrag von 1.000 Euro (siehe Absatz a)) für die →versicherte Person nicht ausgeschöpft ist.

2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für ärztliche Vorsorge-Untersuchungen?

(1) Erstattungsprozentsätze

Wir ersetzen

- 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben.
- 80 Prozent der gesamten erstattungsfähigen Aufwendungen, soweit die Aufwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zuschussfähig sind.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die im Leistungsverzeichnis des Tarifs AB02 (siehe Ziffer 2.7) genannten ärztlichen Leistungen und aufgeführten Nummern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), wenn die →versicherte Person das jeweilige Mindestalter erreicht hat.

Die Aufwendungen für die Nummern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind

- je Vorsorge-Untersuchung maximal in Höhe der im Leistungsverzeichnis des Tarifs AB02 (siehe Ziffer 2.7) ausgewiesenen Anzahl und

- bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Aufwendungen, die über die Begrenzung nach Satz 2 hinausgehen, sowie Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen, die nicht in diesem Leistungsverzeichnis enthalten sind, sind nicht erstattungsfähig.

(3) Erneuter Leistungsanspruch

Für jede einzelne Vorsorge-Untersuchung gilt: Wenn wir Aufwendungen für eine Vorsorge-Untersuchung der →versicherten Person ersetzt haben, entsteht ein erneuter Leistungsanspruch für die gleiche Vorsorge-Untersuchung dieser Person frühestens 24 Monate, nachdem die vorherige Vorsorge-Untersuchung beendet worden ist.

2.2.7 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung ersetzen wir auch folgende Aufwendungen:

(1) Hörhilfen

a) Versicherte Leistungen

aa) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wir sind nicht leistungspflichtig, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistung erbracht hat.

bb) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik), wenn sie von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Hörhilfen ist auf höchstens 500 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Sehhilfen

a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- Brillengläser,
- Brillenfassungen und
- Kontaktlinsen,

wenn sie von einem in Ziffer 2.2.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

b) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Sehhilfen ist auf höchstens 300 Euro pro →versicherte Person innerhalb von 24 Monaten begrenzt.

Die maximale Erstattungshöhe ermitteln wir, indem

- wir das Datum zugrunde legen, an dem die Sehhilfe bezogen worden ist, für die Aufwendungsersatz geltend gemacht wird, und
- von diesem Datum ausgehend alle Erstattungen für den Bezug von Sehhilfen der versicherten Person aus den zurückliegenden 24 Monaten berücksichtigen.

Der Anspruch auf Aufwendungsersatz und die individuelle Erstattungshöhe hängen somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

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

2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Heilbehandlung?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir die folgenden Aufwendungen:

(1) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleiben.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen (einschließlich Mitaufnahme einer Begleitperson)

a) Aufwendungen für die versicherte Person

Wenn die →versicherte Person ein anderes Krankenhaus gewählt hat, als in der ärztlichen Einweisung genannt ist, sind die folgenden Aufwendungen erstattungsfähig:

- Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) berechnungsfähig sind, und
- Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 Kilometer. Existiert für die Behandlung kein geeignetes Krankenhaus innerhalb dieser Entfernung, sind die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

b) Aufwendungen für eine Begleitperson

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für eine medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) berechnungsfähig sind.

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

2.2.9 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

Abweichend von Ziffer 1.1.7 Absatz 2 Satz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein besteht während eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz nach diesem Tarif für insgesamt 2 Monate. Die Möglichkeit nach Ziffer 1.1.7 Absatz 2 Satz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

- a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

- b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

- c) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) wenn die Behandlung durch Ärzte, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund vom Aufwendungsersatz ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein →schwebender Versicherungsfall vorliegt, sind wir nicht leistungspflichtig für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

f) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

i) für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger.

j) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

Dieser Leistungsausschluss gilt nicht, wenn

- die →versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder
- dort während eines vorübergehenden Aufenthalts eine Heilbehandlung wegen einer Erkrankung, die unabhängig vom Aufenthaltszweck ist, oder wegen eines Unfalls notwendig wird.

k) für Zuzahlungen im Sinne von § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V).

l) für alternativ-medizinische Behandlungen durch Ärzte, die nicht in Ziffer 2.2.5 Absatz 1 a) bb) genannt sind.

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

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

2.4 Informationspflicht über Leistungen anderer Leistungsträger

Wann müssen Sie uns informieren, wenn ein anderer Leistungsträger Leistungen erbracht hat?

Sie müssen uns informieren, wenn ein gesetzlicher oder ein anderer privater Leistungsträger Leistungen für die versicherten Aufwendungen erbracht hat. Hierzu müssen Sie uns als Nachweis die Rechnungskopie mit Erstattungsvermerken des anderen Leistungsträgers vorlegen.

2.5 Zusätzlich erforderlicher Nachweis

Welcher zusätzliche Nachweis ist erforderlich, wenn Aufwendungsersatz für ärztliche Leistungen geltend gemacht wird?

Ergänzend zu Ziffer 1.2.2 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein muss eine ambulante ärztliche Leistung in der Rechnung durch die ausdrückliche Nennung der Behandlungs- oder Untersuchungsmethode bezeichnet werden (siehe Ziffer 2.2.5 Absatz 1 a) bb) und Leistungsverzeichnis des Tarifs AB02 für ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten - Ziffer 2.7).

2.6 Besondere Regelung zur Beitragsanpassung

Welcher höhere Prozentsatz ist für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen vereinbart?

Abweichend von Ziffer 1.7.1.1 Absatz 1 Satz 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein erfolgt eine Anpassung erst dann, wenn die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die jeweilige →Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt.

Im Übrigen gilt Ziffer 1.7.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein unverändert.

2.7 Anlage: Leistungsverzeichnis des Tarifs AB02

Leistungsverzeichnis für ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Wichtige Informationen:

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.

Für jede einzelne Vorsorge-Untersuchung gilt: Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten.

Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen	420	maximal 3
Zuschlag (transrektale Untersuchung)	403	1
Osteoporose-Vorsorge - Mindestalter: 50 Jahre		
Beratung	1	1
Osteodensitometrie	5380 oder 5475	1

Ärztliche Leistung	Nummer nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	Erstattungsfähige Anzahl
Hautkrebs-Screening - Mindestalter: 18 Jahre		
Beratung	1	1
Untersuchung mindestens eines Organ-Systems	7	1
Dermatoskopie	750	1
Erweiterte Krebs-Vorsorge für Frauen - Mindestalter 20 Jahre		
Beratung	1	1
Transvaginaler Ultraschall	410	1
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen	420	maximal 3
Zuschlag (transkavitäre Untersuchung)	403	1
Lungen-Check - Mindestalter: 18 Jahre		
Beratung	1	1
Ruhe-Spirographie	605	1
Flussvolumenkurve	605a	1
Sonographischer Check up der inneren Organe - Mindestalter: 35 Jahre		
Beratung	1	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen	420	maximal 3
Glaukom-Screening - Mindestalter: 40 Jahre		
Beratung	1	1
Untersuchung mindestens eines Organ-Systems (alle Augenabschnitte)	6	1
Augenhintergrund-Untersuchung	1242 oder 1240	1
Tonometrische Untersuchung	1256	1
Erweiterte Krebs-Vorsorge für Männer - Mindestalter: 45 Jahre		
Beratung	1	1
Blutentnahme	250	1
Bestimmung des prostata-spezifischen Antigens (PSA)	3908.H3	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1