

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

ERGÄNZUNGSTARIFE KOMFORT KOMFORT PLUS KOMFORT SPEZIAL

FÜR VERSICHERTE DER DEUTSCHEN BETRIEBSKRANKENKASSE (DEUTSCHE BKK) UND DEREN FAMILIENANGEHÖRIGE

- TARIF KOMFORT:
- Ambulante und zahnärztliche Vorsorge in Ergänzung und Erweiterung der Vorsorgeleistungen der GKV¹ nach den gesetzlich eingeführten Programmen
 - Leistungen bei Auslandsaufenthalt
- TARIF KOMFORT PLUS:
- Ambulante und zahnärztliche Vorsorge in Ergänzung und Erweiterung der Vorsorgeleistungen der GKV nach den gesetzlich eingeführten Programmen
 - Leistungen bei Auslandsaufenthalt
 - Sehhilfen
 - Zahnärztliche Heilbehandlung
- TARIF KOMFORT SPEZIAL:
- Ambulante und zahnärztliche Vorsorge in Ergänzung und Erweiterung der Vorsorgeleistungen der GKV nach den gesetzlich eingeführten Programmen
 - Leistungen bei Auslandsaufenthalt
 - Sehhilfen
 - Erweiterte zahnärztliche Heilbehandlung
 - Heilpraktikerbehandlung

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.

Leistungen der DKV²

1. TARIF KOMFORT

1.1 Ambulante und zahnärztliche Vorsorge

1.1.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

Leistungen ab Geburt

- Kinder-Intervall-Checks

Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für Kinder

- Anzahl/Intervall:

U6a: einmalig vom 15. bis 18. Lebensmonat

U7a: einmalig vom 30. bis 40. Lebensmonat

U9a: nur als Vorschul-Check zur Bestimmung der Schulreife:
einmalig vom 70. bis 82. Lebensmonat

U9b: einmalig im 8. Lebensjahr

U10: einmalig im 10. Lebensjahr

Anstelle eines der Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung durchgeführt werden.

Dies gilt nicht für die U9a.

- Höchsterstattungsbetrag:

jeweils bis 39,34 EUR

¹ GKV = gesetzliche Krankenversicherung

² Erstattungssätze (je nach Tarif) siehe 1.2.2, 2.2.2, 2.3.2, 3.2.2, 3.3.2

- Jugendlichen-Intervall-Check J2
 - Allgemeine Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche
 - Anzahl/Intervall: einmalig vom 14. bis 16. Lebensjahr
 - Anstelle dieses Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung durchgeführt werden.
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 47,21 EUR

Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

- Hautkrebs-Vorsorge
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 48,26 EUR
- Sportmedizinische-Vorsorge
 - Anzahl/Intervall: eine der beiden folgenden Alternativen einmal innerhalb von 4 Jahren, bis zum vollendeten 34 Lebensjahr³:
 - Internistische Variante
 - Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Lungenfunktionsprüfung sowie Belastungs-EKG
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 208,49 EUR
 - Orthopädische Variante
 - Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten, Feststellung des Sportmedizinischen Status sowie Ultraschall des Bewegungsapparates
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 175,77 EUR

- Zahnprophylaxe

Die Zahnprophylaxe darf einmal im Jahr durchgeführt werden, allerdings immer nur alternativ entweder die Variante "Individuelle Zahnvorsorge" oder die Variante "Professionelle Zahnreinigung". Bei der Variante "Individuelle Zahnvorsorge" darf die Leistung "Lokale Fluoridierung" bis zu zweimal im Jahr erfolgen.

Inhalt der Prophylaxeleistungen:

Variante Individuelle Zahnvorsorge

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu einer Gesamthöhe von 65,25 EUR.

Erstattet werden hiervon 75 %.

Der Gesamthöchsterstattungsbetrag beläuft sich damit auf insgesamt 48,94 EUR

- Erstellung eines Mundhygiene-Status und Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und Parodontose
Anzahl/Intervall: einmal im Jahr
- Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
Anzahl/Intervall: einmal im Jahr
- Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz
Anzahl/Intervall: bis zu zweimal im Jahr

Variante Professionelle Zahnreinigung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu einer Gesamthöhe von 84,42 EUR.

Erstattet werden hiervon 75 %.

Der Gesamthöchsterstattungsbetrag beläuft sich damit auf insgesamt bis 63,32 EUR

- Entfernung weicher und harter Zahnbeläge sowie Beseitigung von Verfärbungen einschließlich Polieren
Anzahl/Intervall: einmal im Jahr
- Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz
Anzahl/Intervall: einmal im Jahr im Anschluss an die o.g. Reinigungsmaßnahme

Weitere Leistungen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:

- Erweiterte Krebsvorsorge für Frauen
 - Untersuchung u.a. mittels Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust sowie Sonographie (Ultraschall) von insbesondere Gebärmutter und Eierstöcken
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 103,70 EUR

³ Die Sportmedizinische-Vorsorge endet mit dem vollendeten 34. Lebensjahr, weil ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre ein Anspruch auf die Gesundheitsuntersuchung der GKV besteht.

Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr sind die Check-up-Leistungen daher so konstruiert, dass sie die GKV Gesundheitsuntersuchung grundsätzlich bis zu dem Umfang der Sportmedizinischen-Vorsorge ergänzen können, siehe unter "Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr" bzw. Ziffer IV. des "Leistungsverzeichnisses Vorsorgeleistungen nach Tarifen Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial".

Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

- Allgemeine Aufbau-Check-up-Leistungen
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
 - Gesamthöchsterstattungsbetrag: insgesamt bis 108,58 EUR
- Gilt für folgende Leistungen, die bis zu dem oben genannten Gesamthöchsterstattungsbetrag zusammengestellt werden können:
 - Aufbau-Sono-Check
 - Sonographie (Ultraschall) innerer Organe
 - nur in Verbindung mit der GKV-Gesundheitsuntersuchung
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 58,97 EUR
 - Aufbau-Lungen-Check
 - Lungenfunktionsprüfung zur Krankheitsfrüherkennung
 - nur in Verbindung mit der GKV-Gesundheitsuntersuchung
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 40,08 EUR
 - Aufbau-Sportmedizinisch-Internistische-Vorsorge
 - Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Belastungs-EKG
 - nur in Verbindung mit der GKV-Gesundheitsuntersuchung
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 108,58 EUR
- Sportmedizinisch-Orthopädische-Vorsorge
 - wahlweise anstelle der Allgemeinen Aufbau-Check-up-Leistungen
 - Untersuchung u.a. mit Kontrolle von Blut- und Stoffwechselwerten sowie Feststellung des Sportmedizinischen Status
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 116,80 EUR

Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:

- Glaukom-Vorsorge
 - Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit "Grüner Star"
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 41,59 EUR
- Darmkrebsvorsorge
 - Gesamtspiegelung Dickdarm bis zum Übergang des Dünndarms per Rektum
 - Anzahl/Intervall: einmalig bis zum vollendeten 55. Lebensjahr
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 211,81 EUR
- Erweiterte 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 107,73 EUR

Weitere Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr:

- Hirnleistungs-Check
 - Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Hirnabbauprozessen wie Morbus Alzheimer
 - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren
 - Höchsterstattungsbetrag: bis 22,89 EUR
- 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 78,92 EUR

1.1.2 Für die Durchführung der Leistungen nach Nr. 1.1.1 kann jeder niedergelassene approbierte Arzt bzw. Zahnarzt, jedoch kein Heilpraktiker in Anspruch genommen werden.

1.1.3 Die Einzelleistungen (z.B. "Blutabnahme"), aus denen sich die jeweilige Vorsorgeleistung (z.B. "Sportmedizinische-Vorsorge") ergibt, sind in dem "Leistungsverzeichnis Vorsorgeleistungen nach Tarifen Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial" aufgeführt.

Aus diesem Verzeichnis ergibt sich auch, wie nach der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Gebührenordnung abzurechnen ist, um den tariflichen Höchsterstattungsbetrag für die jeweilige Vorsorgeleistung nicht zu überschreiten. Es ist daher zur Vorlage bei Ihrem Arzt geeignet, um diesen über die Inhalte der Vorsorgeleistungen, die Sie bei uns versichert haben, aufzuklären sowie darüber, wie die tariflichen Vorsorgeleistungen erbracht werden können, ohne dass es für Sie zu tariflich nicht vorgesehenen Zuzahlungen kommt.

1.1.4 Werden an Stelle der aus dem "Leistungsverzeichnis Vorsorgeleistungen nach Tarifen Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial" (s. Nr. 1.1.3) ersichtlichen Einzelleistungen andere Einzelleistungen erbracht, erfolgt eine Vergütung dennoch bis zum Höchsterstattungsbetrag der in Nr. 1.1.1 aufgeführten Leistung, wenn

- die ersetzende Maßnahme zur Erreichung der mit der vereinbarten Leistung verbundenen medizinischen Zielleistung nicht offensichtlich ungeeignet ist,
- Anzahl/Intervall und Mindest- und/oder Höchstalter gemäß Nr. 1.1.1 eingehalten sind und
- die Ersetzung vom Arzt in der Rechnung nachvollziehbar begründet ist.

Beispiel: Werden bei der "Sportmedizinischen-Vorsorge" (vgl. Ziff. II. 2 des "Leistungsverzeichnisses Vorsorgeleistungen nach Tarifen Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial") andere als die aus dem Leistungsverzeichnis ersichtlichen Maßnahmen getroffen - z.B. andere Laborwerte untersucht, als eigentlich vorgegeben -, die aber ebenfalls das Ziel "Sportmedizinische-Vorsorge" verfolgen und für die Erreichung dieses Ziels auch nicht offensichtlich ungeeignet sind, wird dennoch bis zum Höchsterstattungsbetrag geleistet, sofern die übrigen Bedingungen (z.B. Intervall seit der letzten Sportmedizinischen-Vorsorge) eingehalten werden.

1.1.5 **Für die in Nr. 1.1.1 genannten Leistungen gelten an Stelle teilweise anders lautender Bestimmungen der AVB folgende Regelungen:**

zu § 1 Abs. 2 b AVB:

Als Versicherungsfall gilt in Abweichung von § 1 Abs. 2 b AVB die Erbringung einer Vorsorgeleistung nach Nr. 1.1.1.

zu § 1 Abs. 4 AVB:

Der Versicherungsschutz nach Nr. 1.1.1 erstreckt sich nur auf Deutschland, so dass ein Anspruch auf die erstattungsfähigen Leistungen nur besteht, wenn die jeweilige Vorsorgeleistung in Deutschland erbracht wurde. Für den Fall des Wegzugs vgl. aber § 15 Abs. 3 AVB.

zu § 3 Abs. 2 und Abs. 4 AVB:

Für die Vorsorgeleistungen nach Nr. 1.1.1 entfällt die dreimonatige allgemeine Wartezeit entgegen § 3 Abs. 2 AVB weder bei Unfällen noch für Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und entgegen § 3 Abs. 4 AVB auch dann nicht, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird (Für die Vorsorgeleistungen einschließlich der Zahnprophylaxe gilt immer nur die dreimonatige Wartezeit.)

1.2 Leistungen bei Auslandsaufenthalten bis zu sechs Wochen

1.2.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung
 - a) ärztliche Behandlung,
 - b) Arznei- und Verbandmittel,
 - c) Heilmittel (vgl. § 4 Abs. 3.2 AVB),
 - d) stationäre Behandlung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung),
 - e) den notwendigen Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
 - f) schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung (nicht aber Zahnersatz und Zahnkronen).

▪ Rückführung

Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten einer ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland, wenn die durch die Krankheit oder die Unfallfolge verursachten Mehrkosten des Rücktransports der versicherten Person (nicht der Begleitperson) und die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden.

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.

Die Rückführung muss an den Heimatwohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

1.2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 1.2.1 ergeben, werden zu 100 % ersetzt.**

1.2.3 Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, werden ersetzt:

die unmittelbaren Kosten einer Überführung an ihren Heimatwohnsitz

bei Tod im europäischen Ausland bis zu

5 113 EUR,

bei Tod im außereuropäischen Ausland bis zu

10 226 EUR,

im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandene Bestattungskosten bis zu

5 113 EUR.

1.2.4 **Für die in Nr. 1.2.1 bis 1.2.3 genannten Leistungen gelten an Stelle teilweise anders lautender Bestimmungen der AVB folgende Regelungen:**

zu § 1 Abs. 4 AVB:

Für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung unternommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis sie wieder transportfähig ist.

Zu § 3 Abs. 2 und Abs. 3 AVB:

Für Behandlungen bei Urlaub im Ausland entfallen die dreimonatige Wartezeit und die achtmonatige Wartezeit für Zahnbehandlung.

2. TARIF KOMFORT PLUS

2.1 Tarif Komfort

Es gelten alle Inhalte des Tarifs Komfort gemäß Ziffer 1. Hinzu kommen die Leistungen gemäß Ziffern 2.2 und 2.3.

2.2 Sehhilfen

2.2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen⁴ für

- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen), und zwar nach Vollendung des 14. Lebensjahres nur bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

2.2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Sehhilfe zu 80 % ersetzt, höchstens jedoch

bis zum vollendeten	14. Lebensjahr	65 EUR,
ab dem vollendeten	14. Lebensjahr	130 EUR.

Die Regelung in Nr. 2.2 ersetzt § 4 Abs. 2.2 AVB.

2.3 Zahnärztliche Heilbehandlung: Einlagefüllungen, Zahnkronen, Zahnersatz

2.3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen⁵ für:

- Einlagefüllungen, Zahnkronen
- Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen), mit Ausnahme implantologischer Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge der in Deutschland üblichen⁶ Preise berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nach Nr. 2.3.1 erstattungsfähig sind.

2.3.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.3.1 ergeben, werden zu 25 % ersetzt.

2.3.3 Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

3. TARIF KOMFORT SPEZIAL

3.1 Tarife Komfort und Komfort Plus

Es gelten alle Inhalte der Tarife Komfort und Komfort Plus gemäß Ziffern 1 und 2. Hinzu kommen die Leistungen gemäß Ziffern 3.2 und 3.3.

⁴ Die tariflichen Leistungen ergänzen die Leistungen der GKV, werden aber auch dann erbracht, wenn deren Leistungen nicht in Anspruch genommen werden.

⁵ Vgl. Fußnote 4

⁶ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der GKV Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

3.2 **Erweiterte zahnärztliche Heilbehandlung: Implantologie und Kieferorthopädie**

3.2.1 Zusätzlich zu den Leistungen gemäß Nr. 2.3.1 sind Aufwendungen⁷ **erstattungsfähig** für:

- implantatgetragenen Zahnersatz,
- funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen,
- Kieferorthopädie,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen⁸ Preise berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nach Nr. 3.2.1 erstattungsfähig sind.

3.2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 3.2.1 ergeben, werden zu 25 % ersetzt.**

3.2.3 Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

3.3 **Behandlung durch Heilpraktiker**

3.3.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Leistungen des Heilpraktikers (es dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden).

soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker 1985 liegt und die Regelhöchstsätze⁹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte nicht überschreitet.

- Vom Heilpraktiker verordnete Arzneimittel.

3.3.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 3.3.1 ergeben, werden zu 80 % ersetzt, höchstens jedoch 500 Euro je Kalenderjahr.**

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Heilpraktiker in Anspruch, die Arzneimittel bezogen worden sind. Es ist die Urschrift bzw. eine Kopie der Verordnung mit dem Quittungsvermerk der Apotheke vorzulegen.

Leistungen des Versicherungsnehmers

4. **Monatliche Beitragsraten**

4.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

4.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.

4.3 Für alle Tarife nach diesem Versicherungsschutz gibt es die Möglichkeit, Singlebeiträge oder Familienbeiträge zu wählen.

4.3.1 Singlebeiträge werden für jede einzelne versicherte Person erhoben.

Für die versicherte Person, die in Tarifvarianten mit Singlebeiträgen das 3., 14., 17., 44. bzw. 69. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

4.3.2 Familienbeiträge gelten für die ganze Familie. Familienmitglieder können nur der Ehegatte oder der Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft sowie deren Kinder bzw. die Kinder des Versicherungsnehmers sein.

Für mitversicherte Kinder endet eine Versicherung mit Familienbeitrag jedoch mit Vollendung des 18. Lebensjahres ab Beginn des folgenden Monats (vgl. aber Nr. 4.3.3).

Maßgebend für die Beitragshöhe bei Familienbeiträgen ist das Alter der ältesten versicherten Person. Vollendet die älteste versicherte Person das 44. Lebensjahr, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für die Altersgruppe ab Alter 45 zu zahlen.

4.3.3 Endet eine Versicherung mit Familienbeitrag für eine versicherte Person, weil sie das 18. Lebensjahr vollendet hat, hat sie innerhalb von zwei Monaten das Recht, die Versicherung in der Tarifvariante mit Singlebeiträgen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten fortzuführen. Das gleiche Recht besteht bezüglich erneuter Familienbeiträge, soweit eine eigene Familie im Sinne von Nr. 4.3.2 gegründet und versichert wird bzw. ist.

⁷ Vgl. Fußnote 4.

⁸ Vgl. Fußnote 6.

⁹ Das sind der 2,3fache Satz der 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.

Sonstiges

5. Beitragsanpassung

- 5.1 Die DKV ist berechtigt, die nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechneten Beiträge zu ändern, wenn die tatsächlich erforderlichen Leistungen die kalkulierten Versicherungsleistungen übersteigen. Um diesen Beitragsänderungsgrund festzustellen, werden zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen; ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, angepasst; ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, angepasst werden.
- 5.2 Die geänderten Beiträge werden dem Versicherungsnehmer schriftlich bekannt gegeben und erläutert. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt.
- 5.3 Sie gelten als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Bekanntgabe das nach diesen Tarifen bestehende Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigt. Kein Kündigungsrecht besteht bei Beitragsenkungen.

6. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- 6.1 Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und angemessen sind. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

Zu solchen Veränderungen gehören insbesondere für die Leistungen nach Nr. 1.1.1 auch:

- Änderungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
 - Maßnahmen der GKV durch die diese in Zukunft allgemein Leistungen in ihr Leistungsspektrum aufnimmt, die auch mit diesem Tarif abgesichert sind, wenn die hierdurch entstehende Mehrfachabsicherung als medizinisch überflüssig anzusehen sein sollte.
- In diesem Fall wird wie folgt verfahren: Entweder werden solche Leistungen aus dem Tarif herausgenommen und die Beiträge entsprechend angepasst oder es werden anstelle der alten Leistungen neue aufgenommen

und im Übrigen:

- Änderungen (sonstiger) Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen.

- 6.2 Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages 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 die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
- 6.3 Die Änderungen nach Absatz 1 gelten als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Bekanntgabe das nach diesen Tarifen bestehende Versicherungsverhältnis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigt.
- 6.4 Sollte diese Bedingungsänderungsklausel ganz oder zum Teil unwirksam sein, tritt an die Stelle der unwirksamen Regelung eine solche, die dem zuvor Gewollten am nächsten kommt, soweit die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an ihre Stelle tritt.

7. Anpassung des Versicherungsschutzes

- 7.1 Die in den Tarifen genannten betraglichen Leistungsgrenzen können bei einer Beitragsanpassung (Nr. 5) der Kostenentwicklung angepasst werden.
- 7.2 Die DKV kann weitere Aufbaustufen zu diesen Tarifen für die Versicherten der Deutschen BKK einführen, wenn in der GKV Leistungseinschränkungen vorgenommen werden. Hat die DKV eine solche Entscheidung getroffen, kann innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Einführung zum Ersten des folgenden Monats - jedoch nicht vor dem Wirksamwerden der Leistungseinschränkung in der GKV - die neue Aufbaustufe beantragt werden. Anspruch auf die zusätzlichen Tarifleistungen besteht dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.

8. Versicherungsfähigkeit

Nach diesen Tarifen sind Personen versicherungsfähig, die in der Deutschen GKV versichert sind.

Leistungsverzeichnis Vorsorgeleistungen nach Tarifen Komfort, Komfort Plus, Komfort Spezial

Hinweis für den Arzt: Bitte geben Sie auf Ihren Rechnungen neben den GOÄ- bzw. GOZ-Nummern* und den GOÄ- bzw. GOZ-Steigerungssätzen* zumindest einmal auch die Tarifbezeichnung mit der Leistungsziffer aus diesem Verzeichnis an (z.B. Tarif Komfort, Ziff. I. 1), ggf. zusätzlich den Namen der Vorsorgeleistung (z.B. Kinder-Intervall-Check U6a).

Werden im Übrigen an Stelle der aus diesem Leistungsverzeichnis ersichtlichen Einzelleistungen andere Einzelleistungen (z.B. andere Laboruntersuchungen) erbracht, erfolgt eine Vergütung dennoch bis zu dem Höchsterstattungsbetrag der Leistung, wenn

- die ersetzende Maßnahme zur Erreichung der mit der vereinbarten Leistung verbundenen medizinischen Zielsetzung nicht offensichtlich ungeeignet ist (sind),
- Anzahl/Intervall und Mindest- und/oder Höchstalter eingehalten sind und
- die Ersetzung von dem Arzt in der Rechnung nachvollziehbar begründet ist.

Hinweis zu den Altersangaben: Bezüglich der tariflichen Altersangaben gilt Folgendes: Die Angabe „von/bis“ meint, vom Beginn der erstgenannten bis zum Beginn der zweitgenannten Zeiteinheit. Die Angabe „vom vollendeten/bis vollendeten“ meint, vom Ende der erstgenannten bis zum Ende der zweitgenannten Zeiteinheit. Die Angabe „im“ bedeutet, vom Beginn der genannten Zeiteinheit bis zu ihrem Ende.

Zu beachten ist insoweit, dass das Ende einer Zeiteinheit mit ihrer sog. Vollendung eintritt: Lebensjahre z.B. vollenden sich mit Ablauf des Tages, der dem entsprechenden Geburtstag vorausgeht. Am Tag des Geburtstages beginnt bereits das nächste Lebensjahr. Beispiel: Das 1. Lebensjahr ist mit Ablauf des dem 1. Geburtstag vorausgehenden Tages vollendet. Am Tag des 1. Geburtstages beginnt bereits das 2. Lebensjahr.

I. Leistungen ab Geburt:

1. Kinder-Intervall-Checks

- Kinder-Früherkennung (26/1,5)*
- Anzahl/Intervall: jeweils 39,34 EUR
 - U6a: einmalig vom 15. bis 18. Lebensmonat
 - U7a: einmalig vom 30. bis 40. Lebensmonat
 - U9a: nur als Vorschul-Check zur Bestimmung der Schulfähigkeit: einmalig vom 70. bis 82. Lebensmonat
 - U9b: einmalig im 8. Lebensjahr
 - U10: einmalig im 10. Lebensjahr

Anmerkung:
Anstelle eines der Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung durchgeführt werden. Dies gilt nicht für die U9a.

2. Jugendlichen-Intervall-Check J2

- Kinder-Früherkennung (26/1,8)*
- Anzahl/Intervall: einmalig vom 14. bis 16. Lebensjahr 47,21 EUR

Anmerkung:
Anstelle dieses Intervall-Checks kann auch eine Sporttauglichkeits-Untersuchung mit entsprechender ärztlicher Bescheinigung durchgeführt werden.

II. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr:

1. Hautkrebsvorsorge

- Beratung (1/2,3)*, Untersuchung (7/2,3)*, Auflicht-Mikroskopie (750/2,3)*
- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren 48,26 EUR

2. Sportmedizinische-Vorsorge

Anzahl/Intervall: eine der beiden folgenden Alternativen einmal innerhalb von 4 Jahren, bis zum vollendeten 34. Lebensjahr

- a) Internistische Variante: 208,49 EUR

Gesundheitsuntersuchung (29/2,3)*, schriftliche Information (A76***/2,3)*, Lungenfunktion (605/1,8)*, Flussvolumenkurve (605a/1,8)*, Belastungs-EKG (652/2,3)*, Blutentnahme (250/1,8)*, BSG (3501/1,15)*, Blutbild (3550/1,15)*, Differenzialblutbild (3551/1,15)*,

* Der erstgenannte Wert bezeichnet die Nummer in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ-Nr.), der zweitgenannte Wert bezeichnet den GOÄ-Steigerungssatz.

Beispiel: Beratung (1/2,3) bedeutet, dass die Leistung „Beratung“ die GOÄ-Nr. 1 trägt und bis zum 2,3fachen GOÄ-Steigerungssatz erstattet werden kann.

Soweit nicht die GOÄ, sondern die Gebührenordnung für Zahnärzte, die GOZ, zur Anwendung kommt, wird diese ausdrücklich benannt.

Beispiel: (101 GOZ/2,3) bedeutet, dass die Leistung mit der Nr. 101 der GOZ bis zum 2,3fachen GOZ-Steigerungssatz erstattet werden kann.

** EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab („Gebührenordnung für GKV-Leistungen“)

*** „A“ bedeutet: analog zu der entsprechenden GOÄ- bzw. GOZ-Nr. z.B. A76: analog GOÄ-Nr. 76; A404 GOZ: analog GOZ-Nr. 404.

Eine Kurzfassung der GOÄ und/oder der GOZ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

Glukose (3560/1,15)*, Cholesterin (3562.H1/1,15)*, HDL-Cholesterin (3563.H1/1,15)*, LDL-Cholesterin (3564.H1/1,15)*, Gesamt-Triglyceride (3565.H1/1,15)*, Harnsäure (3583.H1/1,15)*, Harnstoff (3584.H1/1,15)*, Kreatinin (3585.H1/1,15)*, Gamma-GT (3592.H1/1,15)*, GPT (3595.H1/1,15)*

- b) Orthopädische Variante: 175,77 EUR

Sportmedizinische Anamnese und Beratung (1/2,3)*, Feststellung des sportmedizinischen Status (7/2,3)*, schriftliche Information (A76***/2,3)*, Ultraschall des Bewegungsapparates (410/2,3, bis 3 x 420/2,3)*, Blutentnahme (250/1,8)*, BSG (3501/1,15)*, Blutbild (3550/1,15)*, Differenzialblutbild (3551/1,15)*, Glukose (3560/1,15)*, CRP (3524/1,15)*, Cholesterin (3562.H1/1,15)*, HDL-Cholesterin (3563.H1/1,15)*, LDL-Cholesterin (3564.H1/1,15)*, Triglyceride (3565.H1/1,15)*, Harnsäure (3583.H1/1,15)*, Harnstoff (3584.H1/1,15)*, Kreatinin (3585.H1/1,15)*, Gamma-GT (3592.H1/1,15)*, GPT (3595.H1/1,15)*, Kalium (3557/1,15)*, Eisen (3620/1,15)*, Magnesium (3621/1,15)*, Ferritin (3742/1,15)*, Urin-Teststreifen (3511/1,15)*

Anmerkung:
Die Nr. A76*** wurde für den Fall aufgenommen, dass sportmedizinische Informationen erstellt und ausgehändigt wurden.
Anstelle der Ultraschalluntersuchungen kann im Rahmen einer modifizierten Ausrichtung der orthopädischen Variante auch ein Belastungs-EKG (652/2,3)* durchgeführt werden.
Die Sportmedizinische Vorsorge endet mit dem vollendeten 34. Lebensjahr, weil ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle 2 Jahre ein Anspruch auf die GKV-Gesundheitsuntersuchung nach Nr. 160 EBM** besteht. Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr sind die Check-up Leistungen daher so konstruiert, dass sie die GKV-Gesundheitsuntersuchung grundsätzlich bis zu dem Umfang der Sportmedizinischen Vorsorge ergänzen können, siehe unter Ziffer IV.

3. Zahnprophylaxe

- Die Zahnprophylaxe darf einmal im Jahr durchgeführt werden, allerdings immer nur alternativ entweder die Variante „Individuelle Zahnvorsorge“ oder die Variante „Professionelle Zahnreinigung“. Bei der Variante „Individuelle Zahnvorsorge“ darf die Leistung „Lokale Fluoridierung“ bis zu zweimal im Jahr erfolgen.

- Inhalt der Prophylaxeleistungen:

a) Variante Individuelle Zahnvorsorge:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu einer Gesamthöhe von 65,25 Euro. Erstattet werden hiervon 75%. Der Gesamthöchsterstattungsbetrag beläuft sich damit auf insgesamt 48,94 EUR

- Erstellung Mundhygiene-Status und Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und Parodontose, Dauer mind. 25 Min. (100 GOZ/3,5)*, Anzahl/Intervall: einmal im Jahr
- Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen, Dauer mind. 15 Min. (101 GOZ/2,3)*, Anzahl/Intervall: einmal im Jahr
- Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz (102 GOZ/2,3 je Sitzung)* Anzahl/Intervall: bis zu zweimal im Jahr

(Fortsetzung: Zahnprophylaxe, Ziff. II. 3:)

**Höchst-
erstattungs-
beträge bis:**

b) Variante Professionelle Zahnreinigung:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu einer Gesamthöhe von 84,42 Euro. Erstattet werden hiervon 75%. Der Gesamthöchsterstattungsbetrag beläuft sich damit auf insgesamt 63,32 EUR

- Entfernung weicher und harter Zahnbeläge sowie Beseitigung von Verfärbungen, einschließlich Polieren (A404 GOZ/1,1 je Zahn bis 28 Zähne)* Anzahl/Intervall: einmal im Jahr
- Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz (102 GOZ/2,3 je Sitzung)* Anzahl/Intervall: einmal im Jahr im Anschluss an die o.g. Reinigungsmaßnahme

III. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:

Erweiterte Krebsvorsorge für Frauen

- Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust (A5**/2,3)*, transvaginale Untersuchung (403/1,8)*, Ultraschall Gebärmutter (410/2,3)*, Ultraschall Eierstock re (420/2,3)*, Ultraschall Eierstock li (420/2,3)*, Ultraschall weiteres Organ (420/2,3)*, Blutentnahme (250/1,8)*, Blutbild (3550/1,15)*, Differentialblutbild (3551/1,15)*, Nativpräparat (3508/1,15)*, Urin-Teststreifen (3511/1,15)*, - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren 103,70 EUR

Anmerkung:

Ab dem vollendeten 30. Lebensjahr besteht auch nach der GKV-Leistung Nr. 157 EBM** ein Anspruch auf Brustkrebs-Vorsorge (dort dann jährlich). Ab diesem Alter ergänzt die tarifliche Leistung nach Nr. A5 GOÄ also diese GKV-Leistung und gibt einen ergänzenden entsprechenden Anspruch.

IV. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr:

1. Allgemeine Aufbau-Check-up-Leistungen

Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren, insgesamt 108,58 EUR

Gilt für folgende Leistungen, die bis zu dem o.g. Gesamthöchsterstattungsbetrag zusammengestellt werden können:

a) Aufbau-Sono-Check 58,97 EUR

Ultraschall eines Organs (410/2,3)*, 3 x Ultraschall weiterer Organe (3 x 420/2,3)*

Anmerkung:

Der Aufbau-Sono-Check kann nur in Verbindung mit der GKV-Gesundheitsuntersuchung nach Nr. 160 EBM**, auf die ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre ein Anspruch besteht, als deren Erweiterung durchgeführt werden.

b) Aufbau-Lungen-Check 40,08 EUR

Lungenfunktion (605/1,8)*, Flussvolumenkurve (605a/1,8)*

Anmerkung:

Der Aufbau-Lungen-Check kann nur in Verbindung mit der GKV-Gesundheitsuntersuchung nach Nr. 160 EBM**, auf die ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre ein Anspruch besteht, als deren Erweiterung durchgeführt werden.

c) Aufbau-Sportmedizinisch-Internistische-Vorsorge 108,58 EUR

Schriftliche Information (A76**/2,3)*, Belastungs-EKG (652/2,3)*, BSG (3501/1,15)*, Blutbild (3550/1,15)*, Differenzialblutbild (3551/1,15)*, Triglyceride (3565.H1/1,15)*, Harnsäure (3583.H1/1,15)*, Harnstoff (3584.H1/1,15)*, Kreatinin (3585.H1/1,15)*, Gamma-GT (3592.H1/1,15)*, GPT (3595.H1/1,15)*, TSH (4030/1,15)*

Anmerkung:

Die Nr. A76*** wurde für den Fall aufgenommen, dass sportmedizinische Informationen erstellt und ausgehändigt wurden.

Die Aufbau-Sportmedizinisch-Internistische-Vorsorge kann nur in Verbindung mit der GKV-Gesundheitsuntersuchung nach Nr. 160 EBM**, auf die ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre ein Anspruch besteht, als deren Erweiterung durchgeführt werden.

Anmerkung zu den Allgemeinen Aufbau-Check-up-Leistungen insgesamt:

Alle zwei Jahre, wenn ein Anspruch auf die GKV-Gesundheitsuntersuchung nach Nr. 160 EBM** besteht, kann diese entweder mit dem Aufbau- Sono- sowie dem Aufbau Lungen-Check oder aber mit der Aufbau-Sportmedizinisch-Internistischen-Vorsorge erweitert werden.

2. Sportmedizinisch-Orthopädische-Vorsorge wahlweise anstelle der Allgemeinen Aufbau-Check-up-Leistungen

- Sportmedizinische Anamnese und Beratung (1/2,3)*, Feststellung des sportmedizinischen Status (7/2,3)*, schriftliche Information (A76**/2,3)*, Blutentnahme (250/1,8)*, BSG (3501/1,15)*, Blutbild (3550/1,15)*, Differenzialblutbild (3551/1,15)*, Glukose (3560/1,15)*, CRP (3524/1,15)*, Cholesterin (3562.H1/1,15)*, HDL-Cholesterin (3563.H1/1,15)*, LDL-Cholesterin (3564.H1/1,15)*, Triglyceride (3565.H1/1,15)*, Harnsäure (3583.H1/1,15)*, Harnstoff (3584.H1/1,15)*, Kreatinin (3585.H1/1,15)*, Gamma-GT (3592.H1/1,15)*, GPT (3595.H1/1,15)*, Kalium (3557/1,15)*, Eisen (3620/1,15)*, Magnesium (3621/1,15)*, Ferritin (3742/1,15)*, Urin-Teststreifen (3511/1,15)*

- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 2 Jahren 116,80 EUR

Anmerkung:

Die Nr. A76*** wurde für den Fall aufgenommen, dass sportmedizinische Informationen erstellt und ausgehändigt wurden.

Die Sportmedizinisch-Orthopädische-Vorsorge wird zusätzlich zu der GKV-Gesundheitsuntersuchung nach Nr. 160 EBM** durchgeführt, also z.B. gerade in dem Jahr, in dem wegen vorausgegangener Inanspruchnahme kein Anspruch auf die Leistung nach Nr. 160 EBM** besteht.

V. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:

1. Glaukom-Vorsorge (Augenkrankheit „Grüner Star“)

- Beratung (1/2,3)*, Ophthalmoskopie (1240/2,3 bzw. 1242/2,3)*, Tonometrie (1256/1,8)*

- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren 41,59 EUR

2. Darmkrebsvorsorge (Gesamtspiegelung Dickdarm bis zum Übergang des Dünndarms per Rektum)

- Beratung (1/2,3)*, Koloskopie (687/2,3)*

- Anzahl/Intervall: einmalig bis zum vollendeten 55. Lebensjahr 211,81 EUR

Anmerkung:

Ab dem vollendeten 56. Lebensjahr besteht nach der GKV-Leistung Nr. 156 EBM** ein Anspruch auf Darmkrebsvorsorge einmal in 10 Jahren.

3. Erweiterte Krebsvorsorge für Männer (mit PSA-Test zur Früherkennung eines Prostata Tumors)

- Transrektale Untersuchung (403/1,8)*, Ultraschall Prostata (410/2,3)*, Ultraschall Niere re (420/2,3)*, Ultraschall Niere li (420/2,3)*, Ultraschall weiteres Organ (420/2,3)*, PSA-Test (3908.H3/1,15)*, Blutentnahme (250/1,8)*, Blutbild (3550/1,15)*, Differenzialblutbild (3551/1,15)*, Urin-Teststreifen (3511/1,15)*, - Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren 107,73 EUR

Anmerkung:

Diese Leistung ist eine Ergänzung der GKV-Leistung nach Nr. 158 EBM**, auf die ab Beginn des 45. Lebensjahres jährlich ein Anspruch besteht. Sie soll vom Arzt daher grundsätzlich im Zusammenhang mit dieser GKV-Leistung durchgeführt werden.

Unabhängig hiervon behält aber der Versicherungsnehmer gegenüber der DKV seinen Höchsterstattungsanspruch in voller Höhe.

VI. Weitere Leistungen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr:

1. Hirnleistungs-Check (zur Früherkennung von Hirnbauprozessen wie Morbus Alzheimer)

- Beratung (1/2,3)*, Testuntersuchungen (857/1,8)*

- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren 22,89 EUR

2. Schlaganfall-Vorsorge

- Beratung (1/2,3)*, Doppler-Ultraschall der hirnversorgenden Gefäße (645/1,8)*

- Anzahl/Intervall: einmal innerhalb von 3 Jahren 78,92 EUR

*/**/*** s. Seite 1/2