Versicherungsbedingungen Tarif betriebliche KV Vorsorge (kurz: FAV01B) - Gruppenversicherung

Inhalt

1. Versicherte Leistungen 1

1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen 1
1.2 Vorsorge-Untersuchungen 1
1.3 Leistungen im Ausland 1
1.4 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistungen 1
1.5 Umfang des Versicherungsschutzes 1
1.6 Definition der Grundsicherung 2

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen ... 2

2.1 Kostenbegriff 2
2.2 Zeitpunkt der Kosten 2
2.3 Recht auf die Leistungen 2
2.4 Nachweise, damit wir zahlen können 2

3. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können 2

4. Beitrag und Beitragsänderungen 2

4.1 Beitragszahlung 2
4.2 Beitragsänderungen 2

5. Weitere Vertragsänderungen 2

5.1 Recht auf Beitragsbefreiung 2
5.2 Versicherung von Kindern 3
5.3 Änderung der Vertragsbedingungen 3

6. Vertragsende und Fortsetzung 3

6.1 Kündigung 3
6.2 Sonstiges Vertragsende 4
6.3 Fortsetzung 4

7. Sonstige Regelungen 4

7.1 Ausländisches Geld 4
7.2 Kosten, die wir abziehen können 4
7.3 Verrechnung von Zahlungen 4
7.4 Erklärung "Versicherungsjahr" 4
7.5 Deutsches Recht 4
7.6 Beschwerdemöglichkeiten 4

8. Leistungsverzeichnis 5

1. Versicherte Leistungen

Der Tarif betriebliche KV Vorsorge bietet ergänzende Leistungen zur gesetzlichen Krankenversicherung.

1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen oder in einer Krankenhaus-Ambulanz oder einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein.	Wir zahlen keine Untersuchungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers.
Honorargrenzen	Die Vergütung für ärztliche Leistungen muss nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten bis zum Höchstsatz dieser Gebührenordnung.	

1.2 Vorsorge-Untersuchungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ärztliche Leistungen - 100 Prozent der Kosten, die nach Ihrer Grundabsicherung (siehe Ziffer 1.6) verbleiben.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Vorsorge-Untersuchungen nach unserem Verzeichnis in Ziffer 8. Dazu gehören insbesondere: • erweiterte Krebsvorsorge. • Herz- und Gefäßvorsorge. • Schwangeren-Vorsorge. • Sportler-Vorsorge. • ergänzende Gesundheitsuntersuchungen.	

1.3 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Vorsorge im Ausland	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten für Vorsorge-Untersuchungen im Ausland, die im Verzeichnis in Ziffer 8 enthalten sind. Es gelten auch dann die Zeitgrenzen, die wir in diesem Verzeichnis festgelegt haben.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten.	

1.4 Der Versicherungsfall - Grundlage unserer Leistungen

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Vorsorge-Untersuchung	Damit wir leisten, muss Sie ein Arzt vorsorglich untersuchen (Vorsorge-Untersuchung).	

1.5 Umfang des Versicherungsschutzes

1.5.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

1.5.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus
- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.5.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Untersuchungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Untersuchungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

1.6 Definition der Grundsicherung

Eine Grundsicherung liegt vor, wenn Sie eine gesetzliche Absicherung im Krankheitsfall oder eine private Krankenversicherung nach § 146 Versicherungsaufsichtsgesetz haben.

2. Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie untersucht worden sind. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:
- Name der behandelten Person.
- die durchgeführte Untersuchungsmethode.
- Art der Leistungen.
- Behandlungsdaten.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

3. Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

4. Beitrag und Beitragsänderungen

4.1 Beitragszahlung

4.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

4.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

4.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

4.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

4.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergeben.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

5. Weitere Vertragsänderungen

5.1 Recht auf Beitragsbefreiung

5.1.1 Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann eine vorübergehende Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung verlangen. Das bedeutet:
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.
- Sie behalten in dieser Zeit aber Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Die Beitragsbefreiung kann in diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, vereinbart werden:
- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.

- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Familien-Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt ("Sabbatical").

5.1.2 Dauer der Beitragsbefreiung

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, muss der Beitrag ab diesem Tag nicht mehr bezahlt werden. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, gilt die Beitragsbefreiung erst ab dem nächsten Monat.

Die Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung kann für jeweils höchstens 36 Monate verlangt werden. Vor Ablauf dieser Frist endet die Beitragsbefreiung mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft. Der Versicherungsnehmer muss ab dem nächsten Monat den dann gültigen Beitrag zahlen.

5.2 Versicherung von Kindern

5.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.
Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:
- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

5.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:
- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

5.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungsstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

5.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

5.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:
- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

5.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchstrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

6. Vertragsende und Fortsetzung

6.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

6.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

6.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

6.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:
- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

6.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

6.2 Sonstiges Vertragsende

6.2.1 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

6.2.2 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

6.3 Fortsetzung

6.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

6.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

7. Sonstige Regelungen

7.1 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

7.2 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

7.3 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

7.4 Erklärung "Versicherungsjahr"

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

7.5 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

7.6 Beschwerdemöglichkeiten

7.6.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

7.6.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

7.6.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

7.6.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

8. Leistungsverzeichnis

Erweiterte Krebsvorsorge.		
Ärztliche Leistung.	**Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).**	**Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.**
Krebsvorsorge für die Frau oder den Mann.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung	297	1
Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	403	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall-Untersuchung einer Brustdrüse - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten	418	2
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418	420	3
Prostataspezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	3908.H3	1
Dünnschicht-Zytologie zur Gebärmutterhals-Krebsvorsorge ("Thin Prep")	A4851	1
Mammographie einer Seite, in 2 Ebenen	5266	2
Digital-Zuschlag	5298	1
Darmkrebs-Screening.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Digitaluntersuchung des Mastdarms	11	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Intravenöse Injektion	253	1
Oxymetrische Untersuchung	602	1
Hohe Koloskopie bis zum Coecum - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/ oder Probepunktion	687	1
Entfernung von Polypen, Zuschlag für ambulante Operation	695 442	1 1
Digital-Zuschlag	5298	1
Blut im Stuhl, 3malige Untersuchung	3500	1
Blutbild und Blutbildbestandteile	3550	1
Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	3607	1
Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand für M2-PK Stuhltest	4062	1
Histologische Untersuchung nach Polypen-Entfernung	4800 oder 4801 oder 4802 oder 4810 oder 4811	6 1 6 6 6
Histologische Untersuchung mittels Sonderverfahren	4815	6
Arzneimittel zur Darmreinigung vor einer Koloskopie, wenn ärztlich verordnet und in der Apotheke gekauft		
Auslagen des Arztes bei Koloskopie und bei Polypen-Entfernung		
Harnblasenkrebs-Screening.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Geeignete Testverfahren zur Früherkennung von Harnblasenkrebs, etwa NMP22-Test oder UBC Rapid Test	A3908	1
Hautkrebs-Screening.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme (gegebenenfalls einschließlich Dokumentation): • das gesamte Hautorgan • die Stütz- und Bewegungsorgane • alle Brustorgane • der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege)	7	1
• Dermatoskopie oder Videosystemgestützte Untersuchung und Bild-Dokumentation von Muttermalen oder • Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie)	A612 oder 750	1

Herz- und Gefäßvorsorge.		
Ärztliche Leistung.	**Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).**	**Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.**
Internistischer Check-Up.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen einschließlich der Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung	29	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418	420	1
Blutbild und Blutbildbestandteile	3550	1
Calzium	3555	1
Kalium	3557	1
Natrium	3558	1
Glykierte Hämoglobine (HbA 1, HbA 1c)	3561	1
Cholesterin	3562.H1	1
HDL-Cholesterin	3563.H1	1
LDL-Cholesterin	3564.H1	1
Triglyzeride	3565.H1	1
Harnsäure	3583.H1	1
Kreatinin	3585.H1	1
Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyl-transferase, Gamma-GT)	3592.H1	1
Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartatamino-transferase, ASAT, AST)	3594.H1	1
Glutamatpyruvat-transaminase (GPT, Ala-ninaminotransferase, ALAT, ALT)	3595.H1	1
Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)	4030	1
• 25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve oder • 1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH) 2 D 3 , Calci-triol), Ligandenassay - einschließlich Doppelbe-stimmung und aktueller Bezugskurve	4138 oder 4139	1
Herz-Check.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Zweidimensionale Dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 423 (Duplex-Verfahren)	424	1
Herzfrequenz-Variabilitätsmessung	A636	1
Untersuchung (EKG) in Ruhe - auch gegebenenfalls nach Belastung - mit min-destens 9 Extremitäten- und Brustwandableitungen	651	1
Elektrokardiographische Untersuchung (EKG) unter fortschreibender Registrierung (mindestens 9 Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) - gegebenenfalls auch Belastungsänderung	652	1
Langzeit-Blutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung	654	1
Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung	659	1
Gefäß-Check.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens - gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung	401	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418	420	3
Pulswellenlaufzeitbestimmung - gegebenenfalls einschließlich einer elektro-kardiographischen Kontrollableitung	637	1
Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung	645	1

Schwangeren-Vorsorge.		
Ärztliche Leistung.	**Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).**	**Erstattungsfähige Anzahl innerhalb eines Versicherungsjahrs.**
Internistischer Check-Up.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	2
Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung	298	1
Weiterführende sonographische Fetaldiagnostik	A1006	1
Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	3743	1
Humanes Choriongonadotropin (HCG)	4024	1
Östriol	4027	1
PAPP-A	4044 statt 3743,4027	1
Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)	4378	1
Toxoplasma gondii	4453	1
Betahämolysierende Strep-tokokken Typ B	4500	1

Sportler-Vorsorge.		
Ärztliche Leistung.	**Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).**	**Erstattungsfähige An-zahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.**
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme (gegebenenfalls einschließlich Dokumentation): • das gesamte Hautorgan • die Stütz- und Bewegungsorgane • alle Bauchorgane • der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenen-falls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege)	7	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Laufband-Analyse	A838	1
Laktat-Bestimmung	4107	1

Ergänzende Gesundheitsuntersuchungen.		
Ärztliche Leistung.	**Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).**	**Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.**
Osteoporose-Check.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Tele-fon	3	1
• Bestimmung des Mineral-gehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen(auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik oder • Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	5380 oder 5475	1
Glaukom-Screening.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme (-gegebenenfalls einschließlich Dokumentation): • alle Augenabschnitte • der gesamte HNO-Bereich • das stomatognathe System • die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder • Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus	6	1
• Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hruby-Linse) oder • Binokulare Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) - gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung	1240 oder 1242	1
Tonometrische Untersu-chung mit Anwendung des Applanationstonometers	1256	1
Lungenfunktionsuntersuchung.		
Beratung - auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt - auch am Telefon	3	1
Ruhespirographische Untersuchung (im geschlossenen oder	605	1

offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden		
Darstellung der Flussvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation	A605	1