Tarif NK.select S
Krankheitskosten-Vollversicherung

Fassung Januar 2027

English version:
www.hallesche.de/pm255u-e-0926.pdf

Wesentliche Merkmale des Tarifs NK.select S

Ambulante Heilbehandlung

Wir erstatten 100% der Kosten bei Behandlung durch einen Primärarzt oder nach Überweisung an einen Facharzt, sonst 75% für
- ambulante ärztliche Heilbehandlung
- Strahlendiagnostik und Strahlentherapie

Wir erstatten 100% der Kosten für
- Fahrten und Transporte
- Sehhilfen bis 150 €
- ambulante Vorsorge- und Check-up-Untersuchungen gemäß tariflichem Verzeichnis
- Schutz- und Reiseimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO

Wir erstatten 70% der Kosten für
- Psychotherapie

Wir erstatten 80% der Kosten für
- Arznei- und Verbandmittel bis 4.000 € Rechnungsbetrag, darüber 100%; Generika zu 100%
- Heilmittel gemäß tariflichem Verzeichnis bis 4.000 € Rechnungsbetrag, darüber 100%
- Hilfsmittel bis 4.000 € Rechnungsbetrag, darüber 100%

Kurbehandlung

Wir erstatten die tariflichen Kosten (siehe Ambulante Heilbehandlung) für eine Kurbehandlung

Zahnärztliche Leistungen

Wir erstatten 100% der Kosten für
- Zahnbehandlung
- Zahnprophylaxe

Wir erstatten 70% der Kosten für
- Zahnersatz und Inlays
- Kieferorthopädie

Es gibt Höchstbeträge für unsere Leistung.

Stationäre Heilbehandlung

Wir erstatten 100% der Kosten für
- Mehrbettzimmer
- belegärztliche Behandlung
- Leistungen von Beleghebammen bzw. Belegentbindungspflegern
- Fahrten und Transporte
- Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils im Krankenhaus, wenn das zu behandelnde Kind noch keine 16 Jahre alt ist

Weitere Leistungen

- digitale Gesundheitsanwendungen
- beitragsfreie Mitversicherung eines Kindes bis zum vollendeten 1. Lebensjahr
- die Erstattung für ambulante und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen wird nicht auf den Selbstbehalt/Bonus angerechnet und im Rahmen einer Beitragsrückerstattung nicht berücksichtigt

Selbstbehalt/Bonus

- 600 € in Tarifstufe NK.select S 600
  1.200 € in Tarifstufe NK.select S 1200
  3.000 € in Tarifstufe NK.select S 3000
  (für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 20 Jahre die Hälfte)
- in Tarifstufe NK.select S Bonus zahlen wir für jeden Versicherten* monatlich einen Bonus in Höhe von 100 €, der im Leistungsfall verrechnet wird, d.h. es werden dann bis zu 1.200 € von der Leistung abgezogen
  (für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 20 Jahre die Hälfte)

* von der weiblichen Form sehen wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit ab

Inhalt

I. Wer kann sich versichern? ... 3

II. Was erstatten wir? ... 3

1. Was erstatten wir für ambulante Heilbehandlungen? ... 3
2. Was erstatten wir für Kurbehandlung? ... 8
3. Was erstatten wir für zahnärztliche Behandlungen? ... 8
4. Was erstatten wir für stationäre Heilbehandlung? ... 10
5. Was erstatten wir für digitale Gesundheitsanwendungen? ... 11
6. Wann und wie lange ist ein Kind ab Geburt beitragsfrei mitversichert? ... 11

III. Welche Selbstbehalt- bzw. Bonus-Tarifstufen gibt es? ... 12

1. Wie funktioniert unsere Bonus-Tarifstufe? ... 12
2. Welche Selbstbehalt-Tarifstufen gibt es? ... 12

IV. Ab wann empfehlen wir Kostenbelege einzureichen? ... 12

V. Wie können Sie sich zusätzlich im Ausland absichern? ... 12

VI. Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen? ... 13

VII. Welche Leistung können wir ändern? ... 13

Fachbegriffe ... 13

Anhang 1 – Höchstsätze GOÄ/GOP/GOZ ... 15

Anhang 2 - Heilmittelverzeichnis ... 16

Anhang 3 - Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen/Schutzimpfungen ... 21

Anhang 4 - Schwerpunktbezeichnungen ... 25

Anhang 5 - Gesetzestexte ... 25

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Im Anschluss an den Tarif erläutern wir Ihnen die mit ➢ gekennzeichneten Begriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

I. Wer kann sich versichern?

Wir sind die Hallesche Krankenversicherung a.G. (Versicherer). In diesem Tarif können sich Personen versichern, die zu Beginn der Versicherung in Deutschland ihren Wohnsitz haben.

II. Was erstatten wir?

1. Was erstatten wir für ambulante ➢Heilbehandlungen?

1.1 Wie berücksichtigen wir Gebührenordnungen bei der Erstattung von ambulanten Heilbehandlungen?

Ärztliche Leistungen sind im Rahmen der ➢Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig; maximal bis zu den dortigen Höchstsätzen (siehe Anhang 1).

Leistungen, die durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger erbracht werden, sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig.

Leistungen, die durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, sind im Rahmen der Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattungsfähig; maximal bis zu den dortigen Höchstsätzen (siehe Anhang 1).

1.2 Was erstatten wir, wenn der Versicherte durch einen Arzt behandelt wird?

Wir erstatten die Kosten für

- Beratungen
- Besuche
- Behandlungen
- Untersuchungen
- Hausbesuche
- Operationen
- Video-Beratungen und -Untersuchungen sowie
- Sonderleistungen

Die Kosten werden gemäß II.1.23 erstattet.

1.3 Was erstatten wir für ➢Fahrten und ➢Transporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn der Versicherte

- einen ➢Notfall hat,
- ➢gehunfähig ist,
- dort eine Dialyse, Tiefenbestrahlung oder Chemotherapie erhält oder
- ambulant operiert wird und am Tag der Operation aus medizinischen Gründen nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen kann.

Wird der Versicherte im Notfall auf Anweisung der Rettungsleitstelle in ein Krankenhaus gebracht, gilt dieses als das nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Einen Transport erstatten wir nur, wenn der Versicherte während des Transports aus medizinischen Gründen

- eine fachliche Betreuung oder
- die besondere Einrichtung dieses Transportmittels

benötigt.

1.4 Was erstatten wir für Strahlendiagnostik und Strahlentherapie?

Wir erstatten die Kosten für Strahlendiagnostik und Strahlentherapie gemäß II.1.23.

1.5 Was erstatten wir für ➢Heilmittel?

Wir erstatten die Kosten für Heilmittel, die in unserem Verzeichnis (siehe Anhang 2) enthalten sind, soweit diese jeweils bis zu den dort genannten Höchstbeträgen erstattungsfähig sind

- zu 80% bis die erstattungsfähigen Kosten einen jährlichen Rechnungsbetrag von 4.000 € erreicht haben,
- darüber hinaus zu 100%.

Wir erstatten die Kosten für folgende Heilmittel:

- Krankengymnastik/Bewegungsübungen
- Massagen
- physiotherapeutische Palliativversorgung
- Packungen/Hydrotherapie/Bäder
- Inhalationen
- Kälte- und Wärmebehandlung
- Elektrotherapie
- Lichttherapie
- Logopädie
- Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)
- Podologie
- Ernährungstherapie
- Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik sowie Rückbildungsgymnastik
- Rehabilitationssport/Funktionstraining in Gruppen

1.6 Was erstatten wir für Arznei- und Verbandmittel?

- Die Kosten für ➢Generika erstatten wir zu 100%.
- Die Kosten für andere Arzneimittel als Generika und für Verbandmittel erstatten wir bis zu einem jährlichen Rechnungsbetrag von 4.000 € zu 80%, darüber hinaus zu 100%.

1.7 Was erstatten wir für Sehhilfen und refraktive Chirurgie?

Wir erstatten 100% der Kosten für Sehhilfen bis zu 150 €. Dabei verzichten wir auf die ärztliche Verordnung (§ 4 (3) MB/KK 2009), sofern Sie uns eine Refraktionsbestimmung von einem Optiker vorlegen.

Nachdem wir eine Sehhilfe erstattet haben, bekommt der Versicherte frühestens 2 Jahre nach deren Bezug erneut eine Sehhilfe erstattet. Verändert sich die Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien, bekommt der Versicherte auch schon früher eine neue Sehhilfe erstattet.

Wir erstatten keine Kosten für die operative Korrektur der Fehlsichtigkeit durch refraktive Chirurgie, auch nicht für die Vor- und Nachbehandlung.

1.8 Was erstatten wir für medizinische Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)?

1.8.1 Kosten für Hilfsmittel, die nicht über den Hilfsmittelservice bezogen werden (siehe 1.8.2), erstatten wir bis zu einem jährlichen Rechnungsbetrag von 4.000 € zu 80%, darüber hinaus zu 100%,

- wenn sie Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- wenn der Versicherte diese zur Therapie und Diagnostik benötigt (z.B. Blutdruckmessgeräte) oder
- wenn sie der Versicherte benötigt, um am Leben zu bleiben (lebenserhaltende Hilfsmittel, wie z.B. Beatmungsgeräte).

Als medizinische Hilfsmittel gelten auch

- die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes,
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern diese gebraucht wird, um die im Tarif versicherten medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen zu können,
- die Unterweisung, Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln. Wir erstatten aber keine Reparaturen von orthopädischen Maßschuhen.

1.8.2 Für Hilfsmittel, deren Rechnungsbetrag bei Eigenbezug 350 € übersteigen würde, erstatten wir 100% der Kosten, sofern

- uns vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorgelegt wird und
- wir beauftragt werden, das Hilfsmittel (Leihgerät oder Kauf) über einen Partner oder ein geeignetes Sanitätshaus auszuliefern.

Dies gilt auch für ein Hilfsmittel, dessen Rechnungsbetrag 350 € nicht übersteigt, wenn dieses innerhalb eines Kalenderjahres mehrfach bezogen werden muss (z.B. Stoma-Artikel).

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, erstatten wir 100% der Kosten auch dann, wenn wir das Hilfsmittel nicht ausliefern lassen können.

Wir leisten von vornherein nicht für

- Hilfsmittel, die die Pflege-Pflichtversicherung dem Grunde nach erstatten muss,
- Hilfsmittel, die zum Fitness-, Wellness- und/ oder Entspannungsbereich gehören,
- Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

Hilfsmittel, die der Versicherte nur für eine bestimmte Zeit benötigt, sollten vorrangig gemietet werden.

Generell unterstützt unser Hilfsmittelservice den Versicherten dabei, ein geeignetes Hilfsmittel auszuwählen und anzuschaffen oder zu mieten. Kostet ein Hilfsmittel mehr als 350 €, empfehlen wir Ihnen deshalb, uns die ärztliche Verordnung vorab vorzulegen. Dann können wir in den meisten Fällen helfen, das Hilfsmittel zu besorgen.

1.9 Was erstatten wir für ambulante Vorsorge- und Check-up-Untersuchungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für folgende ambulante Vorsorge- und Check-up-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten:

- bei Männern:
  - urologische Vorsorge
  - Früherkennung Prostatakrebs
  - Untersuchung der Bauchschlagader
- bei Frauen:
  - gynäkologische Krebsvorsorge
  - Mammographie-Screening
  - Chlamydien-Screening
  - Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen
- bei Männern und Frauen:
  - Darmkrebs-Früherkennung
  - Hautkrebs-Früherkennung
  - Osteoporose-Früherkennung
  - Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes
  - Früherkennung von Nierenerkrankungen
  - Screening auf Hepatitis B und C
- bei Kindern und Jugendlichen:
  - erweitertes Neugeborenen-Screening
  - Mukoviszidose-Screening
  - Hüftscreening
  - Hörscreening
  - Pulsoxymetrie-Screening zur Erkennung von Herzfehlern
  - Neugeborenen-Erstuntersuchung U1
  - Kinder-/Jugendlichenuntersuchung U2-U12, J1 und J2
- Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen

Soweit diese Vorsorge- und Check-up-Untersuchungen gemäß unserem Verzeichnis (siehe Anhang 3) abgerechnet wurden, wird unsere Erstattung

- nicht auf einen Bonus oder bestehende Selbstbehalte (siehe III.1. und 2. dieses Tarifs) angerechnet und
- im Rahmen einer Beitragsrückerstattung nicht berücksichtigt.

1.10 Was erstatten wir für Schutzimpfungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für Schutzimpfungen, wenn die Impfungen von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden.

Die Kosten des Impfstoffes werden als Arzneimittel gemäß II.1.6 erstattet.

Wir erstatten keine Kosten für Impfungen, wenn sie wegen der beruflichen Tätigkeit vom Arbeitgeber übernommen werden müssen.

Soweit diese Impfungen gemäß unserem Verzeichnis (siehe Anhang 3) abgerechnet wurden, wird unsere Erstattung

- nicht auf einen Bonus oder bestehende Selbstbehalte (siehe III.1. und 2. dieses Tarifs) angerechnet und
- im Rahmen einer Beitragsrückerstattung nicht berücksichtigt.

1.11 Was erstatten wir für ambulante Psychotherapie?

Wir erstatten 70% der Kosten gemäß II.1.1 für ambulante Psychotherapie.

1.12 Was erstatten wir für Soziotherapie?

Wir erstatten 100% der Kosten für Soziotherapie. Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Versicherungsfall.

Die Erstattung setzt voraus, dass

- der Versicherte psychisch schwer krank und deshalb nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen,

- die Soziotherapie eine Behandlung im Krankenhaus vermeidet oder verkürzt oder eine Behandlung im Krankenhaus zwar geboten, aber nicht ausführbar ist und
- sie von Ärzten für Psychiatrie oder Nervenheilkunde oder nach Verordnung durch diese Ärzte von Fachkräften für Soziotherapie durchgeführt wird.

Die Kosten für Ärzte erstatten wir gemäß II.1.1. Die Kosten für Fachkräfte für Soziotherapie erstatten wir bis zu dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dafür bezahlen müsste, wäre der Versicherte bei ihr versichert.

1.13 Was erstatten wir für Hebammen oder Entbindungspfleger?

Wir erstatten 100% der Kosten gemäß II.1.1 für Hebammenhilfe bzw. Hilfe durch einen Entbindungspfleger.

Dazu zählen zum Beispiel:

- Mutterschaftsvorsorge
- Schwangerenbetreuung
- Geburtshilfe
- Wochenbettbetreuung
- Gebühren für Hausbesuche

Entbindet eine Versicherte in einer Einrichtung, die von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitet wird (z.B. Geburtshaus, Hebammenhaus), erstatten wir Ihnen die Kosten bis zu der Höhe, die bei einer Geburt im Krankenhaus entstanden wären. Wir erstatten die Kosten auch dann, wenn während der Geburt die Verlegung in ein Krankenhaus erforderlich wird.

1.14 Was erstatten wir für Familien- und Haushaltshilfen?

Wir erstatten keine Kosten für Familien- und Haushaltshilfen.

1.15 Was erstatten wir, wenn ein Kind krank ist und betreut werden muss?

Wir erstatten keine Kosten für die Betreuung eines kranken Kindes.

1.16 Was erstatten wir für ➢Kinderwunsch-Behandlungen?

Wir erstatten keine Kosten für eine Kinderwunsch-Behandlung.

1.17 Was erstatten wir für ➢Kryokonservierung?

Wir erstatten keine Kosten für Kryokonservierung.

1.18 Was erstatten wir für häusliche Krankenpflege?

Wir erstatten 100% der angemessenen Kosten für häusliche Krankenpflege eines Versicherten, wenn

- sie von einem Arzt verordnet wurde,
- sie von geeigneten Fachkräften außerhalb stationärer Einrichtungen wie Pflegeheimen, Hospizen oder Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt wird und
- wenn und soweit eine im Haushalt lebende Person den Versicherten nicht ausreichend pflegen und versorgen kann.

Weitere Voraussetzung ist, dass

- die Krankenpflege das Ziel der ärztlichen Behandlung sichern soll (Sicherungspflege) oder
- eine Krankenhausbehandlung geboten, diese aber nicht ausführbar ist oder dass sich mit häuslicher Krankenpflege eine stationäre Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen lässt (Krankenhausvermeidungspflege) oder
- die häusliche Krankenpflege wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung notwendig ist (Unterstützungspflege).

Wir erstatten unter diesen Voraussetzungen

- stets die Kosten für ➢medizinische Behandlungspflege,
- sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung besteht bei Unterstützungspflege und bei Krankenhausvermeidungspflege auch die Kosten der ➢Grundpflege sowie eine ➢hauswirtschaftliche Versorgung. Wir erstatten diese Kosten für bis zu 4 Wochen. Braucht der Versicherte die Leistung länger, müssen wir Ihnen die weitere Erstattung vorher schriftlich zusagen.

Angemessen sind Kosten maximal in Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.

Liegt eine ➢Intensiv-Behandlungspflege vor und ist diese sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in einer im Umkreis von 50 km hiervon befindlichen geeigneten Einrichtung (z.B. Pflegeheim oder

Pflege-WG) möglich, gelten die Kosten der geeigneten Einrichtung als angemessen. Bestehen mehrere solche Einrichtungen, so gelten die jeweils höheren Kosten als angemessen. Dies gilt nicht für Intensiv-Behandlungspflege in häuslicher Umgebung bei Personen, solange diese das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die angemessenen Kosten für Intensiv-Behandlungspflege erstatten wir auch in stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheime).

1.19 Was erstatten wir für Sozialpädiatrie und Frühförderung?

Wir erstatten die Kosten für Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen.

Dies setzt voraus, dass der Versicherte kein Anspruch auf derartige Leistungen bei einem anderen Kostenträger hat.

1.20 Was erstatten wir für medizinische Schulungen für chronisch Kranke?

Wir erstatten die angemessenen Kosten für die Teilnahme an Erst- und Folgeschulungen, z.B. bei Diabetes, Asthma, Neurodermitis, Brustkrebs oder koronarer Herzkrankheit.

Als Schulungen gelten Maßnahmen,

- die von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation,
- auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte und
- unter geeigneten organisatorischen Durchführungsbedingungen

erbracht werden.

1.21 Was erstatten wir für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker?

Wir erstatten keine Kosten für ambulante Heilbehandlungen durch Heilpraktiker.

1.22 Was erstatten wir für spezialisierte ambulante Palliativversorgung?

Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ermöglicht, dass der Versicherte in seiner vertrauten häuslichen Umgebung oder dem familiären Bereich, im Hospiz, im Altersheim oder in stationären Pflegeeinrichtungen betreut wird, wenn er

- an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- nur noch Wochen oder wenige Monate zu leben hat (bei Kindern auch Jahre) und
- besonders aufwändig versorgt werden muss.

Wir erstatten die Kosten zu 100% bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Die Erstattung setzt voraus, dass die spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- ärztlich verordnet ist und
- der Versicherte durch Ärzte und Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung versorgt wird.

1.23 Wie viel erstatten wir für II.1.2 und 1.4?

1.23.1a) Wir erstatten 100% der erstattungsfähigen Kosten gemäß II.1.1 für

- ärztliche Behandlung gemäß II.1.2 und
- Strahlendiagnostik und Strahlentherapie gemäß II.1.4,

wenn die Behandlung ein Primärarzt durchführt. Als Primärarzt gelten der Hausarzt sowie ein

- Augenarzt,
- Gynäkologe,
- Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung (siehe Anhang 4),
- Notarzt,
- Bereitschaftsarzt oder
- ein Arzt/Facharzt, der über einen von uns zur Verfügung gestellten digitalen Service kontaktiert wird (Videosprechstunde).

Weitere Voraussetzung ist, dass Sie uns den Hausarzt namentlich benennen,

- wenn der Versicherte das erste Mal Leistungen aus diesem Tarif beansprucht oder
- den Hausarzt wechselt.

Als Hausarzt kann ein Arzt für Allgemeinmedizin oder ein praktischer Arzt gewählt werden. Ausnahmsweise kann ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung (siehe Anhang 4) als Hausarzt gewählt werden; hierzu ist jedoch unsere Zustimmung einzuholen.

Werden Sie durch einen Notarzt oder Bereitschaftsarzt behandelt, muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich dabei um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes handelte.

Sofern der Versicherte sich mehr als 100 km von seinem Wohnsitz entfernt aufhält, gilt jeder Arzt für Allgemeinmedizin oder jeder praktische Arzt, auch ohne, dass uns dieser vorher namentlich genannt wurde, als Hausarzt im Sinne dieses Tarifs.

1.23.1b) Wir erstatten die Kosten gemäß II.1.1 ebenfalls zu 100%, wenn der Primärarzt nach der (Erst-) Behandlung eine Weiterbehandlung durch den Facharzt veranlasst und dies bestätigt. Die Bestätigung ist zusammen mit dem ersten Erstattungsantrag über Rechnungen des Facharztes vorzulegen.

Die Bestätigung des Primärarztes gilt ab dem Datum ihrer Ausstellung bis zum Abschluss der angeratenen Weiterbehandlung, längstens 6 Monate ab der Ausstellung.

Dauert die Weiterbehandlung durch den Facharzt länger als die genannten 6 Monate, erstatten wir die erstattungsfähigen Kosten wieder ab dem Zeitpunkt zu 100%, ab dem auch diese Weiterbehandlung vom Primärarzt angeraten und bestätigt wurde. Diese Bestätigung gilt dann wiederum bis zum Abschluss der angeratenen Weiterbehandlung, längstens 6 Monate ab der Ausstellung. Im Falle einer weiteren Fortsetzung der Behandlung gelten diese Regelungen entsprechend.

1.23.2 In allen anderen Fällen erstatten wir 75% der Kosten gemäß II.1.1 für

- ärztliche Behandlung gemäß II.1.2 und
- Strahlendiagnostik und Strahlentherapie gemäß II.1.4.

2. Was erstatten wir für Kurbehandlung?

Wir erbringen bei einer Kurbehandlung die in diesem Tarif unter II.1. (ambulante Heilbehandlung) vereinbarten Leistungen.

Die Kosten für Kurtaxe und Kurplan erstatten wir zu 100%.

Bitte beachten Sie: Weitere Kosten, z.B. die Kosten für Unterbringung und Verpflegung, übernehmen wir nicht.

3. Was erstatten wir für zahnärztliche Behandlungen?

3.1 Wie berücksichtigen wir Gebührenordnungen bei zahnärztlichen Behandlungen?

Zahnärztliche Leistungen sind im Rahmen der ➢Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang 1) erstattungsfähig.

Die Kosten für zahntechnische Leistungen und Materialien sind in ➢angemessener Höhe erstattungsfähig.

3.2 Was erstatten wir für Zahnbehandlung?

Wir erstatten 100% der Kosten gemäß II.3.1 für

- allgemeine, konservierende und chirurgische Leistungen
- Röntgenleistungen
- Behandlungen von Mund- und Kiefererkrankungen
- Parodontosebehandlungen sowie
- Untersuchungen und Beratungen

einschließlich der jeweils zugehörigen zahntechnischen Leistungen und Materialien.

Dabei gelten die Leistungshöchstbeträge nach II.3.7.

3.3 Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays?

Wir erstatten 70% der Kosten gemäß II.3.1 für Inlays aus Metall, Keramik oder Kunststoff und für Zahnersatz sowie dazugehörige Begleitleistungen.

Als Zahnersatz gelten

- Prothesen
- Kronen, Veneers
- Brücken
- Implantate und die in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens
- Verblendungen
- Aufbissbehelfe und Schienen (z.B. Knirscher- und Schnarchschienen)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz und Schienentherapie anfallen sowie
- die Reparatur von Zahnersatz

einschließlich der jeweils zugehörigen zahntechnischen Leistungen und Materialien.

Dabei gelten die Leistungshöchstbeträge nach II.3.7.

3.4 Was erstatten wir für Kieferorthopädie?

Wir erstatten 70% der Kosten gemäß II.3.1 für Kieferorthopädie einschließlich der jeweils zugehörigen zahntechnischen Leistungen und Materialien.

Wir erstatten auch funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Kieferorthopädie anfallen.

Die Erstattung setzt voraus, dass die Behandlung vor dem 21. Geburtstag beginnt. Diese Altersgrenze gilt nicht, wenn die Behandlung aufgrund

- eines nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretenen Unfalls oder einer nach diesem Zeitpunkt eingetretenen Verletzung oder
- einer erstmals nach Beginn des Versicherungsschutzes aufgetretenen schweren Erkrankung

medizinisch notwendig ist.

Nicht erstattungsfähig sind kieferorthopädische Behandlungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes begonnen haben, angeraten oder geplant waren. Die Behandlung beginnt mit der ersten auf die Erkennung einer kieferorthopädischen Erkrankung oder Kieferfehlstellung gerichteten ärztlichen oder zahnärztlichen Untersuchung.

Dabei gelten die Leistungshöchstbeträge nach II.3.7.

3.5 Was erstatten wir für Zahnprophylaxe?

Wir erstatten 100% der Kosten gemäß II.3.1 für Zahnprophylaxe.

Dabei erstatten wir folgende Behandlungen (einschließlich der in diesem Zusammenhang durchgeführten einmaligen Beratung und Untersuchung):

- für die professionelle Zahnreinigung
  - das Entfernen der harten und weichen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen
  - die Reinigung der Zahnzwischenräume
  - das Entfernen des Biofilms
  - die Oberflächenpolitur
  - die Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen
- das Erstellen eines Mundhygienestatus
- die Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
- die Kontrolle des Übungserfolges
- die Versiegelung von Fissuren und
- die Behandlung von überempfindlichen Zähnen

Wir erstatten die Kosten für maximal eine professionelle Zahnreinigungen pro Kalenderjahr.

Soweit die Zahnprophylaxe gemäß unserem Verzeichnis (siehe Anhang 3) abgerechnet wurde, wird unsere Erstattung

- nicht auf einen Bonus oder bestehende Selbstbehalte (siehe III.1. und 2. dieses Tarifs) angerechnet und
- im Rahmen einer Beitragsrückerstattung nicht berücksichtigt.

3.6 Müssen Sie uns einen Heil- und Kostenplan vorlegen?

Sind die voraussichtlichen Kosten der zahnärztlichen Behandlung höher als 2.500 €, setzt die tarifliche Leistung voraus, dass Sie uns vor der Behandlung einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlages des zahntechnischen Labors) vorlegen. Legen Sie uns diesen nicht vor, besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei einem Implantat oder einer kieferorthopädischen Behandlung setzt die tarifliche Leistung immer voraus, dass Sie uns den Heil- und Kostenplan vor der Behandlung vorlegen, egal was die Behandlung kostet. Ansonsten erstatten wir Ihnen nur die Hälfte der tariflichen Leistung.

Die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans, der uns vor Beginn der Behandlung vorgelegt wird, erstatten wir zu 100%.

3.7 Welche Beträge erhalten Sie höchstens für zahnärztliche Behandlungen?

Sie erhalten von uns höchstens folgende Beträge für die Leistungen nach II.3.2 bis II.3.4:

insgesamt
- 500 € im 1. Kalenderjahr
- 1.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr
- 1.500 € im 1. bis 3. Kalenderjahr
- 2.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr
- 2.500 € im 1. bis 5. Kalenderjahr
- 3.000 € im 1. bis 6. Kalenderjahr
- 4.000 € jährlich ab dem 7. Kalenderjahr

Die genannten Höchstbeträge beziehen sich jeweils auf das Kalenderjahr bzw. die Kalenderjahre, in dem die Behandlung stattgefunden hat.

Muss sich der Versicherte aufgrund eines ➢Unfalls behandeln lassen, gelten diese Höchstbeträge nicht.

Dies setzt voraus, dass sich der Unfall nach Abschluss des Vertrages ereignet hat.

4. Was erstatten wir für stationäre ➢Heilbehandlung?

4.1 Was erstatten wir für ➢allgemeine Krankenhausleistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen.

Es gibt Krankenhäuser, die nicht nach dem ➢Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der ➢Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen. Dabei handelt es sich in der Regel um Privatkliniken.

Lässt sich der Versicherte in Deutschland in einem solchen Krankenhaus behandeln, erstatten wir maximal das 1,5fache der Kosten, die im KHEntgG oder in der BPflV vorgesehen sind. Dabei beziehen wir uns auf den Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem der Versicherte behandelt wurde.

Wird der Versicherte im Ausland stationär behandelt, erstatten wir die Kosten – einschließlich der Arztkosten und sämtlicher Nebenkosten – bis zu dem 1,5fachen Preis der allgemeinen Krankenhausleistungen, der in der Bundesrepublik Deutschland, gemäß KHEntgG oder BPflV vorgesehen ist. Dabei beziehen wir uns auf den jeweils gültigen Bundesbasisfallwert/BBFW.

Wenn der Versicherte aufgrund eines ➢Unfalls oder ➢Notfalls in ein solches Krankenhaus eingeliefert wird, begrenzen wir unsere Leistung diesbezüglich nicht.

4.2 Was erstatten wir für ➢belegärztliche Behandlungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für belegärztliche Behandlungen.

Erstattungsfähig ist die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes im Rahmen der ➢Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang 1).

4.3 Was erstatten wir für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern. Dies setzt voraus, dass die Kosten im Rahmen der amtlichen Gebührenordnungen berechnet sind.

4.4 Was erstatten wir für ➢Fahrten und ➢Transporte?

Wir erstatten 100% der Kosten für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus, wenn der Versicherte

- einen ➢Notfall hat,
- ➢gehunfähig ist oder
- dort eine Chemotherapie erhält.

Wird der Versicherte im Notfall auf Anweisung der Rettungsleitstelle in ein Krankenhaus gebracht, gilt dieses als das nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Einen Transport erstatten wir nur, wenn der Versicherte während des Transports aus medizinischen Gründen

- eine fachliche Betreuung oder
- die besondere Einrichtung dieses Transportmittels benötigt.

4.5 Was erstatten wir, wenn Sie Ihr versichertes Kind ins Krankenhaus begleiten?

Wir erstatten 100% der Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils oder einer anderen Begleitperson im Krankenhaus,

- solange das versicherte Kind stationär im Krankenhaus behandelt werden muss und
- wenn das Kind zu Beginn des Aufenthaltes im Krankenhaus seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat.

4.6 Was erstatten wir bei Übergangspflege im Krankenhaus?

Wir erstatten 100% der Kosten, wenn der Versicherte sich in Übergangspflege im Krankenhaus befindet.

Dies setzt voraus, dass

- Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können und
- die Übergangspflege im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in einem Krankenhaus erfolgt.

Bei Übergangspflege leisten wir für die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Die Kosten für Übergangspflege erstatten wir

- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

4.7 Was erstatten wir im Hospiz?

Wir erstatten 100% der Kosten, wenn der Versicherte (teil)stationär im Hospiz versorgt werden muss.

Dies setzt voraus, dass

- der Aufenthalt im Hospiz ärztlich verordnet ist und
- die stationäre oder teilstationäre Versorgung dort medizinisch notwendig ist, weil eine ambulante palliativ-medizinische Behandlung (siehe II.1.22 dieses Tarifs)
  - im Haushalt oder der Familie des Versicherten bzw.
  - in einer Pflegeeinrichtung

  nicht mehr angemessen erbracht werden kann.

Die Kosten für den Aufenthalt im Hospiz erstatten wir

- nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z.B. aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung, die der Versicherte vorab in vollem Umfang in Anspruch nehmen muss,
- bis zu dem Betrag, der für die Versorgung des Versicherten von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

5. Was erstatten wir für ➢digitale Gesundheitsanwendungen?

5.1 Wir erstatten im Versicherungsfall 100% der Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V, siehe Anhang 5) enthalten sind, höchstens bis zu den dort genannten Preisen.

Dies setzt voraus, dass

- der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut die Anwendungen verordnet hat, oder
- wir die Erstattung vorher schriftlich zugesagt haben.

5.2 Wir erstatten im Versicherungsfall 80% der Kosten für andere digitale Gesundheitsanwendungen als die in Abs. 5.1 genannten bis zu maximal 1.600 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr, soweit wir Ihnen dies vorher schriftlich zugesagt haben.

5.3 Wir erstatten die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen zunächst für maximal 12 Monate. Danach muss sie jeweils erneut verordnet bzw. vorher schriftlich zugesagt werden.

Wir dürfen die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen, anstatt deren Kosten zu erstatten. Satz 1 und 2 gilt entsprechend.

5.4 Wir erstatten ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Wir erstatten keine Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

6. Wann und wie lange ist ein Kind ab Geburt beitragsfrei mitversichert?

Wird ein Kind ab Geburt in der gleichen Selbstbehalt-Tarifstufe (siehe III.2.) des Tarifs NK.select S wie ein Elternteil mitversichert, müssen Sie für dieses Kind bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres keinen Beitrag bezahlen. Sie zahlen den Beitrag für das Kind erst ab Beginn des Monats, der auf seinen 1. Geburtstag folgt.

Ist der versicherte Elternteil in Tarifstufe NK.select S Bonus (siehe III.1.) versichert, erfolgt die beitragsfreie Mitversicherung des Kindes nur, wenn es im Tarif NK.select S 1200 (siehe III.2.) versichert wird.

Die beitragsfreie Mitversicherung setzt voraus, dass

- der versicherte Elternteil seit mindestens 8 Monaten vor der Geburt des Kindes ununterbrochen im Tarif NK.select S versichert ist,
- für diese Zeit dessen Beiträge bis zum Tag der Geburt vollständig bezahlt sind und

- das Kind spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend angemeldet wird und
- die Versicherung für das Kind bis zur Vollendung seines 3. Lebensjahres weder aufgrund einer Kündigung nach § 13 (1) noch § 13 (5) MB/KK 2009 beendet wird. Wird der Vertrag nach diesen Vorschriften gekündigt, lebt die Beitragspflicht für das erste Lebensjahr rückwirkend auf.

III. Welche Selbstbehalt- bzw. Bonus-Tarifstufen gibt es?

1. Wie funktioniert unsere Bonus-Tarifstufe?

In der Tarifstufe NK.select S Bonus erhalten Sie für jeden dort Versicherten je versicherten Monat einen Bonus von 100 €. Pro Jahr erhalten Sie damit maximal einen Bonus von 1.200 €. Für Kinder und Jugendliche bis ➢Alter 20 erhalten Sie einen monatlichen Bonus von 50 €, pro Jahr maximal 600 €. Voraussetzung dafür ist, dass Sie den Beitrag per Lastschrifteinzugsverfahren bezahlen.

Den Bonus zahlen wir monatlich auf Ihr Konto.

Reichen Sie Rechnungen ein, wird der gesamte jährliche Bonus von 1.200 € (600 € bei Kindern und Jugendlichen bis Alter 20) auf unsere Leistung angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach NK.select S Bonus vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, reduziert sich der jährliche Bonus, den wir auf unsere Erstattung anrechnen, für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

Leistungen, auf die wir den Bonus nicht anrechnen, sind im Abschnitt II. jeweils unter den einzelnen Leistungen beschrieben.

2. Welche Selbstbehalt-Tarifstufen gibt es?

In den Tarifstufen NK.select S 600, 1200 und 3000 erbringen wir die Leistungsbeträge, die wir im Abschnitt II. beschrieben haben, nicht vollständig. Bei unserer Leistung berücksichtigen wir noch einen Anteil, den Sie selbst bezahlen müssen (Selbstbehalt).

Folgende Selbstbehalte haben Sie für jeden Versicherten im Kalenderjahr. Diese ziehen wir von unserer Leistung ab:

Tarifstufe	Erwachsene	Kinder und Jugendliche bis Alter 20
NK.select S 600	600 €	300 €
NK.select S 1200	1.200 €	600 €
NK.select S 3000	3.000 €	1.500 €

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, reduziert sich der jeweilige Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

Leistungen, von denen wir keinen Selbstbehalt abziehen, sind im Abschnitt II. jeweils unter den einzelnen Leistungen beschrieben.

IV. Ab wann empfehlen wir Kostenbelege einzureichen?

Wir empfehlen Ihnen, Kostenbelege erst dann einzureichen, wenn die Gesamtsumme höher ist als Ihr Selbstbehalt bzw. Ihr jährlicher Bonus.

Eine mögliche Beitragsrückerstattung sollten Sie auch berücksichtigen.

V. Wie können Sie sich zusätzlich im Ausland absichern?

1. Für die Absicherung des Krankenrücktransports aus dem Ausland sowie von Leistungen bei kurzfristigen Auslandsreisen können Sie eine Auslandreise-Zusatzversicherung (z.B. Tarif URZ.) abschließen.

2. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt können Sie durch eine anderweitige Vereinbarung für die Dauer des Aufenthalts die Begrenzung

- auf die deutschen ➢Gebührenordnungen GOÄ und GOZ und
- auf die Höchstbeträge des tariflichen Heilmittelverzeichnisses (Anhang 2)

aufheben.

Wir können im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Mehrbeitrag verlangen.

Wir verpflichten uns zum Abschluss dieser Vereinbarung, wenn Sie diese spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Antritt des Auslandsaufenthaltes beantragen. Stellen Sie diesen Antrag nach Antritt des Auslandsaufenthaltes, beginnt die Vereinbarung zum Ersten des auf den Antrag folgenden Monats, es sei denn, Sie beantragen einen späteren Beginn.

3. Verlegt ein Versicherter seinen gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat der ➢Europäischen Union, einen Staat des ➢Europäischen Wirtschaftsraums oder die Schweiz gilt anstelle § 1 Nr. 6 der TB/KK folgende Regelung:

Auf Antrag können Sie die unter Abs. 2 genannte Vereinbarung für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthalts fortführen oder erstmals – rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts – vereinbaren. Dabei erfolgt keine Begrenzung auf die Leistungen, die wir bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätten.

Den Antrag müssen Sie spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts bei uns stellen.

VI. Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Abweichend von § 13 (1) MB/KK 2009 können Sie den Tarif für jeden Versicherten zum Ende eines jeden Monats kündigen. Dies setzt voraus, dass

- uns die Kündigung mindestens 15 Tage vorher in ➢Textform erreicht und
- der Tarif für den Versicherten zum Tag der Beendigung schon mindestens 2 Jahre besteht.

VII. Welche Leistung können wir ändern?

Wenn wir im Tarif NK.select S die Beiträge anpassen, können wir auch folgende Beträge ändern:

- betragsmäßig festgelegte Höchstbeträge
- sowie die Bonusleistung gemäß III.1.

Dies geschieht, um den Wert der Versicherung zu erhalten und erfolgt nur mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders.

Wir dürfen auch die im Heilmittelverzeichnis genannten Leistungen und Höchstpreise den veränderten Verhältnissen im Gesundheitswesen anpassen. Die Voraussetzungen dafür sind in § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) (siehe Anhang 5) und § 18 Abs. 1 MB/KK 2009 geregelt.

Fachbegriffe

Hier erläutern wir Ihnen die mit ➢ gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Bedingungen verwenden.

Allgemeine Krankenhausleistungen

Wenn das Krankenhaus nach dem ➢Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Entgelte nach § 7 KHEntgG. Dazu gehören z.B.

- Fallpauschalen und
- Zusatzentgelte.

Wenn das Krankenhaus nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen

- die Kosten für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich
- ärztlicher Leistungen und
- Nebenkosten.

Alter

Das Alter berechnen wir, indem wir vom Kalenderjahr des Versicherungsbeginns oder einer Vertragsänderung Ihr Geburtsjahr abziehen, z.B. 2023 – 2003 = 20.

Angemessene Höhe (Zahnbehandlung)

Die Kosten orientieren sich an der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB = ist ein offizielles Fachverzeichnis zahntechnischer Leistungen, das durch den Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) entwickelt wurde) und den ortsüblichen Preisen.

Belegärztliche Behandlungen

Belegärztliche Behandlungen sind Behandlungen, die durch Belegärzte erbracht werden. Belegärzte im Sinne des ➢Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sind Vertragsärzte, die nicht am Krankenhaus angestellt sind. Sie sind berechtigt, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

Bundespflegesatzverordnung (BPflV)

Für öffentliche Krankenhäuser ist im ➢Krankenhausentgeltgesetz bzw. in der BPflV festgelegt, was sie abrechnen dürfen. In privaten Krankenhäusern bzw. in Krankenhäusern im Ausland gilt dies nicht. Die Rechnungen dort können deutlich höher sein.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

DiGA sind Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, die auf digitalen Technologien basieren. Ein Beispiel hierfür können Gesundheits-Apps sein.

EU (Europäische Union)

Folgende Staaten gehören dazu: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern. Großbritannien trat am 31. Januar 2020 aus der Europäischen Union aus.

EWR (Europäischer Wirtschaftsraum)

Der EWR besteht aus der ➢EU und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). EFTA-Staaten sind Island, Liechtenstein und Norwegen.

Fahrten

Unter Fahrt verstehen wir die Fahrt z.B.

- in öffentlichen Verkehrsmitteln,
- im Taxi oder
- mit dem Auto.

Siehe hierzu auch ➢Transporte

Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ)

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regeln die Abrechnung privater Leistungen des Arztes und des Zahnarztes, d.h. aller medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In ihnen sind die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen verzeichnet.

Gehunfähig

Gehunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte auch mit Hilfe eines medizinischen Hilfsmittels nicht selbstständig den Arzt oder das Krankenhaus aufsuchen kann.

Generika

Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat

- in der Zusammensetzung gleichen,
- in der Wirksamkeit und Sicherheit entsprechen und
- in der Regel preiswerter angeboten werden.

Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft. Ob zu einem Originalpräparat ein Generikum existiert, können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.

Grundpflege

Die Grundpflege ist eine Leistung für pflegebedürftige Menschen. Dazu gehören Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Vorbeugung (Prophylaxen), die Förderung von Eigenständigkeit und Kommunikation.

Hauswirtschaftliche Versorgung

Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst alle notwendigen Tätigkeiten, die zur Pflege und zum Führen des Haushalts eines Kranken erforderlich sind, wenn dieser nicht mehr in der Lage ist, sie selbst zu erledigen. Darunter fallen in der Regel normale Aufgaben des alltäglichen Lebens wie Einkaufen und Kochen.

Heilbehandlung

Eine Heilbehandlung versucht mit geeigneten Mitteln die Krankheit oder Verletzung zu heilen, zu lindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Heilmittel

Heilmittel sind persönlich zu erbringende, ärztlich verordnete, medizinische Leistungen, von denen eine heilsame Wirkung auf den Patienten ausgehen soll. Hierzu zählen z.B. Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Was wir in welcher Höhe erstatten siehe Heilmittelverzeichnis im Anhang 2.

Intensiv-Behandlungspflege

Intensiv-Behandlungspflege liegt vor, wenn auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ein besonders hoher Pflegebedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, der die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordert, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen oder die Bedienung und Überwachung eines lebenserhaltenden Hilfsmittels (z.B. Beatmungsgerätes) am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

Kinderwunsch-Behandlung

Unter Kinderwunsch-Behandlung verstehen wir eine künstliche Befruchtung.

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Für öffentliche Krankenhäuser ist im KHEntgG bzw. in der ➢Bundespflegesatzverordnung festgelegt, was sie abrechnen dürfen. In privaten Krankenhäusern bzw. in Krankenhäusern im Ausland gilt dies nicht. Die Rechnungen dort können deutlich höher sein.

Kryokonservierung

Unter Kryokonservierung versteht man das Aufbewahren von Zellen oder Gewebe durch Einfrieren in flüssigem Stickstoff.

Medizinische Behandlungspflege

Die medizinische Behandlungspflege umfasst alle medizinischen Tätigkeiten, die ein Haus- oder Facharzt verordnet und eine examinierte Pflegekraft durchführt. Dazu gehören z.B. Wundversorgung und Verbandswechsel.

Notfall

Ein Notfall ist eine Situation, die ohne sofortige medizinische Behandlung zu schweren Schäden oder dem Tod führt.

Textform

Textform bedeutet: Schriftlich, es ist aber keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax oder eine E-Mail.

Transporte

Ein Transport kommt zum Tragen, wenn der Versicherte so krank oder verletzt ist, dass er nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren kann. Er muss z.B. im Krankenwagen transportiert werden.

Siehe auch ➢Fahrten

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem der Versicherte unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z.B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Anhang 1 – Höchstsätze GOÄ/GOP/GOZ

Höchstsätze der GOÄ/GOP sind derzeit der 3,5fache Satz für persönlich ärztliche Leistungen bzw. der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.

Höchstsatz der GOZ ist derzeit der 3,5fache Satz.

Anhang 2 - Heilmittelverzeichnis

Hierzu zählen Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie usw.

Richtwert im Sinne des Heilmittelverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßig medizinisch notwendigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

	erstattungsfähig bis zu €
Krankengymnastik / Bewegungsübungen	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	19,00
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	77,90
Physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	42,30
Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	31,70
Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 15-20 Minuten	34,20
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 25-35 Minuten	54,20
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 30-45 Minuten	67,80
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	15,30
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	19,10
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	102,40
Krankengymnastik im Bewegungsbad	
• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	39,00
• in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	27,90
• in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	18,40
Manuelle Therapie, Richtwert: 15-25 Minuten	41,00
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15-20 Minuten	23,60
Bewegungsübungen	
• als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	15,80
• in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 10-20 Minuten	9,80
Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	37,90
• in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	27,60
• in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	18,80
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	132,60
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	64,30
Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	10,20
Massagen	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
• Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15-20 Minuten	25,00
• Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20-30 Minuten	29,90

	erstattungsfähig bis zu €
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
• Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	41,40
• Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	62,10
• Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	82,80
• Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	26,50
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15-20 Minuten	38,90
Palliativversorgung	
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	75,90
Aufwendungen hierfür sind gesondert erstattungsfähig, sofern sie nicht bereits von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) umfasst sind.	
Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-15 Minuten	15,70
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	18,70
• bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
• Teilpackung	41,70
• Großpackung	55,00
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,70
Kaltpackung (Teilpackung)	
• Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	11,80
• Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	23,40
Heublumensack, Peloidkompresse	14,00
Sonstige Packungen (z.B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	7,10
Trockenpackung	4,80
Guss	
• Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,80
• Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	7,10
• Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	6,30
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,70
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,40
Wechselbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	14,00
• Vollbad	20,30
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,90
Naturmoorbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	49,80
• Vollbad	63,80
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	43,60
• Vollbad	49,80
Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	49,80
Medizinische Bäder mit Zusatz	
• Hand-, Fußbad	10,20
• Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30
• Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,10
• bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,80
• Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,80 €.	
Gashaltige Bäder	
• Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,00
• Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	34,20
• Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	39,00
• Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	31,90
• Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,10
• Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,80
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
• als Einzelinhalation	14,30
• als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,60
• als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	8,70
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.	
Radon-Inhalation im Stollen	17,20
Radon-Inhalation mittels Hauben	21,00

	erstattungsfähig bis zu €
Kälte- und Wärmebehandlung	
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5-10 Minuten	14,90
Wärmetherapie mittels Heißluft– bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10-20 Minuten	8,70
Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10-20 Minuten	17,00
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10-20 Minuten	9,80
Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5-10 Minuten	21,60
Iontophorese, Phonophorese	9,50
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10-20 Minuten	17,20
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-20 Minuten	33,40
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
• als Einzelbehandlung	4,80
• in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,80
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	8,00
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	9,50
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	13,20
Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie)	
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	20,70
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	134,90
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	67,60
je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig	

	erstattungsfähig bis zu €
Bericht an die verordnende Person	7,60
Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	134,90
Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
• Richtwert: 30 Minuten	60,10
• Richtwert: 45 Minuten	82,50
• Richtwert: 60 Minuten	105,00
• Richtwert: 90 Minuten	119,00
Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen je Teilnehmer	
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	74,20
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	39,80
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	134,90
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	54,90
Einzelbehandlung	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	65,60
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	87,40
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	109,20
Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	174,70
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	210,00
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	175,30
Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	52,50
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	70,00
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten, je Teilnehmer	87,40
Gruppenbehandlung	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	23,00
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	30,60
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 105 Minuten, je Teilnehmer	53,50

	erstattungsfähig bis zu €
• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	80,80
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	65,60
Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	175,30
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	52,50
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	30,60
Podologie	
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	41,60
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	59,80
Podologischer Befund, je nach Behandlung	4,20
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	223,80
Erst- und Eingangsbefundung	
• Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	33,10
• Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	66,30
• Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	26,70
Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	20,10
Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	117,00
Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	64,10
Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	58,70
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	114,90
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	63,50
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	20,40
Behandlungsabschluss ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	30,60
Nagelspangenbehandlung, zweimal je Behandlungstag	65,80
Aufschlag für besonderen Aufwand bei der Behandlung von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres oder von Personen mit Unguis incarnatus in den Stadien 2 bis 3 (Diagnosegruppe UI2), zweimal je Behandlungstag	20,10
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	74,60
Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	86,10
Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
Ernährungstherapie	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	47,10
Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	94,00
Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	77,00
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	77,00
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	47,10
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	94,00
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten	94,00
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	32,90
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	65,80

	erstattungsfähig bis zu €
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik	
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	16,50
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	21,40
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	16,50
Rückbildungsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 20 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	21,40
Rehabilitationssport / Funktionstraining	
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	
• allgemeiner Rehasport	8,10
• Rehasport im Wasser	10,80
• Rehasport in Herzgruppen	12,50
• Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	17,20
Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:	
• allgemeiner Rehasport	11,90
• Rehasport im Wasser	16,30
• Rehasport in Kinderherzgruppen	23,00
• Rehasport für schwerstbehinderte Kinder	21,90
Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Kinder und Erwachsene	16,10
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	7,60

	erstattungsfähig bis zu €
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal. Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	31,80
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	20,70
Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand). Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn die Leistungen Einzelbehandlung oder Hirnleistungstraining als Beratung oder Ernährungstherapeutische Intervention zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen ärztlich verordneter Hausbesuch einschl. der Fahrtkosten oder Besuch eines Patienten in einer sozialen Einrichtung sind daneben nicht erstattungsfähig.	31,80
Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,70
Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	113,40

Anhang 3 - Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen/Schutzimpfungen

Wir erstatten die Kosten für Vorsorge- und Check-up-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (vgl. II.1.9 sowie II.3.5) bzw. für Schutzimpfungen (vgl. II.1.10). Soweit diese gemäß nachfolgend aufgeführter Tabelle abgerechnet wurden, wird die Erstattung dafür nicht auf den jeweiligen Selbstbehalt/Bonus angerechnet sowie im Rahmen einer Beitragsrückerstattung nicht berücksichtigt.
Dies gilt nicht für Kosten für Maßnahmen zu rein diagnostischen Zwecken sowie für die weitere Diagnostik bzw. Behandlung, deren Bedarf sich im Rahmen einer Vorsorgeleistung nach diesem Verzeichnis ergibt.

Ziffern, die durch einen Schrägstrich „/“ getrennt sind, können alternativ abgerechnet werden.

Bei Erwachsenen

	GOÄ-Ziffer
Vorsorgeuntersuchung für Männer	
Urologische Vorsorge	
• Anamnese • Inspektion und Abtasten der äußeren Geschlechtsorgane • Enddarmaustastung zur Untersuchung der Prostata • Untersuchung örtlicher Lymphknoten • Beratung zum Untersuchungsergebnis	28
• Sonographie	410, 420 (3x), 401, 403
Früherkennung Prostatakrebs	
• PSA-Bestimmung	
• Blutentnahme	250
• Prostataspezifisches Antigen (PSA)	3908.H3
• PCA-3-Test	
• Prostatamassage	11/1775
• Labor	4780, 4783 (7x), 4785 (2x)
Untersuchung der Bauchschlagader	
• Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta	410, 401, 404
Vorsorgeuntersuchung für Frauen	
Gynäkologische Krebsvorsorge	
• gezielte Anamnese • Fragen nach Veränderung von Haut oder Brust • Abtasten von Brust und Achselhöhlen • Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust • Beratung zum Untersuchungsergebnis • Untersuchung der inneren und äußeren Geschlechtsorgane	27
• Abstrich zur Zellgewinnung vom Muttermund und aus dem Gebärmutterhalskanal mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung der Zellen alternativ	4851/4815a
• Abstrich vom Gebärmutterhals in Kombination mit einem Test auf Infektion mit Humanen Papillomviren (HPV) mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung der Zellen	4780, 4783, 4785 (2x)/4872a
• Vaginaler Ultraschall als Vorsorge für Eierstockkrebs	410, 403
• Kolposkopie	1070
• Sonographie Brust	401, 418, 420 (2x), 5121a
Mammographie-Screening	
• Gezielte Anamnese • Beratung zum Untersuchungsergebnis	1/3
• Röntgen-Untersuchung (Mammographie-Screening) der Brust	5266 (2x)
• Zuschlag für digitale Radiographie	5298 (2x)
• Konsiliarische Erörterung	60
Chlamydien-Screening	
• PCR-Test alternativ	297, 4780, 4783, 4785
• Schnelltest aus Urin	4504A
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	
• Erstuntersuchung	
• Untersuchung/Beratung	23
• Blutentnahme	250
• Harnstreifentest	3511
• Blutbild	3504/3550
• Bestimmung Blutgruppe, Rhesus-Faktor	3982/3983
• Bestimmung irregulärer Antikörper	3988, 3989
• Rötel-Antikörpertest	4387
• Lues-Such-Reaktion	
• Suchtest	4232/4291
• Bestätigungstest	4259/4409a
• Nachweis Chlamydien	297, 4780, 4783, 4785/4504A
• HIV-Test	
• Suchtest	4395, 4322/4323
• Bestätigungstest	4409, 4409a, 4349/4350, 4322/4323

	GOÄ-Ziffer
• Infektionsvorsorge in der Schwangerschaft	
• Blutentnahme	250
• Toxoplasma	4468
• Cytomegalie	4378
• Herpes simplex	4384
• Varizella-Zoster	4388
• Hepatitis C	4406
• Hepatitis A	4382
• Parvovirus	4389/4409a
• Weitere Verlaufsuntersuchungen	
• Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf	24
• Hämoglobinbestimmung	3517
• Ultraschalluntersuchungen	401, 405, 415, 1006a
• Doppler-/Duplexsonographische Untersuchungen	1007a, 1008a
• Ersttrimester-Screening	
• Sonographie	401, 415, 420, 405/1006a
• Blutentnahme	250
• Hormonbestimmung β-hCG	4024
• PAPP-A	3743a
• Chorionzottenbiopsie (CVS)	
• Humangenetische Beratung	21
• Chorionzottenbiopsie	A1157 (1158a)
• Tokographische Untersuchung	1001
• Beobachtung/Betreuung während Aufwach- und/oder Erholungszeit	ggf. 448/449 (bei ambulanter Durchführung)
• Sonographie	410, 420 nur im Anschluss an den Eingriff
• Nicht-Invasiver Pränataltest (NIPT)	
• bei vorliegender Indikation Kostenbeteiligung	bis 495 €
• Triple-Test	
• Blutentnahme	250
• Alpha-Fetoprotein (AFP)	3743
• Östriol	4027
• Hormonbestimmung β-hCG	4024
• Quadruple-Test	
• Blutentnahme	250
• Alpha-Fetoprotein (AFP)	3743
• Östriol	4027
• Hormonbestimmung β-hCG	4024
• Inhibin A	4069
• Antikörper-Suchtest	250, 3988, 3989, 3983

	GOÄ-Ziffer
• Screening auf Schwangerschaftsdiabetes	
• Vortest	250, 3514/3560
• Glukosegetränk	Sachkosten
• Zweittest	250 (ggf. mehrfach, je nach Anzahl der Glukosebestimmungen)
• wenn nur Nüchternwert und Zwei-Stundenwert ermittelt	3514/3560
• wenn Nüchternwert und Belastungswerte nach 60, 120 und 180 Minuten ermittelt	3613
Vorsorgeuntersuchung für Männer und Frauen	
Darmkrebs-Früherkennung	
• Beratung über Ziel und Zweck des Darmkrebs-Früherkennungs-programms • Beratung zum Untersuchungs-ergebnis	1/3, 7, 11
• Test auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl alternativ	3735a/3736a/3650a
• Darmspiegelung (Koloskopie)	687, 5298a, 451/452, 602, 3550, 3946 (pTT), 3960 (Quick) bzgl. evtl. Probeexzisionen
vorbereitende Medikation, Schmerzmittel, Analgosedierung	Sachkosten
Hautkrebs-Früherkennung	
• Anamnese • Beratung zum Untersuchungs-ergebnis	1
• Untersuchung der gesamten Haut	7, 750/612a
Osteoporose-Früherkennung	
• Beratung/Anamnese	1/3
• Osteodensitometrie	5380/5475
• Ultraschalluntersuchung	410
Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes	
• Anamnese und Erstellen Risikoprofil • körperliche Untersuchung • Blutdruckmessung • Beratung zum Untersuchungs-ergebnis	29
• Blutentnahme	250
• Kontrolle des Cholesterins und des Blutzuckers	3562.H1, 3560
• Kontrolle des Urins	3511

	GOÄ-Ziffer
• Blutbild und Blutbildbestandteile und weitere Laborwerte	3550, 3551, 3561, 3563.H1, 3564.H1, 3741, 3501, 3908.H3, Höchstwert nach 3541.H für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen
• Sonographie	410, 420 (3x), 401, 403
• EKG	651/652
Früherkennung von Nierenerkrankungen	
• Blutentnahme	250
• Kontrolle des Urins	3511/ 3531/3583H1
• Kreatinin	3585H1
• Sonographie	410/420
Screening auf Hepatitis B und C (einmalig ab 35 Jahren)	
• Blutentnahme	250
• HBs-Antigen	4643
• Antikörper gegen Hepatitis C-Virus	4406/4393
Glaukom-Früherkennung	
• Vollständige körperliche Untersuchung aller Augenabschnitte	6
• Spaltlampenmikroskopie	1240
• Ophthalmodynamometrie	1262
• Tonometrische Untersuchung	1255/1256/1257
• Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	7012a

Bei Kindern und Jugendlichen

	GOÄ-Ziffer
Spezielle Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme	
Erweitertes Neugeborenen-Screening	
• Blutentnahme	250a
• Hypothyreose	4030
• Adrenogenitales Syndrom (AGS)	4035
• Biotinidasemangel	3776a/3786a/3789
• Galaktosämie	3776a/3790/3724a
• Schwere kombinierte Immundefekte (SCID)	3920, 3922, 3924
• Sichelzellkrankheit	3920, 3922, 3924
• 5q-assoziierte spinale Muskelatrophie	3920, 3922, 3924
• Phenylketonurie (PKU) und Hyperphenylalaninämie (HPA)	4078a, 4079 (ggf. mehrfach)
• Ahornsirupkrankheit (MSUD)	
• Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD)	
• Long-Chain-3-OH-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (LCHAD)	
• Very-Long-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (VLCAD)	
• Carnitinzyklusdefekte	
• Glutaracidurie Typ I (GA I)	
• Isovalerianacidämie (IVA)	
• Tyrosinämie Typ I	oder 4210a
Mukoviszidose-Screening	
• Blutentnahme	250
• Trypsin	3796
• PAP	3796a
Hüftscreening	
• Sonographie der Hüftgelenke	413
• Zuschlag Duplex-Verfahren	401
Hörscreening	
• Messung otoakustischer Emissionen	1409
Pulsoxymetrie-Screening zur Erkennung von Herzfehlern	602
Kinder-/Jugendlichen-Vorsorge	
Neugeborenen-Erstuntersuchung U1	
• Neugeborenen-Erstuntersuchung	25
• Zuschlag Kinder bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	K1

	GOÄ-Ziffer
Kinderuntersuchung U2-U9	
• Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	26
• Zuschlag Kinder bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	K1 (bis zum entsprechenden Alter)
• Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung	34
• Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichtes und der Statomotorik	714
• Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Säugling oder Kleinkind (z.B. Bewegungs- und Wahrnehmungsvermögen)	716
• Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z.B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten)	717
• Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717	718
• Ultraschalluntersuchung eines Organs	410
• Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	412
• Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	420
• Zuschlag bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens	401
• Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung	826
• Subjektive Refraktionsbestimmung	1200
• Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus	1216
• Farbsinnprüfung	1228
• Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	1403
• Kinderaudiometrie zur Ermittlung des Schwellengehörs	1406
• Untersuchung eines Körpermaterials	3511
Kinderuntersuchung U10-U12	
• Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	26
• EKG	650/651/652
• Ultraschalluntersuchung eines Organs	410
• Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	420
• Zuschlag bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens	401
• Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung	826
• Subjektive Refraktionsbestimmung	1200
• Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus	1216
• Farbsinnprüfung	1228
• Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	1403
• Kinderaudiometrie zur Ermittlung des Schwellengehörs	1406
• Untersuchung eines Körpermaterials	3511
• Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren	855
• Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests	856
• Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen	857
Jugendlichenuntersuchung J1 und J2	
• Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	26/26a (für J2)
• EKG	650/651/652
• Ultraschalluntersuchung eines Organs	410
• Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	420
• Zuschlag bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens	401
• Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung	826
• Subjektive Refraktionsbestimmung	1200
• Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus	1216
• Farbsinnprüfung	1228
• Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	1403
• Kinderaudiometrie zur Ermittlung des Schwellengehörs	1406
• Untersuchung eines Körpermaterials	3511
• Blutentnahme	250
• Blutbild und Blutbildbestandteile	3550
• Cholesterin	3562.H1
• Kreatinin	3585.H1
• Alkalische Phosphatase	3587.H1
• Gamma-GT	3592.H1
• GPT/ALAT	3595.H1

Zahnprophylaktische Leistungen

	GOZ-Ziffer
• Entfernen von harten und weichen Belägen auf Zahn- und Wurzeloberflächen / Reinigung von Zahnzwischenräumen / Entfernen des Biofilms / Oberflächenpolitur / Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen (Professionelle Zahnreinigung)	1040, 4050, 4055
• Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen	1000
• Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen	1010
• Versiegelung von Fissuren	2000
• Behandlung von überempfindlichen Zähnen	2010
• Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefunds sowie Aufzeichnung des Befunds	0010
• Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung	1020
• Beratung auch telefonisch	GOÄ-Ziffer 1

Schutzimpfungen nach STIKO

	GOÄ-Ziffer
• Intramuskuläre oder subkutane Schutzimpfung, einschließlich Eintragung in den Impfpass, Beratung	375, 1
• Orale Schutzimpfung, einschließlich beratendem Gespräch	376
• Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	377
• Simultanimpfung (gleichzeitig passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	378
• Impfstoff	

Anhang 4 - Schwerpunktbezeichnungen

Schwerpunktbezeichnungen sind:

- bei Kinderärzten z.B. Kinderkardiologie, Neonatologie,
- bei Internisten z.B. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

Anhang 5 - Gesetzestexte

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Abs. 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.