

Wesentliche Merkmale des Tarifs NK

Ambulante Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- 100% Kostenerstattung für Strahlen-Diagnostik und -Therapie
- 80% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 260 €
- 100% Kostenerstattung für refraktive Chirurgie bis 1.500 € Rechnungsbetrag pro Auge
- 100% Kostenerstattung für Hilfsmittel
- 100% Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- 80% Kostenerstattung für Psychotherapie
- 100% Kostenerstattung für künstliche Befruchtung
- 80% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung bis 2.600 € Rechnungsbetrag

Kurbehandlung

- tarifliche Kostenerstattung (s. „Ambulante Heilbehandlung“) bei einer Kur in einem Heilbad, Kurort oder Sanatorium
- Kurtagegeld in Höhe von 11 € für max. 28 Tage

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz bis 550 €, darüber hinaus 75%
- 75% Kostenerstattung für kieferorthopädische Maßnahmen
- Rechnungshöchstbeträge in den ersten 10 Kalenderjahren

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer (Sonderklasse)
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Krankenrücktransport aus dem Ausland

Selbstbehalt/Bonus

- in den Tarifstufen NK.1 – NK.4 gelten Selbstbehalte je Person in Höhe von
 - 3.000 € in Tarifstufe NK.4
 - 1.200 € in Tarifstufe NK.1
 - 600 € in Tarifstufe NK.2
 - 300 € in Tarifstufe NK.3
- in Tarifstufe NK. *Bonus* erhält die versicherte Person einen monatlichen Bonus in Höhe von 60 €, der im Leistungsfall verrechnet wird

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung

Tarif NK

Krankheitskosten-Vollversicherung Fassung Februar 2015

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.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

- für deren Berufsgruppe der Versicherer keine speziellen Tarife anbietet (z.B. Mediziner) und
- die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen.

Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören Beratungen, Besuche, Behandlungen, Untersuchungen, Wegegebühren, Operationen sowie Sonderleistungen.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.2 Fahrten und Transporte

Fahrten und Transporte zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei

- Notfällen,
- Gehunfähigkeit,
- Dialyse,
- Tiefenbestrahlung,
- Chemotherapie,
- ambulanten Operationen am Tag der Operation, sofern eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr aus medizinischen Gründen nicht erfolgen kann.

Transporte sind erstattungsfähig, wenn während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sind.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.3 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.4 Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie, Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik sowie Rückbildungsgymnastik.

Nach vorheriger schriftlicher Zusage besteht darüber hinaus Versicherungsschutz für Rehabilitationssport/Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer.

Die bis zu den im Heilmittelverzeichnis (Anhang 1) genannten Preisen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80% erstattet.

1.5 Arznei- und Verbandmittel

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.6 Sehhilfen und refraktive Chirurgie

- Erstattet werden 100% der Aufwendungen bis zur Höhe von insgesamt 260 €. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.
- Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.

1.7 Medizinische Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte),
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig ist ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Unterweisung, Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen.

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

- deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat,
- die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens sind (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.

Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung oder Anmietung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem Rechnungsbetrag von 350 € dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.8 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.9 Psychotherapie

Erstattet werden 80% der Aufwendungen.

1.10 Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie sind erstattungsfähig, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und wenn diese geeignet ist Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen, oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

Für Soziotherapie dürfen Ärzte für Psychiatrie oder Nervenheilkunde oder, nach Verordnung durch diese Ärzte, auch Fachkräfte für Soziotherapie in Anspruch genommen werden.

Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall.

Aufwendungen für Ärzte sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Bei Aufwendungen für Fachkräfte für Soziotherapie ist höchstens der Betrag erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.11 Leistungen durch Hebammen/Entbindungspfleger

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hebammenhilfe (z.B. Mutterschaftsvorsorge, Schwangerenbetreuung, Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung, Wegegebühren), auch wenn diese von Entbindungspflegern erbracht werden.

Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung für Hebammenhilfe und der Kostenerstattung gemäß II.1.1 bis 1.8 zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen eine Geburtspauschale von 600 € gezahlt. Dieser Betrag wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

Bei einer Entbindung in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung (z.B. Geburtshaus, Hebammenhaus) sind anstelle der Geburtspauschale von 600 € die entstandenen Aufwendungen erstattungsfähig, höchstens jedoch die Aufwendungen, die bei einer entsprechenden Geburt im Krankenhaus entstanden wären. Diese Aufwendungen sind auch erstattungsfähig, wenn nach einer begonnenen Geburt (Einsetzen von Eröffnungswehen oder Blasensprung) die Verlegung in ein Krankenhaus erforderlich wird.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.12 Künstliche Befruchtung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung (Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin zur Kinderwunschbehandlung) nach vorheriger schriftlicher Zusage, die erteilt wird, wenn über die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung hinaus folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind:

- Bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann.

- Zum Zeitpunkt der Behandlung hat die Frau das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt und es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung).
- Die Behandlung entspricht deutschem Recht.
- Vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt.

Tariflich erstattungsfähig sind unter den oben genannten Voraussetzungen folgende Leistungen: Bis zu

- 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und
- 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation

sowie höchstens insgesamt bis zu 3 Versuche aus folgenden Maßnahmen:

- In-vitro-Fertilisation (IVF)
- intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF)
- intratubaren Gametentransfer (GIFT), hiervon max. 2 Versuche.

Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen (z.B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen ist.

Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht erneuter Anspruch auf die tariflichen Leistungen für künstliche Befruchtung, solange die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.13 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder dem familiären Bereich zu ermöglichen, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und
- eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Als häusliche Umgebung gelten hierbei auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante

Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

1.14 Häusliche Krankenpflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (bestehend aus medizinischer Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung) außerhalb von stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen, Hospizen und Rehabilitationseinrichtungen durch geeignete Fachkräfte, wenn und soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann und wenn

- die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege) oder
 - Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),
- im nachfolgenden Umfang:

- a) Erstattungsfähig sind bei der Sicherungspflege und Krankenhausvermeidungspflege die im Einzelfall erforderlichen Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege (z.B. Wundversorgung, Verbandswechsel).

Bei der Krankenhausvermeidungspflege sind darüber hinaus auch Aufwendungen für die im Einzelfall erforderliche Grundpflege (z.B. Körperpflege, An- und Auskleiden) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkaufen, Kochen) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung besteht. Über vier Wochen hinaus sind diese Aufwendungen nur dann erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer sie vorher schriftlich zugesagt hat. Eine vorherige schriftliche Zusage wird erteilt, soweit die Voraussetzungen weiter bestehen.

- b) Von den in Absatz a) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen werden 100% erstattet, soweit sie angemessen sind. Angemessen sind Aufwendungen bis zur Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.

Falls 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, liegt Intensiv-Behandlungspflege vor.

Ist diese Intensiv-Behandlungspflege sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in einer im Umkreis von 50 km hiervon befindlichen geeigneten Einrichtung (Pflegeheim) möglich, gelten die jeweils günstigsten Kosten für die Behandlungspflege als angemessen; dies gilt nicht für Intensiv-Behandlungspflege in häuslicher Umgebung bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die angemessenen Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege werden auch in stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheime) erstattet.

Zur Feststellung der Angemessenheit der Aufwendungen wird empfohlen, eine Kostenzusage des Versicherers einzuholen.

1.15 Sozialpädiatrie und Frühförderung

Erstattungsfähig sind, sofern kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht, Aufwendungen für Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen.

1.16 Medizinische Schulungen für chronisch Kranke

Erstattungsfähig sind angemessene Aufwendungen für Erst- und Folgeschulungen, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis. Ab einem Rechnungsbetrag von mehr als 500 € pro Kalenderjahr sind die darüber hinausgehenden Kosten nur erstattungsfähig, soweit der Versicherer die Leistung vorab schriftlich zugesagt hat.

Als Schulungen gelten Maßnahmen, die von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation, auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte sowie unter geeigneten organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden. Ein Nachweis über die Teilnahme ist vorzulegen.

2. Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (vgl. § 4 (2) MB/KK 2009)

Hierzu gehören:

Alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH – Stand 1985) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden 80% der Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.600 € pro Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Betrag von 2.600 € für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der jeweilige Höchstbetrag nicht.

3. Kurbehandlung

Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium, werden die unter II.1. (Ambulante Heilbehandlung) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen zu den dort genannten Prozentsätzen erstattet. Aufwendungen für Kurtaxe und Kurplan werden zu 100% erstattet.

4. Kurtagegeld

Im Anschluss an einen mindestens 14-tägigen Krankenhausaufenthalt wird ein Kurtagegeld in Höhe von 11 € für die Dauer der Kur, höchstens aber für 28 Tage gezahlt. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die Kur innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes beginnt, von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden ist und nachweislich unter ärztlicher Kontrolle

durchgeführt wird. Das Kurtagegeld wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

Die tarifliche Leistung gemäß II.1. bis II.4. erfolgt gleichermaßen in allen Tarifstufen des Tarifs NK.

5. Zahnleistungen

5.1 Zahnbehandlung, Zahnersatz

Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Parodontosebehandlung, prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stiftzähne, Inlays, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktions-therapeutische Maßnahmen, Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens) einschließlich der jeweils zugehörigen zahntechnischen Leistungen und Materialien.

Erstattet werden die Aufwendungen je Person und Kalenderjahr bis zur Höhe von 550 € zu 100%, darüber hinaus zu 75% (vgl. auch Abschnitt II.5.3 Rechnungshöchstbeträge).

5.2 Kieferorthopädische Maßnahmen

Erstattet werden die Aufwendungen einschließlich der jeweils zugehörigen zahntechnischen Leistungen und Materialien zu 75% (vgl. auch Abschnitt II.5.3 Rechnungshöchstbeträge).

5.3 Rechnungshöchstbeträge

In den ersten 10 Kalenderjahren gelten für Leistungen nach II.5.1 und 5.2 zusammen nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird; dabei gelten die Rechnungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre:

insgesamt

1.800 € im 1. und 2. Kalenderjahr
2.600 € im 3. und 4. Kalenderjahr
3.900 € im 5. und 6. Kalenderjahr
5.200 € im 7. und 8. Kalenderjahr
7.800 € im 9. und 10. Kalenderjahr
unbegrenzt ab dem 11. Kalenderjahr

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen im jeweiligen Kalenderjahr anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Im jeweiligen Erstattungsfall wird vorzugsweise aus dem Rechnungsbetrag mit dem höheren Erstattungssatz geleistet. Erstattungsfall ist die Gesamtheit aller gleichzeitig eingereichten zahnärztlichen Kostenbelege. Die Leistungsabrechnung erfolgt stets in der Reihenfolge der Einreichung der Kostenbelege.

Die oben aufgeführten Rechnungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, ein Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvor-

anschlages des zahntechnischen Labors) vorgelegt wird. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages ein Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvorschlages des zahntechnischen Labors) vorzulegen. Bei Nichtvorlage besteht unabhängig vom Rechnungsbetrag für die erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

6. Stationäre Heilbehandlung

6.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

- In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.
- In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten, der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

Für Aufwendungen dieser Krankenhäuser in Deutschland ist der Versicherer leistungspflichtig, soweit sie die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung vorgegebenen Entgelte nicht mehr als 100% übersteigen. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist. Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, das Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.

6.2 Walleleistungen

- In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Walleleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.
- In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen,

gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer.

Für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen im Krankenhaus (vgl. II.6.2) erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld

1. in Höhe von 26 € bei Nichtinanspruchnahme des Kostenersatzes für den Unterkunftszuschlag,
2. in Höhe von 26 € bei Nichtinanspruchnahme des Kostenersatzes für gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

6.3 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

6.4 Stationäre Hospizversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine ärztlich verordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z.B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung, bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

7. Rücktransport

Erstattet werden 100% der notwendigen Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport (Beförderung Kranker oder verletzter Personen, die nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen können) in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat und wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherten wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen.

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gelten Satz 1 und 2 entsprechend für einen Rücktransport in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

Diese Leistung wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

8. Überführung im Todesfall

Erstattet werden 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, bis zu einer Höhe von 5.250 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.500 €.

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Überführung im Todesfall in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

Diese Leistung wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

9. Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Erstattet werden 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Bestattung außerhalb des Staates, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

Diese Leistung wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

Die tarifliche Leistung gemäß II.6. bis II.9. erfolgt gleichermaßen in allen Tarifstufen des Tarifs NK.

III. Bonus und Selbstbehalt zur Förderung kostenbewussten Verhaltens

1. Bonus

In Tarifstufe NK.*Bonus* erhält der Versicherungsnehmer für jede versicherte Person je versicherten Monat, in dem Versicherungsschutz nach Tarif NK.*Bonus* besteht, einen Bonus von 60 € – maximal ergibt dies einen Bonus von 720 € je Kalenderjahr je versicherte Person.

Der Bonus wird monatlich auf ein Konto des Versicherungsnehmers ausgezahlt. Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist die Bezahlung des Beitrags per Lastschriftinzugsverfahren.

Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 720 € auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach NK.Bonus vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Anrechnung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

2. Selbstbehalt

In den Tarifstufen NK.1 – NK.4 gelten Selbstbehalte. Die tarifliche Leistung wird um den vereinbarten Selbstbehalt gekürzt.

Der Selbstbehalt beträgt je versicherte Person in

- Tarifstufe NK.1 1.200 €
- Tarifstufe NK.2 600 €
- Tarifstufe NK.3 300 €
- Tarifstufe NK.4 3.000 €

Der jeweilige Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge einschließlich des Krankenhaustagegeldes für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz für Wahlleistungen im Krankenhaus.

Die Geburtspauschale gemäß II.1.11, das Genesungstagegeld gemäß II.4. sowie die Leistungen gemäß II.7. bis II.9. werden dagegen nicht auf den jeweiligen Selbstbehalt angerechnet.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt 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.

IV. Einreichung von Kostenbelegen

Es wird empfohlen, Kostenbelege erst ab der Höhe des jeweiligen Selbstbehalts bzw. der jährlichen Bonusleistung einzureichen. Diese liegt

- in Tarifstufe NK.Bonus bei 720 €
- in Tarifstufe NK.1 bei 1.200 €
- in Tarifstufe NK.2 bei 600 €
- in Tarifstufe NK.3 bei 300 €
- in Tarifstufe NK.4 bei 3.000 €

V. Leistungsanpassung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung im Tarif NK auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge, ersatzweise Krankenhaustagegelder gemäß Abschnitt II.6. sowie die Bonusleistung gemäß Abschnitt III. des Tarifs NK mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden.

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (siehe Anhang 2) und § 18 Teil I Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) auch berechtigt, die im Heilmittelverzeichnis genannten Leistungen und Höchstpreise mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Anhang

Anhang 1

Heilmittelverzeichnis siehe Seite 8 – 9

Anhang 2

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 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.

Anhang 1 – Heilmittelverzeichnis

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

	erstattungsfähig bis zu €		erstattungsfähig bis zu €
Krankengymnastik/Bewegungsübungen			
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage	22,50	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wassergehalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/m sowie mit Druck- und Temperaturreguleinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,60
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	26,60	Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	39,50	Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,90
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer	7,20	Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Krankengymnastik in einer Gruppe bei cerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	12,50	- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	13,60
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestdauer 45 Minuten	39,50	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	12,50	- Teilpackung	23,60
Bewegungsübungen	8,90	- Großpackung	32,50
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,20	Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,20
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60	Kaltpackung (Teilpackung)	
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	25,90	- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	8,90
Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,60	- Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	17,80
Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	81,90	Heublumensack, Peloidkompressen	10,60
Gerätegestützte Krankengymnastik, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	40,25	Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	5,30
Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	6,00	Trockenpackung	3,60
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perli'sches Gerät, Schlingentisch)	7,80	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,60
Massagen		Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	5,30
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perio-, Bürsten- und Colonmassagen)	15,90	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,80
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder		An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauaffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,20
- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	22,50	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,00
- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	33,60	Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,60
- Kompressionsbandagierung einer Extremität	10,10	Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,30
		Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,90
		Naturmoor-Halbbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	37,80
		Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	45,90
		Sandbäder, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
		- Teilbad	33,10
		- Vollbad	37,80
		Sole-Photo-Therapie, Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Photo-Therapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UVA/UVB-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	37,80

	erstattungsfähig bis zu €
Medizinische Bäder mit Zusätzen	
- Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzylsäurehaltige Zusätze	7,80
- Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,30
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,30
- weitere Zusätze, je Zusatz	3,60
Gashaltige Bäder	
- Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
- Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,90
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,20
- Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,30
- Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	3,60
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Einzelinhalation	7,80
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,20
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	6,60
Radon-Inhalation im Stollen	13,00
Radon-Inhalation mittels Hauben	15,90
Kälte- und Wärmebehandlung	
Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	11,30
Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	7,80
Eisteilbad	11,30
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	6,60
Elektrotherapie	
Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese	7,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	7,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, dynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	7,20
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	13,60
Iontophorese	7,20
Zwei- oder Vierzellenbad	13,00
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,30
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
- als Einzelbehandlung	3,60
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,00
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,60
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,00
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	7,20

	erstattungsfähig bis zu €
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	10,10
Logopädie	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	36,50
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	57,10
Ausführlicher Bericht	13,60
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
- Mindestdauer 30 Minuten	36,50
- Mindestdauer 45 Minuten	47,80
- Mindestdauer 60 Minuten	60,10
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern – je Teilnehmer	
- Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	17,20
- Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	20,10
Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	36,50
Einzelbehandlung	
- bei motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten	36,50
- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten	47,80
- bei psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	63,10
Hirnleistungstraining	
- als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	36,50
- Gruppenbehandlung	
- Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	16,60
- bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	33,10
Podologie	
Hornhautabtragung an beiden Füßen	16,70
Hornhautabtragung an einem Fuß	10,05
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	15,05
Nagelbearbeitung an einem Fuß	8,35
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	30,05
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	16,70
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	11,82
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	15,53
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	11,82
Rehabilitationssport / Funktionstraining	
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	7,20
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	7,20