

Tarif NK.select XL Krankheitskosten-Vollversicherung



Fassung **Januar 2023**

English version:
www.hallesche.de/pm253u-e-0822.pdf

Wesentliche Merkmale des Tarifs NK.select XL

Ambulante Heilbehandlung

Wir erstatten 100% der Kosten für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung
- Fahrten und Transporte
- Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
- Heilmittel gemäß tariflichem Heilmittelverzeichnis
- Arznei- und Verbandmittel
- Sehhilfen bis 450 €
- refraktive Chirurgie bis 2.500 € pro Auge
- Hilfsmittel
- ambulante Vorsorgeuntersuchungen
- Schutz- und Reiseimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- Kinderwunsch-Behandlung
- Kryokonservierung

Wir erstatten 90% der Kosten für

- Psychotherapie

Wir erstatten 80% der Kosten für

- Heilpraktikerbehandlung bis 2.400 € Leistungsbetrag

Kurbehandlung

- Wir erstatten 100% der Kosten (siehe Ambulante Heilbehandlung) für eine Kurbehandlung in einem Kurort oder Heilbad
- Zusätzlich erstatten wir ein Kurtagegeld in Höhe von 20 € für max. 28 Tage

Zahnärztliche Leistungen

Wir erstatten 100% der Kosten für

- Zahnbehandlung
- Zahnprophylaxe

Wir erstatten 90% der Kosten für

- Zahnersatz und Inlays
- Kieferorthopädie

Es gibt Höchstbeträge für unsere Leistung in den ersten 4 Kalenderjahren.

Stationäre Heilbehandlung

Wir erstatten 100% der Kosten für

- Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer
- privatärztliche und 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

- Haushaltshilfe bis zu 150 € pro Tag
- Kinderbetreuungspauschale 100 € pro Tag
- digitale Gesundheitsanwendungen
- Rücktransport aus dem Ausland
- 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 XL 600
- 1.200 € in Tarifstufe NK.select XL 1200
- 3.000 € in Tarifstufe NK.select XL 3000 (für Kinder und Jugendliche bis einschließlich 20 Jahre die Hälfte)
- in Tarifstufe NK.select XL 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	III. Welche Selbstbehalt- bzw. Bonus-Tarifstufen gibt es?	13
II. Was erstatten wir?.....	3	1. Wie funktioniert unsere Bonus-Tarifstufe? 13	
1. Was erstatten wir für ambulante Heilbehandlungen?.....	3	2. Welche Selbstbehalt-Tarifstufen gibt es?... 13	
2. Was leisten wir bei Kuren?	9	IV. Ab wann empfehlen wir Kostenbelege einzureichen?	14
3. Was erstatten wir für zahnärztliche Behandlungen?.....	9	V. Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?	14
4. Was erstatten wir für stationäre Heilbehandlung?	10	VI. Welche Leistung können wir ändern?.....	14
5. Was leisten wir im Zusammenhang mit einem Auslandsaufenthalt? Was erstatten wir bei einem Rücktransport aus dem Ausland oder wenn der Versicherte im Ausland stirbt?	12	Fachbegriffe	14
6. Was erstatten wir für digitale Gesundheitsanwendungen?	12	Anhang 1 - Heilmittelverzeichnis	17
7. Wann und wie lange ist ein Kind ab Geburt beitragsfrei mitversichert?	13	Anhang 2 - Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen/Schutzimpfungen.....	21
		Anhang 23 - 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 Was erstatten wir, wenn der Versicherte durch einen Arzt behandelt wird?

Wir erstatten 100% der Kosten für

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

1.2 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.

1.3 Was erstatten wir für Strahlendiagnostik und Strahlentherapie?

Wir erstatten 100% der Kosten für Strahlendiagnostik und Strahlentherapie.

1.4 Was erstatten wir für ➤Heilmittel?

Wir erstatten 100% der Kosten für Heilmittel, die in unserem Verzeichnis (siehe Anhang 1) enthalten sind; jeweils bis zu den dort genannten Höchstbeträgen.

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

1.5 Was erstatten wir für Arznei- und Verbandmittel?

Wir erstatten 100% der Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

1.6 Was erstatten wir für Sehhilfen und refraktive Chirurgie?

Wir erstatten 100% der Kosten für Sehhilfen bis zu 450 €.

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 100% der Kosten für die operative Korrektur der Fehlsichtigkeit durch refraktive Chirurgie (z.B. Lasik) **einschließlich der Kosten für die Vor- und Nachbehandlung** bis zu 2.500 € für jedes Auge. Dieser Anspruch kann für das jeweilige Auge frühestens 5 Jahre nach der letzten Operation wieder bestehen.

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

Wir erstatten 100% der Kosten für medizinische Hilfsmittel,

- 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).

Wir erstatten auch 100% der Kosten für

- 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.

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.

1.8 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 **soweit diese gemäß unserem Verzeichnis (siehe Anhang 2) abgerechnet wurden:**

- **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-/Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U2-U12), J1 und J2**

- Jugendlichen Vorsorgeuntersuchungen (J1 und J2)
- bei Erwachsenen:
 - Krebsvorsorgeuntersuchungen einschließlich Darmkrebsfrüherkennung
 - Hautkrebs-Screening
 - Osteoporose-Früherkennung; dazu gehören Osteodensitometrie einschließlich Ultraschalluntersuchung
 - Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen; dazu gehören
 - Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
 - Blutentnahme
 - EKG
 - Bestimmung von Glucose, Cholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyceride und Harnsäure
 - Früherkennung von Nierenerkrankungen; dazu gehören
 - Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
 - Harnstreifentest
 - Bestimmung der Laborwerte – Urinsediment/Harnsäure
 - Blutentnahme
 - Kreatinin
 - Ultraschalluntersuchung der Niere(n)
 - Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen
 - Chlamydien-Screening
 - Mammographie-Screening
 - Untersuchung der Bauchschlagader

➤ Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, soweit sie vorstehend die in Anhang 2 nicht bereits aufgeführt sind, erstatten wir ebenfalls zu 100%.

- ambulante Check-up-Untersuchungen. Dies umfasst:
 - Anamneseerhebung (einschließlich Erfassung des Risikoprofils und des Impfstatus)
 - körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus)
 - Blutdruckmessung
 - Hautkrebs-Screening
 - Laboruntersuchungen
 - aus dem Blut: Lipidprofil (z.B. Cholesterin), Glukose, Nitrit
 - aus dem Urin: Eiweiß, Glucose, rote und weiße Blutkörperchen

- Beratung über die Untersuchungsergebnisse und – sofern medizinisch angezeigt – das Ausstellen einer Präventionsempfehlung (z.B. Kurse zur Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung)

Unsere Erstattung

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

1.9 Was erstatten wir für Schutzimpfungen?

Wir erstatten 100% der Kosten, wenn die Impfungen von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden und soweit sie gemäß unserem Verzeichnis (siehe Anhang 2) abgerechnet wurden.

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

Unsere Erstattung

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

1.10 Was erstatten wir für ambulante Psychotherapie?

Wir erstatten 90% der Kosten für ambulante Psychotherapie.

1.11 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 im Rahmen der ➤Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). 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.

1.12 Was erstatten wir für Hebammen oder Entbindungspfleger?

Wir erstatten 100% der Kosten für Hebammenhilfe bzw. Hilfe durch einen Entbindungspfleger im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger.

Dazu zählen zum Beispiel:

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

Bei einer ➤Hausgeburt bezahlen wir Ihnen zusätzlich eine Pauschale von 600 € zur Abgeltung weiterer Kosten. Diese Pauschale wird nicht auf einen Bonus oder bestehende Selbstbehalte (siehe III.1. und 2. dieses Tarifs) angerechnet.

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.

1.13 Was erstatten wir für Familien- und Haushaltshilfen?

Wir erstatten 100% der Kosten für Familien- und Haushaltshilfen bis zu 150 € pro Tag.

Der Anspruch besteht,

- falls und solange der Versicherte, ohne dass bei ihm Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung besteht, den Haushalt aufgrund eines der folgenden Fälle nicht weiterführen kann und
- soweit keine weitere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Wir erstatten im Fall

- einer Schwangerschaft oder Entbindung oder
- wenn im Haushalt ein Kind lebt, das seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist. Dies setzt weiter voraus, dass der Versicherte
 - wegen einer Krankheit medizinisch notwendig außerhäuslich untergebracht ist oder
 - wegen einer Erkrankung (z.B. nach einem stationären Krankenhausaufenthalt), den Haushalt aus gesundheitlichen Gründen nicht weiterführen kann oder
 - verstorben ist. In diesem Fall leisten wir maximal für 90 Tage.

Hat der Versicherte gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für Familien- und Haushaltshilfen, sind diese vorrangig in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen. Wir leisten dann nur für solche Kosten, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

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

Ist ein Kind in diesem Tarif versichert, erstatten wir 100 € pro Tag als Pauschale für dessen Betreuung, maximal für 10 Tage im Kalenderjahr.

Dies setzt voraus, dass

- das Kind seinen 12. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist,
- der Versicherte sein erkranktes Kind betreuen muss und deshalb seiner beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen kann,
- der Versicherte für diese Zeit weder Entgelt von seinem Arbeitgeber erhält noch von staatlicher Stelle eine Ersatzleistung beanspruchen kann und
- keine andere im Haushalt lebende Person das Kind betreuen kann.

1.15 Was erstatten wir für ➤Kinderwunsch-Behandlungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für eine Kinderwunsch-Behandlung, wenn wir dies vorher schriftlich zugesagt haben.

Wir sagen zu, wenn die Behandlung nicht nur medizinisch notwendig ist, sondern zusätzlich

- beim Versicherten eine organisch bedingte Sterilität vorliegt, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann und
- die Frau zum Zeitpunkt der Behandlungsmaßnahmen nicht älter als 39 Jahre ist und
- die Behandlung bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt wird und ausschließlich Ei- und Spermienzellen des Paares verwendet werden und
- die Behandlung dem deutschen Recht entspricht und
- uns vor der Behandlung ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt wird.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, leisten wir für bis zu

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

sowie für höchstens insgesamt bis zu 3 Versuche aus folgenden Maßnahmen:

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

Die Anzahl der Versuche, für die wir leisten, erhöht sich, solange die Voraussetzungen weiter vorliegen, um die Anzahl der Versuche, in denen eine nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese jedoch erfolglos verlaufen ist.

Nach einer erfolgreichen Geburt erstatten wir eine weitere Kinderwunsch-Behandlung, solange die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Hat der Versicherte oder dessen Partner bei einem anderen Leistungsträger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren, sind diese vorrangig in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen. Wir leisten dann nur für solche Kosten, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

1.16 Was erstatten wir für >Kryokonservierung?

Wir erstatten 100% der Kosten für eine einmalige Kryokonservierung von Ei- bzw. Spermienzellen oder Keimzellgewebe, wenn wir dies vorher schriftlich zugesagt haben.

Dabei erstatten wir die Kosten für

- die Vorbereitung und die Entnahme,
- die Aufbereitung,
- den Transport,
- das Einfrieren,
- die Lagerung und
- das spätere Auftauen

von Ei- bzw. Spermienzellen oder Keimzellgewebe.

Die Zusage erteilen wir, wenn der Versicherte

- eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellschädigende Therapie erhält und
- Leistungen für >Kinderwunsch-Behandlung nach II.1.15 beanspruchen könnte.

Die Kosten für die Lagerung erstatten wir nur, solange die versicherte Person Leistungen für Kinderwunsch-Behandlung nach II.1.15 beanspruchen könnte.

1.17 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 Kran-

kenhausaufenthalt, 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).

1.18 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.

1.19 Was erstatten wir für medizinische Schulungen für chronisch Kranke?

Wir erstatten die angemessenen Kosten für die Teilnahme an Erst- und Folgeschulungen, z.B. bei Diabe-

tes, 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.

1.20 Was erstatten wir für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker?

Wir erstatten 80% der Kosten, maximal zahlen wir 2.400 € pro Kalenderjahr.

Dabei erstatten wir

- alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich ➤Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie
- Arznei- und Verbandmittel.

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

1.21 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.

2. Was leisten wir bei Kuren?

2.1 Was erstatten wir für Kurbehandlung?

Wir erbringen bei einer Kurbehandlung in einem Kurort oder Heilbad 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.

2.2 Wann und in welcher Höhe zahlen wir ein Kurtagegeld?

Wir zahlen ein Kurtagegeld in Höhe von 20 € für die Dauer einer Kur, maximal aber für 28 Tage.

Dies setzt voraus, dass

- der Versicherte vor der Kur mindestens 14 Tage im Krankenhaus behandelt werden musste,
- die Kur innerhalb von 3 Monaten nach Ende des Aufenthaltes im Krankenhaus beginnt,
- die Kur von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet wurde und
- die Kur unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird.

Das Kurtagegeld wird nicht auf einen Bonus oder bestehende Selbstbehalte (siehe III.1. und 2. dieses Tarifs) angerechnet.

3. Was erstatten wir für zahnärztliche Behandlungen?

3.1 Was erstatten wir für Zahnbehandlung?

Wir erstatten 100% der Kosten 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.3.6.

3.2 Was erstatten wir für Zahnersatz und Inlays?

Wir erstatten 90% der Kosten 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 Schnarchschiene)
- 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.3.6.

3.3 Was erstatten wir für Kieferorthopädie?

Wir erstatten 90% der Kosten für Kieferorthopädie **einschließlich der jeweils zugehörigen zahntechnischen Leistungen und Materialien.**

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

Dabei gelten die Leistungshöchstbeträge nach II.3.6.

3.4 Was erstatten wir für Zahnprophylaxe?

Wir erstatten 100% der Kosten für Zahnprophylaxe **soweit sie gemäß unserem Verzeichnis (siehe Anhang 2) abgerechnet wurde.**

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

Unsere Erstattung

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

3.5 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%.

3.6 Welche Beträge erhalten Sie höchstens für zahnärztliche Behandlungen in den ersten 4 Jahren?

In den ersten 4 Kalenderjahren erhalten Sie von uns höchstens folgende Beträge für die Leistungen nach II.3.1 bis II.3.3:

insgesamt

- 1.500 € im 1. Kalenderjahr
- 3.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr
- 4.500 € im 1. bis 3. Kalenderjahr
- 6.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr

Die Begrenzung entfällt ab dem 5. Kalenderjahr.

Hat der Versicherte in den letzten 5 Kalenderjahren vor Beginn dieser Versicherung jährlich eine Zahnvorsorgeuntersuchung gemacht, entfällt die Begrenzung ab dem 4. 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 Doppelte 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.

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 Wahlleistungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für folgende Wahlleistungen:

- den Zuschlag für ein Ein- oder Zweibettzimmer und angemessene Zuschläge für einen besonderen Komfort nach der jeweils gültigen Vereinbarung gemäß § 17 Abs. 1 KHEntgG (siehe Anhang 23). Darunter fallen übliche Komfortelemente, wie z.B. eine besondere Verpflegung, Ausstattung (Fernseher, Internetanschluss), Zimmergröße und Lage.
- die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung

4.3 Was erstatten wir für ➤belegärztliche Behandlungen?

Wir erstatten 100% der Kosten für belegärztliche Behandlungen.

4.4 Was bekommen Sie, wenn Sie keine Erstattung der Kosten für Wahlleistungen/ ➤belegärztliche Behandlungen (siehe II.4.2 und 4.3) verlangen?

4.4.1 Kein Ein- oder Zweibettzimmer

Wir zahlen Ihnen für jeden Tag im Krankenhaus, für den Sie von uns keine Erstattung eines Zuschlages für ein Einbettzimmer verlangen, ein Ersatztagegeld in Höhe von

- 20 €, wenn Sie sich stattdessen den Zuschlag für ein Zweibettzimmer erstatten lassen oder
- 50 €, wenn Sie auch keine Erstattung der Kosten für ein Zweibettzimmer verlangen. D.h., Sie machen weder Kosten für einen Zuschlag für ein Zweibettzimmer noch für einen Zuschlag für einen besonderen Komfort geltend.

4.4.2 Keine privatärztliche bzw. belegärztliche Behandlung

Wir zahlen Ihnen ein Ersatztagegeld in Höhe von 60 € für jeden Tag im Krankenhaus, für den Sie von uns weder die Erstattung der Kosten für gesondert vereinbarte privatärztliche noch für belegärztliche Behandlung verlangen.

4.4.3 Wann bekommen Sie kein Ersatztagegeld?

Sie bekommen kein Ersatztagegeld nach II.4.4.1

- für die Zeit einer stationären ➤Anschlussheilbehandlung und
- für die Tage, an denen der Versicherte auf der Intensiv- oder Säuglingsstation behandelt wird.

Sie bekommen kein Ersatztagegeld nach II.4.4.1 und 4.4.2

- für den Tag, an dem der Versicherte aus dem Krankenhaus entlassen wird und
- für die Tage, an denen der Versicherte teilstationär (weniger als 24 Stunden je Tag) im Krankenhaus behandelt wird.

4.5 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.

4.6 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.

4.7 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.

4.8 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.1.21 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 leisten wir im Zusammenhang mit einem Auslandsaufenthalt? Was erstatten wir bei einem ➤Rücktransport aus dem Ausland oder wenn der Versicherte im Ausland stirbt?

5.1 Was erstatten wir bei einem Rücktransport aus dem Ausland?

Wir erstatten die notwendigen Kosten für einen Rücktransport

- an den Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder
- in das vom Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus in Deutschland.

Dies setzt voraus, dass

- der Rücktransport medizinisch notwendig ist oder
- der Versicherte so schwer erkrankt ist, dass er länger als 2 Wochen im Ausland stationär behandelt werden müsste.

Wir erstatten die Kosten für das jeweils günstigste hierzu geeignete Transportmittel zu 100%. Kosten, die dem Versicherten bei einer normalen Rückreise entstanden wären, ziehen wir von unserem Erstattungsbetrag ab, sofern er wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche hat.

Verlegt der Versicherte seinen Wohnsitz in einen anderen Staat der ➤Europäischen Union (EU), in einen Staat des ➤Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder in die Schweiz, gilt dies entsprechend für einen Rücktransport in diesen Staat.

Unsere Erstattung wird nicht auf einen Bonus oder auf bestehende Selbstbehalte (siehe III.1. und 2. des Tarifs) angerechnet.

Zur Abklärung und Organisation eines Rücktransports schalten Sie bitte unseren Auslandsnotruf unter der Telefonnummer **+49 711/6603-3930** ein.

5.2 Was erstatten wir, wenn der Versicherte im Ausland stirbt?

5.2.1 Was erstatten wir für eine Überführung?

Wir erstatten 100% der notwendigen Kosten, die entstehen, um den Versicherten an seinen Wohnsitz in Deutschland zu überführen. Wird der Versicherte aus dem europäischen Ausland überführt, erstatten wir maximal 5.000 €, ansonsten maximal 10.000 €.

Verlegt der Versicherte seinen Wohnsitz in einen anderen Staat der ➤EU, in einen Staat des ➤EWR oder in die Schweiz, gilt dies entsprechend für eine Überführung in diesen Staat.

Unsere Erstattung wird nicht auf einen Bonus oder auf bestehende Selbstbehalte (siehe III.1. und 2. des Tarifs) angerechnet.

5.2.2 Was erstatten wir für eine Bestattung außerhalb Deutschlands?

Bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes erstatten wir 100% der Kosten, die entstehen, um den Versicherten außerhalb Deutschlands zu bestatten.

Dabei erstatten wir höchstens die Kosten, die bei einer Überführung an seinen Wohnsitz in Deutschland gemäß II.5.2.1 erstattet worden wären.

Verlegt der Versicherte seinen Wohnsitz in einen anderen Staat der ➤EU, in einen Staat des ➤EWR oder in die Schweiz, erstatten wir höchstens die Kosten, die gemäß II.5.2.1. bei einer Überführung an den Wohnsitz dort erstattet worden wären.

Unsere Erstattung wird nicht auf einen Bonus oder auf bestehende Selbstbehalte (siehe III.1. und 2. des Tarifs) angerechnet.

6. Was erstatten wir für ➤digitale Gesundheitsanwendungen?

6.1 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 23) 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.

6.2 Wir erstatten im Versicherungsfall 80% der Kosten für andere digitale Gesundheitsanwendungen als die in Abs. 6.1 genannten bis zu maximal 1.600 € für jeden Versicherten im Kalenderjahr, soweit wir Ihnen dies vorher schriftlich zugesagt haben.

6.3 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.

6.4 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.

7. 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 XL 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 XL Bonus (siehe III.1.) versichert, erfolgt die beitragsfreie Mitversicherung des Kindes nur, wenn es im Tarif NK.select XL 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 XL 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 XL 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 XL 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 XL 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 XL 600	600 €	300 €
NK.select XL 1200	1.200 €	600 €
NK.select XL 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. 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.

VI. Welche Leistung können wir ändern?

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

- betragsmäßig festgelegte Höchstbeträge
- Ersatztaggeld im Krankenhaus gemäß II.4.4
- 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 23) und § 18 Teil I Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (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 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) 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 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) 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 Zuschläge für einen besonderen Komfort

Wir richten uns nach der „Gemeinsamen Empfehlung gemäß § 22 Abs. 1 BPfIV / § 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft“. Diese wurde zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart.

Unser Tipp: Lassen Sie sich vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung vom Krankenhaus bestätigen, dass es sich an diese Preisempfehlung hält.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird.

Beitragsrückerstattung

Unter bestimmten Voraussetzungen zahlen wir bis zu 3 Monatsbeiträge zurück, wenn Sie keine Leistungen beansprucht haben. Die Höhe dieser Rückerstattung wird jährlich festgelegt und ist nicht garantiert.

Belegärztliche Behandlungen

Belegärztliche Behandlungen sind Behandlungen, die durch Belegärzte erbracht werden. Belegärzte im Sinne des \blacktriangleright 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 (BPfIV)

Für öffentliche Krankenhäuser ist im \blacktriangleright Krankenhausentgeltgesetz bzw. in der BPfIV 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 \blacktriangleright 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 \blacktriangleright 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.

Grundpflege

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

Hausgeburt

Eine Hausgeburt ist eine Geburt, die nicht im Krankenhaus oder Geburtshaus/Hebammenhaus durchgeführt wird.

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 1.

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 [Bundespfllegesatzverordnung](#) 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.

Rücktransport

Unter Rücktransport verstehen wir die Beförderung des Versicherten vom Aufenthaltsland zurück nach Deutschland, wenn er krank oder verletzt ist. Dies setzt weiter voraus, dass er deshalb nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen kann.

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 [Fahrt](#)

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.

Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, die in Anhang 2 nicht aufgeführt sind

Damit meinen wir Vorsorgeuntersuchungen, die eventuell zukünftig in den Katalog der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen aufgenommen werden und deshalb in unserem Vorsorgeverzeichnis noch nicht erfasst sind.

Anhang 1 - 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.

	erstattungs- fähig bis zu €		erstattungs- fähig bis zu €
Krankengymnastik / Bewegungsübungen		Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	19,00	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	21,90
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minuten	29,60	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	124,40
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,90	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbau- trainings (MAT) und Medizinischer Trainings- therapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	53,20
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 45 Minuten	52,10	Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer	9,50	Massagen	
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	16,50	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	82,20	• Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	21,00
Bewegungsübungen		• Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	21,00
• als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	11,80	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
• in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	7,60	• Teilbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	29,60
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad		• Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	44,30
• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	35,90	• Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,10
• in einer Gruppe im Bewegungsbad (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	22,50	• Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	14,30
• in einer Gruppe im Bewegungsbad (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	18,00	Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	35,10
		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.	

	erstattungs- fähig bis zu €
Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	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)	18,00
• bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (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 Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	23,40
Heublumensack, Peloidkompressen	14,00
Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	7,10
Trockenpackung	4,80
Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,80
Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	7,10
Abkatschung, 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
Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,00
Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,90
Naturmoor-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	49,80
Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	60,70
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	43,60
• Vollbad	49,80
Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	49,80

	erstattungs- fähig bis zu €
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	29,60
• 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	10,20
• als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,60
• als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch 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
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	14,90
Wärmetherapie mittels Heißluft (auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	8,70
Ultraschall-Wärmetherapie	13,70
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	9,50
Elektrostimulation bei Lähmungen	18,00

	erstattungs- fähig bis zu €		erstattungs- fähig bis zu €
Iontophorese, Phonophorese	9,50	Einzelbehandlung	
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzel- lenbad)	17,20	• bei motorischen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	48,10
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderli- chen Nachruhe	33,40	• bei sensomotorischen oder perzeptiven Stö- rungen, Richtwert: 45 Minuten	63,10
Lichttherapie		• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richt- wert: 60 Minuten	83,20
Behandlung mit Ultraviolettlicht		• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minu- ten	147,50
• als Einzelbehandlung	4,80	• als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Haus- besuchs, einmal pro Behandlungsfall:	
• in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00	• bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit:	
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbe- zirks mit Ultraviolettlicht	4,80	• bei motorisch-funktionellen Störungen	46,90
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	8,00	• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	62,60
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	9,50	• bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	77,90
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Fel- der	13,20	Gruppenbehandlung	
Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)		• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	18,40
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behand- lungsplans, einmal je Behandlungsfall	124,20	• bei sensomotorischen oder perzeptiven Stö- rungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilneh- mer	23,70
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verord- nenden Arzt)	18,00	• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richt- wert: 90 Minuten, je Teilnehmer	43,60
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen		• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minu- ten, je Teilnehmer	80,80
• Richtwert: 30 Minuten	48,10	Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	53,20
• Richtwert: 45 Minuten	67,90	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	23,70
• Richtwert: 60 Minuten	79,30	Podologie	
• Richtwert: 90 Minuten	119,00	Hornhautabtragung an beiden Füßen	30,80
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Ver- laufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind da- neben nicht erstattungsfähig.		Hornhautabtragung an einem Fuß	21,80
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer		Nagelbearbeitung an beiden Füßen	28,90
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	58,00	Nagelbearbeitung an einem Fuß	21,80
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minu- ten	39,80	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehand- lung)	47,90
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	77,80	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehand- lung)	30,80
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minu- ten	64,60	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Or- thonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	223,80
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Ver- laufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind da- neben nicht erstattungsfähig.		Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross- Fraser, einteilig einschließlich Spangenkon- trolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)			
Funktionsanalyse und Erstgespräch, ein- schließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	48,10		

	erstattungs- fähig bis zu €
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.

Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	75,90
Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,00
Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	12,70

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	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	7,60
• Rehasport im Wasser	8,70
• Rehasport in Herzgruppen	9,80
• Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	13,80
Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:	
• allgemeiner Rehasport	9,80
• Rehasport im Wasser	12,70
• Rehasport in Kinderherzgruppen	18,40
• Rehasport für schwerstbehinderte Kinder	18,40
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	7,60

	erstattungs- fähig bis zu €
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg ist die Abrechnung von ärztlich verordnetem Hausbesuch und Fahrtkosten nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	

Anhang 2 - Verzeichnis für Vorsorgeuntersuchungen/Schutzimpfungen

Wir erstatten die Kosten für Vorsorge- und Check-up-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (vgl. II.1.8 sowie II.3.4) bzw. für Schutzimpfungen (vgl. II.1.9) soweit diese gemäß nachfolgend aufgeführter Tabelle abgerechnet wurden. Die Erstattung dafür wird 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		GOÄ-Ziffer
Vorsorgeuntersuchung für Männer			
Urologische Vorsorge			
• Anamnese	28	• 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
• Inspektion und Abtasten der äußeren Geschlechtsorgane		• Vaginaler Ultraschall als Vorsorge für Eierstockkrebs	410, 403
• Enddarmaustastung zur Untersuchung der Prostata		• Kolposkopie	1070
• Untersuchung örtlicher Lymphknoten		• Sonographie Brust	418, 420 (2x)
• Beratung zum Untersuchungsergebnis		Mammographie-Screening	
• Sonographie	410, 420 (3x), 401, 403	• Gezielte Anamnese	1/3
		• Beratung zum Untersuchungsergebnis	
Früherkennung Prostatakrebs		• Röntgen-Untersuchung (Mammographie-Screening) der Brust	5266 (2x)
• PSA-Bestimmung		• Zuschlag für digitale Radiographie	5298 (2x)
• Blutentnahme	250	• Konsiliarische Erörterung	60
• Prostataspezifisches Antigen (PSA)	3908.H3	Chlamydien-Screening	
• PCA-3-Test		• PCR-Test	297, 4780, 4783, 4785
• Prostatamassage	11/1775	alternativ	
• Labor	4780, 4783 (7x), 4785 (2x)	• Schnelltest aus Urin	4504A
Untersuchung der Bauchschlagader		Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen	
• Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta	410, 401, 404	• Erstuntersuchung	
Vorsorgeuntersuchung für Frauen		• Untersuchung/Beratung	23
Gynäkologische Krebsvorsorge		• Blutentnahme	250
• gezielte Anamnese	27	• Harnstreifentest	3511
• Fragen nach Veränderung von Haut oder Brust		• Blutbild	3504/3550
• Abtasten von Brust und Achselhöhlen		• Bestimmung Blutgruppe, Rhesus-Faktor	3982/3983
• Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust		• Bestimmung irregulärer Antikörper	3988, 3989
• Beratung zum Untersuchungsergebnis		• Rötel-Antikörpertest	4387
• Untersuchung der inneren und äußeren Geschlechtsorgane		• Lues-Such-Reaktion	
• Abstrich zur Zellgewinnung vom Muttermund und aus dem Gebärmutterhalskanal mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung der Zellen alternativ	4851/4815a	• 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	415, 1006a
• Doppler-/Duplexsonographische Untersuchungen	1007a, 1008a
• Ersttrimester-Screening	
• Sonographie	415, 420/1006a
• 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)	
• Pauschale zwischen	430 € und 995 €
• 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-Früherkennungsprogramms	1/3, 7, 11
• Beratung zum Untersuchungsergebnis	
• 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
	Sachkosten
	vorbereitende Medikation, Schmerzmittel, Analgosedierung
Hautkrebs-Früherkennung	
• Anamnese	1
• Beratung zum Untersuchungsergebnis	
• 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	29
• körperliche Untersuchung	
• Blutdruckmessung	
• Beratung zum Untersuchungsergebnis	
• 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

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/3789
• Galaktosämie	3776a/3790/3724a
• 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
Kinder-/Jugendlichenuntersuchung U2-U12, J1 und J2	
• Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	26/26a (für J2)
• Zuschlag Kinder bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	K1 (bis zum entsprechenden Alter)

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 23 - 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.

Krankenhausentgeltgesetz [KHEntgG]

§ 17 Wahlleistungen

(1) Neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt oder bei psychotherapeutischen Leistungen von einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten, von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden. Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für nichtärztliche Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben.