

Tarif NK Krankheitskosten-Vollversicherung

Fassung Januar 2021



English version:
www.hallesche.de/pm19u-e-1020.pdf

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 tariflichem Heilmittelverzeichnis
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 325 €
- 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 (siehe „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 € Rechnungsbetrag, 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 Krankentransporte

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, d.h. es werden dann bis zu 720 € von der Leistung abgezogen

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung

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, physiotherapeutische Palliativversorgung, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie, Ernährungstherapie, 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 325 €. 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 eingrenzbaaren 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 erstat-

tungsfähig, 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 funktionstherapeutische 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 Kostenvorschlages 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

- a) 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.
- b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehr-

bettzimmer (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 Wahlleistungen

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

fernung 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 einschließ-

lich des Krankenhaustagegeldes für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz für Wahlleistungen im Krankenhaus.

Die Geburtspauschale gemäß II.1.11, das Geneungstagegeld 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 €
- Tarifstufe NK.1 bei 1.200 €
- Tarifstufe NK.2 bei 600 €
- Tarifstufe NK.3 bei 300 €
- 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 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	34,20
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 Peloid (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 Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	23,40
Heublumensack, Peloidkomresse	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
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	6,30
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,70
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,40
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 €
Iontophorese, Phonophorese	9,50
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzel- lenbad)	17,20
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderli- chen Nachruhe	33,40
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
• als Einzelbehandlung	4,80
• in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbe- zirks mit Ultraviolettlicht	4,80
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	8,00
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	9,50
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Fel- der	13,20
Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behand- lungsplans, einmal je Behandlungsfall	124,20
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verord- nenden Arzt)	18,00
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
• Richtwert: 30 Minuten	48,10
• Richtwert: 45 Minuten	67,90
• Richtwert: 60 Minuten	79,30
• Richtwert: 90 Minuten	119,00
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.	
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer	
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	58,00
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minu- ten	39,80
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	77,80
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minu- ten	64,60
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.	
Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, ein- schließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	48,10

	erstattungs- fähig bis zu €
Einzelbehandlung	
• bei motorischen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	48,10
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Stö- rungen, Richtwert: 45 Minuten	63,10
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richt- wert: 60 Minuten	83,20
• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minu- ten	147,50
• als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Haus- besuchs, einmal pro Behandlungsfall:	
• bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit:	
• bei motorisch-funktionellen Störungen	46,90
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	62,60
• bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	77,90
Gruppenbehandlung	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	18,40
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Stö- rungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilneh- mer	23,70
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richt- wert: 90 Minuten, je Teilnehmer	43,60
• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minu- ten, je Teilnehmer	80,80
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	53,20
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	23,70
Podologie	
Hornhautabtragung an beiden Füßen	30,80
Hornhautabtragung an einem Fuß	21,80
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	28,90
Nagelbearbeitung an einem Fuß	21,80
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehand- lung)	47,90
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehand- lung)	30,80
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
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross- Fraser, einteilig einschließlich Spangenkon- trolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10

	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

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.