



Komfort-Tarif

Teil III – Tarifbedingungen

Preis-Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (PLV)

Heilmittelverzeichnis



Krankheitskostenvollversicherung

Teil III

Krankheitskostenvollversicherungstarife: Komfort0, Komfort1, Komfort2, Komfort3 und Studententarife: Komfort0S, Komfort1S und Komfort2S

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung.

1. Allgemeines, Selbstbehalt, Kooperationen mit Leistungserbringern und Dynamisierung

a) Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen nach tariflichem Umfang für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nach den nachstehend aufgeführten tariflichen Sätzen. Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie für Heilpraktiker, Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten werden erstattet, wenn sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnungen (z.B. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH), Hebammenhilfe Gebührenverordnung (HebGV) und Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten (GOP)) berechnet werden.

Die Leistungen werden bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnungen gezahlt. Für die GOÄ, GOZ und GOP handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des jeweiligen § 5 der Gebührenordnung.

Über die Höchstsätze hinaus wird unter den in Nr. 6. g) genannten Voraussetzungen geleistet.

b) Selbstbehalt

Die Versicherungsleistungen mindern sich um den Selbstbehalt. Der Selbstbehalt beträgt unter Anrechnung aller erstattungsfähigen Leistungen – pro versicherter Person und Kalenderjahr im

Tarif Komfort0 und Komfort0S	0 €
Tarif Komfort1 und Komfort1S	300 €
Tarif Komfort2 und Komfort2S	600 €
Tarif Komfort3	1.500 €

Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte. Bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln gilt das Bezugsdatum. Bei Laborleistungen gilt das Datum, an dem die Laborleistung erbracht wurde.

Beginnt die Versicherung während des 2. Quartals eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich für das restliche Kalenderjahr der Selbstbehalt um 25 %, bei Beginn im 3. Quartal um 50 % und bei Beginn im 4. Quartal um 75 %.

Entsprechendes gilt bei Erhöhung des Selbstbehalts im Falle eines Tarifwechsels für den hinzukommenden Teil des Selbstbehalts. Bei Tarifwechsel mit Herabsetzung des summenmäßigen Selbstbehalts gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt jeweils angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

c) Kooperationen mit Leistungserbringern

Kooperationspartner der HUK-COBURG-Krankenversicherung bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden. Die regionale Verteilung der Kooperationspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus einsehbar unter www.huk.de.

Durch Inanspruchnahme dieser Kooperationspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen.

d) Dynamisierung

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung prüft in regelmäßigen Abständen, ob die im Tarif, wie z.B. unter Hilfsmittel, Sehhilfen, ambulante Kuren, ambulanter Entbindung, Haushaltshilfe, Ersatz-Krankenhaustagegeld, Besonderheiten in den ersten drei Versicherungsjahren bei Zahnersatz und Überführung aufgeführten Leistungsbegrenzungen, Höchst- und Pauschalbeträge im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Diese können zugunsten des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person angepasst werden, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderung an den Versicherungsnehmer folgt.

2. Erstattung bei ambulanter Heilbehandlung

Der Versicherer ersetzt tarifgemäß die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 %. Bei Hilfsmitteln gelten die unter Nr. 2. f) genannten Begrenzungen und Erstattungsätze.

a) ärztliche Leistungen

Erstattet werden Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Leistungen gemäß Nr. 1. a). Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen werden bei medizinischer Notwendigkeit Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächst erreichbaren Arztes erstattet.

b) Heilpraktiker

Erstattet werden Aufwendungen für medizinisch notwendige Leistungen für Heilpraktiker gemäß Nr. 1. a).

c) Transporte und Fahrtkosten im Rahmen von ambulanten Behandlungen

Erstattet werden:

- Notfallkranken Transporte zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus
- Fahrten bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus
- Fahrten zu und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

Werden die o.g. Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, so werden pro Kilometer 100 % des Kilometersatzes gezahlt, der in der jeweils gültigen Fassung des Einkommensteuergesetzes geregelt ist. Ebenso werden auf Nachweis des Versicherungsnehmers die Kosten des preisgünstigsten öffentlichen Verkehrsmittels erstattet.

d) Arznei- und Verbandmittel

Erstattet werden Aufwendungen für medizinisch notwendige Arzneimittel. Auch Verbandsmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Humanmediziner verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht:

- Nahrungsmittel,
- Stärkungspräparate, z.B. Vitamine/Mineralstoffe,
- kosmetische Präparate,
- Potenz-, Verhütungs-, Gewichtsreduktions- und Haarwuchsmittel,
- Präparate zur Raucherentwöhnung, Lifestyle- und Anti-Agingpräparate

sowie

- Mittel, die nicht zu einer gezielten Behandlung einer bestehenden Erkrankung eingesetzt werden.

Vitamin-, Nähr- und Stärkungspräparate werden bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit zur Vermeidung lebensbedrohlicher schwerer gesundheitlicher Schäden, z.B. Morbus Crohn und Mukoviszidose oder während einer Schwangerschaft gezahlt. Ist auf Grund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich, werden die Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondennahrung (enterale Ernährung) und Dauertropfinfusionen (parenterale Ernährung) erstattet.

e) Heilmittel

Erstattet werden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilmittel. Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen und Behandlungen wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie sowie Lichttherapie, Ergotherapie, Logopädie und manuelle Therapie.

Zusätzlich zu den Heilmittelanwendungen wird bei medizinischer Notwendigkeit eines Hausbesuchs Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächsterreichbaren Therapeuten erstattet.

Medizinisch notwendige Heilmittel sind erstattungsfähig, soweit sie von einem staatlich geprüften Angehörigen der Heil- und Hilfsberufe (z.B. Physiotherapeut, Logopäde) angewandt werden.

Bei der Erstattung dieser Aufwendungen werden maximal die Preise des beigefügten Heilmittel-Preisverzeichnisses zu Grunde gelegt.

Es handelt sich um die beihilfefähigen Höchstsätze des Bundesministeriums des Innern. Soweit sich diese verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze, die der tariflichen Erstattung zugrunde gelegt werden. Das Gleiche gilt, wenn neue Positionen in das Verzeichnis der beihilfefähigen Höchstsätze des Bundesministeriums des Innern aufgenommen werden. Die jeweils aktuelle Fassung kann auch über www.huk.de abgerufen werden.

f) Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel.

Als Hilfsmittel gelten technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die eine körperliche Beeinträchtigung unmittelbar mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Sehhilfen werden unter Nr. 2. g) geregelt.

Erstattet werden medizinisch notwendige Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.200 € zu 100 %. Hilfsmittel, die einen Rechnungsbetrag von 1.200 € pro Hilfsmittel übersteigen, werden zu 90 % im tariflichen Umfang erstattet. Sofern das Hilfsmittel über den „Hilfsmittelservice“ (siehe Nr. 6. h)) des Versicherers beschafft wird, werden diese Hilfsmittel zu 100 % erstattet.

Für einzelne Hilfsmittel gelten folgende Höchstrechnungsbeträge:

- Perücken bei krankhaftem Haarausfall bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 €,
- Hörhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Hörhilfe. Als Hörhilfen gelten Hörgeräte apparativ einschließlich dazugehöriger Ohranpassstücke,
- Sehimplantate bis zu einem Rechnungsbetrag von 20.000 €,
- Schlafapnoe-Geräte (z.B. CPAP-/BiPAP-/Bilevel-Geräte) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.250 €,
- Prothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 15.000 € pro Prothese,
- C-LEG-Prothesen bis zu einem Rechnungsbetrag von 30.000 €,
- Individuell angepasste Sitzschalensysteme bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.000 €,
- Krankenfahrstühle (ggf. inkl. Zubehör und Antrieb) bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.500 €,
- Orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € pro Kalenderjahr.

Bei Prothesen-BH und -Badeanzügen erfolgt der Abzug eines Eigenanteils von 50 % des Rechnungsbetrags. Einlagen und orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind auf maximal 3 Paar pro Kalenderjahr begrenzt.

Nicht genannte Hilfsmittel werden bei medizinischer Notwendigkeit ebenfalls erstattet.

Anschaffungskosten eines Blindenführhundes werden inklusive eines Einführungstrainings erstattet.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für das Ausleihen und die Reparatur eines erstattungsfähigen Hilfsmittels.

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel mit geringem therapeutischem Nutzen und solche, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind. Für Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel wie Strom oder Batterien wird nicht geleistet.

g) Sehhilfen

Erstattet werden medizinisch notwendige Sehhilfen einschließlich Reparaturkosten unabhängig von der Art und Anzahl bis maximal 600 € innerhalb von zwei Kalenderjahren. Bei Nutzung eines Kooperationspartners erhöht sich der Erstattungsanspruch auf 750 € innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Der Höchstbetrag bezieht sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen des Bezugsjahres der Sehhilfen sowie des vorangegangenen Kalenderjahres.

Die Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

Aufwendungen für eine Korrektur der Sehschärfe mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operation) oder Kunstlinsen-Operation werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 € (500 € pro Auge) erstattet.

h) ambulante Kuren und medizinische Rehabilitation

Unter einer Kur bzw. medizinischen Rehabilitation sind alle Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit bzw. der Erwerbsfähigkeit, insbesondere ambulante und stationäre Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder Kurort (Sanatorium) in Deutschland zu verstehen. Eine Kur bzw. medizinische Rehabilitation liegt dann vor, wenn unter ärztlicher Aufsicht und mit ärztlicher Betreuung nach einem bestimmten Plan aufgrund gemachter Erfahrungen natürliche und ortsgebundene Mittel angewendet werden, um die Gesundheit zu fördern.

Erstattet werden bei einer ambulanten Kurbehandlung bzw. medizinischen Rehabilitation bis zur Dauer von 35 Tagen, für die anderweitig (zum Beispiel über die Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft etc.) kein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung besteht, die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe.

Weist der Versicherungsnehmer die erstattungsfähigen Aufwendungen mit einer Pauschalabrechnung nach, so wird zur Abgeltung dieser Pauschalabrechnung ein Tagegeld in Höhe von 30 € bis zu einer Dauer von maximal 35 Tagen gezahlt.

Ein erneuter Leistungsanspruch für ambulante und/oder stationäre Kuren bzw. medizinischen Rehabilitation entsteht nach Ablauf von 36 Monaten ab Beginn der letzten Kurmaßnahme, unabhängig von deren Zielrichtung.

Die Erstattung umfasst auch Vater/Mutter-Kind-Kuren, sofern für die zu behandelnden Personen jeweils medizinische Notwendigkeit und Versicherungsschutz besteht.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung.

i) ambulante Anschlussheilbehandlung

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Anschlussheilbehandlungen. Gezahlt werden die Aufwendungen bis zur Dauer von 35 Tagen für ärztliche Behandlung und physikalische Therapie, sofern sich die Maßnahme unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation anschließt. Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die Maßnahme innerhalb von 28 Tagen beginnt, es sei denn die Einhaltung dieser Frist ist aus medizinischen Gründen (z.B. nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) nicht möglich.

j) ambulante Psychotherapie

Erstattet werden Aufwendungen für eine medizinisch notwendige ambulante Psychotherapie gemäß Nr. 1. a). Voraussetzung für eine Leistung ist, dass die ambulante Psychotherapie von einem

Arzt oder einem im Arztregister eingetragenen approbierten Psychotherapeuten bzw. Kinder- oder Jugendpsychotherapeuten durchgeführt wird.

Eine vorherige Zusage ist nicht erforderlich. Wenn der Versicherungsnehmer vorher eine Zusage einholt, unterstützt die HUK-COBURG-Krankenversicherung auf Wunsch bei der Suche nach Ärzten und Psychotherapeuten.

k) Schutzimpfungen

Erstattet werden Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, soweit es sich um Schutzimpfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie, Gripeschutz und Zeckenschutzimpfungen sowie um die empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland handelt.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Impfungen aufgrund von Auslandsreisen mit Ausnahme der unter 2. w) genannten Impfungen.

l) Schwangerschaft und ambulante Entbindung

Erstattet werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen für Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft. Erstattet werden Maßnahmen zur Pränataldiagnostik als erweiterte Schwangerschaftsvorsorge bis maximal insgesamt 2.000 € und Geburtsvorbereitung und Schwangerschaftsgymnastik bei Hebammen und Physiotherapeuten. Bei Hausentbindungen werden die Hebammenkosten sowie Kosten für ärztliche Behandlung erstattet. Außerdem wird zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z.B. Haushaltshilfe) eine einmalige Pauschale in Höhe von 500 € pro ambulanter Entbindung gezahlt. Ein Anspruch gemäß Nr. 2. r) besteht dann nicht.

m) Maßnahmen zur Erlangung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung)

Erstattet werden Aufwendungen für nach deutschem Recht zulässige medizinisch notwendige Maßnahmen zur Erlangung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung).

Voraussetzungen für eine Erstattung sind, dass

– die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren bzw. bei Partnern in eingetragener Lebenspartnerschaft erfolgt

und

– eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann

und

– eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht

und

– zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu 6 Inseminationszyklen sowie entweder bis zu 4 Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu 4 Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF.

Besteht ein Anspruch des bei uns nicht versicherten Partners auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem anderen Privaten Krankenversicherer oder einem sonstigen Leistungsträger, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung dieser Leistungsträger verbleiben.

n) Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

Erstattet werden die Kosten bei ambulanter Behandlung gemäß Nr. 1. a) bzw. stationärer Behandlung nach Nr. 3. a) bis d)

- für einen in Deutschland zulässigen und dort durchgeführten Schwangerschaftsabbruch sowie
- für eine Sterilisation, wenn für diese eine medizinische Indikation bei der versicherten Person besteht.

o) ambulante Operationen

Erstattet werden Aufwendungen für ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte gemäß Nr. 1.a).

p) ambulante Palliativversorgung

Eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung liegt vor, wenn eine versicherte Person mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt. Die Palliativversorgung zielt dabei darauf ab, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Erstattet werden Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu 100 %, sofern die spezialisierte ambulante Palliativversorgung über den Versicherer beschafft wird. Die HUK-COBURG-Krankenversicherung vermittelt hierzu qualifizierte Dienstleister (z.B. ambulante Pflegedienste), die die Versorgung übernehmen.

Bei Beschaffung durch die versicherte Person ohne Einschaltung des Versicherers bzw. fehlender Zusage des Versicherers sind die Kosten auf die Höhe begrenzt, die entstanden wären, wenn die HUK-COBURG-Krankenversicherung die spezialisierte ambulante Palliativversorgung vermittelt hätte. Es wird empfohlen, rechtzeitig vor Beginn der Behandlung Kontakt mit der HUK-COBURG-Krankenversicherung aufzunehmen, um die Kostenübernahme zu klären.

q) Gebärdensprachdolmetscher

Erstattet werden die Aufwendungen für die Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers/in bei medizinisch notwendigen Behandlungen, wenn die versicherte Person hörbehindert ist oder eine Behinderung mit besonders starker Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit vorliegt. Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer von der versicherten Person nur mit Hilfe eines Gebärdensprachdolmetschers/in die benötigten Informationen erhält und/oder der versicherten Person vom Leistungserbringer die erforderlichen Hinweise nur so vermittelt werden können.

Erstattungsfähig sind die nachgewiesenen Aufwendungen bis zum Stundensatz in der jeweiligen Fassung des JVEG (Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz).

r) Haushaltshilfe

Erstattet werden die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe, wenn einer versicherten Person auf Grund Krankheit oder Unfallfolgen strenge Bettruhe ärztlich verordnet wurde und eine stationäre Behandlung grundsätzlich geboten ist, die jedoch durch die Haushaltshilfe vermieden oder verkürzt wird.

Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein minderjähriges Kind der versicherten Person lebt, für dessen Versorgung kein Angehöriger zur Verfügung steht. Die Haushaltshilfe muss ärztlich verordnet sein. Der tarifgemäßen Erstattung zu Grunde gelegt werden maximal 20 € Rechnungsbetrag für jeden vollen Kalendertag (0 bis 24 Uhr), um den ein akutstationärer Krankenhausaufenthalt durch den Einsatz einer Haushaltshilfe verkürzt oder vermieden wird.

s) häusliche Krankenpflege

Erstattet werden die Aufwendungen für die ärztlich verordnete Behandlungspflege innerhalb Deutschlands bei schweren Erkrankungen, die eine 24-stündige Überwachung aufgrund künstlicher Beatmung und eine medizinische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege von medizinisch ausgebildeten Fachkräften erfordern.

Voraussetzungen für die Erstattung sind, dass hierdurch Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen und/oder stationäre Krankenhausaufenthalte verringert oder vermieden werden und die Behandlungspflege über die HUK-COBURG-Krankenversicherung beschafft wird oder vor Behandlungsbeginn eine Zusage durch den Versicherer vorliegt. Die HUK-COBURG-Krankenversicherung vermittelt hierzu qualifizierte Dienstleister (z.B. ambulante Pflegedienste), die die Versorgung übernehmen.

Bei Beschaffung durch die versicherte Person ohne Einschaltung des Versicherers bzw. bei fehlender Zusage durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung sind die Kosten auf die Höhe begrenzt, die entstanden wären, wenn die HUK-COBURG-Krankenversicherung die häusliche Krankenpflege vermittelt hätte. Die HUK-COBURG-Krankenversicherung empfiehlt rechtzeitig vor Beginn der Behandlungspflege eine Kontaktaufnahme, um die Kostenübernahme zu klären.

t) ambulante Entziehungsmaßnahmen

Die Erstattung erfolgt gemäß § 5 (1.2) der AVB im tariflichen Umfang.

u) Organtransplantation und Knochenmarkspende

Erstattet werden Aufwendungen für eine Organtransplantation gemäß der Selbstverpflichtung der PKV (siehe Anhang der AVB) sowie die Kosten für

- die Typisierung zur Aufnahme in die Knochenmark-/Organspendedatei
- das Registrieren des Empfängers für die Transplantation
- die Aktivierungsgebühr, die Betriebskostenpauschale und die Suchkosten (Fremdspendersuche).

v) Medizinische Schulungen für chronisch Kranke

Erstattet werden Aufwendungen für Erst- und Folgeschulungen, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis bis maximal 500 Euro innerhalb von drei Kalenderjahren.

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

w) Präventionsmaßnahmen

Erstattet werden pro Kalenderjahr insgesamt bis zu zwei Präventionskurse aus unterschiedlichen Bereichen (Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung, Suchtprävention, Raucherentwöhnung) sowie Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes. Präventionskurse und Auslandsschutzimpfungen sind zusammen bis maximal 100 € pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

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

3. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung

Der Versicherer ersetzt tarifgemäß die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 %.

a) Allgemeine Krankenhausleistungen

Als Allgemeine Krankenhausleistungen gelten:

- der allgemeine Pflegesatz,
- die besonderen Pflegesätze und
- die Abrechnungssätze gemäß Bestimmungen zum Fallpauschalensystem (DRG).

Erstattet werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für medizinisch notwendige Aufenthalte.

b) stationäre Transportkosten

Erstattet werden medizinisch notwendige professionelle Kranken- und Rettungstransportkosten zum und vom nächsten geeigneten Krankenhaus.

c) Wahlleistungen

Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (einschl. der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechnete ärztliche und medizinische Leistungen (z. B. Chefarzt, Belegarzt sowie Beleghebamme/-entbindungspfleger).

Erstattet werden ärztliche Wahlleistungen für medizinisch notwendige stationäre Behandlungen im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens gemäß Nr. 1. a).

d) Ersatz-Krankenhaustagegeld

Bei Verzicht auf gesondert berechnete Unterkunft wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 40 € gezahlt. Werden keine gesondert berechneten ärztlichen Leistungen geltend gemacht, wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 € erstattet. Werden weder der Leistungsanspruch für gesondert berechnete Unterkunft noch gesondert berechnete ärztliche Leistungen geltend gemacht, wird ein Tagegeld von insgesamt 70 € geleistet.

Das Ersatz-Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (0 bis 24 Uhr) des medizinisch notwendigen und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes erstattet. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein Tag gewertet.

e) Stationäre Psychotherapie

Erstattet werden bei stationärer Psychotherapie die Aufwendungen nach Nr. 3. a) bis d) für bis zu 30 Behandlungstage je Kalenderjahr.

Erfolgt die stationäre Psychotherapie in einer Kooperationsklinik der HUK-COBURG-Krankenversicherung, entfällt die Begrenzung auf 30 Behandlungstage. Die Zahlung eines Ersatz-Krankenhaustagegelds gemäß Nr. 3. d) ist auf 30 Tage begrenzt.

f) gemischte Krankenanstalten

Erstattet werden für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausaufenthalte die Leistungen der gemischten Krankenanstalten.

g) Schwangerschaft und Entbindung

Erstattet werden die unter Nr. 3. a) bis d) genannten Leistungen für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim.

Sofern eine Pauschale für das gesunde Neugeborene in Rechnung gestellt wird, sind diese Aufwendungen im Rahmen der Allgemeinen Krankenhausleistungen des bestehenden Versicherungsschutzes der Mutter erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt des behandlungsbedürftigen Säuglings nach der Entbindung werden aus dessen Krankheitskostenversicherung erstattet.

h) Mitaufnahme einer Begleitperson (Rooming-in)

Ist im Rahmen eines stationären Aufenthaltes nach Nr. 3. a) die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, werden die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten einer Begleitperson erstattet.

i) Stationäre Kur und Sanatoriumsbehandlung sowie medizinische Rehabilitation

Erstattet werden bei einer stationären Kurbehandlung/Sanatoriumsbehandlung sowie medizinischen Rehabilitation in Deutschland die Kosten gemäß Nr. 2. h), sofern die dort genannten Merkmale einer Kur erfüllt sind.

Die Erstattung umfasst auch Vater/Mutter-Kind-Kuren, sofern für die zu behandelnden Personen jeweils medizinische Notwendigkeit und Versicherungsschutz besteht.

j) stationäre Anschlussheilbehandlungen

Erstattet werden die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen (AHB). Darüber hinaus wird im Anschluss an eine onkologische Akutbehandlung innerhalb der drei Folgejahre je eine onkologische Anschlussheilbehandlung pro Kalenderjahr übernommen.

Gezahlt werden die Aufwendungen nach Nr. 3. a) bis d), sofern die Maßnahme in Deutschland durchgeführt wird und sich an eine stationäre Krankenhausbehandlung unmittelbar anschließt.

Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die Maßnahme innerhalb von 28 Tagen beginnt, es sei denn die Einhaltung dieser Frist ist aus medizinischen Gründen (z.B. nach Strahlentherapie zur Tumorbehandlung) nicht möglich.

Werden die genannten Maßnahmen in einer Kooperationsklinik der HUK-COBURG-Krankenversicherung durchgeführt, wird je vollen Kalendertag (0 bis 24 Uhr) zusätzlich ein Krankenhaustagegeld von 10 € ausgezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein Tag gewertet.

Besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung aus der gesetzlichen Unfall- oder Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, einer gesetzlichen Heil- oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

k) stationäre Entziehungsmaßnahmen

Erstattet werden Entziehungsmaßnahmen unter den in § 5 (1.2) der AVB genannten Voraussetzungen gemäß Nr. 3. a). Ein Krankenhaus- oder Ersatzkrankenhaustagegeld wird nicht ausgezahlt.

l) Hospizversorgung

Erstattet werden die Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, in dem die palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, unter den Voraussetzungen und in Höhe der entsprechenden Regelungen der Beihilfavorschriften des Bundes in der jeweils gültigen Fassung (derzeit § 40 Abs. 2 BBhV). Weiterhin ist erforderlich, dass die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf.

m) längerer Krankenhausaufenthalt/Hospizversorgung

Ab dem 91. Tag eines ununterbrochenen Krankenhaus-/Hospizaufenthaltes (gemäß Nr. 3. a) und l)) erfolgt eine Leistung in Höhe des tatsächlich für den Zeitraum zu zahlenden Beitrags der Krankheitskostenvollversicherung für die versicherte Person bis zum Ende dieses Krankenhaus-/Hospizaufenthaltes.

4. Erstattung bei zahnärztlicher Behandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Der Versicherer ersetzt tarifgemäß die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den jeweils genannten Prozentsätzen.

a) Zahnbehandlung/Zahnvorsorge

Als im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens erstattungsfähige Zahnbehandlungen gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, ferner Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie die mit den genannten Behandlungen in Zusammenhang stehende zahnärztliche Strahlendiagnostik sowie Heil- und Kostenpläne.

Darüber hinaus sind pro Kalenderjahr und versicherter Person neben den Aufwendungen für Zahnvorsorge (z.B. Individualprophylaxe) zweimal die Kosten für professionelle Zahnreinigung erstattungsfähig.

Erstattet werden die medizinisch notwendigen Leistungen gemäß Nr. 1. a) zu 100 %.

b) Zahnersatz/Inlays

Als Zahnersatz (Honorar sowie Material- und Laborkosten) gelten prothetische, implantologische (z.B. Implantate, Stifzähne, Brücken) sowie augmentative Leistungen (z.B. Knochenaufbau), Versorgung mit Kronen (z.B. Voll- und Teilkronen, Onlays) jeder Art, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z.B. Entfernen von Zähnen, Wurzelbehandlungen oder Provisorien sowie die mit den genannten Behandlungen in Zusammenhang stehende zahnärztliche Strahlendiagnostik sowie Heil- und Kostenpläne.

Verblendungen bei Zahnersatz werden im Frontzahnbereich jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.

Zur Inlayversorgung (Honorar sowie Material- und Laborkosten) zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. Wurzelbehandlung).

Erstattet werden die ärztlichen Honorarkosten gemäß Nr. 1. a) zu – 80 %.

Erstattet werden die Material- und Laborkosten zu

– 80 %

– 90 %, wenn ein Kooperationspartner der HUK-COBURG-Krankenversicherung in Anspruch genommen wird.

Erstattungshöchstsätze:

Bei der Erstattung dieser Aufwendungen werden maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (BEL) in seiner jeweils gültigen Fassung zu Grunde gelegt. Die Erstattungshöchstsätze sind im beigefügten Preis-/Leistungsverzeichnis (PLV) für zahntechnische Leistungen niedergelegt. Darüber hinaus sind im PLV auch Erstattungshöchstsätze für nicht im BEL geregelte zahntechnische Leistungen, wie z.B. Inlays oder Keramikronen, enthalten.

Soweit sich die jeweils teuersten Höchstsätze des BEL verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze der entsprechenden Positionen des PLV. Bei Positionen des PLV, die nicht vom BEL erfasst sind, erfolgt eine Anpassung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderung der Höchstsätze des BEL. Die jeweils aktuelle Fassung des PLV kann auch über www.huk.de abgerufen werden.

c) Kieferorthopädie

Erstattet werden die Honorarkosten des Kieferorthopäden sowie die mit den genannten Behandlungen in Zusammenhang stehende zahnärztliche Strahlendiagnostik sowie Heil- und Kostenpläne gemäß gemäß Nr. 1. a) zu

– 80 %.

Erstattet werden die Material- und Laborkosten zu

– 80 %

– 90 %, wenn ein von der HUK-COBURG-Krankenversicherung genanntes zahntechnisches Labor in Anspruch genommen wird.

Erstattungshöchstsätze:

Es gelten die Erstattungshöchstsätze gemäß Nr. 4. b).

d) Stationäre Zahnleistungen

Für medizinisch notwendige stationäre Aufenthalte im Zusammenhang mit einer Zahnersatz-/Inlaymaßnahme werden die stationären Leistungen gemäß Nr. 3. a) bis d) nach den Erstattungsprozentsätzen und den Erstattungshöchstsätzen der Nr. 4. b) erstattet.

e) Heil- und Kostenplan

Wenn rechtzeitig vor Beginn der Behandlung bei Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie ein Heil- und Kostenplan eingereicht wird, informiert die HUK-COBURG-Krankenversicherung über die Höhe der zu erwartenden Erstattung. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

f) Besonderheiten in den ersten drei Versicherungsjahren

Die Erstattungen für Zahnersatz, Inlays und Kieferorthopädie sind pro versicherte Person im ersten Versicherungsjahr (siehe § 8 (2.1) der AVB) auf 1.000 €, in den ersten beiden Versicherungsjahren auf insgesamt 2.000 €, in den ersten drei Versicherungsjahren auf insgesamt 3.000 € begrenzt.

Die Begrenzungen entfallen

– ab dem vierten Versicherungsjahr,

– für solche Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme Schäden an der Biss- und Kaufunktion der Zähne verursacht werden.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

5. Erstattung von Aufwendungen während eines Auslandsaufenthaltes, Auslandsreiserücktransport und Überführungskosten

a) Leistungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt

Während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes gemäß § 1 (4) der AVB leistet der Versicherer im tariflichen Umfang, sofern die Inanspruchnahme der Versicherungsleistung im Ausland nicht alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt des Auslandsaufenthaltes war. In Erweiterung zu Nr. 1. a) werden die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstigen Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten zu Grunde gelegt. Sind solche nicht vorhanden, sind Grundlage der Erstattung ortsübliche oder, sofern nicht vorhanden, landesübliche Preise. Der Versicherer erbringt die Tarifleistungen auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthaltes bestehen, sofern im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

Für geplante Behandlungen im Ausland leistet der Versicherer nur in dem Umfang, der bei einer wohnortnahen medizinischen Behandlung in Deutschland entstanden wäre.

Ist eine adäquate Behandlung in Deutschland nicht möglich, leistet der Versicherer auch für gezielt im Ausland durchgeführte Behandlungen in den dort üblichen Kostenrahmen.

b) Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes gemäß § 1 (5) AVB besteht Versicherungsschutz nach den im Aufenthaltsland üblichen Kostenrahmen.

Für Leistungen, die tarifgemäß nur in Deutschland erstattet werden, erfolgt eine Erstattung im Ausland begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Durchführung der Behandlung in Deutschland erstattet worden wären, sofern die Behandlung im Ausland nach deutschem Recht zulässig ist.

c) Anrechnung von Leistungen Dritter

Soweit im Versicherungsfall für Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind, ein Dritter leistungspflichtig ist, oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Die Ansprüche der versicherten Person bleiben hiervon unberührt und unbeeinträchtigt. Soweit aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beansprucht werden kann, steht es dem Versicherungsnehmer frei, wem er den Schadenfall meldet. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der HUK-COBURG-Krankenversicherung, wird diese im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

d) Auslandsreiserücktransport

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt (bis zu 2 Monaten) wird der medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten in Deutschland oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus ausschließlich durch den Versicherer organisiert, wenn der Versicherte im Ausland akut und unvorhergesehen erkrankt oder im Ausland verunfallt. Dies gilt auch bei einer akuten und unvorhergesehenen Verschlechterung einer bereits bestehenden Erkrankung. Der Rücktransport wird auch organisiert, wenn die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder wenn nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde.

Sofern mit dem Versicherer eine Vereinbarung über einen über 2 Monate hinausgehenden Auslandsaufenthalt getroffen wurde (vgl. § 1 (4.1) der AVB), werden auch Auslandsrücktransporte – entsprechend dieser Regelung – bis zum vereinbarten Ende des Auslandsaufenthalts organisiert.

Keine Leistungspflicht besteht, soweit der Rücktransport nicht durch uns organisiert wurde. Für den Rücktransport bietet die HUK-COBURG-Krankenversicherung einen 24h-Kontakt an (siehe Nr. 6. b)).

e) Überführung

Wir übernehmen für die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 10.000 € Versicherungsleistung. Aufwendungen für die Bestattung einer versicherten Person im Ausland übernehmen wir bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

6. Serviceleistungen

Die Telefonnummern der genannten Hotlines können unter www.huk.de abgerufen oder in den Vertragsunterlagen eingesehen werden.

a) Medizinische Informationen und Beratung bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung

Über die „medizinische Hotline“ stellt die HUK-COBURG-Krankenversicherung rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr Informationen zum Thema Gesundheit und Auskunft im Krankheitsfall, zu Medikamenten, verschiedenen Behandlungsmethoden, Spezialkliniken und Fachärzten zur Verfügung.

b) 24h-Kontakt bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen stellt die HUK-COBURG-Krankenversicherung einen 24h-Kontakt mit wichtigen Leistungen, wie z.B. Organisation von Auslandsrücktransporten, tarifliche Kostenübernahme bei Krankenhausaufenthalten, Vermittlung und Benennung von deutsch-/englischsprachigen Ärzten/Krankenhäusern, zur Verfügung. Der 24h-Kontakt ist im Ausland mit der jeweils gültigen Vorwahl für Deutschland unter 69 6655544 erreichbar.

c) Gesundheitsportal

Unter der Internetadresse www.huk.de können umfassende Informationen rund um das Thema Gesundheit und Aktuelles aus Medizin und Forschung abgerufen werden.

d) Juristische Hilfestellung

Bei Fragen zu Abrechnungen von Leistungserbringern oder etwaigen Diagnose- und Behandlungsfehlern kann Rat über die „juristische Hotline“ eingeholt werden.

e) Schnelligkeitsgarantie

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung garantiert eine schnelle Bearbeitung der Leistungsanträge innerhalb von zwei Wochen. Sollte dies nicht innerhalb dieses Zeitraums geschehen, zahlt sie als „Entschuldigung“ 10 €. Die zwei Wochen zählen ab Posteingang bei der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Feiertage innerhalb dieses Zeitraums verlängern die Frist entsprechend. Voraussetzung hierfür ist lediglich, dass der Leistungsscheck verwendet wird.

f) Gebührenrechtliche Unterstützung

Bei Fragen zum Gebührenrecht bietet die HUK-COBURG-Krankenversicherung Unterstützung bei Streitfragen und bei der Abwehr von ungerechtfertigten Ansprüchen. Auf Wunsch wird die Kommunikation mit den Leistungserbringern wie mit Ärzten oder Krankenhäusern übernommen.

g) Spezialistensuche

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung unterstützt auf Wunsch für Behandlungen im tariflichen Rahmen bei der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten und Ärzten. Ist die Behandlung bei einem von der HUK-COBURG-Krankenversicherung benannten Arzt nur zu Gebührensätzen möglich, die im Rahmen einer Honorarvereinbarung über den Höchstsätzen der Gebührenordnung geregelt werden, so werden diese übernommen.

h) Hilfsmittelservice

Ab einem Rechnungsbetrag von 1.200 € kann die HUK-COBURG-Krankenversicherung mit der Beschaffung des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner beauftragt werden. In diesem Fall sind die Rückholung, der Austausch und die Reparatur des Hilfsmittels sowie ein Notrufdienst durch den jeweiligen Kooperationspartner gewährleistet. Die Versorgung mit dem Hilfsmittel kann auch leihweise erfolgen. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich in diesem Fall gemäß Nr. 2. f) auf 100 %.

i) Zweitmeinungsservice

Vor geplanten Operationen bzw. Behandlungen von schwerwiegenden Erkrankungen werden die Aufwendungen für eine Zweitmeinung eines spezialisierten Arztes erstattet, der auf Wunsch des Versicherten einen ärztlichen Rat erteilt, sofern dies durch die HUK-COBURG-Krankenversicherung organisiert wird.

7. Optionsrechte, Elternzeit

a) Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann für jede im Vertrag nach Tarif Komfort versicherte Person verlangen, dass die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung in für das Neugeschäft geöffnete höherwertige Tarife umgestellt wird.

Die Umstellung kann nur zum 01.01. (erstmalig zum 01.01. des 6. Versicherungsjahres) erfolgen, wenn vor dem Umstellungszeitpunkt 5 Versicherungsjahre (siehe § 8 (2.1) der AVB) lang ununterbrochen Versicherungsschutz im derzeitigen Tarif bestand. Wird diese Option nicht wahrgenommen, beginnt die 5-Jahres-Frist erneut.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- die versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im neuen Tarif
- und
- innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Umstellung bestand kein Beitragsverzug
- und
- der Versicherungsnehmer beantragt spätestens bis zum 31.10. vor dem Umstellungstermin den Tarifwechsel.

Diese Regelungen gelten im gleichen Maß für den Wechsel in eine andere Stufe des Tarifs Komfort mit niedrigerem oder ohne Selbstbehalt.

Bei Optionsausübung werden bereits bestehende Sondervereinbarungen entsprechend übernommen.

Dieses Optionsrecht lässt die Rechte aus § 1 (6) der AVB unberührt.

Vorversicherungszeiten in Tarifen anderer privater Krankenversicherungsunternehmen werden beim Versichererwechsel zur HUK-COBURG-Krankenversicherung (erstmaliger Vertragsschluss mit dem Tarif Komfort) auf die o.g. Versicherungsdauer von fünf Jahren nicht angerechnet. Gleiches gilt für Versicherungszeiten in einer bei der HUK-COBURG-Krankenversicherung bestehenden Krankheitskostenteilversicherung (Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung), wenn diese Zusatzversicherung auf den Tarif Komfort umgestellt wird.

Die Dauer von 5 ununterbrochenen Versicherungsjahren verlängert sich um die Zeiten, in denen der Tarif Komfort als Anwartschaftsversicherung (z.B. auf Grund gesetzlicher Versicherungspflicht) oder mit den besonderen Bedingungen S für Ausbildungszeiten geführt wird. Das Optionsrecht kann dann zum nächsten 01.01. wahrgenommen werden, der auf die beschriebene Verlängerung folgt.

Für die Höhe der Beiträge ist jeweils das zum Zeitpunkt des Tarifwechsels erreichte Alter maßgebend. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

b) Elternzeit

Wechseln die versicherten Personen auf Grund von Elternzeit gemäß des Bundeserziehungsgeldgesetzes (BERzGG) oder auf Grund von Bezug von Elterngeld in leistungsschwächere Krankheitskostenvollversicherungstarife, verpflichtet sich der Versicherer, einen Antrag auf Rückumstellung mit Wirkung zum Zeitpunkt des Wegfalls der Elternzeit bzw. des Elterngeldbezugs ohne neue Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten anzunehmen. Der Antrag auf Rückumstellung muss spätestens innerhalb von 2 Monaten nach Ende der Elternzeit bzw. des Bezugs von Elterngeld zum Ende der Elternzeit bzw. Ende des Bezugs von Elterngeld gestellt werden. Die Elternzeit bzw. die Dauer des Bezugs von Elterngeld ist dem Versicherer nachzuweisen.

Die Rechte aus § 1 (6) AVB bleiben hiervon unberührt.

Für die Höhe der Beiträge ist jeweils das zum Zeitpunkt des Tarifwechsels erreichte Alter maßgebend. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

8. Beitragsrückerstattung

Zur Beitragsrückerstattung werden die in der Bilanz hierfür zurückgestellten Mittel verwendet. Für die Bildung dieser Rückstellung, die Festlegung der berechtigten Tarife und die Höhe einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift sind die Grundsätze des Versicherungsaufsichtsgesetzes und die dazu erlassenen Rechtsverordnungen maßgebend, deren Einhaltung von der Aufsichtsbehörde überwacht wird.

Wird für die festgelegten Tarife eine Beitragsrückerstattung eingeräumt, so sind alle Personen teilnahmeberechtigt,

- die während des ganzen abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahres) nach diesen Tarifen versichert waren
- und
- für das abgelaufene Kalenderjahr weder Aufwendungen zur Erstattung noch zum Nachweis der Erbringung eines vereinbarten Selbstbehalts vorgelegt haben (Werden für den maßgeblichen Zeitraum jedoch ausschließlich Aufwendungen für in § 1 (2) b) und (2.1) der AVB genannte Untersuchungen bzw. Zahnvorsorgemaßnahmen und professionelle Zahnreinigung gemäß Krankheitskostentarif Nr. 4. a) – auch im Rahmen eines etwaig bestehenden Selbstbehaltes – zur Erstattung vorgelegt, bleibt die Teilnahmeberechtigung bestehen.)
- und
- während des abgelaufenen Kalenderjahres ohne Beitragsrückstand versichert waren
- und
- bis 30. Juni des Folgejahres nach diesen Tarifen ohne Beitragsrückstand noch versichert sind.

Die Teilnahmeberechtigung bleibt auch dann erhalten, wenn die Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahres durch Tod oder Eintritt der Pflichtversicherung endet. Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann jedoch davon abhängig gemacht werden, dass die vorgenannten Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinanderfolgende Kalenderjahre erfüllt sind.

Für die Jahre in denen – wenn auch nur vorübergehend – eine Anwartschaftsversicherung bzw. ein beitragsfreies Ruhen besteht oder bestand, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird im 2. Halbjahr des Folgejahres vorgenommen.

Die ausschließliche Verwendung der in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge zu Gunsten der Versicherten kann auch geschehen durch Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen sowie in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung). In diesen Fällen bestimmt der Vorstand den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.

Die Beteiligung der Versicherten an den Überschüssen erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

9. Monatsbeiträge

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

10. Besondere Bedingungen S für Ausbildungszeiten nach Tarif Komfort

- a) Versicherungsfähig nach diesen Besonderen Bedingungen sind Personen, die eine Ausbildung/Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben sowie deren nicht berufstätige Ehegatten oder deren Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.
- b) In Erweiterung zu § 1 (4) AVB besteht auch im außereuropäischen Ausland bis zu 1 Jahr bzw. 2 Studiensemestern Versicherungsschutz.
- c) Abweichend von Nr. 2. h) und Nr. 3. i) besteht für ambulante und stationäre Kuren und Sanatoriumsaufenthalte und medizinische Rehabilitation kein Versicherungsschutz.

Anschlussheilbehandlungen werden gemäß Nr. 2. i) und 3. j) der Krankheitskostentarife Komfort erstattet.

d) In den Beiträgen der Tarife nach den Besonderen Bedingungen ist nach den technischen Berechnungsgrundlagen kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung gemäß § 8 a (2) AVB vorgesehen. Als tarifliches Eintrittsalter gilt das tatsächliche Alter am Tag des Beginns der Versicherung. Mit Ihrem 21. und 34. Geburtstag müssen Sie vom darauffolgenden Monatsersten den neuen Beitrag der entsprechenden dann erreichten Altersgruppe zahlen.

e) Die Versicherung nach den Besonderen Bedingungen endet mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. das Studium endet oder um mehr als 6 Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahrs. Für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz außerdem ab Beginn des Monats, in dem dieser eine Berufstätigkeit aufnimmt.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von 2 Monaten seit seinem Eintritt in Textform anzuzeigen.

f) Mit Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis nach den Besonderen Bedingungen. Der Versicherungsnehmer hat jedoch das Recht, die Versicherung ohne Besondere Bedingungen weiterzuführen, sofern die Umstellung innerhalb von 2 Monaten beantragt wird. Dabei erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Bestand vor dem Beginn der Besonderen Bedingungen eine Krankheitskostenversicherung, für die nach den technischen Berechnungsgrundlagen eine Alterungsrückstellung gebildet wurde, wird diese Alterungsrückstellung nach der Umstellung angerechnet.

g) Besteht im Anschluss an die Ausbildung/Studium Arbeitslosigkeit, so ist für die Dauer der Arbeitslosigkeit, längstens für 12 Monate und längstens bis zur Vollendung des 39. Lebensjahrs, die Fortführung der Krankenversicherung nach den Besonderen Bedingungen möglich. Die Arbeitslosigkeit ist innerhalb von 2 Monaten anzuzeigen. Das Ende der Arbeitslosigkeit ist innerhalb eines Monats mitzuteilen.

h) Solange die Besonderen Bedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch den Zusatz „S“ ergänzt (Tarife Komfort0S, Komfort1S und Komfort2S).

Preis-Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (PLV)

Gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Erstattungsfähige Höchstbeträge (ohne MwSt. und ohne Material)

Nr.	Leistungspositionen	Preis in €	Nr.	Leistungspositionen	Preis in €
1	Modell	7,73 €	40	Verblendung Composite	86,18 €
2*	Implantatmodell / Spezialmodell	25,19 €	41	Zahnfleisch aus Kunststoff	18,04 €
3	Set-up Modell	13,40 €	42	Zahnfleisch aus Composite	23,36 €
4	Stumpfmmodell / Sägemodell / Fräsmmodell / Modell nach Überabdruck	18,19 €	43	Verblendung Keramik	113,21 €
5	Doublieren	20,03 €	44	Zahnfleisch aus Keramik	40,46 €
6	Platzhalter einfügen / Verwendung von Kunststoff / Galvanisieren	16,35 €	45	Konditionierung je Zahn / Flügel	16,08 €
7	Set-up	12,28 €	46	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	15,74 €
8	Zahnkranz sockeln	6,63 €	47	Vorbereiten Krone / Krone einarbeiten / Stiftaufbau einarbeiten	16,26 €
9	Zahnkranz	6,28 €	48	Modellation gießen	22,43 €
10	Modellpaar trimmen	11,87 €	49*	Zuschlag Titan je Krone oder Brückenglied	20,39 €
11	Einstellen in Mittelwertartikulator / Montage inden Mittelwertartikulator oder Fixator	11,35 €	50*	Zuschlag Titan Teleskopkrone	39,60 €
12*	Remontage / Remontage-Modell	31,19 €	51*	Steg	115,17 €
13*	Modellmontage in indiv. Artikulator	16,80 €	52*	Steglasche / Stegreiter	61,19 €
14	Modellpaar sockeln	30,10 €	53*	Steggeschiebe individuell	127,16 €
15*	Montage eines Gegenkiefermodells	9,59 €	54	Individuelles Geschiebe / Ankerbandklammer / Rillen-Schulter-Geschiebe	253,41 €
16*	Einstellen nach Registrat	9,59 €	55*	Primär- / Sekundärteil: indiv. Geschiebe, Ankerbrücke, Ankerklammer, Rillenschulter	129,57 €
17	Basis für Konstruktionsbiss	14,10 €	56	Konfektionsgeschiebe / Konfektionsanker	125,57 €
18	Basis für Vorbissmaßnahme	10,76 €	57	Konfektionsgelenk / Konfektions-Riegel	125,57 €
19	Basis für Autopolymerisat / individueller Löffel, auch bei Implantatversorgung / Funktionslöffel / Basis für Bissregulierung / Stützstiftregistrierung	26,40 €	58	Primär- / Sekundärteil: Konfektionsgeschiebe, Konfektionsanker, Konfektionsgelenk, Konfektionsriegel	83,55 €
20	Bisswall	7,62 €	59	Sekundärteil wiederbefestigen, auch durch Löten	83,55 €
21	Registrierplatte und -stift auf Basen	33,94 €	60*	Friktionsstift / Federbolzen / Schrauben / Bolzen	46,78 €
22	Übertragungskappe	29,06 €	61	Gefrästes Lager	60,34 €
23	Provisorische Krone oder Brückenglied	38,87 €	62	Schubverteilungsarm	59,81 €
24	Formteil	21,07 €	63*	Riegel individuell	219,55 €
25*	Inlay einflächig	106,78 €	64*	Riegel wiederherstellen bei Reparatur	134,35 €
26*	Inlay zweiflächig	118,76 €	65	Metallverbindung nach Brand bei Reparaturen	33,75 €
27*	Inlay drei- / mehrflächig	130,76 €	66	Metallbasis	164,97 €
28*	Keramikinlay, 1-, 2- oder mehrflächig	172,74 €	67	gegossene Klammern: einarmige Klammer / Inlayklammer / fortlaufende Klammer / Bonyhardklammer / Kralle / Ney-Stiel / Auflage / Umgebungsbügel	14,11 €
29*	Gussonlay	219,55 €	68	zweiarmige Klammer / Approximalklammer / Ringklammer / Rücklaufklammer / Bonyhardklammer Gegenlager / Doppelbogenklammer	25,81 €
30*	Veneer / Verblendschale	184,75 €	69	zweiarmige Klammer, Auflage / Approximalklammer Auflage / Ringklammer / Auflage / Rücklaufklammer, Auflage / Bonyhardklammer, Auflage / Überwurfklammer, Auflage	34,86 €
31	Stiftaufbau	64,04 €	70	Bonwillklammer	63,60 €
32	Vollkrone Metall / Vollkrone Stufenpräparation / Krone für Kunststoffverblendung / Teilkkrone Metall / Krone auf Implantat	97,34 €			
33	Wurzelstiftkappe	90,57 €			
34	Flügel für Adhäsivbrücke	95,31 €			
35*	vollkeramische Krone / Brückenglied, z. B. Zirkon, inkl. Verblendung, jeweils auch auf Implantat	189,53 €			
36	Brückenglied	69,67 €			
37	Teleskopierende Krone bei Neuversorgung	303,29 €			
38	Teleskopierende Primär- oder Sekundärkrone, nur bei Reparaturen	202,40 €			
39	Verblendung Kunststoff	66,56 €			



Nr.	Leistungspositionen	Preis in €
71	gebogene Klammern: Einarmige Klammer / Inlay-klammer / Interdental-Knopfklammer / Approximal-klammer / Auflage / Bonyhardklammer	11,49 €
72	zweiarmige Klammer, Auflage / Bonyhardklammer, Auflage / Überwurf-klammer / Doppelbogenklammer	19,41 €
73	Rückenschutzplatte / Metallzahn / Metallkaufäche	46,04 €
74	Lösungsknopf für Friktionsprothese	13,32 €
75	Abschlussrand	21,25 €
76	Zuschlag einzelner Klammer	22,09 €
77	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	34,67 €
78	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,07 €
79	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,27 €
80	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	1,71 €
81	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	58,21 €
82	Fertigstellung je Zahn	3,74 €
83	Weichkunststoff / Sonderkunststoff ZE inkl. Material	62,86 €
84	Herstellung eines Zahns aus zahnfarbenem Kunststoff	26,36 €
85	Zahn zahnfarben hinterlegt	13,83 €
86	Aufbiss-Schiene / Knirscherschiene / Bissführungsplatte / Schiene mit adj. Oberfl.	155,17 €
87	Miniplastschiene / Retentionsschiene	92,10 €
88	Verband- / Verschlussplatte / Aufbissbehelf oder adjustierter Oberfläche	92,10 €
89	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	64,04 €
90	Festsitzende Schiene aus Metall mit adjustierter Oberfläche je Zahn	55,05 €
91*	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche je Zahn	25,19 €
92	Basis Einzelkiefergerät	71,09 €
93	Basis bimaxilläres Gerät / FKO / Positioner	150,19 €
94	Schiefe Ebene	59,58 €
95	Vorhofplatte	78,08 €
96	Kinnkappe	69,80 €
97	Aufbiss	14,01 €
98	Abschirmelement	23,75 €
99	Weichkunststoff (KFO) + Verarbeitung	62,30 €
100	Schraube einarbeiten	21,27 €
101	Spezialschraube einarbeiten	31,56 €
102	Trennen einer Basis	8,83 €
103	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	27,17 €
104	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen / modifiziert	36,98 €
105	Labialbogen, intermaxillär	42,02 €
106	Feder, offen	12,04 €
107	Feder, geschlossen	15,03 €
108	Verbindungselement intramaxillär	31,56 €
109	Verbindungselement intermaxillär	35,05 €
110	Verankerungselement	29,03 €
111	Einzelelement einarbeiten	15,03 €
112	Metallverbindung KFO	21,02 €
113	einarmiges Halte- oder Abstützelement	13,03 €
114	mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement	22,18 €
115	Grundeinheit für Instandsetzung und / oder Erweiterung einer KFO-Basis	24,29 €

Nr.	Leistungspositionen	Preis in €
116	Leistungseinheit Dehn- / Regulierungselement	10,07 €
117	Leistungseinheit Erneuerung eines Elementes / intermaxillär	16,81 €
118	Remontieren eines KFO Gerätes ohne Kunststoffbasis	60,86 €
119	Retention gebogen	45,79 €
120	Retention gegossen	56,07 €
121	KFO-Basis erneuern	88,09 €
122	Grundeinheit für Instandsetzung und / oder Erweiterung für Zahnersatz	22,42 €
123	Leistungseinheit Sprung / Bruch / Einarbeiten Zahn / Basisteil Kunststoff / Klammer einarbeiten / Rückenschutzplatte / Kunststoffsattel	9,69 €
124	Gegossenes Basisteil / Retentionsgitter	80,46 €
125	Metallverbindung	23,83 €
126	Teilverfütterung	41,24 €
127	Vollständige Unterfütterung	65,97 €
128	Prothesenbasis erneuern	80,72 €
129	Auswechseln von Konfektionsteilen	14,15 €
130	Kronen- oder Brückenreparatur	41,50 €
131	Versandkosten	6,56 €
Implantatpositionen		
132*	Zahnfleischmaske Grundeinheit je Kiefer	33,59 €
133*	Zahnfleischmaske je Zahn	6,00 €
134*	Implantatmodell	25,19 €
135*	Modellimplantat repositionieren / Hilfsteil in Abdruck	14,39 €
136*	indiv. angefertigter Aufbau (Abutment) / Abändern des Implantataufbaus / Aufwand je Suprastruktur (1 x pro Implantat)	109,17 €
137*	Röntgenschablone inkl. Röntgenkugeln	47,98 €
138*	Implantatschablone / Bohrschablone inkl. Bohrhülsen	71,99 €
139*	Übertragungsschlüssel Pattern / Einbringhilfe (1 x pro Implantat)	44,39 €
UKPS-Positionen		
140	Modell UKPS	27,46 €
141	Doublieren eines Modells UKPS	20,03 €
142	Fixator UKPS	26,00 €
143	Mittelwertartikulator UKPS	26,00 €
144	Vorbereiten Bissgabel UKPS	23,24 €
145	Individueller Löffel UKPS	41,45 €
146	Basen UKPS	297,13 €
147	Vestib. Protrusionsgleitflächen UKPS	31,01 €
148	Befestigungsele. Protrusionsele. UKPS	28,23 €
149	Protrusionselement UKPS	28,23 €
150	Befestigungselement Mundöffnungsbegrenzungselement UKPS	11,50 €
151	Einfaches gebogenes Halteelement UKPS	11,50 €
152	Teilverfütterung Basis UKPS	57,55 €
153	Grundeinheit Instandsetzung und / oder Erweiterung UKPS	120,98 €
154	LE Erneuerung Basis UKPS	148,56 €
155	LE Sprung / Bruch UKPS	23,00 €
156	LE Basisteil Kunststoff UKPS	12,89 €
157	LE Halte- und / oder Stützvorrichtung einarbeiten UKPS	9,97 €
158	Versandkosten UKPS	17,31 €

Die Höhe der erstattungsfähigen Höchstbeträge wird fortlaufend aktualisiert, evtl. Veränderungen des BEL nach 03/2024 sind noch nicht berücksichtigt.

*Diese Leistungspositionen sind nicht im BEL (Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis) verankert.

Heilmittelverzeichnis

Gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Erstattungsfähige Höchstbeträge in €

I. Inhalationen

Nr.		Preis in €
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,60
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer/in	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer/in	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert berechnungsfähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20

II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen

Nr.		Preis in €
3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
	b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 – 25 Minuten	27,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 – 35 Minuten	44,20
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 – 45 Minuten	55,20
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 – 5 Personen), Richtwert: 20 – 30 Minuten, je Teilnehmer/in	12,50
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 – 4 Personen), Richtwert: 20 – 30 Minuten, je Teilnehmer/in	15,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich erforderlicher Nachruhe – Richtwert: 20 – 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2-3 Personen) – einschließlich erforderlicher Nachruhe – Richtwert: 20 – 30 Minuten, je Teilnehmer/in	22,70
	c) in einer Gruppe (4-5 Personen) – einschließlich erforderlicher Nachruhe – Richtwert: 20 – 30 Minuten, je Teilnehmer/in	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 – 25 Minuten	33,40
12	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Einzelbehandlung, Richtwert: 15 – 25 Minuten	19,20
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 – 20 Minuten	12,90
	b) in einer Gruppe (2–5 Personen), Richtwert: 10 – 20 Minuten	8,00
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung, einschließlich erforderlicher Nachruhe, Richtwert: 20 – 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2-3 Personen), einschließlich erforderlicher Nachruhe, je Teilnehmer/in, Richtwert: 20 – 30 Minuten	22,60
	c) in einer Gruppe (4-5 Personen), einschließlich erforderlicher Nachruhe, je Teilnehmer/in, Richtwert: 20 – 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich medizinischen Aufbautrainings (MAT) und medizinischer Trainings-therapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis 3 Personen); Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	52,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (z. B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 – 20 Minuten	8,80



III. Massagen

Nr.		Preis in €
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile a) klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 – 20 Minuten b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 – 30 Minuten	20,30 24,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD) a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindematerial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben berechnungsfähig	33,80 50,60 67,50 21,50
20	Unterwasserdruckstrahlmassage – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – Richtwert: 15 – 20 Minuten	31,70

IV. Palliativversorgung

Nr.		Preis in €
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00

V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

Nr.		Preis in €
22	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 – 15 Minuten	13,60
23	Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich erforderlicher Nachruhe a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Moor-Paraffin, Fango-Paraffin, Pelose, Turbatherm) b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Teilpackung c) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Großpackung	15,60 36,20 47,80
24	Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung) a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Schlick, Naturfango, Pelose, Schlamm) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	10,20 20,30
26	Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
27	Sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen)	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 6,10 5,40
30	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 26,40
31	a) Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,10 17,60
32	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad a) Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	43,30 52,70
34	Sandbad a) Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	37,90 43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinisches Bad mit Zusatz a) Hand- oder Fußbad b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) bei mehreren Zusätzen, je weiterer Zusatz	8,80 17,60 24,40 4,10

V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

Nr.		Preis in €
37	Gashaltige Bäder a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	26,10 29,70 27,70 24,40 4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen berechnungsfähigen Höchstbeträge nach Nr. 36 Buchstabe a – c und nach Nr. 37 Buchstabe b um 4,10 €. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d erstattungsfähig.	

VI. Kälte- und Wärmebehandlung

Nr.		Preis in €
39	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 – 10 Minuten	12,90
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10 – 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 – 20 Minuten	13,80

VII. Elektrotherapie

Nr.		Preis in €
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 – 20 Minuten	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveneinheit 5 – 10 Minuten	17,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 – 20 Minuten	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 – 20 Minuten	29,00

VIII. Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Nr.		Preis in €
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik erstattungsfähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig, Richtwert: 60 Minuten	111,20
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig, Richtwert: 30 Minuten	55,60
49	Bericht an die verordnende Person	6,20
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen a) Richtwert: 30 Minuten b) Richtwert: 45 Minuten c) Richtwert: 60 Minuten	49,40 68,00 86,50
52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach und Schluckstörungen, je Teilnehmer/in a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten b) Gruppe (3 – 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten d) Gruppe (3 – 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	61,20 34,60 111,20 56,10

IX. Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

Nr.		Preis in €
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
54	Einzelbehandlung a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	45,20 60,90 76,20
55	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	135,60 182,60 152,40
56	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	35,90 48,70 60,30
57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen) a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer/in b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer/in c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 105 Minuten, je Teilnehmer/in	16,50 21,40 39,30
58	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,10
59	Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	152,40
60	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	39,40
61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer/in	21,40

X. Podologie

Nr.		Preis in €
62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20
64	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
65	Erst- und Eingangsbefundung a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	27,20 54,50 21,90
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	96,40
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	52,80
69	Nachregulierung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	48,30
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
72	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
73	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20

XI. Ernährungstherapie

Nr.		Preis in €
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	38,70
75	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	77,40
76	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
77	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
78	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
80	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
81	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
82	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20

XII. Sonstiges

Nr.		Preis in €
83	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig.	22,40
84	Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal.	14,70
85	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn Leistungen nach Nummer 55 Buchstabe a bis c, Nummer 59 oder Nummer 80 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nummern 83 und 84 sind daneben nicht erstattungsfähig.	22,40
86	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40