NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten-Vollversicherung - Tarif HAT (KV204_202503)

Teil II Tarif - Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Inhalt

§ 1 Umfang des Versicherungsschutzes
§ 2 Versicherungsleistungen
§ 3 Tariflicher Selbstbehalt
§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen
§ 5 Umstellungsoption
§ 6 Monatsbeiträge

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs HAT

§ 1 Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den dafür geltenden Rechtsnormen berechnet werden. In Deutschland sind dies: Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Bundespflegesatzverordnung (BPflV) und Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).

(2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie unter Heilpraktikern frei.

b) Zusätzlich hat die versicherte Person bei ambulanter Behandlung freie Wahl unter Hebammen, Entbindungspflegern und Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe.

c) Die Aufwendungen von juristischen Personen (z. B. Instituten), die auf Veranlassung eines Arztes oder Zahnarztes Labor-, Röntgen- oder physiotherapeutische Leistungen erbringen, sowie die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren sind erstattungsfähig.

d) Aufwendungen für Psychotherapie werden erstattet, wenn die psychotherapeutische Behandlung von einem in eigener Praxis oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, oder von einem approbierten Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird.

e) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen, den frei gemeinnützigen und den privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

f) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von e) erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich jedoch nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthalts des Versicherten war, oder bei Einlieferung aus akutem Anlass.
Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(3) Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel sowie Sehhilfen

Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel müssen von einem in Absatz 2a) genannten Leistungserbringer verordnet sein. Für Sehhilfen ist die Verordnung eines Facharztes für Augenheilkunde oder die Refraktionsbestimmung eines Optikers erforderlich. Arzneimittel müssen von einer Apotheke bezogen werden. Als Arzneimittel gelten nicht Nährmittel und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und ähnliches, auch wenn sie vom Behandelnden verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten. Bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden, gelten jedoch als Arzneimittel. Ist auf Grund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich, zählen Aufwendungen für verordnete Sondernahrung (enterale Ernährung) und Dauerinfusion (parenterale Ernährung) ebenfalls zu den Arzneimitteln.

(4) Erstattungsfähige Behandlungsmethoden

Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(5) Auskunft über Leistungsumfang

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(6) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(7) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsmaßnahmen werden erstattet;

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden erstattet, sofern es sich um sog. Anschlussheilbehandlungen (AHB) bei schweren Erkrankungen z. B. aus den Bereichen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie (Krebserkrankung) Angiologie (Gefäßerkrankungen), Rheumatologie, Gastroenterologie, Endokrinologie (Hormonerkrankungen) oder Gynäkologie handelt und die AHB innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Die Frist gilt nicht, wenn der Beginn einer AHB aus medizinischen Gründen (z. B. nach Strahlentherapie nach einer Tumorbehandlung) früher nicht möglich ist. Ist ein anderer Kostenträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) vorhanden, sind gegebenenfalls nur Eigenbehalte erstattungsfähig.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz , Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

g) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

   Aufwendungen nach GOÄ, GOZ, GOP, GebüH und den Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach Satz 1 berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

h) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

i) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Ambulante Behandlung

a) Ärztliche Leistungen
   Aufwendungen für ärztliche Leistungen werden bis zu den Höchstsätzen der GOÄ zu 75 % erstattet. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 100 %, wenn die Erstbehandlung durch einen **Hausarzt** durchgeführt wurde.

   Als Hausärzte gelten:
   Ärzte für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzte, Internisten (sofern dieser hausärztlich tätig ist und rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis über hausärztliche Tätigkeit vorgelegt wird), Fachärzte für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde, für Kinderheilkunde, Notärzte oder Bereitschaftsärzte.

   Nachweis der Erstbehandlung durch einen Hausarzt
   Wird eine Folgebehandlung nicht durch einen Hausarzt durchgeführt, muss nachgewiesen werden, dass die Erstbehandlung durch einen Hausarzt erfolgte. Dazu ist der Rechnung für die Folgebehandlung die Überweisung des Hausarztes beizufügen.

b) Behandlung durch Heilpraktiker
   Aufwendungen für eine Behandlung durch einen Heilpraktiker sind, mit Ausnahme psychotherapeutischer Behandlungen, erstattungsfähig, wenn sie im GebüH in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind. Sie werden bis zu den Höchstbeträgen des GebüH zu **75 %** bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 1.200,00 EUR p. a. erstattet.

c) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen
   Erstattet werden **100 %** der Aufwendungen für gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den gesetzlich eingeführten Programmen unabhängig vom erreichten Alter.

d) Schutzimpfungen
   Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden einschließlich der hierfür verwendeten Impfstoffe.

   Ausgenommen hiervon sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise empfohlen sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

e) Alternativmedizinische Verfahren
   Erstattet werden 75 % der Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung bei Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung oder therapeutischer Lokalanästhesie, wenn die Behandlung von einem Arzt durchgeführt wird. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 100 %, wenn die Behandlung durch einen Hausarzt erfolgt oder ein Hausarzt die Notwendigkeit der Folgebehandlung durch einen anderen Arzt bestätigt hat. Weitere alternativmedizinische Verfahren sind unter dem Vorbehalt des § 1 Abs. 4. erstattungsfähig.

f) Schwangerschaft und Entbindung
   Aufwendungen für Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung werden bis zu den Höchstsätzen der entsprechenden Rechtsnorm (siehe § 1 Abs. 1) zu **100 %** erstattet.

g) Psychotherapie
   Aufwendungen für Psychotherapie werden bis zu den Höchstsätzen der entsprechenden Rechtsnorm (siehe § 1 Abs. 1) zu 75 % bis zu höchstens 30 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet.

h) Arzneimittel und Verbandmaterial
   Erstattet werden **75 %** der Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel (siehe hierzu auch § 1. Abs. 3) und für Verbandmaterial. Der Erstattungssatz für Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel erhöht sich auf **100 %,** wenn es sich bei den Arzneimitteln um Generika handelt. Gleiches gilt für Originalpräparate, sofern es keine Generika gibt.

   Ein Generikum (auch Nachahmepräparat) ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen vertriebenen Medikaments.

i) Heilmittel und Hilfsmittel
   Aufwendungen für Heilmittel sind erstattungsfähig, soweit sie im Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage 1) aufgeführt sind. Aufwendungen für Hilfsmittel in mittlerer Ausführung sind erstattungsfähig, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis (siehe Anlage 2) aufgeführt sind. Dazu zählen die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Unterhalts- und Betriebskosten (z. B. Strom und Batterien) von Hilfsmitteln.

   Heil- und Hilfsmittel werden bis zu den in dem entsprechenden Verzeichnis angegebenen Höchstbeträgen bis zu einem Rechnungsbetrag von 5.500,00 EUR p. a. zu 75 % erstattet. Liegen die erstattungsfähigen Aufwendungen pro Person und Kalenderjahr über 5.500,00 EUR, so wird der Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen, der 5.500,00 EUR übersteigt, zu 100 % ersetzt. Leistungen, die nicht im Heilmittelverzeichnis bzw. Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

   Sehhilfen werden unter Buchstabe j) geregelt.

j) Sehhilfen
   Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von maximal 230,00 EUR zu **75 %** erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht nach Ablauf von 24 Monaten.

k) Laserverfahren

   Die Aufwendungen für Laserbehandlungen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASEK, LASIK inkl. Vor- und Nachuntersuchungen) werden bis zu den Höchstsätzen der GOÄ zu 75 % erstattet. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 100 %, wenn die Erstbehandlung durch einen Hausarzt durchgeführt wurde.

l) Transport- und Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten

- zur ambulanten Notfallbehandlung,
- bei ambulanter Dialyse,
- bei Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie
- bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie
- bei stationsersetzenden ambulanten Operationen am Tag der Operation

zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus. Bei einer Entfernung von bis zu 30 km sind in den oben genannten Fällen auch die Aufwendungen für Transporte und Fahrten zu einem anderen als dem nächstgelegen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus erstattungsfähig.

Für medizinisch notwendige Transporte werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen erstattet. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.

Für medizinisch notwendige Fahrten werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch für die Hin- und Rückfahrt insgesamt maximal 50,00 EUR erstattet. Bei Fahrten im privaten Fahrzeug werden als erstattungsfähiger Betrag 0,30 EUR pro gefahrenen Kilometer zugrunde gelegt. Eine Fahrt liegt vor bei Taxifahrten, Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei Fahrten im privaten Fahrzeug.

m) Künstliche Befruchtung
Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für maximal vier Versuche je reproduktionsmedizinischem Verfahren (z. B. Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion) sowie für in diesem Zusammenhang verordnete Arzneimittel.

Voraussetzungen für die Erstattung sind:

- das Vorliegen einer organisch bedingten Sterilität der versicherten Person,
- dass nach fachärztlich gynäkologischer Feststellung eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit der Herbeiführung einer Schwangerschaft besteht und
- dass die zu behandelnde weibliche Person das 41. Lebensjahr bei Beginn der Behandlung noch nicht überschritten hat.

Nach maximal zwei durch reproduktionsmedizinische Behandlungen herbeigeführten Geburten besteht kein weiterer Leistungsanspruch.

Besteht ein Anspruch des bei dem Versicherer nicht versicherten Partners auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuches, einem sonstigen Leistungsträger oder einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, so werden nur die Aufwendungen tariflich erstattet, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

n) Häusliche Behandlungspflege
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder spezifische Hilfeleistungen,

- die dazu beitragen sollen, die ärztlichen Behandlungsziele zu erreichen
- die in die ärztliche Behandlung eingebunden sind, ohne vom Arzt vorgenommen werden zu müssen, und
- die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind und vom Arzt verantwortet werden

Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung, sind zusätzlich die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.

Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen Vertrag nach § 132a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat.

Die Aufwendungen sind pro versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verlangen kann.

(2) Stationäre Heilbehandlung einschließlich Schwangerschaft und Entbindung

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung erstattet der Versicherer Aufwendungen nur, wenn das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt.

a) Erfolgt die Behandlung in Krankenhäusern in Deutschland, die dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, so werden

100 % der Aufwendungen für

- allgemeine Krankenhausleistungen erstattet. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach den Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Aufwendungen einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

b) Erfolgt die Behandlung in Krankenhäusern in Deutschland, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, werden die Aufwendungen für Unterkunft, für Krankenhauspflege, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln sowie für medizinisch begründete Nebenkosten bis maximal zu dem Betrag, der die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung durchschnittlich berechenbaren Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen um nicht mehr als 50 % übersteigt, erstattet. Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Beleghebammen und Entbindungshelfer werden bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung erstattet.

c) Außerdem werden folgende Aufwendungen zu 100 % ersetzt:

- belegärztliche Leistungen sowie Leistungen für Beleghebammen und Entbindungshelfer bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung.
- Psychotherapeutische Behandlungen bis zu 42 Behandlungstagen im Kalenderjahr und darüber hinaus für weitere 42 Behandlungstage zu 50 % nach vorheriger schriftlicher Zusage;
- der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber.

(3) 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 in 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 und stationäre Pflegeeinrichtungen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Kann eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden, so sind die Aufwendungen für eine ärztlich verordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, ebenfalls erstattungsfähig.

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

(4) Zahnärztliche Behandlung

Grundsätzliche erstattungsfähige Höhe der Aufwendungen
Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte erstattungsfähig.

a) Erstattung von Aufwendungen für Zahnbehandlung
Die Aufwendungen für Zahnbehandlung werden zu 100 % erstattet. Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Leistungen, ferner Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

b) Zahnprophylaxe
Für Zahnprophylaxe werden 100 % der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß dem GOZ-Abschnitt, der prophylaktische Leistungen regelt, erstattet. Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen werden einmal pro Kalenderjahr erstattet.

c) Zahnersatz und Inlays

Erstattungshöhe
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Inlays werden zu **60 %** erstattet. Der Erstattungssatz erhöht sich auf **70 %,** wenn in den der Zahnersatzmaßnahme vorausgehenden drei Kalenderjahren Versicherungsschutz in diesem Tarif bestand und je Kalenderjahr eine zahnärztliche Prophylaxe nachgewiesen wird. Der Erstattungssatz erhöht sich auf **80 %,** wenn dieser Nachweis für die vorausgehenden sechs Kalenderjahre erfolgt.

Ggf. bei einer anderen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung erworbene Rabatte aufgrund regelmäßig durchgeführter zahnärztlicher prophylaktischer Maßnahmen werden nicht angerechnet.

Die zahnärztliche Prophylaxe ist durch den Behandelnden in einem Bonusheft zu dokumentieren. Das Bonusheft stellt der Versicherer zur Verfügung.

Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, Versorgung mit Kronen jeder Art sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen auch Material- und Laborkosten, die im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe Anlage 3) zu diesem Tarif aufgeführt sind mit den darin genannten Höchstbeiträgen. Beträge, soweit sie über den dort genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistungsbegrenzung
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie für Inlay-Behandlungen sind pro versicherte Person und Versicherungsjahr auf folgende Rechnungsbeträge begrenzt:

1.000,00 EUR im ersten Versicherungsjahr
2.000,00 EUR im zweiten Versicherungsjahr
3.000,00 EUR im dritten Versicherungsjahr
4.000,00 EUR im vierten Versicherungsjahr
5.000,00 EUR ab dem fünften Versicherungsjahr.

Ausgehend von diesen Höchstbeträgen werden die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend § 2 Abs. 4 Buchstabe c Sätze 1 bis 3 errechnet. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Die Begrenzungen auf Höchstbeträge entfallen für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme, z. B. Biss auf einen Kirschkern, ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

d) Kieferorthopädie
Es werden 80 % der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage 3) für Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr erstattet. Bei Unfall entfällt die Beschränkung auf das 21. Lebensjahr. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme, z. B. Biss auf einen Kirschkern, ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

e) Heil- und Kostenplan
Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag prüfen und dem Versicherungsnehmer den tariflichen Leistungsumfang verbindlich bekannt geben. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernimmt der Versicherer zu 100 %.

Wird kein Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung vorgelegt, erfolgt eine Reduzierung des tariflichen Erstattungsbetrages um die Hälfte des Teils, der 2.500,00 EUR übersteigt.

f) Wegfall von Wartezeiten
Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie (siehe I § 4 Abs. 3 Teil I AVB).

(5) Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die

a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und

b) durch einen in § 1 Abs. 2 a) oder in § 1 Abs. 2 d) aufgeführten Leistungserbringer verordnet wurden.

Der Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

Erstattet werden 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen. Der Erstattungssatz erhöht sich auf 100 %, wenn die Verordnung durch einen Hausarzt gemäß § 2 Abs. 1 a) ausgestellt wurde oder im Vorfeld eine Überweisung durch einen Hausarzt erfolgte.

(6) Leistungen im Ausland

Sofern die Voraussetzungen gemäß § 1 Abs. 4 Teil I AVB erfüllt sind, werden bei Auslandsaufenthalten folgende Leistungen erstattet:

Erstattungsfähig sind die gemäß den Ziffern 1 bis 4 versicherten Aufwendungen zu den dort genannten Erstattungsprozentsätzen. Der Erstattung der im Ausland entstehenden Aufwendungen werden die jeweils dort ortsüblichen Aufwendungen zugrunde gelegt. § 1 Abs. 7 Buchstabe g, 2. Absatz, wird in diesen Fällen nicht angewendet.

Keine Leistungspflicht besteht für Mehrkosten einer Heilbehandlung im Ausland, sofern der Versicherte zum Zweck der Heilbehandlung ins Ausland gereist ist. Als Mehrkosten gelten dabei die Kostenanteile der Behandlung im Ausland, die die tarifliche Leistung für eine adäquate Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen. Dies gilt nicht, wenn die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht durchführbar ist.

Jede Krankenhausbehandlung im Ausland ist dem Versicherer unverzüglich nach ihrem Beginn anzuzeigen.

Zusätzliche Leistungen im Ausland
Erstattungsfähig sind 100 % der Aufwendungen für einen medizinischen Rücktransport des Erkrankten. Der Rücktransport muss an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare, geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.
Erstattungsfähig sind zudem die unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Leichnams der versicherten Person an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz. Im Fall einer Beisetzung im Ausland werden die Aufwendungen für eine Bestattung maximal in der Höhe erstattet, die durch eine Überführung entstanden wären.

§ 3 Tariflicher Selbstbehalt

1) Allgemeine Bestimmung
Von den unter § 2 genannten Versicherungsleistungen wird ein Selbstbehalt von 600,00 EUR für Personen mit vollendetem 21. Lebensjahr und von 300,00 EUR für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, pro Person und Kalenderjahr abgezogen. Ausgenommen davon sind Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen (§ 2 Abs. 1 Buchstabe c), für Zahnprophylaxe (§ 2 Abs. 4 Buchstabe b) und für Schutzimpfungen (§ 2 Abs. 1 Buchstabe d). Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Hilfsmittel bezogen wurden.

2) Sonderfälle

a) Beginn oder Ende während eines Versicherungsjahres
Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich für das erste Kalenderjahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal um jeweils ein weiteres Viertel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

b) Tarifwechsel während eines Kalenderjahres
Bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung des SB-Höchstbetrages während des zweiten Quartals eines Kalenderjahres gilt die unter Buchstabe a aufgeführte Regelung entsprechend.
Bei Tarifwechsel mit Herabsetzung des SB-Höchstbetrages gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils getragene SB-Höchstbetrag ungekürzt. Dies gilt auch, wenn der SB-Höchstbetrag unverändert bleibt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen SB-Höchstbetrag jeweils angerechnet.

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung
Der in § 8b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei Tarif HAT bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen und bei dem Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils 5 %.

2) Anpassung des Heilmittelverzeichnisses (Anlage 1), des Hilfsmittelverzeichnisses (Anlage 2) und des Verzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Anlage 3)
Obige Verzeichnisse werden vom Versicherer auch für bestehende Versicherungsverhältnisse regelmäßig auf seinen Anpassungsbedarf hinsichtlich des medizinischen Standards überprüft und gegebenenfalls innerhalb des gesetzlichen Rahmens angepasst. Dies ist aufgrund der Veränderungen, die sich durch den medizinischen Fortschritt ergeben, erforderlich. Außerdem werden regelmäßig die Höchsterstattungsbeträge im Hinblick auf die allgemeine Preisentwicklung überprüft und können gegebenenfalls der allgemeinen Preisentwicklung angeglichen werden.

3) Beitragsrückerstattung
Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe c, für Zahnprophylaxe gemäß § 2 Abs. 4 Buchstabe c und für Schutzimpfungen gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe d gelten nicht als Versicherungsleistungen im Sinne von § 6 Abs. 2 Teil I der AVB und führen daher nicht zum Verlust des Anspruchs einer erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung.

§ 5 Umstellungsoption

Bei einer Umstellung des Tarifs HAT in einen höherwertigen Krankheitskosten-Vollversicherungsschutz verzichtet der Versicherer auf eine erneute Gesundheitsprüfung und erneute Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (vgl. § 4 Abs. 6 Teil I der AVB), wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Vor Abschluss des Tarifs HAT bestand beim Versicherer keine Krankheitskosten-Vollversicherung.
- Die Erhöhung des Versicherungsschutzes tritt zu Beginn des vierten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss des Tarifs HAT in Kraft.
- Der Antrag auf Erhöhung des Versicherungsschutzes liegt dem Versicherer spätestens einen Monat vor Ablauf des dritten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss des Tarifs HAT vor.

Diese Umstellungsoption gilt nicht für Umstellungen, die zu einem anderen Zeitpunkt als zu Beginn des vierten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss des Tarifs HAT in Kraft treten. Der Umwandlungsanspruch gemäß § 1 Teil I Abs. 6 AVB bleibt unberührt. Beitragszuschläge, die bereits für den Tarif HAT vereinbart waren, werden gemäß § 8 a Teil I Abs. 4 AVB bei einer Umstellung in einen höherwertigen Versicherungsschutz entsprechend erhöht.

Für Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 und 3 Teil I AVB nach Tarif HAT versichert wurden, besteht die Umstellungsoption nur, soweit der Versicherungsschutz durch die Umstellung nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils wird.

§ 6 Monatsbeiträge

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge. Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a Teil I der AVB Rechnung getragen.

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 (Eintrittsalter 21) des jeweiligen Geschlechtes zu zahlen.

Anlage 1: Heilmittelverzeichnis des Tarifs HAT

Wichtige Informationen:

Das Heilmittelverzeichnis kann gemäß § 4 Abs. 2 angepasst werden. Leistungen, die nicht im nachfolgenden Verzeichnis enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR

Physiotherapie

- Inhalationen

Inhalationstherapie als Einzelinhalation	11,60
Inhalationstherapie als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80
Inhalationstherapie als Rauminhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	7,50

- Krankengymnastik, Bewegungsübungen

Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
Physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	34,40
Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	25,80
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage	27,80
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mind. 30 Minuten	44,20
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mind. 45 Minuten	55,20
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	12,50
Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), mind. 45 Minuten, je Teilnehmer	15,60
Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schwere Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, mind. 60 Minuten	83,50
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen), mind. 45 Minuten, je Teilnehmer	14,30
Bewegungsübungen	12,90
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, mind. 30 Minuten	31,80
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, mind. 30 Minuten	15,60
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mind. 30 Minuten	33,40
Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,20
Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mind. 120 Minuten, je Behandlungstag	115,30
Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mind. 60 Minuten)	52,40
Extensionsbehandlung (z. B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	8,80

- Massagen

Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	20,30
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder - Großbehandlung, mind. 30 Minuten	33,80
- Ganzbehandlung, mind. 45 Minuten	50,60
- Kompressionsbandagierung einer Extremität	21,50
Unterwasserdruckstrahlmassage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	31,70

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR

- Palliativversorgung

Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, mind. 60 Minuten	66,00

- Packungen, Hydrotherapie, Bäder

Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien	15,60
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teilpackung	36,20
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Großpackung	47,80
Schwitzpackung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
Kaltpackung - Anwendung von Lehm, Quark, o. ä.	10,20
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid	20,30

- Kälte- und Wärmebehandlung

Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	12,90
Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	12,90
Eisteilbad	12,90
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	7,50
Ultraschall-Wärmetherapie	13,80

- Elektrotherapie

Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	8,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	8,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	8,20
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	17,60
Iontophorese	8,20
Zwei- oder Vierzellenbad	14,90
Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00

- Lichttherapie

Behandlung mit Ultraviolettlicht - als Einzelbehandlung	4,00
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,50
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	4,00
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,00
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	7,50
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	10,00

- Osteopathische Behandlung

Pro Sitzung	60,00

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR

Ergotherapie

Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	44,20
Einzelbehandlung - bei motorischen Störungen, mind. 45 Minuten	52,80
- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mind. 60 Minuten	70,40
- bei psychischen Störungen, mind. 75 Minuten	88,00
Als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall - bei motorisch-funktionellen Störungen, mind. 120 Minuten	140,80
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, mind. 120 Minuten	182,60
- bei psychisch- funktionellen Störungen, mind. 120 Minuten	152,40
Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mind. 45 Minuten	52,80
Gruppenbehandlung - mind. 45 Minuten, je Teilnehmer	24,70
- bei psychischen Störungen, mind. 90 Minuten, je Teilnehmer	43,10

Logopädie

Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel 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, mind. 60 Minuten	117,30
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig, mind. 30 Minuten	58,70
Bericht an die verordnende Person	6,60
Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	117,30
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach-, Stimm- und Schluckstörungen - Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	52,20
- Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	71,70
- Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	91,30
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach-, Stimm- und Schluckstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer, mind. 45 Minuten	34,60

Podologie

Podologische Behandlung (klein), mind. 35 Minuten	34,20
Podologische Behandlung (groß), mind. 50 Minuten	49,20
Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
Erst- und Eingangsbefundung - Erstbefundung (klein), mind. 20 Minuten	27,20
- Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, mind. 45 Minuten	54,50
- Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, mind. 20 Minuten	21,90
Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	96,40
Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	52,80
Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	48,30
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
Behandlungsabschluss, ggf. einschließlich Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR

Ernährungstherapie

Erstgespräch mit Behandlungsplanung, mind. 60 Minuten	77,40
Einzelbehandlung, mind. 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	38,70
Gruppenbehandlung, mind. 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	27,10

Hausbesuche/Wegegeld

Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal. Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	25,60

Anlage 2: Hilfsmittelverzeichnis des Tarifs HAT

Wichtige Informationen:

Das Hilfsmittelverzeichnis kann gemäß § 4 Abs. 2 angepasst werden. Leistungen, die nicht im nachfolgenden Verzeichnis enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Hilfsmittel	**Begrenzung**
Hörhilfen	Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazu gehöriger Ohrpassstücke (Otoplastik), maximal 1.750,00 EUR pro Hörhilfe
Perücken	bei krankhaftem Haarausfall max. 550,00 EUR je Perücke
Sprechhilfen	
Orthopädische Schuhe	bis zu einem Rechnungsbetrag von 550,00 EUR pro Jahr
Einlagen	max. 4 Paar pro Jahr
Körperersatzstücke/Prothesen	
Bandagen	
Blutzuckermessgeräte	
Bruchbänder	
Kompressionsstrümpfe	
Gehhilfen	
Tens-Geräte	
Inhalationsgeräte	
Peak-Flow-Meter	
Milchpumpen	
Beatmungsgeräte	
Absauggeräte	
Sauerstoffkonzentratoren	
Herz- und Atemmonitore	
Ernährungspumpen	
Schlafapnoegeräte	max. 2.250,00 EUR
Geh- und Stützapparate	
Krankenfahrstühle	max. 3.500,00 EUR
Heimdialyse	
Stoma- und Tracheostomaartikel	
Coagu-Check-Geräte	
Überwachungsmonitore für Säuglinge	
Herzschrittmacher	
Blutgerinnungsmessgeräte	max. 800,00 EUR

Anlage 3: Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs HAT

Wichtige Informationen:

Das Verzeichnis für zahntechnische Leistungen kann gemäß § 4 Abs. 2 angepasst werden. Leistungen, die nicht im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR*
Abformpfosten/Modellimplantat repositionieren und aufschrauben, je Implantatpfosten	16,70
Abutment individuell, inkl. bearbeiten	56,00
Aufbissschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte/Okklusionsschiene	186,90
Aufstellen Grundeinheit	36,10
Aufstellen je Zahneinheit	9,20
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	56,00
Auswerten eines Registrates	8,00
Basis aus Kunststoff/Basis tiefgezogen	32,00
Basis unterfüttern	88,00
Basisteil unterfüttern	50,70
Basis erneuern	106,80
Bisswall aus Wachs	13,30
Bohrschablone	206,70
Brückenglied aus Keramik	189,00
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	62,20
Deckgold aufbrennen, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13-23/33-43)	10,70
Diagnostisches Aufstellen/Diagnostisches Modellieren, je Zahn	17,40
Dublieren Einzelstumpf/Modell oder Modellteil	10,70
Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdentalklammer- Knopfklammer/Approximalklammer-Auflage-Bonyhardklammer ohne Auflage/Kralle	16,00
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbissschiene Grundeinheit	46,70
Fertigstellen je Zahneinheit	6,00
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	42,70
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	21,30
Gebogene Retention, je Retention	13,30
Gegossene Retention, je Retention	33,30
Grundeinheit Fertigstellung	80,00
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - einflächig	64,00
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - zweiflächig	77,40
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - dreiflächig	90,70
Gussinlay/Galvanoinlay (ohne Verblendung) - mehrflächig	97,40
Gussonlay/Gussteilkrone	90,70
Hilfsteil in Abdruck	11,40
Implantatausgleichskrone gegossen	74,10
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13-23/33-43)	20,10
Individueller Löffel/Funktionslöffel	38,70
Individuelles Geschiebe	157,50
Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbissschiene Grundeinheit	46,70

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	36,10
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - einflächig	166,80
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - zweiflächig	180,10
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - dreiflächig	193,50
Keramikinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikinlay - mehrflächig	200,10
Keramikkrone/Presskeramikkrone/Glaskeramikkrone	173,40
Keramikteilinlay/Presskeramikinlay/Glaskeramikonlay	197,40
Keramikverblendschale/Keramikveneer	197,40
Keramikverblendung	101,80
Konfektionsabutment, inkl. bearbeiten oder ergänzen	23,20
Konfektionsgeschiebe	114,70
Krone, Brückenglied, Inlay aufpassen, auf Kontrollmodell	10,70
Krone gegossen/Krone für Verblendung/Wurzelkappe/Galvanokrone	97,40
Kronen- oder Brückengliedreparatur	45,40
Kunststoffinlay/Kunststoffonlay	66,70
Kunststoffkrone	85,40
Kunststoffverblendung	73,40
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	29,30
Leistungseinheit Sprung, Bruch, Wiederbefestigung eines Zahnes, Basisteil aus Kunststoff	10,70
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten	13,30
Leistungseinheit, Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	20,10
Lötfreie Verbindung	12,10
Lötung	18,70
Mehraufwand für Einstellen nach Zentrikregistrat	10,70
Meso-/Mesiostruktur auf Implantat	82,80
Mess-Schablone/Implantat-/Kontroll-Schablone	42,70
Metallarmierung für provisorische Versorgung/Retention	39,10
Metallbiss - Oberkiefer, Unterkiefer	129,50
Miniplastschiene	80,00
Modell	16,00
Modell oder Zahnkranz bearbeiten	4,10
Modell untersockeln	9,40
Modell vermessen	7,30
Modellimplantat repositionieren	11,40
Modellmontage in Artikulator	17,40
Modellpaar sockeln, dreidimensional	44,10
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	21,30
Montage eines Gegenkiefermodells	10,70
Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese	110,80
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	53,40
Radieren nach System	6,70
Registrierhilfen/Registrat	22,70
Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)	68,10
Remontage-Modell	33,40
Reponieren eines Stumpfes	5,10
Riegel	228,20

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
Rillen-Schulter-Geschiebe	159,50
Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	10,70
Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufläche	53,40
Schubverteilungsarm	100,10
Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13-23/33-43)	29,30
Selektives Einschleifen	41,40
SET-UP/WAX-UP je Zahn	13,30
Silikonschlüssel	4,60
Sonderausführungen Prothesenbasis (Sonderkunststoffe verarbeiten, Gitter/Bügel einarbeiten)	56,00
Spezialmodell	44,10
Split-Cast Sockel an Modell	20,10
Steg, Grundeinheit	50,70
Steg, Längeneinheit	10,70
Steggeschiebe	156,70
Stiftaufbau (gegossen)	52,10
Stumpf einschl. aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowelpin	22,90
Stumpf scannen, digitieren, digitalisieren	77,10
Stumpfmodell/Sägemodell	17,40
Teleskopkrone/Konuskrone	272,50
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	5,30
Übertragungskappe	45,40
Umlaufende Fräsung	14,70
Umstellen je Zahneinheit	7,90
Unterfütterbarer Abschlussrand	16,00
Versandkosten in nachgewiesener Höhe	
Vorschraubung/Verbolzung	60,10
Wurzel-/Sattelpontic, je Zahneinheit	40,00
Wurzelstift gegossen	45,40
Zahn diagnostisch beschleifen oder radieren	6,70
Zahn zahnfarben hinterlegen, je Zahn	8,70
Zahnfarbenbestimmung insgesamt	26,70
Zahnfleisch je Zahneinheit	56,00
Zahnfleischmaske, abnehmbar - je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	24,00
Zahnkranz ausgießen	13,30
Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop, je Zahneinheit	33,40
Zweiarmige Klammer/Bonwillklammer/Bonyhardklammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurfklammer	26,70
Zweistumpf aus Kunststoff inkl. Übertragung ins Arbeitsmodell	18,70

Kieferorthopädie

Adamsklammer	18,40
Aufbisskappe aus Kunststoff, je Zahn	33,40
Aufbisskappe aus Metall, je Zahn	64,00
Außenbogen individuell, auch Lipbumper, je Kiefer	73,40

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
Band auf Modell aufpassen, je Band	20,10
Basis für Einzelkiefergerät	86,80
Basis für FKO (Funktions-Kiefer-Orthopädisches) Gerät	153,50
Basis für Schiefe Ebene aus Kunststoff	64,00
Basis für Schiefe Ebene aus Metall	104,10
Coffin-Feder	40,00
Doppelbogenklammer	21,30
Doppelplatten-Führungssporn	46,70
Dorn	13,30
Dreiecksklammer	13,30
Druckfeder, Zugfeder	20,10
Facebow anpassen	17,40
Feder	20,10
FKO Gerät, voreinschleifen	26,70
Frontaler oder lateraler Aufbiss, hart je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	21,30
Frontaler oder lateraler Aufbiss, weich je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	50,70
Funktionsfähigmachen einer Schraube ohne Trennen der Basis	10,70
Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	40,00
Grundeinheit Instandsetzung KFO-Basis	40,00
Häkchen	13,30
Haltesporn	13,30
Headgear individuell, je Kiefer	73,40
Interokklusal-Stop	13,30
KFO Platte, voreinschleifen	10,70
Kinnkappe mit Retentionshaken	100,10
Kunststoffschild	37,40
Labialbogen, auch modifiziert oder intermaxillär, je Kiefer	41,40
Lingualbogen, je Kiefer	40,00
Lingualer Frontalbogen	26,70
Lückenhalter	24,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	13,30
Palatinalbogen	50,70
Pelotte, je Kieferhälfte	37,40
Positioner	186,90
Protrusionsbogen, je Kiefer	26,70
Retentionsschiene	87,90
Schiefe Ebene aus Metall oder Kunststoff, je Zahneinheit	33,40
Schraube einarbeiten	42,70
Spezialschraube (Einzelzahn-, Sektoren-, asymmetrische Bewegung)	34,70
Spezialschraube zur Metallverbindung	42,70
Spike	9,40
Sporn aktiv, Rücklauf-, Führungs-Sporn	13,80
Stop	18,70
Trennen einer Basis	20,10
U-Bügel, Federbügel	46,70

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR *
Verarbeiten eines Schlosses oder eines Röhrchens	18,70
Vorbiss oder Rückbiss	24,00
Vorhofplatte	133,40
Zugfeder	20,10
Zungengitter, je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	29,30

* zusätzlich der jeweils gültigen MWSt.
Im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen anfallende Materialkosten (Kosten für Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile) sind in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich MWSt. erstattungsfähig. Darüber hinaus fallen Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte als gesondert berechnungsfähig aufgeführt sind, unter den Versicherungsschutz.