



Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus

Ergänzungstarif mit Leistungen für ambulante Heilbehandlung, allgemeine Krankenhausleistungen, Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Kuren für Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I** Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
- Teil II** Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**). Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
- Teil III** Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** im Versicherungsschein: **GEP**

Stand: 01.01.2023

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie unter Abschnitt B.

Beihilfe-Ergänzungstarif, der die verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Beihilfe und dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung übernimmt.

Versichert sind die nach Abrechnung oder Ablehnung der Beihilfe **verbleibenden Kosten für**

- **ambulante Heilbehandlung** (z. B. Vorsorgeuntersuchungen und Arznei- und Verbandmittel)
- **stationäre Heilbehandlung** (z. B. Transportkosten zum Krankenhaus)
- **zahnärztliche Behandlung** (z. B. professionelle Zahnreinigung, Zahnersatz mit Implantatversorgung)
- **weitere Leistungen analog zu dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung**

Die verbleibenden Kosten werden aus dem Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** in voller Höhe erstattet. Für folgende Leistungen gibt es Budget-Grenzen:

Budget Sehhilfen	verbleibende Kosten bis maximal 400 EUR alle zwei Kalenderjahre
-------------------------	-----------------------------------------------------------------

Budget operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK)	verbleibende Kosten bis maximal 2.000 EUR pro Auge
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

Budget Behandlung durch Heilpraktiker	verbleibende Kosten bis maximal 2.000 EUR pro Kalenderjahr
----------------------------------------------	------------------------------------------------------------

Budget Hörgeräte	verbleibende Kosten bis maximal 2.000 EUR pro Ohr
-------------------------	---------------------------------------------------

Budget Haushaltshilfe	verbleibende Kosten bis maximal 50 EUR pro Tag für bis zu 50 Tage pro Kalenderjahr
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Zahnersatz und Kieferregulierung	verbleibende Kosten im 1. bis 2. Kalenderjahr: 5.000 EUR und ab dem 3. Kalenderjahr: unbegrenzt
-----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt	100 EUR pro Tag für maximal 28 Tage
-------------------------------------------------------	-------------------------------------

Kur-Pauschale je stationärem Kuraufenthalt	1.000 EUR pro Kur
---------------------------------------------------	-------------------

Zuzahlungen	100 %
--------------------	-------

- Arznei- und Verbandmittel
- Hilfsmittel
- Heilmittel
- stationäre Zuzahlungen zu allgemeinen Krankenhausbehandlungen
- medizinische Rehabilitation und medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld	maximal 3 Monate
---------------------------------------------------	------------------

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** können Personen versichert werden, die Anspruch auf Beihilfe haben. Das gilt auch für deren berücksichtigungsfähige Familienangehörige.

Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** gibt es nicht.

Was müssen Sie bei der Tarifauswahl beachten?

Folgende Punkte sind wichtig für Sie:

- Den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** können Sie nur in Verbindung mit dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung der Barmenia vereinbaren. Dabei ist Voraussetzung, dass für die einzelne zu versichernde Person die Erstattungsprozentsätze des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung und der Beihilfebemessungssatz zusammengerechnet 100 % betragen.
- Den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** können Sie nicht in Verbindung mit dem Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung der Barmenia vereinbaren.
- Sie vereinbaren den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** unabhängig von der Höhe Ihres individuellen Beihilfe-Bemessungssatzes. Dies gilt auch für Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen¹ einen Versicherungsschutz, der die Leistungen des Beihilfeträgers ergänzt.

Der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** übernimmt die verbleibenden Kosten, für die ein Leistungsanspruch nach dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung besteht. Besteht kein Leistungsanspruch aus dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung, erfolgt auch keine Leistung aus dem Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus**. Das gilt nicht für Zuzahlungen nach Abschnitt B, Ziffer 4 h dieses Tarifs.

¹ Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

Die in den für Sie gültigen Beihilfevorschriften festgelegten Kostendämpfungspauschalen sind nicht versichert.

Sie erhalten die tariflichen Leistungen auch dann, wenn die Beihilfe nicht vorleistet. Zustehende Leistungen der Beihilfe müssen in Anspruch genommen werden. Als Beleg dafür reicht der Beihilfe-Bescheid oder der Ablehnungs-Bescheid der Beihilfe aus. Leistungen, die nicht fristgerecht bei der Beihilfe eingereicht werden, sind nicht über den Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** versichert.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche und zahnärztliche Leistungen im tariflichen Umfang über den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) hinaus. Bei Behandlungen durch Heilpraktiker erstatten wir die Gebühren über den Gebührenrahmen des gültigen deutschen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) hinaus. Bei Behandlungen im Ausland erstatten wir die Gebühren im tariflichen Umfang auch über die Höchstsätze der in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen, sonstigen Preisverzeichnisse, preislichen Regelwerke oder Preislisten hinaus.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

Der Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** übernimmt die verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Beihilfe (nicht Voraussetzung) und dem Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung in voller Höhe. Für einige Leistungen gibt es Budget-Grenzen.

1. Verbleibende Kosten für ambulante Heilbehandlung

Die verbleibenden Kosten einer ambulanten Heilbehandlung des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung ersetzen wir in voller Höhe. Für einige Leistungen gibt es **Budget-Grenzen**:

a) Ambulante Heilbehandlung

Dazu zählen zum Beispiel:

- Beratungen, Besuche und Verrichtungen einschließlich Operationen
- Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Wenn Sie Vorsorgeuntersuchungen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Noch ein Hinweis für Sie: Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um Vorsorgeuntersuchungen handelt.

- ärztlich verordnete Arzneimittel. Dazu zählen auch ärztlich verordnete Infusionslösungen und Teststreifen für Blutmessungen.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

- ärztlich verordnete Verbandmittel. Hierzu zählen auch Stoma- sowie Tracheostoma-Verbandmittel und Inkontinenzartikel (aufsaugende und auffangende Mittel).
- Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen.
- ärztlich verordnete Patientenschulungen (Erst- und Folgeschulungen) für chronisch Kranke. Dazu gehören zum Beispiel: Patientenschulungen für Diabetiker oder Asthmatiker.
- Einsatzpauschalen inklusive Wegegeld für Notarzteinsätze.
- ärztlich angeratene und durchgeführte Schutzimpfungen (einschließlich reise- und berufsbedingte Schutzimpfungen). Wir erstatten zum Beispiel die Kosten für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI). Dazu gehören zum Beispiel Impfungen gegen FSME (Zecken), Gelbfieber, Hepatitis und Japanische Enzephalitis oder die Malaria-Prophylaxe.

Wenn Sie Schutzimpfungen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um Schutzimpfungen handelt.

- Versichert sind die verbleibenden Kosten für Naturheilverfahren durch Ärzte. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapeuten) durchgeführt, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

b) Budget für Behandlungen durch Heilpraktiker

Versichert sind die verbleibenden Kosten für Behandlungen durch Heilpraktiker. Dazu zählen auch Heilpraktiker mit einer beschränkten Zulassung (sektorale Heilpraktiker) für zum Beispiel den Bereich Physiotherapie. Versichert sind die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im gültigen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Außerdem sind die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Heil- und Verbandmittel versichert. Die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Anhang 1. Sie werden ersetzt bis zu **2.000 EUR pro Kalenderjahr**.

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (zum Beispiel Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapeuten) durchgeführt, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

c) Psychotherapeutische Behandlung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für psychotherapeutische Behandlungen einschließlich psychologischer Diagnostik.

d) Budget für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK)

Versichert sind die verbleibenden Kosten für operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (zum Beispiel LASIK) einschließlich der erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen. Sie werden ersetzt bis zu **2.000 EUR je Auge**. Versicherungsschutz besteht nach Ablauf von zwei Jahren - gerechnet vom Versicherungsbeginn an.

e) Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger

Versichert sind die verbleibenden Kosten für Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger, die im Rahmen von Schwangerschaftsvorsorge oder -nachsorge, Entbindung und Fehlgeburt anfallen.

f) Heilmittel

Versichert sind die verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Heilmittel. Dazu zählen zum Beispiel:

medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Behandlungen, ergotherapeutische Behandlungen und podologische Behandlungen.

Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapeuten) durchgeführt, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

Außerdem sind bei Schwangerschaft die verbleibenden Kosten für Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Rückbildungsgymnastik versichert.

g) Hilfsmittel

Versichert sind die verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel. Das sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, zum Beispiel:

Prothesen, Epithesen und Haarerersatz, Behandlungs- und Kontrollgeräte, orthopädische Schuhe und Schuhzurichtungen, Einlagen, Bandagen, Kompressionsstrümpfe, Geh- und Stützapparate, Kunstaugen, Kommunikationshilfen (inklusive Gebärdendolmetscher und Schriftendolmetscher), künstliche Ernährung sowie die Anschaffung eines Blindenführtieres einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch lebenserhaltende Hilfsmittel. Lebenserhaltend ist ein Hilfsmittel, wenn ohne seinen Einsatz unmittelbar eine lebensbedrohliche Situation entstehen würde, zum Beispiel:

- Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung,
- Überwachungsgeräte für Atmungs- und Herzfrequenz,
- Systeme zur Hemodialyse und zur Sauerstofftherapie.

Wir erstatten die verbleibenden Kosten für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen

- Gegenstände mit geringem therapeutischen Nutzen (zum Beispiel Blutdruckmessgeräte),
- Geräte, die dem Fitness- und/oder Wellnessbereich zuzuordnen sind (zum Beispiel Ergometer),
- Bestrahlungsgeräte,
- TENS-Geräte,
- sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (zum Beispiel Fieberthermometer, Heizkissen, Massagegeräte),
- nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Anschaffungszweck stehendes Zubehör,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten. Batterien sind jedoch eingeschlossen, wenn es sich um Spezialbatterien handelt, die nicht allgemein im Haushalt verwendet werden können.

Bei Hilfsmitteln - insbesondere bei kostenintensiven Hilfsmitteln - empfehlen wir, uns vor Bezug einen Kostenvoranschlag vorzulegen. Gerne prüft der Barmenia Gesundheitsservice dann, ob ein Bezug zu günstigeren Konditionen möglich ist. Ein entsprechendes Angebot ist für Sie unverbindlich und freiwillig.

h) Budget für Sehhilfen

Die verbleibenden Kosten für Sehhilfen (auch Sonnenbrillen mit Sehstärke), Brillenreparaturen und Kontaktlinsen erstatten wir bis zu **400 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren**.

Ein Leistungsanspruch für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht nach zwei Kalenderjahren. Vor Ablauf von zwei Kalenderjahren entsteht erneuter Anspruch für eine Sehhilfe bei einer festgestellten Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

i) Budget für Hörgeräte

Die verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete Hörgeräte erstatten wir bis maximal **2.000 EUR je Ohr**.

j) Ambulante Transporte

Versichert sind die verbleibenden Kosten für den notwendigen Transport zum und vom Arzt oder Krankenhaus zur Erstversorgung nach einem Notfall oder Unfall.

Versichert sind außerdem Fahrten

- bei Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie;
- bei ambulanten Operationen (am Tag der Operation);

- bei ambulanten Behandlungen, wenn
 - eine Schwerbehinderung mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder
 - Sie pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 sind.
- bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit zum und vom Arzt oder Krankenhaus.

Werden die unter Ziffer 1 j) genannten Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, so wird ein Kilometersatz zu Grunde gelegt, der in der jeweils gültigen Fassung des § 5 Abs. 2 Bundesreisekostengesetzes geregelt ist.

k) Budget für Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit, schwerer Verletzung oder Schwangerschaft und Entbindung

Die verbleibenden Kosten für eine ärztlich verordnete Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit, schwerer Verletzung, Krankenhausbehandlung und bei Schwangerschaft und Entbindung erstatten wir bis maximal **50 EUR pro Tag** für bis zu **50 Tage pro Kalenderjahr**.

Voraussetzung für den Anspruch auf eine Haushaltshilfe bei schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung:

- Sie können nach ärztlichem Attest wegen schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung den Haushalt nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen. Außerdem lebt im Haushalt ein Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf fremde Hilfe angewiesen ist.

oder

- Sie sind wegen schwerer Krankheit oder schwerer Verletzung außerhäuslich untergebracht und können den Haushalt nach ärztlichem Attest deshalb nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen. Außerdem lebt im Haushalt ein Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Voraussetzung für den Anspruch auf eine Haushaltshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung:

- Sie können nach ärztlichem Attest wegen Schwangerschaft oder Entbindung den Haushalt nicht weiterführen. Es kann auch keine andere im gleichen Haushalt lebende Person die Haushaltsführung übernehmen.

Besteht gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für Haushaltshilfen (mit Ausnahme des Beihilfeträgers), sind diese in Anspruch zu nehmen. Wir leisten dann nur für solche Kosten, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

l) Häusliche Krankenpflege

Versichert sind die verbleibenden Kosten für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch geeignete Pflegefachkräfte, wenn keine andere im Haushalt lebende Person die Maßnahmen durchführen kann.

Versichert sind

- Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlechterung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege). Dazu zählen insbesondere auch medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen sowie psychiatrische Krankenpflege und Intensiv-Behandlungspflege;
- Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung für die Dauer von bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr, soweit die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes (Krankenhausvermeidungspflege) erbracht wird.

- Leistungen der Unterstützungspflege
Die Unterstützungspflege umfasst Leistungen aus der häuslichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, soweit für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. Unterstützungspflege kann für die Dauer von bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr verordnet werden wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation.

Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer (zum Beispiel ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet.

m) Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für Maßnahmen der assistierten Reproduktion (Insemination, In-Vitro-Fertilisation (IVF), intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), hormonelle Stimulation mit Arzneimitteln), wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Es besteht eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person, die ausschließlich mittels befundentsprechender reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann,
- die Behandlung erfolgt im homologen System bei einem Paar, das verheiratet ist oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebt und
- es besteht eine ausreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15 %.

Eine Kinderwunschbehandlung ist sehr kostenintensiv. Wir empfehlen Ihnen deshalb eine Klärung Ihrer Leistungsansprüche vor Behandlungsbeginn. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Versichert sind auch die Kosten für Kryokonservierung und Lagerung von Ei- und Spermienzellen, wenn zum Beispiel bei einer Krebserkrankung durch eine Chemo- oder Strahlentherapie die Zeugungsfähigkeit gefährdet ist (auch ohne direkte Kinderwunschbehandlung).

n) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung (SAPV), die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen. Entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses soll die SAPV darauf abzielen, Sie in der vertrauten häuslichen Umgebung zu betreuen. Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen und Altersheime.

Voraussetzung ist, dass

- die versicherte Person unter einer nichtheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und
- durch die begrenzte Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.

Wir erkennen Gebühren bis zu der Höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

o) Sozialpädiatrie und Frühförderung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für sozialpädiatrische Behandlung sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung. Das gilt für Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen.

Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

p) Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen

Versichert sind die verbleibenden Kosten für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr, in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr, noch nicht vollendet haben, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung not-

wendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

2. Verbleibende Kosten für stationäre Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen bei einer stationären Heilbehandlung (auch stationäre Psychotherapie), Entbindung oder Fehlgeburt die verbleibenden Kosten im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

- a) Stationäre Heilbehandlung
- Versichert sind die verbleibenden Kosten für:
- a) allgemeine Krankenhausleistungen;
 - b) gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes;
 - c) Beleghebamme (-entbindungspfleger);
 - d) notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.
- b) Rooming-In
- Versichert sind die verbleibenden Kosten für Unterbringung und Verpflegung, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.
- Voraussetzung ist, dass Ihr Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.
- c) Stationäre Hospizleistung
- Versichert sind die verbleibenden Kosten für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird.
- Voraussetzung ist, dass
- die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und
 - eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
- Wir erkennen Gebühren bis zu der Höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.
- d) Stationäre Kurzzeitpflege bei vorübergehendem Hilfebedarf
- Versichert sind die verbleibenden Kosten für die stationäre Kurzzeitpflege (Grund- und Behandlungspflege)
- im Anschluss an eine stationäre Behandlung, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt,
 - bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung,
 - nach einer ambulanten Operation oder sonstigen Krisensituation, in der eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist.
- Wir erkennen die Anspruchsdauer und -höhe an, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.
- e) Übergangspflege im Krankenhaus
- Versichert sind die verbleibenden Kosten für die Übergangspflege im Krankenhaus für einen Zeitraum von längstens 10 Tagen, je Krankenhausbehandlung.
- Voraussetzung ist, dass die Übergangspflege im Krankenhaus:
- unmittelbar im Anschluss an eine abgeschlossene Krankenhausbehandlung anschließt,
 - in dem Krankenhaus erbracht wird, in dem auch die Krankenhausbehandlung erfolgte und

- keine erforderlichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbracht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

Die Kosten werden unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit nach SGB XI übernommen.

3. Verbleibende Kosten für Zahnbehandlung, zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen und Zahnersatz

Die verbleibenden Kosten für zahnärztliche Behandlungen des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung ersetzen wir in voller Höhe.

Die verbleibenden Kosten für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung ersetzen wir in voller Höhe (**Begrenzung in den ersten beiden Kalenderjahren**).

a) Verbleibende Kosten für Zahnbehandlung

Dazu zählen zum Beispiel:

- Füllungen einschließlich Inlays,
- Extraktionen,
- Wurzelbehandlungen,
- Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

b) Verbleibende Kosten für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen

Dazu zählen zum Beispiel:

- Erstellung des Mundhygienestatus, sowie eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (so genannte professionelle Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

Wenn Sie zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen nutzen, wirkt sich das nicht auf den Anspruch einer möglichen Beitragsrückerstattung aus. Aus den Rechnungen muss ersichtlich sein, dass es sich um zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen handelt.

c) Verbleibende Kosten für Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung

Dazu zählen zum Beispiel:

- Prothesen,
- Stiftzähne,
- Brücken,
- Kronen,
- Implantate,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Vor- und Nachbehandlungen (zum Beispiel Knochenaufbau) und Reparaturen sowie
- Zahn- und Kieferregulierung (kieferorthopädische Behandlung).

Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir klären dann gerne für Sie, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Die Leistungen für Zahnersatz einschließlich Vor- und Nachbehandlungen und Reparaturen sowie Zahn- und Kieferregulierung sind in den ersten beiden Kalenderjahren begrenzt. Sie erhalten die verbleibenden Kosten in folgender Höhe erstattet:

- In den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 5.000 EUR.
- Ab dem dritten Kalenderjahr ist die Leistung unbegrenzt.

Der Höchstbetrag entfällt, wenn die Kosten auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

4. Weitere Leistungen und Vereinbarungen

Die verbleibenden Kosten für weitere Leistungen des Tarifs Genau-Für-Sie Krankenversicherung ersetzen wir in voller Höhe. Für einige Leistungen gibt es **Budget-Grenzen**:

a) Digitale Gesundheitsanwendungen

Versichert sind die verbleibenden Kosten für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht. Diese sind dazu bestimmt, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Voraussetzung ist, dass die digitale Gesundheitsanwendung

- von einem approbierten Arzt, approbierten Zahnarzt, approbierten psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Heilpraktiker verordnet oder
- durch den Versicherer aufgrund einer nachgewiesenen medizinischen Indikation genehmigt wird.

Der Versicherer ersetzt nicht die Kosten für den Gebrauch der digitalen Gesundheitsanwendungen. Dazu zählen zum Beispiel die Anschaffungskosten für das Smartphone oder die Unterhaltskosten wie Strom oder Batterien.

b) Kurbehandlung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für ambulante und stationäre Kurbehandlungen.

Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Satz 1 MB/KK 09, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, fallen unter den Versicherungsschutz die Kosten für:

- ärztliche Beratungen, Besuche und Verrichtungen;
- Arznei- und Verbandmittel;
- Heilmittel, und zwar Bäder, Massagen, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen;
- Kurplan;
- Kurtaxe.

Die Kosten für eine Kur erstatten wir einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren. Die Kosten für die Unterbringung sind nicht versichert.

Werden Heilmittel durch nichtärztliche Leistungserbringer von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapeuten) durchgeführt, sind die Gebühren bis zum 1,1fachen der vom Bundesministerium des Innern und für Heimat festgesetzten beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

c) Kur-Tagegeld nach einem stationären Aufenthalt

Wir zahlen ein Kur-Tagegeld in Höhe von **100 EUR je Tag**. Es wird maximal für die Dauer von 28 Tagen gezahlt.

Wir zahlen das Kur-Tagegeld, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person muss vor der Kur mindestens fünf Tage stationär im Krankenhaus behandelt worden sein.

- b) Die Kur beginnt spätestens sechs Monate nach Ende des Aufenthaltes im Krankenhaus.
- c) Die Kur wird von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet.
- d) Die Kur muss unter ständiger ärztlicher Kontrolle durchgeführt werden.

Damit Sie das Kur-Tagegeld erhalten, reichen Sie bitte einen Nachweis ein, aus dem die Dauer der Kur ersichtlich ist.

d) Kur-Pauschale

Die Kur-Pauschale beträgt **1.000 EUR je stationärem Kuraufenthalt** für die behandlungsbedürftige Person.

Bei einer stationären Kur in einem Heilbad oder Kurort sowie in einer Heilstätte (Krankenanstalt gemäß § 4 (5) Satz 1 MB/KK 09, Sanatorium), die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, erhalten Sie auf Antrag eine Kur-Pauschale.

Damit Sie die Kur-Pauschale erhalten, reichen Sie bitte einen Nachweis ein, aus dem der stationäre Kur-Aufenthalt ersichtlich ist.

e) Rücktransport und Überführung

Versichert sind die verbleibenden Kosten für folgende Rücktransporte aus dem Ausland:

- Medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland
Wir übernehmen die Kosten, wenn die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfall an den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden muss. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche, medizinisch geschulte Begleitpersonal.
- Rettungsflüge
Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn die versicherte Person schwer erkrankt oder verletzt ist. Weitere Voraussetzung: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.
- Überführung
Wenn die versicherte Person im Ausland verstirbt, erhalten Sie bis zu 10.000 EUR für die verbleibenden Kosten der Überführung des Verstorbenen oder für die Kosten seiner Bestattung am Sterbeort.

f) Soziotherapie

Versichert sind die verbleibenden Kosten für Soziotherapie.

Versichert sind die Kosten für Soziotherapie entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und wenn eine stationäre Heilbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist oder wenn die stationäre Heilbehandlung durch die Soziotherapie vermieden oder verkürzt wird.

Wir leisten für Soziotherapie bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Kalenderjahren, wenn wir eine schriftliche Zusage erteilt haben.

Bei Fachkräften für Soziotherapie sind die Kosten erstattungsfähig, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

g) Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Wann haben Sie oder die versicherte Person Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz?

In der folgenden Situation haben Sie beitragsfreien Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus.

Erhalten Sie oder die versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeseltern-geld- und Elternzeitgesetzes (BEEG)?

Dann besteht beitragsfreier Versicherungsschutz für den Tarif Genau-Für-Sie Ergän-zung Plus für die Dauer des Bezugs von Elterngeld. Die Beitragsfreiheit ist insgesamt auf einen Zeitraum von maximal **drei Monaten** begrenzt.

Der Anspruch auf beitragsfreien Versicherungsschutz besteht dann, wenn zum Zeit-punkt des erstmaligen Bezugs von Elterngeld die versicherte Person unmittelbar zuvor mindestens acht Monate im Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus versichert ist und eine Kopie des Elterngeldbescheides vorgelegt wird.

Die Beitragsbefreiung gilt für den Beitrag des Tarifs Genau-Für-Sie Ergänzung Plus ein-schließlich eines ggf. zu zahlenden Risikozuschlags.

h) Zuzahlungen

Versichert sind die in den gültigen Beihilfavorschriften festgelegten Zuzahlungen. Diese ersetzen wir in voller Höhe. Unabhängig davon, ob nach Vorleistung der Beihilfe und Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung Kosten verbleiben oder nicht, werden die Zu-zahlungen aus dem Tarif **Genau-Für-Sie Ergänzung Plus** übernommen.

Versichert sind folgende Zuzahlungen, die Sie nach den Beihilfavorschriften in der je-weils gültigen Fassung in folgenden Bereichen selbst zu tragen haben:

- Arznei- und Verbandmittel,
- Hilfsmittel,
- Heilmittel,
- allgemeine stationäre Krankenhausbehandlungen,
- medizinische Rehabilitation und,
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter.

Die in den für Sie gültigen Beihilfavorschriften festgelegten Kostendämpfungspauscha-len sind nicht versichert.

C. Beiträge

Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Außerdem sind die monatli-chen Raten der Tarifbeiträge in der gültigen Beitragsübersicht enthalten.

Zu § 8 (1.1) TB/KK 13: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 13 lautet für diesen Tarif wie folgt:

Als tarifliches Eintrittsalter gilt bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben (Erwachsene), der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt. Der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Bei-trag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. für Erwachsene zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende ta-rifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Wie lange besteht Versiche-rungsschutz im Ausland?

Zu § 1 (4) MB/KK 09: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Bei einem Auslandsaufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht **zeitlich unbe-grenzter Versicherungsschutz**, wenn die private Pflegepflichtversicherung während des Auslandsaufenthaltes fortgeführt wird. Diese Voraussetzung ist auch erfüllt, wenn die private Pflegepflichtversicherung in Form der großen Anwartschaftsversicherung fortgesetzt wird.

Zu § 1 (5) MB/KK 09: Umfang des Versicherungsschutzes

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mit-gliedsstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, sind abweichend von § 1 (5) MB/KK 09 die Leistungen nicht auf die Inlandsleistungen begrenzt.

2. Was gilt bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen?
Zu § 4 (4.5) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht
Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Anschlussheilbehandlungen leisten wir im vertraglich vereinbarten Umfang für den Teil, der über die Beihilfeleistungen hinausgeht.
3. Welche Leistungen wirken sich nicht auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung aus?
Zu § 4 (10) TB/KK 13: Umfang der Leistungspflicht
Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung nach Ziffer 1 a), sowie für zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen nach Ziffer 3 b) wirken sich nicht auf den Anspruch auf Beitragsrückerstattung dieses Tarifs aus, wenn für den Versicherer in den jeweiligen Rechnungen erkennbar ist, dass es sich um Vorsorgeleistungen oder Schutzimpfungen handelt.
4. Nachweis der Kosten
Zu § 6 (1) MB/KK 09: Auszahlung der Versicherungsleistungen
Anhand des Beihilfe-Bescheids bzw. Ablehnungs-Bescheids der Beihilfe ist der beihilfefähige Betrag und der Beihilfebemessungssatz pro Rechnung nachzuweisen.
5. Was ist zu beachten, wenn auch anderweitige Leistungsansprüche bestehen?
Zu § 11 MB/KK 09: Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.
6. Wann kann die Versicherung gekündigt werden?
Zu § 13 (1) MB/KK 09: Kündigung durch den Versicherungsnehmer
Nach dem Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus beträgt die Mindestvertragsdauer zwölf Monate.
7. Wann endet die Versicherung?
Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung bzw. Änderung der Versicherung
a) Die Versicherung nach dem Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus endet mit dem Fortfall der Beihilfeberechtigung bzw. der Berücksichtigungsfähigkeit bei der Beihilfe.
b) Endet der Tarif Genau-Für-Sie Krankenversicherung, endet gleichzeitig auch Tarif Genau-Für-Sie Ergänzung Plus.

Anhang 1

Liste der erstattungsfähigen Naturheilverfahren

<ul style="list-style-type: none"> • Akupressur 	<ul style="list-style-type: none"> • Gasgemischinjektionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Orthomolekulare Medizin
<ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur (einschließlich Zungen-, Puls-, Meridian- und Punktdiagnostik, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hautwiderstandsmessungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Osteopathie
<ul style="list-style-type: none"> • Anthroposophische Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Heilmagnetische Behandlungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ozontherapien (einschließlich Ozon-Eigenblutbehandlung, Beutelbegasung, Glockenbegasung, Fistelinfiltration, Ozoninjektionen, Darminsufflation, Ozon-Wasser-Anwendung, UVB-Eigenbluttherapie, UVE-Eigenbluttherapie)
<ul style="list-style-type: none"> • Antihomotoxische Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Homöopathie (einschließlich homöopathischer Hochpotenzen und homöopathischer Komplexmitteltherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Physikalische Therapien (einschließlich Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Packungen, Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Dermapunktur)
<ul style="list-style-type: none"> • Aromatherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Homöosiniatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Phytotherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Ausleitende Verfahren <ul style="list-style-type: none"> - Aderlass - Baunscheid-Behandlung - Bier'sche Stauung - Blutegelbehandlung - Cantharidentherapie - Fontanellentherapie - Pustulantien-Behandlung - Schröpfen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hydrotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Proteomik
<ul style="list-style-type: none"> • Ayurveda 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperthermie 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexzonenmassage
<ul style="list-style-type: none"> • Biochemie (Mineralsalztherapie) nach Dr. Schüßler 	<ul style="list-style-type: none"> • Irisdiagnostik (Augendiagnostik) 	<ul style="list-style-type: none"> • Regena-Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • Bioenergetische Medizin: Bioenergetische Informationsdiagnostik und -therapie, Bioelektronische Systemdiagnostik und -therapie einschließlich Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioelektrische Funktionsdiagnostik, Biophysikalische Informations-Therapie, Bioresonanzdiagnostik und -therapie, Moratherapie, Magnetfeldtherapie, Elektro-Neuraldiagnostik und -therapie, Störfeld-Therapie, Kirlian-Fotografie, Segmentelektrogramm 	<ul style="list-style-type: none"> • Isopathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulationsmedizin und Matrixtherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Blutuntersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinesiologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Roeder'sches Verfahren
<ul style="list-style-type: none"> • Carcinochrom-Reaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Kristallographie 	<ul style="list-style-type: none"> • Sauerstofftherapien (einschließlich Atembehandlung, Atem-Biofeedback, Oxyvenierungstherapie, Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Inhalationen, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschnitt-Therapie)
<ul style="list-style-type: none"> • Chiropraktik (Chirotherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lasertherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Segmentdiagnostik/Maximaldiagnostik u. Ä.
<ul style="list-style-type: none"> • Colon-Hydrotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Lüscher-Color-Test (Psychovegetative Regulationsdiagnostik und -therapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Shiatsu
<ul style="list-style-type: none"> • Eigenblutbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Lymphdrainage 	<ul style="list-style-type: none"> • Spagyrik
<ul style="list-style-type: none"> • Eigenharnbehandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Mikrobiologische (Mikroökologische) Medizin einschließlich Autovaccine 	<ul style="list-style-type: none"> • Thermographie
<ul style="list-style-type: none"> • Elementar-Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Nervenpunktmassage 	<ul style="list-style-type: none"> • Thermoherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Enzymtherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuraltherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Traditionelle Chinesische Medizin (einschließlich Qi-gong, Tai-Qi, Moxatherapie, Moxibustionen)
<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung bei Allergien¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • Nosodentherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultraschalltherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Feldenkrais-Methode 	<ul style="list-style-type: none"> • Organotherapie (einschließlich Thymus-therapie, Zelltherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese

¹ Die Kosten für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel fallen nicht unter den Versicherungsschutz nach diesem Tarif.