

Tarif EZ

für Eigenleistungen gesetzlich Versicherter bei Vorsorgeuntersuchungen, Naturheilverfahren und Arzneimitteln im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Zuzahlungen

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2008) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif EZ sind Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Wenn diese Voraussetzung nicht mehr gegeben ist, so ist dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

2 Leistungen des Versicherers

In Abweichung von § 1 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen in Deutschland.

2.1 Zuzahlungen gemäß § 61 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V)

2.1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, die

- a) bei Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers gemäß § 28 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V („Praxisgebühr“),
- b) bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 31 Abs. 3 SGB V,
- c) bei ärztlich verordneten Heilmitteln gemäß § 32 Abs. 2 SGB V,
- d) bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln gemäß § 33 Abs. 2 Satz 5 SGB V,
- e) bei häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 5 SGB V,
- f) bei ärztlich verordneter Soziotherapie gemäß § 37a Abs. 3 SGB V,
- g) bei Inanspruchnahme von Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 5 SGB V,
- h) bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V,
- i) bei medizinischen Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Abs. 6 SGB V,
- j) bei medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter gemäß § 24 Abs. 3 SGB V,
- k) bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter gemäß § 41 Abs. 3 SGB V,
- l) bei medizinischer Rehabilitation gemäß § 40 Abs. 5 SGB V,
- m) bei Anschlussrehabilitation gemäß § 40 Abs. 6 SGB V,
- n) bei Fahrkosten gemäß § 60 Abs. 2 SGB V

zu entrichten sind, weil sie berechtigterweise verlangt werden (Abschnitt 2.8 d) ist zu beachten).

2.1.2 Der Versicherer kann sich bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt gemäß § 4 Abs. 5 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen.

2.2 Vorsorgeuntersuchungen

2.2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und Krebserkrankungen bei Erwachsenen (§ 25 Abs. 1 bzw. 2 SGB V), wenn diese öfter oder in anderen Lebensaltern als gesetzlich vorgesehen vorgenommen werden.

2.2.2 Darüber hinaus sind die im tariflichen Leistungsverzeichnis (s. Anhang) aufgeführten ärztlichen Gebühren für Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig.

2.2.3 Erstattungsfähigkeit von Rechnungen der Heilbehandler

Die Kosten für erbrachte ärztliche Leistungen im Sinne des Abschnittes 2.2 sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können und soweit sie den jeweiligen Regelhöchstsatz der GOÄ nicht überschreiten (Regelhöchstsatz gemäß GOÄ ist je nach Art der Leistung das 2,3-, 1,8- oder 1,15fache der Gebühr).

2.3 Ambulante Untersuchung und Behandlung nach Methoden der Naturheilkunde und nach außerschulmedizinischen Methoden

2.3.1 Soweit sie nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung nach Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- der Naturheilkunde,
- der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sowie
- nach anderen, außerschulmedizinischen Methoden

erstattungsfähig, sofern diese von einer der Mitglieds-Gesellschaften der Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e.V. anerkannt werden bzw. im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind.

Soweit in § 4 Abs. 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, Einschränkungen enthalten sind, wird sich der Versicherer für den Leistungsbereich gemäß Abschnitt 2.3 nicht darauf berufen.

2.3.2 Als erstattungsfähig gelten ebenso die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- a) angewandten Heilmittel, sofern der Behandler diese Leistungen selbst erbracht hat oder diese unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden;
- b) verordneten Arznei- und Verbandmittel.

2.3.3 Erstattungsfähigkeit von Rechnungen der Heilbehandler

a) Ärztliche Leistungen

Die Kosten für erbrachte Leistungen im Sinne der Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2. a) sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können und soweit sie den jeweiligen Regelhöchstsatz der GOÄ nicht überschreiten (Regelhöchstsatz gemäß GOÄ ist je nach Art der Leistung das 2,3-, 1,8- oder 1,15fache der Gebühr).

b) Heilpraktiker

Die Kosten für erbrachte Leistungen im Sinne der Abschnitte 2.3.1 und 2.3.2. a) sind dann erstattungsfähig, wenn sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist auf die im GebüH 1985 aufgeführten Gebührensätze begrenzt, wobei bei angegebenem Gebührenrahmen maximal der jeweils untere Rahmenbetrag erstattungsfähig ist.

2.4 Arzneimittel

Erstattungsfähig sind ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige medizinisch notwendige Arzneimittel, die nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen. Dazu gehören insbesondere Verordnungen nach den

Methoden der Naturheilkunde und der besonderen Therapierichtungen (homöopathische, phytotherapeutische, anthroposophische Mittel).

2.5 Sehhilfen

2.5.1 Für in Tarilstufe EZ 1 Versicherte: 150 EUR

Dieser Betrag ist für Brillengläser und Brillengestelle zusammen innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dabei werden zusammen mit einer etwaigen Vorleistung der GKV nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.5.2 Für in Tarilstufe EZ 2 Versicherte: 300 EUR

Dieser Betrag ist für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen zusammen innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig. Dabei werden zusammen mit einer etwaigen Vorleistung der GKV nicht mehr als 100 % der tatsächlichen Kosten erstattet.

2.6 Einmaliges Kindergeld

2.6.1 Bei Geburt eines eigenen Kindes zahlt der Versicherte gegen Vorlage der Geburtsurkunde ein einmaliges Kindergeld zur Abgeltung von mit der Geburt anfallenden außergewöhnlichen Gesundheitsaufwendungen

- an jeden in Tarilstufe EZ 1 versicherten Elternteil in Höhe von 100 EUR
- an jeden in Tarilstufe EZ 2 versicherten Elternteil in Höhe von 150 EUR

2.6.2 Diese Leistung wird nicht auf den tariflichen Höchstleistungsbetrag gemäß Abschnitt 2.7.2 bzw. 2.7.3 angerechnet.

2.6.3 In Ergänzung zu § 1 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, gilt für den Leistungsbereich gemäß Abschnitt 2.6 auch die Geburt eines Kindes als Versicherungsfall.

Die Wartezeiten gemäß § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, entfallen für diese Leistung.

Entsprechend § 2 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, steht die Adoption der Geburt gleich.

2.7 Tarilstufen / Höhe der Leistungen

2.7.1 Erstattungsprozentsätze und Höchstbeträge

Der Tarif EZ sieht alternativ die Tarilstufen EZ 1 und EZ 2 vor, die sich insbesondere hinsichtlich der Erstattungsprozentsätze und Höchstleistungsbeträge unterscheiden.

Die Versicherungsleistung ergibt sich aus der Anwendung der für die versicherten Leistungen gültigen Erstattungsprozentsätze auf die erstattungsfähigen Kosten. Sie wird begrenzt durch den Höchstleistungsbetrag der jeweils versicherten Tarilstufe (gilt gemäß 2.6.2 nicht für das einmalige Kindergeld).

2.7.2 Erstattungsprozentsatz je versicherte Leistung in Tarilstufe EZ 1:	
Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1	80 %
Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt 2.2	80 %
Ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt 2.3	40 %
Arzneimittel gemäß Abschnitt 2.4	40 %
Sehhilfen gemäß Abschnitt 2.5.1	100 % bis maximal 150 EUR
Höchstleistungsbetrag pro Kalenderjahr in Tarilstufe EZ 1:	
für alle Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 bis 2.5 zusammen	750 EUR

2.7.3 Erstattungsprozentsatz je versicherte Leistung in Tarilstufe EZ 2:	
Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1	80 %
Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt 2.2	80 %
Ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt 2.3	80 %

Arzneimittel gemäß Abschnitt 2.4	80 %
Sehhilfen gemäß Abschnitt 2.5.2	100 % bis maximal 300 EUR
Höchstleistungsbetrag pro Kalenderjahr in Tarilstufe EZ 2:	
für alle Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 bis 2.5 zusammen	1.500 EUR

2.7.4 Wird bei einer in Tarilstufe EZ 2 versicherten Person

- ein Herzinfarkt (Myokardinfarkt),
- ein Schlaganfall oder Gehirnschlag (Apoplexie, mit Ausnahme asymptomatisch zerebraler Ischämien),
- ein bösartiger Tumor (Malignom),
- Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn (chronisch entzündliche Darmerkrankung) oder
- eine zystische Fibrose (Mukoviszidose)

erstmalig fachärztlich festgestellt, so gilt für diese Person für das Kalenderjahr der Diagnosestellung sowie für das darauffolgende Kalenderjahr jeweils der zweifache Höchstleistungsbetrag gemäß Abschnitt 2.7.3.

2.7.5 Die Belege für erstattungsfähige Aufwendungen eines Kalenderjahres gemäß Abschnitt 2.1 (Zuzahlungen) und 2.4 bzw. 2.3.2 b) (Arzneimittel) sind dem Versicherten einmalig pro Kalenderjahr gesammelt einzureichen.

Für Einreichungen von Belegen eines Kalenderjahres, die darüber hinaus erfolgen, vermindert sich der Erstattungsprozentsatz für Zuzahlungen bzw. Arznei- und Verbandmittel um zehn Prozentpunkte.

Der Versicherte wird keine Kürzung vornehmen, sofern die Summe der erstattungsfähigen Aufwendungen der erneuten Einreichung mindestens 250 EUR beträgt.

2.7.6 Die Höchstleistungsbeträge gelten jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres. Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., wird der Höchstleistungsbetrag für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

2.7.7 Anpassung der Höchstsätze

Bei einer Beitragsanpassung nach § 8 b Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bzw. II, prüft der Versicherte, ob und inwieweit die im Tarif festgelegten betragsmäßigen Höchstsätze anzupassen sind.

Diese Anpassungen sind nur zulässig, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Angemessenheit überprüft und den Änderungen zugestimmt hat.

2.8 Einschränkung der Leistungspflicht

Nicht erstattungsfähig sind

- die gemäß § 31 Abs. 2 SGB V mögliche Differenz zwischen dem Apothekenpreis für ein ärztlich verordnetes Arznei- oder Verbandmittel und dem Festbetrag nach § 35 SGB V;
- die gemäß § 33 Abs. 2 SGB V mögliche Differenz zwischen dem Abgabepreis eines Leistungserbringers für ein ärztlich verordnetes Hilfsmittel und dem Festbetrag nach § 36 SGB V bzw. dem Vertragspreis nach § 127 SGB V;
- etwaige Mehrkosten, die gemäß § 13 SGB V ihre Ursache in einer Leistungsanspruchnahme durch Kostenerstattung haben (insbesondere Abschläge vom Erstattungsbetrag der GKV für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie Eigenanteile aufgrund Begrenzung des Umfangs der Kostenerstattung auf die Sachleistungshöhe);
- Zuzahlungen oberhalb der für die versicherte Person gemäß § 62 SGB V geltenden Belastungsgrenze;
- Aufwendungen für Nähr-, Anregungs-, Stärkungsmittel (auch sexuelle) und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Badesubstanzen, Desinfektions- und kosmetische Mittel, empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden bzw. bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht;
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der GKV, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistung, Satzungsleistung oder Leistung im Rahmen von Modellvorhaben der GKV notwendig bleiben.

3 Pflichten des Versicherungsnehmers

- 3.1 Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers die Angehörigen von Heilberufen, Krankenanstalten, anderen gesetzlichen oder privaten Kranken- und Unfallversicherern gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht zu entbinden und zur Auskunftserteilung zu ermächtigen.

Der Anspruch des Versicherungsnehmers wird nicht vor Eingang der Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht beim Versicherer fällig.

3.2 **In Ergänzung zu § 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und Teil II, gilt:**

Als Kostennachweis für geleistete Zuzahlungen gemäß Abschnitt 2.1 ist die Quittung, die von dem zum Einzug Verpflichteten ausgestellt werden muss, vorzulegen.

Sofern bzgl. der versicherten Leistungen gemäß Abschnitt 2.2 bis 2.5 Anspruch auf Leistungen aus der GKV besteht, sind Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen.

- 3.3 Die Möglichkeit zur Befreiung von Zuzahlungen beim Träger der GKV gemäß § 62 SGB V wegen Überschreitens der individuellen Belastungsgrenze ist wahrzunehmen. Der Versicherer ist über jede erteilte Befreiung unverzüglich schriftlich zu informieren.

4 Versicherte Optionen auf Höher- oder Nachversicherung

4.1 Höherversicherung von Tarifstufe EZ 1 in Tarifstufe EZ 2

Für in Tarifstufe EZ 1 Versicherte, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, garantiert der Versicherer die Höherversicherung durch Umstellung in die Tarifstufe EZ 2 (Zieltarif).

Für die Höherversicherung gelten die in Abschnitt 4.5 aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.1 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

4.2 Nachversicherung in andere Zusatztarife

Für in Tarifstufe EZ 2 versicherte Personen, die das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, garantiert der Versicherer die Nachversicherung in

- Tarif GZ zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für Zahnersatz, Hilfsmittel sowie Auslandsreisen und / oder
- Tarif SZ bzw. SZ II zur Ergänzung der GKV (Zieltarif) für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus,

sofern die versicherte Person im jeweiligen Zieltarif versicherungsfähig ist.

Bietet der Versicherer über die genannten Zieltarife hinaus weitere Tarife mit annähernd gleichem Leistungsniveau an, so kann er zu gegebener Zeit auch eine Garantie auf Nachversicherung in diese Tarife erklären.

Für die Nachversicherung gelten die in Abschnitt 4.5 aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.1 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

4.3 Nachversicherung / Tarifumstellung in andere Zusatztarife nach GKV-Reformen

Der Versicherer garantiert jeder im Tarif EZ versicherten Person die Nachversicherung bzw. Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der GKV (Zieltarif), die in Reaktion auf zeitlich nach Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes in Kraft tretende Reformen der GKV vom Versicherer eingeführt werden. Voraussetzung dabei ist, dass die versicherte Person im Zieltarif versicherungsfähig ist.

Für die Nachversicherung bzw. Umstellung gelten die in Abschnitt 4.5

aufgeführten Sonderkonditionen, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.2 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt.

4.4 Nachversicherung von Kindern

Für in Tarifstufe EZ 2 versicherte Personen garantiert der Versicherer die Nachversicherung eigener Kinder in den Tarif EZ.

Die Nachversicherung erfolgt ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern der Versicherungsnehmer sein Anrecht zu den in Abschnitt 4.6.3 genannten Stichtagen beim Versicherer beantragt (die Bestimmungen des § 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, zur Mitversicherung von Kindern ab Geburt gelten außerdem).

4.5 Sonderkonditionen

Wenn der Versicherungsnehmer sein Anrecht beim Versicherer entsprechend den Bestimmungen des Abschnittes 4.6 fristgemäß geltend macht, gelten für die Zieltarife folgende Sonderkonditionen:

- a) Es wird keine neue Gesundheitsprüfung durchgeführt.
- b) Die Versicherungszeit im Tarif EZ wird auf die für den Zieltarif geltenden Wartezeiten angerechnet.

Das gilt jedoch bei Nachversicherung in andere Zusatztarife gemäß Abschnitt 4.2 nicht für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Zieltarifs eingetreten sind und noch andauern.

- c) Bei Nachversicherung erfolgt die Beitragseinstufung im Zieltarif zu dem tariflichen Eintrittsalter, das die versicherte Person zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherung im Zieltarif erreicht hat.

Die Beitragseinstufung bei Höherversicherung bzw. Tarifumstellung ist in § 8 a Abs. 2 und 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, geregelt.

- d) Ist für die Versicherung in Tarif EZ ein Leistungsausschluss vereinbart, so wird dieser auch auf den neuen Versicherungsschutz übertragen.

Für Tarif EZ besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden auch im Zieltarif entsprechend angewendet.

4.6 Stichtage

- 4.6.1 Von dem gemäß Abschnitt 4.1 oder 4.2 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, die jeweils ab dem für die versicherte Person geltenden Beginn des Tarifes EZ gerechnet werden:

- zum 01.01. des vierten Jahres oder
- zum 01.01. des sechsten Jahres,

sofern der jeweilige Stichtag vor dem 40. Geburtstag der versicherten Person liegt.

Zusätzlich gilt als spätest möglicher Stichtag der Erste des Monats, der auf die Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person folgt.

Der jeweilige Stichtag stellt den Beginn des Zieltarifes dar.

Beispiel:

Beginn der Versicherung nach Tarif EZ: 01.07.2004
Geburtsdatum der versicherten Person: 14.10.1970

Der Zieltarif beginnt entweder am:

- 1. Stichtag: 01.01.2008 (viertes Jahr)
- 2. Stichtag: 01.01.2010 (sechstes Jahr)
- oder 3. Stichtag: 01.11.2010 (nach 40. Geburtstag)

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

- 4.6.2 Von dem gemäß Abschnitt 4.3 versicherten Anrecht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des jeweiligen Tarifes Gebrauch gemacht werden. Der Versicherungsnehmer muss die Nachversicherung innerhalb dieser Frist beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht.

4.6.3 Von dem gemäß Abschnitt 4.4 versicherten Anrecht kann nur zu einem der folgenden Stichtage Gebrauch gemacht werden, wobei der jeweilige Stichtag auch den Versicherungsbeginn des Kindes darstellt:

- zum Ersten des Monats, in dem das eigene Kind das 12. Lebensjahr vollendet, oder

- zum Ersten des Monats, in dem das eigene Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer muss dies bis spätestens zwei Monate vor dem jeweiligen Stichtag beim Versicherer schriftlich beantragen. Andernfalls erlischt das versicherte Anrecht für diesen Stichtag.

Anhang

Leistungsverzeichnis der versicherten Vorsorgeuntersuchungen in Tarif EZ

a) besondere Vorsorgeuntersuchungen für Kinder

- Neugeborenen Audio-Check: Untersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit (Hirnstammaudiometrie und Messung der otoakustischen Emissionen)
 - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb der ersten drei Lebensmonate
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 1406, 1409
- Kleinkind Schiel-Vorsorge: Augenärztliche Früherkennung auf Schwachsichtigkeit und Schielen
 - Anzahl / Intervall: einmalig zwischen dem 30. und 40. Lebensmonat
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 6, 1200, 1201, 1202, 1216
- Kinder-Intervall-Check für in Tarifstufe EZ 2 Versicherte: Wiederholung der gesetzlich eingeführten Kinder-Früherkennungs-Untersuchung, jeweils
 - Anzahl / Intervall: einmalig zwischen dem 13. und 20. Lebensmonat
einmalig zwischen dem 25. und 42. Lebensmonat
einmalig zwischen dem 49. und 59. Lebensmonat
einmalig im 7. Lebensjahr
einmalig im 9. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 718 oder 26
- Jugendlichen-Intervall-Check: Zusätzliche Durchführung der gesetzlich eingeführten Jugendgesundheitsuntersuchung (gesetzlicher Anspruch: einmalig zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr)
 - Anzahl / Intervall: einmalig im 11. Lebensjahr
einmalig im 16. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 26

b) Ergänzung von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krebs für in Tarifstufe EZ 2 Versicherte

- Krebsvorsorge für Männer: Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms mittels Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA)
 - Anzahl / Intervall: einmal innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 45. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 3908.H3, 250
- Auflichtmikroskopische Untersuchung zur Differentialdiagnostik von Hautveränderungen
 - Anzahl / Intervall: einmal innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 18. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 7, 750

c) besondere Vorsorgeuntersuchung während der Schwangerschaft für in Tarifstufe EZ 2 Versicherte

- „Baby-Fernsehen“: sonographische Schwangerschaftsuntersuchung bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften außerhalb der nach der Mutterschafts-Richtlinie vorgesehenen Ultraschalluntersuchungen
 - Anzahl / Intervall: zweimal je Schwangerschaft
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 415
- zusätzliche Labordiagnostik in der Schwangerschaft: Triple-Test zur Abschätzung des Risikos von Morbus Down (Trisomie 21) und Neuralrohrdefekten (z. B. „offener Rücken“) für den Fetus
 - Anzahl / Intervall: einmal je Schwangerschaft
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 3743, 4024, 4027, 250

d) allgemeine Vorsorgeuntersuchungen für in Tarifstufe EZ 2 Versicherte

- Glaukom-Früherkennung: Untersuchung zur Früherkennung der mit Erblindungsgefahr verbundenen Augenkrankheit „Grüner Star“ mittels Messung des Augeninnendrucks, Spiegelung des Augenhintergrundes und Prüfung des Gesichtsfeldes
 - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 40. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 6, 1256
- Knochendichte-Messung bei Frauen: Osteodensitometrie zur Früherkennung der Osteoporose (Knochenschwund)
 - Anzahl / Intervall: einmalig innerhalb von drei Jahren ab vollendetem 45. Lebensjahr
 - Gebührenziffer der GOÄ¹: 1, 5380

¹ GOÄ – Gebührenordnung für Ärzte