

## Wesentliche Merkmale des Tarifs ZV

### Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- 100% Kostenerstattung für Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und –Therapie
- 100% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen
- 100% Kostenerstattung für Hilfsmittel gemäß dem tariflichen Hilfsmittelverzeichnis
- 100% Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- 100% Kostenerstattung für Psychotherapie
- tarifliche Kostenerstattung für ambulante Entbindungen zzgl. einer Pauschale von 550 €
- 100% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung

### Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädischen Maßnahmen
- Leistungshöchstbeträge in den ersten 10 Kalenderjahren

### Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer (Tarifstufe ZVE)
- 100% Kostenerstattung im Zwei- oder Mehrbettzimmer (Tarifstufe ZVZ)
- 100% Kostenerstattung im Mehrbettzimmer (Tarifstufe ZVR)
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung (Tarifstufen ZVE und ZVZ)
- 100% Kostenerstattung für belegärztliche Behandlung (Tarifstufe ZVR)
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

### Selbstbehalt

- in den Tarifstufen ZV 2, ZV 3 und ZV 4 gelten Selbstbehalte je Person in Höhe von
  - 1.400 € in Tarifstufe ZVE 4, ZVZ 4, ZVR 4
  - 500 € in Tarifstufe ZVE 2, ZVZ 2, ZVR 2
  - 250 € in Tarifstufe ZVE 3, ZVZ 3, ZVR 3

### Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung
- Zahnärztliche Honorare bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädischen Maßnahmen
- Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädischen Maßnahmen (Tarifstufen ZVEN, ZVZN, ZVRN)

---

## Tarif ZV

### Krankheitskosten-Vollversicherung für Zahnärzte

Fassung Januar 2011

### Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

#### I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Zahnärzte einschließlich der mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen. Familienangehörige sind der Ehegatte und die Kinder.
2. Die Versicherungsfähigkeit bleibt auch im Fall der Scheidung für den geschiedenen Ehegatten bestehen, wenn der Zahnarzt oder die Zahnärztin diesem gegenüber unterhaltspflichtig ist.
3. Bzgl. Ehegatten gelten die Ziffern 1. und 2. sinngemäß auch für Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang 3).

#### II. Versicherungsleistungen

##### A) Erstattungsfähig sind die Kosten für

##### 1. Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

###### 1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen, Wegegebühren, Operationen sowie Hebammenhilfe.

###### 1.2 Fahrten und Transporte

Fahrten zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt bei

- Gehunfähigkeit,
- Dialyse,
- Tiefenbestrahlung,
- Chemotherapie.

Transporte in Notfällen bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.

### 1.3 Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie

#### 1.4 Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel: Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu den im Heilmittelverzeichnis (Anhang 1) genannten Preisen erstattet.

### 1.5 Arznei- und Verbandmittel

#### 1.6 Sehhilfen

Brillen – jedoch nicht in Luxusausführung\* – und Kontaktlinsen\*\*.

\* Der jeweils gültige Betrag, bis zu dem wir ein Brillengestell nicht als Luxusausführung ansehen, wird in der Mitgliederzeitschrift ausgewiesen. Er kann auch beim Versicherer erfragt werden.

\*\* Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.

#### 1.7 Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

Es besteht Versicherungsschutz für folgende medizinische Hilfsmittel:

- Absauggeräte\*,
- Applikationshilfen (Medikamente/Nahrungsmittel),
- Atemmonitore\*,
- Bandagen,
- Beatmungsgeräte,
- Behindertendreirad,
- Bewegungsgeräte (Moto-med, Revital, Therafit),
- Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung),
- Blindenleitgeräte/Blindenstock,
- Blutdruckmessgeräte,
- Blutzuckermessgeräte,
- Bruchbänder,
- Brustprothesen,
- CoaguChek-Geräte\*,
- elektrische Lesehilfen,
- Epithesen,
- Ernährungspumpen,
- Gehhilfen/Gehstützen,
- Herzfrequenzmonitore\*,
- Herzschrittmacher,
- Hörgeräte,
- Infusionspumpen,
- Inhalationsgeräte,
- Inkontinenzartikel,
- Inkontinenztrainingsgeräte,
- Insulinpumpen,
- Kommunikationshilfen (Sprachausgabegeräte),
- Kompressionsstrümpfe,

- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstühle\*,
- Kunstaugen,
- künstliche Glieder,
- künstlicher Kehlkopf,
- Lagerungsartikel (Nachtschienen/Lagerungskissen),
- Leibbinden,
- Liegeschalen,
- nCPAP-Geräte\*,
- Milchpumpen,
- Orthesen,
- orthopädische Einlagen zur Fußkorrektur,
- orthopädische Rumpf-, Arm-, Beinstützapparate,
- orthopädische Maßschuhe,
- orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Perücke, Toupet (in besonderen Fällen),
- Prothesen (Arm-/Fußprothesen),
- Pulsoximeter\*,
- Sauerstoffgeräte\*,
- Sauerstoffkonzentratoren\*,
- Säuglings-Überwachungsmonitore\*,
- Sitzschalen,
- Stoma-Versorgungsartikel,
- TENS-Geräte,
- Ultraschallvernebler\*,
- UVA-/UVB-Bestrahlungsgeräte,
- Wechseldruckmatratzen\*
- Darüber hinaus sind grundsätzlich lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

\* Nach Möglichkeit werden diese Hilfsmittel vom Versicherer vorrangig leihweise zum Gebrauch überlassen.

Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem Rechnungsbetrag von 350 € dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.

Erstattet werden auch Aufwendungen für die Reparatur von o.g. Hilfsmitteln, ausgenommen an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen.

#### 1.8 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

#### 1.9 Kurbehandlung

Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium sowie bei einer stationären Kur, sind Aufwendungen gemäß Abschnitt II.A)1.1 bis 1.8 erstattungsfähig.

### **1.10 Ambulante Entbindungen**

Bei ambulanten Entbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß II.A)1.1 bis 1.8 zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z.B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von 550 € gezahlt. Dieser Betrag wird auch bei einer Entbindung im Krankenhaus gezahlt, sofern keine stationären Leistungen anfallen. Der Betrag in Höhe von 550 € wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

## **2. Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen**

Hierzu gehören ausschließlich die entstehenden Material- und Laborkosten. Aufwendungen für Honorare sind nicht erstattungsfähig.

In den mit „N“ ergänzten Tarifstufen (z.B. ZVEN 100) besteht kein Anspruch auf Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen.

### **2.1 Leistungshöchstbeträge**

In den ersten 10 Kalenderjahren gelten für Leistungen nach II.A)2. nachstehende erstattungsfähige Leistungshöchstbeträge; dabei gelten die Leistungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre:

insgesamt  
400 € im 1. und 2. Kalenderjahr  
800 € im 3. und 4. Kalenderjahr  
1.200 € im 5. und 6. Kalenderjahr  
1.600 € im 7. und 8. Kalenderjahr  
2.400 € im 9. und 10. Kalenderjahr  
unbegrenzt ab dem 11. Kalenderjahr

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen im jeweiligen Kalenderjahr anfallenden tariflichen Leistungen.

Die oben aufgeführten Leistungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvorschlags des zahntechnischen Labors) nachgewiesen ist. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung unabhängig vom Rechnungsbetrag insgesamt zur Hälfte der tariflichen Leistung.

## **3. Stationäre Heilbehandlung**

### **3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen**

3.1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme sowie des -entbindungspflegers.

3.1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.

### **3.2 Walleleistungen**

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

3.2.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Walleleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

Unterscheidet ein Krankenhaus nach Pflegeklassen, so gilt für die nachstehenden Leistungsaussagen die 1. Pflegeklasse als Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse als Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse als Mehrbettzimmer.

### **3.3 Krankentransport**

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

## B) Die erstattungsfähigen Kosten werden wie folgt erstattet:

Tarifstufe	ZVR2	ZVR3	ZVR4	ZVR100	ZVZ2	ZVZ3	ZVZ4	ZVZ100	ZVE2	ZVE3	ZVE4	ZVE100
Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Selbstbehalt* in €	500	250	1.400	-	500	250	1.400	-	500	250	1.400	-
Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stationäre Heilbehandlung Allgemeine Krankenhausleistungen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Wahlleistungen bei Aufenthalt im												
- Einbettzimmer	-	-	-	-	100% beschränkt auf die erstattungsfähigen Kosten, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.				100%	100%	100%	100%
- Zweibettzimmer	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Mehrbettzimmer	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Privatarzt	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Krankentransport	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

\* Zu den Tarifstufen ZVR 2, ZVR 3, ZVR 4, ZVZ 2, ZVZ 3, ZVZ 4, ZVE 2, ZVE 3 und ZVE 4:

Der jeweilige Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person entstandenen erstattungsfähigen Kosten für „Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung“ (vgl. Ziffer II.A)1.1 bis 1.9). Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

## C) Für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen im Krankenhaus (vgl. II.A)3.2) erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld, und zwar bei

1. Nicht-Inanspruchnahme des Kostenersatzes für den Unterkunftszuschlag in Höhe von

versicherte Unterkunft	in Anspruch genommene Unterkunft	Krankenhaustagegeld
Einbettzimmer (Tarifstufe ZVE 2, ZVE 3, ZVE 4, ZVE 100)	Einbettzimmer	-
	Zweibettzimmer	21 €
	Mehrbettzimmer	37 €
Zweibettzimmer (Tarifstufe ZVZ 2, ZVZ 3, ZVZ 4, ZVZ 100)	Einbettzimmer	-
	Zweibettzimmer	-
	Mehrbettzimmer	16 €

2. Nicht-Inanspruchnahme des Kostenersatzes für gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung in Höhe von 13 € Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

## Anhang

### Anhang 1 – Heilmittelverzeichnis

Hierzu zählen Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie usw.

	erstattungsfähig bis zu €		erstattungsfähig bis zu €
<b>Krankengymnastik/Bewegungsübungen</b>		<b>Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/m sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe</b>	
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage	22,50		26,60
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	26,60	<b>Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>	
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	39,50	Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,90
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer	7,20	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Krankengymnastik in einer Gruppe bei cerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	12,50	- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	13,60
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestdauer 45 Minuten	39,50	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	12,50	- Teilpackung	23,60
Bewegungsübungen	8,90	- Großpackung	32,50
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,20	Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,20
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60	Kaltpackung (Teilpackung)	
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	25,90	- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	8,90
Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,60	- Anwendung einmal verwendbarer Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	17,80
Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	81,90	Heublumensack, Peloidkompresse	10,60
Gerätegestützte Krankengymnastik, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	40,25	Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	5,30
Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	6,00	<b>Trockenpackung</b>	3,60
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	7,80	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,60
<b>Massagen</b>		Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	5,30
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassagen)	15,90	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,80
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder		An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,20
- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	22,50	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,00
- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	33,60	Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,60
- Kompressionsbandagierung einer Extremität	10,10	Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,30
		Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,90
		Naturmoor-Halbbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	37,80
		Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	45,90
		Sandbäder, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
		- Teilbad	33,10
		- Vollbad	37,80
		Sole-Photo-Therapie, Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Photo-Therapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UVA/UVB-Be- strahlung, einschließlich Nachfetten), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	37,80

	erstattungsfähig bis zu €
<b>Medizinische Bäder mit Zusätzen</b>	
- Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzylsäurehaltige Zusätze	7,80
- Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,30
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,30
- weitere Zusätze, je Zusatz	3,60
<b>Gashaltige Bäder</b>	
- Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
- Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,90
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,20
- Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,30
- Radon-Zusatz, je 500.000 Millilitat	3,60
<b>Inhalationen</b>	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Einzelinhalation	7,80
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,20
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	6,60
Radon-Inhalation im Stollen	13,00
Radon-Inhalation mittels Hauben	15,90
<b>Kälte- und Wärmebehandlung</b>	
Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	11,30
Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	7,80
Eisteilbad	11,30
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	6,60
<b>Elektrotherapie</b>	
Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese	7,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	7,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	7,20
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	13,60
Iontophorese	7,20
Zwei- oder Vierzellenbad	13,00
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,30
<b>Lichttherapie</b>	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
- als Einzelbehandlung	3,60
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,00
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,60
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,00

	erstattungsfähig bis zu €
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	7,20
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	10,10
<b>Logopädie</b>	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	36,50
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	57,10
Ausführlicher Bericht	13,60
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
- Mindestdauer 30 Minuten	36,50
- Mindestdauer 45 Minuten	47,80
- Mindestdauer 60 Minuten	60,10
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern – je Teilnehmer	
- Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	17,20
- Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	20,10
<b>Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	36,50
Einzelbehandlung	
- bei motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten	36,50
- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten	47,80
- bei psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	63,10
Hirnleistungstraining	
- als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	36,50
- Gruppenbehandlung	
- Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	16,60
- bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	33,10

## Anhang 2 (entfallen)

## Anhang 3

### **Lebenspartnerschaftsgesetz**

#### **§ 1 Form und Voraussetzungen**

(1) <sup>1</sup>Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). <sup>2</sup>Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. <sup>3</sup>Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.

(2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(3) <sup>1</sup>Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. <sup>2</sup>§ 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.