

Wesentliche Merkmale des Tarifs SV

Ambulante Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- 100% Kostenerstattung für Strahlen-Diagnostik und -Therapie
- 80% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 160 €
- 100% Kostenerstattung für Hilfsmittel gemäß dem tariflichen Hilfsmittelverzeichnis
- 100% Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- 80% Kostenerstattung für Psychotherapie
- tarifliche Kostenerstattung für ambulante Entbindungen zzgl. einer Pauschale von 550 €
- 80% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung bis 1.600 € Rechnungsbetrag

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz bis 550 €; darüber hinaus 75%; mit Rechnungshöchstbeträgen
- 75% Kostenerstattung für kieferorthopädische Maßnahmen; mit Rechnungshöchstbeträgen

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Zwei- oder Mehrbettzimmer
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Krankenrücktransport aus dem Ausland

Selbstbehalt

- in Tarifstufe SV 1 gilt ein Selbstbehalt je Person in Höhe von 300 €
- in Tarifstufe SV 100 erfolgt die tarifliche Leistung ohne summarische Selbstbeteiligung

Nicht versichert sind

- Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Tarif SV

Krankheitskosten-Vollversicherung

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 Personen bis zu einem Eintrittsalter von 33 Jahren, die an einer Hochschule eingeschrieben und ohne Berufsausübung sind. Versicherungsfähig sind außerdem Schüler allgemein bildender Schulen ab einem Eintrittsalter von 21 Jahren.

Ehegatten bis zu einem Eintrittsalter von 33 Jahren und Kinder können im Falle ihrer Unterhaltsberechtigung mitversichert werden. Ihre Mitversicherung ist ausgeschlossen, wenn sie selbst regelmäßig Einkommen erzielen oder Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Für ein Kind gilt dies auch dann, wenn ein Elternteil regelmäßig Einkommen erzielt.

Bzgl. Ehegatten gilt Abs. 2 sinngemäß auch für Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang 3).

Der Versicherungsschutz für mitversicherte Personen darf nicht höher oder umfassender als der des Versicherungsnehmers sein.

2. Die Höchstvertragsdauer beträgt 5 Jahre (beachte hierzu Nummer I.4.3 dieses Tarifs).

3. Alle in § 3 der AVB vorgesehenen Wartezeiten entfallen.

4. Die Versicherung nach diesem Tarif endet – außer in den in §§ 13, 14 und 15 der AVB genannten Fällen – mit Ablauf desjenigen Monats, in dem

4.1 die Versicherungsfähigkeit gemäß I.1. dieses Tarifs entfällt;

4.2 die für diesen Tarif vorgesehene Höchstvertragsdauer von 5 Jahren erreicht ist. Nach Ablauf der maximalen Vertragsdauer ist jeweils ein erneuter Abschluss des Tarifs mit neuem Eintrittsalter ohne erneute Risikoprüfung möglich, sofern das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet ist und die sonstigen Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind;

4.3 das 34. Lebensjahr vollendet wird.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer den Eintritt eines Beendigungsgrundes seiner Versicherung nach Tarif SV oder

derjenigen einer versicherten Person innerhalb eines Monats schriftlich anzuzeigen.

Eine Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses kann für die betroffene versicherte Person in den verkaufsoffenen Krankheitskostentarifen des Versicherers beantragt werden, sofern Versicherungsfähigkeit nach den jeweiligen Tarifen besteht. Ein solcher Antrag wird ohne erneute Risikoprüfung angenommen, wenn er spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Tarif SV gestellt wird und im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Versicherung nach Tarif SV beginnen soll. Der Beitrag wird nach dem dann geltenden Eintrittsalter festgesetzt. Mehrleistungen bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes sind für laufende Versicherungsfälle vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Arztbehandlungen

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

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

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.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.3 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

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 bis zu den im Heilmittelverzeichnis (Anhang 1) genannten Preisen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80% erstattet.

1.5 Arznei- und Verbandmittel

Erstattet werden 100% der Aufwendungen.

1.6 Sehhilfen

Erstattet werden 100% der Aufwendungen, wobei die Aufwendungen für Sehhilfen bis zur Höhe von insgesamt 160 € erstattet werden. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch

nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

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 100% der Aufwendungen. 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 Psychotherapie

Erstattet werden 80% der Aufwendungen.

1.10 Ambulante Entbindungen

Bei ambulanten Entbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß II.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. Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (vgl. § 4 (2) MB/KK 2009)

Hierzu gehören:

Alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH – Stand 1985) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden 80% der Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.600 € pro Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Betrag von 1.600 € für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der jeweilige Höchstbetrag nicht.

3. Zahnleistungen

3.1 Zahnbehandlung, Zahnersatz

Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Parodontosebehandlung, prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stiftzähne, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens).

Erstattet werden die Aufwendungen je Person und Kalenderjahr bis zur Höhe von 550 € zu 100%, darüber hinaus zu 75%.

3.2 Kieferorthopädische Maßnahmen

Erstattet werden 75% der Aufwendungen.

3.3 Rechnungshöchstbeträge

In den ersten 6 Kalenderjahren gelten für Leistungen nach II.3.1 und 3.2 zusammen nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird; dabei gelten die Rechnungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre:

insgesamt

800 € im 1. und 2. Kalenderjahr

1.600 € im 3. und 4. Kalenderjahr

2.400 € im 5. und 6. Kalenderjahr

Der jeweilige Rechnungshöchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen in den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Im jeweiligen Erstattungsfall wird vorzugsweise aus dem Rechnungsbetrag mit dem höheren Erstattungssatz geleistet. Erstattungsfall ist die Gesamtheit aller gleichzeitig eingereichten zahnärztlichen Kostenbelege. Die Leistungsabrechnung erfolgt stets in der Reihenfolge der Einreichung der Kostenbelege.

Die oben aufgeführten Rechnungshöchstbeträge 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.

4. Stationäre Heilbehandlung

4.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

a) 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.

b) 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.

4.2 Wahlleistungen

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

b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

4.3 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Erstattet werden 100% der Aufwendungen bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer, bei Aufenthalt im Einbettzimmer beschränkt auf die privatärztliche Behandlung, den Krankentransport sowie die sonstigen erstattungsfähigen Kosten, die bei Aufenthalt in einem Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen im Krankenhaus (vgl. II.4.2) erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld

1. in Höhe von 15,60 € bei Nichtinanspruchnahme des Kostenersatzes für den Unterkunftszuschlag.
2. in Höhe von 26 € bei Nichtinanspruchnahme des Kostenersatzes für gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

5. Rücktransport

Erstattet werden 100% der notwendigen Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport (Beförderung Kranker oder verletzter Personen, die nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen können) in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat und wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Be-

handlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist.

Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherten wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gelten Satz 1 und 2 entsprechend für einen Rücktransport in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

Diese Leistung wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

6. Überführung im Todesfall

Erstattet werden 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, bis zu einer Höhe von 5.250 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.500 €

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Überführung im Todesfall in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

Diese Leistung wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

7. Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Erstattet werden 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Bestattung außerhalb des Staates, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

Diese Leistung wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

III. Selbstbehalt

In der Tarifstufe SV 1 gilt ein Selbstbehalt. Die tarifliche Leistung wird um den vereinbarten Selbstbehalt gekürzt.

Der Selbstbehalt beträgt je versicherte Person in Tarifstufe SV 1 300 €

Der Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge einschließlich des Krankenhaustagegeldes für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz für Wahlleistungen im Krankenhaus. Der Betrag bei ambulanten Entbindungen gemäß II.1.10 sowie die Leistungen II.5. bis 7. werden dagegen nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

Beginnt die Versicherung in Tarifstufe SV 1 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.

In Tarifstufe SV 100 erfolgt die tarifliche Leistung ohne summenmäßige Selbstbeteiligung.

Anhang

Anhang 1

Heilmittelverzeichnis siehe Seite 6 – 7

Anhang 2

(entfallen)

Anhang 3

Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) ¹Zwei 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). ²Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. ³Die 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) ¹Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. ²§ 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Anhang 1 – Heilmittelverzeichnis

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

	erstattungsfähig bis zu €		erstattungsfähig bis zu €
Krankengymnastik/Bewegungsübungen			
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage	22,50	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wassergehalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/m sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,60
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	26,60	Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
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 Peloide (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 Peloide (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	Trockenpackung	3,60
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	7,80	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,60
Massagen			
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassagen)	15,90	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	5,30
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder		Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,80
- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	22,50	An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauaffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,20
- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	33,60	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,00
- Kompressionsbandagierung einer Extremität	10,10	Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,60
		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 €
Medizinische Bäder mit Zusätzen	
- 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
Gashaltige Bäder	
- 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 Millistat	3,60
Inhalationen	
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
Kälte- und Wärmebehandlung	
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
Elektrotherapie	
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
Lichttherapie	
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
Logopädie	
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
Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
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