Bitte nehmen Sie dies zu Ihren Versicherungsunterlagen

Änderungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Nicht alle Änderungen betreffen Ihren persönlichen Versicherungsschutz. Für Sie sind nur Änderungen in den Tarifen relevant, in denen Sie versichert sind. Soweit weitere Personen in Ihrem Vertrag mitversichert sind, gilt dies gleichermaßen.

Zum 1. Januar 2025 werden wir Änderungen bezüglich der Regelung der Übergangspflege im Krankenhaus (siehe 1.1) und beim Heilmittelverzeichnis (siehe 1.3) sowie in der Pflege-Pflichtversicherung (siehe 3.) vornehmen. Die Änderungen erfolgen auf Grundlage des § 203 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Der unabhängige Treuhänder hat ihnen zugestimmt. Bitte beachten Sie, dass diese Regelungen somit laut Gesetz Vertragsbestandteil werden und bindend sind.

Darüber hinaus erfolgen redaktionelle Änderungen bei Regelungen zur Anschlussheilbehandlung (siehe 1.2) und der Wiedereingliederung (siehe 2.).

1. Änderungen in der Krankenversicherung

1.1 Übergangspflege im Krankenhaus

Per Juli 2021 wurde die Übergangspflege im Krankenhaus durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ (GVWG) als neue Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39e SGB V) formuliert. Das ermöglicht nun die offizielle Abrechnung für Personen, die zwar nicht mehr stationär behandelt werden, aber noch nicht entlassen werden können, weil die Versorgung im Anschluss nicht sichergestellt ist. Da unsere Versicherten nicht schlechter gestellt sein sollen als GKV-Versicherte, stellen wir nun in Tarifen mit Leistung für Allgemeine Krankenhausleistungen sicher, dass wir für Übergangspflege im Krankenhaus vergleichbar mit der GKV leisten.

1.2 Anschlussheilbehandlung

Wir stellen in unseren Bedingungen klar, dass Anschlussheilbehandlungen grundsätzlich vom Versicherungsschutz umfasst sein können, wenn der Tarif dies vorsieht.

1.3 Heilmittelverzeichnis

Im Bereich Heilmittel verbessern wir den Versicherungsschutz und passen die Bedingungen an die veränderten Verhältnisse in der Heilmittelversorgung an. Dabei werden einige Höchstbeträge des Heilmittelverzeichnisses an das gestiegene Preisniveau angepasst. Ebenso ergänzen und aktualisieren wir einzelne Positionen des Heilmittelverzeichnisses. Wir orientieren uns dazu an den Änderungen der Beihilfe. Wir erhalten so den Wert des hochwertigen Versicherungsschutzes.

2. Änderungen in der Krankentagegeldversicherung

Wiedereingliederung

Wir stellen in unseren Bedingungen klar, dass Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung grundsätzlich vom Versicherungsschutz umfasst sein können, wenn der Tarif dies vorsieht.

3. Änderungen in der Pflege-Pflichtversicherung

Als weitere Folge des Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (PUEG) haben sich die Vorschriften des SGB XI (Sozialgesetzbuch – Elftes Buch) geändert, so dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einheitlich für die Branche daran angepasst werden. Die Änderungen betreffen Dynamisierungen aller Leistungsbeträge.

Die Änderung des Pflege-/Hilfsmittelverzeichnisses der privaten Pflege-Pflichtversicherung erfolgt ebenso branchenweit einheitlich aufgrund Änderungen in der GKV.

Nachtrag zum Versicherungsvertrag

(Änderungen sind grau hinterlegt hervorgehoben)

1. Änderungen in der Krankenversicherung

1.1 Übergangspflege

1.1.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-versicherung

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Teil II Tarifbedingungen (TB/KK)
(2) […] Als Versicherungsfall gelten auch Fehlgeburten ~~und~~, nicht rechtswidrige Schwangerschaftsunterbrechungen sowie Übergangspflege im Krankenhaus, sofern und soweit der Tarif Leistungen dafür vorsieht.

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2013)
(2) Als Versicherungsfall gelten auch
d) Übergangspflege im Krankenhaus, sofern und soweit der Tarif Leistungen dafür vorsieht.

1.1.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten-Vollversicherung Hi.Germany (AVB/KKb)

§ 1 Welchen Schutz bietet diese Versicherung?
(4) Was ist ein Versicherungsfall?
[…] Versicherungsfall ist auch […]

- Übergangspflege im Krankenhaus, sofern und soweit der Tarif Leistungen dafür vorsieht.

[…]

1.1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes (Druckstück MG 113u)
(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung […]
f) Übergangspflege im Krankenhaus, sofern und soweit der Tarif Leistungen dafür vorsieht.

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes (Druckstück MG 113)
(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung […]
e) Übergangspflege im Krankenhaus, sofern und soweit der Tarif Leistungen dafür vorsieht.

1.1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandskranken-Gruppenversicherung

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes (Druckstück MG 96u)
(5) […] Als Versicherungsfall gelten auch […]
e) Übergangspflege im Krankenhaus, sofern und soweit der Tarif Leistungen dafür vorsieht

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes (Druckstück MG 96)
(5) […] Als Versicherungsfall gelten auch […]
d) Übergangspflege im Krankenhaus, sofern und soweit der Tarif Leistungen dafür vorsieht

1.1.5 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die spezielle Vollkosten-Auslandskranken-Gruppenversicherung

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes (Druckstück MG 05u)
(5) […] Als Versicherungsfall gelten auch […]
e) Übergangspflege im Krankenhaus, sofern und soweit der Tarif Leistungen dafür vorsieht

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes (Druckstück MG 05)
(5) […] Als Versicherungsfall gelten auch […]
d) Übergangspflege im Krankenhaus, sofern und soweit der Tarif Leistungen dafür vorsieht

1.1.6 Tarife AV, BT, CSR, KS, MS, PRIMO B

Unter „Versicherungsleistungen – Stationäre Heilbehandlung“ wird vor „Stationäre Hospizversorgung“ neu eingefügt (die Nummerierung hängt vom jeweiligen Tarif ab):

[…] Übergangspflege im Krankenhaus
Erstattungsfähig sind Leistungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgen.

Die Leistungen für Übergangspflege umfassen die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden
- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

erstattet.

1.1.7 Tarife MAS, MG, NK, PRIMO, PRIMO M, SV, ZV

Unter „Versicherungsleistungen – Stationäre Heilbehandlung“ wird vor „Stationäre Hospizversorgung“ neu eingefügt (die Nummerierung hängt vom jeweiligen Tarif ab):

[…] Übergangspflege im Krankenhaus
Erstattungsfähig sind Leistungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgen.

Die Leistungen für Übergangspflege umfassen die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Wahlleistungen […] sind nicht erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden
- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

erstattet.

NK, SV

[…] Wahlleistungen
[…] Bei teilstationärer Heilbehandlung und bei Übergangspflege im Krankenhaus (vgl. […]) wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

PRIMO, PRIMO M

[…] Erstattung
Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen […]
Bei Übergangspflege im Krankenhaus (vgl. […]) wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

1.1.8 Tarife Hi.Medical L, NK.select L, NK.select XL

Vor „Was erstatten wir im Hospiz?“ wird neu eingefügt (die Nummerierung hängt vom jeweiligen Tarif ab):

[…] Was erstatten wir bei Übergangspflege im Krankenhaus?
Wir erstatten 100% der Kosten, wenn der Versicherte sich in Übergangspflege im Krankenhaus befindet.

Dies setzt voraus, dass
- Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können und
- die Übergangspflege im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgt

Bei Übergangspflege leisten wir für die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Wahlleistungen […] erstatten wir nicht.

Die Kosten für Übergangspflege erstatten wir
- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

NK.select L, NK.select XL

[…] Wann bekommen Sie kein Ersatztagegeld?
[…] Sie bekommen kein Ersatztagegeld nach II.4.4.1 und 4.4.2
- für den Tag, an dem der Versicherte aus dem Krankenhaus entlassen wird ~~und~~,
- für die Tage, an denen der Versicherte teilstationär (weniger als 24 Stunden je Tag) im Krankenhaus behandelt wird und
- bei Übergangspflege im Krankenhaus (vgl. II.4.8).

1.1.9 Tarife Hi.Medical S, NK.select S

Vor „Was erstatten wir im Hospiz?“ wird neu eingefügt (die Nummerierung hängt vom jeweiligen Tarif ab):

[…] Was erstatten wir bei Übergangspflege im Krankenhaus?

Wir erstatten 100% der Kosten, wenn der Versicherte sich in Übergangspflege im Krankenhaus befindet.

Dies setzt voraus, dass

- Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können und
- die Übergangspflege im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgt

Bei Übergangspflege leisten wir für die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Die Kosten für Übergangspflege erstatten wir

- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

1.1.10 Tarife BD.1/2, DOGP.1/2, D.1/2, BD*Prime* (unisex)

Unter „Versicherungsleistungen – Ambulante und Stationäre Heilbehandlung bzw. Stationäre Heilbehandlung“ wird neu eingefügt (die Nummerierung hängt vom jeweiligen Tarif ab):

[…] Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind Leistungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgen.

Die Leistungen für Übergangspflege umfassen die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Wahlleistungen gem. […] sind nicht erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

erstattet.

Wahlleistungen

Bei teilstationärer Heilbehandlung und bei Übergangspflege im Krankenhaus (vgl. […]) wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

1.1.11 Tarife BD 1/2, DOGP 1/2, D 1/2 (bisex)

Unter „Versicherungsleistungen – Ambulante und Stationäre Heilbehandlung bzw. Stationäre Heilbehandlung“ wird neu eingefügt (Nummerierung hängt vom jeweiligen Tarif ab):

[…] Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind Leistungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgen.

Die Leistungen für Übergangspflege umfassen die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Wahlleistungen […] sind nicht erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

erstattet.

[…] Für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz bei stationärer Heilbehandlung erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld in nachstehender Höhe […]

Bei der Übergangspflege im Krankenhaus (vgl. […]) wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

1.1.12 Tarif DOGP*Basic*

Unter „Versicherungsleistungen –Stationäre Heilbehandlung“ wird neu eingefügt:

2.3 Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind Leistungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgen.

Die Leistungen für Übergangspflege umfassen die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

erstattet.

1.1.15 Tarife ELA., ELA, ELW.100, ELW 100, ELW.1, ELW 1, ELW.2, ELW 2 ARL.57, ARL 57, ARL.77

Unter „Versicherungsleistungen – Ambulante oder stationäre Heilbehandlung“ wird neu eingefügt (die Nummerierung hängt vom jeweiligen Tarif ab):

[…] Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind Leistungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in demselben Krankenhaus erfolgen.

Wahlleistungen […] sind nicht erstattungsfähig.

Die Leistungen für Übergangspflege umfassen die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

erstattet.

Tarife ELA. und ELA

Wahlleistungen

[…] Bei teilstationärer Heilbehandlung und bei Übergangspflege im Krankenhaus (vgl. […]) wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Tarife EWB.1/2 und EWB 1/2

II.3. Für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz erhält der Hauptversicherte ein Krankenhaustagegeld in nachstehender Höhe […]

[…] Bei teilstationärer Heilbehandlung und bei Übergangspflege im Krankenhaus wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

1.2 Anschlussheilbehandlung

1.2.1 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

1.2.2 Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung für vorübergehende Aufenthalte in Deutschland

§ 4 Umfang der Leistungspflicht (Druckstück MG 113u)

(5) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Hierzu zählen auch Bundeswehrkrankenhäuser. Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies

vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht (Druckstück MG 113)
(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif dies vorsieht, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

1.2.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandskranken-Gruppenversicherung

§ 4 Umfang der Leistungspflicht (Druckstück MG 96u)
(5) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Hierzu zählen auch Militärkrankenhäuser. Sofern der Tarif dies vorsieht, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht (Druckstück MG 96)
(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif dies vorsieht, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

1.2.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die spezielle Vollkosten-Auslandskranken-Gruppenversicherung

§ 4 Umfang der Leistungspflicht (Druckstück MG 05u)
(5) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Hierzu zählen auch Militärkrankenhäuser. Sofern der Tarif dies vorsieht, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht (Druckstück MG 05)
(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Sofern der Tarif dies vorsieht, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

1.3 Heilmittelverzeichnis

1.3.1 Tarife Hi.Medical S, Hi.Medical L, PRIMO, PRIMO M

	erstattungsfähig bis zu €
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
- als Einzelinhalation	~~11,20~~ 11,60
- als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80
- als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	7,50
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.	
Radon-Inhalation im Stollen	14,90
Radon-Inhalation mittels Hauben	18,20
Krankengymnastik / Bewegungsübungen	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	~~61,10~~ 63,50
~~Krankengymnastische Behandlung~~ Krankengymnastik (KG), ~~(~~auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie~~)~~, als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 15-20 Minuten	~~26,80~~ 27,80
~~Krankengymnastische Behandlung~~ Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: ~~30~~ 25-35 Minuten	~~42,50~~ 44,20
~~Krankengymnastische Behandlung~~ Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta) bei ~~angeborenen oder frühkindlich erworbenen~~ zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 30-45 Minuten	~~53,10~~ 55,20
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: ~~25~~ 20-30 Minuten, je Teilnehmer	~~12,00~~ 12,50
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: ~~45~~ 20-30 Minuten, je Teilnehmer	~~15,00~~ 15,60
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	~~80,30~~ 83,50
~~Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen~~ Krankengymnastik im Bewegungsbad	
- als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	~~31,20~~ 31,80
- in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	~~21,80~~ 22,70
~~Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad~~	15,60
- in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	

	erstattungsfähig bis zu €
Manuelle Therapie, Richtwert: ~~30~~ 15-25 Minuten	~~32,20~~ 33,40
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15-20 Minuten	~~19,00~~ 19,20
Bewegungsübungen	
- als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	~~12,40~~ 12,90
- in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 10-20 Minuten	~~7,70~~ 8,00
Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
- als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	31,20
- in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	~~21,80~~ 22,60
- in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	15,60
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	108,10
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	~~50,40~~ 52,40
Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	8,80
Massagen	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
- Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15-20 Minuten	~~19,60~~ 20,30
- Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20-30 Minuten	~~23,50~~ 24,40
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
- Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	~~32,50~~ 33,80
- Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	~~48,70~~ 50,60
- Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	~~65,00~~ 67,50
- Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	~~20,70~~ 21,50
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15-20 Minuten	~~30,50~~ 31,70
Palliativversorgung - unverändert	
Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-15 Minuten	13,60

	erstattungsfähig bis zu €
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
- Teilpackung	36,20
- Großpackung	47,80
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
Kaltpackung (Teilpackung)	
- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	10,20
- Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
Heublumensack, Peloidkompresse	12,10
Sonstige Packungen (z.B. Wickel, Auflagen, Kompressen) ~~u.a.~~, auch mit Zusatz	6,10
Trockenpackung	4,10
Guss	
- Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
- Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
- Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
Wechselbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- Teilbad	12,10
- Vollbad	17,60
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
Naturmoorbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- Teilbad	43,30
- Vollbad	52,70
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- Teilbad	37,90
- Vollbad	43,30
Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
Medizinische Bäder mit Zusatz	
- Hand-, Fußbad	8,80
- Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
- Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
- bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
- Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,10 €.	

	erstattungsfähig bis zu €
Gashaltige Bäder	
- Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	~~25,70~~ 26,10
- Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
- Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	33,80
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
- Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
- Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10
Kälte- und Wärmebehandlung	
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5-10 Minuten	12,90
Wärmetherapie mittels Heißluft ~~(auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot)~~ – bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10-20 Minuten	7,50
Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10-20 Minuten	~~13,30~~ 13,80
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10-20 Minuten	8,20
Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5-10 Minuten	~~16,90~~ 17,60
Iontophorese, Phonophorese	8,20
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10-20 Minuten	14,90
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-20 Minuten	29,00
Lichttherapie - unverändert	
Logopädie (Stimm-, Sprech- ~~und~~, Sprach- und Schlucktherapie)	
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	18,00
Stimm-, sprech- ~~und~~, sprach- und schlucktherapeutische Erst~~befundung~~diagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	111,20
Stimm-, sprech- ~~und~~, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	55,60
je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig	
Bericht an die verordnende Person	6,20
Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20

	erstattungsfähig bis zu €
Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
- Richtwert: 30 Minuten	49,40
- Richtwert: 45 Minuten	68,00
- Richtwert: 60 Minuten	86,50
- Richtwert: 90 Minuten	103,40
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen je Teilnehmer	
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
Einzelbehandlung	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~30~~ 45 Minuten	45,20
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: ~~45~~ 60 Minuten	60,90
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~60~~ 75 Minuten	76,20
Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	135,60
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	~~152,32~~ 152,40
Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~30~~ 45 Minuten, je Teilnehmer	35,90
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: ~~45~~ 60 Minuten, je Teilnehmer	48,70
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~60~~ 75 Minuten, je Teilnehmer	60,30
Gruppenbehandlung	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~30~~ 45 Minuten, je Teilnehmer	16,50
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: ~~45~~ 60 Minuten, je Teilnehmer	21,40
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~90~~ 105 Minuten, je Teilnehmer	39,30
- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	70,20

	erstattungsfähig bis zu €
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: ~~30~~ 45 Minuten	50,10
Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	152,40
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: ~~30~~ 45 Minuten, je Teilnehmer	39,40
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: ~~45~~ 60 Minuten, je Teilnehmer	21,40
Podologie	
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	~~30,70~~ 34,20
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	~~44,00~~ 49,20
Podologischer Befund, je nach Behandlung	~~3,00~~ 3,40
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
Erst- und Eingangsbefundung	~~48,80~~
- Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
- Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50
- Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	21,90
Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	~~86,60~~ 96,40
Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	~~47,40~~ 52,80
Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	~~43,40~~ 48,30
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	~~86,90~~ 92,00
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	~~47,70~~ 52,60
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	~~15,20~~ 16,80
Behandlungsabschluss~~/~~ ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	~~22,80~~ 25,20
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40

	erstattungsfähig bis zu €
Ernährungstherapie	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
~~Erstgespräch mit Behandlungsplanung~~ Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten~~, einmal je Behandlungsfall~~	~~34,00~~ 38,70
~~Erstgespräch mit Behandlungsplanung~~ Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	~~68,00~~ 77,40
Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten~~; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – erstattungsfähig~~	~~55,50~~ 63,40
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei~~; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig~~	~~55,50~~ 63,40
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	~~34,00~~ 38,70
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten~~, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr~~	~~68,00~~ 77,40
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	~~23,80~~ 27,10
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik - unverändert	
Rehabilitationssport / Funktionstraining - unverändert	
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal. Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	22,40
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	~~14,61~~ 14,70
Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand). Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn die Leistungen Einzelbehandlung oder Hirnleistungstraining als Beratung oder Ernährungstherapeutische Intervention zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen ärztlich verordneter Hausbesuch einschl. der Fahrtkosten oder Besuch eines Patienten in einer sozialen Einrichtung sind daneben nicht erstattungsfähig.	22,40
~~Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels~~	

	erstattungsfähig bis zu €
~~Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg ist die Abrechnung von ärztlich verordnetem Hausbesuch und Fahrtkosten nur anteilig je Patient erstattungsfähig.~~	
Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	~~1,30~~ 1,40

1.3.2 Tarife AV, BT, CA, CAG(S) 1/4, CAN, CAZ, KS, MA, MAN, MAS, NK, NK.select S, NK.select L, NK.select XL, SV, ZV, BD*Prime*

	erstattungsfähig bis zu €
Krankengymnastik / Bewegungsübungen	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	19,00
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	~~70,30~~ 73,10
~~Krankengymnastische Behandlung~~ Krankengymnastik (KG), ~~(~~auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie~~)~~, als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 15-20 Minuten	~~30,90~~ 32,00
~~Krankengymnastische Behandlung~~ Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: ~~30~~ 25-35 Minuten	~~48,90~~ 50,90
~~Krankengymnastische Behandlung~~ Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta) bei ~~angeborenen oder frühkindlich erworbenen~~ zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 30-45 Minuten	~~61,10~~ 63,50
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: ~~25~~ 20-30 Minuten, je Teilnehmer	~~13,80~~ 14,40
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: ~~45~~ 20-30 Minuten, je Teilnehmer	~~17,30~~ 18,00
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	~~92,40~~ 96,10
~~Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen~~ Krankengymnastik im Bewegungsbad	
- als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	~~35,90~~ 36,60
- in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	~~25,10~~ 26,20
~~Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad~~	18,00
- in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	
Manuelle Therapie, Richtwert: ~~30~~ 15-25 Minuten	~~37,10~~ 38,50
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15-20 Minuten	~~21,90~~ 22,10

	erstattungsfähig bis zu €
Bewegungsübungen	
- als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	~~14,30~~ 14,90
- in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 10-20 Minuten	~~8,90~~ 9,20
Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
- als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	35,90
- in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	~~25,10~~ 26,00
- in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	18,00
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	124,40
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	~~58,00~~ 60,30
Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	10,20
Massagen	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
- Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15-20 Minuten	~~22,60~~ 23,40
- Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20-30 Minuten	~~27,10~~ 28,10
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
- Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	~~37,40~~ 38,90
- Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	~~56,10~~ 58,20
- Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	~~74,80~~ 77,70
- Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	~~23,90~~ 24,80
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15-20 Minuten	~~35,10~~ 36,50
Palliativversorgung - unverändert	
Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-15 Minuten	15,70
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	18,00
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
- Teilpackung	41,70
- Großpackung	55,00
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,70
Kaltpackung (Teilpackung)	
- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	11,80
- Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	23,40
Heublumensack, Peloidkompresse	14,00
Sonstige Packungen (z.B. Wickel, Auflagen, Kompressen) ~~u.a.~~, auch mit Zusatz	7,10
Trockenpackung	4,80
Guss	
- Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,80
- Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	7,10
- Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	6,30
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,70
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,40
Wechselbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- Teilbad	14,00
- Vollbad	20,30
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,90
Naturmoorbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- Teilbad	49,80
- Vollbad	60,70
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- Teilbad	43,60
- Vollbad	49,80
Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	49,80
Medizinische Bäder mit Zusatz	
- Hand-, Fußbad	10,20
- Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30
- Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,10
- bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,80
- Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,80 €.	
Gashaltige Bäder	
- Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	~~29,60~~ 30,10
- Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	34,20
- Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	39,00

	erstattungsfähig bis zu €
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	31,90
- Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,10
- Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,80
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
- als Einzelinhalation	~~12,90~~ 13,40
- als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,60
- als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	8,70
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.	
Radon-Inhalation im Stollen	17,20
Radon-Inhalation mittels Hauben	21,00
Kälte- und Wärmebehandlung	
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5-10 Minuten	14,90
Wärmetherapie mittels Heißluft ~~(auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot)~~ – bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10-20 Minuten	8,70
Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10-20 Minuten	~~15,30~~ 15,90
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10-20 Minuten	9,50
Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5-10 Minuten	~~19,50~~ 20,30
Iontophorese, Phonophorese	9,50
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10-20 Minuten	17,20
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-20 Minuten	33,40
Lichttherapie - unverändert	
Logopädie (Stimm-, Sprech- ~~und~~, Sprach- und Schlucktherapie)	
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	~~18,00~~ 20,70
Stimm-, sprech- ~~und~~, sprach- und schlucktherapeutische Erst~~befundung~~diagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	127,90
Stimm-, sprech- ~~und~~, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	64,00
je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig	
Bericht an die verordnende Person	7,20
Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	127,90

	erstattungsfähig bis zu €
Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
- Richtwert: 30 Minuten	56,90
- Richtwert: 45 Minuten	78,20
- Richtwert: 60 Minuten	99,50
- Richtwert: 90 Minuten	119,00
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen je Teilnehmer	
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	70,40
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	39,80
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	127,90
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	64,60
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	48,10
Einzelbehandlung	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~30~~ 45 Minuten	52,00
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: ~~45~~ 60 Minuten	70,10
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~60~~ 75 Minuten	87,70
Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	156,00
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	210,00
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	~~175,20~~ 175,30
Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~30~~ 45 Minuten, je Teilnehmer	41,30
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: ~~45~~ 60 Minuten, je Teilnehmer	56,10
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~60~~ 75 Minuten, je Teilnehmer	69,40
Gruppenbehandlung	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~30~~ 45 Minuten, je Teilnehmer	19,00
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: ~~45~~ 60 Minuten, je Teilnehmer	24,70
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: ~~90~~ 105 Minuten, je Teilnehmer	45,20
- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	80,80

	erstattungsfähig bis zu €
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: ~~30~~ 45 Minuten	57,70
Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	175,30
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: ~~30~~ 45 Minuten, je Teilnehmer	45,40
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: ~~45~~ 60 Minuten, je Teilnehmer	24,70
Podologie	
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	~~35,40~~ 39,40
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	~~50,60~~ 56,60
Podologischer Befund, je nach Behandlung	~~3,50~~ 4,00
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	223,80
Erst- und Eingangsbefundung	~~56,20~~
- Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	31,30
- Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	62,70
- Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	25,20
Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	18,90
Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	~~99,60~~ 110,90
Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	~~54,60~~ 60,80
Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	~~50,00~~ 55,60
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	~~100,00~~ 105,80
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	~~54,90~~ 60,50
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	~~17,50~~ 19,40
Behandlungsabschluss~~/~~ ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	~~26,30~~ 29,00
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	74,60
Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	86,10
Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10

	erstattungsfähig bis zu €
Ernährungstherapie	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
~~Erstgespräch mit Behandlungsplanung~~ Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten~~, einmal je Behandlungsfall~~	~~39,10~~ 44,60
~~Erstgespräch mit Behandlungsplanung~~ Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	~~78,20~~ 89,10
Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten~~; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – erstattungsfähig~~	~~63,90~~ 73,00
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei~~; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig~~	~~63,90~~ 73,00
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	~~39,10~~ 44,60
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	89,10
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten~~, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr~~	~~78,20~~ 89,10
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	~~27,40~~ 31,20
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	62,40
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik - unverändert	
Rehabilitationssport / Funktionstraining - unverändert	
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal. Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	25,80
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	~~16,90~~ 17,00
Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand). Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn die Leistungen Einzelbehandlung oder Hirnleistungstraining als Beratung oder Ernährungstherapeutische Intervention zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen ärztlich verordneter Hausbesuch einschl. der Fahrtkosten oder Besuch eines Patienten in einer sozialen Einrichtung sind daneben nicht erstattungsfähig.	25,80
~~Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels~~	

	erstattungsfähig bis zu €
~~Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg ist die Abrechnung von ärztlich verordnetem Hausbesuch und Fahrtkosten nur anteilig je Patient erstattungsfähig.~~	
Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	~~1,50~~ 1,70

1.3.3 Tarif RBB

	erstattungsfähig bis zu €
Palliativversorgung - unverändert	
Ernährungstherapie	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
~~Erstgespräch mit Behandlungsplanung~~ Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten~~, einmal je Behandlungsfall~~	~~39,10~~ 44,60
~~Erstgespräch mit Behandlungsplanung~~ Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	~~78,20~~ 89,10
Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten~~; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – erstattungsfähig~~	~~63,90~~ 73,00
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei~~; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig~~	~~63,90~~ 73,00
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	~~39,10~~ 44,60
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	89,10
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten~~, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr~~	~~78,20~~ 89,10
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	~~27,40~~ 31,20
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	62,40
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal. Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	25,80
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	~~16,90~~ 17,00

	erstattungsfähig bis zu €
Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand). Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn die Leistungen Einzelbehandlung oder Hirnleistungstraining als Beratung oder Ernährungstherapeutische Intervention zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen ärztlich verordneter Hausbesuch einschl. der Fahrtkosten oder Besuch eines Patienten in einer sozialen Einrichtung sind daneben nicht erstattungsfähig.	25,80
~~Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels~~	
~~Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg ist die Abrechnung von ärztlich verordnetem Hausbesuch und Fahrtkosten nur anteilig je Patient erstattungsfähig.~~	
Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	~~1,50~~ 1,70

2. Änderungen in der Krankentagegeldversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009)

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Können zuvor arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich wieder besser in das Erwerbsleben eingegliedert werden, so besteht während der Wiedereingliederung ein Anspruch auf Krankentagegeld, sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen dies vorsehen.

3. Änderungen in der Pflege-Pflichtversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung

I. Bedingungsteil – MB/PPV 2024
III. Tarifbedingungen
1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat
a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu ~~761~~ 796 €,
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu ~~1.432~~ 1.497 €,
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu ~~1.778~~ 1.859 €,
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu ~~2.200~~ 2.299 €
erstattet. […]

2. Pflegegeld

2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat
a) ~~332~~ 347 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
b) ~~573~~ 599 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
c) ~~765~~ 800 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
d) ~~947~~ 990 € für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.
[…]

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu ~~1.612~~ 1.685 € je Kalenderjahr erstattet. […]

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu ~~806~~ 843 € auf insgesamt bis zu ~~2.418~~ 2.528 € im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. […]

4. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu ~~40~~ 42 € je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf ~~4.000~~ 4.180 € je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt werden. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu ~~16.000~~ 16.720 € berücksichtigt. […]

5. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat
a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu ~~689~~ 721 €,
b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu ~~1.298~~ 1.357 €,
c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu ~~1.612~~ 1.685 €,
d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu ~~1.995~~ 2.085 €
erstattet.

6. Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von ~~1.774~~ 1.854 € pro Kalenderjahr ersetzt. […]

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu ~~1.612~~ 1.685 € auf insgesamt bis zu ~~3.386~~ 3.539 € im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. […]

7. Vollstationäre Pflege und Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal
a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von ~~770~~ 805 € je Kalendermonat,
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von ~~1.262~~ 1.319 € je Kalendermonat,
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von ~~1.775~~ 1.855 € je Kalendermonat,
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von ~~2.005~~ 2.096 € je Kalendermonat
erstattet. […]

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische

Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von 15% der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, im Einzelfall höchstens ~~266~~ 278 € je Kalendermonat, abgegolten. […]

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von ~~2.952~~ 3.085 €. […]

7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von ~~125~~ 131 € je Kalendermonat erstattet. […]

9. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989. Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von ~~200~~ 209 € täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt. […]

11. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen […] werden bis zu ~~125~~ 131 € monatlich erstattet. […]

13. Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt ~~214~~ 224 €. […]

14. Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von ~~10.000~~ 10.452 € durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber ~~2.500~~ 2.613 €. […]

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

Der Anspruch der versicherten Person beträgt für die Leistungen digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen zusammen bis zu insgesamt ~~50~~ 53 € im Monat des nach § 78a Abs. 1 SGB XI und § 89 Abs. 1 SGB XI vereinbarten Betrages.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung

1.2 Pflegebettenzubehör
- Bettverlängerungen
- Bettverkürzungen
- Bettaufrichter (Bettgalgen)
- sonstige Aufrichthilfen
- Bettseitenteile (Seitengitter)
- Fixiersysteme für Personen
- Seitenpolster für Pflegebetten
- Bettzelt für den temporären Gebrauch

~~1.13~~ 1.8 ~~Treppen/~~Treppenfahrzeuge
- Treppensteighilfen
- Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)
- Treppenraupen

1.9 Rampensysteme
- Mobile Rampen

~~1.8~~ 1.10 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung

~~1.9~~ 1.11 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert

~~1.10~~ 1.12 Zubehör für Lifter

~~1.11~~ 1.13 Umsetz- und Hebehilfen

~~1.12~~ 1.14 Schieberollstühle

2.1 Produkte zur Hygiene im Bett
- Bettpfannen
- Urinflaschen
- Urinschiffchen
- Urinflaschenhalter
- Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, verschiedene Größen

2.9 Toilettenstühle
- Feststehende Toilettenstühle
- Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche
- ~~Toilettenstühle für Kinder~~

3.3 Pflegehilfsmittel zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten

- Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung
- Pflegehilfsmittel zur zeitlichen Orientierung
- Erinnerungshilfen für wesentliche Ereignisse
- Produkte zum Erkennen von Risiken und Gefahren
- Pflegehilfsmittel zur Kommunikation
- Systembezogene Abrechnungspositionsnummern

3.5 Assistenzsysteme

- Modulare Assistenzsysteme

~~3.5~~ 3.6 Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung

~~3.6~~ 3.7 Gehhilfen