

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 2024 werden wir Änderungen bezüglich der Regelung beim Heilmittelverzeichnis, beim Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (siehe 1.) sowie in der Pflege-Pflichtversicherung (siehe 2.) 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.

1. Änderungen in der Krankenversicherung

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.

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

Das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen gleichen wir an die Marktentwicklung der letzten Jahre an. Bei zahlreichen Positionen passen wir die erstattungsfähigen Höchstsätze an die gestiegenen Marktpreise an. Zudem werden neue Leistungspositionen aufgenommen, um zeitgemäße Fertigungsverfahren sowie Materialien für die Versicherten zu erstatten. So sichern wir die Teilhabe an den neuen technologischen Fortschritten. Veraltete, nicht mehr praktizierte Leistungspositionen werden gestrichen, um ein übersichtlicheres Verzeichnis zu schaffen. Auf Wunsch kann die Abrechnung aber auch nach dem bis 31.12.2023 gültigen Verzeichnis erfolgen.

2. Änderungen in der Pflege-Pflichtversicherung

Mehrere Gesetzesänderungen haben sich auf die Vorschriften des SGB XI (Sozialgesetzbuch – Elftes Buch) ausgewirkt, so dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einheitlich für die Branche daran angepasst werden. Die Änderungen betreffen im Wesentlichen Leistungsausweitungen und Dynamisierungen der Leistungen, wie z.B. die Anhebung der ambulanten Leistungsbeträge um 5% (Sachleistungsbeträge, Pflegegeld), die Erhöhung des Leistungszuschlags zu den Eigenanteilen bei vollstationärer Pflege für Pflegegrad 2 bis 5 und ab Juli 2024 die Einführung eines neuen Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson. Darüber hinaus haben künftig Mitglieder von Solidargemeinschaften, für die sich der Beitrag zur Solidargemeinschaft aufgrund von (drohender) Hilfebedürftigkeit vermindert, den auf den hälftigen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzten Pflege-Pflichtversicherung-Beitrag zu zahlen. Außerdem haben wir redaktionelle Änderungen vorgenommen.

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

Bitte lesen Sie auch das beigegefügte Merkblatt aufmerksam und teilen uns Änderungen, die für die Beitragseinstufung maßgeblich sein könnten, unverzüglich mit.

3. Redaktionelle Änderung

Da der Bundesgerichtshof einen Absatz in den Versicherungsbedingungen für unwirksam erklärt hat, wird dieser gestrichen.

Nachtrag zum Versicherungsvertrag

(Änderungen sind grau hinterlegt hervorgehoben)

1. Änderungen in der Krankenversicherung

Heilmittelverzeichnis – Tarife Hi.Medical S, Hi.Medical L, PRIMO, PRIMO M

	erstattungs- fähig bis zu €
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
- als Einzelinhalation	10,10 11,20
- 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	16,50
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordneten Person	55,00 61,10
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minuten	25,70 26,80
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,30 42,50
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 45 Minuten	47,80 53,10
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer	40,80 12,00
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	44,30 15,00
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	72,30 80,30
Bewegungsübungen	
- als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	11,20 12,40
- in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,90 7,70

Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,60 21,80
Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,70 21,80
Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70 32,20
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00
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	46,20 50,40
Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80
Massagen	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
- Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perio-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20 19,60
- Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	21,20 23,50
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
- Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	29,30 32,50
- Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	43,90 48,70
- Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,50 65,00
- Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	18,70 20,70
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
Palliativversorgung - unverändert	
Packungen, Hydrotherapie, Bäder - unverändert	

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 12,90

Wärmetherapie mittels Heißluft (auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten 7,50

Ultraschall-Wärmetherapie ~~12,00~~
13,30

Elektrotherapie

Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen 8,20

Elektrostimulation bei Lähmungen ~~15,60~~
16,90

Iontophorese, Phonophorese 8,20

Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad) 14,90

Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe 29,00

Lichttherapie - unverändert

Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)

Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten ~~108,00~~
111,20

Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt) 18,00

Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten ~~51,70~~
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 verordnete Person ~~5,80~~
6,20

Bericht auf besondere Anforderung der verordneten Person ~~103,40~~
111,20

Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen

- Richtwert: 30 Minuten ~~46,00~~
49,40

- Richtwert: 45 Minuten ~~63,20~~
68,00

- Richtwert: 60 Minuten ~~80,50~~
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 Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer

- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten ~~56,90~~
61,20

- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten 34,60

- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten ~~103,40~~
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 motorischen Störungen, Richtwert: 30 Minuten ~~41,80~~
45,20

- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten ~~54,80~~
60,90

- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten ~~72,30~~
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 ~~123,90~~
135,60

- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten ~~166,80~~
182,60

- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten ~~139,20~~
152,32

Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)

- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer ~~32,80~~
35,90

- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer ~~44,50~~
48,70

- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer ~~55,10~~
60,30

Gruppenbehandlung

- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer ~~16,00~~
16,50

- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer ~~20,60~~
21,40

- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer ~~37,90~~
39,30

- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer 70,20

Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten ~~46,20~~
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 ~~139,20~~
152,40

Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	36,00 39,40
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60 21,40
Podologie	
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	30,70
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	44,00
Podologischer Befund, je nach Behandlung	3,00
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
Erstbefundung	48,80
Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	86,60
Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	47,40
Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	43,40
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	86,90
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	47,70
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	15,20
Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	22,80
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangensitzkontrolle 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
Ernährungstherapie	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	67,90 68,00

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
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig	55,50
Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall	34,00
Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	34,00
Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	68,00
Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	23,80
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik - unverändert	
Rehabilitationssport / Funktionstraining - unverändert	
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal	22,40
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	14,61
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	1,30

Heilmittelverzeichnis – 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

	erstattungsfähig bis zu €
Krankengymnastik/Bewegungsübungen	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	19,00
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordneten Person	63,30 70,30
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minuten	29,60 30,90
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	44,10 48,90

Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 45 Minuten	55,00 61,10
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer	12,50 13,80
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	16,50 17,30
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,20 92,40
Bewegungsübungen	
- als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	12,90 14,30
- in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	8,00 8,90
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	35,90
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	18,00
Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	22,60 25,10
Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	22,70 25,10
Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	34,20 37,10
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	21,90
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	53,20 58,00
Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
Massagen	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
- Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	21,00 22,60
- Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	24,40 27,10

Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
- Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,70 37,40
- Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,50 56,10
- Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,30 74,80
- Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	21,60 23,90
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	35,10
Palliativversorgung - unverändert	
Packungen, Hydrotherapie, Bäder - unverändert	
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
- als Einzelinhalation	11,70 12,90
- als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,60
- als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch 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	14,90
Wärmetherapie mittels Heißluft (auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	8,70
Ultraschall-Wärmetherapie	13,80 15,30
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	9,50
Elektrostimulation bei Lähmungen	18,00 19,50
Iontophorese, Phonophorese	9,50
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	17,20
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	33,40
Lichttherapie - unverändert	
Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	124,20 127,90
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	18,00

Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	59,50 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 verordnete Person	6,70 7,20
Bericht auf besondere Anforderung der verordneten Person	119,00 127,90
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimm- störungen	
- Richtwert: 30 Minuten	52,90 56,90
- Richtwert: 45 Minuten	72,70 78,20
- Richtwert: 60 Minuten	92,60 99,50
- Richtwert: 90 Minuten	119,00
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufs- dokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den ver- ordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer	
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	65,50 70,40
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	39,80
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	119,00 127,90
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	64,60
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufs- dokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den ver- ordnenden 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 Be- handlungsfall	48,10
Einzelbehandlung	
- bei motorischen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	48,10 52,00
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	63,10 70,10
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	83,20 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	142,50 156,00
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	191,90 210,00
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	160,10 175,20

Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	37,80 41,30
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	51,20 56,10
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	63,40 69,40
Gruppenbehandlung	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	18,40 19,00
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	23,70 24,70
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer	43,60 45,20
- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belas- tungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teil- nehmer	80,80
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orien- tierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	53,20 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	160,10 175,30
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	41,40 45,40
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	23,70 24,70
Podologie	
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	35,40
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	50,60
Podologischer Befund, je nach Behandlung	3,50
Erstversorgung mit einer Federstahldraht- Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, ein- schließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv- Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	223,80
Erstbefundung	56,20
Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	99,60
Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	54,60
Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Fraser	50,00
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	100,00
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall- Nagelkorrekturspange	54,90
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	17,50

Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	26,30
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
Ernährungstherapie	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	78,10 78,20
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
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig	63,90
Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall	39,10
Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	39,10
Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	78,20
Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,40
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik - unverändert	
Rehabilitationssport / Funktionstraining - unverändert	
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal	25,80
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	16,90
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

Heilmittelverzeichnis – Tarif RBB
**erstattungs-
fähig bis zu €**
Palliativversorgung - unverändert
Ernährungstherapie

Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.

Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	78,10 78,20
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
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig	63,90
Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall	39,10
Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	39,10
Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	78,20
Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,40
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal	25,80
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	16,90
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

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen – Tarife PRIMO, PRIMO M

	erstattungs- fähig bis zu €
Arbeitsvorbereitung	
101 Modell Hartgips / Superhartgips / Implantatmodell	8,20 9,70
101a Modell aus Superhartgips	14,60
101b Spezialmodell	40,00
101c Modell aus Kunststoff	30,40
102 Modell nach Überabdruck Funktionsabdruck	12,20 15,80
103 Modell vermessen	5,70 6,70
104 Modellpaar sockeln (dreidimensional)	22,00 40,00
105 Sägemodell / Modell für Sägesegmente / Set-up-Modell	14,90 17,00
106 Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen)	12,70 19,40
107 Modellergänzung aus Kunststoff	18,40 21,60
108 Doublieren eines Modells oder Modellteils	15,50
109 Platzhalter einfügen / Hilfsteil in Abdruck	15,50
110 Verwendung von Kunststoff	15,50
111 Abdruck galvanisieren	15,50 18,20
112 Set-up je Segment	9,20 12,20
113 Einzelstumpfmodell	12,40
114 Set-up Modell	11,40
115 Dowel-Pin setzen	2,10 2,50
116 Zahnkranz bearbeiten	7,70
117 Zahnkranz sockeln	8,10 8,50
118 Einstellen in Fixator (OK+UK)	7,90 12,20
119 Auswerten Registrat	6,90 7,30
120 Modellmontage in Mittelwertartikulator I (OK+UK)	13,70 14,60
121 Modellmontage in Mittelwertartikulator II	15,40 15,80
122 Modellmontage indiv. Artikulator I (OK+UK)	15,40 15,80
123 Modellmontage indiv. Artikulator II	17,10
124 Modellmontage indiv. Artikulator III	22,50 26,70
125 Montage Gegenkiefermodell	8,20 9,70
126 Übertragungslehre für Zweitmontage	10,20 12,20
127 Einstellen nach Registrat	9,40 9,70
128 Frontzahnführungsteller individuell	17,40 20,70
129 Frässockel / Modell / je Kiefer	9,80 11,00

130 Split Cast an Modell / je Kiefer	15,30 18,20
131 Modellsegment sägen	5,10 6,10
132 Kontrollmodell	10,00
133 Remontage Modell	25,50 30,40
134 Modell aus feuerfester Masse	10,20 12,20
135 Stumpf aus feuerfester Masse	15,30 18,20
136 Stumpf aus Superhartgips / Zweitstumpf aus Superhartgips	5,90 6,70
137 Stumpf aus Kunststoff	12,20
138 Ausblocken eines Stumpfes	2,90 3,20
139 Stumpf vorbereiten	4,70 4,90
139a Stumpf unter Mikroskop vorbereiten	9,70
140 Reponieren eines Stumpfes	6,60
141 Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell	9,30 9,70
142 Dublieren eines Einzelstumpfes	9,90
143 Radieren des Abschlussrandes	7,40
144 Radieren nach System je Kiefer	11,30
145 Abdecken eines Kieferteils je Kiefer	7,40
146 Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer	22,50 26,70
147 Prothetische Planung	23,90
148 Modellanalyse Prothetik	15,20
149 Modellanalyse Gnathologie	34,10
150 CAD/CAM von Fräszentrum komplett	93,80
151 Foto / Videodokumentation	2,60
152 Desinfektion	5,70 7,30
153 Modell digitalisieren	16,90 30,40
154 Scannen Stumpf / Modell	22,40
Herstellung individueller Hilfsmittel	
201 Basis für Vorbissnahme	11,70
202 Konstruktionsbiss	10,20
203 Basis Autopolimerisat / Bissregistrat / Stützstiftregistrat / Kunststoffbasis für Aufstellung	21,50 29,10
204 Individueller Löffel	28,50 35,20
205 Funktionslöffel	27,40 32,80
205a Individualisieren eines konfektionierten Löffels	11,50
206 Bissregistrierung	19,50
207 Stützstiftregistrierung	19,50
208 Kunststoffbasis für Aufstellung	21,20
209 Bisswall (Wachs / Kunststoff) je Kiefer	12,30
210 Übertragungskappe Kunststoff / Metall	22,20
211 Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren, je Kiefer	20,90

212	Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen, je Zahn	6,10 7,20
213	Kunststoffbasis für Zentrikregistrat / Spezialbissplatte	30,80
Provisorium		
301	Laborgefertigte langzeitprovisorische Krone oder Brückenglied / laborgefertigte Teilkrone / Stiftzahn / Onlay / Inlay aus Kunststoff	32,10 48,50
301a	Provisorische Krone oder Brückenglied aus Metall	44,00
302	Formteil für provisorische Versorgung, je Kiefer	22,70 38,80
303	Metallarmierung für provisorische Versorgung, je Kiefer	34,70 41,20
304	Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils	4,40 4,90
305	Metallprovisorium verblenden einfarbig, bis Zahn 6*	31,60
306	Metallprovisorium verblenden mehrfarbig, bis Zahn 6*	41,20 48,50
307	Vorwall	5,50
308	Ausarbeiten direktes Provisorium Provisorische Krone	16,50
309	Konfektionsabument individualisieren	41,30
Kronen / Brücken / Inlays und Implantate		
401	Wurzelstift gegossen	34,70 41,20
402	Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	66,10
403	Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	47,80
404	Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	48,50 55,80
405	Stiftaufbau	54,00
406	Stiftaufbau in vorhandene Krone einarbeiten	17,90
407	Stiftkrone aus Kunststoff	65,30
408	Angelieferte Modellation gießen	20,20
409	Vorbereiten Krone / Brückenglied	14,20
410	Krone / Brückenglied einarbeiten	22,60
411	Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert	73,70
412	Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	78,80 92,40
413	Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert	78,80
414	Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung	71,10 93,40
415	Krone für Kunststoffverblendung	70,50
416	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer Glas Teilverblendung	70,50
417	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	68,20 93,40
418	Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	69,60
419	Galvanokrone für Verblendung	61,20 93,40
419a	Zirkonkrone / Brückenglied	121,50
419b	Zirkonkrone / Brückenglied inkl. Material	150,00

419c	Zirkonkrone / Brückenglied inkl. Verblendung	205,00
419d	Zirkonkrone / Brückenglied inkl. Verblendung und Material	245,00
420	Krone aus Presskeramik inkl. Material	153,80 167,70
421	Teilkrone aus Presskeramik	156,00
422	Krone / Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung inkl. Material	92,10 159,20
423	Krone / Brückenglied aus Keramik gefräst (z.B. Cerec) inkl. Material	165,00 211,00
424	Krone / Brückenglied aus Keramik gefräst (z.B. Cerec) zur Keramikverblendung inkl. Material	133,50 190,40
425	Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff / Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	64,90 77,60
426	Mantel-(Jacket-)krone Keramik / Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	157,50
427	Brückenglied massiv	62,90 65,50
428	Brückenglied, gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	58,90 65,50
429	Brückenglied aus Keramik	92,90
430	Verbindungsstelle Keramik	13,40 29,10
430a	Krone / Brückenglied aufpassen	7,40 9,70
430b	Zirkoneinheit aufpassen	11,30
430c	Zirkonpassung	18,80
430d	Virtuelle Modellation Zirkon	42,80
Inlays Gold		
431	Gussinlay indirekt einflächig	86,90
432	Gussinlay indirekt zweiflächig	97,70
433	Gussinlay indirekt dreiflächig	109,40
434	Gussinlay indirekt mehrflächig	114,70
435	Gussonlay	124,50
436	Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	61,20
437	Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	69,40
438	Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig	80,60
439	Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig	85,70
440	Inlaygerüst zur Verblendung einflächig	49,00
441	Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig	59,20
442	Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig	69,40
443	Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig	74,50
Inlays Kunststoff (keine Provisorien)		
444	Inlay aus Kunststoff einflächig	38,80 46,10
445	Inlay aus Kunststoff zweiflächig	51,00 60,60
446	Inlay aus Kunststoff dreiflächig	65,30
447	Inlay aus Kunststoff mehrflächig	69,40 82,50
448	Onlay aus Kunststoff	69,40 82,50
Inlays Keramik (frei geschichtet)		
449	Keramikinlay einflächig inkl. Material	118,50 163,90

450	Keramikinlay zweiflächig inkl. Material	127,40 176,00
451	Keramikinlay dreiflächig	142,40
452	Keramikinlay mehrflächig	168,80 200,20
453	Teilkrone / Onlay / Keramik inkl. Material	176,30 188,10
Inlay Presskeramik (z.B. Empress oder Cereon)		
454	Inlay aus Presskeramik einflächig	93,00
455	Inlay aus Presskeramik zweiflächig	102,00
456	Inlay aus Presskeramik dreiflächig	127,70
457	Inlay aus Presskeramik mehrflächig	130,50
458	Onlay aus Presskeramik	153,80
Inlay aus Keramik gefräst (z.B. Cerec)		
459	Inlay aus Keramik gefräst einflächig	111,40
460	Inlay aus Keramik gefräst zweiflächig	121,50
461	Inlay aus Keramik gefräst dreiflächig	150,00
462	Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig	156,80
463	Onlay aus Keramik gefräst	164,30
Implantate		
464	Ein Implantat als Basis einer Einzelkrone, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: • 1x Parallelbohrschablone für Implantat • 1x Röntgenkugel positionieren • 1x Implantatkontrollschablone • 1x Modellimplantat repositionieren • 1x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben • 1x Verlängerungshülse für Implantat • 1x Bearbeiten eines Implantatkopfes • 1x Drehsicherungsstopp bei Implantaten • 1x Verschraubung Implantat • 1x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat • 1x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	251,10
464a	1x Parallelbohrschablone für Implantat	43,70
464b	Bohrhülse positionieren	4,90
464c	1x Röntgenkugel positionieren	2,50
464d	1x Implantatkontrollschablone	38,80
464e	1x Modellimplantat repositionieren	10,30
464f	1x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben	4,90
464g	1x Verlängerungshülse für Implantat	12,20
464h	1x Bearbeiten eines Implantatkopfes	47,30
464i	1x Drehsicherungsstopp bei Implantaten	12,20
464j	1x Verschraubung Implantat	36,40
464k	1x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	30,40
464l	1x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	50,90
464m	Individuellen Implantataufbau für Kronen oder Brückenpfeiler herstellen	145,50
465	Zwei Implantate als Basis einer anzufertigenden Deckprothese, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: • 1x Parallelbohrschablone für Implantat • 2x Röntgenkugel positionieren • 1x Implantatkontrollschablone • 2x Modellimplantat repositionieren	457,80

<ul style="list-style-type: none"> • 2x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben • 2x Verlängerungshülse für Implantat • 2x Bearbeiten eines Implantatkopfes • 2x Drehsicherungsstopp bei Implantaten • 2x Verschraubung Implantat • 2x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat • 2x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat • 2x lötfreie Verbindung Primärteil 		
466	Basis aus Kunststoff auf Implantat	30,60
467	Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen	74,20
468	Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen	59,20 66,70
469	Magnetpaar einarbeiten	49,00
470	Implantataufbau Vollguss	74,20
471	Implantataufbau für Stegversorgung	74,20
472	Implantataufbau für Keramikverblendung aus Zirkon	103,50
473	Fräsung Zirkon	35,40
Teleskope / Geschiebe / Stege / Riegel		
501	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär	84,80 103,10
502	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär	111,00 115,20
502a	Teleskopkrone Zirkon komplett (inkl. Fräsung und Modellation)	311,30 350,30
503	Umlaufende Fräsung	30,40
504	Individuelles Geschiebe primär	77,50
505	Individuelles Geschiebe sekundär	115,50
506	Geschiebefräsung	29,20 30,40
507	Grundeinheit Individueller Steg / Primär- und Sekundärteil	82,10
508	Individueller Steg Längeneinheit	22,90
509	Steggeschiebe individuell / Primär- und Sekundärteil	64,10 98,20
510	Steggeschiebe individuell an Basis	34,70 41,20
511	Steg abknicken	7,20
512	Stegfräsung	22,40
513	Konfektionssteg Grundeinheit	53,60
514	Konfektionssteg Längeneinheit	18,30
515	Konfektionsstegglasche an Basis	26,60
516	Konfektionssteggeschiebe an Basis	34,70 41,20
517	Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	20,60 21,90
518	Stift im Inlay zum Pinledge	15,30
519	Drehriegel, Schwenkriegel individuell, inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung Riegel, jeglicher Art	200,90 223,00
520	Wiederherstellung Drehriegel / Schwenkriegel individuell	107,30
521	Konfektionsriegel primär	53,50
522	Konfektionsriegel sekundär	71,20
523	Konfektionsriegel primär	78,80

524	Konfektionsgeschiebe sekundär	91,70
524a	Konfektionsanker	91,70
524b	Primär / Sekundärteil Konfektionsanker	61,00
525	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50
526	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20
527	Rillen-Schulter-Fräsung	29,20 30,40
528	Umlaufraste für Schubverteilungsarm	53,90
529	Schubverteilungsarm	54,50
530	Teilfräsung	18,40
531	Lager für Ankerbandklammer	77,50
532	Ankerbandklammer sekundär	80,20
533	Lager für Raste	14,30
534	Raste in Lager	12,50
535	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift / Schraube / Bolzen	17,30
536	Einarbeiten Friktionsstift / Schraube / Bolzen Verschraubung / Verbolzung	42,00 54,60
537	Einarbeitung eines Sekundärteils an Metallbasis / Brückenanker / Sekundärteil	26,90
538	Tertiärgerüst je Glied	25,10
539	Zuschlag für Galvanotechnik	29,90 93,40
540	Zuschlag für Arbeiten unter Mikroskop	13,70
Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen		
601	Metallverbindung nach keramischem Brand / inklusive Lötmodell Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	24,90
602	Lötfreie Verbindungen / Primärteil je Einheit	13,70
603	Lötfreie Verbindungen / Sekundärteil je Einheit	16,10
604	Laserschweißen je Kiefer	14,30 17,00
605	Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	18,10
606	Lötung 2 / 3: mit / ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	19,40
Veneers / Verblendungen / Zahnfleisch		
700	Vestibuläre Verblendung Composite	62,90
701	Verblendung Kunststoff, bis Zahn 6*, Teilverblendung	51,80 65,10
701a	Verblendung Kunststoff, bis Zahn 6*, Vollverblendung	67,30 86,50
702	Verblendung Keramik, bis Zahn 6*, Teilverblendung	82,60 95,40
702a	Verblendung Keramik, bis Zahn 6*, Vollverblendung	90,00 116,80
702b	Verblendung Zirkon	94,10
702c	Verblendung Zirkon, inkl. Material	108,80
703	Zahnfleisch / Wurzelpontik aus Kunststoff, bis Zahn 6*	19,40
704	Zahnfleisch / Wurzelpontik aus Keramik, bis Zahn 6*	33,10 36,40
705	Mehraufwand Rohbrandeinprobe je Kiefer	8,20 9,70
706	Keramikschulter, bis Zahn 6*	41,30
707	Sphärischer Kontakt	7,40

708	Glasieren je Einheit	9,80
709	Individuelles Charakterisieren Keramik, bis Zahn 6*	20,90 24,30
710	Farbgebung durch Bemalen je Kiefer	71,40 85,70
711	Individuelles Charakterisieren Kunststoff, bis Zahn 6*	15,30 18,20
712	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall / Kunststoff / Keramik	20,40
713	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall / Keramik Kunststoff, bis Zahn 6*	25,00 26,70
713a	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Keramik	32,80
714	Verblendschale aus Kunststoff	56,10 86,50
715	Verblendschale aus Keramik (jegliche Herstellungsform)	189,00
716	Verblendschale aus Presskeramik	153,00
717	Verblendschale aus Keramik gefräst	119,30
718	Konditionieren / Ätzen / Silanisieren von Metall / Keramikflächen / Bonder aufbrennen	9,80
718a	Konditionieren / Silanisieren von Keramik / gegossenem Glas / Kunststoff	4,30
718b	Ätzen von Keramik / gegossenem Glas	4,30
719	Infiltrationsbrand Zirkon inkl. Bearbeitung	21,00
Metallbasen und gegossene Klammern		
801	Metallbasis / OK oder UK / Totale sowie Partielle Prothese	122,20 127,30
802	Einarmige Klammer / Ney-Stiel / Fortlaufende Klammer	10,60 12,20
803	Inlayklammer	10,30
804	Fortlaufende Klammer je Zahn	10,60
805	Bonyhardklammer (J-Klammer)	10,60
806	Kralle	10,60 14,60
807	Ney-Stiel	10,60
808	Auflage	10,60
809	Umgehungsbügel bei Diastema	20,90
810	Zweiarmige Klammer / Ringklammer / Doppelbogenklammer	20,60
811	Approximalklammer	20,10
812	Ringklammer	20,10
813	Rücklaufklammer	20,10
814	Gegenlager	20,10
815	Zwei Zähne umfassende Doppelbogenklammer	20,10
816	Zweiarmige Klammer mit Auflage(n), Ringklammer mit Auflage(n)	29,70
817	Approximalklammer mit Auflage(n)	29,70
818	Ringklammer mit Auflage(n)	29,70
819	Rücklaufklammer mit Auflage(n)	29,70
820	Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,70
821	Überwurfklammer mit Auflage(n)	29,70
822	Bonwillklammer	46,00

823	Rückenschutzplatte	37,70 48,50
824	Metallzahn	37,70
825	Metallkauffläche	37,70
826	Lösungsknopf für Friktionsprothese / max. 2 je Kiefer / abnehmbare Brücke	15,30
826a	Lösungsknopf für Krone / Inlay / abnehmbare Brücke	9,80
827	Unterfütterbarer Abschlussrand	18,30
828	Zuschlag für einzeln gegossene Klammer(n)	20,70 21,90
829	Kragenfassung	23,80
830	Modellgussteil konditionieren / silanisieren / je Kiefer	12,80 14,60
831	Metallfläche konditionieren / je Einheit	8,20
832	einarmige gegossene Haltevorrichtung	10,30
833	zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	20,90
834	Netz einarbeiten	54,60
Auf- und Fertigstellung / gebogene Klammern / Schienen		
901	Aufstellung Grundeinheit je Kiefer	44,00
902	Aufstellung Wachsbasis je Zahn	3,70 6,50
903	Aufstellung auf Metallbasis je Zahn	4,20 7,30
904	Übertragung einer Wachsaufstellung je Zahn auf Metallbasis	4,10 4,90
904a	Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	16,00
905	Grundeinheit Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit mit Kunststoffbasis	45,40 72,80
905a	Grundeinheit Fertigstellung mit Metallbasis	42,50
906	Fertigstellung einer Prothese je Zahn	4,40
906a	Fertigstellen mit Metallbasis, je Zahneinheit	5,50
907	Einarmige Klammer / Inlayklammer / Zweiarmige Klammer / Approximalklammer	8,40 14,60
908	Inlayklammer	8,40
909	Interdental-Knopfklammer	8,40
910	Approximalklammer	8,40
911	Auflage (nicht Krallen)	8,40
912	Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager	8,40
913	Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage	14,90 24,30
914	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	14,90 29,70
915	Überwurfklammer / Doppelbogenklammer	14,90 19,40
916	Doppelbogenklammer (zwei Zähne)	14,90
917	Basis aus Weichkunststoff	52,10 66,70
918	Sonderkunststoff je Kiefer bearbeiten	52,10 66,70
919	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarb. Kunststoff	32,70
920	Remontage Prothese	45,30
921	Selektives Einschleifen	31,70 37,60
922	Reokkludieren einer Prothese	7,90

923	Zahnfleischklammer	11,50
924	Pelottenklammer	18,40
925	Konfektioniertes Metallgitter anpassen und einarbeiten	54,60
926	Individuelle Beschwerungseinlage einarbeiten	26,00
927	Saugkammer einarbeiten	6,20
928	Individuelles Charakterisieren, Konfektionszahn Kunststoff/Keramik, bis Zahn 6*	18,40 21,90
929	Individuelles Charakterisieren, Konfektionszahn Keramik, bis Zahn 6*	18,40
930	Adjustierte Aufbisschiene	112,60 169,70
931	Knirscherschiene	127,30
932	Bissführungsplatte / komplett	112,60 130,90
933	Miniplastschiene Nicht adjustierte Aufbisschiene / Verband- oder Verschlussplatte	66,80 72,80
934	Retentionsschiene	66,80 78,80
935	Verband- oder Verschlussplatte	66,80
936	Umarbeiten einer Prothese, als Aufbissbehelf	48,50 72,80
936a	Semipermanente Schiene je Zahn Kunststoff	20,40
936b	Semipermanente Schiene je Zahn Metall	40,00
937	Festsitz. Schiene adjustierbar je Zahn	9,50
938	Abnehmbare Dauerschiene / Metall, adjustiert	154,10
939	Medikamententrägerschiene	66,30 78,80
940	Schienungskappe aus Kunststoff	17,40
941	Obturator aus Kunststoff	93,90
942	Resektionsklob aus Kunststoff	57,20
943	Flexible Zahnfleischepithesen Grundeinheit	102,00
944	Flexible Zahnfleischepithesen je Zahn	10,20
Kieferorthopädie / Reparaturen		
1000	KFO-Basis erneuern	64,30 97,00
1001	Basis für Einzelkiefergerät	60,80 78,80
1002	Basis für bimaxilläres Gerät	108,90 139,40
1003	Basis für Schiefe Ebene / je Kiefer	43,10 58,20
1003a	Basis für Schiefe Ebene, je Zahneinheit	21,90
1004	Vorhofplatte	56,50 121,20
1005	Kinnkappe	47,70 91,00
1006	Aufbiss / je Kieferhälfte oder Frontzahngebiet	16,60 19,40
1007	Abschirmelement	17,40 34,00
1008	Verarbeitung von Weichkunststoff	29,80 50,90
1009	Schraube einarbeiten	15,50 26,70

1010	Spezial-Schraube einarbeiten	23,00 38,80
1011	Trennen einer Basis und Funktionsfähig machen der Schraube	8,80 12,20
1012	Labialbogen	19,80 29,10
1013	Labialbogen modifiziert	25,50 37,60
1014	Labialbogen intermaxillär	31,60 58,20
1014a	Außenbogen / Innenbogen / Teilbogen	29,70 66,70
1014b	Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	65,00
1014c	Innenbogen	58,20
1014d	Teilbogen (innen)	34,00
1014e	Teilbogen (außen)	46,10
1015	Feder, offen	8,80 12,20
1016	Feder, geschlossen	11,00 17,00
1017	Verbindungselement intramaxillär	23,00 42,50
1018	Verbindungs- oder Führungselemente intermaxillär	25,50
1019	Verankerungselementklammer / Ankerband	21,10 38,80
1020	Einzelelement einarbeiten	10,90 21,90
1021	Metallverbindung	15,30
1022	Einarmiges Halte- / Abstützelement je Zahn	9,50
1023	Mehrmarmiges Halte- / Abstützelement je Zahn	16,20
1024	Instandsetzen / Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO/FKO-Gerät, Grundeinheit für Instandsetzung KFO-Basis	25,10 36,40
1025	Dehn- und / oder Leistungseinheit, Regulierungselement einarbeiten	8,30 14,60
1026	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoff-Basis	46,30
1027	Facebow anpassen	13,30
1028	Häkchen	10,20 12,20 36,40
1029	Lingualbogen	30,60 46,10
1030	Palatinalbogen	38,80 46,10
1031	Positioner	142,80 169,70
1032	Druckfeder, Zugfeder	15,30 18,20
1033	Lückenhalter	18,40 21,90
1033a	Adamsklammer	20,60
1033b	Headgear individuell, je Kiefer	70,30 78,80
1033c	Interokklusal Stop	11,30
1033d	Stop	11,30
1033e	Zungengitter, je Kieferhälfte oder Frontzahngebiet	22,60 26,70

1033f	Pfeilklammer	19,90 24,30
1033g	Dreiecksklammer / Pfeilanker / Tropfenklammer	12,20
Reparaturen Zahnersatz		
1034	Grundeinheit für Instandsetzung Prothese- / implantatgetragenen Zahnersatz	25,40
1035	Leistungseinheit Sprung	10,60
1036	Leistungseinheit Bruch	10,60
1037	Leistungseinheit Einarbeiten Wiederbefestigen eines Zahnes	10,60
1038	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	10,60
1039	Leistungseinheit Halte- / Stützvorrichtung einarbeiten	10,60 14,60
1040	Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	10,70 21,90
1041	Leistungseinheit Kunststoffsaattel lösen / und wiederbefestigen	11,80 18,20
1042	Retention, gebogen	41,80
1043	Retention, gegossen	51,20
1044	Gegossenes Basisteil	64,00
1045	Metallverbindung b. Wiederherstellung / Erweiterung	21,60
1046	Teilunterfütterung einer Basis	37,30 46,10
1047	Vollständige Unterfütterung einer Basis	52,00 80,00
1047a	Unterfütterung Provisorium	14,10
1047b	Reparatur Provisorium	12,40
1048	Basis erneuern	63,40
1049	Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils	13,50 14,60
1050	Reparatur einer Krone oder Brückenglied	33,80
1051	Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese	91,80
1052	Instandsetzen Kunststoffverblendung, bis Zahn 6*	17,60 24,30
1053	Instandsetzen Keramikverblendung, bis Zahn 6*	47,10
1054	Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	15,80
1055	Versandkosten, je Versandgang	6,70 8,00
Allgemeines		
2001	Zahnfarbenbestimmung pro Patient	15,30
2002	Verrechnungseinheit für die Anfertigung aus NEM-Legierung je Einheit Zuschlag	15,00

2. Änderungen in der Pflege-Pflichtversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung

I. Bedingungsteil – MB/PPV 2024

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(6a) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege einer versicherten Person der Pflegegrade 4 oder 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gehindert, erstattet der Versicherer abweichend von Abs. 6 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV. Abweichend von Abs. 6 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von Abs. 2 Satz 3 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt. Dies gilt entsprechend für ein vor Beginn der Ersatzpflege bezogenes anteiliges Pflegegeld nach Abs. 5.

Dieser Absatz gilt bis zum 30. Juni 2025.

C. Kurzzeitpflege

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Abs. 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. ~~Der Anspruch besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich ist.~~ [...]

Die Leistungen werden [...]

b) in sonstigen Krisensituationen oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist, erbracht. [...]

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz, die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletzengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V oder nach § 45 Abs. 4 SGB VII beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage je Kalenderjahr nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.

(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(19) [...] Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen € erreicht worden ist.

L. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durch die Pflegeperson

(23) Versicherte Personen haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V, nach § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V oder nach § 15 Abs. 2 SGB VI oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson der versicherten Person in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung der versicherten Person nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V besteht.

(24) Der Anspruch nach Abs. 23 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der versicherten Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(25) Der Umfang der Leistungen des Versicherers nach den Abs. 23 und 24 ergibt sich aus Nr. 16 des Tarifs PV.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit ~~unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen~~, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversicherung oder Unfallfürsorge erhalten. [...]

(2a) Abweichend von Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach § 4 Abs. 23 Satz 1 versorgt wird; Abs. 2 Buchstabe b) Satz 2 2. Halbsatz bleibt unberührt und Abs. 2 Buchstabe b) Satz 2 1. Halbsatz bleibt in Bezug auf die soziale Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung von Pflegepersonen unberührt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur ~~Beseitigung~~ Vermeidung, Überwindung, Minderung oder ~~Verhütung~~ Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflege-Pflichtversicherung festzustellen. [...] Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort der versicherten Person, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensitua-

tion fällt. Unter Maßgabe der Regelungen nach § 142a SGB XI kann die Untersuchung im Wohnbereich durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzt oder ersetzt werden. [...]

(2a) Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in ~~Satz 5~~ Abs. 2b oder 2c genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den der Versicherer nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. ~~Die Sätze 1 und 2 finden vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.~~ Die Frist nach Satz 1 beginnt mit der Antragstellung gemäß § 6 Abs. 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung des Versicherers nach Abs. 2b oder Abs. 2c unberührt. ~~Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder des Gutachters des medizinischen Dienstes der privaten Pflege-Pflichtversicherung durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind.~~ Wird die versicherte Person von dem Versicherer aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen einzureichen, so sind die Fristen nach Satz 1 und Abs. 2b und 2c so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei dem Versicherer eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem die versicherte Person die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.

~~Befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI);~~

~~befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und wurde gegenüber~~

dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI), so beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags, dieselbe Frist gilt bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI);

wird die versicherte Person häuslich ohne Palliativversorgung gepflegt und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt oder wurde mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson Familienpflegezeit vereinbart, so beträgt die Begutachtungsfrist zwei Wochen nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI). Bei versicherten Personen nach Satz 5 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche (Satz 5 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 5 Halbsatz 3) nach Antragseingang aufgrund einer Vorabestufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.

(2b) Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen, wenn sich die versicherte Person im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

1. Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
3. mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart wurde.

Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 gilt auch dann, wenn die versicherte Person sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(2c) Befindet sich die versicherte Person in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart, so ist eine Begutachtung der versicherten Person spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei dem Versicherer durchzuführen.

(2d) In den Fällen der Abs. 2b und 2c muss die Feststellung nach Abs. 2 nur beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach § 1 Abs. 2 ff. vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung der versicherten Person ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt die versicherte Person unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

II. Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI

In Abweichung von [...] 3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2024

a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis zum 22. Dezember 2018 geltenden Fassung auf 150%, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75% des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, [...]

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Mitgliedern von Solidargemeinschaften gemäß § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die Mitglied in einer in § 176 Abs. 1 SGB V genannten Solidargemeinschaft sind und in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach § 23 Abs. 4a SGB XI bei einem privaten Versicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit versichert sind, gilt zur Umsetzung des § 110 Abs. 2 Satz 3 SGB XI Folgendes:

Der zu zahlende Beitrag wird auf 50% des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung herabgesetzt, solange sich der Beitrag der versicherten Person zur Solidargemeinschaft nach § 176 Abs. 5 SGB V vermindert.

III. Tarifbedingungen

1. Häusliche Pflege

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu ~~724~~ 761 €,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu ~~1.363~~ 1.432 €,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu ~~1.693~~ 1.778 €,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu ~~2.095~~ 2.200 €

erstattet. [...]

2. Pflegegeld

- 2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat
- ~~316 332 €~~ für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
 - ~~545 573 €~~ für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
 - ~~728 765 €~~ für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
 - ~~901 947 €~~ für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.
- [...]

3. Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)

[...] In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen des Versicherers den Betrag des Pflegegeldes nach Nr. 2.1 des Tarifs PV für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in § 4 Abs. 6a Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Satz 1 abweichend von Satz 9, 10 sowie Satz 8 und Satz 4 in Verbindung mit Satz 9, 10 im Kalenderjahr um bis zu 100% der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 i.V.m. Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 2 des Tarifs PV angerechnet.

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

- 7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5,
- die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~5~~ 15%,
 - die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~25~~ 30%,
 - die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~45~~ 50%,
 - die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag ~~70~~ 75%,
- ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. [...]

15. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

[...] Entscheiden sich versicherte Personen für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbe- reiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwen- dungen aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hin- ausgehen ~~oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach~~

~~§ 78a Abs. 1 Satz 1 SGB XI übersteigen~~, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. [...]

16. Pflegerische Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pflegeperson

Der Anspruch umfasst bei Versorgung der versicherten Per- son in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung die pflegebeding- ten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizi- nischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpfle- gung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Der Anspruch besteht bei der Versor- gung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung in Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach § 42a Abs. 5 Satz 2, 3, 4 SGB XI und bei der Versorgung in der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Höhe des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamthei- mentgelts.

Der Anspruch umfasst auch die erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilita- tionseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 4 Abs. 23 und 24 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

In Tarifstufe PVB wird der zu zahlende Betrag auf den ta- riflichen Prozentsatz gekürzt.

IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsverein- barung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 An- spruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß ~~Tarif~~ Nr. 7.1 Satz 3 des Tarifs PV in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. [...]

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung

1.11 Umsetz- und Hebehilfen

- Drehscheiben
- Positionswechselhilfen
- Umlager-/Wendehilfen
- Rutschbretter
- Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett

3.6 Gehhilfen

- Gehgestelle
- Reziproke Gehgestelle
- Gehgestelle mit zwei Rollen
- Kombi-Gehgestelle (starr/reziprok)
- Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit

5.2 Schutzbekleidung

- Fingerlinge
- Einmalhandschuhe
- Mundschutz Medizinische Gesichtsmaske
- Schutzhürzen
- Einmallaetzen Schutzservietten zum Einmalgebrauch
- Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)

5.5 ~~Netzhosen~~ Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen

- ~~Netzhose~~ Fixierhosen Größe 1/~~Netzhose~~ Fixierhosen Größe 2

3. Redaktionelle Änderung

Die Beiträge dürfen in der privaten Krankenversicherung (PKV) nur dann angepasst werden, wenn bei einer maßgeblichen Rechnungsgrundlage die Abweichung der tatsächlichen von den kalkulierten Werten einen gesetzlich oder vertraglich festgelegten Schwellenwert nicht nur vorübergehend überschreitet. In § 203 Abs. 2 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz ist zusätzlich geregelt, dass bei einer nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung eine Neufestsetzung der Prämie ausgeschlossen ist. Wir haben in der Vergangenheit stets nur dann die Beiträge angepasst, wenn die Abweichung der Rechnungsgrundlage dauerhaft war. Ein unabhängiger Treuhänder hat bei jeder Beitragsanpassung geprüft, ob eine dauerhafte Veränderung vorliegt und dies bestätigt.

In den Versicherungsbedingungen, die für die gesamte PKV-Branche galten, war der Sachverhalt jedoch nicht so eindeutig geregelt. Daher hat der Bundesgerichtshof die entsprechenden Passagen für unwirksam erklärt, die Wirksamkeit der übrigen Beitragsanpassungen jedoch bestätigt. In unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen haben wir diese unwirksame Passage daher ersatzlos gestrichen. Es gilt – wie bisher auch schon – die gesetzliche Vorgabe, die wir stets eingehalten haben.

An folgenden Stellen in den Versicherungsbedingungen wird zwecks besserer Übersichtlichkeit der beschriebene Absatz gestrichen:

Bedingungen	Stelle
MB/KK 2009	§ 8b (2)
MB/KT 2009	§ 8b (2)
MB/EPV 2017	§ 8b (3)
MB/PV 2009	§ 8b (3)
MB/GEPV 2017	§ 11 (1) Satz 3
MB/PPV 2024	§ 8b (2)
AVB/BT 2009	§ 8b (1) Satz 5
AVB/NLT 2013	§ 8b (1) Satz 4
AVB/KTAR	§ 8b (2)
AVB/LR	§ 7b (2)
AVB/plusZ	§ 10 (1) Satz 5
AVB/KG.plus	§ 10 (1) Satz 6
AVB/KKb	§ 10 (1) Satz 6