

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 2023 werden wir Änderungen bezüglich systemischer Therapie, Hausarztprinzip, Heilmittelverzeichnis, Krankentagegeld (siehe 1.) sowie in der Pflegepflichtversicherung (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

Psychotherapie-Verfahren um systemische Therapie erweitert

Seit dem 1. Juli 2020 besteht für gesetzlich Krankenversicherte neben Leistungen für Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie auch Anspruch auf Leistungen für systemische Therapie. Wir leisten seither bereits auf Grundlage der Arbeitsrichtlinien für systemische Therapie. Durch die Aufnahme in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der Leistungsanspruch für Sie rechtsverbindlich.

Hausarztprinzip: Bestätigung vom Facharzt nach 6 Monaten

In Tarif PRIMO ist eine der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbare Hausarzt-Regelung integriert. Sie ist mit unterschiedlich hoher Erstattung für die erstattungsfähigen Kosten bei ärztlicher Heilbehandlung durch den Facharzt gestaltet. Dabei ist entscheidend, ob sie mit oder ohne Bestätigung (Überweisung) durch den Hausarzt stattfand.

Die Frage, wann und wie oft eine Überweisungsbestätigung vorzulegen ist, führte gelegentlich zu Rückfragen. Denn im Gegensatz zur GKV ist bei uns erst 6 Monate nach der erstmaligen Bestätigung eine erneute Bestätigung vorzulegen. Um Ihnen hier mehr Sicherheit zu bieten, haben wir die Regelung neu gefasst. Darüber hinaus gelten dafür keine Formvorschriften.

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 für Beamte bzw. im Bereich Rehasport an Änderungen der GKV. Wir erhalten so den Wert des hochwertigen Versicherungsschutzes.

Krankentagegeld und Rente

Bisher gilt in der Krankentagegeldversicherung das Endalter von 65 Jahren als vereinbart. Das ist nicht mehr zeitgemäß. Denn einerseits erhöht sich die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung sukzessive auf Alter 67. Immer mehr Versicherte gehen weit über das 65. Lebensjahr hinaus ihrer Erwerbstätigkeit nach. Deshalb heben wir nun die Altersgrenze für die Beendigung der Krankentagegeld-Versicherung vom 65. auf das 67. Lebensjahr an. Andererseits erzielen viele Versicherte neben der Altersrente weiteres Arbeitseinkommen. Wir ermöglichen nun unter bestimmten Voraussetzungen die Krankentagegeld-Versicherung trotz Rentenbezug.

2. Änderungen in der Pflegepflichtversicherung

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 wurden. Neu ist zum Beispiel, dass auf Wunsch des Versicherten Pflegeberatungen per Videokonferenz möglich sind. Darüber hinaus wird die Anwendungsdauer von digitalen Pflegeanwendungen auf zunächst 6 Monate begrenzt, und auch solche digitale Pflegeanwendungen dürfen in Anspruch genommen werden, die pflegende Personen unterstützen. Darüber hinaus werden die Gesamteinkommensgrenze für die beitragsfreie Versicherung von Kindern geändert und redaktionelle Änderungen umgesetzt.

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 Vollversicherung

§ 4 Teil II Nr. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (TB/KK)

(2) Abweichend von § 4 (2) MB/KK 2009 wird in Tarifen mit Leistungen für Psychotherapie auch für die Inanspruchnahme von approbierten Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten geleistet. Geleistet wird für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für die systemische Therapie und Verhaltenstherapie.

§ 4 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die befristete Krankheitskosten-Vollversicherung Hi.Germany (AVB/KKb)

(2) Unter welchen Ärzten und Behandelnden kann der Versicherte wählen?

Sind die Leistungen im Tarif versichert, kann der Versicherte unter folgenden Personen frei wählen: [...]

- approbierte Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Wir leisten in diesem Fall für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie für die systemische Therapie und Verhaltenstherapie. [...]

Tarif PRIMO, II.1.20

1.20 Erstattet werden

a) [...] Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif – oder bei Wechsel des Hausarztes – dem Versicherer namentlich zu benennen. [...] Der Erstattungsprozentsatz von 100% gilt auch für Behandlungen durch andere als die oben genannten Ärzte, wenn der Hausarzt die Weiterbehandlung veranlasst und dies formlos bestätigt. Diese Bestätigung ist zusammen mit dem Erstattungsantrag beizufügen vorzulegen. [...]

b) [...] Veranlasst der Hausarzt nach der (Erst-)Behandlung eine Weiterbehandlung durch den Facharzt und bestätigt dies formlos, wird ab diesem Zeitpunkt eine Erstattung gemäß 1.20a) vorgenommen. Diese Bestätigung ist zusammen mit dem ersten Erstattungsantrag beizufügen über Rechnungen des Facharztes vorzulegen.

Die Bestätigung des Hausarztes gilt bis zum Abschluss der angeratenen Weiterbehandlung, längstens 6 Monate ab der Ausstellung. Dauert die Weiterbehandlung durch den Facharzt über diesen Zeitpunkt hinaus, wird eine Erstattung gemäß 1.20a) erst wieder ab dem Zeitpunkt vorgenommen, ab dem auch diese Weiterbehandlung vom Hausarzt angeraten und bestätigt wurde. Diese Bestätigung gilt dann wiederum bis zum Abschluss der angeratenen Weiterbehandlung, längstens 6 Monate ab der Ausstellung. Im Falle einer weiteren Fortsetzung der Behandlung gelten diese Regelungen entsprechend.

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

	erstattungs- fähig bis zu €
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
- als Einzelinhalation	8,80
	10,10
- 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
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minuten	25,70
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
	38,30
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	45,30
	47,80
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer	8,20
	10,80
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	14,30
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	71,40
	72,30

Bewegungsübungen	
- als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20 11,20
- in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,60 6,90
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe im Bewegungsbad (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	19,50 19,60
Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,70
Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70
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
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-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20
- Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20 21,20
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
- Teilbehandlung, Richtwert: 20 30 Minuten	18,20 29,30
- Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	38,50 43,90
- Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,30 58,50
- Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	12,40 18,70
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50

Palliativversorgung	
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Aufwendungen hierfür sind gesondert erstattungsfähig, sofern sie nicht bereits von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) umfasst sind	
Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
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 Pelloide (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 Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	6,10
Trockenpackung	4,10
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
Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,10
Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
Bürstenmassagabad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
Naturmoor-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	43,30
Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	52,70
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- Teilbad	37,90
- Vollbad	43,30
Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) 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 4,80 €	
Gashaltige Bäder	
- Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
- 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	12,90
Wärmetherapie mittels Heißluft (auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
Ultraschall-Wärmetherapie	11,90 12,00
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
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	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
- als Einzelbehandlung	4,10
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,50
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,10
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,90
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	8,20
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	11,50

Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	18,00
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	51,70
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
Bericht auf besondere Anforderung der verordneten Person	103,40
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
- Richtwert: 30 Minuten	41,80 46,00
- Richtwert: 45 Minuten	59,00 63,20
- Richtwert: 60 Minuten	68,90 80,50
- Richtwert: 90 Minuten	103,40
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, 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	50,40 56,90
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60 103,40
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, 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
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall:	128,20
- bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit:	
- bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70

– bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
– bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch funktionellen Störungen	67,70
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	123,90
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	166,80
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	139,20
Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	32,80
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	44,50
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	55,10
Gruppenbehandlung	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	16,00
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer	37,90
- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	70,20
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20
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
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	36,00
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
Podologie	
Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	41,60
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	26,70
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 Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
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

Ernährungstherapie

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

Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
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	67,90
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig	55,50
Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,00
Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	34,00
	23,80

Sonstiges

Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
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.	

Für die unisex-Tarife Tarife Hi.Medical S/L, PRIMO darüber hinaus (ob Sie einen unisex-Tarif haben, erkennen Sie an dem Punkt in der Tarifbezeichnung, z.B. PRIMO SB.3):

	erstattungs- fähig bis zu €
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik	
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	14,40
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	18,60
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	14,40
Rückbildungsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 20 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	18,60
Rehabilitationssport / Funktionstraining	
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	
- allgemeiner Rehasport	6,60
- Rehasport im Wasser	7,50 8,30
- Rehasport in Herzgruppen	8,50 9,30
- Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	12,00 12,80
Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:	
- allgemeiner Rehasport	8,50 8,70
- Rehasport im Wasser	11,00 12,30
- Rehasport in Kinderherzgruppen	16,00 17,00
- Rehasport für schwerstbehinderte Kinder	16,00 17,00
Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Kinder und Erwachsene	12,30
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	6,60

Heilmittelverzeichnis – Tarife AV, BT, CA, CAG(S) 1/4, CAN, CAZ, KS, MA, MAN, MAS, NK, NK.select XL, SV, ZV

	erstattungs- fähig bis zu €
Krankengymnastik/Bewegungsübungen	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	19,00
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordneten Person	63,30
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minuten	29,60
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta)	38,90 44,10
Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF] bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	
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	52,10 55,00
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer	9,50 12,50
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	16,50
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	82,20 83,20
Bewegungsübungen	
- als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	11,80 12,90
- in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	7,60 8,00
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	35,90
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe im Bewegungsbad (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	22,50 22,60
Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	22,70
Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	34,20
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	Kaltpackung (Teilpackung)	
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	- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	11,80
Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20	- Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	23,40
Massagen		Heublumensack, Peloidkompresse	14,00
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:		Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	7,10
- Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	21,00	Trockenpackung	4,80
- Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	21,00 24,40	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,80
Manuelle Lymphdrainage (MLD)		Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	7,10
- Teilbehandlung, Richtwert: 20 30 Minuten	29,60 33,70	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	6,30
- Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	44,30 50,50	An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,70
- Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,10 67,30	An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,40
- Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	14,30 21,60	Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,00
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	35,10	Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30
Palliativversorgung		Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,90
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	75,90	Naturmoor-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	49,80
Aufwendungen hierfür sind gesondert erstattungsfähig, sofern sie nicht bereits von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) umfasst sind		Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	60,70
Packungen, Hydrotherapie, Bäder		Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,70	- Teilbad	43,60
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		- Vollbad	49,80
- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	18,00	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	49,80
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid		Medizinische Bäder mit Zusatz	
- Teilpackung	41,70	- Hand-, Fußbad	10,20
- Großpackung	55,00	- Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,70	- 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
		- 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
		- 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	10,20 11,70
- 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	13,70 13,80
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	9,50
Elektrostimulation bei Lähmungen	18,00
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	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
- als Einzelbehandlung	4,80
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,80
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	8,00
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	9,50
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	13,20
Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	124,20
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	18,00
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	59,50
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
Bericht auf besondere Anforderung der verordneten Person	119,00
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
- Richtwert: 30 Minuten	48,10 52,90
- Richtwert: 45 Minuten	67,90 72,70
- Richtwert: 60 Minuten	79,30 92,60
- 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 Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer	
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	58,00 65,50
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	39,80
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	77,80 119,00
- 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 motorischen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	48,10
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	63,10
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	83,20
- bei psychisch funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall:	147,50
- bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit:	
- bei motorisch funktionellen Störungen	46,90
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	62,60
- bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch funktionellen Störungen	77,90
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
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	191,90

- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	160,10
Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	37,80
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	51,20
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	63,40
Gruppenbehandlung	
- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	18,40
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	23,70
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer	43,60
- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	80,80
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	53,20
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
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	41,40
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	23,70
Podologie	
Hornhautabtragung an beiden Füßen	30,80
Hornhautabtragung an einem Fuß	21,80
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	28,90
Nagelbearbeitung an einem Fuß	21,80
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	47,90
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	30,80
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, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	223,80
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	75,90 78,10
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
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig	63,90
Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,00 39,10
Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	12,70 27,40

Sonstiges

Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
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.	

Für die unisex-Tarife CAZ, KS, MAS, NK, NK.select XL darüber hinaus (ob Sie einen unisex-Tarif haben, erkennen Sie an dem Punkt in der Tarifbezeichnung, z.B. NK.3):

	erstattungsfähig bis zu €
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik	
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	16,50
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	21,40
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	16,50
Rückbildungsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 20 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	21,40

Rehabilitationssport / Funktionstraining	
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	
- allgemeiner Rehasport	7,60
- Rehasport im Wasser	8,70
	9,60
- Rehasport in Herzgruppen	9,80
	10,70
- Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	13,80
	14,80
Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:	
- allgemeiner Rehasport	9,80
	10,10
- Rehasport im Wasser	12,70
	14,20
- Rehasport in Kinderherzgruppen	18,40
	19,60
- Rehasport für schwerstbehinderte Kinder	18,40
	19,60
Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Kinder und Erwachsene	14,20
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	7,60

§ 15 Teil II der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (TB/KT)

(7) Bei Bezug von Altersrente (§ 15 (1c) MB/KT 2009) kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die in unmittelbarem Anschluss an das bisherige Versicherungsverhältnis beginnt. In diesem Fall wird die Versicherung ohne Risikoprüfung und Wartezeiten unter Neufestsetzung des versicherten Krankentagegeldes und der Karenzzeit abgeschlossen. Der Versicherungsschutz darf dabei nicht höher oder umfassender sein als bisher. Im Übrigen gilt für die Höhe des Versicherungsschutzes § 4 (2) Satz 1 MB/KT 2009 entsprechend.

Voraussetzung für den Abschluss der neuen Krankentagegeldversicherung ist, dass

- die versicherte Person weiterhin einer beruflichen Tätigkeit nachgeht und hieraus regelmäßiges Einkommen erzielt,
- es sich dabei nicht um eine geringfügige Beschäftigung gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV handelt und
- der Antrag innerhalb von 2 Monaten nach Beginn des Rentenbezugs gestellt wird.

Das Einkommen aus dieser beruflichen Tätigkeit muss regelmäßig nachgewiesen werden.

Bei Erreichen des 67. Lebensjahres gilt § 15 Nr. 8 der Tarifbedingungen, bei Erreichen des 70. Lebensjahres gilt § 15 Nr. 9 der Tarifbedingungen.

(7 8) Unbeschadet einer Beendigung wegen des Bezugs von Altersrente endet die Krankentagegeldversicherung ~~endet~~ mit Vollendung des ~~65.~~ 67. Lebensjahres der versicherten Person. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des ~~65.~~ 67. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens 6 Monate vor dem Ende der Versicherung hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von 2 Monaten nach Vollendung des ~~65.~~ 67. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif. Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht auf das Ende der Versicherung nach Satz 3 hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des ~~66.~~ 68. Lebensjahres gestellt, gilt Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt; ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(8 9) § 15 Nr. ~~7~~ 8 Satz 2 und 4 der Tarifbedingungen gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach § 15 Nr. ~~7~~ 8 Satz 4 und 5 der Tarifbedingungen eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

Die Nummerierung der folgenden Absätze ändert sich entsprechend.

2. Änderungen in der Pflege-Pflichtversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung

I. Bedingungsteil – MB/PPV 2022 II

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(4) [...] Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Abs. 1 beziehen, können halbjährlich einmal einen ~~einmal einen~~ Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet.

Eine Beratung durch einen Betreuungsdienst nach § 71 Abs. 1a SGB XI ist nicht erstattungsfähig.

Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Abs. 1 Satz 1 SGB V vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 und 5 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

K. Digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen

(20) Versicherte Personen haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen. Digitale Pflegeanwendungen sind Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den versicherten Personen oder in der Interaktion von versicherten Personen, mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder ~~und~~ zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern ~~und~~ oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Aufwendungen für die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der privaten Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu tragen sind. Digitale Pflegeanwendungen sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende in den in § 1 Abs. 3 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren. Keine digitalen Pflegeanwendungen sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind. Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizinerrechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die als Medizinprodukte niedriger Risikoklassen zu klassifizieren sind.

Der Versicherer entscheidet auf Antrag über die Notwendigkeit der Versorgung der versicherten Person mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist für höchstens sechs Monate zu befristen. Ergibt die während der Befristung durchzuführende Prüfung, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der

Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird, ist eine unbefristete Bewilligung zu erteilen.

(21) Versicherte Personen haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 5 Satz 6 SGB XI festgestellt hat, durch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen. ~~Der Anspruch setzt voraus, dass die ergänzende Unterstützungsleistung für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung im Einzelfall erforderlich ist.~~

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(2b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer Einrichtung der Hilfe für die Pflege von Menschen mit Behinderungen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 3 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, [...]

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflege-Pflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 402 404 SGB V abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 8 Beitragszahlung

(2) Kinder einer in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie [...]

e) [...] bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Kinder, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 oder § 8a SGB IV in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig. Das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht.

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

In Abweichung von [...] 3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2022 II

a) [...] bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ab dem 1. Oktober 2022 ist für Ehegatten oder Lebenspartner, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 oder § 8a SGB IV in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; [...]

III. Tarifbedingungen

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 € im Monat [...]

Der Anspruch umfasst nur solche digitalen Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 78a Abs. 3 SGB XI in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind. [...]

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflege-Pflichtversicherung

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

1.2 Pflegebettzubehör

- Bettverlängerungen
- Bettverkürzungen
- Bettaufrichter (Bettgalgen)
- sonstige Aufrichthilfen
- Bettseitenteile (Seitengitter)
- Fixiersysteme für Personen
- Seitenpolster für Pflegebetten

1.12 Schieberollstühle

- Standardschieberollstühle

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene

2.1 Produkte zur Hygiene im Bett

- Bettpfannen (Stechbecken)
- Urinflaschen
- Urinschiffchen
- Urinflaschenhalter
- Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar

3. Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität

3.2 Zubehör für Hausnotrufsysteme

- Alarmsender

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

3.4 Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

- Produkte zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme
- Produkte zur Messung und Deutung von Körperzuständen

3.25 Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung

- Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen

3.36 Gehhilfen

- Gehgestelle
- Reziproke Gehgestelle
- Gehgestelle mit zwei Rollen
- Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)
- Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit

5. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

5.4 Saugende Inkontinenzvorlagen

- Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung
- Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung
- Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung
- Rechteckvorlagen, normale Saugleistung
- Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung
- Vorlagen für Urininkontinenz
- Wiederverwendbare Vorlagen

5.8 Urin-Beinbeutel

- Beinbeutel mit Ablauf, unsteril
- Beinbeutel für Rollstuhlfahrer, unsteril

5.9 Urin-Bettbeutel

- Bettbeutel mit Ablauf, unsteril
- Bettbeutel ohne Ablauf, unsteril