

Tarif AV

Krankheitskosten-Vollversicherung

Fassung Januar 2026

Wesentliche Merkmale des Tarifs AV

Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Heilpraktiker-behandlung
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- 100% Kostenerstattung für Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie
- 100% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß tariflichem Heilmittelverzeichnis
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen
- 100% Kostenerstattung für Hilfsmittel gemäß tariflichem Hilfsmittelverzeichnis
- 100% Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- 100% Kostenerstattung für Psychotherapie
- tarifliche Kostenerstattung für ambulante Entbindungen zzgl. einer Pauschale von 600 €
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verband-mittel nach Abzug eines jährlichen Selbstbehaltes in Höhe von 650 €

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung
- 80% Kostenerstattung für Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen
- Rechnungshöchstbeträge in den ersten 10 Kalenderjahren

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Mehrbettzimmer
- 100% Kostenerstattung für belegärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransporte

Digitale Gesundheitsanwendungen

Selbstbehalt/Bonus

- in den Tarifstufen AV 1 – AV 3 gelten Selbstbehalte je Person in Höhe von
1.100 € in Tarifstufe AV 1
500 € in Tarifstufe AV 2
250 € in Tarifstufe AV 3
- in Tarifstufe AV 100 erfolgt die tarifliche Leistung ohne summenmäßige Selbstbeteiligung

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung
- Wahlleistungen im Krankenhaus

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, sofern der Versicherer für diese Personen, falls sie einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Mediziner) angehören, keine speziellen Tarife anbietet. Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für

1. Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

1.1 Arztbehandlungen

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

1.2 Heilpraktikerbehandlungen

Hierzu gehören – soweit im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH – Stand 1985) aufgeführt – Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und Wegegebühren bis zum jeweiligen in dem GebÜH – Stand 1985 aufgeführten Höchstbetrag.

1.3 Fahrten und Transporte

Fahrten zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt bei

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

Transporte in Notfällen bis zum nächsterreichbaren geeigneten Arzt.

1.4 Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie

1.5 Heilmittel, Arznei- und Verbandmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, physiotherapeutische Palliativversorgung, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Ergotherapie (Beschäftigungstherapie), Podologie sowie Ernährungstherapie.

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

1.6 Sehhilfen

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

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

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

1.7 Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

Es besteht Versicherungsschutz für folgende medizinische Hilfsmittel:

- Absauggeräte*,
- Applikationshilfen (Medikamente/Nahrungsmittel),
- Atemmonitore*,
- Bandagen,
- Beatmungsgeräte,
- Behindertendreirad,
- Bewegungsgeräte (Moto-med, Revital, Therafit),
- Blindenhund (Anschaffung und Ausbildung),
- Blindenleitgeräte/Blindenstock,
- Blutdruckmessgeräte,

- Blutzuckermessgeräte,
- Bruchbänder,
- Brustprothesen,
- CoaguChek-Geräte*,
- elektrische Lesehilfen,
- Epithesen,
- Ernährungspumpen,
- Gehhilfen/Gehstützen,
- Herzfrequenzmonitore*,
- Herzschrittmacher,
- Hörgeräte,
- Infusionspumpen,
- Inhalationsgeräte,
- Inkontinenzartikel,
- Inkontinenztrainingsgeräte,
- Insulinpumpen,
- Kommunikationshilfen (Sprachausgabegeräte),
- Kompressionsstrümpfe,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstühle*,
- Kunstaugen,
- künstliche Glieder,
- künstlicher Kehlkopf,
- Lagerungsartikel (Nachtschienen/Lagerungskissen),
- Leibbinden,
- Liegeschalen,
- nCPAP-Geräte*,
- Milchpumpen,
- Orthesen,
- orthopädische Einlagen zur Fußkorrektur,
- orthopädische Rumpf-, Arm-, Beinstützapparate,
- orthopädische Maßschuhe,
- orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Perücke, Toupet (in besonderen Fällen),
- Prothesen (Arm-/Fußprothesen),
- Pulsoximeter*,
- Sauerstoffgeräte*,
- Sauerstoffkonzentratoren*,
- Säuglings-Überwachungsmonitore*,
- Sitzschalen,
- Stoma-Versorgungsartikel,
- TENS-Geräte,
- Ultraschallvernebler*,
- UVA-/UVB-Bestrahlungsgeräte,
- Wechseldruckmatratzen*

- Darüber hinaus sind grundsätzlich lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

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

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

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

1.8 Schutzimpfungen

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

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ärztlichen Leistungen (Beratung, Verordnung und Impfung) sind gemäß Abschnitt II.1.1 erstattungsfähig.

Die Kosten des Impfstoffes werden als Arzneimittel gemäß Abschnitt II.2 erstattet.

1.9 Kurbehandlung

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

1.10 Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie sind erstattungsfähig, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbst-

ständig in Anspruch zu nehmen und wenn diese geeignet ist Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen, oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

Für Soziotherapie dürfen Ärzte für Psychiatrie oder Nervenheilkunde oder, nach Verordnung durch diese Ärzte, auch Fachkräfte für Soziotherapie in Anspruch genommen werden.

Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall.

Aufwendungen für Ärzte sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Bei Aufwendungen für Fachkräfte für Soziotherapie ist höchstens der Betrag erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.11 Ambulante Entbindungen

Bei ambulanten Entbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß II.1.1 bis 1.8 zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z.B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von 600 € gezahlt. Dieser Betrag wird auch bei einer Entbindung im Krankenhaus gezahlt, sofern keine stationären Leistungen anfallen. Der Betrag in Höhe von 600 € wird nicht auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.

1.12 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder dem familiären Bereich zu ermöglichen, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und
- eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Als häusliche Umgebung gelten hierbei auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

1.13 Häusliche Krankenpflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (bestehend aus medizinischer Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung) außerhalb von stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen, Hospizen und Rehabilitationseinrichtungen durch geeignete Fachkräfte, wenn und soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann und wenn

- die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege) oder
- Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),

im nachfolgenden Umfang:

- a) Erstattungsfähig sind bei der Sicherungspflege und Krankenhausvermeidungspflege die im Einzelfall erforderlichen Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege (z.B. Wundversorgung, Verbandswechsel).

Bei der Krankenhausvermeidungspflege sind darüber hinaus auch Aufwendungen für die im Einzelfall erforderliche Grundpflege (z.B. Körperpflege, An- und Auskleiden) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkaufen, Kochen) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung besteht. Über vier Wochen hinaus sind diese Aufwendungen nur dann erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer sie vorher schriftlich zugesagt hat. Eine vorherige schriftliche Zusage wird erteilt, soweit die Voraussetzungen weiter bestehen.

- b) Von den in Absatz a) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen werden 100% erstattet, soweit sie angemessen sind. Angemessen sind Aufwendungen bis zur Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.

Falls auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ein besonders hoher Pflegebedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, der die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordert, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen oder die Bedienung und Überwachung eines lebenserhaltenden Hilfsmittels (z.B. Beatmungsgerätes) am Tag und in der Nacht erforderlich ist, liegt Intensiv-Behandlungspflege vor.

Ist diese Intensiv-Behandlungspflege sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in einer im Umkreis von 50 km hiervon befindlichen geeigneten Einrichtung (Pflegeheim) möglich, gelten die jeweils günstigsten Kosten für die Behandlungspflege als angemessen; dies gilt nicht für Intensiv-Behandlungspflege in häuslicher Umgebung bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die angemessenen Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege werden auch in stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheime) erstattet.

Zur Feststellung der Angemessenheit der Aufwendungen wird empfohlen, eine Kostenzusage des Versicherers einzuholen.

2. Arznei- und Verbandmittel

3. Zahnbehandlung

Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen sowie Parodontosebehandlung.

4. Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen

Hierzu gehören prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stiftzähne, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, kieferorthopädische Maßnahmen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen so-

wie Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens).

5. Stationäre Heilbehandlung

5.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

- a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme sowie des -entbindungspflegers.
- b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.

5.2 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

5.3 Übergangspflege im Krankenhaus

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

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

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

5.4 Stationäre Hospizversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine ärztlich verordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z.B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung, bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

6. Digitale Gesundheitsanwendungen

6.1 Zu 100% erstattungsfähig sind im Versicherungsfall Aufwendungen für im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V siehe Anhang 3) enthaltene digitale Gesundheitsanwendungen bis zu den dort genannten Preisen, falls diese Anwendungen

- nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten, oder
- nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers

in Anspruch genommen werden.

6.2 Zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 € jährlich erstattungsfähig sind im Versicherungsfall auch andere digitale Gesundheitsanwendungen, soweit der Versicherer deren Erstattung vor ihrer Anwendung schriftlich zugesagt hat.

6.3 Die Leistungen werden zunächst für höchstens 12 Monate erbracht. Danach ist jeweils eine erneute Verordnung bzw. vorherige schriftliche Zusage erforderlich.

6.4 Der Versicherer kann anstelle der Leistung von Aufwendungsersatz die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen. Die Begrenzung nach II.6.3 gilt in diesem Fall entsprechend.

6.5 Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstattet werden die Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

Die erstattungsfähigen Kosten werden ohne Höchstbegrenzung mit folgenden Prozentsätzen erstattet:

Ambulante Heilbehandlung und Kurbehandlung

In den Tarifstufen AV 1 bis AV 3 gelten Selbstbehalte. Die tarifliche Leistung wird um den vereinbarten Selbstbehalt gekürzt.

Tarifstufe	
AV 1	100% des Rechnungsbetrages bei einem Selbstbehalt von 1.100 €
AV 2	100% des Rechnungsbetrages bei einem Selbstbehalt von 500 €
AV 3	100% des Rechnungsbetrages bei einem Selbstbehalt von 250 €
AV 100	100% des Rechnungsbetrages

Zu den Tarifstufen AV 1 bis AV 3:

Der jeweilige Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person entstandenen erstattungsfähigen Kosten für „Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung“ (vgl. Ziffer II.1.1 bis 1.10, 1.12, 1.13) und

„Digitale Gesundheitsanwendungen“ (vgl. Ziffer II.6).

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

Arznei- und Verbandmittel

100% des Rechnungsbetrages bei einem Selbstbehalt von 650 €.

Der Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person entstandenen erstattungsfähigen Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

Zahnbehandlung

100% des Rechnungsbetrages ohne Höchstbegrenzung.

Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen

80% des Rechnungsbetrages.

Rechnungshöchstbeträge

In den ersten 10 Kalenderjahren gelten für Leistungen nach II.3. und II.4. zusammen nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird; dabei gelten die Rechnungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre:

insgesamt

1.800 € im 1. und 2. Kalenderjahr

2.600 € im 3. und 4. Kalenderjahr

3.900 € im 5. und 6. Kalenderjahr

5.200 € im 7. und 8. Kalenderjahr

7.800 € im 9. und 10. Kalenderjahr

unbegrenzt ab dem 11. Kalenderjahr

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen im jeweiligen Kalenderjahr anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

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

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

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

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

Stationäre Heilbehandlung

100% des Rechnungsbetrages ohne Höchstbegrenzung.

Anhang 1 – Heilmittelverzeichnis

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

Richtwert im Sinne des Heilmittelverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßig medizinisch notwendigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

	erstattungs- fähig bis zu €		erstattungs- fähig bis zu €
Krankengymnastik / Bewegungsübungen			
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	19,00	• in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	18,00
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	76,10	Manuelle Therapie, Richtwert: 15-25 Minuten	40,10
Physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	41,20	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15-20 Minuten	23,00
Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	30,90	Bewegungsübungen	
Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 15-20 Minuten	33,40	• als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	15,50
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 25-35 Minuten	52,90	• in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 10-20 Minuten	9,60
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 30-45 Minuten	66,10	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	15,00	• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	37,00
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	18,70	• in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	27,10
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	99,90	• in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	18,30
Krankengymnastik im Bewegungsbad		Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	132,60
• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	38,10	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbau- trainings (MAT) und Medizinischer Trainings- therapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	62,70
• in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	27,20	Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	10,20
		Massagen	
		Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
		• Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15-20 Minuten	24,30
		• Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20-30 Minuten	29,30

	erstattungs- fähig bis zu €
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
• Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	40,40
• Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	60,70
• Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	80,80
• Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	25,80
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15-20 Minuten	38,00
Palliativversorgung	
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	75,90
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, Richtwert: 10-15 Minuten	15,70
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	18,20
• bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
• Teilpackung	41,70
• Großpackung	55,00
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,70
Kaltpackung (Teilpackung)	
• Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	11,80
• Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	23,40
Heublumensack, Peloidkompressen	14,00
Sonstige Packungen (z.B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	7,10
Trockenpackung	4,80
Guss	
• Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,80
• Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	7,10
• Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	6,30
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,70

	erstattungs- fähig bis zu €
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,40
Wechselbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	14,00
• Vollbad	20,30
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,90
Naturmoorbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	49,80
• Vollbad	62,30
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	43,60
• Vollbad	49,80
Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	49,80
Medizinische Bäder mit Zusatz	
• Hand-, Fußbad	10,20
• Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30
• Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,10
• bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,80
• Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,80 €.	
Gashaltige Bäder	
• Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	31,20
• 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	14,00
• als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,60
• als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	8,70
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.	
Radon-Inhalation im Stollen	17,20
Radon-Inhalation mittels Hauben	21,00

	erstattungs- fähig bis zu €
Kälte- und Wärmebehandlung	
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgeköhlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5-10 Minuten	14,90
Wärmetherapie mittels Heißluft- bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10-20 Minuten	8,70
Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10-20 Minuten	16,50
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10-20 Minuten	9,60
Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveneinheit 5-10 Minuten	21,10
Iontophorese, Phonophorese	9,50
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzelenbad), Richtwert: 10-20 Minuten	17,20
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-20 Minuten	33,40
Lichttherapie	
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-, Sprach- und Schlucktherapie)	
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	20,70
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	134,90
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	67,60

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

	erstattungs- fähig bis zu €
Bericht an die verordnende Person	7,60
Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	134,90
Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
• Richtwert: 30 Minuten	60,10
• Richtwert: 45 Minuten	82,50
• Richtwert: 60 Minuten	105,00
• Richtwert: 90 Minuten	119,00
Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen je Teilnehmer	
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	74,20
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	39,80
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	134,90
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	50,90
Einzelbehandlung	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	60,80
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	81,00
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	101,20
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	162,00
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	210,00
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	175,30
Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	48,70
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	64,80
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten, je Teilnehmer	81,00

	erstattungs- fähig bis zu €
Gruppenbehandlung	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	21,30
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	28,50
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 105 Minuten, je Teilnehmer	49,60
• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	80,80
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	60,80
Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	175,30
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	48,70
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	28,50
Podologie	
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	39,40
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	56,60
Podologischer Befund, je nach Behandlung	4,00
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	223,80
Erst- und Eingangsbefundung	
• Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	31,30
• Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	62,70
• Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	25,20
Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	18,90
Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	110,90
Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	60,80
Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	55,60

	erstattungs- fähig bis zu €
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	105,80
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	60,50
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	19,40
Behandlungsabschluss ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	29,00
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	74,60
Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	86,10
Versorgung mit einer konfektionierten Klebspange 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.	
Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	44,60
Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	89,10
Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	73,00
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	73,00
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	44,60
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	89,10
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten	89,10
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	31,20
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	62,40

	erstattungs- fähig bis zu €
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal. Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	29,50
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	19,30
Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand). Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn die Leistungen Einzelbehandlung oder Hirnleistungstraining als Beratung oder Ernährungstherapeutische Intervention zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen ärztlich verordneter Hausbesuch einschl. der Fahrtkosten oder Besuch eines Patienten in einer sozialen Einrichtung sind daneben nicht erstattungsfähig.	29,50
Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,70
Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	105,10

Anhang 2

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.