

Krankheitskosten-Tarif MediVita für ambulante und stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2025)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- | | |
|--|---|
| <p>1. Ambulante Behandlung</p> | <p>100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung (vgl. Abschnitt H). Sie umfassen</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge (vgl. Abschnitt C.1) durch Ärzte, - ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen und Entbindungspfleger, - Schutzimpfungen (ausgenommen solche aus Anlass von Auslandsreisen (vgl. Abschnitt C.1)), - ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte im Rahmen einer häuslichen Behandlungspflege (vgl. Abschnitt C.2), - Notfall-Rettungsdienst, - ärztlich verordnete und begründete Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Behandlung, (z. B. bei Strahlen- und Notfallbehandlung, Unfällen und Gehunfähigkeit). <p>80 % der Aufwendungen für psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr.</p> |
| <p>2. Arznei- und Verbandmittel</p> | <p>100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn der Versicherer keine bestimmte Bezugsquelle genannt hat oder die vom Versicherer benannte Bezugsquelle für regelmäßig einzunehmende Arznei- und zu verwendende Verbandmittel in Anspruch genommen wurde (vgl. Abschnitt C.3).</p> <p>80 % der vorgenannten Aufwendungen, wenn die vom Versicherer für regelmäßig einzunehmende Arznei- und zu verwendende Verbandmittel benannte Bezugsquelle nicht in Anspruch genommen wurde (vgl. Abschnitt C.3).</p> |
| <p>3. Heil- und Hilfsmittel</p> | <p>100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs MediVita aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, - Hilfsmittel (außer Sehhilfen). <p>Der Erstattungssatz für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) vermindert sich auf 80 %, soweit diese über den Versicherer bezogen werden können und hiervon kein Gebrauch gemacht wird (vgl. Abschnitt C. 4).</p> <p>100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Erstattungsbeitrag in Höhe von 100 Euro pro Kalenderjahr.</p> |
| <p>4. Stationäre Behandlung</p> <p>4.1 Stationäre Behandlung</p> | <p>100 % der Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Krankentransporte zur stationären Behandlung und im Notfallrettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug). Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Transport je Versicherungsfall bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Wird nicht das nächstgelegene geeignete Krankenhaus gewählt, werden darüber hinaus die Aufwendungen für den Transport von maximal weiteren 100 km erstattet.</p> |
| <p>4.2 Stationäre Psychotherapie</p> | <p>100 % der Aufwendungen einer stationären psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr, darüber hinaus zu 70 %, sofern der Versicherungsnehmer vor Ablauf der 6 Wochen die medizinische Notwendigkeit einer darüber hinausgehenden Behandlung dem Versicherer gegenüber nachweist.</p> |

B. Selbstbeteiligung/Tarifstufen

Selbstbeteiligung Die Selbstbeteiligung für ambulante Behandlung (vgl. Abschnitt A. 1 bis 3) beträgt pro Person und Kalenderjahr insgesamt

in Tarifstufe	MediVita 250 250 Euro	MediVita 500 500 Euro
----------------------	--	--

Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen (vgl. Abschnitt C.1).

Für versicherte Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Kinder und Jugendliche), beträgt die Selbstbeteiligung die Hälfte, also **125 Euro** (Tarifstufe **MediVita 250**) und **250 Euro** (Tarifstufe **MediVita 500**), jeweils bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.

Bei Versicherung eines Neugeborenen (vgl. § 2 Abs. 2 AVB) hat der Versicherungsnehmer die Wahl zwischen den abschließbaren Tarifstufen mit der für Kinder und Jugendlichen geltenden Selbstbeteiligung.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterungen**
1. Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach § 4 Abs. 2.3 AVB sowie Schutzimpfungen (vgl. Abschnitt A.1.) bleiben bei der Feststellung der Leistungsfreiheit unberücksichtigt und werden nicht auf die kalenderjährliche Selbstbeteiligung angerechnet.
 2. Als häusliche Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).
 3. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer kostengünstige Bezugsquellen für den zukünftigen Bezug von Arznei- und Verbandmittel unaufgefordert mit. Die Verminderung des Erstattungssatzes beschränkt sich auf die vom Versicherer genannten Arznei- und Verbandmittel.
 4. Auskünfte zu den Hilfsmitteln, die über den Versicherer bezogen werden können, sind vor dem Bezug von Hilfsmitteln beim Versicherer einzuholen. Dieser wird unverzüglich entscheiden, ob die Beschaffung über ihn erfolgt. Wird ein Hilfsmittel ohne Einschalten des Versicherers bezogen, ist 100 %-iger Aufwendersatz nicht sichergestellt.
 5. Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie **sowie von Heilpraktikern verursachte Kosten** werden aus Tarif **MediVita** nicht erstattet.

D. Optionsrecht

Optionsausübung Im Rahmen der für das Neugeschäft offenen Tarife kann der Versicherungsnehmer, der nach Tarif **MediVita** sowie **MediVita Z 70** oder **MediVita Z 90** versichert ist, die Umstellung in einen umfassenderen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten verlangen:

Krankheitskostenversicherung mit einer Selbstbeteiligung für

- ambulante Heilbehandlung,
- stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer sowie gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
- Zahnbehandlung (bis zu den Höchstsätzen der GOZ),
- Zahnersatz und Kieferorthopädie bis zu einem Erstattungssatz von 80 % (bis zu den Höchstsätzen der GOZ).

Die Umstellung in einen umfassenderen Versicherungsschutz (s.o.) kann auch verlangt werden, wenn nur Tarif **MediVita** abgeschlossen ist. Für die hinzukommenden Leistungsbereiche Zahnbehandlung und Zahnersatz, die mit Tarif **MediVita** nicht abgeschlossen sind (Mehrleistungen), erfolgt eine Gesundheitsprüfung. Wartezeiten (vgl. § 3 AVB) für die Mehrleistungen sind einzuhalten.

Die für eine Umstellung vorgesehenen Tarife/Tarifkombinationen können beim Versicherer jederzeit erfragt werden.

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, kann eine Umstellung jeweils

nach Ablauf von 24 oder 36 Monaten seit Vertragsbeginn erfolgen, sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten vor Ablauf der genannten Vertragslaufzeit gestellt wird. Für Personen, die im Rahmen der Versicherung von Neugeborenen versichert wurden (vgl. § 2 Abs. 2 AVB), darf der Versicherungsschutz nicht höher sein als der eines Elternteils.

Besondere vertragliche Vereinbarungen gelten auch nach einer Umstellung weiter. Bestehende Risikozuschläge werden entsprechend dem vereinbarten umfassenderen Versicherungsschutz umgerechnet.

Unter den genannten Bedingungen besteht auch das Recht auf Umstellung in den Tarif MediCompact Plus oder MediCompact Premium. Maßgebend sind dabei jedoch nicht die bestehenden besonderen vertraglichen Vereinbarungen im Tarif **MediVita** bzw. dort vereinbarte Risikozuschläge. Stattdessen wird, auf Basis des Gesundheitszustandes bei Beantragung des Tarifs **MediVita**, die im Neugeschäft übliche Gesundheitsprüfung des Tarifs MediCompact Plus oder MediCompact Premium durchgeführt. Verschlechterungen des Gesundheitszustandes während der Versicherungszeit im Tarif **MediVita** bleiben unberücksichtigt.

Die Umstellung auf einen höherwertigen Versicherungsschutz wird im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung des Tarifs **MediVita** und des ergänzenden Zahnschutzes **MediVita Z 70** oder **MediVita Z 90** wirksam. Von der Option ausgenommen sind Tarife, bei denen die Aufnahmefähigkeit bedingungsgemäß von einer obligatorischen ärztlichen Gesundheitsprüfung abhängig gemacht wird.

E. Anpassung der Höchstbeträge, der Selbstbeteiligung, der garantierten Beitragsrückerstattung sowie des Verzeichnisses für Heilmittel

Leistungsanpassung Gemäß § 8b AVB überprüft der Versicherer bei einer Beitragsanpassung die Höchstbeträge und passt sie mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung an. Dies gilt auch für eine vereinbarte Selbstbeteiligung oder eine garantierte Beitragsrückerstattung. Unter den Voraussetzungen des § 18 AVB ist der Versicherer zudem berechtigt, die Leistungsinhalte des Verzeichnisses an veränderte Verhältnisse anzupassen.

F. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

G. Erfolgsabhängige und garantierte Beitragsrückerstattung

Rückerstattung bei Leistungsfreiheit

1. **Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Als Form der Verwendung kann die Beitragsrückerstattung für leistungsfrei gebliebene Versicherte beschlossen werden. Der Vorstand legt dann fest, für welche Tarife oder Tarifkombinationen und in welcher Höhe die Ausschüttung erfolgt. Anspruch besteht für jede versicherte Person, wenn

 - a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine ambulanten Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt A. 1., 2. und 3.) erbracht worden sind. Die Ausschüttung der Beitragsrückerstattung und ihre Höhe kann davon abhängig gemacht werden, dass diese Voraussetzung für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt ist.

Wenn die Versicherung nach Tarif **MediVita** aufgrund unterjährigen Versicherungsbeginns nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat, ist maßgeblich, dass für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr aus Tarif **MediVita** keine ambulanten Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt A. 1., 2. und 3.) und aus einer anderen Krankheitskostenversicherung beim Versicherer keine Versicherungsleistungen für ambulante, stationäre oder zahnärztliche Behandlung erbracht worden sind.
 - b) die Versicherung am **30.06.** des folgenden Jahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Ein-

tritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

Für das Kalenderjahr des erstmaligen Versicherungsbeginns einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer wird die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nach Tarif **MediVita** bestanden hat, zu 1/12 gezahlt.

Die Beitragsrückerstattung wird im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres ausgezahlt.

2. Garantierte Beitragsrückerstattung

Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit besteht, wenn

- a) die Versicherung nach Tarif **MediVita** während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr keine ambulanten Versicherungsleistungen erbracht worden sind (vgl. Abschnitt A. 1., 2. und 3.).

Wenn die Versicherung nach Tarif **MediVita** aufgrund unterjährigen Versicherungsbeginns nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat, ist maßgeblich, dass für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr aus Tarif **MediVita** keine ambulanten Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt A. 1., 2. und 3.) und aus einer anderen Krankheitskostenversicherung beim Versicherer keine Versicherungsleistungen für ambulante, stationäre oder zahnärztliche Behandlung erbracht worden sind,

- b) eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer am 30.06. des folgenden Kalenderjahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Die Beitragsrückerstattung beträgt:
2 Monatsbeiträge für jeweils ein leistungsfreies Kalenderjahr.

Für das Kalenderjahr des erstmaligen Versicherungsbeginns nach Tarif **MediVita** wird die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nach Tarif **MediVita** bestanden hat, zu 1/12 gezahlt.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages für Tarif **MediVita** des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt. Der gesetzliche Zuschlag wird nicht in die Berechnung einbezogen.

H. Einhaltung des Hausarztprinzips

Erläuterungen/Bonus

Tarif **MediVita** unterstützt das Kostenbewusstsein der Versicherten durch einen Verhaltensbonus bei Einhaltung des Hausarztprinzips neben der Beitragsrückerstattung (vgl. Abschnitt G).

Werden Leistungen in Anspruch genommen und wird im Verlauf eines gesamten Kalenderjahres das Hausarztprinzip eingehalten, ermittelt der Versicherer, ob ein Bonus für versicherte Personen, für die die Voraussetzungen festgestellt worden sind, ausgezahlt wird. Die Höhe des Bonus beträgt maximal 50 % der für die versicherte Person abgeschlossenen Selbstbeteiligung.

Einzelheiten dazu gibt der Versicherer jedes Kalenderjahr schriftlich bekannt. Eine Auszahlung erfolgt im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres.

Voraussetzung für den Erhalt des Bonus ist, dass die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, einen Internisten, einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde, für Kinderheilkunde, einen Notarzt, einen Bereitschaftsarzt oder einen Vertragsarzt des Versicherers erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Behandlungsrechnung oder eine Überweisung nachzuweisen.

Als Erstbehandelnder wird auch ein hausärztlich tätiger Internist anerkannt, sofern rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis mit Name und Anschrift des Internisten vorgelegt wird.

Hinweis

Es wird empfohlen, dem liquidationsberechtigten Arzt das Heilmittelverzeichnis des Tarifs **MediVita** vorzulegen.

Heilmittelverzeichnis des Tarifs MediVita

Vorbemerkung:

Wenn im Leistungsverzeichnis ein Richtwert angegeben ist, ist die jeweilige Therapiemaßnahme einschließlich ihrer Vor- und Nachbereitung sowie ihrer Dokumentation innerhalb des durch den Richtwert angegebenen Zeitrahmens durchzuführen.

Der Richtwert darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Einige Therapiemaßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. Der Zeitrahmen für die Nachruhe beträgt 20 bis 25 Minuten.

	Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
I. Inhalationen	1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung
		a) als Einzelinhalation
		b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer
		c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind gesondert erstattungsfähig.	
	2	Radon-Inhalation
		a) im Stollen
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte
		a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall
		b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person
	4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten
	5	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 bis 35 Minuten
	6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten
	7	Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten
	8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten
	9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten
	10	Krankengymnastik im Bewegungsbad
		a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	

Leistung ¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ¹ in Euro
12 Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 15 bis 20 Minuten	19,20
13 Bewegungsübungen	
a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	12,90
b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,00
14 Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,20
b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,60
c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
15 Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16 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, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	52,40
17 Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
18 Rückbildungsgymnastik/ pro Sitzung	10,90
III. Massagen	
19 Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile	
a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,30
b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40
20 Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	21,50
21 Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	31,70
IV. Palliativversorgung	
22 Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
23 Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten	13,60
24 Wärmepackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid als Teilpackung	36,20
c) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid als Großpackung	47,80

Leistung ¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ¹ in Euro
25 Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
26 Kaltpackung (Teilpackung)	
a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
27 Heublumensack, Peloidkompressen	12,10
28 Sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10
29 Trockenpackung	4,10
30 Guss	
a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
31 An- oder absteigendes Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe)	16,20
b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)	26,40
32 Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	12,10
b) Vollbad	17,60
33 Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
34 Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	43,30
b) Vollbad	52,70
35 Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	37,90
b) Vollbad	43,30
36 Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
37 Medizinische Bäder mit Zusatz	
a) Hand- oder Fußbad	8,80
b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
38 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,10
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
39 Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 37 Buchstabe a bis c und nach Nummer 38 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 37 Buchstabe d erstattungsfähig.	

	Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
VI. Kälte- und Wärmebehandlung	40 Kältetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten	12,90
	41 Wärmetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mittels Heißluft, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50
	42 Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80
VII. Elektrotherapie	43 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
	44 Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20
	45 Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	17,60
	46 Iontophorese	8,20
	47 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
VIII. Lichttherapie	48 Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00
	49 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
	50 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
IX. Logopädie	51 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
	52 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
	53 Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	111,20
	54 Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig, Richtwert: 30 Minuten	55,60
	55 Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	a) Ausführlicher Bericht	11,80
	56 Bericht an verordnende Person	6,20
	57 Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
	58 Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	49,40
b) Richtwert: 45 Minuten	68,00	
c) Richtwert: 60 Minuten	86,50	
d) Richtwert: 90 Minuten	103,40	

Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
59	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer
a)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten 61,20
b)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten 34,60
c)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten 111,20
d)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten 56,10
X.	
Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
60	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall 41,80
61	Einzelbehandlung
a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten 45,20
b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten 60,90
c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten 76,20
d)	bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten 128,20
62	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall
a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten 135,60
b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten 182,60
c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten 152,40
63	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)
a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten 35,90
b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten 48,70
c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten 60,30
64	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)
a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten 16,50
b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten 21,40
c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten 39,30
d)	bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 180 Minuten 70,20
65	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten 50,10
66	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten 152,40
67	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten 39,40
68	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten 21,40
XI.	
Podologische Behandlung	
69	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten 34,20
70	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten 49,20
71	Podologische Befundung, je Behandlung 3,40

Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro	
72	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	21,90
73	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
74	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	96,40
75	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	52,80
76	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	48,30
77	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
78	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
79	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
80	Behandlungsabschluss, ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
XII. Ernährungstherapie	81 Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	38,70
	82 Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	77,40
	83 Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
	84 Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
	85 Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
	86 Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
	87 Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
	88 Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
	89 Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20
XIII. Sonstiges	90 Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig.	22,40
	91 Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal	14,70

Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
92 Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn Leistungen nach Nummer 62 Buchstabe a bis c, Nummer 66 oder Nummer 87 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nummern 90 und 91 sind daneben nicht erstattungsfähig.	22,40
93 Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40
94 Geburtsvorbereitungskurs	80,00

¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt E. des Tarifs MediVita)