

Kundeninformation

**Wichtige Unterlagen zu Ihrer
Gothaer Krankenversicherung**

Aktualisierung der Versicherungsbedingungen

Nachfolgend informieren wir Sie über die **Aktualisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den Basistarif** (Seite 1 - 4) und **für den Standardtarif** (Seite 5 - 15) zum **1. Juli 2021**.

Zur besseren Übersicht sind nur die Textabschnitte aufgeführt, bei denen sich Änderungen ergeben haben. Die Texte, die entfallen, sind durchgestrichen. Die neuen Texte sind unterstrichen.

Für welche Tarife/Tarifwerke die Änderungen gelten, haben wir jeweils aufgelistet.

Basistarif

Hinweis

Die Änderungen der **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif** ergeben sich aufgrund

- des Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz - DVG);
- des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG).

Weitere Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ergeben sich aufgrund von gerichtlichen Entscheidungen, diese umfassen

- die Anpassung der Regelung zur Erhebung von Mahnkosten;
- die Ergänzung des Hinweises auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, des Hinweises auf die Versicherungsaufsicht sowie des Hinweises auf den Rechtsweg.

Darüber hinaus sind redaktionelle Änderungen vorgenommen worden.

Die Änderungen werden bereits in der Vertrags- und Leistungspraxis berücksichtigt.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif

Gilt für Tarif **BTN, BTB, BTN A, BTB BA.**

Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/BT 2009)

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) §§ 1-18

Der Versicherungsschutz

- § 4**
Umfang der Leistungspflicht
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (...)
- (3a) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall auch Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen) nach Maßgabe von Abschnitt I. des Tarifs BT. Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in Absatz 2 genannten Leistungserbringern verordnet werden. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung (...)

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8**
Beitragszahlung
- (3) Ist der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten ~~in nachgewiesener Höhe, mindestens von höchstens~~ 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.
- (...)

Teil II Tarif BT

Leistungen des Versicherers

C. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie

2. **Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen**
- (4) Der Aufwendungsersatz beträgt ~~50~~ 60 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf ~~60~~ 70 Prozent, wenn der Gebisszustand der versicherten Person regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie nachweisen kann, dass sie während der letzten fünf Jahre vor Behandlungsbeginn
- a) sich vor Vollendung des 18. Lebensjahres zweimal in jedem Kalenderjahr
- b) sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal in jedem Kalenderjahr
- hat zahnärztlich untersuchen lassen. Bei ununterbrochener 10-jähriger Inanspruchnahme der jeweils vorgesehenen Untersuchungen erhöht sich der Aufwendungsersatz um weitere 5 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei einer Unterbrechung des Fünf- oder Zehnjahreszeitraums vermindert sich der Aufwendungsersatz wieder auf ~~50~~ 60 Prozent.

G. Mutterschaftsgeld

- (1) Versicherte weibliche Personen haben Anspruch auf Mutterschaftsgeld, wenn
- a) sie bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankentagegeld haben oder
- b) ihnen wegen der Mutterschutzfristen kein Arbeitsentgelt gezahlt wird oder
- c) ihr Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft oder der Mutterschutzfrist nach der Entbindung nach Maßgabe von § 9 17 Abs. 3 2 Mutterschutzgesetz aufgelöst worden ist.

H. Auslandsbehandlung

(...)

I. Digitale Gesundheitsanwendungen

- (1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die
- a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und
- b) nach Verordnung des behandelnden Vertragsarztes oder des behandelnden Psychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 2 MB/BT 2009 angewendet werden.
- (2) Der Anspruch gemäß Absatz 1 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.
- (3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

J. Zuzahlungen und Selbstbehalte

(...)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif wurden um folgende Hinweise ergänzt. Auf das Unterstreichen der Hinweise wurde verzichtet, da sie insgesamt in die Versicherungsbedingungen für den Basistarif neu aufgenommen wurden.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Standardtarif

Hinweis

Die Änderungen der **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif** ergeben sich aufgrund des Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz - DVG).

Weitere Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ergeben sich aufgrund von gerichtlichen Entscheidungen, diese umfassen

- die Anpassung der Regelung zur Erhebung von Mahnkosten;
- die Ergänzung des Hinweises auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, des Hinweises auf die Versicherungsaufsicht sowie des Hinweises auf den Rechtsweg.

Außerdem wurde das Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs aktualisiert.

Darüber hinaus sind redaktionelle Änderungen vorgenommen worden.

Die Änderungen werden bereits in der Vertrags- und Leistungspraxis berücksichtigt.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif

Gilt für Tarif **STN, STB**.

Teil III - Tarif ST

Einführung

In den Abschnitten A. bis ~~D.~~ E. des Tarifs sind die Leistungen des Versicherers festgelegt. (...)

Tarifstufe STN

für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Die Höhe der Versicherungsleistungen beträgt 100 % der Leistungszusage nach den Abschnitten A. bis ~~D.~~ E. des Tarifs.

(...)

Tarifstufe STB

für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt ab von der Leistungsstufe, der die versicherte Person zugeordnet ist. Die Zuordnung zu den verschiedenen Leistungsstufen wird bestimmt durch den Beihilfebemessungssatz der versicherten Person. Beihilfebemessungssatz und Erstattungssatz des Standardtarifs in Tarifstufe STB ergeben zusammen jeweils 100 % (Beispiel: Beihilfebemessungssatz 80 % -> Erstattungssatz 20 % = Leistungsstufe 20). Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über Leistungsstufen und Erstattungssätze. Die Leistungsstufe STB 100 ist solchen Personen vorbehalten, die nach Tarifstufe STB versichert sind und ihren Beihilfeanspruch verlieren.

Tarifstufe STB

Leistungsstufe	100	70	60	50	45	40	35	30	25	20	15
Erstattungssatz %	100	70	60	50	45	40	35	30	25	20	15

Abschnitt A., B., C., D.
(ambulant, Zahn,
stationär, Entbindung) *

Tarifstufe STB										
Leistungsstufe	70/	60/	55/	50/	45/	40/	35/	30/	25/	20/
	55	45	40	35	30	25	20	15	15	15
Erstattungssatz %	70	60	55	50	45	40	35	30	25	20
Abschnitt A., B., D.1 (ambulant, Zahn, ambulante Entbindung) *										
Erstattungssatz %	55	45	40	35	30	25	20	15	15	15
Abschnitt C., D.2 (stationär, stationäre Entbindung) *										

(...)

** Eine Abbildung der Erstattungssätze für Abschnitt E (digitale Gesundheitsanwendungen) in der Tabelle erfolgt im Nachgang zu den hierfür erforderlichen Festlegungen in den jeweiligen Beihilfeverordnungen. Ungeachtet dessen gelten die vorstehenden Grundsätze unter "Tarifstufe STB" zur Höhe der Versicherungsleistungen entsprechend. Als Erstattungssatz gilt die Differenz zwischen Beihilfebemessungssatz und 100 %.*

Leistungen des Versicherers

A. Ambulante Behandlung

- 6. Heilmittel** **80 %** der nach dem Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für die Leistungen
- des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters, des Krankengymnasten (s. Nr. 3c Abs. 2 TB/ST)
 - des Logopäden (s. Nr. 3c Abs. 3 TB/ST)
 - des Ergotherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST)
 - des Podologen, des medizinischen Fußpflegers nach § 1 des Podologengesetzes (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST)
 - des Diätassistenten, des Oecotrophologen und des Ernährungswissenschaftlers (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST)
- erstattungsfähigen Aufwendungen, (...).
- 7. Hilfsmittel** **80 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für folgende Hilfsmittel in Standardausführung (s. Nr. 3c Abs. 4 5 TB/ST):
- (...)
- 8. Hilfsmittel mit maximalen erstattungsfähigen Aufwendungen** Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Brillengläser, soweit der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, Hörgeräte und Krankenfahrstühle (s. Nr. 3c Abs. 4 5 TB/ST) bis:
- (...)

C. Stationäre Heilbehandlung

- 1. Krankenhausbehandlung** **100 %** der 10 Euro pro Tag übersteigenden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (s. Nr. 3d e TB/ST).
- (...)

D. Entbindungen

(...)

E. Digitale Gesundheitsanwendungen

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen (s. Nr. 3d TB/ST), jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Teil I Musterbedingungen ~~2009~~ für den Standardtarif (MB/ST 2009) ~~§§ 1–19~~

Teil II Tarifbedingungen für den Standardtarif (TB/ST) ~~Nr. 1–10~~

Präambel

Aufnahme- und versicherungsfähig sind (...)

Der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Standardtarifs verwendete Begriff "Lebenspartner" bezieht sich auf "Lebenspartner" gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung.

Der Versicherungsschutz

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (...)

Nr. 3c Definitionen

3. Erstattungsfähige Heilmittel sind auch Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs (Anlage) aufgeführt sind und von einem Logopäden ausgeführt werden.

4. Erstattungsfähige Heilmittel sind auch Ergotherapie, Podologie und Ernährungstherapie, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs (Anlage) aufgeführt sind und von Ergotherapeuten oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Podologen oder medizinischen Fußpflegern nach § 1 des Podologengesetzes oder Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftlern erbracht werden.

4. 5. Der Anspruch auf Versorgung mit Hörgeräten, Krankenfahrrädern und anderen Hilfsmitteln umfasst (...)

3a. Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall auch Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die Behandelnden die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet werden. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

Nr. 3d Digitale Gesundheitsanwendungen

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die
 - a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und
 - b) nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 2 MB/ST 2009 angewendet werden.
2. Der Anspruch gemäß Absatz 1 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batterie-kosten.

4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung (...)

Nr. 3de Einschränkung

Die freie Krankenhauswahl beschränkt sich auf solche öffentlichen und privaten Krankenhäuser, die der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten (...)

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8
Beitragszahlung

Nr. 7 Mahnkosten
Die Mahnkosten ~~betragen~~ dürfen je Mahnung 5 Euro nicht überschreiten.

§ 8a
**Beitragsberechnung,
-begrenzung, -angleichung und
-anpassung**

2. (...)
Der Höchstbeitrag der GKV bemisst sich nach dem allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ ~~245~~ 241 SGB V) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V).

(...)

Sonstige Bestimmungen

§ 18
Änderungen des Standardtarifs

1. Die Muster- und Tarifbedingungen des Standardtarifs können gemäß (...) aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betreffen. (...)

Nr. 10 Leistungsänderung

Der Standardtarif sieht Leistungen vor, die den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jeweils vergleichbar sind. (...) Die nach dem Standardtarif erstattungsfähigen Gebührensätze können durch Verträge zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. im Einvernehmen mit den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften einerseits und den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder den Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen andererseits ganz oder teilweise abweichend geregelt werden.

Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs

Im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs haben sich umfangreiche Änderungen ergeben. Wir stellen Ihnen hiermit das vollständige, aktuelle Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs ohne Aufführung der Streichungen und ohne Unterstreichung der Neuerungen dar.

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Bereich Inhalationen		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation	8,80
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
2	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
3	Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	25,70
4	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	45,30
6	Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,20
7	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30
8	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	71,40
9	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 - 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
	c) in einer Gruppe (4 - 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
10	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70
11	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00
12	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
	b) in einer Gruppe (2 - 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,60
13	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 - 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
	c) in einer Gruppe (4 - 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
14 Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10
15 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 im Kalenderhalbjahr	46,20
16 Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80
Bereich Massagen	
17 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile	
a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20
b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20
18 Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	25,70
b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	38,50
c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,30
d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	12,40
19 Unterwasserdruckstrahlmassage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
Bereich Palliativversorgung	
20 Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
21 Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
22 Warmpackung eines 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 Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
aa) Teilpackung	36,20
bb) Großpackung	47,80
23 Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
24 Kaltpackung (Teilpackung)	
a) bei Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
25 Heublumensack, Peloidkomresse	12,10

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
26 Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
27 Trockenpackung	4,10
28 a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
29 a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
30 Wechselbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	12,10
b) Vollbad	17,60
31 Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
32 Naturmoorbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	43,30
b) Vollbad	52,70
33 Sandbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	37,90
b) Vollbad	43,30
34 Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad - einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
35 Medizinisches Bad 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
36 Gashaltiges Bad	
a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
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
37 Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 35 Buchstabe a bis c und nach Nummer 36 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 35 Buchstabe d erstattungsfähig.	
Bereich Kälte- und Wärmebehandlung	
38 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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
39 Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
40 Ultraschall-Wärmetherapie	11,90
Bereich Elektrotherapie	
41 Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
42 Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
43 Iontophorese	8,20
44 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
45 Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
Bereich Lichttherapie	
46 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) als Einzelbehandlung	3,10
b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
47 c) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10
d) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
48 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
49 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
50 Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00
51 Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
a) Richtwert: 30 Minuten	41,80
b) Richtwert: 45 Minuten	59,00
c) Richtwert: 60 Minuten	68,90
d) Richtwert: 90 Minuten	103,40
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
52 Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	50,40
b) Gruppe (3 - 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60
d) Gruppe (3 - 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	
Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
55	Gruppenbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	70,20
56	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20
57	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
Bereich Podologie		
58	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
59	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
60	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
61	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
62	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	41,60
63	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	26,70
64	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
65	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
66 Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlust oder Bruch der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
67 Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
68 Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Bereich Ernährungstherapie	
69 Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
70 Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	33,00
71 Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	11,00
Bereich Sonstiges	
72 Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
73 Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels.	
74 Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 72 und 73 nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig.	

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen 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.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Standardtarif wurden um folgende Hinweise ergänzt. Auf das Unterstreichen der Hinweise wurde verzichtet, da sie insgesamt in die Versicherungsbedingungen für den Standardtarif neu aufgenommen wurden.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.