

Kundeninformation

**Wichtige Unterlagen zu Ihrer
Gothaer Krankenversicherung**

Aktualisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

Nachfolgend informieren wir Sie über die **Aktualisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für**

- **die private Pflegepflichtversicherung** (Seite 1-7) sowie
- **die Krankheitskosten-Tarife KG (V), MediStart (V) und MediVita** (Seite 9-14).

Bitte beachten Sie, dass nur die Textabschnitte aufgeführt sind, bei denen sich Änderungen ergeben haben. Texte, die entfallen, sind durchgestrichen. Neue Texte sind unterstrichen.

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

Private Pflegepflichtversicherung

Grundlagen für die **Aktualisierung** der

- **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung,**
- **Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten,**
- **Besonderen Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung,**
- **Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung**

zum **1. Januar 2022** sind das

- Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz - GVWG),
- Gesetz für faire Verbraucherverträge.

Darüber hinaus ist das **Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung** zum **1. Januar 2022** aktualisiert worden.

Außerdem waren redaktionelle Anpassungen erforderlich.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Gilt für Tarif **PVN, PVB**.

I. Bedingungsteil **MB/PPV ~~2024~~ 2022**

Der Versicherungsschutz

- | | |
|---|---|
| § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes | 12. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2024 <u>2022</u> , Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert. |
|---|---|

**§ 4
Umfang der Leistungspflicht**

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

7. (...)

Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 oder im Rahmen eines Beratungseinsatzes nach Absatz 4 konkrete Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung nach Satz 1 abgeben, die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit der Versorgung werden hierbei vermutet. Die Empfehlung darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (...)

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

12. Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz (...)

12a. Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben ab dem 1. Januar 2022 einen Anspruch auf einen Leistungszuschlag zur Begrenzung des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei vollstationärer Pflege gemäß Nr. 7.6 des Tarifs PV.

I. Pflegeberatung

18. (...)

Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder

a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,

oder

b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten eines individuellen Pflege- und Hilfskonzepts hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege (...)

**§ 6
Auszahlung der
Versicherungsleistung**

7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

2. Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie
 - a) (...)
 - b) (...)
 - c) (...)
 - d) (...)
 - e) kein Gesamteinkommen haben (...) das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; ~~für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.~~

§ 8a Beitragsberechnung

4. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer (...)
5. Der Versicherer kann für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 für bestehende Vertragsverhältnisse über den Beitrag hinaus einen monatlichen Zuschlag zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben nach Maßgabe des § 110a SGB XI erheben.

II. Zusatzvereinbarungen

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

Für Versicherungsverträge (...)

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV ~~2024~~ 2022 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Abs. 3 MB/PPV ~~2024~~ 2022 besteht Anspruch (...)
3. § 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2024~~ 2022
 - a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner (...) bei Renten wird der Zahlungsbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; ~~für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.~~

Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind (...)

- b) (...)
 4. § 8a Abs. 2 MB/PPV ~~2024~~ 2022 erfolgt keine Erhöhung (...)
- (...)

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG

Für Versicherungsverträge (...)

In Abweichung von

§ 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2024~~ 2022

a) (...)

b) (...)

c) (...)

(...)

III. Tarifbedingungen

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV ~~2024~~ 2022) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen des Versicherers

Tarifstufe PVN für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1 - 44 15 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PVB für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Tarifleistungen betragen (...)

1. (...)

2. (...)

3. (...)

4. (...)

5. (...)

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 - 44 15 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfavorschriften eines Landes (...)

**1.
Häusliche Pflege**

Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

- a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu ~~689~~ 724 Euro,
- b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu ~~4.298~~ 1.363 Euro,
- c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu ~~4.642~~ 1.693 Euro,
- d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu ~~4.995~~ 2.095 Euro

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den (...)

In Tarilstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

**6.
Kurzzeitpflege**

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von ~~4.642~~ 1.774 Euro pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV (...)

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 Euro auf insgesamt bis zu ~~3.224~~ 3.386 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. (...)

In Tarilstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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

7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 (...)

7.6 Für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5.

- a) die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 5 Prozent.
- b) die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 25 Prozent.
- c) die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 45 Prozent.
- d) die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 4 Abs. 11 beziehen, beträgt der Leistungszuschlag 70 Prozent.

ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen.

Bei der Bemessung der Monate, in denen die versicherte Person Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezieht, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 4 Abs. 11 bezogen worden sind, berücksichtigt.

In Tarilstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

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

Anmerkung: Die Regelungen in § 3 Absatz 1 bis 4 entfallen insgesamt und werden nicht als durchgestrichene Texte aufgeführt.

§ 2 Besitzstandsschutz

2. Versicherte Personen,
 1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i. V. m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und
 2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV ~~2024~~ 2022 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV ~~2024~~ 2022. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV ~~2024~~ 2022 i. V. m. Nr. 11 des Tarifs PV ~~2024~~ 2022 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV ~~2024~~ 2022) schriftlich mitteilen und erläutern.

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege

1. (Regelung ist gegenstandslos geworden.)
2. (Regelung ist gegenstandslos geworden.)
3. (Regelung ist gegenstandslos geworden.)
4. (Regelung ist gegenstandslos geworden.)
5. Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 (...)

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung

3. Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass
 1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV ~~2024~~ 2022 vorliegt oder
 2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV ~~2024~~ 2022 ist.Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar (...)

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand: ~~1. Januar 2024~~ 1. Januar 2022

| 1. | | HMV-Nummer |
|--|---|---------------------------|
| Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege | 1.1 Pflegebetten | |
| | - Pflegebetten, manuell verstellbar | 50.45.01.0001-0999 |
| | - Pflegebetten, motorisch höhenverstellbar | 50.45.01.1000-1999 |
| | - Kinder-/ Kleinwüchsigenpflegebetten | 50.45.01.2000-2999 |
| | - Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit | 50.45.01.3000-3999 |
| | - Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion | 50.45.01.4000-4999 |
| | - <u>Niedrigpflegebetten</u> | <u>50.45.01.5000-5999</u> |
| | 1.2 (...) | |

Änderung der Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten (Private Pflegepflichtversicherung)

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV ~~2024~~ 2022 und Tarif PV) gilt Folgendes:

2. Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis ~~44~~ 15 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV ~~2024~~ 2022 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.
4. (...) Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2024~~ 2022, Nr. 3 b) (...)
6. Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV ~~2024~~ 2022 wird der Beitrag (...)
7. Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV ~~2024~~ 2022 entsprechend.

Änderung der Besonderen Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung

1. **Allgemeines**

Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV ~~2024~~ 2022 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.
3. **Beiträge**
 - 3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV ~~2024~~ 2022 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.
 - 3.4 (...) Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2024~~ 2022 bzw. Nr. 3 b) (...)
7. **Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung**

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV ~~2024~~ 2022 entsprechend.

Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung

1. **Allgemeines**

Für die große Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV ~~2024~~ 2022 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.
3. **Beiträge**
 - 3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der großen Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8b MB/PPV ~~2024~~ 2022 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.
 - 3.4 (...) Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV ~~2024~~ 2022 bzw. Nr. 3 b) (...)
7. **Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung**

Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die große Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV ~~2024~~ 2022 entsprechend.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Tarife KG (V) / MediStart (V) / MediVita

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil III) für die Tarife **KG (V)**, **MediStart (V)** sowie **MediVita** ist das **Heilmittelverzeichnis** zum **1. Januar 2022** aktualisiert worden und wird seitdem in der Leistungspraxis berücksichtigt.

Aufgrund der umfangreichen Aktualisierung stellen wir Ihnen zur besseren Übersichtlichkeit das **vollständige** und **aktuelle** Heilmittelverzeichnis ohne Kenntlichmachung der Anpassungen zur Verfügung.

Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG (V) / MediStart 1 (V) / MediStart 2 (V) / MediVita

| | Leistung ¹ | erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ¹ in Euro | |
|---|--|--|-------|
| I. Inhalationen | 1 | Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung | |
| | | a) als Einzelinhalation | 8,80 |
| | | b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 4,80 |
| | | c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 7,50 |
| | Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind gesondert erstattungsfähig. | | |
| | 2 | Radon-Inhalation | |
| | | a) im Stollen | 14,90 |
| | | b) mittels Hauben | 18,20 |
| II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen | 3 | Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans | 16,50 |
| | 4 | Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 25,70 |
| | 5 | 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 |
| | 6 | 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 |
| | 7 | Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 8,20 |
| | 8 | Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 14,30 |
| | 9 | Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten | 71,40 |
| | 10 | Krankengymnastik im Bewegungsbad | |
| | | a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 31,20 |
| | | b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 19,50 |
| | c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 15,60 | |

| | Leistung¹ | erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro |
|---|--|---|
| | 11 Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten | 29,70 |
| | 12 Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten | 19,00 |
| | 13 Bewegungsübungen | |
| | a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 10,20 |
| | b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten | 6,60 |
| | 14 Bewegungsübungen im Bewegungsbad | |
| | a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 31,20 |
| | b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 19,50 |
| | c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 15,60 |
| | 15 Erweiterte ambulante Physiotherapie, 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 | 46,20 |
| | 17 Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 8,80 |
| | 18 Rückbildungsgymnastik/ pro Sitzung | 10,90 |
| III. Massagen | 19 Massage 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 |
| | 20 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 |
| | 21 Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten | 30,50 |
| IV. Palliativversorgung | 22 Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten | 66,00 |
| V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder | 23 Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 13,60 |
| | 24 Wärmepackung 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 |

| Leistung¹ | erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ 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 Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | 20,30 |
| 27 Heublumensack, Peloidkomresse | 12,10 |
| 28 Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz | 6,10 |
| 29 Trockenpackung | 4,10 |
| 30 | |
| a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss | 4,10 |
| b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss | 6,10 |
| c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung | 5,40 |
| 31 | |
| 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 |
| 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 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 |
| 38 Gashaltige Bäder | |
| a) Gashaltiges Bad (z. B. 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 |
| 39 Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen | |

| | Leistung¹ | erstattungs-fähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro |
|--|--|--|
| | 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. | |
| VI. Kälte- und Wärmebehandlung | 40 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 |
| | 41 Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten | 7,50 |
| | 42 Ultraschall-Wärmetherapie | 11,90 |
| VII. Elektrotherapie | 43 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese - | 6,20 |
| | 44 Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen | 8,20 |
| | 45 Elektrostimulation bei Lähmungen | 15,60 |
| | 46 Iontophorese | 8,20 |
| | 47 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad) | 14,90 |
| | 48 Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 29,00 |
| VIII. Lichttherapie | 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 |
| | 51 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes | 6,20 |
| 52 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder | 8,70 | |
| IX. Logopädie | 53 Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall | 108,00 |
| | 54 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 |
| | 55 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. | |

| Leistung¹ | erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro |
|---|---|
| 56 | 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 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten 34,60 |
| c) | Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten 67,60 |
| d) | Gruppe (3 bis 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. |
| X. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie) | |
| 57 | Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall 41,80 |
| 58 | 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 |
| 59 | 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 |
| 60 | Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten 46,20 |
| 61 | Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer 20,60 |
| XI. Podologische Behandlung | |
| 62 | Hornhautabtragung an beiden Füßen 26,70 |
| 63 | Hornhautabtragung an einem Fuß 18,90 |
| 64 | Nagelbearbeitung an beiden Füßen 25,10 |
| 65 | Nagelbearbeitung an einem Fuß 18,90 |
| 66 | Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße 41,60 |
| 67 | Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes 26,70 |
| | Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch 7,50 |
| | Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altersheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person 3,50 |

| Leistung¹ | erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro | | |
|------------------------------------|--|---|-------|
| 68 | Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen | 194,60 | |
| 69 | Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen | 37,40 | |
| 70 | Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation | 64,80 | |
| 71 | Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen | 74,80 | |
| 72 | Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen | 37,40 | |
| XII. Ernährungstherapie | 73 | Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten | 66,00 |
| | 74 | Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr | 33,00 |
| | 75 | Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr | 11,00 |
| XIII. Sonstiges | 76 | Ärztlich verordneter Hausbesuch | 12,10 |
| | 77 | 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. | |
| | 78 | Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 76 und 77 nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig. | |
| | 79 | Geburtsvorbereitungskurs | 80,00 |
| | 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. | | |
| <i>Tarif KG:</i> | ¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt C. des Tarifs KG) | | |
| <i>Tarif KG V:</i> | ¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt C. des Tarifs KG V) | | |
| <i>Tarif MediStart 1:</i> | ¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt G. des Tarifs MediStart 1) | | |
| <i>Tarif MediStart 1 V:</i> | ¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt H. des Tarifs MediStart 1 V) | | |
| <i>Tarif MediStart 2:</i> | ¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt E. des Tarifs MediStart 2) | | |
| <i>Tarif MediStart 2 V:</i> | ¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt F. des Tarifs MediStart 2 V) | | |
| <i>Tarif MediVita:</i> | ¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt E. des Tarifs MediVita) | | |