

## Krankheitskosten-Tarif MediVita für ambulante und stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.07.2022)

### Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

## A. Tarifleistungen

### Leistungen des Versicherers

- |   |   |
|---|---|
| <b>1.<br/>Ambulante Behandlung</b>          | <p><b>100 %</b> der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung (vgl. Abschnitt H). Sie umfassen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge (vgl. Abschnitt C.1) durch Ärzte,</li> <li>- ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen und Entbindungspfleger,</li> <li>- Schutzimpfungen (ausgenommen solche aus Anlass von Auslandsreisen (vgl. Abschnitt C.1)),</li> <li>- ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte im Rahmen einer häuslichen Behandlungspflege (vgl. Abschnitt C.2),</li> <li>- Notfall-Rettungsdienst,</li> <li>- ärztlich verordnete und begründete Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Behandlung, (z. B. bei Strahlen- und Notfallbehandlung, Unfällen und Gehunfähigkeit).</li> </ul> <p><b>80 %</b> der Aufwendungen für psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr.</p> |
| <b>2.<br/>Arznei- und<br/>Verbandmittel</b> | <p><b>100 %</b> 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><b>80 %</b> 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>  |
| <b>3.<br/>Heil- und Hilfsmittel</b>         | <p><b>100 %</b> der erstattungsfähigen Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs <b>MediVita</b> aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind,</li> <li>- Hilfsmittel (außer Sehhilfen).</li> </ul> <p>Der Erstattungssatz für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) vermindert sich auf <b>80 %</b>, soweit diese über den Versicherer bezogen werden können und hiervon kein Gebrauch gemacht wird (vgl. Abschnitt C. 4).</p> <p><b>100 %</b> der erstattungsfähigen Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Erstattungsbeitrag in Höhe von <b>100 EUR</b> pro Kalenderjahr.</p>   |
| <b>4.<br/>4.1 Stationäre Behandlung</b>     | <p><b>100 %</b> 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>   |
| <b>4.2<br/>Stationäre Psychotherapie</b>    | <p><b>100 %</b> der Aufwendungen einer stationären psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr, darüber hinaus zu <b>70 %</b>, 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**

<b>MediVita 250</b> <b>250 EUR</b>	<b>MediVita 500</b> <b>500 EUR</b>
---------------------------------------	---------------------------------------

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 EUR** (Tarifstufe **MediVita 250**) und **250 EUR** (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. Erfolgabhängige 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

	Leistung <sup>1</sup>	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag <sup>1</sup> in Euro	
<b>I. Inhalationen</b>	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.		
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>	2	Radon-Inhalation	
		a) im Stollen	14,90
		b) mittels Hauben	18,20
	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	
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	

Leistung <sup>1</sup>	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag <sup>1</sup> in Euro		
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, Perlsches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80	
18	Rückbildungsgymnastik/ pro Sitzung	10,90	
<b>III. Massagen</b>	19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, 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
<b>IV. Palliativversorgung</b>	22	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
<b>V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>	23	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
	24	Wärmpackung 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 Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid		
	aa) Teilpackung	36,20	
	bb) Großpackung	47,80	
	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	

<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in Euro</b>
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 Millilitat	4,10
39 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 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.	

	Leistung <sup>1</sup>	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag <sup>1</sup> in Euro
<b>VI. Kälte- und Wärmebehandlung</b>	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
<b>VII. Elektrotherapie</b>	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
<b>VIII. Lichttherapie</b>	48 Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	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
<b>IX. Logopädie</b>	51 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
	52 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
	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.	
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.	

	<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in Euro</b>
<b>X. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>	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	
<b>XI. Podologische Behandlung</b>	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
	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	

	<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in Euro</b>
	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
<b>XII. Ernährungstherapie</b>	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
<b>XIII. Sonstiges</b>	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.

<sup>1</sup> Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt E. des Tarifs MediVita)