

Bitte nehmen Sie diese Übersicht zur Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des Standardtarifs zu Ihren Vertragsunterlagen

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. hat für den Standardtarif Anpassungen der AVB beschlossen. Über diese Änderungen informieren wir Sie hier im Detail.

Die Änderungen betreffen im Wesentlichen die Einführung eines Anspruchs der Versicherten auf Erstattung von Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen und die Regelung zur Erhebung von Mahnkosten. Zudem wird das Heilmittelverzeichnis an die beihilfefähigen Höchstsätze des Heilmittelverzeichnisses der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) angepasst und die Leistungen Palliativversorgung, Ergotherapie, Podologie und Ernährungstherapie aufgenommen.

Die notwendige Zustimmung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) liegt uns vor. Damit werden die AVB-Änderungen zum 01. Juli 2021 wirksam und Bestandteil Ihres Vertrages.

Die Details der Änderungen finden Sie nachfolgend in der Übersicht. Bitte beachten Sie, dass nur die Textpassagen angegeben wurden, bei denen sich Änderungen ergeben haben. Die Änderungen sind dabei **blau** hervorgehoben.

Synoptische Darstellung der bisherigen und neuen Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den Standardtarif

Bisherige Fassung	Neue Fassung
Teil I Musterbedingungen 2009 für den Standardtarif (MB/ST 2009) §§ 1-19 Teil II Tarifbedingungen (TB/ST) Nummer 1-10 ...	Teil I Musterbedingungen für den Standardtarif (MB/ST 2009) Teil II Tarifbedingungen (TB/ST) ...
Der Versicherungsschutz ...	Der Versicherungsschutz ...
§ 4 Umfang der Leistungspflicht ...	§ 4 Umfang der Leistungspflicht ...
(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.	(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
Nr. 3c Definitionen ...	Nr. 3c Definitionen ...
(3) Erstattungsfähige Heilmittel sind auch Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs aufgeführt sind und von einem Logopäden ausgeführt werden.	(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) Der Anspruch auf Versorgung mit Hörgeräten, Krankenfahrrädern und anderen Hilfsmitteln umfasst die Aufwendungen für das Ausleihen, die Reparatur sowie die Unterweisung im Gebrauch, nicht aber für Wartung, Gebrauch und Pflege.	<u>(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.</u> <u>(5) Der Anspruch auf Versorgung mit Hörgeräten, Krankenfahrrädern und anderen Hilfsmitteln umfasst die Aufwendungen für das Ausleihen, die Reparatur sowie die Unterweisung im Gebrauch, nicht aber für Wartung, Gebrauch und Pflege.</u>
Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Brillengläser besteht nur bei einer ärztlich festgestellten Änderung der Sehfähigkeit – bezogen auf ein Auge – um mindestens 0,5 Dioptrien. Aufwendungen für Brillengestelle sind nicht erstattungsfähig.	Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Brillengläser besteht nur bei einer ärztlich festgestellten Änderung der Sehfähigkeit – bezogen auf ein Auge – um mindestens 0,5 Dioptrien. Aufwendungen für Brillengestelle sind nicht erstattungsfähig.
	<u>(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.</u>
	<u>Nr. 3d Digitale Gesundheitsanwendungen</u>
	<u>(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die</u>

Bisherige Fassung	Neue Fassung
<p>(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.</p>	<p>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.</p> <p>(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.</p> <p>(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.</p>
<p>Nr. 3d Einschränkung</p> <p>Die freie Krankenhauswahl beschränkt sich auf solche öffentlichen und privaten Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.</p>	<p>Nr. 3e Einschränkung</p> <p>Die freie Krankenhauswahl beschränkt sich auf solche öffentlichen und privaten Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.</p>
<p>(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.</p> <p>...</p>	<p>(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherte diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.</p> <p>...</p>
<p>Pflichten des Versicherungsnehmers</p>	<p>Pflichten des Versicherungsnehmers</p>
<p>§ 8 Beitragszahlung</p>	<p>§ 8 Beitragszahlung</p>
<p>...</p> <p>(6) ...</p> <p>Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherte kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.</p>	<p>...</p> <p>(6) ...</p> <p>Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherte kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.</p>
<p>Nr. 7 Mahnkosten</p> <p>Die Mahnkosten betragen je Mahnung 5 EUR.</p>	<p>Nr. 7 Mahnkosten</p> <p>Die Mahnkosten <u>dürfen</u> je Mahnung 5 EUR <u>nicht überschreiten</u>.</p>
<p>(7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherte zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>...</p>	<p>(7) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherte zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.</p> <p>...</p>
<p>Teil III – Tarif ST</p>	<p>Teil III – Tarif ST</p>
<p>Einführung:</p>	<p>Einführung:</p>
<p>In den Abschnitten A bis D des Tarifs sind die Leistungen des Versicherers festgelegt. Es wird dargelegt, worauf sich die Leistungspflicht des Versicherers bezieht (z. B. Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung – Abschnitt A.1) und in welchem Umfang der Versicherer zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen verpflichtet ist (z. B. 100 v. H. der Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung gemäß Abschnitt A.1 oder 65 v. H. der Aufwendungen für Zahnersatz gemäß Abschnitt B.2). Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt dann davon ab, welcher Tarifstufe die versicherte Person angehört bzw. welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe.</p>	<p>In den Abschnitten A bis <u>E</u> des Tarifs sind die Leistungen des Versicherers festgelegt. Es wird dargelegt, worauf sich die Leistungspflicht des Versicherers bezieht (z. B. Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung – Abschnitt A.1) und in welchem Umfang der Versicherer zur Erstattung der entstandenen Aufwendungen verpflichtet ist (z. B. 100 v. H. der Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlung gemäß Abschnitt A.1 oder 65 v. H. der Aufwendungen für Zahnersatz gemäß Abschnitt B.2). Die Höhe der Versicherungsleistungen hängt dann davon ab, welcher Tarifstufe die versicherte Person angehört bzw. welcher Leistungsstufe innerhalb der Tarifstufe.</p>
<p>Tarifstufe STN</p>	<p>Tarifstufe STN</p>
<p>für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen</p>	<p>für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen</p>
<p>Die Höhe der Versicherungsleistungen beträgt 100 v. H. der Leistungszusage nach den Abschnitten A bis D des Tarifs.</p>	<p>Die Höhe der Versicherungsleistungen beträgt 100 v. H. der Leistungszusage nach den Abschnitten A bis <u>E</u> des Tarifs.</p>
<p>Beispiel:</p> <p>...</p>	<p>Beispiel:</p> <p>...</p>

Bisherige Fassung		Neue Fassung		
Tarifstufe STB		Tarifstufe STB		
Leistungsstufe	Erstattungssatz Abschnitt A., B., C., D. (ambulant, Zahn, stationär, Entbindung)	Leistungsstufe	Erstattungssatz Abschnitt A., B., C., D. (ambulant, Zahn, stationär, Entbindung)*	
100	100 v. H.	100	100 v. H.	
70	70 v. H.	70	70 v. H.	
60	60 v. H.	60	60 v. H.	
50	50 v. H.	50	50 v. H.	
45	45 v. H.	45	45 v. H.	
40	40 v. H.	40	40 v. H.	
35	35 v. H.	35	35 v. H.	
30	30 v. H.	30	30 v. H.	
25	25 v. H.	25	25 v. H.	
20	20 v. H.	20	20 v. H.	
15	15 v. H.	15	15 v. H.	
Tarifstufe STB		Tarifstufe STB		
Leistungsstufe	Erstattungssatz Abschnitt A., B., D.1 (ambulant, Zahn, ambulante Entbindung)	Leistungsstufe	Erstattungssatz Abschnitt A., B., D.1 (ambulant, Zahn, ambulante Entbindung)*	Erstattungssatz Abschnitt C., D.2 (stationär, stationäre Entbindung)*
70/55	70 v. H.	70/55	70 v. H.	55 v. H.
60/45	60 v. H.	60/45	60 v. H.	45 v. H.
55/40	55 v. H.	55/40	55 v. H.	40 v. H.
50/35	50 v. H.	50/35	50 v. H.	35 v. H.
45/30	45 v. H.	45/30	45 v. H.	30 v. H.
40/25	40 v. H.	40/25	40 v. H.	25 v. H.
35/20	35 v. H.	35/20	35 v. H.	20 v. H.
30/15	30 v. H.	30/15	30 v. H.	15 v. H.
25/15	25 v. H.	25/15	25 v. H.	15 v. H.
20/15	20 v. H.	20/15	20 v. H.	15 v. H.
Beispiel:		Beispiel:		
...		...		
Leistungen des Versicherers		Leistungen des Versicherers		
A. Ambulante Behandlung		A. Ambulante Behandlung		
...		...		
6. Heilmittel		6. Heilmittel		
80 v. H.		80 v. H.		
der nach dem Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs für die Leistungen		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 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 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,		erstattungsfähigen Aufwendungen,		
nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A.9		nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A.9		
100 v. H.		100 v. H.		
7. Hilfsmittel		7. Hilfsmittel		
80 v. H.		80 v. H.		
der erstattungsfähigen Aufwendungen für folgende Hilfsmittel in Standardausführung (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST):		der erstattungsfähigen Aufwendungen für folgende Hilfsmittel in Standardausführung (s. Nr. 3c Abs. 5 TB/ST):		

Bisherige Fassung	Neue Fassung																																		
<p>Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, Kunstglieder, Liegeschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf),</p> <p>nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A.9</p> <p>100 v. H.</p> <p>8. Hilfsmittel mit maximalen erstattungsfähigen Aufwendungen</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Brillengläser, soweit der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, Hörgeräte und Krankenfahrstühle (s. Nr. 3c Abs. 4 TB/ST) bis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu den Festbeträgen der gesetzlichen Krankenversicherung für Brillengläser, - 850 EUR für Hörgeräte innerhalb von 3 Kalenderjahren, - 767 EUR für Krankenfahrstühle. <p>...</p> <p>C. Stationäre Heilbehandlung</p> <p>1. Krankenhausbehandlung</p> <p>100 v. H. der 10 EUR pro Tag übersteigenden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (s. Nr. 3d TB/ST).</p> <p>Der je Versichertem zu tragende Anteil von 10 EUR täglich endet nach 28 Tagen Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres.</p> <p>...</p> <p>D. Entbindungen</p> <p>...</p> <p>2. Stationäre Entbindungen</p> <p>Für Entbindungen im Krankenhaus einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene gilt Abschnitt C.</p> <p>Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Abschnitt D.1 und D.2 gehören auch Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger. Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu den Sätzen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der jeweils gültigen Fassung.</p>	<p>Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen, Kunstglieder, Liegeschalen, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf),</p> <p>nach Erreichen des Selbstbehalts gemäß Abschnitt A.9</p> <p>100 v. H.</p> <p>8. Hilfsmittel mit maximalen erstattungsfähigen Aufwendungen</p> <p>Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Brillengläser, soweit der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, Hörgeräte und Krankenfahrstühle (s. Nr. 3c Abs. 5 TB/ST) bis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zu den Festbeträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung für Brillengläser, - 850 EUR für Hörgeräte innerhalb von 3 Kalenderjahren, - 767 EUR für Krankenfahrstühle. <p>...</p> <p>C. Stationäre Heilbehandlung</p> <p>1. Krankenhausbehandlung</p> <p>100 v. H. der 10 EUR pro Tag übersteigenden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (s. Nr. 3e TB/ST).</p> <p>Der je Versichertem zu tragende Anteil von 10 EUR täglich endet nach 28 Tagen Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres.</p> <p>...</p> <p>D. Entbindungen</p> <p>...</p> <p>2. Stationäre Entbindungen</p> <p>Für Entbindungen im Krankenhaus einschließlich der Unterbringungskosten für das gesunde Neugeborene gilt Abschnitt C.</p> <p>Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach Abschnitt D.1 und D.2 gehören auch Aufwendungen für Hebammen und Entbindungspfleger. Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu den Sätzen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der jeweils gültigen Fassung.</p> <p>E. Digitale Gesundheitsanwendungen</p> <p>100 v.H.</p> <p>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.</p>																																		
<p>...</p> <p>Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs</p> <table border="1" data-bbox="159 1496 804 2092"> <thead> <tr> <th>Leistung</th> <th>erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">I. Inhalationen</td> </tr> <tr> <td>001 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation</td> <td>6,70</td> </tr> <tr> <td colspan="2">II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</td> </tr> <tr> <td>002 Krankengymnastische Behandlung, (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Massage</td> <td>19,50</td> </tr> <tr> <td>003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten</td> <td>23,10</td> </tr> <tr> <td>004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten</td> <td>34,30</td> </tr> <tr> <td>005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer</td> <td>6,20</td> </tr> </tbody> </table>	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	I. Inhalationen		001 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation	6,70	II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		002 Krankengymnastische Behandlung, (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Massage	19,50	003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10	004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30	005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20	<p>...</p> <p>Heilmittelverzeichnis des Standardtarifs</p> <table border="1" data-bbox="823 1496 1468 2092"> <thead> <tr> <th>Leistung</th> <th>erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Bereich Inhalationen</td> </tr> <tr> <td>1 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation</td> <td style="text-align: right;"><u>8.80</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen</td> </tr> <tr> <td>2 Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans</td> <td style="text-align: right;"><u>16.50</u></td> </tr> <tr> <td>3 Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten</td> <td style="text-align: right;"><u>25.70</u></td> </tr> <tr> <td>4 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Voita, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten</td> <td style="text-align: right;"><u>33.80</u></td> </tr> <tr> <td>5 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Voita) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten</td> <td style="text-align: right;"><u>45.30</u></td> </tr> <tr> <td>6 Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 - 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer</td> <td style="text-align: right;"><u>8.20</u></td> </tr> </tbody> </table>	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	Bereich Inhalationen		1 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation	<u>8.80</u>	Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		2 Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	<u>16.50</u>	3 Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage , als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	<u>25.70</u>	4 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath , Voita , Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lebensjahres , als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	<u>33.80</u>	5 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath , Voita) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres , als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	<u>45.30</u>	6 Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 - 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	<u>8.20</u>
Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR																																		
I. Inhalationen																																			
001 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation	6,70																																		
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen																																			
002 Krankengymnastische Behandlung, (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Massage	19,50																																		
003 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10																																		
004 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30																																		
005 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Pers.) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20																																		
Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR																																		
Bereich Inhalationen																																			
1 Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation	<u>8.80</u>																																		
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen																																			
2 Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	<u>16.50</u>																																		
3 Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage , als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	<u>25.70</u>																																		
4 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath , Voita , Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen, nach Vollendung des 18. Lebensjahres , als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	<u>33.80</u>																																		
5 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath , Voita) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres , als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	<u>45.30</u>																																		
6 Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 - 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	<u>8.20</u>																																		

Bisherige Fassung			Neue Fassung		
006	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80	<u>7</u>	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 - 4 Personen), <u>Richtwert</u> : 45 Minuten, je <u>Teilnehmerin</u> oder Teilnehmer	<u>14,30</u>
007	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80	<u>8</u>	<u>Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten</u>	<u>71,40</u>
007a	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30			
008	Bewegungsübungen	7,70	<u>9</u>	<u>Krankengymnastik im Bewegungsbad</u>	
009	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Nachruhe	23,60		<u>a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>31,20</u>
010	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer - einschl. der erforderlichen Nachruhe	11,80		<u>b) in einer Gruppe (2 - 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>19,50</u>
				<u>c) in einer Gruppe (4 - 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>15,60</u>
011	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblokkierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minute	22,50	<u>10</u>	Manuelle Therapie, <u>Richtwert</u> : 30 Minuten	<u>29,70</u>
012	Chirogymnastik - einschl. der erforderlichen Nachruhe	14,40	<u>11</u>	Chirogymnastik (<u>Funktionelle Wirbelsäulengymnastik</u>), <u>Richtwert</u> : 20 Minuten	<u>19,00</u>
			<u>12</u>	<u>Bewegungsübungen</u>	
				<u>a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten</u>	<u>10,20</u>
				<u>b) in einer Gruppe (2 - 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten</u>	<u>6,60</u>
			<u>13</u>	<u>Bewegungsübungen im Bewegungsbad</u>	
				<u>a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>31,20</u>
				<u>b) in einer Gruppe (2 - 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>19,50</u>
				<u>c) in einer Gruppe (4 - 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>15,60</u>
013	Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90	<u>14</u>	Erweiterte ambulante Physiotherapie (<u>EAP</u>), <u>Richtwert</u> : 120 Minuten, je Behandlungstag	<u>108,10</u>
015	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20	<u>15</u>	<u>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</u>	<u>46,20</u>
016	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70	<u>16</u>	<u>Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten</u>	<u>8,80</u>
III. Massagen			Bereich Massagen		
017	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80	<u>17</u>	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile <u>a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten</u>	<u>18,20</u>
				<u>b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>18,20</u>
018	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder		<u>18</u>	Manuelle Lymphdrainage (<u>MLD</u>)	
	a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50		<u>a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>25,70</u>
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20		<u>b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten</u>	<u>38,50</u>
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70		<u>c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten</u>	<u>58,30</u>
				<u>d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindematerial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig</u>	<u>12,40</u>
019	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschl. der erforderlichen Nachruhe	23,10	<u>19</u>	<u>Unterwasserdruckstrahlmassage – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten</u>	<u>30,50</u>
			Bereich Palliativversorgung		
			<u>20</u>	<u>Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten</u>	<u>66,00</u>
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder			Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
020	Heiße Rolle – einschl. der erforderlichen Nachruhe	10,30	<u>21</u>	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	<u>13,60</u>
021	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschl. der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pellose, Turbatherm)	11,80	<u>22</u>	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe <u>a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pellose, Turbatherm)</u>	<u>15,60</u>
				<u>b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pellose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid</u>	
				<u>aa) Teilpackung</u>	<u>36,20</u>
				<u>bb) Großpackung</u>	<u>47,80</u>

Bisherige Fassung			Neue Fassung		
022	An- und absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschl. der erforderlichen Nachruhe	12,30	<u>23</u>	<u>Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u>	<u>19.70</u>
			<u>24</u>	<u>Kaltpackung (Teilpackung)</u> <u>a) bei Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem</u> <u>b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid</u>	<u>10.20</u> <u>20.30</u>
			<u>25</u>	<u>Heißblumensack, Peloidkomresse</u>	<u>12.10</u>
			<u>26</u>	<u>Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz</u>	<u>6.10</u>
			<u>27</u>	<u>Trockenpackung</u>	<u>4.10</u>
			<u>28</u>	<u>a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss</u> <u>b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss</u> <u>c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung</u>	<u>4.10</u> <u>6.10</u> <u>5.40</u>
			<u>29</u>	<u>a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u> <u>b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u>	<u>16.20</u> <u>26.40</u>
023	Wechsel-Teilbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe	9,20	30	Wechselbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe <u>a) Teilbad</u> <u>b) Vollbad</u>	<u>12.10</u> <u>17.60</u>
			<u>31</u>	<u>Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u>	<u>25.10</u>
			<u>32</u>	<u>Naturmoorbild – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u> <u>a) Teilbad</u> <u>b) Vollbad</u>	<u>43.30</u> <u>52.70</u>
			<u>33</u>	<u>Sandbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u> <u>a) Teilbad</u> <u>b) Vollbad</u>	<u>37.90</u> <u>43.30</u>
			<u>34</u>	<u>Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe</u>	<u>43.30</u>
025	Medizinische Bäder mit Zusätzen		<u>35</u>	<u>Medizinisches Bad mit Zusatz</u> <u>a) Hand- oder Fußbad</u> <u>b) Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u>	<u>8.80</u> <u>17.60</u>
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzsaurehaltige Zusätze	6,70			
	b) Sitzbad mit Zusatz - einschl. der erforderlichen Nachruhe	13,30		<u>c) Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</u>	<u>24.40</u>
	c) weitere Zusätze, je Zusatz	3,10		<u>d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz</u>	<u>4.10</u>
026	Gashaltiges Bäder		<u>36</u>	<u>Gashaltiges Bad</u> <u>a) gashaltiges Bad (zum Beispiel, Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u> <u>b) gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u> <u>c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u> <u>d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe</u> <u>e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat</u>	<u>25.70</u> <u>29.70</u> <u>27.70</u> <u>24.40</u> <u>4.10</u>
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschl. der erforderlichen Nachruhe	19,50			
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschl. der erforderlichen Nachruhe	22,50			
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschl. der erforderlichen Nachruhe	21,00			
			<u>37</u>	<u>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</u>	
				Bereich Kälte- und Wärmebehandlung	
	V. Kälte- und Wärmebehandlung		<u>38</u>	<u>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</u>	<u>12.90</u>
027	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80			
027a	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70			
028	Eisteilbad	9,80			
029	Heißluftbehandlung oder Wärmebehandlung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70	<u>39</u>	<u>Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten</u>	<u>7.50</u>
			<u>40</u>	<u>Ultraschall-Wärmetherapie</u>	<u>11.90</u>
				Bereich Elektrotherapie	
	VI. Elektrotherapie		<u>41</u>	<u>Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen</u>	<u>8.20</u>
030	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	6,20			
031	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter oder Mikrowellen)	6,20			
032	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interfrequenzstrom, Galvanisation)	6,20	<u>42</u>	<u>Elektrostimulation bei Lähmungen</u>	<u>15.60</u>
033		11,80			

Bisherige Fassung			Neue Fassung		
034	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen Iontophorese	6,20	<u>43</u>	Iontophorese	<u>8,20</u>
035	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30	<u>44</u>	<u>Hydroelektrisches Teilbad</u> (Zwei- oder Vierzellenbad)	<u>14,90</u>
036	Hydroelektronisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz – einschl. der erforderlichen Nachruhe	22,00	<u>45</u>	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	<u>29,00</u>
VII. Lichttherapie			<u>Bereich Lichttherapie</u>		
037	Behandlung mit Ultraviolettlicht		<u>46</u>	Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	a) als Einzelbehandlung	3,10		a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60		b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
038	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10	<u>47</u>	<u>c) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht</u>	3,10
	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20		<u>d) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht</u>	5,20
039	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20	<u>48</u>	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
040	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70	<u>49</u>	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie			<u>Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</u>		
041	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70	<u>50</u>	<u>Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall</u>	<u>108,00</u>
042	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschl. Auswertung, nur auf spezielle Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal pro Behandlungsfall	49,60			
042a	Ausführlicher Bericht	11,80			
043	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörung		<u>51</u>	Einzelbehandlung bei <u>Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen</u>	
	a) Mindestdauer 30 Minuten	31,70		a) <u>Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>41,80</u>
	b) Mindestdauer 45 Minuten	41,50		b) <u>Richtwert: 45 Minuten</u>	<u>59,00</u>
	c) Mindestdauer 60 Minuten	52,20		c) <u>Richtwert: 60 Minuten</u>	<u>68,90</u>
				d) <u>Richtwert: 90 Minuten</u>	<u>103,40</u>
				<u>Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.</u>	
044	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer		<u>52</u>	Gruppenbehandlung bei <u>Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</u>	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90		a) <u>Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten</u>	<u>50,40</u>
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40		b) <u>Gruppe (3 - 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten</u>	<u>34,60</u>
				c) <u>Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten</u>	<u>67,60</u>
				d) <u>Gruppe (3 - 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten</u>	<u>56,10</u>
				<u>Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.</u>	
				<u>Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)</u>	
			<u>53</u>	<u>Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall</u>	<u>41,80</u>
			<u>54</u>	<u>Einzelbehandlung</u>	
				a) <u>bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>41,80</u>
				b) <u>bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten</u>	<u>54,80</u>
				c) <u>bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten</u>	<u>72,30</u>
				d) <u>bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten</u>	<u>128,20</u>
				e) <u>als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall</u>	
				aa) <u>bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit</u>	
				aaa) <u>bei motorisch-funktionellen Störungen</u>	<u>40,70</u>
				bbb) <u>bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen</u>	<u>54,40</u>
				bb) <u>bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen</u>	<u>67,70</u>
			<u>55</u>	<u>Gruppenbehandlung</u>	
				a) <u>bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</u>	<u>16,00</u>
				b) <u>bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</u>	<u>20,60</u>
				c) <u>bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</u>	<u>37,90</u>
				d) <u>bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</u>	<u>70,20</u>
			<u>56</u>	<u>Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten</u>	<u>46,20</u>

Bisherige Fassung	Neue Fassung	
	57	<u>Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer</u> <u>20,60</u> Bereich Podologie 58 <u>Hornhautabtragung an beiden Füßen</u> <u>26,70</u> 59 <u>Hornhautabtragung an einem Fuß</u> <u>18,90</u> 60 <u>Nagelbearbeitung an beiden Füßen</u> <u>25,10</u> 61 <u>Nagelbearbeitung an einem Fuß</u> <u>18,90</u> 62 <u>Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße</u> <u>41,60</u> 63 <u>Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes</u> <u>26,70</u> 64 <u>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</u> <u>194,60</u> 65 <u>Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen</u> <u>37,40</u> 66 <u>Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlust oder Bruch der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation</u> <u>64,80</u> 67 <u>Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen</u> <u>74,80</u> 68 <u>Versorgung mit einer konfektionierten Klebspange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen</u> <u>37,40</u> Bereich Ernährungstherapie 69 <u>Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten</u> <u>66,00</u> 70 <u>Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr</u> <u>33,00</u> 71 <u>Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr</u> <u>11,00</u> Bereich Sonstiges 72 <u>Ärztlich verordneter Hausbesuch</u> <u>12,10</u> 73 <u>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</u> 74 <u>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.</u> <u>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.</u>
Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Standardtarifs ...	Preis- und Leistungsverzeichnis des Standardtarifs für zahntechnische Leistungen ...	