

## Tarif CAZ

# Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung Februar 2019

### Wesentliche Merkmale des Tarifs CAZ

#### **Ambulante Heilbehandlung, Kur- und Reha- behandlung**

- ambulante ärztliche Heilbehandlung
- ambulante und stationäre Fahrten und Transporte
- Strahlen-Diagnostik und -Therapie
- Heilmittel gemäß tariflichem Heilmittelverzeichnis
- Arznei- und Verbandmittel
- Sehhilfen
- Hilfsmittel
- Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- Psychotherapie
- ambulante Entbindungen zzgl. einer Pauschale entsprechend der gewählten Tarifstufe
- Heilpraktikerbehandlung
- Familien- und Haushaltshilfe
- stationäre Rehabilitationsbehandlungen sowie Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Kuren

#### **Zahnärztliche Leistungen**

- Zahnbehandlung, Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen
- Rechnungshöchstbeträge in den ersten 4 Kalenderjahren

#### **Erstattungshöhe**

- Kostenerstattung entsprechend der gewählten Tarifstufe (z.B. 50% in Tarifstufe CAZ.50)

#### **Nicht versichert sind**

- stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB)

### Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

#### **I. Versicherungsfähigkeit**

Versicherungsfähig sind Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Sinne einer Beihilfeverordnung, die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet des Versicherten wohnen.

Die Versicherungsfähigkeit setzt weiterhin voraus, dass die Beiträge weiterer Tarife der Krankheitskostenvollversicherung, in denen bereits Versicherungsschutz besteht, geschlechtsunabhängig erhoben werden.

Die Versicherung nach Tarif CAZ endet mit Ende des Monats, in dem der Beihilfeanspruch wegfällt (Weiter-

versicherung siehe Tarifbedingung Nummer 3 zu § 2 MB/KK 2009).

Nach der Tarifstufenkombination CAZ.30 + CAZ.120 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30% durch Wegfall der Tarifstufe CAZ.120. Sollte die Reduzierung des Versicherungsschutzes auf die Tarifstufe CAZ.30 nach Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist zum Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles ein Tarifwechsel in die Tarifstufe CAZ.50 unter Anrechnung

der erworbenen Rechte bei einem dann höheren Beitrag vorzunehmen. Sollte bereits vor Eintritt des Versorgungsfalles bekannt sein, dass auch im Versorgungsfall der Beihilfebemessungssatz nur 50% beträgt, ist zu diesem Zeitpunkt bereits anstelle des Versicherungsschutzes nach der Tarifstufenkombination CAZ.30 + CAZ.120 die Tarifstufe CAZ.50 zu wählen.

## II. Höhe der Erstattung

Die gemäß Abschnitt III. erstattungsfähigen tariflichen Aufwendungen werden entsprechend der versicherten Prozentstufe anteilig erstattet:

Tarifstufe CAZ.50	50% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CAZ.45	45% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CAZ.40	40% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CAZ.35	35% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CAZ.30	30% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CAZ.25	25% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CAZ.20	20% des Rechnungsbetrages
Tarifstufe CAZ.120	20% des Rechnungsbetrages

## III. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

### 1. Ambulante Heilbehandlung, Fahrten und Transporte, Kurbehandlung und Rehabilitation

#### 1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören Beratungen, Besuche, Behandlungen, Untersuchungen, Wegegebühren, Operationen sowie Sonderleistungen.

#### 1.2 Heilpraktikerbehandlungen

Hierzu gehören – soweit im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH – Stand 1985) aufgeführt – Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und Wegegebühren bis zum jeweiligen in dem GebüH – Stand 1985 aufgeführten Höchstbetrag.

#### 1.3 Fahrten und Transporte

Fahrten und Transporte zum und vom nächst erreichbaren geeigneten Arzt, Krankenhaus oder AHB-Einrichtung sowie zur und von der nächst erreichbaren geeigneten Heilmittelanwendung gemäß III.1.5 bei

- Notfällen,
- Gehunfähigkeit,
- Dialyse,
- Tiefenbestrahlung,

- Chemotherapie,
- ambulanten Operationen am Tag der Operation, sofern eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr aus medizinischen Gründen nicht erfolgen kann,
- stationären sowie vor- und nachstationären Behandlungen.

Transporte sind erstattungsfähig, wenn während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sind.

### 1.4 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

#### 1.5 Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Heilgymnastik, Massagen, physiotherapeutische Palliativversorgung, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, elektrische und physikalische Heilbehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Bestrahlungen, Logopädie, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), Podologie, Ernährungstherapie, Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik sowie Rückbildungsgymnastik.

Nach vorheriger schriftlicher Zusage besteht darüber hinaus Versicherungsschutz für Rehabilitationssport / Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer.

Die Aufwendungen sind bis zu den im Heilmittelverzeichnis (Anhang 1) genannten Preisen erstattungsfähig.

### 1.6 Arznei- und Verbandmittel

#### 1.7 Sehhilfen und refraktive Chirurgie

- Brillen – Brillengestell bis zu 180 € – oder Kontaktlinsen\*.  
\* Werden anstelle einer medizinisch notwendigen Brille medizinisch nicht notwendige Kontaktlinsen bezogen, so werden die erstattungsfähigen Kosten auf den Betrag begrenzt, der bei Bezug der Brille angefallen wäre.
- Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. LASIK) sind erstattungsfähig.

### **1.8 Medizinische Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte),
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig ist ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Unterweisung, Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen.

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

- deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat,
- die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens sind (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

Hilfsmittel, die für einen eingrenzbaaren Zeitraum benötigt werden, sollen vorrangig mietweise bezogen werden.

Generell bietet der Versicherer Unterstützung bei der Auswahl und Anschaffung oder Anmietung des geeigneten Hilfsmittels über den Hilfsmittelservice. Daher wird empfohlen, bei Hilfsmitteln ab einem Rechnungsbetrag von 350 € dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorzulegen.

### **1.9 Schutzimpfungen**

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Grippe-schutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

### **1.10 Psychotherapie**

#### **1.11 Soziotherapie**

Aufwendungen für Soziotherapie sind erstattungsfähig, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und wenn diese geeignet ist Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen, oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

Für Soziotherapie dürfen Ärzte für Psychiatrie oder Nervenheilkunde oder, nach Verordnung durch diese Ärzte, auch Fachkräfte für Soziotherapie in Anspruch genommen werden.

Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall.

Aufwendungen für Ärzte sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Bei Aufwendungen für Fachkräfte für Soziotherapie ist höchstens der Betrag erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

#### **1.12 Leistungen durch Hebammen/Entbindungspfleger**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hebammenhilfe (z.B. Mutterschaftsvorsorge, Schwangerenbetreuung, Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung, Wegegebühren), auch wenn diese von Entbindungspflegern erbracht werden.

Bei einer Hausgeburt wird neben der Kostenerstattung für Hebammenhilfe und der Kostenerstattung gemäß III.1.1 bis 1.9 zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen eine Geburtspauschale aus 600 € in Höhe der versicherten Prozentstufe der Mutter erstattet.

Für eine Entbindung in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung (z.B. Geburtshaus, Hebammenhaus) sind anstelle der Geburtspauschale von 600 € die entstandenen Aufwendungen erstattungsfähig, höchstens jedoch die Aufwendungen, die bei einer entsprechenden Geburt im Krankenhaus entstanden wären. Diese Aufwendungen sind auch erstattungsfähig, wenn nach einer begonnenen Geburt (Einsetzen von Eröffnungswehen oder Blasensprung) die Verlegung in ein Krankenhaus erforderlich wird.

Für Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird pauschal ein Zuschuss aus 250 € in Höhe der Prozentstufe des versicherten Kindes erstattet, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Mitversicherung unter drei Jahre ist.

### **1.13 Künstliche Befruchtung**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung (Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin zur Kinderwunschbehandlung) nach vorheriger schriftlicher Zusage, die erteilt wird, wenn über die medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung hinaus folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sind:

- Bei der versicherten Person besteht eine organisch bedingte Sterilität, die ausschließlich mittels reproduktionsmedizinischer Maßnahmen überwunden werden kann.
- Zum Zeitpunkt der Behandlung hat die Frau das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die Behandlung wird bei Ehepaaren oder Paaren in eheähnlicher Gemeinschaft durchgeführt und es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung).
- Die Behandlung entspricht deutschem Recht.
- Vor Behandlungsbeginn wird ein Therapie- und Kostenplan vorgelegt.

Tariflich erstattungsfähig sind unter den oben genannten Voraussetzungen folgende Leistungen: Bis zu

- 8 Inseminationszyklen im Spontanzyklus und
- 3 Inseminationszyklen nach hormoneller Stimulation

sowie höchstens insgesamt bis zu 3 Versuche aus folgenden Maßnahmen:

- In-vitro-Fertilisation (IVF)
- intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) (einschließlich der dabei erforderlichen IVF)
- intratubaren Gametentransfer (GIFT), hiervon max. 2 Versuche.

Die Anzahl der erstattungsfähigen Versuche erhöht sich um die Anzahl der Versuche, in denen eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft eintrat, diese aufgrund von Komplikationen (z.B. wegen Abort) jedoch erfolglos verlaufen ist.

Bei erfolgreicher Geburt nach künstlicher Befruchtung besteht erneuter Anspruch auf die tariflichen Leistungen für künstliche Befruchtung, solange die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Wenn für die versicherte Person oder deren Partner bei einem anderen Leistungsträger neben dem Beihilfeträger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Staat) Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch der Leistungspflicht des Versicherers vor. Der Versicherer ist in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben. Der erstattungsfähige Betrag vermindert sich um diese Vorleistung.

### **1.14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder dem familiären Bereich zu ermöglichen, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und
- eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Als häusliche Umgebung gelten hierbei auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

### **1.15 Häusliche Krankenpflege**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (bestehend aus medizinischer Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung) außerhalb von stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen, Hospizen und Rehabilitationseinrichtungen durch geeignete Fachkräfte, wenn und soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann und wenn

- die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege) oder
- Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),

im nachfolgenden Umfang:

- a) Erstattungsfähig sind bei der Sicherungspflege und Krankenhausvermeidungspflege die im Einzelfall erforderlichen Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege (z.B. Wundversorgung, Verbandwechsel).

Bei der Krankenhausvermeidungspflege sind darüber hinaus auch Aufwendungen für die im Einzelfall erforderliche Grundpflege (z.B. Körperpflege, An- und Auskleiden) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkaufen, Kochen) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung besteht. Über vier Wochen hinaus sind diese Aufwendungen nur dann erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer sie vorher schriftlich zugesagt hat. Eine vorherige schriftliche Zusage wird erteilt, soweit die Voraussetzungen weiter bestehen.

- b) Die in Absatz a) genannten Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit sie angemessen sind. Angemessen sind Aufwendungen bis zur Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.

Falls auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ein besonders hoher Pflegebedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, der die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordert, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen oder die Bedienung und Überwachung eines lebenserhaltenden Hilfsmittels (z.B. Beatmungsgerätes) am Tag und in der Nacht erforderlich ist, liegt Intensiv-Behandlungspflege vor.

Ist diese Intensiv-Behandlungspflege sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in einer im Umkreis von 50 km hiervon befindlichen geeigneten Einrichtung (Pflegeheim) möglich, gelten die jeweils günstigsten Kosten für die Behandlungspflege als angemessen; dies gilt nicht für Intensiv-Behandlungspflege in häuslicher Umgebung bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die angemessenen Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege sind auch in stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheime) erstattungsfähig.

Zur Feststellung der Angemessenheit der Aufwendungen wird empfohlen, eine Kostenzusage des Versicherers einzuholen.

### **1.16 Sozialpädiatrie und Frühförderung**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen. Wenn bei einem anderen Leistungsträger neben dem Beihilfeträger Anspruch auf Leistungen besteht, ist dieser Anspruch vorrangig in Anspruch zu nehmen. Der erstattungsfähige Betrag vermindert sich um diese Vorleistung.

### **1.17 Medizinische Schulungen für chronisch Kranke**

Erstattungsfähig sind angemessene Aufwendungen für Erst- und Folgeschulungen, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis. Ab einem Rechnungsbeitrag von mehr als 500 € pro Kalenderjahr sind die darüber hinausgehenden Kosten nur erstattungsfähig, so-

weit der Versicherer die Leistung vorab schriftlich zugesagt hat.

Als Schulungen gelten Maßnahmen, die von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation, auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte sowie unter geeigneten organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden. Ein Nachweis über die Teilnahme ist vorzulegen.

### **1.18 Familien- und Haushaltshilfe**

1. Erstattungsfähig sind angemessene Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfe bis zu insgesamt 150 € je Tag,

- soweit der versicherten Person eine Weiterführung des Haushalts aufgrund einer der folgenden Fälle nicht möglich ist und
- soweit keine weitere im Haushalt lebenden Person den Haushalt im erforderlichen Umfang weiterführen kann.

1.1 Bei Schwangerschaft oder Entbindung.

1.2 Wenn im Haushalt ein Kind lebt, welches das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist, und

- a) eine medizinisch notwendige außerhäusliche Unterbringung der versicherten Person aufgrund einer Krankheit erfolgt.
- b) bei einer schweren Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit der versicherten Person, insbesondere nach einem stationären Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

In diesem Fall sind die Aufwendungen für bis zu 6 Monate erstattungsfähig. Der erstattungsfähige Betrag vermindert sich um Aufwendungen, die auch für Häusliche Krankenpflege nach III.1.15 erstattungsfähig sind.

- c) die haushaltsführende Person stirbt. In diesem Fall sind die Aufwendungen für bis zu 6 Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen nach schriftlicher Zusage für bis zu 12 Monate, aus der Prozentstufe des jüngsten im Haushalt verbleibenden und in diesem Tarif versicherten Kindes erstattungsfähig. Dies gilt auch, wenn die haushalts-

führende Person nicht in diesem Tarif versichert war.

2. Die Familien- und Haushaltshilfe im Rahmen des Abs. 1 kann auch durch Eltern oder Kinder erbracht werden, welche nicht im Haushalt der betroffenen versicherten Person leben. In diesem Fall sind bis zu insgesamt 150 € je Tag für nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkünfte und für Aufwendungen dadurch notwendiger Fahrten erstattungsfähig.

Werden anstelle der Familien- und Haushaltshilfe gemäß Abs. 1 Kinder vorübergehend in einem Heim oder einem fremden Haushalt untergebracht, dann sind hierfür nachgewiesene angemessene Aufwendungen einschließlich dadurch notwendiger Fahrten bis zu insgesamt 150 € je Tag erstattungsfähig.

3. Bestehen für die Aufwendungen nach Abs. 1 und 2 Ansprüche gegen andere Kostenträger neben dem Beihilfeträger, sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Der erstattungsfähige Betrag vermindert sich um diese Vorleistung.

### **1.19 Unterkunftskosten bei ambulanten Behandlungen**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine notwendige Unterkunft bei auswärtigen ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen gemäß III.1.1 und 1.10, soweit diese nicht in einem Umkreis von 30 km um den Wohnort möglich sind. Die Aufwendungen sind bis zu einem Höchstbetrag aus 30 € pro Tag entsprechend der versicherten Prozentstufe erstattungsfähig. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zu einem Höchstbetrag von 30 € täglich erstattungsfähig.

### **1.20 Kurbehandlung / Rehabilitation**

1. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder in wohnortnahen Einrichtungen sowie Kuren in einem Heilbad oder Kurort:

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen gemäß III.1.1 bis 1.18 einschließlich der Aufwendungen für Kurtaxe und Kurplan, wenn diese notwendig sind um Krankheiten bzw. deren Verschlimmerung zu vermeiden oder zu verhüten oder um die Dienstfähigkeit des Versicherten wiederherzustellen oder zu erhalten.

Für Unterkunft und Verpflegung ist bei Kuren in einem Heilbad oder Kurort als Zuschuss ein Tagegeld erstattungsfähig, wenn eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort nicht ausreichend sind. Das Tagegeld bemisst sich aus 30 € je Tag, entsprechend der versicherten Prozentstufe. Es ist für die Dauer der Maßnahme, höchstens aber für jeweils 28 Tage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ein erneuter Anspruch besteht jeweils frühestens im dritten darauf folgenden Kalenderjahr, es sei denn, es ist aus medizinischen Gründen eine Maßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.

## 2. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Kuren sowie Väter- bzw. Müttergenesungskuren:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen gemäß III.1.1. bis 1.18 sowie Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung der versicherten Person und der aus medizinischen Gründen notwendigen Begleitpersonen – einschließlich der jeweiligen Fahrtkosten bis insgesamt 250 € zur An- und Abreise – unter folgenden Voraussetzungen:

- Medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind nur erstattungsfähig, wenn durch eine Maßnahme nach Abs. 1 kein gleichwertiger Erfolg erzielt werden kann. Nicht aus diesem Tarif erstattungsfähig sind stationäre Anschlussheilbehandlungen und stationäre Entziehungsmassnahmen. Die Leistungsvoraussetzungen hierfür ergeben sich aus Tarif CSR in Verbindung mit den Tarifbedingungen Teil II zu § 5 MB/KK 2009.
- Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Kuren sowie Väter- bzw. Müttergenesungskuren sind auch dann erstattungsfähig, wenn es sich nicht um eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme, sondern um eine aus medizinischen Gründen notwendige Vorsorgemaßnahme handelt.
- Die Maßnahmen erfolgen in Einrichtungen, welche für die jeweilige Maßnahme von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger bzw. Beihilfeträger anerkannt sind.
- Bestehen in diesen Einrichtungen Pauschalpreise, aufgrund von Preisvereinbarungen mit einem gesetzlichen Rehabilitationsträger bzw. Beihilfeträger,

ist die Erstattungsfähigkeit auf diesen Pauschalpreis begrenzt. Ist dies nicht der Fall sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung erstattungsfähig. Besteht ein Pauschalpreis, ist es ausreichend, wenn durch schriftliche Bestätigung der Einrichtung nachgewiesen wird, dass dieser dem anerkannten Preis des gesetzlichen Rehabilitationsträgers bzw. Beihilfeträgers entspricht.

- Die Aufwendungen sind für die Dauer der Maßnahme, höchstens aber für jeweils 21 Tage im Kalenderjahr erstattungsfähig, darüber hinaus, wenn eine Verlängerung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich ist.
- Ein erneuter Anspruch besteht jeweils frühestens im dritten darauf folgenden Kalenderjahr, darüber hinaus, wenn aus medizinischen Gründen eine Maßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend erforderlich ist.
- Die Aufwendungen sind erstattungsfähig soweit der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage erfolgt, wenn nach Prüfung durch den Versicherer die zuvor genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Eine vorherige Zusage ist nicht erforderlich, soweit die erstattungsfähigen Leistungen von der Beihilfe anerkannt werden und ein entsprechender Beihilfebescheid vorgelegt ist.

## 2. Zahnleistungen

### 2.1 Zahnbehandlung

Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Behandlung von Mund- und Kiefererkrankungen, Parodontose-Behandlung sowie Inlays einschließlich der jeweils zugehörigen zahntechnischen Leistungen und Materialien.

### 2.2 Zahnersatz und kieferorthopädische Maßnahmen

Hierzu gehören prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stiftzähne, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, kieferorthopädische Maßnahmen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie Implantate

(einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens), einschließlich der jeweils zugehörigen zahntechnischen Leistungen und Materialien.

### **2.3 Rechnungshöchstbeträge**

In den ersten 4 Kalenderjahren gelten für Leistungen nach III.2.1 und 2.2 zusammen nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird:

insgesamt

2.000 € im 1. Kalenderjahr,

4.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr,

6.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr,

8.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr,

unbegrenzt ab dem 5. Kalenderjahr

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen in den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Im jeweiligen Erstattungsfall wird vorzugsweise aus dem Rechnungsbetrag mit dem höheren Erstattungssatz geleistet. Erstattungsfall ist die Gesamtheit aller gleichzeitig eingereichten zahnärztlichen Kostenbelege. Die Leistungsabrechnung erfolgt stets in der Reihenfolge der Einreichung der Kostenbelege.

Die oben aufgeführten Rechnungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, ein Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlags des zahntechnischen Labors) vorgelegt wird. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages ein Heil- und Kostenplan (inklusive dem Kostenvoranschlag des zahnmedizinischen Labors) vorzulegen. Bei Nichtvorlage besteht unabhängig vom Rechnungsbetrag nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

## **IV. Besondere Bedingungen zur Anpassung des Versicherungsschutzes**

Der Erstattungsprozentsatz des Tarifs CAZ (siehe Abschnitt II.) darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100% nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten – vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet – schriftlich anzuzeigen.

In diesem Fall ändert der Versicherer – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß des jeweiligen Tarifs zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes eintritt.

Erlangt der Versicherer von der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes Kenntnis, ohne dass dieses der Versicherungsnehmer angezeigt hat, ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsschutz zum nächstfolgenden Monatsende im Sinne von Satz 1 zu ändern.

## **V. Leistungsanpassung**

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung im Tarif CAZ auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden.

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (siehe Anhang 2) und § 18 Teil I Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) auch berechtigt, die im Heilmittelverzeichnis genannten Leistungen und Höchstpreise mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen anzupassen.



## Anhang 1 – Heilmittelverzeichnis

Hierzu zählen Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie usw.

Richtwert im Sinne des Heilmittelverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßig medizinisch notwendigen 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.

	erstattungs- fähig bis zu €		erstattungs- fähig bis zu €
<b>Krankengymnastik/Bewegungsübungen</b>		<b>Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten</b>	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	19,00	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	21,90
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minuten	29,60	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	124,40
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,90	Gerätgestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	53,20
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 45 Minuten	52,10	Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer	9,50	<b>Massagen</b>	
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	16,50	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	82,20	- Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perio-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	21,00
Bewegungsübungen		- Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	21,00
- als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	11,80	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
- in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	7,60	- Teilbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	29,60
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad		- Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	44,30
- als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	35,90	- Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,10
- in einer Gruppe im Bewegungsbad (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	22,50	- Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindematerial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	14,30
- in einer Gruppe im Bewegungsbad (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	18,00	Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	35,10
		<b>Palliativversorgung</b>	
		Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	75,90
		Aufwendungen hierfür sind gesondert erstattungsfähig, sofern sie nicht bereits von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) umfasst sind	

	erstattungs- fähig bis zu €
<b>Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	15,70
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	18,00
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
- Teilpackung	41,70
- Großpackung	55,00
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,70
Kaltpackung (Teilpackung)	
- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	11,80
- Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	23,40
Heublumensack, Peloidkompressen	14,00
Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	7,10
Trockenpackung	4,80
Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,80
Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	7,10
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	6,30
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,70
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	30,40
Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,00
Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,90
Naturmoor-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	49,80
Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	60,70
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
- Teilbad	43,60
- Vollbad	49,80
Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	49,80

	erstattungs- fähig bis zu €
<b>Medizinische Bäder mit Zusatz</b>	
- Hand-, Fußbad	10,20
- Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30
- Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,10
- bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	
- Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,80 €	
<b>Gashaltige Bäder</b>	
- Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,60
- Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	34,20
- Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	39,00
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	31,90
- Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,10
- Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,80
<b>Inhalationen</b>	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
- als Einzelinhalation	10,20
- als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,60
- als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	8,70
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.	
Radon-Inhalation im Stollen	17,20
Radon-Inhalation mittels Hauben	21,00
<b>Kälte- und Wärmebehandlung</b>	
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	14,90
Wärmetherapie mittels Heißluft (auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	8,70
Ultraschall-Wärmetherapie	13,70
<b>Elektrotherapie</b>	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	9,50
Elektrostimulation bei Lähmungen	18,00
Iontophorese, Phonophorese	9,50

	erstattungs- fähig bis zu €		erstattungs- fähig bis zu €
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	17,20	- als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall:	
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	33,40	- bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit:	
<b>Lichttherapie</b>		- bei motorisch-funktionellen Störungen	46,90
Behandlung mit Ultraviolettlicht		- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	62,60
- als Einzelbehandlung	4,80	- bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch- funktionellen Störungen	77,90
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00	<b>Gruppenbehandlung</b>	
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,80	- bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	18,40
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	8,00	- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	23,70
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	9,50	- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer	43,60
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	13,20	- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	80,80
<b>Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)</b>		<b>Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten</b>	53,20
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	124,20	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	23,70
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	18,00	<b>Podologie</b>	
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen		Hornhautabtragung an beiden Füßen	30,80
- Richtwert: 30 Minuten	48,10	Hornhautabtragung an einem Fuß	21,80
- Richtwert: 45 Minuten	67,90	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	28,90
- Richtwert: 60 Minuten	79,30	Nagelbearbeitung an einem Fuß	21,80
- Richtwert: 90 Minuten	119,00	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	47,90
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.		Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	30,80
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer		Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	223,80
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	58,00	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	39,80	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	74,60
- Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	77,80	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	86,10
- Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	64,60	Versorgung mit einer konfektionierten Klebspange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.			
<b>Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>			
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	48,10		
Einzelbehandlung			
- bei motorischen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	48,10		
- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	63,10		
- bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	83,20		
- bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	147,50		

	erstattungs- fähig bis zu €
<b>Ernährungstherapie</b>	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	75,90
Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,00
Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	12,70
<b>Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik</b>	
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	16,50
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	21,40
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	16,50
Rückbildungsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 20 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	21,40
<b>Rehabilitationssport / Funktionstraining</b>	
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	
- allgemeiner Rehasport	7,60
- Rehasport im Wasser	8,70
- Rehasport in Herzgruppen	9,80
- Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	13,80
Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:	
- allgemeiner Rehasport	9,80
- Rehasport im Wasser	12,70
- Rehasport in Kinderherzgruppen	18,40
- Rehasport für schwerstbehinderte Kinder	18,40
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	7,60
<b>Sonstiges</b>	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00
Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels.	
Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg ist die Abrechnung von ärztlich verordnetem Hausbesuch und Fahrtkosten nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	

## Anhang 2 – Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

### § 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Abs. 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.