

Tarif CAZ

Krankheitskosten-Vollversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung Januar 2026

Wesentliche Merkmale des Tarifs CAZ

Ambulante Heilbehandlung, Kur- und Rehabbehandlung

- 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

Digitale Gesundheitsanwendungen

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 Versicherers 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 (Weiterversicherung 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
Tarifstufe CAZ.10	10% 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, Ergotherapie (Beschäftigungstherapie), 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 an gefallen 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 eingrenzbaren 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- und 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, Wegebühren), auch wenn diese von Entbindungsangehörigen 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 Entbindungsangehörigen geleiteten Einrichtung (z.B. Geburtshaus, Hebammenhaus) sind anstelle der Geburtspauschale von 600 € die entstandenen Aufwendungen erstattungsfähig, höchstens jedoch die Aufwendungen, die bei einer entsprechenden Ge-

burt 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 Kryokonservierung

Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für eine einmalige Kryokonservierung von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe. Dabei werden die Kosten für

- die Vorbereitung und die Entnahme,
- die Aufbereitung,
- den Transport,
- das Einfrieren,
- die Lagerung und
- das spätere Auftauen

von Ei- bzw. Samenzellen oder Keimzellgewebe erstattet.

Die Zusage wird erteilt, wenn die versicherte Person

- eine medizinisch notwendige, voraussichtlich keimzellenschädigende Therapie erhält und
- Leistungen für künstliche Befruchtung nach III.1.13 beanspruchen könnte.

Die Kosten für die Lagerung werden nur erstattet, solange die versicherte Person Leistungen für künstliche Befruchtung nach III.1.13 beanspruchen könnte.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.15 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.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen 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.

1.16 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, Verbandswechsel).

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.

- b) Von den in Absatz a) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen werden 100% erstattet, 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 werden auch in stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheime) erstattet.

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

1.17 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.

1.18 Medizinische Schulungen für chronisch Kranke

Erstattungsfähig sind angemessene Aufwendungen für Erst- und Folgeschulungen, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis. Ab einem Rechnungsbetrag von mehr als 500 € pro Kalenderjahr sind die darüber hinausgehenden Kosten nur erstattungsfähig, soweit 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 evaluerter Konzepte sowie unter geeigneten organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden. Ein Nachweis über die Teilnahme ist vorzulegen.

1.19 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 lebende 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 stati-

onären 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.1.16 erstattungsfähig sind.

- c) die haushaltführende 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 haushaltführende 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.

1.20 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.

1.21 Kurbehandlung / Rehabilitation

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

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen gemäß III.1.1 bis 1.19 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 darauffolgenden 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 1.19 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 darauffolgenden Kalenderjahr, darüber hinaus, wenn aus medizinischen Gründen eine Maßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend erforderlich ist.
- Die Aufwendungen sind erstattungsfähig so weit 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 prosthetische 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 des Kostenvoranschlags des zahnmedizinischen Labors) vorzulegen. Bei Nichtvorlage besteht unabhängig vom Rechnungsbetrag nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

3. Digitale Gesundheitsanwendungen

3.1 Zu 100% erstattungsfähig sind im Versicherungsfall Aufwendungen für im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V siehe Anhang 2) enthaltene digitale Gesundheitsanwendungen bis zu den dort genannten Preisen, falls diese Anwendungen

- a) nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten, oder
- b) nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers

in Anspruch genommen werden.

3.2 Zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 € jährlich erstattungsfähig sind im Versicherungsfall auch andere digitale Gesundheitsanwendungen, soweit der Versicherer deren Erstattung vor ihrer Anwendung schriftlich zugesagt hat.

3.3 Die Leistungen werden zunächst für höchstens 12 Monate erbracht. Danach ist jeweils eine erneute Verordnung bzw. vorherige schriftliche Zusage erforderlich.

3.4 Der Versicherer kann anstelle der Leistung von Aufwendungsersatz die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen. Die Begrenzung nach III.3.3 gilt in diesem Fall entsprechend.

3.5 Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstattet werden die Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

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 €	
Krankengymnastik / Bewegungsübungen			
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	19,00	• in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	18,00
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	76,10	Manuelle Therapie, Richtwert: 15-25 Minuten	40,10
Physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	41,20	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulen-gymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15-20 Minuten	23,00
Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	30,90	Bewegungsübungen	
Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 15-20 Minuten	33,40	• als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	15,50
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 25-35 Minuten	52,90	• in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 10-20 Minuten	9,60
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 30-45 Minuten	66,10	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	15,00	• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	37,00
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	18,70	• in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	27,10
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	99,90	• in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	18,30
Krankengymnastik im Bewegungsbad		Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	132,60
• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	38,10	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbau-trainings (MAT) und Medizinischer Trainings-therapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	62,70
• in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	27,20	Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	10,20
Massagen			
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:			
• Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15-20 Minuten	24,30		
• Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20-30 Minuten	29,30		

erstattungs-fähig bis zu €	erstattungs-fähig bis zu €
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
• Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	40,40
• Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	60,70
• Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	80,80
• Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	25,80
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15-20 Minuten	38,00
Palliativversorgung	
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.	
Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-15 Minuten	15,70
Wärmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	18,20
• bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (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 Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	23,40
Heublumensack, Peloidkomprese	14,00
Sonstige Packungen (z.B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	7,10
Trockenpackung	4,80
Guss	
• 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
Wechselbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	14,00
• Vollbad	20,30
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,90
Naturmoorbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	49,80
• Vollbad	62,30
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	43,60
• Vollbad	49,80
Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	49,80
Medizinische Bäder mit Zusatz	
• Hand-, Fußbad	10,20
• Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,30
• Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	28,10
• bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,80
• Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,80 €.	
Gashaltige Bäder	
• Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	31,20
• 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
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
• als Einzelinhaltung	14,00
• als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,60
• als Rauminhalation in einer Gruppe 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

	erstattungs-fähig bis zu €
Kälte- und Wärmebehandlung	
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, Richtwert: 5-10 Minuten	14,90
Wärmetherapie mittels Heißluft- bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10-20 Minuten	8,70
Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10-20 Minuten	16,50
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10-20 Minuten	9,60
Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5-10 Minuten	21,10
Iontophorese, Phonophorese	9,50
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10-20 Minuten	17,20
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-20 Minuten	33,40
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
• als Einzelbehandlung	4,80
• in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,00
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,80
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	8,00
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	9,50
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	13,20
Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie)	
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	20,70
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	134,90
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	67,60
je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig	
	erstattungs-fähig bis zu €
Bericht an die verordnende Person	7,60
Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	134,90
Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
• Richtwert: 30 Minuten	60,10
• Richtwert: 45 Minuten	82,50
• Richtwert: 60 Minuten	105,00
• Richtwert: 90 Minuten	119,00
Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen je Teilnehmer	
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	74,20
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	39,80
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	134,90
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	50,90
Einzelbehandlung	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	60,80
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	81,00
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	101,20
Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	162,00
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	210,00
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	175,30
Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	48,70
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	64,80
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten, je Teilnehmer	81,00

	erstattungs-fähig bis zu €		erstattungs-fähig bis zu €
Gruppenbehandlung			
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	21,30	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	105,80
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	28,50	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	60,50
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 105 Minuten, je Teilnehmer	49,60	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	19,40
• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	80,80	Behandlungsabschluss ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	29,00
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	60,80	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	175,30	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	74,60
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	48,70	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	86,10
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	28,50	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	43,10
Podologie			
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	39,40	Ernährungstherapie	
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	56,60	Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
Podologischer Befund, je nach Behandlung	4,00	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	44,60
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	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	89,10
Erst- und Eingangsbefundung		Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	73,00
• Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	31,30	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	73,00
• Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	62,70	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	44,60
• Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	25,20	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	89,10
Theriebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	18,90	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten	89,10
Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	110,90	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	31,20
Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	60,80	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	62,40
Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	55,60		

	erstattungs-fähig bis zu €	erstattungs-fähig bis zu €
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik		
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	
Rehabilitationssport / Funktionstraining		
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer		
• allgemeiner Rehasport	8,10	
• Rehasport im Wasser	10,80	
• Rehasport in Herzgruppen	12,50	
• Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	17,20	
Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:		
• allgemeiner Rehasport	11,90	
• Rehasport im Wasser	16,30	
• Rehasport in Kinderherzgruppen	23,00	
• Rehasport für schwerstbehinderte Kinder	21,90	
Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Kinder und Erwachsene	16,10	
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	7,60	
Sonstiges		
Ärztlich verordneter Hausbesuch	14,00	
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal. Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	29,50	
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	19,30	

Anhang 2

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.

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 hinreichenen Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.