

## Krankheitskosten-Tarif MediVita für ambulante und stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2017)

### Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

## A. Tarifleistungen

### Leistungen des Versicherers

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>1. Ambulante Behandlung</b></p>  | <p><b>100 %</b> der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung (vgl. Abschnitt H). Sie umfassen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge (vgl. Abschnitt C.1) durch Ärzte,</li> <li>- ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen und Entbindungspfleger,</li> <li>- Schutzimpfungen (ausgenommen solche aus Anlass von Auslandsreisen (vgl. Abschnitt C.1)),</li> <li>- ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte im Rahmen einer häuslichen Behandlungspflege (vgl. Abschnitt C.2),</li> <li>- Notfall-Rettungsdienst,</li> <li>- ärztlich verordnete und begründete Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Behandlung, (z. B. bei Strahlen- und Notfallbehandlung, Unfällen und Gehunfähigkeit).</li> </ul> <p><b>80 %</b> der Aufwendungen für psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr.</p> |
| <p><b>2. Arznei- und Verbandmittel</b></p>                                     | <p><b>100 %</b> der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn der Versicherer keine bestimmte Bezugsquelle genannt hat oder die vom Versicherer benannte Bezugsquelle für regelmäßig einzunehmende Arznei- und zu verwendende Verbandmittel in Anspruch genommen wurde (vgl. Abschnitt C.3).</p> <p><b>80 %</b> der vorgenannten Aufwendungen, wenn die vom Versicherer für regelmäßig einzunehmende Arznei- und zu verwendende Verbandmittel benannte Bezugsquelle nicht in Anspruch genommen wurde (vgl. Abschnitt C.3).</p>  |
| <p><b>3. Heil- und Hilfsmittel</b></p>   | <p><b>100 %</b> der erstattungsfähigen Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs <b>MediVita</b> aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind,</li> <li>- Hilfsmittel (außer Sehhilfen).</li> </ul> <p>Der Erstattungssatz für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) vermindert sich auf <b>80 %</b>, soweit diese über den Versicherer bezogen werden können und hiervon kein Gebrauch gemacht wird (vgl. Abschnitt C. 4).</p> <p><b>100 %</b> der erstattungsfähigen Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Erstattungsbeitrag in Höhe von <b>100 EUR</b> pro Kalenderjahr.</p>   |
| <p><b>4. Stationäre Behandlung</b></p> <p><b>4.1 Stationäre Behandlung</b></p> | <p><b>100 %</b> der Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Krankentransporte zur stationären Behandlung und im Notfallrettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug). Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Transport je Versicherungsfall bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Wird nicht das nächstgelegene geeignete Krankenhaus gewählt, werden darüber hinaus die Aufwendungen für den Transport von maximal weiteren 100 km erstattet.</p>   |
| <p><b>4.2 Stationäre Psychotherapie</b></p>                                    | <p><b>100 %</b> der Aufwendungen einer stationären psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr, darüber hinaus zu <b>70 %</b>, sofern der Versicherungsnehmer vor Ablauf der 6 Wochen die medizinische Notwendigkeit einer darüber hinausgehenden Behandlung dem Versicherer gegenüber nachweist.</p>   |

## B. Selbstbeteiligung/Tarifstufen

**Selbstbeteiligung** Die Selbstbeteiligung für ambulante Behandlung (vgl. Abschnitt A. 1 bis 3) beträgt pro Person und Kalenderjahr insgesamt

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

Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen (vgl. Abschnitt C.1).

Für versicherte Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Kinder und Jugendliche), beträgt die Selbstbeteiligung die Hälfte, also **125 EUR** (Tarifstufe **MediVita 250**) und **250 EUR** (Tarifstufe **MediVita 500**), jeweils bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.

Bei Versicherung eines Neugeborenen (vgl. § 2 Abs. 2 AVB) hat der Versicherungsnehmer die Wahl zwischen den abschließbaren Tarifstufen mit der für Kinder und Jugendlichen geltenden Selbstbeteiligung.

## C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterungen**
1. Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach § 4 Abs. 2.3 AVB sowie Schutzimpfungen (vgl. Abschnitt A.1.) bleiben bei der Feststellung der Leistungsfreiheit unberücksichtigt und werden nicht auf die kalenderjährliche Selbstbeteiligung angerechnet.
  2. Als häusliche Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).
  3. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer kostengünstige Bezugsquellen für den zukünftigen Bezug von Arznei- und Verbandmittel unaufgefordert mit. Die Verminderung des Erstattungssatzes beschränkt sich auf die vom Versicherer genannten Arznei- und Verbandmittel.
  4. Auskünfte zu den Hilfsmitteln, die über den Versicherer bezogen werden können, sind vor dem Bezug von Hilfsmitteln beim Versicherer einzuholen. Dieser wird unverzüglich entscheiden, ob die Beschaffung über ihn erfolgt. Wird ein Hilfsmittel ohne Einschalten des Versicherers bezogen, ist 100 %-iger Aufwendersatz nicht sichergestellt.
  5. Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie **sowie von Heilpraktikern verursachte Kosten** werden aus Tarif **MediVita** nicht erstattet.

## D. Optionsrecht

**Optionsausübung** Im Rahmen der für das Neugeschäft offenen Tarife kann der Versicherungsnehmer, der nach Tarif **MediVita** sowie **MediVita Z 70** oder **MediVita Z 90** versichert ist, die Umstellung in einen umfassenderen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten verlangen:

Krankheitskostenversicherung mit einer Selbstbeteiligung für

- ambulante Heilbehandlung,
- stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer sowie gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
- Zahnbehandlung (bis zu den Höchstsätzen der GOZ),
- Zahnersatz und Kieferorthopädie bis zu einem Erstattungssatz von 80 % (bis zu den Höchstsätzen der GOZ).

Die Umstellung in einen umfassenderen Versicherungsschutz (s.o.) kann auch verlangt werden, wenn nur Tarif **MediVita** abgeschlossen ist. Für die hinzukommenden Leistungsbereiche Zahnbehandlung und Zahnersatz, die mit Tarif **MediVita** nicht abgeschlossen sind (Mehrleistungen), erfolgt eine Gesundheitsprüfung. Wartezeiten (vgl. § 3 AVB) für die Mehrleistungen sind einzuhalten.

Die für eine Umstellung vorgesehenen Tarife/Tarifkombinationen können beim Versicherer jederzeit erfragt werden.

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, kann eine Umstellung jeweils

nach Ablauf von 24 oder 36 Monaten seit Vertragsbeginn erfolgen, sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten vor Ablauf der genannten Vertragslaufzeit gestellt wird. Für Personen, die im Rahmen der Versicherung von Neugeborenen versichert wurden (vgl. § 2 Abs. 2 AVB), darf der Versicherungsschutz nicht höher sein als der eines Elternteils.

Besondere vertragliche Vereinbarungen gelten auch nach einer Umstellung weiter. Bestehende Risikozuschläge werden entsprechend dem vereinbarten umfassenderen Versicherungsschutz umgerechnet. Die Umstellung auf einen höherwertigen Versicherungsschutz wird im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung des Tarifs **MediVita** und des ergänzenden Zahnschutzes **MediVita Z 70** oder **MediVita Z 90** wirksam. Von der Option ausgenommen sind Tarife, bei denen die Aufnahmefähigkeit bedingungsgemäß von einer obligatorischen ärztlichen Gesundheitsprüfung abhängig gemacht wird.

## E. Anpassung der Höchstbeträge, der Selbstbeteiligung, der garantierten Beitragsrückerstattung sowie des Verzeichnisses für Heilmittel

### Leistungsanpassung

Gemäß § 8b AVB überprüft der Versicherer bei einer Beitragsanpassung die Höchstbeträge und passt sie mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung an. Dies gilt auch für eine vereinbarte Selbstbeteiligung oder eine garantierte Beitragsrückerstattung. Unter den Voraussetzungen des § 18 AVB ist der Versicherer zudem berechtigt, die Leistungsinhalte des Verzeichnisses an veränderte Verhältnisse anzupassen.

## F. Beiträge

### Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

## G. Erfolgsabhängige und garantierte Beitragsrückerstattung

### Rückerstattung bei Leistungsfreiheit

#### 1. Erfolgabhängige Beitragsrückerstattung

Als Form der Verwendung kann die Beitragsrückerstattung für leistungsfrei gebliebene Versicherte beschlussen werden. Der Vorstand legt dann fest, für welche Tarife oder Tarifkombinationen und in welcher Höhe die Ausschüttung erfolgt. Anspruch besteht für jede versicherte Person, wenn

- a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine ambulanten Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt A. 1., 2. und 3.) erbracht worden sind. Die Ausschüttung der Beitragsrückerstattung und ihre Höhe kann davon abhängig gemacht werden, dass diese Voraussetzung für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt ist.

Wenn die Versicherung nach Tarif **MediVita** aufgrund unterjährigen Versicherungsbeginns nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat, ist maßgeblich, dass für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr aus Tarif **MediVita** keine ambulanten Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt A. 1., 2. und 3.) und aus einer anderen Krankheitskostenversicherung beim Versicherer keine Versicherungsleistungen für ambulante, stationäre oder zahnärztliche Behandlung erbracht worden sind.

- b) die Versicherung am **30.06.** des folgenden Jahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

Für das Kalenderjahr des erstmaligen Versicherungsbeginns einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer wird die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nach Tarif **MediVita** bestanden hat, zu 1/12 gezahlt.

Die Beitragsrückerstattung wird im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres ausgezahlt.

## 2. Garantierte Beitragsrückerstattung

Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit besteht, wenn

- a) die Versicherung nach Tarif **MediVita** während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr keine ambulanten Versicherungsleistungen erbracht worden sind (vgl. Abschnitt A. 1., 2. und 3.).

Wenn die Versicherung nach Tarif **MediVita** aufgrund unterjährigen Versicherungsbeginns nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat, ist maßgeblich, dass für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr aus Tarif **MediVita** keine ambulanten Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt A. 1., 2. und 3.) und aus einer anderen Krankheitskostenversicherung beim Versicherer keine Versicherungsleistungen für ambulante, stationäre oder zahnärztliche Behandlung erbracht worden sind,

- b) eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer am 30.06. des folgenden Kalenderjahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Die Beitragsrückerstattung beträgt:  
2 Monatsbeiträge für jeweils ein leistungsfreies Kalenderjahr,

Für das Kalenderjahr des erstmaligen Versicherungsbeginns nach Tarif **MediVita** wird die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nach Tarif **MediVita** bestanden hat, zu 1/12 gezahlt.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages für Tarif **MediVita** des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt. Der gesetzliche Zuschlag wird nicht in die Berechnung einbezogen.

## H. Einhaltung des Hausarztprinzips

### Erläuterungen/Bonus

Tarif **MediVita** unterstützt das Kostenbewusstsein der Versicherten durch einen Verhaltensbonus bei Einhaltung des Hausarztprinzips neben der Beitragsrückerstattung (vgl. Abschnitt G).

Werden Leistungen in Anspruch genommen und wird im Verlauf eines gesamten Kalenderjahres das Hausarztprinzip eingehalten, ermittelt der Versicherer, ob ein Bonus für versicherte Personen, für die die Voraussetzungen festgestellt worden sind, ausgezahlt wird. Die Höhe des Bonus beträgt maximal 50 % der für die versicherte Person abgeschlossenen Selbstbeteiligung.

Einzelheiten dazu gibt der Versicherer jedes Kalenderjahr schriftlich bekannt. Eine Auszahlung erfolgt im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres.

Voraussetzung für den Erhalt des Bonus ist, dass die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, einen Internisten, einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde, für Kinderheilkunde, einen Notarzt, einen Bereitschaftsarzt oder einen Vertragsarzt des Versicherers erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Behandlungsrechnung oder eine Überweisung nachzuweisen.

Als Erstbehandelnder wird auch ein hausärztlich tätiger Internist anerkannt, sofern rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis mit Name und Anschrift des Internisten vorgelegt wird.

### Hinweis

Es wird empfohlen, dem liquidationsberechtigten Arzt das Heilmittelverzeichnis des Tarifs **MediVita** vorzulegen.

## Heilmittelverzeichnis des Tarifs MediVita

	<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in</b>	<b>Euro</b>
<b>I.</b> <b>Inhalationen</b>	1	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
		b) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
<b>II.</b> <b>Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>	2	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, - einschließlich der erforderlichen Massage -	19,50
	3	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
	4	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	5	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 - 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
	6	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 - 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
	7	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 - 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
		a) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 - 5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	8	<b>Bewegungsübungen</b>	7,70
	9	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
	10	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80
	11	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
	12	Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,40
	13	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20
	14	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
	15	Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
	16	Rückbildungsgymnastik/pro Sitzung	10,90
<b>III.</b> <b>Massagen</b>	17	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
	18	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
		a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20	
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70	

	<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in</b>	<b>Euro</b>
	19	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperatureinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,10
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>	20	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30
	21	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	22	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
	23	Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
	24	Medizinische Bäder mit Zusätzen a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - c) Weitere Zusätze, je Zusatz	6,70 13,30 3,10
	25	Gashaltige Bäder a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - e) Radon-Zusatz je 500000 Millistat	19,50 22,50 21,00 18,50 3,10
<b>V. Kälte- und Wärmebehandlung</b>	26	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	9,80 6,70
	27	Eisteilbad	9,80
	28	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot - ) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
<b>VI. Elektrotherapie</b>	29	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
	30	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
	31	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
	32	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
	33	Iontophorese	6,20
	34	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
	35	Hydroelektronisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00
<b>VII. Lichttherapie</b>	36	Behandlung mit Ultraviolettlicht a) als Einzelbehandlung b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,10 2,60

	<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in</b>	<b>Euro</b>
	37	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
		b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
	38	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
	39	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
<b>VIII.</b>	40	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
<b>Logopädie</b>	41	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
		a) Ausführlicher Bericht	11,80
	42	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
		a) Mindestdauer 30 Minuten	31,70
		b) Mindestdauer 45 Minuten	41,50
		c) Mindestdauer 60 Minuten	52,20
	43	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
		a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
		b) Erwachsenengruppen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
<b>IX.</b>	44	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
<b>Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>	45	Einzelbehandlung	
		a) bei motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
		b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten	41,50
		c) bei psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	54,80
	46	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
	47	Gruppenbehandlung	
		a) Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
		b) bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70
<b>X.</b>	48	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung):	26,10
<b>Podologische Behandlung</b>	49	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
	50	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
	51	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
	52	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
	53	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
		Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,50
		Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Altersheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person	3,50

**XI.  
Sonstiges**

<u>Leistung<sup>1</sup></u>	<u>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in</u>	<u>Euro</u>
54	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
55	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 54 und 55 nur anteilig je Patient ansetzbar.	
56	Geburtsvorbereitungskurs	80,00

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