

## Krankheitskosten-Tarif KG V für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Vorsorge-Tarifstufen

(Stand: 01.04.2022)

### Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

## A. Tarifleistungen

Abweichend von § 4 Abs. 2.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zum Regelhöchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig (vgl. Abschnitt B.1).

### Leistungen des Versicherers

- |   |   |
|---|---|
| <b>1.<br/>Ambulante Behandlung</b>  | <p><b>100 %</b> der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde, für Kinderheilkunde, einen Notarzt, Bereitschaftsarzt oder einen Vertragsarzt des Versicherers erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Behandlungsrechnung nachzuweisen.</p> <p><b>80 %</b> der erstattungsfähigen Aufwendungen der Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der oben aufgeführten Ärzte in Anspruch genommen wird.<br/>Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Abschnitt A.1 umfassen die Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte,</li> <li>- ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen und Entbindungspfleger,</li> <li>- psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr,</li> <li>- Schutzimpfungen (ausgenommen solche aus Anlass von Auslandsreisen),</li> <li>- ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte im Rahmen einer häuslichen Behandlungspflege,</li> <li>- Notfall-Rettungsdienst,</li> <li>- ärztlich verordnete und begründete Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Behandlung.</li> </ul> <p><b>80 %</b> der Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) einschließlich der verordneten Arznei- und der Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.</p> |
| <b>2.<br/>Arznei-, Verband-, Heil- und<br/>Hilfsmittel, digitale Gesundheits-<br/>anwendungen</b> | <p><b>80 %</b> der Aufwendungen für ärztlich verordnete</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arznei- und Verbandmittel,</li> <li>- Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind,</li> <li>- Hilfsmittel in einfacher Ausführung unter Berücksichtigung von Abschnitt B.6 (außer für Sehhilfen und orthopädische Schuhe),</li> <li>- digitale Gesundheitsanwendungen,</li> </ul> <p>wobei der 20%ige Eigenanteil auf eine Selbstbeteiligung von 384 Euro pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist. Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen.</p> <p><b>100 %</b> der vorgenannten Aufwendungen, soweit die Selbstbeteiligung von 384 Euro erreicht ist.</p> <p><b>100 %</b> der Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von 55 Euro pro Kalenderjahr.</p> <p><b>100 %</b> der Aufwendungen für orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 165 Euro pro Kalenderjahr.</p>  |

<b>3. Stationäre Behandlung</b>	<b>100 %</b> der Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Krankentransporte zur stationären Behandlung und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug). Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Transport je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.
<b>4. Zahnbehandlung</b>	<b>100 %</b> der Aufwendungen für Zahnbehandlung (vgl. Abschnitt B.3), mit Ausnahme von Zahnkronen und Einlagefüllungen sowie zahntechnischen Leistungen.
<b>5. Zahnersatz und Kieferorthopädie</b>	<b>70 %</b> der Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie (vgl. Abschnitt B.3) einschließlich Zahnkronen, Einlagefüllungen und zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten), soweit sie im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs KG aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Die Leistungen sind begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt  
1.050 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,  
2.100 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren,  
4.200 Euro ab dem fünften Versicherungsjahr für einen Zeitraum von jeweils zwei aufeinander folgenden Jahren.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls gilt auch in den ersten vier Versicherungsjahren der Erstattungshöchstbetrag ab fünftem Versicherungsjahr.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs KG ab fünftem Versicherungsjahr.

Zur Vorlage eines Heil- und Kostenplanes vgl. Abschnitt B.5.

## B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

<b>Erläuterungen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB sind die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zum Regelhöchstsatz, d. h. bis zum <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2,3-fachen Satz für persönliche Leistungen,</li> <li>- 1,8-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen,</li> <li>- 1,15-fachen Satz für Laborleistungen, der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.</li> </ul> Bei einer Änderung der GOÄ bzw. GOZ können die erstattungsfähigen Gebühren entsprechend der Veränderung auch für bereits nach Tarif KG Versicherte angepasst werden. </li> <li>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).</li> <li>3. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung umfassen allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums mit Ausnahme von Zahnkronen und Einlagefüllungen sowie zahntechnischen Leistungen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie umfassen prothetische und kieferorthopädische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, Zahnkronen und Einlagefüllungen sowie die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind erstattungsfähig, soweit sie im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs KG aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.</li> <li>4. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.</li> </ol>
----------------------	---

5. Für die Inanspruchnahme von Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie muss vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und seine Entscheidung schriftlich bekannt zu geben. Wird die Behandlung begonnen, ohne dass die Entscheidung vorliegt, beträgt die Leistung 50% der tariflichen Erstattung.
6. Für die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln ab 550 Euro muss unter Vorlage der ärztlichen Verordnung die schriftliche Zustimmung des Versicherers eingeholt werden. Der Versicherer kann dabei Hilfsmittel auch kostenfrei leihweise zur Verfügung stellen. Wird ein Hilfsmittel ab 550 Euro ohne Zustimmung des Versicherers beschafft, beträgt die Leistung 50% der tariflichen Erstattung.

## C. Anpassung der Verzeichnisse für Heilmittel und zahntechnische Leistungen

**Leistungsanpassung**                      Gemäß § 8b Abs. 1.2 AVB überprüft der Versicherer bei einer Beitragsanpassung die Höchstbeträge und passt sie mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung an. Unter den Voraussetzungen des § 18 AVB ist der Versicherer zudem berechtigt, die Leistungsinhalte der Verzeichnisse an veränderte Verhältnisse anzupassen.

## D. 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.
2. Sobald eine versicherte Person das 12. 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.

## E. Beitragssenkung

**Anspruch auf Senkung des Beitrages**                      Sobald eine versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat, wird der zu diesem Zeitpunkt gültige Beitrag ab Beginn des folgenden Monats um ein Drittel gesenkt.

Wird zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr der versicherten Person der Beitrag gemäß § 8b AVB angepasst, so kann der Versicherer die Beitragssenkung auf den Anpassungszeitpunkt vorziehen. In diesem Fall ergibt sich der Umfang der Beitragssenkung aus den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers. Die Beitragssenkung wird dann mit der gemäß § 8b AVB erforderlichen Beitragsanpassung verbunden.

Wird die Versicherung gekündigt, so wird die für den Anspruch auf Beitragssenkung gebildete Alterungsrückstellung entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen in eine beitragsfreie Krankenhaustagegeldversicherung umgewandelt. Voraussetzung hierfür ist, dass das sich dabei ergebende Krankenhaustagegeld die in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Mindesthöhe nicht unterschreitet, und dass der Versicherte das 21. Lebensjahr vollendet hat.

Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann anstelle einer beitragsfreien Krankenhaustagegeldversicherung die für den Anspruch auf Beitragssenkung gebildete Alterungsrückstellung entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen sofort beitragsmindernd in eine fortbestehende Krankheitskostenversicherung des Versicherten angerechnet werden, sofern für die Krankheitskostenversicherung die Bildung einer Alterungsrückstellung vorgesehen ist und soweit mit der Anrechnung ein in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegter Mindestbeitrag nicht unterschritten wird. Ein nicht gutgebrachter Teil der Alterungsrückstellung wird der Rückstellung zur Beitragsermäßigung im Alter des Versicherten zugeführt.

Wählt der Versicherungsnehmer die beitragsmindernde Anrechnung der Mittel, ist eine Rückführung in eine beitragsfreie Krankenhaustagegeldversicherung ausgeschlossen.

## F. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

### Rückerstattung bei Leistungsfreiheit

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

- a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen 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.
- 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.

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

### Hinweis

Es wird empfohlen, den liquidationsberechtigten Arzt bzw. Zahnarzt über die tariflich zugesagten Erstattungssätze einschließlich der Gebührenhöchstsätze zu informieren und gegebenenfalls das Heilmittelverzeichnis bzw. das Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs KG vorzulegen.

## Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG

	Leistung <sup>1</sup>	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag <sup>1</sup> in Euro
<b>I. Inhalationen</b>	1 Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	8,80
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind gesondert erstattungsfähig.	
	2 Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>	3 Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
	4 Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	25,70
	5 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
	6 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	45,30
	7 Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,20
	8 Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30
	9 Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	71,40
	10 Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60	
11 Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70	
12 Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00	
13 Bewegungsübungen	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,60

Leistung <sup>1</sup>	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag <sup>1</sup> in Euro		
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20	
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50	
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60	
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie, Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10	
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	46,20	
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perli'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80	
18	Rückbildungsgymnastik/ pro Sitzung	10,90	
<b>III. Massagen</b>	19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20	
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20	
	20	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	25,70	
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	38,50	
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,30	
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	12,40	
	21	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
<b>IV. Palliativversorgung</b>	22	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
<b>V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>	23	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
	24	Wärmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60	
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid		
	aa) Teilpackung	36,20	
	bb) Großpackung	47,80	
	25	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
	26	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20	
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30	

<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in Euro</b>
27 Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
28 Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
29 Trockenpackung	4,10
30 a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
31 a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
32 Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	12,10
b) Vollbad	17,60
33 Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
34 Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	43,30
b) Vollbad	52,70
35 Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	37,90
b) Vollbad	43,30
36 Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
37 Medizinisches Bad mit Zusatz	
a) Hand- oder Fußbad	8,80
b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
38 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millilitat	4,10
39 Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 37 Buchstabe a bis c und nach Nummer 38 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 37 Buchstabe d erstattungsfähig.	

	Leistung <sup>1</sup>	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag <sup>1</sup> in Euro
<b>VI. Kälte- und Wärmebehandlung</b>	40 Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
	41 Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
	42 Ultraschall-Wärmetherapie	11,90
<b>VII. Elektrotherapie</b>	43 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
	44 Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
	45 Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
	46 Iontophorese	8,20
	47 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
	48 Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
<b>VIII. Lichttherapie</b>	49 Behandlung mit Ultraviolettlicht a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
	50 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
	51 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
52 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70	
<b>IX. Logopädie</b>	53 Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00
	54 Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall a) Ausführlicher Bericht	49,60 11,80
	55 Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen a) Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) Richtwert: 45 Minuten	59,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	68,90
	d) Richtwert: 90 Minuten	103,40
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.		
56 Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	50,40	
b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60	
c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60	
d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10	
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.		

	<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in Euro</b>
<b>X. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>	57 Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
	58 Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
	59 Gruppenbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90	
d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	70,20	
60 Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20	
61 Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60	
<b>XI. Podologische Behandlung</b>	62 Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
	63 Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
	64 Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
	65 Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
	66 Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	41,60
	67 Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	26,70
	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,50
	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altersheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person	3,50
	68 Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
	69 Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
70 Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80	

	<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in Euro</b>
	71 Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
	72 Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
<b>XII. Ernährungstherapie</b>	73 Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
	74 Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	33,00
	75 Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	11,00
<b>XIII. Sonstiges</b>	76 Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
	77 Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels.	
	78 Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 76 und 77 nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig.	
	79 Geburtsvorbereitungskurs	80,00

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

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

## Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs KG

	<u>Leistung<sup>1</sup></u>	<u>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in</u>	<u>Euro*</u>
<b>I.</b> <b>Arbeitsvorbereitung</b>	1	Modell	6,54
	2	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	16,62
	3	Set-up	9,87
	4	Stumpfmodell	11,25
	5	Zahnkranz	5,68
	6	Zahnkranz sockeln	6,60
	7	Modellpaar trimmen/Fixator	9,92
	8	Einstellen in Mittelwertartikulator	9,66
	9	Modellpaar sockeln	25,05
	10	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	8,85
	11	Basis für Autopolymerisat	23,16
	12	Bisswall	6,49
	13	Individueller Löffel	23,57
	14	Übertragungskappe	25,36
	15	Provisorische Krone oder Brückenglied	35,53
	<b>II.</b> <b>Festsitzender Zahnersatz</b>	16	Formteil
17		Vollkrone Metall/Krone für Keramikverblendung/Wurzelstiftkappe	75,57
18		Vollkrone Stufenpreparation/Teilkrone/Krone für Kunststoffverblendung	82,37
19		Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/Stiftaufbau einarbeiten	14,83
20		Modellation gießen	19,12
21		Stiftaufbau	53,94
22		Brückenglied	62,07
23		Mantelkrone Kunststoff	75,57
24		Mantelkrone Keramik	106,45
25		Teleskopierende Krone	254,11
26		Steg	104,87
27		Steglasche/Stegreiter	57,52
28		Steggeschiebe individuell	118,36
29		Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe	222,31
30		Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	106,71
31		Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen einarbeiten	52,92
32		Gefrästes Lager	55,78
33		Schubverteilungsarm	32,26
34		Riegel individuell	141,88
35		Metallverbindung nach Brand	31,09
<b>III.</b> <b>Herausnehmbarer Zahnersatz</b>	36	Verblendung Kunststoff	45,86
	37	Zahnfleisch aus Kunststoff	17,38
	38	Verblendung aus Keramik	94,54
	39	Zahnfleisch aus Keramik	37,68
	40	Metallbasis	133,91
	41	einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer/Kralle/ Ney-Stil/Auflage/Umgehungsbügel	14,11
	42	zweiarmige Klammer/Approximalklammer/Ringklammer/Rücklaufklammer/ Bonyhardklammer Gegenlager/Doppelbogenklammer	22,24
	43	zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/ Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	28,33
	44	Bonwillklammer	49,49
	45	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufäche	45,81
	46	Lösungsknopf für Friktionsprothese	14,88
	47	Abschlussrand	20,40
	48	Zuschlag einzelne Klammer	23,62
	49	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	30,37
	50	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,05
	51	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,35
	52	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	1,84
	53	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	49,14
	54	Fertigstellung je Zahn	3,53

	<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in</b>	<b>Euro*</b>
	55	einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/Approximalklammer/ Auflage/Bonyhardklammer	11,81
	56	zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer/ Doppelbogenklammer	18,61
	57	Weichkunststoff ZE/Sonderkunststoff	104,71
	58	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	40,75
<b>IV.</b>	59	Aufbisschiene/Knirscherschienne/Bissführungsplatte	96,12
<b>Schienen</b>	60	Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-, Verschlussplatte	63,35
	61	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	46,37
	62	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	10,38
	63	Abnehmbare Dauerschienne mit adjustierter Oberfläche aus Metall	126,95
<b>V.</b>	64	Basis für Einzelkiefergerät	56,34
<b>Kieferorthopädische Leistungen</b>	65	Basis für bimaxilläres Gerät	97,50
	66	Schiefe Ebene	50,00
	67	Vorhofplatte	65,50
	68	Kinnkappe	58,13
	69	Aufbiss	10,48
	70	Abschirmelement	20,04
	71	Weichkunststoff KFO	55,73
	72	Schraube einarbeiten	16,87
	73	Spezialschraube einarbeiten	26,02
	74	Trennen einer Basis	7,41
	75	Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	20,45
	76	Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	29,09
	77	Labialbogen intermaxillär	33,44
	78	Feder, offen	9,31
	79	Feder, geschlossen	12,73
	80	Verbindungselement intramaxillär	25,62
	81	Verbindungselement intermaxillär	27,35
	82	Verankerungselement	24,39
	83	Einzelelement einarbeiten	12,68
	84	Metallverbindung KFO	16,36
	85	Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	9,87
	86	Mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	18,61
	87	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfs	19,74
	88	Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	8,18
	89	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	32,98
<b>VI.</b>	90	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	20,23
<b>Instandsetzung/Erweiterung</b>	91	Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	8,44
	92	Retention, gebogen	38,24
	93	Retention, gegossen	43,92
	94	Gegossenes Basisteil	68,72
	95	Metallverbindung	19,07
	96	Wiederherstellung einer Metallverbindung	25,67
	97	Teilunterfütterung	47,09
	98	Vollständige Unterfütterung	60,69
	99	Basis erneuern	73,78
	100	Wiederherstellen eines konfektionierten Sekundärteiles	90,14
	101	Wiederherstellen eines individuellen Geschiebes	79,25
	102	Auswechseln von Konfektionsteilen	9,87
	103	Kronen- oder Brückenreparatur	41,62
<b>VII.</b>	104	Versandkosten	3,12
<b>Sonstiges</b>	105	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	10,12
	106	Remontage-Modell	30,32
	107	Montage eines Modellpaares in Fixator	12,17
	108	Montage in Mittelwertartikulator I	14,57
	109	Modellmontage in individuellem Artikulator I	15,80
	110	Montage eines Gegenkiefermodells	8,95

<b>Leistung<sup>1</sup></b>	<b>erstattungsfähiger Rechnungsbetrag<sup>1</sup> in</b>	<b>Euro*</b>
111	Einstellen nach Registrat	9,71
112	Gussfüllung, einflächig (Metall, z. B. Gold)	56,60
113	Gussfüllung, zweiflächig (Metall, z. B. Gold)	66,42
114	Gussfüllung, dreiflächig (Metall, z. B. Gold)	78,23
115	Gussfüllung, mehrflächig (Metall, z. B. Gold)	82,57
116	Gussonlay	82,57
117	Keramikinlay einflächig (z. B. Empress)	92,03
118	Keramikinlay zweiflächig (z. B. Empress)	97,15
119	Keramikinlay dreiflächig (z. B. Empress)	102,26
120	Keramikinlay mehrflächig (z. B. Empress)	112,48
121	Keramikonlay	112,48
122	Keramikkrone	112,48
123	Keramikbrückenglied	163,10
124	Veneers	144,70
125	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, je Zahn	33,75
126	Implantat als Basis für eine Einzelkrone einschließlich aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile	291,44
127	2 Implantate als Basis für eine Deckprothese einschließlich Steg und Stegreiter und aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile	703,03

Der Zahnarzt/die Zahnärztin kann darüber hinaus Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ, die nicht mit den Gebühren abgegolten sind, berechnen.

---

\* zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer

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