

## Tarif GesundheitPRIVAT 300 / 750 Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 332383 (V479), 08.2022

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

### I. Versicherungsleistungen

#### 1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- a) ärztliche Behandlungen,
- b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewandt.
- c) Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
- d) Hebammen und Entbindungspfleger,
- e) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.
- f) ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b Sozialgesetzbuch V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- g) künstliche Befruchtung.

Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) zur Erfüllung eines Kinderwunsches sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn (d. h. vor Beginn der Hormonstimulation) schriftlich zugesagt hat. Ohne vorherige schriftliche Zusage besteht kein Erstattungsanspruch.

Eine schriftliche Zusage wird erteilt, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es liegt eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vor,
- nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen wird vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen,
- es wurde nicht bereits ein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt, für die der Versicherer Leistungen erbracht hat,
- die Frau hat das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zu Beginn der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet,
- es handelt sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15 %) und
- die Behandlung ist nach deutschem Recht zulässig.

Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen höchstens

- 3 Inseminationen und
  - 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder 3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI).
- h) den Transport zur ambulanten Notfallbehandlung im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber.
  - i) sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
  - j) ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen,

k) die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

1.2 Erstattungsfähig sind die Kosten für

- a) Verbandmittel zu 100 % und
- b) Arzneimittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe. Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für Generika und für Originalpräparate, für die es keine Generika gibt. Nimmt die versicherte Person Originalpräparate in Anspruch, obwohl für diese Generika vorhanden sind, sind die Kosten zu 80 % erstattungsfähig. Ein Generikum (auch Nachahmerpräparat) ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen befindlichen Medikaments. (vom Heilpraktiker verordnete Arzneimittel nach Ziffer I. 1.4)

1.3 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für

- a) vom Arzt oder in eigener Praxis tätigen, nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannten Psychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871) bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn eine Kostenzusage bei uns einzuholen. Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- b) Behandlungen durch Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen und medizinische Fußpfleger (nach dem PodG) nach dem tariflichen Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000 Euro im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %**. Dazu gehören auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen.
- c) Fahrten zur Dialysebehandlung, Chemotherapie oder Strahlentherapie; erstattet werden nachgewiesene Fahrtkosten, jedoch maximal bis zu einem Rechnungsbetrag von 30 Euro für Hin- und Rückfahrt insgesamt.
- d) Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB/VT. Sofern hinsichtlich der DiGA ein Versorgungsvertrag zwischen dem Versicherer und dem DiGA-Anbieter besteht, erhöht sich bei Inanspruchnahme eines derartigen DiGA-Anbieters der Erstattungssatz auf 100 %. Hinweis: Wir empfehlen Ihnen daher, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen. Eine Liste der bestehenden Versorgungsverträge teilen wir gerne mit.

1.4 Erstattungsfähig sind zu **60 %** die Kosten für Behandlungen durch einen Heilpraktiker inklusive der vom Heilpraktiker verordneten Arzneimitteln.

#### 2. Hilfsmittel

2.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 300 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren sowie für die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker in der Höhe, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.

2.2 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- ein Hörgerät und ein Tinnitusgerät je Ohr innerhalb von fünf Kalenderjahren. Hierbei ist je Hörgerät und je Tinnitusgerät ein Rechnungsbetrag von maximal 1.400 Euro erstattungsfähig.
- Prothesen (Arm-, Bein-, Brust- und Augenprothesen) und Epithesen

2.3 Hilfsmittel, die über das Hilfsmittel-Management bezogen werden können:

Für folgende Hilfsmittel sind die Kosten zu 80 % erstattungsfähig. Wird eines dieser Hilfsmittel über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen oder beschafft, sind die Kosten hierfür zu 100 % erstattungsfähig. Kann eines der nachfolgend genannten Hilfsmittel nicht über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen bzw. beschafft werden, so erstattet der Versicherer die Kosten in medizinisch notwendiger Ausführung zu 100 %.

- Absauggeräte,
- Applikationshilfen (z. B. Ernährungs-, Infusions- und Insulinpumpen),
- Atem- und Herzfrequenzmonitore, Pulsoximeter,
- Orthesen,
- fahrbare Gehhilfen (z. B. Gehwägen und Rollatoren),
- Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
- Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie
- Inhalations- und Atemtherapiegeräte (z. B. Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung) sowie Protrusionsschienen,
- Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
- Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren/-Buggys,
- Sprechhilfen,
- Stehhilfen (z. B. Stehständer, Schrägliegebretter)
- Stomaartikel,
- tragbare Defibrillator-Westen (z. B. LifeVest)

2.4 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für

- Bandagen
- Blutdruckmessgeräte, Blutzucker- und Blutgerinnungsmessgeräte,
- fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
- Hilfsmittel gegen Dekubitus,
- Kompressionsstrümpfe sowie Hilfsmittel zur Narbenkompression,
- nichtfahrbare Gehhilfen (z. B. Krücken, Gehstöcke, Gehgestelle),
- orthopädische Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Schuheinlagen,
- Therapieschuhe sowie Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom,
- ein Paar orthopädische Maßschuhe einschließlich medizinisch notwendiger Zusatzarbeiten im Kalenderjahr.

2.5 Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen.

2.6 Die Kosten für Hilfsmittel sind insoweit erstattungsfähig, als diese im Versicherungsfall die medizinisch notwendige Versorgung gewährleisten.

Hilfsmittel, die im Tarif nicht aufgeführt sind, sind nicht erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind zudem die Kosten für

- medizinisch nicht notwendiges Zubehör,
- Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens,
- Produkte und Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Ladegeräte, Batterien),
- sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die in den Leistungsbereich der Privaten Pflegepflichtversicherung fallen,
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

Eine Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnis kann nach Ziffer II.2 durchgeführt werden.

### 3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus (mit Ausnahme von Kur-, Sanatoriums- oder Rehabilitationsbehandlungen) sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V. In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen und Leistungen für Heilmittel im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnis.

b) Beleg- und Wahlärzte, (Beleg-) Hebammen sowie (Beleg-) Entbindungspfleger,

c) Unterkunft im Zweibettzimmer.

Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer erstattet.

d) Entbindungen im Entbindungshaus bzw. Geburtshaus,

e) ambulante Operationen im Krankenhaus,

f) den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber,

g) psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von Ziffer I. 3.1 a), b) und c) bis zu 42 Behandlungstagen im Kalenderjahr, ab dem 43. Tag zu 50 %.

Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn eine Kostenzusage bei uns einzuholen.

h) eine medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung,

i) voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.

j) stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gem. § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.

k) den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung

- stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.

Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,

- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,

- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstaustausch und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

3.2 Werden gleichzeitig die Unterkunft im zuschlagspflichtigen Zweibettzimmer und die wahlärztlichen Leistungen nach Ziffer I. 3.1 b) und c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 40 Euro gezahlt. Kein Anspruch auf dieses Krankenhaustagegeld besteht bei Leistungen gemäß Ziffer I. 3.1 Buchstaben d) bis k).

### 4. Zahnbehandlung

4.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

a) diagnostische und anästhetische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen),

b) Heil- und Kostenpläne (auch für Zahnersatz und Kieferorthopädie),

c) prophylaktische Leistungen.

Diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung.

d) chirurgische Leistungen (ausgenommen implantologische Leistungen),

e) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,

f) konservierende Leistungen einschließlich Gussfüllungen (Inlays) sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage), nicht jedoch Kronen.

4.2 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Gussfüllungen (Inlays) vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

## 5. Zahnersatz

5.1 Die erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz werden zu **80 %** ersetzt. Voraussetzung ist, dass in den der Zahnersatzmaßnahme vorausgehenden drei Kalenderjahren jährlich eine zahnärztliche Prophylaxe nachgewiesen wird. Für jedes Jahr, in dem in diesem Zeitraum keine Prophylaxe durchgeführt wurde, vermindert sich der Erstattungssatz um 5 %. Der Erstattungssatz beträgt in jedem Fall mindestens 65 %.

Erstattungsfähig sind

- Kronen und Brücken (mit Verblendung bis zum Zahn 5),
- Implantate und die dazugehörigen diagnostischen, anästhetischen und chirurgischen Leistungen. Diese umfassen auch den Knochenaufbau.
- prothetische Leistungen,
- Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Erstattungsfähig sind auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage).

5.2 In den ersten drei Kalenderjahren werden die erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz aus einem Rechnungsbetrag bis zu insgesamt 3.000 Euro ersetzt. Diese Begrenzung entfällt bei Unfall.

5.3 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Zahnersatz vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

## 6. Kieferorthopädie

6.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis (siehe Anlage).

6.2 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Kieferorthopädie vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

## 7. Selbstbehalt

7.1 Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein Selbstbehalt von insgesamt  
300 Euro im Tarif GesundheitPRIVAT 300  
750 Euro im Tarif GesundheitPRIVAT 750  
abgezogen.

Die Kosten werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Werden in einem Kalenderjahr Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29, 4851) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 0010, 1000, 1010, 1020, 2000, 4050, 4055, 4060) erstattet, werden diese nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

7.2 Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, verringert sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils ein Zwölftel für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand. Wird innerhalb eines Kalenderjahres eine Verminderung oder Erhöhung des Selbstbehaltes vereinbart, wird pro Monat ein Zwölftel des im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen Selbstbehaltes für das gesamte Kalenderjahr zugrunde gelegt.

7.3 Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

## II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Arzt- und Zahnarztkosten sind nach den Grundsätzen der GOÄ und GOZ, Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen der GebüH, Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der GOP bis zu den dort jeweils festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

In medizinisch begründeten Fällen sind für Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen die Teile der Honorarvereinbarung, die

über den Höchstsätzen der GOÄ bzw. GOZ liegen, bis zum 5,0-fachen Satz erstattungsfähig.

Der Versicherte hat dem Versicherer eine den Grundsätzen der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vorzulegen.

2. Das Heil- und Hilfsmittelverzeichnis (siehe Ziffer I 2.1. bis 2.6) und das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten sowie das Verzeichnis der über das Hilfsmittel-Management beziehbaren Hilfsmittel (siehe Ziffer 2.3) wird vom Versicherer auch für bestehende Versicherungsverhältnisse turnusmäßig (alle fünf Jahre, gerechnet ab 2008) auf seinen Anpassungsbedarf hinsichtlich des medizinischen Standards überprüft und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch der allgemeinen Preisentwicklung angepasst.

3. Abweichend von § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT gilt Folgendes: Werden in einem Kalenderjahr lediglich Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29, 4851) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 0010, 1000, 1010, 1020, 2000, 4050, 4055, 4060) erstattet, gelten die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT bezüglich des Anspruches auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung als erfüllt.

4. Versicherungsfähig sind berufstätige Personen, soweit sie keinen Beruf ausüben, der im „Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe im Tarif GesundheitPRIVAT“ des Versicherers aufgeführt ist.

Bei endgültiger Aufgabe der beruflichen Tätigkeit, Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Aktualisierungen des Verzeichnisses bleibt die Versicherungsfähigkeit für bereits nach Tarif GesundheitPRIVAT versicherte Personen bestehen.

Nicht berufstätige Ehegatten und Kinder sind unabhängig vom Beruf des Berufstätigen versicherungsfähig.

Das Versicherungsverhältnis im Tarif GesundheitPRIVAT endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich zu melden. Die versicherten Personen haben das Recht, in gleichartige Krankheitskostenvollversicherungstarife zu wechseln. Der Tarifwechsel erfolgt in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung; bei Erhöhung des Versicherungsschutzes können für Mehrleistungen besondere Vereinbarungen gemäß § 204 VVG getroffen werden.

## III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/VT.

**Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact) zu Grunde.**

## Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag

## Besondere Bedingungen „A“ zum Tarif GesundheitPRIVAT für Personen in Berufsausbildung

Es gelten die AVB/VT – Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

### 1. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif GesundheitPRIVAT vereinbart werden. Versicherungsfähig sind, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

- Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben
- nicht berufstätige Ehegatten der versicherten Schüler, Studenten bzw. Personen in Berufsausbildung

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.

### 2. Ende der Besonderen Bedingungen

Die Besonderen Bedingungen entfallen

- mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit
- wenn die Schul- oder Berufsausbildung bzw. das Studium um mehr als sechs Monate unterbrochen wird
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Arbeitslosigkeit nach Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung bzw. des Studiums können die Besonderen Bedingungen für maximal zwölf Monate weitergeführt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Wegfall der Versicherungsfähigkeit dem Versicherer umgehend anzuzeigen.

Bei Entfall der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung im Tarif GesundheitPRIVAT weitergeführt. Der Beitrag in diesem Tarif richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

### 3. Beiträge

Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richten sich die Beiträge nach dem jeweiligen Lebensalter. Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 25-29 bzw. 30-34 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

## Heilmittelverzeichnis des Tarifs GesundheitPRIVAT

Von den erstattungsfähigen Höchstbeträgen werden 80 % als tarifliche Leistung gezahlt bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 Euro im Kalenderjahr. Darüber hinaus leisten wir 100 % des erstattungsfähigen Höchstbetrages.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
<b>PHYSIKALISCHE THERAPIE</b>		<b>Behandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen</b>	
<b>Diagnostik und Berichte</b>		einzel, mindestens 30 min	41,80
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplanes	16,50	einzel, mindestens 45 min	59,00
Berichte an den verordnenden Arzt	17,50	einzel, mindestens 60 min	68,90
		einzel, mindestens 90 min	103,40
		in der Gruppe, mindestens 45 min	34,60
		in der Gruppe, mindestens 90 min	56,10
<b>Krankengymnastik und Bewegungsübungen</b>		<b>ERGOTHERAPIE</b>	
Krankengymnastik, einzeln	25,70	<b>Diagnostik und Planung</b>	
Krankengymnastik, in der Gruppe	8,20	Funktionsanalyse, Beratung, Behandlungsplanung	41,80
Krankengymnastik, auf neurophysiologischer Grundlage (z. B. Bobath, Vojta, Hippotherapie)	45,30	<b>Behandlungen</b>	
Krankengymnastik, am Gerät, med. Aufbautraining (MAT), med. Trainingstherapie (MTT)	46,20	Ergotherapie, einzeln, mindestens 30 Min.	41,80
Manuelle Therapie / Chirotherapie	29,70	Ergotherapie, einzeln, mindestens 45 Min.	54,80
Krankengymnastik im Bewegungsbad, einzeln	31,20	Ergotherapie, einzeln, mindestens 60 Min.	72,30
Krankengymnastik im Bewegungsbad, in der Gruppe	15,60	Ergotherapie, einzeln, mindestens 120 Min.	128,20
Atemtherapie (Atemungsbehandlung), einzeln	25,70	Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 30 min	16,00
Atemtherapie bei Mukoviszidose, einzeln	71,40	Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 45 min	20,60
Bewegungsübungen, einzeln	10,20	Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 90 min	37,90
Bewegungsübungen, in der Gruppe	7,70	Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 180 min	70,20
Extensionsbehandlung	8,80	<b>Beratung zur Integration</b>	
		bei motorischen Störungen	40,70
<b>Massagen und Lymphdrainagen</b>		bei sensomotorisch perceptiven Störungen	54,40
medizinische Massage	18,20	bei psychisch funktionellen Störungen	67,70
manuelle Lymphdrainage:		<b>PODOLOGIE</b>	
- Teilbehandlung, mindestens 30 Min.	25,70	<b>Behandlungen</b>	
- Großbehandlung, mindestens 45 Min.	38,50	Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes	18,90
- Ganzbehandlung, mindestens 60 Min.	58,30	Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße	26,70
Apparative Kompressionstherapie, je Sitzung	12,40	Nagelbearbeitung eines Fußes	18,90
Unterwasserdruckstrahlmassage	30,50	Nagelbearbeitung beider Füße	25,10
		Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,70
<b>Packungen</b>		Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	41,60
wiederverwendbare Wärmepackungen (z. B. Fango)	15,60	<b>Orthonyxiespangen</b>	
einmal verwendbare Wärmepackung (z. B. Naturmoor, Naturfango)	47,80	konfektionierte Spange setzen	74,80
Kaltpackung (z. B. Lehm, Quark)	20,30	individuelle Spange setzen	194,60
		Klebespange setzen	37,40
<b>Wärme-/Kältetherapie</b>		Spange regulieren	37,40
Eisanwendungen (z. B. Eisabreibungen, Eisbeutel)	12,90	Spange abnehmen	12,50
Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft, Kältekammer)	12,90	Ersatzversorgung individuelle Spange	64,80
Wärmetherapie (z. B. mittels Heißluftbehandlung, Infrarot oder Ultraschall)	7,50	<b>OSTEOPATHIE / CRANIO-SAKRAL-THERAPIE</b>	
Heiße Rolle	13,60	je Sitzung	35,00
<b>Elektrotherapie</b>		<b>HAUSBESUCHE</b>	
z. B. Reizstrom, Iontopherese	8,20	Hausbesuch inkl. Wegegeld (ärztlich verordnet)	17,50
Zwei-/Vierzellenbad	14,90		
Hydroelektrisches Bad (Stangerbad)	29,00		
<b>Inhalationen</b>			
Inhalation (auch mit Ultraschallvernebler), einzeln	8,80		
Inhalation, in der Gruppe	4,80		
<b>Komplexbehandlungen</b>			
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), ambulante Rehabilitation, Tagessatz	108,10		
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung	66,00		
<b>LOGOPÄDIE</b>			
<b>Diagnostik und Planung</b>			
Erstgespräch	43,00		
Behandlungsplanung	65,00		

## Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact)

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z. B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
<b>Arbeitsvorbereitung</b>		unabhängig von der Herstellungsart)	
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	15,90	Onlay aus Metall	101,00
Dowel-Pin setzen	3,20		
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	16,20	<b>Kronen und Brückentechnik</b>	
Frässockel	12,00	Angelieferte Modellation gießen	22,00
Hilfssteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	15,90	Anker für Klebebrücke	92,60
Kunststoffstümpfe	15,00	Auflage an Brückenglied	13,70
Modell aus feuerfester Masse, Lötmodell	7,50	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	240,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	7,50	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	67,70
Modell aus Kunststoff	23,40	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	240,00
Modell aus Superhartgips	9,50	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	94,60
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	12,00	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	15,80
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,00	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	15,80
Modellergänzung aus Kunststoff	15,90	Papille aus Keramik	39,30
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	15,20	Papille aus Komposit	22,70
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,80	Papille aus Kunststoff	17,00
Modellpaar in Gipssockel fixieren	9,80	Sattelpontic aus Keramik	39,30
Modellpaar sockeln	24,00	Sattelpontic aus Komposit	22,70
Modellpaar trimmen	9,00	Sattelpontic aus Kunststoff	17,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	11,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	9,80	Stiftaufbau in vorhandene Krone	15,80
Okklusionsmodell	7,50	Stiftaufbau, direkt	39,00
Okklusionsmodell für Sägesegmente	12,00	Stiftaufbau, indirekt	62,20
Remontagemodell	24,50	Teilverblendung aus Keramik	110,00
Set-up, je Zahn	9,90	Teilverblendung aus Komposit	83,70
Spezialmodell	18,00	Teilverblendung aus Kunststoff	53,60
Split-Cast-Sockel an Modell	9,50	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	150,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	6,40	Vollverblendung aus Keramik	115,00
		Vollverblendung aus Komposit	88,00
<b>Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln</b>		Vollverblendung aus Kunststoff	60,00
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	25,70	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	22,00
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	7,40	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe	88,00
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	25,70	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	88,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiflzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	63,00	Wurzelpontic aus Keramik	39,30
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiflzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	37,80	Wurzelpontic aus Komposit	22,70
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	33,00	Wurzelpontic aus Kunststoff	17,00
Spezialbissplatte	25,70	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	22,00
Tiefziehteil, Formteil für provisorische Versorgung	20,50	Zahnfleisch aus Keramik	39,30
Vorwall	13,00	Zahnfleisch aus Komposit	22,70
		Zahnfleisch aus Kunststoff	17,00
<b>Inlays und Onlays</b>		<b>Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente</b>	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	170,00	Ankerbandklammer, sekundär	129,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	101,00	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	46,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	130,00	Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	46,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	150,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	102,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	170,00	Individuelles Geschiebe, komplett	246,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	140,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	129,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	122,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, komplett	81,20
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, primär/sekundär	
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material,	170,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	92,00
		Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	50,00
		Lager für Ankerbandklammer	58,60
		Lager für Raste	15,00
		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	58,60
		Lager für Schubverteilungsarm	58,60
		Lösungsknopf	17,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	246,20
		Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	140,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel	170,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
individuell		Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/Edelmetall	33,90
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel konfektioniert	120,00	Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	25,10
Schubverteilungsarm	59,00	<b>Metallverbindungen</b>	
Teleskopkrone/Konuskronen/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	294,70	Konditionierung je Zahn/Flügel	15,60
Teleskopkrone/Konuskronen/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	196,70	Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	20,50
Verschraubung/Verbolzung	46,00	Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	20,50
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	81,20	Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	20,50
		Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	20,50
		Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	20,50
		Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	20,50
		Lötung auf Modell, Grundeinheit	20,50
		Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/Metallverbindung nach keramischen Brand	32,80
<b>Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz</b>			
Adams-Klammer, gebogen	19,70	<b>Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten</b>	
Approximalklammer, gebogen	11,20	Aktiver Sporn	11,80
Approximalklammer, gegossen/Edelmetall	25,10	Ankerband/ Ankerkappe	28,50
Auflage, gebogen	11,20	Aufbiss	13,80
Auflage, gegossen/Edelmetall	13,70	Auflage-KFO	12,80
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,00	Außenbogen	29,70
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,00	Basis für Einzelkiefergerät	69,90
Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer	3,00	Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	147,70
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	92,00	Coffin-Feder	28,50
Basisteil, gegossen/Edelmetall	78,20	Doppelplatten-Führungssporn	34,50
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	36,00	Dorn	11,80
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	61,80	Druckfeder, Zugfeder	14,80
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	11,20	Facebow anpassen	11,00
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00	Feder, gekreuzt	11,80
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	33,90	Feder, geschlossen/kompliziert	14,80
Doppelbogenklammer, gebogen	18,90	Feder, offen	11,80
Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall	25,10	Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-stop	11,80
Dreiecksklammer, gebogen	12,80	Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	69,90
Einarmsige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	13,70	Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	12,80
Einarmsige Klammer, gebogen	11,20	Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	19,70
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs basis , je Zahneinheit	4,00	Innenbogen	29,70
Gegenlager, gebogen	11,20	KFO Platte voreinschleifen	9,00
Gegenlager, gegossen/Edelmetall	25,10	Kinnkappe mit Retentionshaken	54,10
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00	Kunststoffschild/Abschirmelement	21,70
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs basis	33,70	Labialbogen	25,60
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs basis	56,60	Labialbogen, intermaxillär	41,30
Haltesporn, gebogen	11,20	Labialbogen, modifiziert	34,50
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	36,00	Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,90
Interdental-Knopfklammer	11,20	Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	29,70
Kralle, gebogen	12,20	Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	20,70
Kralle, gegossen/Edelmetall	13,70	Lötung, je Einheit, KFO	20,70
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	20,70	Palatinalbogen	29,70
Metallbasis je Kiefer, partiell/total	159,90	Pelotte	21,70
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	44,70	Pelottenklammer	12,80
Ösenklammer, gebogen	11,20	Positioner	147,70
Pfeilanker, gebogen	11,20	Protrusionsbogen	16,00
Pfeilklammer, gebogen	19,70	Remontieren von KFO-Gerät	49,20
Retention gebogen	45,00	Retentionsschiene	90,60
Retention, gegossen/Edelmetall	55,00	Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	51,20
Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	33,90	Schraube einarbeiten	19,70
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	25,10	Schraube einarbeiten, kompliziert	24,00
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	44,70	Spezialschraube	24,00
Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall	33,90	Spike/Stopp	12,80
Sonderkunststoff verarbeiten	92,00	Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Tropfenklammer, gebogen	11,20	Trennen einer Basis, auch erschwert	7,90
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,00	U-Bügel	34,50
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	11,20	Verankerungselement/Verankerungsklammer	28,50
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	18,90	Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	14,80
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall	33,90	Vorbiss oder Rückbiss	13,80
Umgebungsbügel bei Diastema	13,70	Vorhofplatte	59,10
Unterfütterbarer Abschlussrand	20,70	Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro)	30,00
Vofklammer, gebogen	19,70	Zungengitter	21,70
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	21,50		
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	18,90	<b>Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe</b>	
		Adjustierte Aufbisssschiene	152,60

<b>Leistung</b>	<b>erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro</b>
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
Basis, tiefgezogen	25,70
Erweitern einer Aufbisschiene, Grundeinheit	19,70
Instandsetzen einer Aufbisschiene, Grundeinheit	19,70
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	152,60
Medikamententrägerschiene	90,60
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	63,00
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	63,00
Schiene, tiefgezogen	90,60
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	29,70
Wundverband, Autopolymerisat/Wundverbandplatte, tiefgezogen	90,60
<b>Wiederherstellung/Erweiterung</b>	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	14,00
Basis erneuern, auch KFO	78,40
Basis unterfüttern, auch KFO	64,10
Basisteil unterfüttern, auch KFO	41,00
Grundeinheit Erweitern, auch KFO	21,80
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	21,80
Kronen- oder Brückengliedreparatur, je Einheit	40,30
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	9,40
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	9,40
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	9,40
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	40,30
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	9,40
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	9,40
Leistungseinheit, Instandsetzen Keramikverblendung	9,40
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	9,40
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	9,40
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	9,40
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	9,40
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Sekundärteil	9,40
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	9,40
Leistungseinheit, Verlängerung	9,40
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	9,40
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	9,40
<b>Implantate und Suprakonstruktionen</b>	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	43,00
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	55,00
Basis aus Kunststoff auf Implantat	33,00
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	24,00
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	94,60
Implantat-Kontrollschablone	38,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	6,50
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	90,00
Verlängerungshülse für Implantat	16,00
Verschraubung Implantat	48,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	17,00
Zahn vermessen	3,00
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	17,10
<b>Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien</b>	
Einstellen nach Registrat	15,20
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	22,00
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	30,00
Registrat	25,70
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	18,00
<b>Sonstiges</b>	
Nichtedelmetall-Zuschlag	15,30
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,40

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z.B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.