

## Tarif GesundheitPRIVAT 300 / 750 (Gruppenversicherung)

Stand: 01.11.2019, SAP-Nr. 332385 (GV479), 12.2019

Es gelten die GAVB/VT – Gruppenversicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

### 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, Ergotherapie, 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.

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

#### 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 Hilfsmittelverzeichnisses kann nach Ziffer II.2 durchgeführt werden.

### 3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den GAVB/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 Hilfsmittel im Rahmen des tariflichen Hilfsmittelverzeichnisses.

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 Entbindungsheim 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 Spender 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

- a) Kronen und Brücken (mit Verblendung bis zum Zahn 5),
- b) Implantate und die dazugehörigen diagnostischen, anästhetischen und chirurgischen Leistungen. Diese umfassen auch den Knochenaufbau.
- c) prothetische Leistungen,
- d) Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
- e) 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 Hauptversicherte 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 Hilfs-

mittel (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) GAVB/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) GAVB/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 Hauptversicherte 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 GAVB/VT.

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

## Abkürzungsverzeichnis

GAVB/VT	Gruppenversicherungsbedingungen 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 (Gruppenversicherung) für Personen in Berufsausbildung**

Es gelten die GAVB/VT – Gruppenversicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

### **1. Versicherungsfähigkeit**

Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif GesundheitPRIVAT (Gruppenversicherung) 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 (Gruppenversicherung) 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
<b>Krankengymnastik und Bewegungsübungen</b>		in der Gruppe, mindestens 45 min	34,60
Krankengymnastik, einzeln	25,70	in der Gruppe, mindestens 90 min	56,10
Krankengymnastik, in der Gruppe	8,20		
Krankengymnastik, auf neurophysiologischer Grundlage (z. B. Bobath, Vojta, Hippotherapie)	45,30		
Krankengymnastik, am Gerät, med. Aufbaustraining (MAT), med. Trainingstherapie (MTT)	46,20	<b>ERGOTHERAPIE</b>	
Manuelle Therapie / Chirotherapie	29,70	<b>Diagnostik und Planung</b>	
Krankengymnastik im Bewegungsbad, einzeln	31,20	Funktionsanalyse, Beratung, Behandlungsplanung	41,80
Krankengymnastik im Bewegungsbad, in der Gruppe	15,60		
Atemtherapie (Atmungsbehandlung), einzeln	25,70	<b>Behandlungen</b>	
Atemtherapie bei Mukoviszidose, einzeln	71,40	Ergotherapie, einzeln, mindestens 30 Min.	41,80
Bewegungsübungen, einzeln	10,20	Ergotherapie, einzeln, mindestens 45 Min.	54,80
Bewegungsübungen, in der Gruppe	7,70	Ergotherapie, einzeln, mindestens 60 Min	72,30
Extensionsbehandlung	8,80	Ergotherapie, einzeln, mindestens 120 Min	128,20
		Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 30 min	16,00
<b>Massagen und Lymphdrainagen</b>		Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 45 min	20,60
medizinische Massage	18,20	Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 90 min	37,90
manuelle Lymphdrainage:		Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 180 min	70,20
- Teilbehandlung, mindestens 30 Min	25,70		
- Großbehandlung, mindestens 45 Min.	38,50	<b>Beratung zur Integration</b>	
- Ganzbehandlung, mindestens 60 Min.	58,30	bei motorischen Störungen	40,70
Apparative Kompressionstherapie, je Sitzung	12,40	bei sensomotorisch perceptiven Störungen	54,40
Unterwasserdruckstrahlmassage	30,50	bei psychisch funktionellen Störungen	67,70
<b>Packungen</b>		<b>PODOLOGIE</b>	
wiederverwendbare Wampackungen (z. B. Fango)	15,60	<b>Behandlungen</b>	
einmal verwendbare Wampackung (z. B. Naturmoor, Naturfango)	47,80	Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes	18,90
Kaltpackung (z. B. Lehm, Quark)	20,30	Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße	26,70
		Nagelbearbeitung eines Fußes	18,90
<b>Wärme-/Kältetherapie</b>		Nagelbearbeitung beider Füße	25,10
Eisanwendungen (z. B. Eisabreibungen, Eisbeutel)	12,90	Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,70
Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft, Kältekammer)	12,90	Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	41,60
Wärmetherapie (z. B. mittels Heißluftbehandlung, Infrarot oder Ultraschall)	7,50		
Heiße Rolle	13,60	<b>Orthonyxiespangen</b>	
		konfektionierte Spange setzen	74,80
<b>Elektrotherapie</b>		individuelle Spange setzen	194,60
z. B. Reizstrom, Iontophorese	8,20	Klebespange setzen	37,40
Zwei-/Vierzellenbad	14,90	Spange regulieren	37,40
Hydroelektrisches Bad (Stangerbad)	29,00	Spange abnehmen	12,50
		Ersatzversorgung individuelle Spange	64,80
<b>Inhalationen</b>			
Inhalation (auch mit Ultraschallvernebler), einzeln	8,80	<b>OSTEOPATHIE / CRANIO-SAKRAL-THERAPIE</b>	
Inhalation, in der Gruppe	4,80	je Sitzung	35,00
<b>Komplexbehandlungen</b>		<b>HAUSBESUCHE</b>	
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), ambulante Rehabilitation, Tagessatz	108,10	Hausbesuch inkl. Wegegeld (ärztlich verordnet)	17,50
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>		Angelieferte Modellation gießen	22,00
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	15,00	Anker für Klebebrücke	82,00
Dowel-Pin setzen	3,20	Auflage an Brückenglied	13,00
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	15,00	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	230,00
Frässockel	10,70	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	60,00
Hilfssteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	15,00	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	230,00
Kunststoffstümpfe	15,00	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	83,80
Modell aus feuerfester Masse, Lötmodell	6,70	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	15,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	6,70	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	15,00
Modell aus Kunststoff	21,70	Papille aus Keramik	34,80
Modell aus Superhartgips	8,70	Papille aus Komposit	20,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	10,70	Papille aus Kunststoff	15,00
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	10,70	Sattelpontic aus Keramik	34,80
Modellergänzung aus Kunststoff	15,00	Sattelpontic aus Komposit	20,10
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	13,80	Sattelpontic aus Kunststoff	15,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,80	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	11,00
Modellpaar in Gipssockel fixieren	9,00	Stiftaufbau in vorhandene Krone	15,00
Modellpaar sockeln	24,00	Stiftaufbau, direkt	35,00
Modellpaar trimmen	9,00	Stiftaufbau, indirekt	55,10
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,00	Teilverblendung aus Keramik	97,40
Montage eines Modellpaares in Fixator	9,00	Teilverblendung aus Komposit	70,00
Okklusionsmodell	6,70	Teilverblendung aus Kunststoff	47,40
Okklusionsmodell für Sägesegmente	10,70	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	140,00
Remontagemodell	24,50	Vollverblendung aus Keramik	106,30
Set-up, je Zahn	9,00	Vollverblendung aus Komposit	84,00
Spezialmodell	18,00	Vollverblendung aus Kunststoff	57,00
Split-Cast-Sockel an Modell	8,70	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	22,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	6,30	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe	77,90
<b>Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln</b>		Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	77,90
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	22,80	Wurzelpontic aus Keramik	34,80
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	6,60	Wurzelpontic aus Komposit	20,10
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	22,80	Wurzelpontic aus Kunststoff	15,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	63,00	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	22,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	33,50	Zahnfleisch aus Keramik	34,80
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	29,20	Zahnfleisch aus Komposit	20,10
Spezialbissplatte	22,80	Zahnfleisch aus Kunststoff	15,00
Tiefziehteil, Formteil für provisorische Versorgung	19,00	<b>Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente</b>	
Vorwall	13,00	Ankerbandklammer, sekundär	129,00
<b>Inlays und Onlays</b>		Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	46,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Federbolzen, Friktionsstift	46,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	101,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	102,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	120,00	Individuelles Geschiebe, komplett	218,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	140,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	129,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	129,00
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	108,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, komplett	76,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	76,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, primär/sekundär	92,00
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	92,00
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	50,00
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	160,00	Lager für Ankerbandklammer	58,00
Onlay aus Metall	101,00	Lager für Raste	15,00
<b>Kronen und Brückentechnik</b>		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	58,00
		Lager für Schubverteilungsarm	58,00
		Lösungsknopf	17,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	218,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	129,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	170,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel konfektioniert	112,00
		Schubverteilungsarm	59,00
		Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller	260,90

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
notwendigen Teilleistungen)	
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	174,10
Verschraubung/Verbolzung	46,00
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	76,00
<b>Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz</b>	
Adams-Klammer, gebogen	17,00
Approximalklammer, gebogen	11,00
Approximalklammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Auflage, gebogen	11,00
Auflage, gegossen/Edelmetall	12,00
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,00
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,00
Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer	3,00
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	92,00
Basisteil, gegossen/Edelmetall	69,00
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	36,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	54,70
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	11,00
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	31,00
Doppelbogenklammer, gebogen	16,70
Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Dreiecksklammer, gebogen	11,00
Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	12,00
Einarmige Klammer, gebogen	11,00
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis, je Zahneinheit	4,00
Gegenlager, gebogen	11,00
Gegenlager, gegossen/Edelmetall	22,00
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	31,00
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	50,00
Haltesporn, gebogen	10,00
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	36,00
Interdental-Knopfklammer	11,00
Kralle, gebogen	12,20
Kralle, gegossen/Edelmetall	13,20
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	20,00
Metallbasis je Kiefer, partiell/total	141,60
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	41,00
Ösenklammer, gebogen	11,00
Pfeilanker, gebogen	10,00
Pfeilklammer, gebogen	17,00
Retention gebogen	45,00
Retention, gegossen/Edelmetall	55,00
Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	31,00
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung, auch aus Edelmetall	41,00
Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall	31,00
Sonderkunststoff verarbeiten	92,00
Tropfenklammer, gebogen	11,00
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,00
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	11,00
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	16,70
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall	31,00
Umgebungsbügel bei Diastema	12,00
Unterfütterbarer Abschlussrand	20,00
Vofßklammer, gebogen	17,00
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	21,00
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	16,70
Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/Edelmetall	31,00
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00
<b>Metallverbindungen</b>	
Konditionierung je Zahn/Flügel	13,90
Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen, je Verbindung	18,20
Lichtbogenschweißen je Verbindung	18,20
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	18,20

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	18,20
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	18,20
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	18,20
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	18,20
Lötung auf Modell, Grundeinheit	18,20
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	29,10
<b>Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten</b>	
Aktiver Sporn	10,50
Ankerband/ Ankerkappe	25,00
Aufbiss	12,50
Auflage-KFO	11,00
Außenbogen	29,70
Basis für Einzelkiefergerät	61,00
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	129,00
Coffin-Feder	25,00
Doppelplatten-Führungssporn	30,00
Dorn	10,50
Druckfeder, Zugfeder	13,00
Facebow anpassen	11,00
Feder, gekreuzt	10,50
Feder, geschlossen/kompliziert	13,00
Feder, offen	10,50
Federbügel	26,00
Führungssporn, Häkchen, Interocclusial-stop	10,50
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	61,00
Innenbogen	29,70
KFO Platte voreinschleifen	9,00
Kinnkappe mit Retentionshaken	52,00
Kunststoffschild	19,00
Labialbogen	22,50
Labialbogen, intermaxillär	36,50
Labialbogen, modifiziert	29,70
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,00
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	29,70
Lötung je zusätzliche Einheit	18,00
Lötung, je Einheit, KFO	18,00
Palatalbogen	29,70
Pelotte	19,00
Pelottenklammer	11,00
Positioner	129,00
Protrusionsbogen	16,00
Remontieren von KFO-Gerät	47,00
Retentionsschiene	79,00
Rücklaufsporn	10,50
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	45,00
Schraube einarbeiten	17,50
Schraube einarbeiten, kompliziert	24,00
Spezialschraube	24,00
Spike/Stopp	11,30
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Trennen einer Basis, auch erschwert	7,50
U-Bügel	26,00
Verankerungsklammer	17,50
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	11,00
Vorbiss oder Rückbiss	12,50
Vorhofplatte	58,00
Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro)	30,00
Zungengitter	18,00
<b>Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe</b>	
Adjustierte Aufbisssschiene	133,00
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
Basis, tiefgezogen	22,80
Erweitern einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	19,00
Instandsetzen einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	19,00
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	133,00
Medikamententrägerschiene	79,00
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	55,00
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	55,00
Schiene, tiefgezogen	79,00
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Wundverband, Autopolymerisat/Wundverbandplatte, tiefgezogen	79,00
<b>Wiederherstellung/Erweiterung</b>	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	14,00
Basis erneuern, auch KFO	69,50
Basis unterfüttern, auch KFO	56,80
Basisteil unterfüttern, auch KFO	41,00
Erweitern einer Metallbasis, Grundeinheit, auch KFO	19,00
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	19,00
Instandsetzen einer Metallbasis, Grundeinheit, auch KFO	19,00
Instandsetzen einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO-Gerät	19,00
Kronen- oder Brückengliedreparatur, Grundeinheit inklusive Trennspalt	37,00
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	8,50
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	8,50
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	8,50
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	37,00
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	8,50
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	8,50
Leistungseinheit, Instandsetzen Keramikverblendung	8,50
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	8,50
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	8,50
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	8,50
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	8,50
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	8,50
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	8,50
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	8,50
Leistungseinheit, Sekundärteil	8,50
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	8,50
Leistungseinheit, Verlängerung	8,50
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	8,50
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	8,50
<b>Implantate und Suprakonstruktionen</b>	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	40,00
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	83,80
Implantat-Kontrollschablone	38,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	6,00
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	90,00
Verlängerungshülse für Implantat	15,00
Verschraubung Implantat	48,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	17,00
Zahn vermessen	2,50
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	14,00
<b>Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien</b>	
Einstellen nach Registrat	13,80
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	20,00
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	28,00
Registrat	22,80
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	17,00
<b>Sonstiges</b>	
Nichtedelmetall-Zuschlag	13,60
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,00

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.