

Tarif GesundheitPRIVAT 300 / 750 (Gruppenversicherung)

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr. 332385 (GV479), 08.2022

Es gelten die GAVB/VT – Gruppenversicherungsbedingungen 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 Kommunikationshilfeverordnung (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 GAVB/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 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 Hilfsmittelverzeichnis 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 Hilfsmittelverzeichnis.
- 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 Verdienstaussfall 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 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 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) 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 |
|---|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| PHYSIKALISCHE THERAPIE | | Behandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen | |
| Diagnostik und Berichte | | 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 |
| Krankengymnastik und Bewegungsübungen | | 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 | | |
| Manuelle Therapie / Chirotherapie | 29,70 | | |
| Krankengymnastik im Bewegungsbad, einzeln | 31,20 | | |
| Krankengymnastik im Bewegungsbad, in der Gruppe | 15,60 | | |
| Atemtherapie (Atemungsbehandlung), einzeln | 25,70 | | |
| Atemtherapie bei Mukoviszidose, einzeln | 71,40 | | |
| Bewegungsübungen, einzeln | 10,20 | | |
| Bewegungsübungen, in der Gruppe | 7,70 | | |
| Extensionsbehandlung | 8,80 | | |
| Massagen und Lymphdrainagen | | | |
| medizinische Massage | 18,20 | | |
| manuelle Lymphdrainage: | | | |
| - Teilbehandlung, mindestens 30 Min | 25,70 | | |
| - Großbehandlung, mindestens 45 Min. | 38,50 | | |
| - Ganzbehandlung, mindestens 60 Min. | 58,30 | | |
| Apparative Kompressionstherapie, je Sitzung | 12,40 | | |
| Unterwasserdruckstrahlmassage | 30,50 | | |
| Packungen | | | |
| wiederverwendbare Wampackungen (z. B. Fango) | 15,60 | | |
| einmal verwendbare Wampackung (z. B. Naturmoor, Naturfango) | 47,80 | | |
| Kaltpackung (z. B. Lehm, Quark) | 20,30 | | |
| Wärme-/Kältetherapie | | | |
| Eisanwendungen (z. B. Eisabreibungen, Eisbeutel) | 12,90 | | |
| Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft, Kältekammer) | 12,90 | | |
| Wärmetherapie (z. B. mittels Heißluftbehandlung, Infrarot oder Ultraschall) | 7,50 | | |
| Heiße Rolle | 13,60 | | |
| Elektrotherapie | | | |
| z. B. Reizstrom, Iontophorese | 8,20 | | |
| Zwei-/Vierzellenbad | 14,90 | | |
| Hydroelektrisches Bad (Stangerbad) | 29,00 | | |
| Inhalationen | | | |
| Inhalation (auch mit Ultraschallvernebler), einzeln | 8,80 | | |
| Inhalation, in der Gruppe | 4,80 | | |
| Komplexbehandlungen | | | |
| Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), ambulante Rehabilitation, Tagessatz | 108,10 | | |
| Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung | 66,00 | | |
| | | | |
| LOGOPÄDIE | | | |
| Diagnostik und Planung | | | |
| Erstgespräch | 43,00 | | |
| Behandlungsplanung | 65,00 | | |
| | | | |
| | | ERGOTHERAPIE | |
| | | Diagnostik und Planung | |
| | | Funktionsanalyse, Beratung, Behandlungsplanung | 41,80 |
| | | Behandlungen | |
| | | Ergotherapie, einzeln, mindestens 30 Min. | 41,80 |
| | | Ergotherapie, einzeln, mindestens 45 Min. | 54,80 |
| | | Ergotherapie, einzeln, mindestens 60 Min | 72,30 |
| | | Ergotherapie, einzeln, mindestens 120 Min | 128,20 |
| | | Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 30 min | 16,00 |
| | | Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 45 min | 20,60 |
| | | Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 90 min | 37,90 |
| | | Ergotherapie, in der Gruppe, mindestens 180 min | 70,20 |
| | | Beratung zur Integration | |
| | | bei motorischen Störungen | 40,70 |
| | | bei sensomotorisch perceptiven Störungen | 54,40 |
| | | bei psychisch funktionellen Störungen | 67,70 |
| | | PODOLOGIE | |
| | | Behandlungen | |
| | | Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes | 18,90 |
| | | Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße | 26,70 |
| | | Nagelbearbeitung eines Fußes | 18,90 |
| | | Nagelbearbeitung beider Füße | 25,10 |
| | | Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) | 26,70 |
| | | Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) | 41,60 |
| | | Orthonyxiespangen | |
| | | konfektionierte Spange setzen | 74,80 |
| | | individuelle Spange setzen | 194,60 |
| | | Klebespange setzen | 37,40 |
| | | Spange regulieren | 37,40 |
| | | Spange abnehmen | 12,50 |
| | | Ersatzversorgung individuelle Spange | 64,80 |
| | | OSTEOPATHIE / CRANIO-SAKRAL-THERAPIE | |
| | | je Sitzung | 35,00 |
| | | HAUSBESUCHE | |
| | | Hausbesuch inkl. Wegegeld (ärztlich verordnet) | 17,50 |

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 |
|---|--|---|--|
| Arbeitsvorbereitung | | 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 | Kronen und Brückentechnik | |
| 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 |
| Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln | | Vollverblendung aus Komposit | 88,00 |
| Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff | 25,70 | Vollverblendung aus Kunststoff | 60,00 |
| Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis | 7,40 | Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau | 22,00 |
| Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff | 25,70 | Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe | 88,00 |
| Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart | 63,00 | Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau | 88,00 |
| Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone | 37,80 | Wurzelpontic aus Keramik | 39,30 |
| Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer | 33,00 | Wurzelpontic aus Komposit | 22,70 |
| Spezialbissplatte | 25,70 | Wurzelpontic aus Kunststoff | 17,00 |
| Tiefzieheteil, Formteil für provisorische Versorgung | 20,50 | Wurzelstift, gegossen, aus Metall | 22,00 |
| Vorwall | 13,00 | Zahnfleisch aus Keramik | 39,30 |
| | | Zahnfleisch aus Komposit | 22,70 |
| | | Zahnfleisch aus Kunststoff | 17,00 |
| Inlays und Onlays | | Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente | |
| 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 | Metallverbindungen | |
| 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 |
| Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz | | Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen | 20,50 |
| Adams-Klammer, gebogen | 19,70 | Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen | 20,50 |
| Approximalklammer, gebogen | 11,20 | Lötung auf Modell, Grundeinheit | 20,50 |
| Approximalklammer, gegossen/Edelmetall | 25,10 | Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/Metallverbindung nach keramischen Brand | 32,80 |
| Auflage, gebogen | 11,20 | | |
| Auflage, gegossen/Edelmetall | 13,70 | Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten | |
| Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit | 3,00 | Aktiver Sporn | 11,80 |
| Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit | 2,00 | Ankerband/ Ankerkappe | 28,50 |
| Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer | 3,00 | Aufbiss | 13,80 |
| Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff | 92,00 | Auflage-KFO | 12,80 |
| Basisteil, gegossen/Edelmetall | 78,20 | Außenbogen | 29,70 |
| Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic | 36,00 | Basis für Einzelkiefergerät | 69,90 |
| Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall | 61,80 | Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät | 147,70 |
| Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen | 11,20 | Coffin-Feder | 28,50 |
| Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall | 22,00 | Doppelplatten-Führungssporn | 34,50 |
| Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall | 33,90 | Dorn | 11,80 |
| Doppelbogenklammer, gebogen | 18,90 | Druckfeder, Zugfeder | 14,80 |
| Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall | 25,10 | Facebow anpassen | 11,00 |
| Dreiecksklammer, gebogen | 12,80 | Feder, gekreuzt | 11,80 |
| Einarmsige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall | 13,70 | Feder, geschlossen/kompliziert | 14,80 |
| Einarmsige Klammer, gebogen | 11,20 | Feder, offen | 11,80 |
| Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs basis , je Zahneinheit | 4,00 | Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-stop | 11,80 |
| Gegenlager, gebogen | 11,20 | Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer | 69,90 |
| Gegenlager, gegossen/Edelmetall | 25,10 | Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig | 12,80 |
| Gitter, partiell/total oder Bügel | 132,00 | Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig | 19,70 |
| Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs basis | 33,70 | Innenbogen | 29,70 |
| Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs basis | 56,60 | KFO Platte voreinschleifen | 9,00 |
| Haltesporn, gebogen | 11,20 | Kinnkappe mit Retentionshaken | 54,10 |
| Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff | 36,00 | Kunststoffschild/Abschirmelement | 21,70 |
| Interdental-Knopfklammer | 11,20 | Labialbogen | 25,60 |
| Kralle, gebogen | 12,20 | Labialbogen, intermaxillär | 41,30 |
| Kralle, gegossen/Edelmetall | 13,70 | Labialbogen, modifiziert | 34,50 |
| Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand | 20,70 | Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO | 9,90 |
| Metallbasis je Kiefer, partiell/total | 159,90 | Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen | 29,70 |
| Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall | 44,70 | Lötung je zusätzliche Einheit, KFO | 20,70 |
| Ösenklammer, gebogen | 11,20 | Lötung, je Einheit, KFO | 20,70 |
| Pfeilanker, gebogen | 11,20 | Palatinalbogen | 29,70 |
| Pfeilklammer, gebogen | 19,70 | Pelotte | 21,70 |
| Retention gebogen | 45,00 | Pelottenklammer | 12,80 |
| Retention, gegossen/Edelmetall | 55,00 | Positioner | 147,70 |
| Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall | 33,90 | Protrusionsbogen | 16,00 |
| Ringklammer, gegossen/Edelmetall | 25,10 | Remontieren von KFO-Gerät | 49,20 |
| Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung | 44,70 | Retentionsschiene | 90,60 |
| Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall | 33,90 | Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen | 51,20 |
| Sonderkunststoff verarbeiten | 92,00 | Schraube einarbeiten | 19,70 |
| Tropfenklammer, gebogen | 11,20 | Schraube einarbeiten, kompliziert | 24,00 |
| Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn | 2,00 | Spezialschraube | 24,00 |
| Überwurfklammer, einarmig, gebogen | 11,20 | Spike/Stopp | 12,80 |
| Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen | 18,90 | Teilaußenbogen/Teilinnenbogen | 29,70 |
| Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall | 33,90 | Trennen einer Basis, auch erschwert | 7,90 |
| Umgebungsbügel bei Diastema | 13,70 | U-Bügel | 34,50 |
| Unterfütterbarer Abschlussrand | 20,70 | Verankerungselement/Verankerungsklammer | 28,50 |
| Vofklammer, gebogen | 19,70 | Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses | 14,80 |
| Zuschlag für einzeln gegossene Klammern | 21,50 | Vorbiss oder Rückbiss | 13,80 |
| Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage | 18,90 | Vorhofplatte | 59,10 |
| | | Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro) | 30,00 |
| | | Zungengitter | 21,70 |
| | | Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe | |
| | | Adjustierte Aufbisssschiene | 152,60 |

| Leistung | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro |
|--|---|
| 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 |
| Wiederherstellung/Erweiterung | |
| 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 |
| Implantate und Suprakonstruktionen | |
| 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 |
| Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien | |
| 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 |
| Sonstiges | |
| 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.