

Tarif GesundheitPRIVAT 300 / 750 (Gruppenversicherung)

Stand: 01.02.2026, SAP-Nr. 332385 (GV479), 02.2026

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 Entbindungspflege,
- 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 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 Bundespflegeverordnung 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 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 Verdienstausschlag 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

- 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 Höchstätzen erstattungsfähig.

In medizinisch begründeten Fällen sind für Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen die Teile der Honorarvereinbarung, die über den Höchstätzen 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 Versicherungsvertra

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	Euro
PHYSIKALISCHE THERAPIE		
Diagnostik und Berichte		
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplanes	16,50	
Berichte an den verordnenden Arzt	17,50	
Krankengymnastik und Bewegungsübungen		
Krankengymnastik, einzeln	25,70	
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 (Atmungsbehandlung), 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 Wärmepackungen (z. B. Fango)	15,60	
einmal verwendbare Wärmepackung (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, Iontopherese	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	
Behandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen		
einzeln, mindestens 30 min		41,80
einzeln, mindestens 45 min		59,00
einzeln, mindestens 60 min		68,90
einzeln, mindestens 90 min		103,40
in der Gruppe, mindestens 45 min		34,60
in der Gruppe, mindestens 90 min		56,10
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
Klebspange 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
Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag	

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		Onlay aus Metall	106,50
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	17,90	Kronen und Brückentechnik	
Dowel-Pin setzen	3,20	Angelieferte Modellation gießen	23,20
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	20,90	Anker für Klebebrücke	104,30
Frässockel	13,50	Auflage an Brückenglied	15,40
Hilfssteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	17,90	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	270,00
Kunststoffstümpfe	15,00	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	76,20
Modell aus feuerfester Masse, Lötmodell	8,50	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	270,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	8,50	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	106,50
Modell aus Kunststoff	26,30	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	17,80
Modell aus Superhartgips	9,50	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	17,80
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	19,90	Papille aus Keramik	44,30
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	19,90	Papille aus Komposit	25,60
Modellergänzung aus Kunststoff	17,90	Papille aus Kunststoff	19,20
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	16,70	Sattelpontic aus Keramik	44,30
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	12,40	Sattelpontic aus Komposit	25,60
Modellpaar in Gipssockel fixieren	11,00	Sattelpontic aus Kunststoff	19,20
Modellpaar sockeln	31,40	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	11,00
Modellpaar trimmen	12,40	Stiftaufbau in vorhandene Krone	17,80
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,90	Stiftaufbau, direkt	43,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	11,00	Stiftaufbau, indirekt	70,10
Okklusionsmodell	8,50	Teilverblendung aus Keramik	123,80
Okklusionsmodell für Sägesegmente	19,90	Teilverblendung aus Komposit	94,30
Remontagemodell	24,50	Teilverblendung aus Kunststoff	60,30
Set-up, je Zahn	12,80	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	165,00
Spezialmodell	19,90	Vollverblendung aus Keramik	127,00
Split-Cast-Sockel an Modell	10,50	Vollverblendung aus Komposit	97,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,30	Vollverblendung aus Kunststoff	66,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	23,20
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	28,90	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe	99,10
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	8,30	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	99,10
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	28,90	Wurzelpontic aus Keramik	44,30
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiflzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	69,30	Wurzelpontic aus Komposit	25,60
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiflzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	42,50	Wurzelpontic aus Kunststoff	19,20
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	37,10	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	23,20
Spezialbissplatte	28,90	Zahnfleisch aus Keramik	44,30
Tiefziehteil, Formteil für provisorische Versorgung	23,00	Zahnfleisch aus Komposit	25,60
Vorwall	13,00	Zahnfleisch aus Kunststoff	19,20
Inlays und Onlays		Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	187,00	Ankerbandklammer, sekundär	129,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	106,50	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	46,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	143,00	Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	46,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	165,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	112,20
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	187,00	Individuelles Geschiebe, komplett	277,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	154,00
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, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, komplett	137,40
Inlay aus Metall, einflächig	99,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, primär/sekundär	91,40
Inlay aus Metall, zweiflächig	110,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	92,00
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	121,00	Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	55,00
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	187,00	Lager für Ankerbandklammer	66,00
		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	66,00
		Lager/Raste für Schubverteilungsarm	66,00
		Lösungsknopf	17,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	277,20
		Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	154,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	187,00	Voßklammer, gebogen	22,20
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel konfektioniert	137,40	Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	24,20
Schubverteilungsarm	59,00	Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	21,20
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	331,80	Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/Edelmetall	38,10
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	221,40	Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	28,20
Verschraubung/Verbolzung	50,60		
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	91,40		
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz		Metallverbindungen	
Adams-Klammer, gebogen	23,20	Konditionierung je Zahn/Flügel	17,60
Approximalklammer, gebogen	12,60	Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen:	23,00
Approximalklammer, gegossen/Edelmetall	28,20	Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	
Auflage, gebogen	12,60	Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	23,00
Auflage, gegossen/Edelmetall	15,40	Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	23,00
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,00	Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	23,00
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,30	Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	23,00
Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer	3,00	Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	23,00
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	92,00	Lötung auf Modell, Grundeinheit	23,00
Basisteil, gegossen/Edelmetall	88,00	Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/Metallverbindung nach keramischem Brand	36,90
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	36,00		
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	69,60	Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	12,60	Aktiver Sporn	13,30
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00	Ankerband/Ankerkappe	32,10
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	38,10	Aufbiss	15,50
Doppelbogenklammer, gebogen	21,20	Auflage-KFO	14,40
Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall	28,20	Außenbogen	33,00
Dreiecksklammer, gebogen	14,60	Basis für Einzelkiefergerät	78,70
Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	15,40	Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	166,20
Einarmige Klammer, gebogen	12,60	Coffin-Feder	32,10
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis, je Zahneinheit	4,10	Doppelplatten-Führungssporn	38,80
Gegenlager, gebogen	12,60	Dorn	13,30
Gegenlager, gegossen/Edelmetall	28,20	Druckfeder, Zugfeder	16,60
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00	Facebow anpassen	12,10
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	37,90	Feder, gekreuzt	13,30
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	63,70	Feder, geschlossen/kompliziert	16,60
Haltesporn, gebogen	12,60	Feder, offen	13,30
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	36,00	Führungssporn, Häkchen, Interocclusial-stop	13,30
Interdental-Knopfklammer	12,60	Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	78,70
Kralle, gebogen	12,60	Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	14,40
Kralle, gegossen/Edelmetall	15,40	Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	23,20
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	23,20	Innenbogen	33,00
Metallbasis je Kiefer, partiell/total	180,00	KFO-Platte voreinschleifen	9,90
Metallkaufäche/Metallzahn/Edelmetall	50,40	Kinnkappe mit Retentionshaken	72,90
Ösenklammer, gebogen	12,60	Kunststoffschild/Abschirmelement	24,80
Pfeilanker, gebogen	12,60	Labialbogen	28,80
Pfeilklammer, gebogen	22,20	Labialbogen, intermaxillär	46,50
Retention gebogen	46,00	Labialbogen, modifiziert	38,80
Retention, gegossen/Edelmetall	58,10	Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	11,10
Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	38,10	Leistungseinheit Erneuerung eines Elementes/intermaxillär	19,40
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	28,20	Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	33,00
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	50,40	Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	23,30
Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall	38,10	Lötung, je Einheit, KFO	23,30
Sonderkunststoff verarbeiten	92,00	Palatinalbogen	33,00
Tropfenklammer, gebogen	12,60	Pelotte	24,40
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,00	Pelottenklammer	14,40
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	12,60	Positioner	166,20
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	21,20	Protrusionsbogen	16,60
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall	38,10	Remontieren von KFO-Gerät	66,20
Umgebungsbügel bei Diastema	15,40	Retentionsschiene	101,90
Unterfütterbarer Abschlussrand	23,20	Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	62,20
		Schraube einarbeiten	22,20
		Schraube einarbeiten, kompliziert	33,00
		Spezialschraube	33,00
		Spike/Stopp	14,40
		Teillaußenbogen/Teilinnenbogen	32,10
		Trennen einer Basis, auch erschwert	9,20
		U-Bügel	38,80
		Verankerungselement/Verankerungsklammer	32,10
		Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	16,60
		Vorbiss oder Rückbiss	15,50
		Vorhofplatte	81,50
		Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro)	30,00
		Zungengitter	24,40

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe	
Adjustierte Aufbisssschiene	171,70
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	26,40
Basis, tiefgezogen	28,90
Erweitern einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	22,20
Instandsetzen einer Aufbisssschiene, Grundeinheit	22,20
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	171,70
Medikamententrägerschiene	101,90
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	70,90
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	70,90
Schiene, tiefgezogen	101,90
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	26,40
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	31,80
Wundverband, Autopolymerisat/Wundverbandplatte, tiefgezogen	101,90
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	20,50
Basis erneuern, auch KFO	92,00
Basis unterfüttern, auch KFO	72,20
Basisteil unterfüttern, auch KFO	45,10
Grundeinheit Erweitern, auch KFO	25,40
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	25,40
Kronen- oder Brückengliedreparatur, je Einheit	45,40
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	10,60
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	10,60
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	10,60
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	45,40
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	10,60
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	23,40
Leistungseinheit, Instandsetzen Keramikverblendung	10,60
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	10,60
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	10,60
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	10,60
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	10,60
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	10,60
Leistungseinheit, Sekundärteil	10,60
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	10,60
Leistungseinheit, Verlängerung	10,60
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	10,60
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	10,60
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	47,30
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	106,50
Implantat-Kontrollschablone	38,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	7,20
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	99,00
Verlängerungshülse für Implantat	17,60
Verschraubung Implantat	51,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	17,00
Zahn vermessen	3,30
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	18,80
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	16,70
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	24,20
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	33,00
Registrat	28,90
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	19,80
Sonstiges	
Nichtedelmetall-Zuschlag	17,20
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	7,20

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.