

Krankheitskosten-Tarif MediStart 1 für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2025)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- | | |
|---|---|
| 1.
Ambulante
Heilbehandlung | <p>100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, einen Internisten (vgl. Abschnitt E.1), einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde, für Kinderheilkunde, einen Notarzt, einen Bereitschaftsarzt oder einen Vertragsarzt des Versicherers erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Behandlungsrechnung nachzuweisen.</p> <p>75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen der Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der oben aufgeführten Ärzte in Anspruch genommen wird.</p> <p>Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Abschnitt A.1 umfassen die Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte, - ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen und Entbindungspfleger, - Schutzimpfungen (ausgenommen solche aus Anlass von Auslandsreisen), - ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte im Rahmen einer häuslichen Behandlungspflege (vgl. Abschnitt E.2), - Notfall-Rettungsdienst, - ärztlich verordnete und begründete Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Behandlung (z. B. bei Strahlen- und Notfallbehandlung, Unfällen und Gehunfähigkeit). <p>75 % der Aufwendungen für psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr,</p> <p>75 % der Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenerzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) einschließlich der verordneten Arzneimittel sowie der Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs MediStart 1 aufgeführt und im Rahmen der dort aufgeführten Höchstbeträge berechnet sind. Die Leistungen sind begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von 1.000 Euro pro Kalenderjahr.</p> |
| 2.
Arznei- und Verbandmittel | <p>75 % der Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro pro Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100 %.</p> |
| 3.
Heil- und Hilfsmittel/digitale
Gesundheitsanwendungen | <p>75 % der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs MediStart 1 aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, - Hilfsmittel in einfacher Ausführung unter Beachtung von Abschnitt E.3 (außer orthopädische Schuhe, Hörgeräte und Krankenfahrstühle). Wird bei Hilfsmitteln die leihweise Überlassung vereinbart, werden die Aufwendungen zu 100 % erstattet, - digitale Gesundheitsanwendungen. <p>75 % der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> - orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 Euro pro Kalenderjahr, - Krankenfahrstühle und Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von jeweils 1.500 Euro. <p>100 % der Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 50 Euro. Ein Anspruch auf Leistung für den erneuten Bezug von Brillen oder Kontaktlinsen entsteht frühestens</p> |

nach 36 Monaten seit dem letzten Bezug.

4. Stationäre Behandlung/ Psychotherapie

- 100 %** der Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Krankentransporte zur stationären Behandlung und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug). Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Transport je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.
- 100 %** der Aufwendungen einer stationären psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen allgemeiner Krankenhausleistungen bis zu 6 Wochen pro Kalenderjahr, darüber hinaus zu **50 %** nach schriftlicher Zustimmung des Versicherers.

5. Zahnbehandlung

- 100 %** der Aufwendungen für Zahnbehandlung (vgl. Abschnitt E.4), mit Ausnahme von Zahnkronen und Einlagefüllungen sowie zahntechnischen Leistungen.

6. Zahnersatz und Kieferorthopädie

- 70 %** der Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie (vgl. Abschnitt E.4 und 6) einschließlich Zahnkronen, Einlagefüllungen und zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten), soweit sie im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MediStart 1 aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

Wird kalenderjährlich nicht mindestens ein Zahnarztbesuch nachgewiesen (vgl. Abschnitt E.6), verringert sich der Erstattungssatz ab dem 01.01. des folgenden Kalenderjahres jeweils um 5 %-Punkte bis auf **50 %**. Der Erstattungssatz erhöht sich jeweils um 5 %-Punkte bis maximal **70 %**, wenn kalenderjährlich ein Zahnarztbesuch nachgewiesen wird.

Die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie betragen **50 %** der tariflichen Erstattung, wenn vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird (vgl. Abschnitt E.6).

Die Leistungen sind begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von insgesamt **1.500 Euro** in den ersten beiden Versicherungsjahren, **3.000 Euro** in den ersten vier Versicherungsjahren, **6.000 Euro** ab dem fünften Versicherungsjahr für einen Zeitraum von jeweils zwei aufeinander folgenden Jahren.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt E.5) entfallen diese Höchstsätze.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediStart 1 ab dem fünften Versicherungsjahr.

7. Ausland Rücktransport, Überführung, Beisetzung

- 100 %** der Aufwendungen für
- einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland. Dieser liegt vor, wenn für die Rückreise aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von 2 Wochen übersteigen würde. Mitversichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise sowie die Kosten für eine medizinisch notwendige Begleitperson,
 - eine Überführung nach dem Tod der versicherten Person aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise oder
 - die Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu der Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

Als Ausland gilt nicht das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

B. Tarifstufen

1. MediStart 1 SB

Mit Tarifstufe MediStart 1 SB ist eine Selbstbeteiligung für die Leistungen des Abschnitts A. vereinbart. Sie beträgt pro Person und Kalenderjahr insgesamt **480 Euro**.

Auf die Selbstbeteiligung werden nur die erstatteten Aufwendungen angerechnet.

2. MediStart 1 BO

Mit Tarifstufe MediStart 1 BO ist eine garantierte Beitragsrückerstattung (Bonus) von bis zu **480 Euro** pro Kalenderjahr vereinbart. Die Ausschüttung des Bonus erfolgt in gleichen Teilbeträgen von **40 Euro** an den Versicherungsnehmer für jede versicherte Person und für jeden vollen Kalendermonat, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Voraussetzung für eine Auszahlung ist der Ausgleich der fälligen Versicherungsbeiträge per SEPA-Lastschriftmandat. Die Auszahlung des Bonus erfolgt auf ein vom Versicherungsnehmer benanntes inländisches Bankkonto, jeweils zum Ende des 1. Monats, der auf die Fälligkeit eines Monatsbeitrages folgt. Die erstmalige Auszahlung des Bonus erfolgt nicht vor Eingang der Erstprämie.

Der Anspruch auf Auszahlung des Bonus entfällt für jeden Kalendermonat, in dem die Leistungen ganz oder teilweise gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) ruhen. Ein Anspruch auf Bonuszahlungen besteht nicht für die Kalendermonate, in denen eine Anwartschaftsversicherung oder ein Ruhen des Versicherungsschutzes vereinbart ist.

Bei Inanspruchnahme von Leistungen des Abschnitts A. wird der gesamte jährliche Bonus in Höhe von **480 Euro** auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsvertrag nach Tarifstufe MediStart 1 BO vor Ablauf eines Kalenderjahres beendet wird. Für das Kalenderjahr des Versicherungsbeginns ermäßigt sich die Anrechnung des Bonus für jeden Kalendermonat um jeweils 1/12, in dem die Versicherung nicht bestand.

C. Versicherungsfähigkeit

Erläuterungen

Neben Tarif MediStart 1 darf keine weitere Krankheitskostenversicherung als Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung bei der Gothaer Krankenversicherung AG oder einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen oder fortgeführt werden.

D. Obliegenheit

Erläuterungen

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Abschluss einer Krankheitskostenversicherung als Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen unverzüglich anzuzeigen. Wird entgegen der unter Abschnitt C. für den Tarif bestimmten Versicherungsfähigkeit neben Tarif MediStart 1 eine weitere Krankheitskostenversicherung als Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen unterhalten oder später abgeschlossen, endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediStart 1 wegen Wegfalls der Versicherungsfähigkeit (vgl. Abschnitt C.). Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die Umstellung des Versicherungsschutzes im Rahmen der für das Neugeschäft offenen Krankheitskostenvollversicherungen des Versicherers zu verlangen. Der Versicherer ist berechtigt, für Mehrleistungen einen Risikozuschlag und Wartezeiten (§ 3 AVB) zu vereinbaren. Die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit kann der Versicherungsnehmer dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistungen einen Leistungsausschluss vereinbart. Die Umstellung erfolgt rückwirkend zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer die Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung neben Tarif MediStart 1 abgeschlossen oder unterhalten hat.

Das Recht des Versicherers, das Vertragsverhältnis nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 und 2 VVG zu kündigen (s. Anhang), bleibt unberührt.

E. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Als Erstbehandelnder wird auch ein hausärztlich tätiger Internist anerkannt, sofern rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Nachweis mit Name und Anschrift des Internisten vorgelegt wird.
2. Als häusliche Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).
3. Für den Erwerb von Hilfsmitteln ab **500 Euro** muss unter Vorlage der ärztlichen Verordnung die schriftliche Zustimmung des Versicherers eingeholt werden. Wird ein Hilfsmittel ab **500 Euro** ohne Zustimmung des Versicherers beschafft, beträgt die Leistung **50 %** der tariflichen Erstattung.
4. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung umfassen allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums mit Ausnahme von Zahnkronen und Einlagefüllungen sowie zahntechnischen Leistungen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie umfassen prothetische und

Kieferorthopädische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, Zahnkronen und Einlagefüllungen sowie die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind erstattungsfähig, soweit sie im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MediStart 1 aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Rechnungsbeträge berechnet sind.

5. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
6. Für die Inanspruchnahme von Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie muss vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und seine Entscheidung schriftlich bekannt zu geben. Die Leistung beträgt **50 %** der tariflichen Erstattung, wenn für die Inanspruchnahme von Zahnersatz und Kieferorthopädie vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan nicht vorgelegt wird. Zum Heil- und Kostenplan ist auch der Nachweis über die kalenderjährlich durchzuführenden Zahnarztbesuche vor Behandlungsbeginn einzureichen.

F. Optionsrecht

Optionsausübung

Im Rahmen der für das Neugeschäft offenen Tarife kann der Versicherungsnehmer, der erstmalig beim Versicherer mit Tarif MediStart eine Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung genommen hat, die Umstellung in einen umfassenderen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten verlangen:

Krankheitskostenversicherung mit einer Selbstbeteiligung für

- ambulante Heilbehandlung (bis zu den Höchstsätzen der GOÄ),
- stationäre Heilbehandlung bei Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer sowie gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
- Zahnbehandlung (bis zu den Höchstsätzen der GOZ),
- Zahnersatz und Kieferorthopädie bis zu einem Erstattungssatz von 60 % (bis zu den Höchstsätzen der GOZ).

Die für eine Umstellung vorgesehenen Tarife/Tarifkombinationen können beim Versicherer jederzeit erfragt werden.

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, kann eine Umstellung jeweils nach Ablauf von 24 oder 36 Monaten seit Vertragsbeginn erfolgen, sofern der Antrag innerhalb von 2 Monaten vor Ablauf der genannten Vertragslaufzeit gestellt wird. Für Personen, die im Rahmen der Versicherung von Neugeborenen versichert wurden (vgl. § 2 Abs. 2 AVB), darf der Versicherungsschutz nicht höher sein als der eines Elternteils.

Besondere vertragliche Vereinbarungen gelten auch nach einer Umstellung weiter. Bestehende Risikozuschläge werden entsprechend dem vereinbarten umfassenderen Versicherungsschutz umgerechnet.

Unter den genannten Bedingungen besteht auch das Recht auf Umstellung in den Tarif MediCompact Plus oder MediCompact Premium. Maßgebend sind dabei jedoch nicht die bestehenden besonderen vertraglichen Vereinbarungen im Tarif MediStart 1 bzw. dort vereinbarte Risikozuschläge. Stattdessen wird, auf Basis des Gesundheitszustandes bei Beantragung des Tarifs MediStart 1, die im Neugeschäft übliche Gesundheitsprüfung des Tarifs MediCompact Plus oder MediCompact Premium durchgeführt. Verschlechterungen des Gesundheitszustandes während der Versicherungszeit im Tarif MediStart 1 bleiben unberücksichtigt.

Die Umstellung auf einen höherwertigen Versicherungsschutz wird im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung des Tarifs MediStart 1 wirksam.

Von der Option ausgenommen sind Tarife, bei denen die Aufnahmefähigkeit bedingungsgemäß von einer obligatorischen ärztlichen Gesundheitsprüfung abhängig gemacht wird.

G. Anpassung der Höchstbeträge, der Selbstbeteiligung, der garantierten Beitragsrückerstattung (Bonus) sowie der Verzeichnisse für Heilmittel und zahntechnische Leistungen

Leistungsanpassung Gemäß § 8b Abs. 1.2 AVB überprüft der Versicherer bei einer Beitragsanpassung die Höchstbeträge und passt sie mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung an. Dies gilt auch für eine vereinbarte Selbstbeteiligung oder eine garantierte Beitragsrückerstattung (Bonus). Unter den Voraussetzungen des § 18 AVB ist der Versicherer zudem berechtigt, die Leistungsinhalte der Verzeichnisse an veränderte Verhältnisse anzupassen.

H. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

I. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

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

- a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind. Die Ausschüttung der Beitragsrückerstattung und ihre Höhe kann davon abhängig gemacht werden, dass diese Voraussetzung für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt ist.
- b) die Versicherung am **30.06.** des folgenden Jahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

Bei MediStart 1 BO wird der Bonus auf die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angerechnet. Für die Berechnung des Anrechnungsbetrages wird die monatliche Bonuszahlung in Höhe von **40 Euro** zugrunde gelegt, multipliziert mit der Anzahl der für die Beitragsrückerstattung festgelegten Monatsbeiträge. Die Beitragsrückerstattung wird im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres ausgezahlt oder gutgeschrieben.

Hinweis Es wird empfohlen, dem liquidationsberechtigten Arzt bzw. Zahnarzt das Heilmittelverzeichnis bzw. das Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MediStart 1 vorzulegen.

Heilmittelverzeichnis des Tarifs MediStart 1

Vorbemerkung:

Wenn im Leistungsverzeichnis ein Richtwert angegeben ist, ist die jeweilige Therapiemaßnahme einschließlich ihrer Vor- und Nachbereitung sowie ihrer Dokumentation innerhalb des durch den Richtwert angegebenen Zeitrahmens durchzuführen.

Der Richtwert darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Einige Therapiemaßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. Der Zeitrahmen für die Nachruhe beträgt 20 bis 25 Minuten.

	Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
I. Inhalationen	1 Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,60
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind gesondert erstattungsfähig.	
	2 Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	3 Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
	b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
	4 Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	27,80
	5 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten	44,20
	6 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	55,20
	7 Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	12,50
	8 Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
	9 Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50
	10 Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,80
b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,70	
c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60	
11 Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	33,40	

Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
12 Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 15 bis 20 Minuten	19,20
13 Bewegungsübungen	
a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	12,90
b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,00
14 Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,20
b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,60
c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
15 Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16 Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	52,40
17 Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
18 Rückbildungsgymnastik/ pro Sitzung	10,90
III. Massagen	
19 Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile	
a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,30
b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40
20 Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	21,50
21 Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	31,70
IV. Palliativversorgung	
22 Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
23 Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten	13,60
24 Wärmepackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid als Teilpackung	36,20
c) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid als Großpackung	47,80

Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
25 Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
26 Kaltpackung (Teilpackung)	
a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
27 Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
28 Sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10
29 Trockenpackung	4,10
30 Guss	
a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
31 An- oder absteigendes Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe)	16,20
b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad)	26,40
32 Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	12,10
b) Vollbad	17,60
33 Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
34 Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	43,30
b) Vollbad	52,70
35 Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	37,90
b) Vollbad	43,30
36 Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
37 Medizinische Bäder mit Zusatz	
a) Hand- oder Fußbad	8,80
b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
38 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,10
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
39 Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 37 Buchstabe a bis c und nach Nummer 38 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 37 Buchstabe d erstattungsfähig.	

	Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
VI. Kälte- und Wärmebehandlung	40 Kältetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten	12,90
	41 Wärmetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mittels Heißluft, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50
	42 Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80
VII. Elektrotherapie	43 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
	44 Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20
	45 Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5 bis 10 Minuten	17,60
	46 Iontophorese	8,20
	47 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
VIII. Lichttherapie	48 Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00
	49 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
	50 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
IX. Logopädie	51 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
	52 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
	53 Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	111,20
	54 Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig, Richtwert: 30 Minuten	55,60
	55 Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	a) Ausführlicher Bericht	11,80
	56 Bericht an verordnende Person	6,20
	57 Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
	58 Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	49,40
b) Richtwert: 45 Minuten	68,00	
c) Richtwert: 60 Minuten	86,50	
d) Richtwert: 90 Minuten	103,40	

Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
59	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer
a)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten 61,20
b)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten 34,60
c)	Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten 111,20
d)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten 56,10
X.	
Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
60	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall 41,80
61	Einzelbehandlung
a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten 45,20
b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten 60,90
c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten 76,20
d)	bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten 128,20
62	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall
a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten 135,60
b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten 182,60
c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten 152,40
63	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)
a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten 35,90
b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten 48,70
c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten 60,30
64	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)
a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten 16,50
b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten 21,40
c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten 39,30
d)	bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 180 Minuten 70,20
65	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten 50,10
66	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten 152,40
67	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten 39,40
68	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten 21,40
XI.	
Podologische Behandlung	
69	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten 34,20
70	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten 49,20
71	Podologische Befundung, je Behandlung 3,40

Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro	
72	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	21,90
73	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
74	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	96,40
75	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	52,80
76	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z. B. nach Ross Fraser	48,30
77	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
78	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
79	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
80	Behandlungsabschluss, ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
XII. Ernährungstherapie	81 Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	38,70
	82 Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	77,40
	83 Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
	84 Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
	85 Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
	86 Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
	87 Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
	88 Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
	89 Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20
XIII. Sonstiges	90 Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig.	22,40
	91 Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal	14,70

Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
92 Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn Leistungen nach Nummer 62 Buchstabe a bis c, Nummer 66 oder Nummer 87 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nummern 90 und 91 sind daneben nicht erstattungsfähig.	22,40
93 Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40
94 Geburtsvorbereitungskurs	80,00

¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt G. des Tarifs MediStart 1)

Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MediStart 1

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

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

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

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

* Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt G. des Tarifs MediStart 1)

** zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer