

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

(Stand: 01.07.2022)

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

	Leistung ¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ¹ in Euro
I. Inhalationen	1 Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	8,80
	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 Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50
	4 Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	25,70
	5 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
	6 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	45,30
	7 Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,20
	8 Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30
	9 Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	71,40
	10 Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50
c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60	
11 Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70	
12 Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00	
13 Bewegungsübungen		
a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20	
b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,60	

Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro		
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20	
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50	
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60	
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie, 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	46,20	
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perli'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80	
18	Rückbildungsgymnastik/ pro Sitzung	10,90	
III. Massagen	19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20	
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20	
	20	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	25,70	
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	38,50	
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,30	
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindematerial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	12,40	
	21	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
IV. Palliativversorgung	22	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	23	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
	24	Wärmpackung eines 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		
	aa) Teilpackung	36,20	
	bb) Großpackung	47,80	
	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	

Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
27 Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
28 Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
29 Trockenpackung	4,10
30 a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
31 a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	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 Medizinisches Bad 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	25,70
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 Teil- und Vollbädern 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 bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
	41 Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
	42 Ultraschall-Wärmetherapie	11,90
VII. Elektrotherapie	43 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
	44 Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
	45 Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
	46 Iontophorese	8,20
	47 Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
	48 Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
VIII. Lichttherapie	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
	51 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
52 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70	
IX. Logopädie	53 Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00
	54 Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall a) Ausführlicher Bericht	49,60 11,80
	55 Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen a) Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) Richtwert: 45 Minuten	59,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	68,90
d) Richtwert: 90 Minuten	103,40	
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.		
56 Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	50,40	
b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60	
c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60	
d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10	
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.		

	Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
X. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	57 Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
	58 Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
	59 Gruppenbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90	
d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	70,20	
60 Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20	
61 Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60	
XI. Podologische Behandlung	62 Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
	63 Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
	64 Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
	65 Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
	66 Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	41,60
	67 Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	26,70
	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,50
	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altersheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person	3,50
	68 Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
	69 Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
70 Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80	

	Leistung¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag¹ in Euro
	71 Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
	72 Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
XII. Ernährungstherapie	73 Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
	74 Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	33,00
	75 Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr	11,00
XIII. Sonstiges	76 Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
	77 Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels.	
	78 Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 76 und 77 nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig.	
	79 Geburtsvorbereitungskurs	80,00

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

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