

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

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- | | |
|---|---|
| <p>1.
Ambulante
Heilbehandlung</p> | <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 Gebührenverzeichnisses 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 EUR pro Kalenderjahr.</p> |
| <p>2.
Arznei- und Verbandmittel</p> | <p>75 % der Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR pro Kalenderjahr, darüber hinaus zu 100 %.</p> |
| <p>3.
Heil- und Hilfsmittel</p> | <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. <p>75 % der Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr, – Krankenfahrstühle und Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von jeweils 1.500 EUR. <p>100 % der Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 50 EUR. Ein Anspruch auf Leistung für den erneuten Bezug von Brillen oder Kontaktlinsen entsteht frühestens nach 36 Monaten seit dem letzten Bezug.</p> |
| <p>4.
Stationäre Behandlung/
Psychotherapie</p> | <p>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.</p> <p>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.</p> |

- 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 EUR** in den ersten beiden Versicherungsjahren, **3.000 EUR** in den ersten vier Versicherungsjahren, **6.000 EUR** 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 Krankentransport-einrichtung (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 EUR**. 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 EUR** pro Kalenderjahr vereinbart. Die Ausschüttung des Bonus erfolgt in gleichen Teilbeträgen von **40 EUR** 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 Lastschrifteinzugsverfahren. 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 EUR** 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 Erstbehandler 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 EUR** muss unter Vorlage der ärztlichen Verordnung die schriftliche Zustimmung des Versicherers eingeholt werden. Wird ein Hilfsmittel ab **500 EUR** 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.

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 EUR** 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*	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag * in	EUR
I. Inhalationen	1	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
		b) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	2	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, – einschließlich der erforderlichen Massage	19,50
	3	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
	4	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	5	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 - 8 Personen) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20
	6	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 - 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
	7	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 - 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
		a) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 - 5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	8	Bewegungsübungen	7,70
	9	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60
	10	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80
	11	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
	12	Chirogymnastik – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40
	13	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20
	14	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
	15	Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
III. Massagen	16	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perio-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
	17	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
		a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
		b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70		
18	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperaturmess-einrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10	
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	19	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30
	20	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	21	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30
	22	Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,20
	23	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
		a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salzylsäurehaltige Zusätze	6,70
		b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
	c) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10	
	24	Gashaltige Bäder	
		a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe		22,50	
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe		21,00	
d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe		18,50	
e) Radon-Zusatz je 500.000 Millistat	3,10		

Heilmittelverzeichnis des Tarifs MediStart 1

	Leistung*	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag * in	EUR
V. Kälte- und Wärmebehandlung	25	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	9,80 6,70
	26	Eisteilbad	9,80
	27	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie	28	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese	6,20
	29	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
	30	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
	31	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
	32	Iontophorese	6,20
	33	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
	34	Hydroelektronisches Vollbad (z. B. Stangenrad) auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00
VII. Lichttherapie	35	Behandlung mit Ultraviolettlicht a) als Einzelbehandlung b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,10 2,60
	36	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	3,10 5,20
	37	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
	38	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
	VIII. Logopädie	39	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall
40		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
41		Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen a) Mindestdauer 30 Minuten b) Mindestdauer 45 Minuten c) Mindestdauer 60 Minuten	31,70 41,50 52,20
42		Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten b) Erwachsenengruppen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	14,90 17,40
43		Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
44		Einzelbehandlung a) bei motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten c) bei psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	31,70 41,50 54,80
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	45	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
	46	Gruppenbehandlung a) Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer b) bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	14,40 28,70
	47	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
X. Sonstiges	48	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 47 und 48 nur anteilig je Patient ansetzbar.	
* Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt G. des Tarifs MediStart 1)			

Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MediStart 1

	Leistung*	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag * in	EUR**
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/Umgehungsbügel	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/Metallkaufäche	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

Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MediStart 1

Leistung*	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag * in	EUR**
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
56	zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	18,61
57	Weichkunststoff ZE/Sonderkunststoff	104,71
58	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	40,75
IV. Schienen	59 Aufbisschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	96,12
	60 Minioplastschiene/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 Dauerschienen mit adjustierter Oberfläche aus Metall	126,95
V. Kieferorthopädische Leistungen	64 Basis für Einzelkiefergerät	56,34
	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 Einzelement einarbeiten	12,68
	84 Metallverbindung KFO	16,36
	85 Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	9,87
	86 Mehrarmiges 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. Instandsetzung/Erweiterung	90 Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	20,23
	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

Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MediStart 1

VII. Sonstiges

Leistung*	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag * in	EUR**
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
104	Versandkosten	3,12
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
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

