

Tarif CompactPRIVAT/S Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 331666, 08.2022

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- ärztliche Behandlung (nicht Heilpraktiker),
- gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewandt.
- Hebammen und Entbindungspfleger bei ambulanter Entbindung,
- psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlung durch einen Arzt, einen approbierten ärztlichen Psychotherapeuten, einen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz (GOÄ bzw. GOP 845 bis 849 und 860 bis 864, 870 und 871), wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat, bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.280 Euro im Kalenderjahr. Für darüber hinausgehende Kosten werden die Leistungen aus der Hälfte der erstattungsfähigen Kosten erstattet.

Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

- ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.
- sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerkranken Kindern bzw. Jugendlichen,
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfeverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

1.2 Von den erstattungsfähigen Kosten werden **100 %** ersetzt.

2. Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind zu **85 %** bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von insgesamt 1.360 Euro im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %** die Kosten für:

2.1 Arznei- und Verbandmittel

2.2 von Fachkräften für physikalische Therapie und Podologen und medizinischen Fußpflegern (nach dem PodG) berechneten Vergütungen (siehe Heilmittelverzeichnis). Dazu gehören auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen.

2.3 Hilfsmittel

- Brillen und Kontaktlinsen sowie für die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker in der Höhe, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.
Für Brillengestelle wird ein Betrag von 15 Euro erstattet. Ein erneuter Anspruch auf eine Erstattung von Kosten für Brillen und Kontaktlinsen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

b) Weitere Hilfsmittel

- Bandagen,
- fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
- Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
- Hilfsmittel gegen Dekubitus,
- Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie,
- Hör- und Tinnitusgeräte in Standardausführung,
- Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
- Orthesen,
- Prothesen (Arm-, Bein-, Brust- und Augenprothesen) und Epithesen,
- Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren/-Buggys in Standardausführung,
- Schuheinlagen,
- Sprechhilfen,
- Stehhilfen (z. B. Stehständer, Schrägliegebretter),
- Stomaartikel,
- tragbare Defibrillator-Westen (z. B. LifeVest).

- Soweit ein Hilfsmittel mehr als 310 Euro kostet, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von drei Kalenderjahren geleistet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

- Erstattungsfähig sind (außer bei einer Brille) auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen,

- Die Kosten für Hilfsmittel sind insoweit erstattungsfähig, als diese im Versicherungsfall die medizinisch notwendige Versorgung gewährleisten.

Hilfsmittel, die im Tarif nicht aufgeführt sind, sind nicht erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind zudem die Kosten für

- medizinisch nicht notwendiges Zubehör,
- Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens,
- Produkte und Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Ladegeräte, Batterien),
- sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die in den Leistungsbereich der Privaten Pflegepflichtversicherung fallen,
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

3. Zahnbehandlung

3.1 Erstattungsfähig sind die Kosten für

- diagnostische Leistungen und Anästhesie (ausgenommen funktionsanalytische Leistungen),
- Heil- und Kostenpläne,
- prophylaktische Leistungen (diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung),
- konservierende Leistungen, ausgenommen Kronen und Einlagefüllungen (Inlays),
- chirurgische Leistungen,
- Behandlung der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

3.2 Von den erstattungsfähigen Kosten werden **100 %** ersetzt.

4. Zahnersatz und Kieferorthopädie

4.1 Erstattungsfähig sind die Kosten für kieferorthopädische Leistungen.

4.2 Von den erstattungsfähigen Kosten werden **80 %** ersetzt.

4.3 Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Einlagefüllungen (Inlays) in metallischer Ausführung ohne Verblendung,
 - Kronen und Brücken in metallischer Ausführung (mit Verblendung bis zum Zahn 5),
 - prothetische Leistungen (nicht Implantate).
- Erstattungsfähig sind auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten nach dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis.

4.4 Von den erstattungsfähigen Kosten werden **60 %** ersetzt.

4.5 In den ersten drei Kalenderjahren ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag für Zahnersatz und Kieferorthopädie auf insgesamt 2.050 Euro begrenzt.

Diese Begrenzung entfällt

- bei unfallbedingten Kosten,
- bei Kosten für Kieferorthopädie für Kinder,
- ab dem vierten Kalenderjahr.

Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

4.6 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

5. Stationäre Krankenhausbehandlung

5.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus sind erstattungsfähig die Kosten für

- allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V. In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher (keine wahlärztlichen) Leistungen und Nebenkosten (einschließlich Heilmittel im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses).
- gesondert berechnete belegärztliche (nicht wahlärztliche) Leistungen,
- gesondert berechnete Leistungen für ambulante Operationen im Krankenhaus,
- Entbindungen in einem Krankenhaus, Entbindungsheim oder Geburtshaus sowie die Kosten für (Beleg-) Hebammen und (Beleg-) Entbindungspfleger,
- medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
 - im Krankenwagen,
 - im Rettungshubschrauber oder Flugzeug,
- voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- eine medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung in einem Krankenhaus während der stationären Behandlung,
- stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.
- den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche
 - ambulante Behandlung,
 - stationäre Behandlung.

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.

Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstaussfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

5.2 Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend psychotherapeutischer Behandlung, wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor der Behandlung eine schriftliche Zusage gegeben hat.

5.3 Von den erstattungsfähigen Kosten werden **100 %** ersetzt.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Arzt- und Zahnarztkosten sind bis zum 2,0fachen Gebührensatz, medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,8fachen Gebührensatz, Laborleistungen bis zum 1,15fachen Gebührensatz der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Der Versicherungsnehmer erhält kostenlos auf Anforderung eine Kurzfassung der GOÄ bzw. GOZ.

2. Werden in einem Kalenderjahr lediglich Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen (GOÄ 23 bis 29, 4851) und prophylaktische zahnärztliche Leistungen (GOZ 0010, 1000, 1010, 1020, 2000, 4050, 4055, 4060) erstattet, gelten die Voraussetzungen des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) AVB/VT bezüglich des Anspruches auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung als erfüllt.

3. Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Absatz 1 AVB/VT und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders berechtigt, tariflich vorgesehene Höchstbeträge und die tariflichen Leistungen für Heil- und Hilfsmittel sowie das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

4. Aufnahmefähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in den neuen Bundesländern (Gebiet der ehemaligen DDR einschließlich Berlin/Ost).

5. Neben dem Tarif CompactPRIVAT/S können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, denen die AVB/VT zu Grunde liegen.

6. Recht auf Erhöhung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Tarif CompactPRIVAT/S nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten in einen gleichartigen Vollversicherungstarif mit höheren Leistungen umzustellen, sofern der gewünschte Tarif zum entsprechenden Zeitpunkt für das Neugeschäft geöffnet ist und für die jeweilige versicherte Person Versicherungsfähigkeit besteht.

Das Wechselrecht kann bei Eintritt der folgenden Anlässe für die jeweils betroffene versicherte Person ausgeübt werden:

- bei Wechsel von einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit in ein Arbeitnehmerverhältnis,
- mit Ablauf der Probezeit eines neuen hauptberuflichen Arbeitsverhältnisses,
- drei Jahre nach Beginn einer selbstständigen Tätigkeit,
- bei Abschluss einer gesetzlich anerkannten Berufsausbildung/-qualifikation,
- bei Geburt oder Adoption eines Kindes,
- bei Eheschließung oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

Die Umstellung ist innerhalb von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem der Anlass eingetreten ist, zu beantragen. Die Umstellung erfolgt zum nächsten Monatsersten nach Antragstellung. Der Eintritt des Anlasses ist umgehend durch die vom Versicherer geforderten geeigneten Nachweise zu belegen.

Bestehen im Tarif CompactPRIVAT/S Erschwernisse (z. B. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse), werden diese beim Wechsel in den neuen Tarif übertragen; Zuschläge werden dabei in der Höhe an den geänderten Leistungsumfang und die Beitragshöhe des neuen Tarifs angepasst.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahn-technische Laborarbeiten (Compact) zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

Heilmittelverzeichnis des Tarifs CompactPRIVAT/S

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
PHYSIKALISCHE THERAPIE	
Diagnostik und Berichte	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplanes	11,50
Berichte an den verordnenden Arzt	13,50
Krankengymnastik und Bewegungsübungen	
Krankengymnastik, einzeln	21,00
Krankengymnastik, in der Gruppe	7,00
Krankengymnastik am Gerät, medizinisches Aufbautraining (MAT), medizinische Trainingstherapie (MTT)	37,50
Extensionsbehandlung	7,00
Bewegungsübungen, einzeln	9,00
Bewegungsübungen, in der Gruppe	6,00
Massagen	
Medizinische Massagen	11,20
Packungen	
Heiße Rolle	9,00
Einmal verwendbare Packung (z. B. Naturmoor, Naturfango), - Teilpackung	14,00
- Großpackung	18,50
Wiederverwendbare Warmingpackung (z. B. Fango)	11,00
PODOLOGIE	
Podologische Behandlungen	
Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes	7,00
Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße	14,00
Nagelbearbeitung eines Fußes	7,00
Nagelbearbeitung beider Füße	14,00
Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,00
Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	28,00

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Compact)

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z. B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Arbeitsvorbereitung		unabhängig von der Herstellungsart)	
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	15,90	Onlay aus Metall	101,00
Dowel-Pin setzen	3,20		
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	16,20	Kronen und Brückentechnik	
Frässockel	12,00	Angelieferte Modellation gießen	22,00
Hilfssteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	15,90	Anker für Klebebrücke	92,60
Kunststoffstümpfe	15,00	Auflage an Brückenglied	13,70
Modell aus feuerfester Masse, Lötmodell	7,50	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	240,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	7,50	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	67,70
Modell aus Kunststoff	23,40	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	240,00
Modell aus Superhartgips	9,50	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	94,60
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	12,00	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	15,80
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,00	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	15,80
Modellergänzung aus Kunststoff	15,90	Papille aus Keramik	39,30
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	15,20	Papille aus Komposit	22,70
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	11,80	Papille aus Kunststoff	17,00
Modellpaar in Gipssockel fixieren	9,80	Sattelpontic aus Keramik	39,30
Modellpaar sockeln	24,00	Sattelpontic aus Komposit	22,70
Modellpaar trimmen	9,00	Sattelpontic aus Kunststoff	17,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	9,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	11,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	9,80	Stiftaufbau in vorhandene Krone	15,80
Okklusionsmodell	7,50	Stiftaufbau, direkt	39,00
Okklusionsmodell für Sägesegmente	12,00	Stiftaufbau, indirekt	62,20
Remontagemodell	24,50	Teilverblendung aus Keramik	110,00
Set-up, je Zahn	9,90	Teilverblendung aus Komposit	83,70
Spezialmodell	18,00	Teilverblendung aus Kunststoff	53,60
Split-Cast-Sockel an Modell	9,50	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	150,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	6,40	Vollverblendung aus Keramik	115,00
		Vollverblendung aus Komposit	88,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Vollverblendung aus Kunststoff	60,00
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	25,70	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	22,00
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	7,40	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvanowurzelkappe	88,00
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	25,70	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	88,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	63,00	Wurzelpontic aus Keramik	39,30
Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	37,80	Wurzelpontic aus Komposit	22,70
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	33,00	Wurzelpontic aus Kunststoff	17,00
Spezialbissplatte	25,70	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	22,00
Tiefzieheteil, Formteil für provisorische Versorgung	20,50	Zahnfleisch aus Keramik	39,30
Vorwall	13,00	Zahnfleisch aus Komposit	22,70
		Zahnfleisch aus Kunststoff	17,00
Inlays und Onlays		Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Dreiertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	170,00	Ankerbandklammer, sekundär	129,00
Dreiertelkrone, Teilkrone aus Metall	101,00	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	46,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	130,00	Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	46,00
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	150,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	102,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	170,00	Individuelles Geschiebe, komplett	246,20
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	140,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	129,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	122,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, komplett	81,20
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk, primär/sekundär	
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material,	170,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	92,00
		Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	50,00
		Lager für Ankerbandklammer	58,60
		Lager für Raste	15,00
		Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	58,60
		Lager für Schubverteilungsarm	58,60
		Lösungsknopf	17,00
		Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	246,20
		Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	140,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel	170,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
individuell		Zweiarmige Klammer, gegossen mit Auflage/Edelmetall	33,90
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel konfektioniert	120,00	Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	25,10
Schubverteilungsarm	59,00	Metallverbindungen	
Teleskopkrone/Konuskronen/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	294,70	Konditionierung je Zahn/Flügel	15,60
Teleskopkrone/Konuskronen/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	196,70	Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	20,50
Verschraubung/Verbolzung	46,00	Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	20,50
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	81,20	Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen	20,50
		Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen	20,50
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz		Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	20,50
Adams-Klammer, gebogen	19,70	Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	20,50
Approximalklammer, gebogen	11,20	Lötung auf Modell, Grundeinheit	20,50
Approximalklammer, gegossen/Edelmetall	25,10	Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/Metallverbindung nach keramischen Brand	32,80
Auflage, gebogen	11,20		
Auflage, gegossen/Edelmetall	13,70	Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	3,00	Aktiver Sporn	11,80
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	2,00	Ankerband/ Ankerkappe	28,50
Aufstellung, je Zahneinheit bei Totalprothese Oberkiefer und Unterkiefer	3,00	Aufbiss	13,80
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	92,00	Auflage-KFO	12,80
Basisteil, gegossen/Edelmetall	78,20	Außenbogen	29,70
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	36,00	Basis für Einzelkiefergerät	69,90
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	61,80	Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	147,70
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gebogen	11,20	Coffin-Feder	28,50
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00	Doppelplatten-Führungssporn	34,50
Bonyhard-Klammer, Jackson-Klammer, gegossen, mit Auflage und Gegenlager/Edelmetall	33,90	Dorn	11,80
Doppelbogenklammer, gebogen	18,90	Druckfeder, Zugfeder	14,80
Doppelbogenklammer, gegossen/Edelmetall	25,10	Facebow anpassen	11,00
Dreiecksklammer, gebogen	12,80	Feder, gekreuzt	11,80
Einarmsige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	13,70	Feder, geschlossen/kompliziert	14,80
Einarmsige Klammer, gebogen	11,20	Feder, offen	11,80
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs basis , je Zahneinheit	4,00	Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-stop	11,80
Gegenlager, gebogen	11,20	Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	69,90
Gegenlager, gegossen/Edelmetall	25,10	Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	12,80
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00	Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	19,70
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs basis	33,70	Innenbogen	29,70
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs basis	56,60	KFO Platte voreinschleifen	9,00
Haltesporn, gebogen	11,20	Kinnkappe mit Retentionshaken	54,10
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	36,00	Kunststoffschild/Abschirmelement	21,70
Interdental-Knopfklammer	11,20	Labialbogen	25,60
Kralle, gebogen	12,20	Labialbogen, intermaxillär	41,30
Kralle, gegossen/Edelmetall	13,70	Labialbogen, modifiziert	34,50
Kunststoff an unterfütterbaren Abschlussrand	20,70	Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	9,90
Metallbasis je Kiefer, partiell/total	159,90	Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	29,70
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	44,70	Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	20,70
Ösenklammer, gebogen	11,20	Lötung, je Einheit, KFO	20,70
Pfeilanker, gebogen	11,20	Palatinalbogen	29,70
Pfeilklammer, gebogen	19,70	Pelotte	21,70
Retention gebogen	45,00	Pelottenklammer	12,80
Retention, gegossen/Edelmetall	55,00	Positioner	147,70
Ringklammer mit Auflage, gegossen/Edelmetall	33,90	Protrusionsbogen	16,00
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	25,10	Remontieren von KFO-Gerät	49,20
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	44,70	Retentionsschiene	90,60
Rücklaufklammer, gegossen/Edelmetall	33,90	Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	51,20
Sonderkunststoff verarbeiten	92,00	Schraube einarbeiten	19,70
Tropfenklammer, gebogen	11,20	Schraube einarbeiten, kompliziert	24,00
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,00	Spezierschraube	24,00
Überwurfklammer, einarmig, gebogen	11,20	Spike/Stopp	12,80
Überwurfklammer, zweiarmig, gebogen	18,90	Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	29,70
Überwurfklammer, zweiarmig, gegossen/Edelmetall	33,90	Trennen einer Basis, auch erschwert	7,90
Umgebungsbügel bei Diastema	13,70	U-Bügel	34,50
Unterfütterbarer Abschlussrand	20,70	Verankerungselement/Verankerungsklammer	28,50
Vofklammer, gebogen	19,70	Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	14,80
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	21,50	Vorbiss oder Rückbiss	13,80
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	18,90	Vorhofplatte	59,10
		Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 1.800 Euro)	30,00
		Zungengitter	21,70
		Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe	
		Adjustierte Aufbisssschiene	152,60

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
Basis, tiefgezogen	25,70
Erweitern einer Aufbisschiene, Grundeinheit	19,70
Instandsetzen einer Aufbisschiene, Grundeinheit	19,70
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	152,60
Medikamententrägerschiene	90,60
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	63,00
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	63,00
Schiene, tiefgezogen	90,60
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	29,70
Wundverband, Autopolymerisat/Wundverbandplatte, tiefgezogen	90,60
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	14,00
Basis erneuern, auch KFO	78,40
Basis unterfüttern, auch KFO	64,10
Basisteil unterfüttern, auch KFO	41,00
Grundeinheit Erweitern, auch KFO	21,80
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	21,80
Kronen- oder Brückengliedreparatur, je Einheit	40,30
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	9,40
Leistungseinheit, Basisteil aus Kunststoff	9,40
Leistungseinheit, Bruch/Riss aus Kunststoff oder Metall	9,40
Leistungseinheit, Brückenteil wiederverwenden	40,30
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	9,40
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	9,40
Leistungseinheit, Instandsetzen Keramikverblendung	9,40
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	9,40
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	9,40
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	9,40
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich an Konfektionszahn	9,40
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	9,40
Leistungseinheit, Sekundärteil	9,40
Leistungseinheit, Sprung aus Kunststoff oder Metall	9,40
Leistungseinheit, Verlängerung	9,40
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	9,40
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	9,40
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	43,00
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	55,00
Basis aus Kunststoff auf Implantat	33,00
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	24,00
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	94,60
Implantat-Kontrollschablone	38,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	6,50
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	90,00
Verlängerungshülse für Implantat	16,00
Verschraubung Implantat	48,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	17,00
Zahn vermessen	3,00
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	17,10
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	15,20
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	22,00
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	30,00
Registrat	25,70
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	18,00
Sonstiges	
Nichtedelmetall-Zuschlag	15,30
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,40

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.