

V-Tarife Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 331809, 08.2022

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

I. Versicherungsleistungen

Ambulante Heilbehandlung Tarife VA 120 und VA 140

1. Die erstattungsfähigen Kosten je Kalenderjahr und versicherte Person werden zu 100 % mit nachstehendem Selbstbehalt ersetzt:

| Tarif | Selbstbehalt | |
|--------|--------------|------------------------|
| | Erwachsene | Kinder und Jugendliche |
| VA 120 | 320 € | 160 € |
| VA 140 | 960 € | 480 € |

Die Kosten werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde bzw. in dem die Kosten für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel tatsächlich angefallen sind.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- ärztliche Leistungen (z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme (ohne die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle)), soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Die Leistungen werden erstattet, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnungen (GOÄ und GOP) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers 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.
- Leistungen des Heilpraktikers,
- Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammen-Gebührenverordnung,
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Thermotherapie (Wärme- und Kältetherapie, Packungen), Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Podologie und medizinische Fußpflege (gemäß PodG), Logopädie (bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr) und Osteopathie. Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch, soweit erforderlich, Diagnostik und Berichte.
- Impfungen, die jeweils aktuell von der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
- sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

- ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen.
- 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.
- ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB/KK. Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen.
- Hilfsmittel:
 - a) Brillengestelle (bis zu 180 Euro Rechnungsbetrag), Brillengläser und Kontaktlinsen. Die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker wird in der Höhe erstattet, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.
 - b) Applikationshilfen (z. B. Ernährungs-, Infusions-, Insulinpumpen),
 - Bandagen,
 - Blutzuckermessgeräte,
 - Bildschirmlesegeräte,
 - elektrische Fußhebersysteme,
 - fremdkraftbetriebene Arm- und Beintrainer,
 - fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
 - Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
 - Hilfsmittel gegen Dekubitus,
 - Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie (außer Absauggeräten, siehe hierzu Buchstabe c),
 - Hör- und Tinnitusgeräte,
 - Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
 - Kompressionsstrümpfe sowie Hilfsmittel zur Narbenkompression,
 - Kommunikationshilfen (außer Signalanlagen),
 - Orthesen,
 - Prothesen (Arm-, Bein-, Brust- und Augenprothesen) und Epithesen,
 - Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren/-Buggys (bis zu 1.600 Euro Rechnungsbetrag),
 - orthopädische Maßschuhe einschließlich medizinisch notwendiger Zusatzarbeiten und orthopädische Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen, Therapieschuhe sowie Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom (bis zu 220 Euro Rechnungsbetrag pro Jahr),
 - Schuheinlagen,
 - Sprechhilfen,
 - Stehhilfen (z. B. Stehständer, Schrägliegebretter),
 - Stomaartikel,
 - tragbare Defibrillator-Westen (z. B. LifeVest).
 - c) Nach Absprache mit dem Versicherer:
 - Absauggeräte bei Tracheostoma und Laryngektomie,
 - Atem- und Herzfrequenzmonitore, Pulsoximeter,
 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte (z. B. Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung) sowie Protrusionsschienen,
 - Blutgerinnungsmessgeräte.

Der Versicherer entscheidet unter sachgerechter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Umstände über die Versorgungsform (Kauf, Miete, Reparatur).

- d) Erstattet werden auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen.

3. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nichtversicherten Monat gemindert. Wird innerhalb eines Kalenderjahres eine Verminderung oder Erhöhung des Selbstbehalts vereinbart, wird pro Monat ein Zwölftel des im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen jährlichen Selbstbehaltes zugrunde gelegt. Endet die Versicherung während des Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht. Sobald eine versicherte Person das 19. Lebensjahr vollendet, gilt ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Selbstbehalt für Erwachsene.

4. Kosten für ambulante Zahnbehandlung sind nicht Gegenstand des Tarifs VA.

Stationäre Heilbehandlung Tarif VS 110

1. Die erstattungsfähigen Kosten werden zu 100 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechnbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a Sozialgesetzbuch V. In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen und Leistungen für Heilmittel.
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- gesondert berechenbare Nebenleistungen (diagnostische und therapeutische Verfahren sowie Medikamente, die nicht im Pflegesatz berücksichtigt sind),
- Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie gesonderte Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefon, Radio- und Fernsehgerät,
- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes,
- Leistungen der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspfleger,
- medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung,
- medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km,
- 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.
- 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.
- Aufwendungen, die dem Spender im Rahmen einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende entstehen, sofern der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche
 - ambulante Behandlung
 - stationäre Behandlung
 Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.

Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

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

3. Wird die versicherte Unterbringung nicht in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Kosten ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

- 25 Euro bei Unterbringung im Zweibettzimmer
- 50 Euro bei Unterbringung im Drei- oder Mehrbettzimmer.

Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes gezahlt.

4. Bei vorübergehenden Auslandsreisen sind die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus dem Ausland erstattungsfähig, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die nachgewiesenen landesüblichen Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

Zahnärztliche Behandlung Tarif VZ 110

1. Die erstattungsfähigen Kosten werden

a) für Zahnbehandlung zu 100 %

b) für Zahnersatz und Kieferorthopädie zu 80 % ersetzt.

- jedoch im Versicherungsjahr höchstens 4.200 Euro unter Anrechnung der für das vorangegangene Versicherungsjahr erbrachten Leistungen.
- ab dem 6. Versicherungsjahr ohne Höchstsatz.

Die Kosten bzw. Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. in dem der Zahnersatz bezogen wurde.

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

a) Zahnbehandlung

- operative und konservierende Zahnbehandlung, (z. B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe (diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung), Arzneien),
- Röntgenaufnahmen der Zähne,
- Heil- und Kostenpläne.

b) Zahnersatz und Kieferorthopädie

- Prothetik (z. B. auch Brücken, Implantate, Kronen, Inlays),
- Zahn- und Kieferregulierungen,
- Gnatologie (Funktionsanalyse und -therapie),
- anästhetische und chirurgische Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung),
- Heil- und Kostenpläne,

sowie die Gebühren für zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen zahn-technischen Laborarbeiten, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, sowie Materialkosten.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB/KK und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

3. Erstattungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie wegen eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls werden auf den unter Ziffer 1 Buchstabe b) genannten Höchstsatz nicht angerechnet.

4. 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.

II. Beiträge

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, indem eine versicherte Person das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

III. Sonstige Tarifbedingungen

Die Tarife VA und VS können nur auf Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex) zusammen abgeschlossen und geführt werden.

Neben den Tarifen VA und VS können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex) zu Grunde liegen.

Der Tarif VZ 110 kann nur in Verbindung mit VA- und VS-Tarifen für ambulante und stationäre Heilbehandlung auf Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex) vereinbart werden. Fällt während der Versicherungsdauer einer der VA- oder VS-Tarife fort, so endet damit auch die Versicherung nach Tarif VZ 110.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten der „V-Tarife“ zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

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

Sonderbedingungen für Personen in Berufsausbildung zu den Tarifen VA, VS, VZ

1. Versicherungsfähigkeit

Diese Sonderbedingungen können zu den Tarifen VA, VS und VZ vereinbart werden.

Versicherungsfähig sind, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht überschritten haben,

- Personen, die sich in einer Berufs- oder Schulausbildung befinden und keine regelmäßigen Einkünfte aus Erwerbstätigkeit – mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen bzw. Anwartschaftsbezügen – haben
- entfallen
- Studenten, die keine oder nur geringfügige regelmäßige Einkünfte aus Erwerbstätigkeit haben
- Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten
- nicht berufstätige Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner der unter a) bis d) genannten Personen

ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden. Für die Dauer der Gültigkeit der Sonderbedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz A.

2. Beiträge

Die monatlichen Beitragsraten für die Zeit der Berufsausbildung richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Ab Beginn des Kalenderjahres, indem eine versicherte Person das 25. bzw. 30. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

3. Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen

- wenn die Versicherungsfähigkeit endet
- wenn die Berufs- oder Schulausbildung um mehr als sechs Monate unterbrochen wird
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Arbeitslosigkeit nach Beendigung der Berufsausbildung können die vereinbarten Tarife zu diesen Sonderbedingungen für maximal 18 Monate fortgeführt werden.

Ab dem Zeitpunkt, an dem die Sonderbedingungen enden, gelten die vereinbarten Tarife und Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausschließlich. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag der vereinbarten Tarife nach dem dann geltenden Eintrittsalter zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wird eine Fortführung der Versicherung nicht gewünscht, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, die Versicherung zu diesem Zeitpunkt mit einer Frist von zwei Monaten zu kündigen.

| Leistung | erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro | Leistung | erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro |
|--|--|---|--|
| Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt | 113,00 | Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten | |
| Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis | 60,00 | Aktiver Sporn/Dorn | 12,50 |
| Lager für Ankerbandklammer | 70,00 | Ankerband/Ankerkappe | 30,20 |
| Lager für Raste | 17,00 | Aufbiss | 14,60 |
| Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe | 70,00 | Auflage KFO | 13,50 |
| Lager für Schubverteilungsarm | 70,00 | Außenbogen | 31,00 |
| Lösungsknopf | 20,00 | Basis für Einzelkiefergerät | 73,90 |
| Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell | 210,00 | Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät | 156,00 |
| Schubverteilungsarm | 71,00 | Coffin-Feder | 30,20 |
| Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen) | 321,50 | Doppelplatten-Führungssporn | 36,40 |
| Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen) | 214,50 | Druckfeder, Zugfeder | 15,60 |
| Verschraubung/Verbolzung | 50,00 | Facebow anpassen | 12,00 |
| Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles | 92,00 | Feder, geschlossen/kompliziert | 15,60 |
| Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz | | Feder, offen oder gekreuzt | 12,50 |
| Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit | 4,00 | Führungssporn, Häkchen, Interocclusial-stop | 12,20 |
| Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit | 3,00 | Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer | 73,90 |
| Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff | 110,00 | Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig | 13,50 |
| Basisteil, gegossen/Edelmetall | 85,30 | Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig | 20,80 |
| Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic | 43,00 | Innenbogen | 31,00 |
| Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall | 67,40 | KFO Platte voreinschleifen | 10,00 |
| Bonyhardklammer gebogen/ohne Auflage | 13,00 | Kinnkappe mit Retentionshaken | 63,00 |
| Bonyhardklammer gebogen/Edelmetall | 22,00 | Kunststoffschild/Abschirmelement | 22,90 |
| Einarmige gebogene Klammer/gebogene Inlay-klammer/gebogene Interdental-Knopfklammer/gebogene Approximalklammer/gebogene Auflage | 13,00 | Labialbogen | 27,00 |
| Einarmige gegossene Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgebungsbügel | 15,00 | Labialbogen, intermaxillär | 43,70 |
| Fertigstellung auf Metall-, Kunststoffbasis, je Zahneinheit | 5,00 | Labialbogen, modifiziert | 36,40 |
| Gitter, partiell/total oder Bügel | 145,00 | Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO | 10,40 |
| Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs-basis | 49,00 | Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen | 31,00 |
| Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs-basis | 61,70 | Lötung je Einheit, KFO | 21,80 |
| Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff | 43,00 | Palatinalbogen | 31,00 |
| Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand | 24,00 | Pelotte | 22,90 |
| Metallbasis je Kiefer partiell/total | 174,40 | Pelottenklammer | 13,50 |
| Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall | 49,00 | Positioner | 156,00 |
| Retention, gebogen | 55,00 | Protrusionsbogen | 18,00 |
| Retention, gegossen/Edelmetall | 67,00 | Remontieren von KFO-Gerät | 57,00 |
| Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung | 49,00 | Retentionsschiene | 95,70 |
| Sonderkunststoff verarbeiten | 110,00 | Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen | 54,10 |
| Übertragung einer Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn | 3,00 | Schraube einarbeiten | 20,80 |
| Überwurfklammer, gebogen, Doppelbogenklammer, gebogen | 20,60 | Schraube einarbeiten, kompliziert | 28,00 |
| Unterfütterbarer Abschlussrand | 24,00 | Speziialschraube | 28,00 |
| Zuschlag für einzeln gegossene Klammern | 24,00 | Spike/Stopp | 13,50 |
| Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage | 20,60 | Teilaußenbogen/Teilinnenbogen | 31,00 |
| Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall, | 27,40 | Trennen einer Basis, auch erschwert | 8,30 |
| Approximalklammer/Ringklammer, gegossen/Edelmetall/ Rücklaufklammer/Gegenlager/Doppelbogenklammer | 39,00 | U-Bügel | 36,40 |
| Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage | | Verankerungselement/Verankerungsklammer | 30,20 |
| Metallverbindungen | | Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses | 15,60 |
| Konditionierung je Zahn/Flügel | 17,00 | Vorbiss oder Rückbiss | 14,60 |
| Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung (Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung, Lötung 1-5) | 28,00 | Vorhofplatte | 70,00 |
| Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/ Metallverbindung nach keramischen Brand | 35,80 | Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 2.100 Euro) | 35,00 |
| | | Zungengitter | 22,90 |
| | | Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe | |
| | | Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn | 24,00 |
| | | Adjustierte Aufbisssschiene | 161,20 |
| | | Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfs | 26,00 |
| | | Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff | 161,20 |
| | | Miniplastschiene/Verband-/Verschlussplatte | 95,70 |
| | | Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene | 66,50 |
| | | Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf | 66,50 |
| | | Schienungskappe aus Kunststoff oder Metall | 24,00 |
| | | Übertragungskappe aus Kunststoff oder Metall | 32,30 |
| | | Wiederherstellung/Erweiterung | |
| | | Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert | 31,00 |
| | | Basis erneuern, auch KFO | 85,60 |
| | | Basis unterfüttern, auch KFO | 69,90 |
| | | Basisteil unterfüttern, auch KFO | 49,00 |
| | | Grundeinheit Erweitern, auch KFO | 26,00 |
| | | Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO | 26,00 |
| | | Kronen- oder Brückengliedreparatur, je Einheit | 45,00 |
| | | Leistungseinheit/Sprung/Bruch/Einarbeiten eines Zahnes/ Basisteil Kunststoff Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten/Rückenschutzplatte einarbeiten/Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen | 10,30 |

| Leistung | erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro |
|--|--|
| Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes | 87,00 |
| Implantate und Suprakonstruktionen | |
| Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat | 48,00 |
| Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat | 60,00 |
| Basis aus Kunststoff, auf Implantat | 36,00 |
| Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn | 26,00 |
| Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone | 103,20 |
| Implantat-Kontrollschablone | 42,00 |
| Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben | 7,00 |
| Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer | 100,00 |
| Verlängerungshülse für Implantat | 16,50 |
| Verschraubung, Implantat | 53,00 |
| Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen | 18,00 |
| Zahn vermessen | 3,30 |
| Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied | 18,00 |
| Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien | |
| Einstellen nach Registrat | 18,70 |
| Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik | 26,00 |
| Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik | 37,00 |
| Registrat | 31,00 |
| Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn | 19,00 |
| Sonstiges | |
| Nicht-Edelmetall-Zuschlag | 16,70 |
| Versand je Versandgang, Fahrtkosten | 7,00 |

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.