

Tarif VM 200

Krankheitskostenvollversicherung für Ärzte – mit Selbstbehalt

Stand: 01.12.2018, SAP-Nr.: 331811, 12.2018

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

I. Allgemeines

1. Neben dem Tarif VM können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex) zu Grunde liegen.

2. Versicherungsfähig sind Ärzte (ausgenommen Zahn- und Tierärzte), die eine ärztliche Tätigkeit ausüben, sowie deren Ehegatten bzw. eingetragene Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz und Kinder, solange sie mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben oder von diesem wirtschaftlich abhängig sind.

3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich zu melden. Das Versicherungsverhältnis im Tarif VM endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Die betroffenen versicherten Personen haben in diesem Fall das Recht, die Überführung auf artgleiche Krankheitskostentarife in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes zu verlangen. Die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung gemäß § 8a Absatz 2 AVB/KK berücksichtigt. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes können für Mehrleistungen besondere Vereinbarungen getroffen werden.

II. Versicherungsleistungen

1. Leistungsumfang

Ersatz der erstattungsfähigen Kosten für:

a) ambulante Heilbehandlung (siehe Ziffer 2)	100 %
b) zahnärztliche Behandlung (siehe Ziffer 3)	
– Zahnbehandlung	100 %
– Zahnersatz und Kieferorthopädie	75 %
Jährlicher Selbstbehalt für Leistungen bei ambulanter und zahnärztlicher Behandlung (siehe Ziffer 4):	
– für Erwachsene	740 Euro
– Kinder/Jugendliche	370 Euro
c) stationäre Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer (siehe Ziffer 5).	100 %

2. Ambulante Heilbehandlung

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 Sozialtherapie 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.

- Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammen-Gebührenverordnung
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme, Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Podologie und medizinische Fußpflege (nach PodG), Logopädie (bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr) und Osteopathie.
- Impfungen, die jeweils aktuell von der ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen.
- 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 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 gem. § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfverordnung (z. B. Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.
- Hilfsmittel und deren Reparatur:
 - a) Brillengestelle (bis zu 110 Euro Rechnungsbetrag), Brillengläser und Kontaktlinsen. Die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker wird in der Höhe erstattet, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.
 - b) Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gipsliesgeschalen, Gummistrümpfe (Kompressionsstrümpfe und Kompressionsstrumpfhosen), Hörgeräte, Korrektorschienen, Krankenfahrstühle (bis zu 1.300 Euro Rechnungsbetrag), künstliche Glieder, Orthesen, orthopädisches Schuhwerk und orthopädische Schuhzurichtungen (bis zu 135 Euro Rechnungsbetrag pro Jahr), Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Inkontinenzartikel, Stomaartikel und Hilfsmittel bei Tracheostoma (außer Absauggeräten, siehe hierzu Buchstabe c), Ernährungs-, Infusions-, Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräte:
 - c) Nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer
 - Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung, Inhalationsgeräte zur Beatmung; nicht erstattungsfähig sind sonstige Inhalationsgeräte
 - Absauggeräte bei Tracheostoma
 - Herz-, Atem- und Sauerstoffüberwachungsmonitore
 - 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 eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen, maximal jedoch bis zum Preis für die Neuanschaffung des Hilfsmittels.

Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern besteht keine Leistungspflicht.

3. Zahnärztliche Behandlung

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
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

b) Zahnersatz und Kieferorthopädie

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

soweit 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 tariflichen 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 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.

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

4. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt bezieht sich auf die Summe der sich je Kalenderjahr und versicherte Person ergebenden tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

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

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat gemindert, in dem die Versicherung nicht bestand. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht. Sobald eine versicherte Person das 19. Lebensjahr vollendet, gilt ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Selbstbehalt für Erwachsene.

5. Stationäre Heilbehandlung

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 berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a SGB 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 Leistungen eines Belegarztes.
- Unterkunftszuschlag für das Ein- oder Zweibettzimmer sowie für die Bereitstellung von Telefon, Radio- und Fernsehgerät
- Leistungen der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspfleger im Rahmen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung

- 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 gem. § 42 SGB XI ohne Vorliegen eines Pflegegrades (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.
- 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 Verdienstaufschlag 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.

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.

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

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahn-technische 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 psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten der "V-Tarife"

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 Tarifierunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Arbeitsvorbereitung		unabhängig von der Herstellungsart)	
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	18,00	Onlay aus Metall	111,00
Dowel-Pin setzen	3,50	Kronen und Brückentechnik	
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	18,00	Angelieferte Modellation gießen	26,00
Fixieren der Bisslage/Einstellen im Fixator	11,00	Anker für Klebebrücke	93,00
Frässockel	12,00	Auflage an Brückenglied	14,30
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	18,00	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	250,00
Kunststoffstümpfe	16,00	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	68,00
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	10,00	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	250,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	7,30	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	92,00
Modell aus Kunststoff	25,30	Krone/Brückenglied in vorhandene Halte- und Stützvorrichtung oder in ein vorhandenes Metallbasisteil mit Stützfunktion einarbeiten	18,00
Modell aus Superhartgips	9,30	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	12,00
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	12,00	Stiftaufbau direkt	39,00
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,00	Stiftaufbau in vorhandene Krone	18,00
Modellergänzung aus Kunststoff	18,00	Stiftaufbau indirekt	61,00
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	17,00	Teilverblendung aus Keramik	102,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	12,00	Teilverblendung aus Komposit	79,00
Modellpaar sockeln	26,00	Teilverblendung aus Kunststoff	52,00
Modellpaar trimmen	11,00	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	159,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	11,00	Vollverblendung aus Keramik	116,00
Okklusionsmodell	7,30	Vollverblendung aus Komposit	92,00
Okklusionsmodell für Sägesegmente	12,00	Vollverblendung aus Kunststoff	61,00
Remontagemodell	32,00	Vorbereiten einer Krone/eines Brückengliedes zur Aufnahme einer Halte- und/oder Stützvorrichtung oder eines Metallbasisteils mit Stützfunktion	18,00
Set-up je Zahn	11,00	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	26,00
Spezialmodell	22,00	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-	82,00
Split-Cast-Sockel an Modell	9,30	Wurzelkappe	
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,00	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	82,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Wurzelstift, gegossen, aus Metall	26,00
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,00	Zahnfleisch aus Keramik	51,00
Bisswax aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	7,20	Zahnfleisch aus Komposit	25,00
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff/ Bissregistrierung/Stützstiftregistrierung/Aufstellung	31,00	Zahnfleisch aus Kunststoff	21,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftohn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart	67,00	Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftohn, Onlay, Inlay, Teilkrone	38,00	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	50,00
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	32,00	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	55,00
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	22,00	Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/ Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	234,00
Vorwall	14,30	Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/ Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	135,00
Inlays und Onlays		Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	113,00
Dreiviertelkrone, Teilkkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	142,00
Dreiviertelkrone, Teilkkrone aus Metall	111,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung	138,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk komplett	
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung	92,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	113,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	60,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Lager für Ankerbandklammer	70,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Lager für Raste	17,00
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	70,00
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Lager für Schubverteilungsarm	70,00
Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material,	204,00	Lösungsknopf	20,00
		Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	210,00
		Schubverteilungsarm	71,00
		Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	285,00
		Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, primär/sekundär,	190,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	
Verschraubung/Verbolzung	48,00
Wiederbefestigen/–herstellen eines Sekundärteiles	92,00
Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz	
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,00
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,00
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	110,00
Basisteil, gegossen/Edelmetall	84,00
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	43,00
Bonwill–Klammer, gegossen/Edelmetall	59,70
Bonyhardklammer gebogen/ohne Auflage	13,00
Bonyhardklammer gegossen/Edelmetall	22,00
Einarmsige gebogene Klammer/gebogene Inlay–klammer/gebogene Interdental–Knopfklammer/gebogene Approximalklammer/gebogene Auflage	15,00
Einarmsige gegossene Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Kralle/Ney–Stiel/Auflage/Umgehungsbügel	15,00
Fertigstellung auf Metall–, Kunststoffbasis, je Zahneinheit	5,00
Gitter, partiell/total oder Bügel	132,00
Grundeinheit Aufstellung auf Metall–, Kunststoff–, Wachsbasis	49,00
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall–, Kunststoff–, Wachsbasis	60,00
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	43,00
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,00
Metallbasis je Kiefer partiell/total	159,00
Retention, gebogen	55,00
Retention, gegossen/Edelmetall	67,00
Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufläche	49,00
Sonderkunststoff verarbeiten	110,00
Übertragung einer Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,00
Überwurfklammer, gebogen, Doppelbogenklammer, gebogen	20,00
Unterfütterbarer Abschlussrand	24,00
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	24,00
Zweiarmsige Klammer, gebogen, Auflage	20,00
Zweiarmsige Klammer, gegossen/Edelmetall, Approximalklammer/Ringklammer, gegossen/Edelmetall/Rücklaufklammer/Gegenlager/Doppelbogenklammer	39,00
Zweiarmsige Klammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	
Metallverbindungen	
Konditionierung je Zahn/Flügel	15,10
Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung	28,00
Metallverbindung nach keramischen Brand	33,00
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Aktiver Sporn/Dorn	11,00
Ankerband/Ankerkappe	27,50
Aufbiss	13,00
Außenbogen	31,00
Basis für Einzelkiefergerät	63,00
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO–Gerät	133,00
Coffin–Feder	27,50
Doppelplatten–Führungssporn	33,00
Einzelelement einarbeiten	19,00
Facebow anpassen	12,00
Feder, geschlossen/kompliziert	15,00
Feder, offen oder gekreuzt	12,00
Führungssporn, Häkchen, Interocclusal–Stop	11,00
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	63,00
Halte– oder Abstützelement je Zahn, einarmig	13,00
Halte– oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	20,00
Innenbogen	31,00
KFO Platte voreinschleifen	10,00
Kinnkappe mit Retentionshaken	63,00
Kunststoffschild/Abschirmelement	22,00
Labialbogen	24,00
Labialbogen, intermaxillär	37,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Labialbogen, modifiziert	31,00
Leistungseinheit Dehn–/Regulierungselement einarbeiten	10,00
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	31,00
Lötung je Einheit, KFO	19,00
Palatinalbogen	31,00
Pelotte	21,00
Pelottenklammer	12,00
Positionier	133,00
Protrusionsbogen	18,00
Remontieren von KFO–Gerät	57,00
Retentionsschiene	82,00
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	52,00
Schraube einarbeiten	19,00
Schraube einarbeiten, kompliziert	28,00
Spezialschraube	28,00
Spike/Stop	11,50
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	31,00
Trennen einer Basis, auch erschwert	8,00
U–Bügel	31,00
Verankerungselement	26,00
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	13,00
Vorbiss oder Rückbiss	13,00
Vorhofplatte	70,00
Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 2.100 Euro)	35,00
Zungengitter	22,00
Aufbisschienen und Aufbissbehefe	
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
Adjustierte Aufbisschiene	137,00
Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO–Basis oder eines Aufbissbehelfs	26,00
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	137,00
Miniplastschiene/Verband–/Verschlussplatte	82,00
Neu–Adjustieren einer vorhandenen Schiene	57,00
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	57,00
Schienungskappe aus Kunststoff oder Metall	24,00
Übertragungskappe aus Kunststoff oder Metall	29,00
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	31,00
Basis erneuern, auch KFO	82,00
Basis unterfüttern, auch KFO	67,00
Basisteil unterfüttern, auch KFO	49,00
Grundeinheit Erweitern, auch KFO	26,00
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	26,00
Leistungseinheit/Sprung/Bruch/Einarbeiten eines Zahnes/Basisteil Kunststoff Halte– und/oder Stützvorrichtung einarbeiten/Rückenschutzplatte einarbeiten/Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	10,00
Reparatur einer Krone oder eines Brückengliedes	45,00
Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	87,00
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	44,00
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	60,00
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	36,00
Implantatatchse und –ort festlegen, je Zahn	26,00
Implantat–Divergenz–Ausgleichskrone	92,00
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	3,00
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	15,50
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	15,00
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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Sonstiges	
Nichtedelmetall-Zuschlag	14,80
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,20

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.