

V-Tarife

Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.02.2026, SAP-Nr.: 333585 (V110), 02.2026

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

I. Versicherungsleistungen

Ambulante Heilbehandlung

Tarife VA 100, VA 110, VA 120, VA 130, VA 140 und VA 150

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

Tarif	Selbstbehalt	
	Erwachsene	Kinder und Jugendliche
VA 100	ohne	ohne
VA 110	160 €	80 €
VA 120	320 €	160 €
VA 130	640 €	320 €
VA 140	960 €	480 €
VA 150	1.500 €	750 €

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 Entbindungspflegers 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 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 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 Selbstbehaltes vereinbart, wird pro Monat 1/12 des im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen jährlichen Selbstbehaltes zu Grunde 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

Tarife VS 110, VS 120 und VS 130

1. Die erstattungsfähigen Kosten werden

nach Tarif	bei Behandlung im
VS 110	Einbettzimmer
VS 120	Zweibettzimmer
VS 130	Drei- und Mehrbettzimmer

zu 100 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegegesetzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechnbaren 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 sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen (keine wahlärztlichen Leistungen im Tarif VS 130) und Leistungen für Heilmittel.
- gesondert berechenbare Nebenleistungen (diagnostische und therapeutische Verfahren sowie Medikamente, die nicht im Pflegegesetz berücksichtigt sind),
- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer,
- 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 gem. § 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.

nach Tarif VS 110 und VS 120 zusätzlich die Kosten für:

- Unterkunftszuschlag für ein Einbettzimmer (VS 110) bzw. Zweibettzimmer (VS 120) sowie gesonderte Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgerät,
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

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

Tarif	bei Unterbringung im	
	Zweibettzimmer	Drei- u. Mehrbettzimmer
VS 110	25 €	50 €
VS 120		25 €

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 wie folgt ersetzt:

- | | |
|--|------------|
| a) für Zahnbehandlung zu | 100 % |
| b) für Zahnersatz und Kieferorthopädie zu | 80 % |
| – jedoch im Versicherungsjahr höchstens | 4.200 Euro |
| unter Anrechnung der für das vorangegangene Versicherungsjahr erbrachten Leistungen. | |
| – ab dem 6. Versicherungsjahr ohne Höchstsatz wenn ein Heil- und Kostenplan gemäß Ziffer 4 Erstattungsgrundlage ist. | |

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.

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),

soweit die Gebühren für zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Für Versicherte mit Versicherungsbeginn vor dem 01.01.1999:

Die Kosten für dazugehörige zahntechnische Labor- und Materialkosten erstattet der Versicherer bis zur angemessenen Preislage. Die Beträge, bis zu denen von angemessener Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

Für Versicherte mit Versicherungsbeginn ab dem 01.01.1999:

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen zahntechnischen 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/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. Der Heil- und Kostenplan gemäß Ziffer 1 Buchstabe b) muss dem Versicherer vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz und Kieferorthopädie mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag unverzüglich prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekannt geben. Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Kosten.

5. Der Tarif VZ 110 kann nur in Verbindung mit VA- und VS-Tarifen für ambulante und stationäre Heilbehandlung vereinbart werden. Fällt während der Versicherungsdauer einer der VA- oder VS-Tarife fort, so endet damit auch die Versicherung nach Tarif VZ 110.

II. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

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
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

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 Tarifunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Arbeitsvorbereitung		Inlay aus Metall, einflächig	99,00
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	19,50	Inlay aus Metall, zweiflächig	110,00
Dowel-Pin setzen	3,50	Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	121,00
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	20,90	Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00
Fixieren der Bisslage/Einstellen im Fixator	12,00	Onlay aus Metall	116,20
Frässockel	14,80		
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	18,50	Kronen und Brückentechnik	
Kunststoffstümpfe	16,00	Angelieferte Modellation gießen	26,00
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	10,00	Anker für Klebebrücke	113,70
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	9,20	Auflage an Brückenglied	16,80
Modell aus Kunststoff	28,70	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	290,00
Modell aus Superhartgips	10,20	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	83,10
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	21,70	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	290,00
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	21,70	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	115,20
Modellergänzung aus Kunststoff	19,50	Krone/Brückenglied in vorhandene Halte- und Stützvorrichtung oder in ein vorhandenes Metallbasisteil mit Stützfunktion einarbeiten	19,40
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	20,60	Papille aus Keramik	51,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	13,60	Papille aus Komposit	27,90
Modellpaar sockeln	31,40	Papille aus Kunststoff	21,00
Modellpaar in Gipssockel fixieren	12,00	Sattelpontic aus Keramik	51,00
Modellpaar trimmen	12,40	Sattelpontic aus Komposit	27,90
Montage eines Gegenkiefermodelles	12,10	Sattelpontic aus Kunststoff	21,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	12,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	12,00
Okklusionsmodell	9,20	Stiftaufbau direkt	43,00
Okklusionsmodell für Sägesegmente	21,70	Stiftaufbau in vorhandene Krone	19,40
Remontagemodell	32,00	Stiftaufbau indirekt	76,40
Set-up je Zahn	12,80	Teilverblendung aus Keramik	135,10
Spezialmodell	22,00	Teilverblendung aus Komposit	102,80
Split-Cast-Sockel an Modell	11,20	Teilverblendung aus Kunststoff	65,80
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,90	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	174,90
		Vollverblendung aus Keramik	137,50
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Vollverblendung aus Komposit	105,60
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,50	Vollverblendung aus Kunststoff	72,60
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	9,10	Vorbereiten einer Krone/eines Brückengliedes zur Aufnahme einer Halte- und/oder Stützvorrichtung oder eines Metallbasisteils mit Stützfunktion	19,40
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff/ Bissregistrierung/Stützstiftregistrierung/Aufstellung	31,50	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	26,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart	73,70	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	108,10
Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	46,40	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	108,10
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	40,50	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	26,00
Spezialbissplatte	31,50	Wurzelpontic aus Keramik	51,00
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	25,10	Wurzelpontic aus Komposit	27,90
Vorwall	14,30	Wurzelpontic aus Kunststoff	21,00
		Zahnfleisch aus Keramik	51,00
Inlays und Onlays		Zahnfleisch aus Komposit	27,90
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00	Zahnfleisch aus Kunststoff	21,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	116,20		
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00	Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	50,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00	Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	55,00
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	302,40
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	154,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	124,30
		Individuelles Steggesschiebe, auch mit Gingivalfassung	142,00
		Konfektionierte Verbindungsvorrichtung	149,80
		Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk komplett	

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung	99,70
Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	113,00
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	60,00
Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	72,00
Lager für Ankerbandklammer	72,00
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,00
Lager/Raste für Schubverteilungsarm	20,00
Lösungsknopf	210,00
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	71,00
Schubverteilungsarm	361,90
Teleskopkronen, Doppelkronen, Konuskronen, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	241,50
Teleskopkronen, Doppelkronen, Konuskronen, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	55,00
Verschraubung/Verbolzung	99,70
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	
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	96,00
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff, Pontic	43,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	75,90
Bonyhardklammer gebogen/ohne Auflage	13,70
Bonyhardklammer gegossen/Edelmetall	22,00
Einarmige gebogene Klammer/gebogene Inlay-klammer/gebogene Interdental-Knopfklammer/gebogene Approximalklammer/gebogene Auflage	13,70
Einarmige gegossene Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgebungsbügel	17,00
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoffbasis, je Zahneinheit	5,00
Gitter, partiell/total oder Bügel	145,00
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs-basis	49,00
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachs-basis	69,40
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	43,00
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	25,40
Metallbasis je Kiefer partiell/total	196,40
Metallkauffläche/Metallzahn/Edelmetall	54,90
Retention, gebogen	55,00
Retention, gegossen/Edelmetall	67,00
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	54,90
Sonderkunststoff verarbeiten	110,00
Übertragung einer Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,00
Überwurfklammer, gebogen, Doppelbogenklammer, gebogen	23,40
Unterfütterbarer Abschlussrand	25,40
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	26,40
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	23,40
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall,	30,80
Approximalklammer/Ringklammer, gegossen/Edelmetall/ Rücklaufklammer/Gegenlager/Doppelbogenklammer	41,60
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	
Metallverbindungen	
Konditionierung je Zahn/Flügel	19,20
Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung (Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötlung bei gleichen Legierungen je Verbindung, Lötung 1-5)	28,00
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/ Metallverbindung nach keramischem Brand	40,30

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Aktiver Sporn/Dorn	14,10
Ankerband/Ankerkappe	34,00
Aufbiss	16,40
Auflage KFO	15,20
Außenbogen	34,00
Basis für Einzelkiefergerät	83,10
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	175,60
Coffin-Feder	34,00
Doppelplatten-Führungssporn	41,00
Druckfeder, Zugfeder	17,60
Facebow anpassen	13,20
Feder, geschlossen/kompliziert	17,60
Feder, offen oder gekreuzt	14,10
Führungssporn, Häkchen, Interocclusial-stop	14,10
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	83,10
Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	15,20
Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	23,40
Innenbogen	34,00
KFO Platte voreinschleifen	11,00
Kinnkappe mit Retentionshaken	72,90
Kunststoffschild/Abschirmelement	25,80
Labialbogen	30,40
Labialbogen, intermaxillär	49,10
Labialbogen, modifiziert	41,00
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	11,70
Leistungseinheit Erneuerung eines Elementes/intermaxillär	20,50
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	34,00
Lötung je Einheit, KFO	24,60
Palatinalbogen	34,00
Pelotte	25,80
Pelottenklammer	15,20
Positioner	175,60
Protrusionsbogen	18,00
Remontieren von KFO-Gerät	66,20
Retentionsschiene	107,70
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	62,20
Schraube einarbeiten	23,40
Schraube einarbeiten, kompliziert	33,00
Spezialschraube	33,00
Spike/Stop	15,20
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	34,00
Trennen einer Basis, auch erschwert	9,40
U-Bügel	41,00
Verankerungselement/Verankerungsklammer	34,00
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	17,60
Vorbiss oder Rückbiss	16,40
Vorhofplatte	81,50
Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 2.100 Euro)	35,00
Zungengitter	25,80
Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe	
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	26,40
Adjustierte Aufbisssschiene	181,50
Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfs	26,00
Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	181,50
Miniplastschiene/Verband-/Verschlussplatte	107,70
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	74,90
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	74,90
Schienungskappe aus Kunststoff oder Metall	26,40
Übertragungskappe aus Kunststoff oder Metall	34,70
Wiederherstellung/Erweiterung	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	31,00
Basis erneuern, auch KFO	96,30
Basis unterfüttern, auch KFO	78,70
Basisteil unterfüttern, auch KFO	49,20
Grundeinheit Erweitern, auch KFO	26,80
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	26,80
Kronen- oder Brückengliedreparatur, je Einheit	49,50

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Leistungseinheit/Sprung/Bruch/Einarbeiten eines Zahnes/ Basisteil Kunststoff Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten/Rückenschutzplatte einarbeiten/Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	11,50
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	23,40
Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	87,00
Implantate und Suprakonstruktionen	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	52,80
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	60,00
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	39,60
Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	26,00
Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	116,20
Implantat-Kontrollschablone	42,00
Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	7,70
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	110,00
Verlängerungshülse für Implantat	18,20
Verschraubung, Implantat	53,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,00
Zahn vermessen	3,60
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	19,80
Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat	20,60
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	28,60
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	37,00
Registrat	31,50
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	20,90
Sonstiges	
Nicht-Edelmetall-Zuschlag	18,80
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	7,80

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.