

Tarif VM 200

Krankheitskostenvollversicherung für Ärzte – mit Selbstbehalt

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 333589 (V140a), 08.2022

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

I. Allgemeines

1. Versicherungsfähig sind Ärzte (ausgenommen Zahn- und Tierärzte) 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.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich zu melden.

3. Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Die versicherten Personen haben in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes das Recht, die Überführung auf artgleiche Krankheitskostentarife zu verlangen. Die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung gemäß § 8a Absatz 2 AVB/KK berücksichtigt. Der Antrag auf Überführung muss innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden. 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 (mit Heil- und Kostenplan) | 75 % |
| c) stationäre Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer (siehe Ziffer 5) | 100 % |

Jährlicher Selbstbehalt für Leistungen bei ambulanter und zahnärztlicher Behandlung (siehe Ziffer 4):

- | | |
|----------------------|-----------------|
| – für Erwachsene | 740 Euro |
| – Kinder/Jugendliche | 370 Euro |

2. Ambulante Heilbehandlung

Ersattungsfähig 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 dem Leistungserbringer vereinbart hat.
- 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 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 schwerkranken 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 Fußhebegeräte,
 - 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 (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 eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen, maximal jedoch bis zum Preis für die Neuananschaffung 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.
- 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.

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 zahn-technischen Laborarbeiten, soweit sie im tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis für den Tarif VM 200 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.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie muss dem Versicherer vor Beginn von entsprechenden Maßnahmen ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden, wenn die zu erwartenden Kosten innerhalb eines Kalenderjahres 1.540 Euro übersteigen. Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag unverzüglich prüfen und den Umfang der erstattungsfähigen Kosten dem Versicherungsnehmer mitteilen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Behandlung eingereicht, wird der 1.540 Euro übersteigende Teil der erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz und Kieferorthopädie zu 50 % ersetzt.

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 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 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,
- medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung in einem 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.

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 Geschlecht und 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 zahn-technische 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	erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro	Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Arbeitsvorbereitung		Inlay aus Metall, einflächig	90,00
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	18,00	Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00
Dowel-Pin setzen	3,50	Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	18,00	Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00
Fixieren der Bisslage/Einstellen im Fixator	11,00	Onlay aus Metall	111,00
Frässockel	13,10	Kronen und Brückentechnik	
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	18,00	Angelieferte Modellation gießen	26,00
Kunststoffstümpfe	16,00	Anker für Klebebrücke	101,00
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	10,00	Auflage an Brückenglied	15,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	8,20	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	260,00
Modell aus Kunststoff	25,50	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	73,90
Modell aus Superhartgips	10,20	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	260,00
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	13,10	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	103,20
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	13,10	Krone/Brückenglied in vorhandene Halte- und Stützvorrichtung oder in ein vorhandenes Metallbasisteil mit Stützfunktion einarbeiten	18,00
Modellergänzung aus Kunststoff	18,00	Papille aus Keramik	51,00
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	18,70	Papille aus Komposit	25,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	12,00	Papille aus Kunststoff	21,00
Modellpaar sockeln	26,00	Sattelpontic aus Keramik	51,00
Modellpaar in Gipssockel fixieren	11,00	Sattelpontic aus Komposit	25,00
Modellpaar trimmen	11,00	Sattelpontic aus Kunststoff	21,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	11,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	12,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	11,00	Stiftaufbau direkt	43,00
Okklusionsmodell	8,20	Stiftaufbau in vorhandene Krone	18,00
Okklusionsmodell für Sägesegmente	13,10	Stiftaufbau indirekt	67,90
Remontagemodell	32,00	Teilverblendung aus Keramik	120,00
Set-up je Zahn	11,00	Teilverblendung aus Komposit	91,30
Spezialmodell	22,00	Teilverblendung aus Kunststoff	58,40
Split-Cast-Sockel an Modell	10,20	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	159,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,00	Vollverblendung aus Keramik	125,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Vollverblendung aus Komposit	96,00
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,00	Vollverblendung aus Kunststoff	66,00
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	8,10	Vorbereiten einer Krone/eines Brückengliedes zur Aufnahme einer Halte- und/oder Stützvorrichtung oder eines Metallbasisteils mit Stützfunktion	18,00
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff/	31,00	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	26,00
Bissregistrierung/Stützstiftregistrierung/Aufstellung		Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-	96,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart	67,00	Wurzelkappe	96,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	96,00
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	36,00	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	26,00
Spezialbissplatte	31,00	Wurzelpontic aus Keramik	51,00
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	22,30	Wurzelpontic aus Komposit	25,00
Vorwall	14,30	Wurzelpontic aus Kunststoff	21,00
Inlays und Onlays		Zahnfleisch aus Keramik	51,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00	Zahnfleisch aus Komposit	25,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	111,00	Zahnfleisch aus Kunststoff	21,00
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	268,60
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	140,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	113,00
		Individuelles Steggesschiebe, auch mit Gingivalfassung	142,00
		Konfektionierte Verbindungsvorrichtung	138,00
		Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk komplett	

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Konfektionierte Verbindungsvorrichtung Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	92,00
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	113,00
Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	60,00
Lager für Ankerbandklammer	70,00
Lager für Raste	17,00
Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	70,00
Lager für Schubverteilungsarm	70,00
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)	321,50
Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	214,50
Verschraubung/Verbolzung	50,00
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	85,30
Befestigung eines Zahnes mit zahncfarbenem Kunststoff, Pontic	43,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	67,40
Bonyhardklammer gebogen/ohne Auflage	13,00
Bonyhardklammer gegossen/Edelmetall	22,00
Einarmige gebogene Klammer/gebogene Inlay-klammer/gebogene Interdental-Knopfklammer/gebogene Approximalklammer/gebogene Auflage	13,00
Einarmige gegossene Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgebungsbügel	15,00
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	61,70
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahncfarbenem Kunststoff	43,00
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,00
Metallbasis je Kiefer partiell/total	174,40
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall	49,00
Retention, gebogen	55,00
Retention, gegossen/Edelmetall	67,00
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	49,00
Sonderkunststoff verarbeiten	110,00
Übertragung einer Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	3,00
Überwurfklammer, gebogen, Doppelbogenklammer, gebogen	20,60
Unterfütterbarer Abschlussrand	24,00
Zuschlag für einzeln gegossene Klammern	24,00
Zweiarmige Klammer, gebogen, Auflage	20,60
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall, Approximalklammer/Ringklammer, gegossen/Edelmetall/Rücklaufklammer/Gegenlager/Doppelbogenklammer	39,00
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	
Metallverbindungen	
Konditionierung je Zahn/Flügel	17,00
Metallverbindung bei Wiederherstellung/Erweiterung (Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung, Lötung 1-5)	28,00

Leistung	erstattungs-fähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/ Metallverbindung nach keramischen Brand	35,80
Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Aktiver Sporn/Dorn	12,50
Ankerband/Ankerkappe	30,20
Aufbiss	14,60
Auflage KFO	13,50
Außenbogen	31,00
Basis für Einzelkiefergerät	73,90
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	156,00
Coffin-Feder	30,20
Doppelplatten-Führungssporn	36,40
Druckfeder, Zugfeder	15,60
Facebow anpassen	12,00
Feder, geschlossen/kompliziert	15,60
Feder, offen oder gekreuzt	12,50
Führungssporn, Hähchen, Interocclusial-stop	12,20
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	73,90
Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	13,50
Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	20,80
Innenbogen	31,00
KFO Platte voreinschleifen	10,00
Kinnkappe mit Retentionshaken	63,00
Kunststoffschild/Abschirmelement	22,90
Labialbogen	27,00
Labialbogen, intermaxillär	43,70
Labialbogen, modifiziert	36,40
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	10,40
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	31,00
Lötung je Einheit, KFO	21,80
Palatalbogen	31,00
Pelotte	22,90
Pelottenklammer	13,50
Positioner	156,00
Protrusionsbogen	18,00
Remontieren von KFO-Gerät	57,00
Retentionsschiene	95,70
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	54,10
Schraube einarbeiten	20,80
Schraube einarbeiten, kompliziert	28,00
Spezierschraube	28,00
Spike/Stopp	13,50
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	31,00
Trennen einer Basis, auch erschwert	8,30
U-Bügel	36,40
Verankerungselement/Verankerungsklammer	30,20
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	15,60
Vorbiss oder Rückbiss	14,60
Vorhofplatte	70,00
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

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	10,30
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.