

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

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 dem Leistungserbringer 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, 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 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 (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 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.
- 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-) Entbindungspflegers,
 - 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 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 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-Wurzelkappe | 96,00 |
| Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart | 67,00 | Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau | 96,00 |
| Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone | 41,20 | Wurzelstift, gegossen, aus Metall | 26,00 |
| Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer | 36,00 | Wurzelpontic aus Keramik | 51,00 |
| Spezialbissplatte | 31,00 | Wurzelpontic aus Komposit | 25,00 |
| Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung | 22,30 | Wurzelpontic aus Kunststoff | 21,00 |
| Vorwall | 14,30 | Zahnfleisch aus Keramik | 51,00 |
| Inlays und Onlays | | Zahnfleisch aus Komposit | 25,00 |
| Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart) | 204,00 | Zahnfleisch aus Kunststoff | 21,00 |
| Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall | 111,00 | Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente | |
| Inlay aus Keramik, einflächig (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, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart) | 195,00 | Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe) | 55,00 |
| Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart) | 204,00 | Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett | 268,60 |
| 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, primär/sekundär | 140,00 |
| Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium) | 90,00 | Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit | 113,00 |
| Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium) | 101,00 | Individuelles Steggeschiebe, 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 Verlötlung 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 |
| Spezialschraube | 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.