

Tarif VG Krankheitskostenvollversicherung Grundschutz

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 334959 (V190), 08.2022

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

I. Allgemeines

1. Neben dem Tarif VG darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenversicherung fortgeführt oder abgeschlossen werden. Zu den Folgen einer Verletzung dieser Obliegenheit siehe Abschnitt V.

II. Versicherungsleistungen

Regelhöchstsatz

Der Regelhöchstsatz ist zurzeit für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen der 2,3fachen Gebührensatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ), für medizinisch-technische Leistungen der 1,8fachen Satz der GOÄ und für Laborleistungen der 1,15fachen Satz der GOÄ. Erstattungsfähig sind Kosten nur, soweit sie den Bemessungsgrundsätzen dieser Gebührenordnungen entsprechen und innerhalb der Regelhöchstsätze liegen.

Ambulante Heilbehandlung und zahnärztliche Behandlung

1. Die erstattungsfähigen Kosten je Kalenderjahr und versicherte Person, die 300 Euro übersteigen, werden zu 75 % ersetzt, diejenigen, die 1.200 Euro übersteigen, werden zu 100 % ersetzt.

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

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, werden die Höchstbeträge des Selbstbehaltes für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat gemindert, in dem die Versicherung noch nicht bestand. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

2. Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung 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),
 - psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz bis zu 15 Sitzungen im Kalenderjahr. Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Psychotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
 - Arznei- und Verbandmittel,
 - Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers im Rahmen der Hebammenhilfe- Gebührenverordnung bis zu 400 Euro je Entbindung,
 - Heilmittel: Folgende Heilmittel werden bis insgesamt 800 Euro pro Kalenderjahr erstattet: Massagen, Inhalationen, Thermotherapie (Wärme- und Kältetherapie, Packungen), Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Podologie und medizinische Fußpflege (gemäß PodG), Osteopathie. Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch, soweit erforderlich, Diagnostik und Berichte.
 - 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.
- Hilfsmittel und deren Reparatur und Wartung:
 - a) Sehhilfen bis zu 200 Euro im Kalenderjahr. Die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker wird in der Höhe erstattet, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht frühestens nach Ablauf von drei Jahren oder bei einer Veränderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.
 - b) Folgende kleine Hilfsmittel werden bis zu 200 Euro pro Hilfsmittel und Kalenderjahr erstattet: Bandagen, Schuheinlagen, Kompressionsstrümpfe sowie Hilfsmittel zur Narbenkompression, orthopädische Maßschuhe einschließlich medizinisch notwendiger Zusatzarbeiten, orthopädische Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen, Therapieschuhe sowie Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom, Protrusionsschienen
 - c) Folgende große Hilfsmittel werden bis zu 800 Euro pro Hilfsmittel und Kalenderjahr erstattet: Hör- und Tinnitusgeräte, Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren/-Buggys, Prothesen (Arm-, Bein-, Brust und Augenprothesen) und Epithesen, Orthesen, Sprechhilfen, Stehhilfen (z. B. Stehständer, Schrägliegebretter), Inhalations- und Atemtherapiegeräte (z. B. Beatmungsgeräte, Geräte zur Sauerstoffversorgung), Sekret-Absauggeräte.
 - d) Die Leistungen für Sehhilfen, kleine und große Hilfsmittel sind auf insgesamt 1.600 Euro pro Kalenderjahr begrenzt.
- 3. Erstattungsfähig sind bei Zahnbehandlung die Kosten für:
 - operative und konservierende Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen (metallisch, ohne Verblendung), Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung), Arzneien).
 - Röntgenaufnahmen der Zähne.

Zahnersatz und Kieferorthopädie

Die erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz und Kieferorthopädie werden je Kalenderjahr

bis 2.600 Euro zu	70 %
über 2.600 Euro bis 7.800 Euro zu	50 %

ersetzt.

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- Zahnersatz: Zahnkronen und Brücken, Inlays, Prothesen mit Ausnahme implantologischer Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz
Bei Zahnkronen und Brücken ist eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 erstattungsfähig, ab Zahn 6 eine metallische Ausführung ohne Verblendung.
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden, mit Ausnahme funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen.
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes.
- Zahn- und Kieferregulierungen.

- Erstattungsfähig sind 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 Erstattung ist begrenzt

- im 1. Kalenderjahr auf **525 Euro**
- im 2. Kalenderjahr auf **1.050 Euro**
- im 3. Kalenderjahr auf **1.575 Euro**
- im 4. Kalenderjahr auf **2.100 Euro**

Diese Beschränkungen gelten nicht, wenn die Kosten nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Vor Beginn der Behandlung muss dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden.

Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag prüfen und den Umfang der erstattungsfähigen Kosten dem Versicherungsnehmer mitteilen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Behandlung eingereicht, wird von den erstattungsfähigen Kosten die Hälfte der tariflichen Leistungen ersetzt.

Stationäre Heilbehandlung

1. Die erstattungsfähigen Kosten bei einer Unterbringung im Drei- und Mehrbettzimmer werden zu 100 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren 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 (keine wahlärztlichen) Leistungen und Leistungen für Heilmittel,
- belegärztliche Leistungen,
- Leistungen der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspfleger im Rahmen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung bis zu 400 Euro je Entbindung,
- medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung,
- medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km,
- stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung,
- voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet,
- Aufwendungen, die dem Spender im Rahmen einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende entstehen, sofern der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche
 - ambulante Behandlung
 - stationäre Behandlung
 Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.

Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet:

 - die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
 - die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
 - der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung.

Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

3. Bei stationärer Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands sind die angefallenen Kosten bis 300 Euro je Verweiltag im Krankenhaus erstattungsfähig.

III. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

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.

IV. Wechsel in andere Tarife

Zu nachbenannten Zeitpunkten haben Versicherungsnehmer nach Tarif VG über das Wechselrecht nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hinaus befristet die Möglichkeit, unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung den Versicherungsschutz in leistungsstärkere Tarife des Versicherers umzustellen:

Der Versicherer verpflichtet sich, einen Antrag auf Tarifwechsel

- 36 Monate nach Beginn dieser Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und erneute Wartezeiten anzunehmen,
- 60 Monate nach Beginn dieser Versicherung anzunehmen; er ist jedoch berechtigt, eine Gesundheitsprüfung vorzunehmen und einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen. Dieser Risikozuschlag ist auf höchstens 50 % des nunmehr zu erhebenden Beitrages für die Mehrleistungen (= Mehrbeitrag) begrenzt,
- 60 Monate nach erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit von einer versicherten Person nach den Regelungen entsprechend Buchstabe b) anzunehmen,
- bei Eintritt der Krankenversicherungspflicht eines mitversicherten Familienangehörigen entsprechend den Regelungen nach Buchstabe b) anzunehmen.

Das Wechselrecht ist innerhalb zweier Monate nach Entstehen auszuüben.

V. Obliegenheiten

Eine weitere Krankheitskostenversicherung ist neben der Versicherung nach dem Tarif VG für keine der versicherten Personen zulässig.

Wird diese Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

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
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, zweiflächig	100,00
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	18,00	Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00
Dowel-Pin setzen	3,50	Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	18,00	Onlay aus Metall	111,00
Fixieren der Bisslage/Einstellen im Fixator	11,00	Kronen und Brückentechnik	
Frässockel	13,10	Angelieferte Modellation gießen	26,00
Hilfssteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	18,00	Anker für Klebebrücke	101,00
Kunststoffstümpfe	16,00	Auflage an Brückenglied	15,00
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	10,00	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	260,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	8,20	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	73,90
Modell aus Kunststoff	25,50	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	260,00
Modell aus Superhartgips	10,20	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	103,20
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	13,10	Krone/Brückenglied in vorhandene Halte- und Stützvorrichtung oder in ein vorhandenes Metallbasisteil mit Stützfunktion einarbeiten	18,00
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	13,10	Papille aus Keramik	51,00
Modellergänzung aus Kunststoff	18,00	Papille aus Komposit	25,00
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	18,70	Papille aus Kunststoff	21,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	12,00	Sattelpontic aus Keramik	51,00
Modellpaar sockeln	26,00	Sattelpontic aus Komposit	25,00
Modellpaar in Gipssockel fixieren	11,00	Sattelpontic aus Kunststoff	21,00
Modellpaar trimmen	11,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	12,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	11,00	Stiftaufbau direkt	43,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	11,00	Stiftaufbau in vorhandene Krone	18,00
Okklusionsmodell	8,20	Stiftaufbau indirekt	67,90
Okklusionsmodell für Sägesegmente	13,10	Teilverblendung aus Keramik	120,00
Remontagemodell	32,00	Teilverblendung aus Komposit	91,30
Set-up je Zahn	11,00	Teilverblendung aus Kunststoff	58,40
Spezialmodell	22,00	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	159,00
Split-Cast-Sockel an Modell	10,20	Vollverblendung aus Keramik	125,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,00	Vollverblendung aus Komposit	96,00
		Vollverblendung aus Kunststoff	66,00
Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln		Vorbereiten einer Krone/eines Brückengliedes zur Aufnahme einer Halte- und/oder Stützvorrichtung oder eines Metallbasisteils mit Stützfunktion	18,00
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,00	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	26,00
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	8,10	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	96,00
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff/	31,00	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	96,00
Bissregistrierung/Stützstiftregistrierung/Aufstellung		Wurzelstift, gegossen, aus Metall	26,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart	67,00	Wurzelpontic aus Keramik	51,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Stifzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20	Wurzelpontic aus Komposit	25,00
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	36,00	Wurzelpontic aus Kunststoff	21,00
Spezialbissplatte	31,00	Zahnfleisch aus Keramik	51,00
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	22,30	Zahnfleisch aus Komposit	25,00
Vorwall	14,30	Zahnfleisch aus Kunststoff	21,00
Inlays und Onlays		Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	50,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	111,00	Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	55,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00	Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	268,60
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00	Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	140,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	113,00
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Individuelles Steggesschiebe, auch mit Gingivalfassung	142,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung	138,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk komplett	
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung	92,00
		Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	

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

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

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z. B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.