

Krankheitskosten-Tarif KG für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2008)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2008 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Abweichend von § 4 Abs. 2.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zum Regelhöchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig (vgl. Abschnitt B.1).

Leistungen des Versicherers

1.

Ambulante Behandlung

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung, wenn die Erstbehandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde, für Kinderheilkunde, einen Notarzt, Bereitschaftsarzt oder einen Vertragsarzt des Versicherers erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Behandlungsrechnung nachzuweisen.

80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen der Erst- und Folgebehandlung, wenn für die Erstbehandlung nicht einer der oben aufgeführten Ärzte in Anspruch genommen wird.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Abschnitt A.1 umfassen die Aufwendungen für

- ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte,
- ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen und Entbindungspfleger,
- psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr,
- Schutzimpfungen (ausgenommen solche aus Anlass von Auslandsreisen),
- ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte im Rahmen einer häuslichen Behandlungspflege,
- Notfall-Rettungsdienst,
- ärztlich verordnete und begründete Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Behandlung.

80 % der Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) einschließlich der verordneten Arznei- und der Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

2.

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

80 % der Aufwendungen für ärztlich verordnete

- Arznei- und Verbandmittel,
- Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind,
- Hilfsmittel in einfacher Ausführung unter Berücksichtigung von Abschnitt B.6 (außer für Sehhilfen und orthopädische Schuhe),

wobei der 20 %ige Eigenanteil auf eine Selbstbeteiligung von 372 EUR pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist. Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen.

100 % der vorgenannten Aufwendungen, soweit die Selbstbeteiligung von 372 EUR erreicht ist.

100 % der Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von 55 EUR pro Kalenderjahr.

100 % der Aufwendungen für orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 165 EUR pro Kalenderjahr.

3.

Stationäre Behandlung

100 % der Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Transport zur stationären Behandlung mit dem Krankenwagen, im Notfall-Rettungsdienst auch mit dem Hubschrauber. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Transport je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Leistungen des Versicherers

- 4. Zahnbehandlung** **100 %** der Aufwendungen für Zahnbehandlung (vgl. Abschnitt B.3), mit Ausnahme von Zahnkronen und Einlagefüllungen sowie zahntechnischen Leistungen.
- 5. Zahnersatz und Kieferorthopädie** **70 %** der Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie (vgl. Abschnitt B.3) einschließlich Zahnkronen, Einlagefüllungen und zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten), soweit sie im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs KG aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.
- Die Leistungen sind begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt
1.025 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren,
2.050 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren,
4.100 EUR ab dem fünften Versicherungsjahr für einen Zeitraum von jeweils zwei aufeinander folgenden Jahren.
- Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls gilt auch in den ersten vier Versicherungsjahren der Erstattungshöchstbetrag ab fünftem Versicherungsjahr.
- Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs KG ab fünftem Versicherungsjahr.
- Zur Vorlage eines Heil- und Kostenplanes vgl. Abschnitt B.5.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

- Abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB sind die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zum Regelhöchstsatz, d. h. bis zum
 - 2,3-fachen Satz für persönliche Leistungen,
 - 1,8-fachen Satz für medizinisch-technische Leistungen,
 - 1,15-fachen Satz für Laborleistungen, der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.Bei einer Änderung der GOÄ bzw. GOZ können die erstattungsfähigen Gebühren entsprechend der Veränderung auch für bereits nach Tarif KG Versicherte angepasst werden.
- Als häusliche Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).
- Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung umfassen allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums mit Ausnahme von Zahnkronen und Einlagefüllungen sowie zahntechnischen Leistungen. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie umfassen prothetische und kieferorthopädische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, Zahnkronen und Einlagefüllungen sowie die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind erstattungsfähig, soweit sie im Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs KG aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.
- Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- Für die Inanspruchnahme von Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie muss vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und seine Entscheidung schriftlich bekannt zu geben. Wird die Behandlung begonnen, ohne dass die Entscheidung vorliegt, beträgt die Leistung 50 % der tariflichen Erstattung.
- Für die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln ab 550 EUR muss unter Vorlage der ärztlichen Verordnung die schriftliche Zustimmung des Versicherers eingeholt werden. Der Versicherer kann dabei Hilfsmittel auch kostenfrei leihweise zur Verfügung stellen. Wird ein Hilfsmittel ab 550 EUR ohne Zustimmung des Versicherers beschafft, beträgt die Leistung 50 % der tariflichen Erstattung.

C. Anpassung der Verzeichnisse für Heilmittel und zahntechnische Leistungen

Leistungsanpassung

Gemäß § 8b Abs. 1.2 AVB überprüft der Versicherer bei einer Beitragsanpassung die Höchstbeträge und passt sie mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung an. Unter den Voraussetzungen des § 18 AVB ist der Versicherer zudem berechtigt, die Leistungsinhalte der Verzeichnisse an veränderte Verhältnisse anzupassen.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 12. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

E. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Rückerstattung bei Leistungsfreiheit

Als Form der Verwendung kann die Beitragsrückerstattung für leistungsfrei gebliebene Versicherte beschlossen werden. Der Vorstand legt dann fest, für welche Tarife oder Tarifkombinationen und in welcher Höhe die Ausschüttung erfolgt. Anspruch besteht für jede versicherte Person, wenn

- a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind. Die Ausschüttung der Beitragsrückerstattung und ihre Höhe kann davon abhängig gemacht werden, dass diese Voraussetzung für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt ist.
- b) die Versicherung am 30.06. des folgenden Jahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils $1/12$ des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

Die Beitragsrückerstattung wird im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres ausgezahlt oder gutgeschrieben.

Hinweis

Es wird empfohlen, den liquidationsberechtigten Arzt bzw. Zahnarzt über die tariflich zugesagten Erstattungssätze einschließlich der Gebührenhöchstsätze zu informieren und gegebenenfalls das Heilmittelverzeichnis bzw. das Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs KG vorzulegen.

Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG

	Leistung ¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ¹ in	EUR
I. Inhalationen	1	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
		b) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen	2	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, – einschließlich der erforderlichen Massage –	19,50
	3	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
	4	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	5	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 - 8 Personen) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20
	6	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 - 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
	7	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 - 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
		a) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 - 5 Personen) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	8	Bewegungsübungen	7,70
	9	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,60
	10	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,80
	11	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
	12	Chirogymnastik – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40
	13	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	5,20
	14	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
	15	Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
III. Massagen	16	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
	17	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
		a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
		b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70	
18	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min. sowie mit Druck- und Temperatureinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10	
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	19	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30
	20	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	21	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30
	22	Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20
	23	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
		a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30	
	c) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10	

Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG

	Leistung ¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ¹ in	EUR
	24	Gashaltige Bäder	
	a)	Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,50
	b)	Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,50
	c)	Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	21,00
	d)	Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50
	e)	Radon-Zusatz je 500000 Millistat	3,10
V. Kälte- und Wärmebehandlung	25	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
	a)	Eisenanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
	26	Eisteilbad	9,80
	27	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot –) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie	28	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –	6,20
	29	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
	30	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
	31	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
	32	Iontophorese	6,20
	33	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
	34	Hydroelektronisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,00
VII. Lichttherapie	35	Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	a)	als Einzelbehandlung	3,10
	b)	in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
	36	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b)	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
	37	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
	38	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie	39	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
	40	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	a)	Ausführlicher Bericht	11,80
	41	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a)	Minstdauer 30 Minuten	31,70
	b)	Minstdauer 45 Minuten	41,50
	c)	Minstdauer 60 Minuten	52,20
	42	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
	a)	Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b)	Erwachsenengruppen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	43	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
	44	Einzelbehandlung	
	a)	bei motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
	b)	bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten	41,50
	c)	bei psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	54,80
	45	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	31,70

Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG

Leistung ¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ¹ in	EUR
46	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70
47	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
48	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 EUR je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 47 und 48 nur anteilig je Patient ansetzbar.	

X. Sonstiges

¹Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt C. des Tarifs KG)

Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs KG

Leistung ¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ¹ in	EUR*
I. Arbeitsvorbereitung	1 Modell	6,54
	2 Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	16,62
	3 Set-up	9,87
	4 Stumpfmodell	11,25
	5 Zahnkranz	5,68
	6 Zahnkranz sockeln	6,60
	7 Modellpaar trimmen/Fixator	9,92
	8 Einstellen in Mittelwertartikulator	9,66
	9 Modellpaar sockeln	25,05
	10 Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	8,85
	11 Basis für Autopolymerisat	23,16
	12 Bisswall	6,49
	13 Individueller Löffel	23,57
	14 Übertragungskappe	25,36
	15 Provisorische Krone oder Brückenglied	35,53
II. Festsitzender Zahnersatz	16 Formteil	19,94
	17 Vollkrone Metall/Krone für Keramikverblendung/Wurzelstiftkappe	75,57
	18 Vollkrone Stufenpreparation/Teilkrone/Krone für Kunststoffverblendung	82,37
	19 Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/Stiftaufbau einarbeiten	14,83
	20 Modellation gießen	19,12
	21 Stiftaufbau	53,94
	22 Brückenglied	62,07
	23 Mantelkrone Kunststoff	75,57
	24 Mantelkrone Keramik	106,45
	25 Teleskopierende Krone	254,11
	26 Steg	104,87
	27 Steglasche/Stegreiter	57,52
	28 Steggeschiebe individuell	118,36
	29 Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe	222,31
	30 Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Gelenk/Konfektions-Anker/Konfektions-Riegel	106,71
	31 Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen einarbeiten	52,92
	32 Gefrästes Lager	55,78
	33 Schubverteilungsarm	32,26
	34 Riegel individuell	141,88
	35 Metallverbindung nach Brand	31,09
	36 Verblendung Kunststoff	45,86
	37 Zahnfleisch aus Kunststoff	17,38
	38 Verblendung aus Keramik	94,54
	39 Zahnfleisch aus Keramik	37,68

Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs KG

	Leistung ¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ¹ in	EUR*	
III. Herausnehmbarer Zahnersatz	40	Metallbasis	133,91	
	41	einarmige Klammer/Inlayklammer/fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stil/Auflage/Umgebungsbügel	14,11	
	42	zweiarmige Klammer/Approximalklammer/Ringklammer/Rücklaufklammer/Bonyhardklammer Gegenlager/Doppelbogenklammer	22,24	
	43	zweiarmige Klammer, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	28,33	
	44	Bonwillklammer	49,49	
	45	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufäche	45,81	
	46	Lösungsknopf für Friktionsprothese	14,88	
	47	Abschlussrand	20,40	
	48	Zuschlag einzelne Klammer	23,62	
	49	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	30,37	
	50	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	2,05	
	51	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,35	
	52	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	1,84	
	53	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	49,14	
	54	Fertigstellung je Zahn	3,53	
	55	einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdental-Knopfklammer/Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer	11,81	
	56	zweiarmige Klammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer/Doppelbogenklammer	18,61	
	57	Weichkunststoff ZE/Sonderkunststoff	104,71	
	58	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	40,75	
	IV. Schienen	59	Aufbisschiene/Knirscherschiene/Bissführungsplatte	96,12
		60	Miniplastschiene/Retentionsschiene/Verband-, Verschlussplatte	63,35
		61	Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	46,37
		62	Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn	10,38
	V. Kieferorthopädische Leistungen	63	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	126,95
		64	Basis für Einzelkiefergerät	56,34
		65	Basis für bimaxilläres Gerät	97,50
		66	Schiefe Ebene	50,00
		67	Vorhofplatte	65,50
		68	Kinnkappe	58,13
69		Aufbiss	10,48	
70		Abschirmelement	20,04	
71		Weichkunststoff KFO	55,73	
72		Schraube einarbeiten	16,87	
73		Spezialschraube einarbeiten	26,02	
74		Trennen einer Basis	7,41	
75		Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen	20,45	
76		Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen	29,09	
77		Labialbogen intermaxillär	33,44	
78		Feder, offen	9,31	
79		Feder, geschlossen	12,73	
80		Verbindungselement intramaxillär	25,62	
81		Verbindungselement intermaxillär	27,35	
82		Verankerungselement	24,39	
83		Einzelement einarbeiten	12,68	
84		Metallverbindung KFO	16,36	
85		Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	9,87	
86		Mehrmarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	18,61	
87		Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfs	19,74	
88		Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement	8,18	
89		Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	32,98	

Verzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs KG

	Leistung ¹	erstattungsfähiger Rechnungsbetrag ¹ in	EUR*
VI. Instandsetzung/Erweiterung	90	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	20,23
	91	Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/Rückenschutzplatte/Kunststoffsattel	8,44
	92	Retention, gebogen	38,24
	93	Retention, gegossen	43,92
	94	Gegossenes Basisteil	68,72
	95	Metallverbindung	19,07
	96	Wiederherstellung einer Metallverbindung	25,67
	97	Teilunterfütterung	47,09
	98	Vollständige Unterfütterung	60,69
	99	Basis erneuern	73,78
	100	Wiederherstellen eines konfektionierten Sekundärteils	90,14
	101	Wiederherstellen eines individuellen Geschiebes	79,25
	102	Auswechseln von Konfektionsteilen	9,87
VII. Sonstiges	103	Kronen- oder Brückenreparatur	41,62
	104	Versandkosten	3,12
	105	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung	10,12
	106	Remontage-Modell	30,32
	107	Montage eines Modellpaares in Fixator	12,17
	108	Montage in Mittelwertartikulator I	14,57
	109	Modellmontage in individuellem Artikulator I	15,80
	110	Montage eines Gegenkiefermodells	8,95
	111	Einstellen nach Registrat	9,71
	112	Gussfüllung, einflächig (Metall, z. B. Gold)	56,60
	113	Gussfüllung, zweiflächig (Metall, z. B. Gold)	66,42
	114	Gussfüllung, dreiflächig (Metall, z. B. Gold)	78,23
	115	Gussfüllung, mehrlächig (Metall, z. B. Gold)	82,57
	116	Gussonlay	82,57
	117	Keramikinlay einflächig (z. B. Empress)	92,03
	118	Keramikinlay zweiflächig (z. B. Empress)	97,15
	119	Keramikinlay dreiflächig (z. B. Empress)	102,26
	120	Keramikinlay mehrlächig (z. B. Empress)	112,48
	121	Keramikonlay	112,48
	122	Keramikkrone	112,48
	123	Keramikbrückenglied	163,10
	124	Veneers	144,70
	125	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, je Zahn	33,75
	126	Implantat als Basis für eine Einzelkrone einschließlich aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile	291,44
	127	2 Implantate als Basis für eine Deckprothese einschließlich Steg und Stegreiter und aller vom Systemlieferanten zu stellenden Konfektionsteile	703,03

Der Zahnarzt/die Zahnärztin kann darüber hinaus Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ, die nicht mit den Gebühren abgegolten sind, berechnen.

* zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer

¹ Änderungen sind vorbehalten (siehe Abschnitt C. des Tarifs KG)