Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

Tarif BA 20/65, BP 20/65, BW 20/65
Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 332208, 08.2022
Es gelten die AVB/KK – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Allgemeines

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach den Tarifen BA 20/65, BP 20/65 und BW 20/65 sind beihilfeberechtigte Personen, deren Beihilfeanspruch sich bei Erhalt von Versorgungsbezügen nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften um 20 % auf 70 % erhöht.

Versicherungsschutz nach Tarif BA 20/65, BP 20/65 bzw. BW 20/65 kann nur vereinbart werden, wenn beim Versicherer gleichzeitig Versicherungsschutz nach Tarif BA 30, BP 30 bzw. BW 30 auf Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex) besteht oder vereinbart wird.

2. Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Erhalt von Versorgungsbezügen unverzüglich anzuzeigen.

3. Ende der Versicherung

Die Versicherung nach den Tarifen BA 20/65, BP 20/65 und BW 20/65 endet

- zu dem Zeitpunkt, zu dem der Erhalt von Versorgungsbezügen beginnt, sofern dieser innerhalb von zwei Monaten nach Beginn des Bezugs angezeigt wird. Wird der Erhalt von Versorgungsbezügen später angezeigt oder erlangt der Versicherer davon Kenntnis, ohne dass eine Anzeige des Versicherungsnehmers vorliegt, wird die Versicherung nach den Tarifen BA 20/65, BP 20/65 und BW 20/65 mit Wirkung zum Zeitpunkt der Anzeige bzw. nach Kenntnis des Versicherers beendet.
- spätestens zum Ende des Monats, zu dem die versicherte Person das Ruhestandseintrittsalter erreicht.

Die Beendigung der Versicherung nach den Tarifen BA 20/65, BP 20/65 und BW 20/65 gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle.

Besteht mit Erhalt von Versorgungsbezügen bzw. nach Erreichen des Ruhestandseintrittsalters ein Beihilfeanspruch von weniger als 70 %, so können die Tarife BA 30, BP 30 und BW 30 unter Anrechnung der erworbenen Rechte in die Tarife BA, BP und BW in der benötigten Prozentstufe überführt werden.

II. Versicherungsleistungen
Ambulante Heilbehandlung und zahnärztliche Behandlung

1. Die erstattungsfähigen Kosten für ambulante Heilbehandlung werden nach Tarif BA 20/65 zu 20 % ersetzt.

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)), 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 und 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 Gebührenordnung (GOÄ und GOP) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattet.
  Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- Leistungen des Heilpraktikers
- Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe
- Impfungen, die jeweils aktuell von der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers im Rahmen 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.
- 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.
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB/KK. Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen.
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfeverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist;
- Hilfsmittel:
  a) Brillengestelle (bis zu 180 Euro Rechnungsbetrag), Brillengläser und Kontaktlinsen Die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker ist in der Höhe erstattungsfähig, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.
  b)– Applikationshilfen (z. B. Ernährungs-, Infusions-, Insulinpumpen),
  – Bandagen,
  – Blutzuckermessgeräte,
  – Bildschirmlesegeräte,
  – elektrische Fußhebersysteme,
  – fremdkraftbetriebene Arm- und Beintrainer,
  – fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
  – Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
  – Hilfsmittel gegen Dekubitus,

- Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie (außer Absauggeräten, siehe hierzu Buchstabe c),
- Hör- und Tinnitusgeräte,
- Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
- Kompressionsstrümpfe sowie Hilfsmittel zur Narbenkompression,
- Kommunikationshilfen (außer Signalanlagen),
- Orthesen,
- Prothesen (Arm-, Bein-, Brust- und Augenprothesen) und Epithesen,
- Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren/-Buggys (bis zu 1.600 Euro Rechnungsbetrag),
- orthopädische Maßschuhe einschließlich medizinisch notwendiger Zusatzarbeiten und orthopädische Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen, Therapieschuhe sowie Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom (bis zu 220 Euro Rechnungsbetrag pro Jahr),
- Schuheinlagen,
- Sprechhilfen,
- Stehhilfen (z. B. Stehständer, Schrägliegebretter),
- Stomaartikel,
- tragbare Defibrillator-Westen (z. B. LifeVest).

c) Nach Absprache mit dem Versicherer
- Absauggeräte bei Tracheostoma und Laryngektomie,
- Atem- und Herzfrequenzmonitore, Pulsoximeter,
- Inhalations- und Atemtherapiegeräte (z. B. Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung) sowie Protrusionsschienen,
- Blutgerinnungsmessgeräte.

Der Versicherer entscheidet unter sachgerechter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Umstände über die Versorgungsform (Kauf, Miete, Reparatur).

d) Erstattet werden auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen.

3. Die erstattungsfähigen Kosten für zahnärztliche Behandlung werden nach Tarif BA 20/65 zu 20 % ersetzt, jedoch für Zahnersatz und Kieferorthopädie im Versicherungsjahr höchstens bis 1.040 Euro unter Anrechnung der für das vorangegangene Versicherungsjahr erbrachten Leistungen. Ab dem sechsten Versicherungsjahr entfällt der Höchstsatz.
Die Kosten bzw. Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt bzw. in dem der Zahnersatz bezogen wurde.
Das Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.

4. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

a) Zahnbehandlung
- operative und konservierende Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung), Arzneien)
- Röntgenaufnahmen der Zähne

b) Zahnersatz und Kieferorthopädie
- Prothetik (z. B. auch Brücken, Implantate, Kronen, Inlays)
- Zahn- und Kieferregulierungen
- Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie)
- anästhetische und chirurgische Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung)

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

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten, soweit sie im tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind, sowie Materialkosten und die Kosten für Heil- und Kostenpläne.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB 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.

5. Erstattungsfähige Kosten wegen eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls werden auf den unter Ziffer 3 genannten Höchstsatz nicht angerechnet.

6. Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

Stationäre Heilbehandlung

Regelleistungen

1. Die erstattungsfähigen Kosten werden nach Tarif BP 20/65 zu 20 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung 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 Leistungen (keine wahlärztlichen aus dem Tarif BP) und Leistungen für Heilmittel.
- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer.
- Leistungen der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspflegers im Rahmen der jeweiligen Hebammen-Gebührenverordnung
- 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. Die 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.

Wahlleistungen

1. Die erstattungsfähigen Kosten werden nach Tarif BW 20/65 zu 20 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- Unterkunftszuschlag für ein Ein- oder Zweibettzimmer sowie für die Bereitstellung von Telefon, Radio und Fernsehgerät
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

3. Wird für keine der unter Ziffer 2 genannten Leistungen Ersatz von Kosten beantragt, so zahlt der Versicherer stattdessen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 8 Euro.

III. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen. Bei Änderung des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/KK.

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 (Unisex)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GOP	Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

Preis– und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten der "V–Tarife"

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z. B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifunterlagen.

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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
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 zahnfarbenem 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/Umgehungsbügel	15,00
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoffbasis, je Zahneinheit	5,00
Gitter, partiell/total oder Bügel	145,00
Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	49,00
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-, Kunststoff-, Wachsbasis	61,70
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem 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	27,40
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, gegossen/Edelmetall, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer, Auflage	39,00
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
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/ Metallverbindung nach keramischen Brand	35,80

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
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, Häkchen, 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
Palatinalbogen	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
Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
Adjustierte Aufbissschiene	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.