

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 Beihilfavorschriften 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 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
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers im Rahmen der jeweiligen Hebammen-Gebührenverordnung
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Thermotherapie (Wärme- und Kältetherapie, Packungen), Licht- und Elektrophotherapie, 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 Kommunikationshilfverordnung (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 Fußhebegeräte,
 - fremdkraftbetriebene Arm- und Beintrainer,
 - fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
 - Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
 - Hilfsmittel gegen Dekubitus,

- Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie (außer Absauggeräten, siehe hierzu Buchstabe c),
 - Hör- und Tinnitusgeräte,
 - Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
 - Kompressionsstrümpfe sowie Hilfsmittel zur Narbenkompression,
 - Kommunikationshilfen (außer Signalanlagen),
 - Orthesen,
 - Prothesen (Arm-, Bein-, Brust- und Augenprothesen) und Epithesen,
 - Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren/-Buggys (bis zu 1.600 Euro Rechnungsbetrag),
 - orthopädische Maßschuhe einschließlich medizinisch notwendiger Zusatzarbeiten und orthopädische Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen, Therapieschuhe sowie Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom (bis zu 220 Euro Rechnungsbetrag pro Jahr),
 - Schuheinlagen,
 - Sprechhilfen,
 - Stehhilfen (z. B. Stehständer, Schrägliegebretter),
 - Stomaartikel,
 - tragbare Defibrillator-Westen (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 zahn-technischen 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 zahn-technischen 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 berechneten 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 Hilfsmittel.
- 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 Verdienstausschlag und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

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 Tarifierunterlagen.

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

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.