Union Krankenversicherung

Aktiengesellschaft



V-Tarife

Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 333585 (V110), 08.2022

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

I. Versicherungsleistungen

Ambulante Heilbehandlung Tarife VA 100, VA 110, VA 120, VA 130, VA 140 und VA 150

1. Die erstattungsfähigen Kosten je Kalenderjahr und versicherte Person werden zu 100 % mit nachstehendem Selbstbehalt ersetzt:

Selbstbehalt

Tarif	Erwachsene	Kinder und Jugendliche
VA 100	ohne	ohne
VA 110	160 €	80 €
VA 120	320 €	160 €
VA 130	640 €	320 €
VA 140	960 €	480 €
VA 150	1.500 €	750 €

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

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- ärztliche Leistungen (z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme (ohne die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle)), soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Die Leistungen werden erstattet, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnungen (GOÄ und GOP) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattet.

Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

- Leistungen des Heilpraktikers,
- Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammen-Gebührenverordnung,
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Thermotherapie (Wärme- und Kältetherapie, Packungen), Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Podologie und medizinische Fußpflege (gemäß PodG), Logopädie (bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr) und Osteopathie. Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch, soweit erforderlich, Diagnostik und Berichte.
- Impfungen, die jeweils aktuell von der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen
- 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 Kommunikationshilfeverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB/KK.
 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen.
- Hilfsmittel:
 - a) Brillengestelle (bis zu 180 Euro Rechnungsbetrag), Brillengläser und Kontaktlinsen. Die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker wird in der Höhe erstattet, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.
 - b) Applikationshilfen (z. B. Ernährungs-, Infusions-, Insulinpumpen),
 - Bandagen,
 - Blutzuckermessgeräte,
 - Bildschirmlesegeräte,
 - elektrische Fußhebersysteme,
 - fremdkraftbetriebene Arm- und Beintrainer,
 - fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
 - Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
 - Hilfsmittel gegen Dekubitus,
 - Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie (außer Absauggeräten, siehe hierzu Buchstabe c),
 - Hör- und Tinnitusgeräte,
 - Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
 - Kompressionsstrümpfe sowie Hilfsmittel zu 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,

Seite 2 von 6 V-Tarife, KKVV

- 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. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nichtversicherten Monat gemindert. Wird innerhalb eines Kalenderjahres eine Verminderung oder Erhöhung des Selbstbehaltes vereinbart, wird pro Monat 1/12 des im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen jährlichen Selbstbehaltes zu Grunde gelegt. Endet die Versicherung während des Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht. Sobald eine versicherte Person das 19. Lebensjahr vollendet, gilt ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Selbstbehalt für Erwachsene.
- 4. Kosten für ambulante Zahnbehandlung sind nicht Gegenstand des Tarifs VA.

Stationäre Heilbehandlung Tarife VS 110, VS 120 und VS 130

1. Die erstattungsfähigen Kosten werden

-		
	nach Tarif	bei Behandlung im
	VS 110	Einbettzimmer
	VS 120	Zweibettzimmer
	VS 130	Drei- und Mehrbettzimmer

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 Leistungen (keine wahlärztlichen Leistungen im Tarif VS 130) und Leistungen für Heilmittel.
- gesondert berechenbare Nebenleistungen (diagnostische und therapeutische Verfahren sowie Medikamente, die nicht im Pflegesatz berücksichtigt sind),
- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer,
- Leistungen der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspflegers,
- 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 gem. § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung,
- voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- Aufwendungen, die dem Spender im Rahmen einer Lebendorganoder 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.

nach Tarif VS 110 und VS 120 zusätzlich die Kosten für:

- Unterkunftszuschlag für ein Einbettzimmer (VS 110) bzw. Zweibettzimmer (VS 120) sowie gesonderte Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle, Fernsprecher, 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.

Seite 3 von 6 V-Tarife, KKVV

3. Wird die versicherte Unterbringung nicht in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer neben dem Ersatz der erstattungsfähigen Kosten ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe:

bei Unterbringung im			
Tarif	Zweibettzimmer	Drei- u. Mehrbettzimmer	
VS 110	25 €	50 €	
VS 120		25 €	

Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes gezahlt.

4. Bei vorübergehenden Auslandsreisen sind die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus dem Ausland erstattungsfähig, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die nachgewiesenen landesüblichen Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

Zahnärztliche Behandlung Tarif VZ 110

1. Die erstattungsfähigen Kosten werden wie folgt ersetzt:

a) für Zahnbehandlung zu
b) für Zahnersatz und Kieferorthopädie zu
jedoch im Versicherungsjahr höchstens
100 %
80 %
4.200 Euro

unter Anrechnung der für das vorangegangene Versicherungsjahr erbrachten Leistungen.

ab dem 6. Versicherungsjahr ohne Höchstsatz wenn ein Heil- und Kostenplan gemäß Ziffer 4 Erstattungsgrundlage ist.

Kosten hand bei dem Versicherungsgrundlage ist.

Die Kosten bzw. Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. in dem der Zahnersatz bezogen wurde.

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

a) Zahnbehandlung

- operative und konservierende Zahnbehandlung
 - (z. B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe (diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung), Arzneien),
- Röntgenaufnahmen der Zähne.

b) Zahnersatz und Kieferorthopädie

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

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

Für Versicherte mit Versicherungsbeginn vor dem 01.01.1999:

Die Kosten für dazugehörige zahntechnische Labor- und Materialkosten erstattet der Versicherer bis zur angemessenen Preislage. Die Beträge, bis zu denen von angemessener Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

Für Versicherte mit Versicherungsbeginn ab dem 01.01.1999:

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten, soweit sie im tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, sowie Materialkosten. Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB/KK und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

3. Erstattungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie wegen eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls werden auf den unter Ziffer 1 Buchstabe b) genannten Höchstsatz nicht angerechnet.

- 4. Der Heil- und Kostenplan gemäß Ziffer 1 Buchstabe b) muss dem Versicherer vor Beginn von Maßnahmen für Zahnersatz und Kieferorthopädie mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag unverzüglich prüfen und den vertraglichen Leistungsbetrag verbindlich bekannt geben. Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Kosten.
- 5. Der Tarif VZ 110 kann nur in Verbindung mit VA- und VS-Tarifen für ambulante und stationäre Heilbehandlung vereinbart werden. Fällt während der Versicherungsdauer einer der VA- oder VS-Tarife fort, so endet damit auch die Versicherung nach Tarif VZ 110.

II. Beiträge

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

Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten der "V-Tarife" zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

SGB XI

AVB/KK	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die		
	Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversi- cherung		
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte		
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte		
GOP	Gebührenordnung für psychologische Psychothera- peuten und Kinder- und Jugendlichenpsychothera- peuten		
PodG	Podologengesetz		
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch		

Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

Seite 4 von 6 V-Tarife, KKVV

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 Höc angemessene		Leistung erstattungsfähiger Höch angemessene I	
Arheiteverhereitung		Inlay and Matall zwoiffachia	100,00
Arbeitsvorbereitung Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	18,00	Inlay aus Metall, zweiflächig Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00
Dowel-Pin setzen	3,50	Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material,	204,00
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	18,00	unabhängig von der Herstellungsart)	204,00
Fixieren der Bisslage/Einstellen im Fixator	11,00	Onlay aus Metall	111,00
Frässockel	13,10	Offiay aus Mctaii	111,00
Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	18,00	Kronen und Brückentechnik	
Kunststoffstümpfe	16,00	Angelieferte Modellation gießen	26,00
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	10,00	Anker für Klebebrücke	101,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	8,20	Auflage an Brückenglied	15,00
Modell aus Kunststoff	25,50	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und	260,00
Modell aus Superhartgips	10,20	Material, unabhängig von der Herstellungsart)	,
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	13,10	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	73,90
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	13,10	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material,	260,00
Modellergänzung aus Kunststoff	18,00	unabhängig von der Herstellungsart)	
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	18,70	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	103,20
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	12,00	Krone/Brückenglied in vorhandene Halte- und	18,00
Modellpaar sockeln	26,00	Stützvorrichtung oder in ein vorhandenes Metallbasisteil mit	
Modellpaar in Gipssockel fixieren	11,00	Stützfunktion einarbeiten	
Modellpaar trimmen	11,00	Papille aus Keramik	51,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	11,00	Papille aus Komposit	25,00
Montage eines Modellpaares in Fixator	11,00	Papille aus Kunststoff	21,00
Okklusionsmodell	8,20	Sattelpontic aus Keramik	51,00
Okklusionsmodell für Sägesegmente	13,10	Sattelpontic aus Komposit	25,00
Remontagemodell	32,00	Sattelpontic aus Kunststoff	21,00
Set-up je Zahn	11,00	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	12,00
Spezialmodell	22,00	Stiftaufbau direkt	43,00
Split-Cast-Sockel an Modell	10,20	Stiftaufbau in vorhandene Krone	18,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,00	Stiftaufbau indirekt	67,90
		Teilverblendung aus Keramik	120,00
Herstellen von individuellen Abformungen und		Teilverblendung aus Komposit	91,30
Hilfsmitteln	0.4.00	Teilverblendung aus Kunststoff	58,40
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,00	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung	159,00
Bisswall aus thermoplastischem Material oder Wachs auf	8,10	und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	40=00
Basis	04.00	Vollverblendung aus Keramik	125,00
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff/	31,00	Vollverblendung aus Komposit	96,00
Bissregistrierung/Stützstiftregistrierung/Aufstellung	67.00	Vollverblendung aus Kunststoff	66,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart	67,00	Vorbereiten einer Krone/eines Brückengliedes zur Aufnahme einer Halte- und/oder Stützvorrichtung oder eines Metallbasisteils mit Stützfunktion	18,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay,	41,20	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	26,00
Teilkrone		Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-	96,00
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	36,00	Wurzelkappe	
Spezialbissplatte	31,00	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	96,00
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	22,30	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	26,00
Vorwall	14,30	Wurzelpontic aus Keramik	51,00
		Wurzelpontic aus Komposit	25,00
Inlays und Onlays		Wurzelpontic aus Kunststoff	21,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive	204,00	Zahnfleisch aus Keramik	51,00
Verblendung und Material, unabhängig von der		Zahnfleisch aus Komposit	25,00
Herstellungsart	444.00	Zahnfleisch aus Kunststoff	21,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	111,00		
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und	195,00	Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente	
Material, unabhängig von der Herstellungsart) Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und	195,00	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen- Schulter-Geschiebe) Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-	50,00
Material , unabhängig von der Herstellungsart) Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der	204,00	Geschiebe) Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/	55,00 268,60
Herstellungsart) Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und	79,00	Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/	140,00
Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)		Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	,-
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und	90,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	113,00
Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als		Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	142,00
Provisorium)		Konfektionierte Verbindungsvorrichtung	138,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive	101,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk komplett	
Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)		Konfektionierte Verbindungsvorrichtung Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	92,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00		

Seite 5 von 6 V-Tarife, KKVV

eistung ers	tattungsfähiger Höch angemessene l	_	Leistung erstattungsfähiger Höch angemessene F	
Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Schleimhautkontakt	Längeneinheit und	113,00	Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten	
Konfektionssteglasche an/in Kunststoffb	asis oder	60,00	Aktiver Sporn/Dorn	12,5
Metallbasis			Ankerband/Ankerkappe	30,2
ager für Ankerbandklammer		70,00	Aufbiss	14,6
ager für Raste		17,00	Auflage KFO	13,5
ager für Rillen-Schulter-Geschiebe		70,00	Außenbogen	31,0
ager für Schubverteilungsarm		70,00	Basis für Einzelkiefergerät	73,9
ösungsknopf		20,00	Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	156,0
Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkr	onen-/Drenriegei	210,00	Coffin-Feder	30,2
ndividuell		71,00	Doppelplatten-Führungssporn	36,4 15,6
Schubverteilungsarm Feleskopkrone, Doppelkrone, Konuskro	no komplett aus	321,50	Druckfeder, Zugfeder Facebow anpassen	12,0
леtall/Keramik, auch zur Verblendung (321,30	Feder, geschlossen/kompliziert	15,6
notwendigen Teilleistungen)	ilikiusive allei		Feder, offen oder gekreuzt	12,5
eleskopkrone, Doppelkrone, Konuskro	ne nrimär/sekundär	214,50	Führungssporn, Häkchen, Interocclusial-stop	12,2
aus Metall/Keramik, auch zur Verblendu		214,50	Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	73,9
notwendigen Teilleistungen)	ing (inklusive allei		Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	13,5
/erschraubung/Verbolzung		50,00	Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	20,8
Viederbefestigen/-herstellen eines Sek	undärteiles	92,00	Innenbogen	31,0
		32,00	KFO Platte voreinschleifen	10,0
lerstellen von herausnehmbarem Za	hnersatz		Kinnkappe mit Retentionshaken	63,0
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinh		4,00	Kunststoffschild/Abschirmelement	22,9
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffb		3,00	Labialbogen	27,0
asis oder Basisteil aus Weichkunststo		110,00	Labialbogen, intermaxillär	43,
Basisteil, gegossen/Edelmetall		85,30	Labialbogen, modifiziert	36,4
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbe	enem Kunststoff,	43,00	Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	10,4
ontic			Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	31,0
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall		67,40	Lötung je Einheit, KFO	21,8
onyhardklammer gebogen/ohne Auflag		13,00	Palatinalbogen	31,0
onyhardklammer gegossen/Edelmetall		22,00	Pelotte	22,9
inarmige gebogene Klammer/gebogen		13,00	Pelottenklammer	13,
lammer/gebogene Interdental-Knopfkla	ammer/gebogene		Positioner	156,0
pproximalklammer/gebogene Auflage	<i>(</i> 5 <i>4</i>) 5 .	4= 00	Protrusionsbogen	18,0
inarmige gegossene Klammer/Inlaykla		15,00	Remontieren von KFO-Gerät	57,0
Klammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umge		F 00	Retentionsschiene	95,7
ertigstellung auf Metall-, Kunststoffbas	is, je Zanneinneit	5,00	Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	54,1
Gitter, partiell/total oder Bügel Grundeinheit Aufstellung auf Metall-, Ku	unctotoff	145,00 49,00	Schraube einarbeiten Schraube einarbeiten, kompliziert	20,8 28,0
Vachsbasis	instaton-,	49,00	Spezialschraube	28,0
Grundeinheit Fertigstellung auf Metall-,	Kunststoff-	61,70	Spike/Stopp	13,5
Vachsbasis	rtanototon ,	01,70	Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	31,0
lerstellen eines Zahnes/Kaufläche aus	zahnfarbenem	43,00	Trennen einer Basis, auch erschwert	8,
unststoff		,	U-Bügel	36,4
unststoff an unfütterbaren Abschlussra	and	24,00	Verankerungselement/Verankerungsklammer	30,2
letallbasis je Kiefer partiell/total		174,40	Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	15,6
Metallkaufläche/Metallzahn/Edelmetall		49,00	Vorbiss oder Rückbiss	14,6
Retention, gebogen		55,00	Vorhofplatte	70,0
Retention, gegossen/Edelmetall		67,00	Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je	35,0
Rückenschutzplatte für Kunststoffverble	ndung	49,00	Schiene (insgesamt maximal 2.100 Euro)	
onderkunststoff verarbeiten		110,00	Zungengitter	22,9
bertragung einer Aufstellung auf Metal		3,00		
lberwurfklammer, gebogen, Doppelbog	jenklammer,	20,60	Aufbissschienen und Aufbissbehelfe	
ebogen			Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,0
Interfütterbarer Abschlussrand		24,00	Adjustierte Aufbissschiene	161,2
uschlag für einzeln gegossene Klamm		24,00	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer	26,0
weiarmige Klammer, gebogen, Auflage		20,60	KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfs	404
weiarmige Klammer, gegossen/Edelm		27,40	Knirscherschiene aus Kunststoff oder Weichkunststoff	161,
pproximalklammer/Ringklammer, gego			Miniplastschiene/Verband-/Verschlussplatte	95,
ücklaufklammer/Gegenlager/Doppelbo weiarmige Klammer, gegossen/Edelm		39,00	Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	66, 66,
weiarmige Klammer, gegossen/Edeim uflage/Approximalklammer, Auflage/Ri		39,00	Schienungskappe aus Kunststoff oder Metall	24,
egossen/Edelmetall, Auflage/Rücklaufl			Übertragungskappe aus Kunststoff oder Metall	32,
egossen/Edeimetall, Adhage/Rucklauh uflage/Bonyhardklammer, Auflage/Übe			Opertragangenappe and Numerator out Metall	32,
uflage			Wiederherstellung/Erweiterung	
			Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	31,
etallverbindungen			Basis erneuern, auch KFO	85,
onditionierung je Zahn/Flügel		17,00	Basis unterfüttern, auch KFO	69,
etallverbindung bei Wiederherstellung		28,00	Basisteil unterfüttern, auch KFO	49,
ichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/i			Grundeinheit Erweitern, auch KFO	26,
it Verlötung bei gleichen Legierungen	je Verbindung,		Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	26,
ötung 1-5)	=-		Kronen- oder Brückengliedreparatur, je Einheit	45,
uschlag bei Lötung nach Keramikverbl		35,80	Leistungseinheit/Sprung/Bruch/Einarbeiten eines Zahnes/	10,
letallverbindung nach keramischen Bra	and		Basisteil Kunststoff Halte- und/oder Stützvorrichtung	
			einarbeiten/Rückenschutzplatte einarbeiten/Kunststoffsattel	

Seite 6 von 6 V-Tarife, KKVV

Leistung	erstattungsfähiger Höchs angemessene P	
Wiederherstellung eines individue	len Geschiebes	87,00
Implantate und Suprakonstrukti		
Aufwand bei Suprastruktur auf Imp		48,00
Aufwand zu Suprastruktur bei vers		60,00
Basis aus Kunststoff, auf Implanta		36,00
Implantatachse und -ort festlegen,		26,00
Implantat-Divergenz-Ausgleichskr	one	103,20
Implantat-Kontrollschablone		42,00
Implantatpfosten auf Modellierpfos		7,00
Parallelbohrschablone für Implanta	at, 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 funktionsanaly	tischen Kriterien	
Einstellen nach Registrat		18,70
Frontzahn nach gnathologischen koder Keramik	Kriterien gestaltet, in Metall	26,00
Kaufläche nach gnathologischen hoder Keramik	Kriterien gestaltet, in Metall	37,00
Registrat		31,00
Selektives Einschleifen am Zahne	rsatz, je Zahn	19,00
Sonstiges		
Nicht-Edelmetall-Zuschlag		16,70
Versand je Versandgang, Fahrtko	sten	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.