

Tarife BA/BP

Krankheitskostenvollversicherung für Beihilferechtigte

Stand: 01.01.2024, SAP-Nr.: 333586, 04.2024

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

Der Versicherungsschutz nach den Tarifen BA, BP darf nicht höher sein, als zur vollen Kostendeckung zusammen mit der Beihilfe erforderlich.

I. Versicherungsleistungen

Ambulante Heilbehandlung und zahnärztliche Behandlung

1. Die erstattungsfähigen Kosten für ambulante Heilbehandlung werden

nach Tarif	zu	nach Tarif	zu	nach Tarif	zu
BA 10	10 %	BA 45	45 %	BA 70	70 %
BA 20	20 %	BA 50	50 %	BA 75	75 %
BA 25	25 %	BA 55	55 %	BA 80	80 %
BA 30	30 %	BA 60	60 %	BA 85	85 %
BA 35	35 %	BA 65	65 %	BA 90	90 %
BA 40	40 %				

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 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 bzw. 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 Psychotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- 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 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.
- sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

- ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen.
- häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.
- ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.
- 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 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	zu	ersetzt, jedoch für Zahnersatz und Kieferorthopädie im Versicherungsjahr höchstens bis
BA 10	10 %	520 €
BA 20	20 %	1.040 €
BA 25	25 %	1.300 €
BA 30	30 %	1.560 €
BA 35	35 %	1.820 €
BA 40	40 %	2.080 €
BA 45	45 %	2.340 €
BA 50	50 %	2.600 €
BA 55	55 %	2.860 €
BA 60	60 %	3.120 €
BA 65	65 %	3.380 €
BA 70	70 %	3.640 €
BA 75	75 %	3.900 €
BA 80	80 %	4.160 €
BA 85	85 %	4.420 €
BA 90	90 %	4.680 €

unter Anrechnung der für das vorangegangene Versicherungsjahr erbrachten Leistungen.

Ab dem sechsten Versicherungsjahr entfällt der Höchstsatz, wenn ein Heil- und Kostenplan gemäß Ziffer 6 Erstattungsgrundlage 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.

4. Erstattungsfähig sind die Kosten

a) für Zahnbehandlung

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

b) für 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 zahn-technischen Laborarbeiten, soweit sie tariflichen im 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.

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

6. Der Heil- und Kostenplan gemäß Ziffer 3 muss dem Versicherer vor Beginn von Maßnahmen mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt werden. Der Versicherer wird diesen Kostenvorschlag unverzüglich prüfen und den vertraglichen Leistungsbeitrag verbindlich bekannt geben. Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Kosten.

Stationäre Heilbehandlung

Regelleistungen

1. Die erstattungsfähigen Kosten werden

nach Tarif	zu	nach Tarif	zu	nach Tarif	zu
BP 10	10 %	BP 40	40 %	BP 65	65 %
BP 15	15 %	BP 45	45 %	BP 70	70 %
BP 20	20 %	BP 50	50 %	BP 75	75 %
BP 25	25 %	BP 55	55 %	BP 80	80 %
BP 30	30 %	BP 60	60 %	BP 85	85 %
BP 35	35 %				

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 aus dem Tarif BP) 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 in einem Krankenhaus während der stationären Behandlung.
- medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km
- stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.
- voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- Aufwendungen, die dem Spender im Rahmen einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende entstehen, sofern der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche
 - ambulante Behandlung
 - stationäre Behandlung
 Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.
- Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet
 - die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
 - die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
 - der nachgewiesene tatsächliche 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.

Anpassung des Versicherungsschutzes

1. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Wechsel des Tarifes) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruches ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Zeitpunkt, an dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zu dem Zeitpunkt wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruches sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

2. Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Herabsetzung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Wird der Antrag spätestens sechs Monate nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt, so kann die Herabsetzung des Versicherungsschutzes zum Zeitpunkt, an dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum Ersten des folgenden Monats wirksam werden. Die Herabsetzung gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle. Wird der Antrag später als sechs Monate nach Erhöhung des Beihilfeanspruches gestellt oder erlangt der Versicherer von einer Erhöhung des Beihilfeanspruches Kenntnis, ohne dass ein Antrag des Versicherungsnehmers vorliegt, erfolgt die entsprechende Herabsetzung des Versicherungsschutzes auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle mit Wirkung zum Zeitpunkt, an dem der Versicherer davon Kenntnis erlangt bzw. zu dem der Antrag beim Versicherer eingeht.

II. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und 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. 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
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenverzeichnis für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

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.