

Tarif PRIMO.Z (plus) Krankheitskosten-Vollversicherung

Fassung Januar 2023



English version:
www.hallesche.de/pm63u-e-0822.pdf

Wesentliche Merkmale des Tarifs PRIMO.Z (plus)

Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung durch den Hausarzt oder nach Überweisung an einen Facharzt, sonst 75%
- Kostenerstattung für Naturheilverfahren durch Ärzte gemäß tariflicher Aufzählung
- 100% Kostenerstattung für Vorsorgeuntersuchung nach gesetzlich eingeführten Programmen
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- 100% Kostenerstattung für Strahlen-Diagnostik und -Therapie durch den Hausarzt oder nach Überweisung an einen Facharzt, sonst 75%
- 75% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß dem tariflichen Heilmittelverzeichnis
- 75% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel bis 2.000 €, darüber hinaus 100%
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 125 €
- 100% Kostenerstattung für refraktive Chirurgie bis 500 € Rechnungsbetrag pro Auge
- 75% Kostenerstattung für Hilfsmittel
- tarifliche Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- 75% Kostenerstattung für Psychotherapie für 50 Sitzungen/Kalenderjahr
- 75% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung bis 1.000 € Rechnungsbetrag

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung mit Rechnungshöchstbeträgen
- 75% Kostenerstattung für Zahnersatz mit Rechnungshöchstbeträgen
- 75% Kostenerstattung für kieferorthopädische Maßnahmen mit Rechnungshöchstbeträgen

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Mehrbettzimmer
- 100% Kostenerstattung für belegärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung im Zweibettzimmer (Tarifstufe PRIMO.Z plus)
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung (Tarifstufe PRIMO.Z plus)
- 100% Kostenerstattung für Krankentransporte

Digitale Gesundheitsanwendungen

Selbstbehalt/Bonus

- in den Tarifstufen PRIMO.SB 1 Z (plus) – PRIMO.SB 3 Z (plus) gelten Selbstbehalte je Person in Höhe von
1.200 € in Tarifstufe PRIMO.SB 3 Z (plus)
600 € in Tarifstufe PRIMO.SB 2 Z (plus)
300 € in Tarifstufe PRIMO.SB 1 Z (plus)
- in Tarifstufe PRIMO.Bonus Z (plus) erhält die versicherte Person einen monatlichen Bonus in Höhe von 30 €, der im Leistungsfall verrechnet wird, d.h. es werden dann bis zu 360 € von der Leistung abgezogen

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung
- Künstliche Befruchtung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

- für deren Berufsgruppe der Versicherer keine speziellen Tarife anbietet (z.B. Mediziner) und
- die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen.

Dies gilt gleichermaßen für die mit diesen Personen in häuslicher Gemeinschaft lebenden oder von ihnen wirtschaftlich abhängigen Familienangehörigen.

Neben Tarif PRIMO.Z darf keine weitere Krankheitskostenversicherung bei der Hallesche Krankenversicherung oder einer anderen privaten Krankenversicherung fortgeführt oder abgeschlossen werden. Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Pflegeversicherungen, die Sonderbedingungen für Modifizierte Beitragszahlung (MBZ.flex) sowie Auslandsreise-Zusatzversicherungen können zusammen mit Tarif PRIMO.Z abgeschlossen werden.

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

Ärztliche Leistungen sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang 1) erstattungsfähig. Leistungen durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger sind nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig.

1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören:

Beratungen, Besuche, Behandlungen, Untersuchungen, Wegegebühren, Operationen sowie Sonderleistungen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung – auch bei stationärer Behandlung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden gemäß Abschnitt II.1.20 erstattet.

1.2 Naturheilverfahren

Außerdem besteht Versicherungsschutz für folgende Naturheilverfahren durch Ärzte:

- Hydro- und Balneotherapie (Bäder, Güsse, Druckstrahlmassagen, Wickel, Packungen und Dämpfe)
- Kälte- und Wärmetherapie
- Bewegungstherapie
- Atemtherapie
- Blutegelbehandlung
- Schröpfen
- Chirotherapie
- Präparate der Phytotherapie
- Präparate der Anthroposophie
- Klassische Homöopathie
- Akupunktur zur Schmerzbehandlung

Soweit es sich dabei um ärztliche Leistungen handelt, sind diese gemäß Abschnitt II.1.1 erstattungsfähig und werden gemäß Abschnitt II.1.20 erstattet.

Soweit es sich dabei um Heilmittel handelt, werden diese gemäß Abschnitt II.1.6 erstattet. Handelt es sich dabei um Arzneimittel, werden diese gemäß Abschnitt II.1.7 erstattet.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.4 Fahrten und Transporte

Erstattungsfähig sind Fahrten und Transporte zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei

- Notfällen,
- Dialyse,
- Tiefenbestrahlung,
- Chemotherapie.

Transporte sind erstattungsfähig, wenn während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die

besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden gemäß Abschnitt II.1.20 erstattet.

1.6 Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

Inhalationen, Krankengymnastik/Bewegungsübungen, Massagen, physiotherapeutische Palliativversorgung, Packungen/Hydrotherapie/Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie (Beschäftigungstherapie), Podologie, Ernährungstherapie, Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik sowie Rückbildungsgymnastik.

Nach vorheriger schriftlicher Zusage besteht darüber hinaus Versicherungsschutz für Rehabilitationssport/Funktionstraining in Gruppen durch hierfür anerkannte Leistungserbringer.

Die bis zu den im Heilmittelverzeichnis (Anhang 2) genannten Preisen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 75% erstattet.

1.7 Arznei- und Verbandmittel

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Person und Kalenderjahr bis zur Höhe von 2.000 € zu 75%, der 2.000 € übersteigende Teil zu 100% erstattet.

Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer (außer sie sind zur Behandlung einer Grunderkrankung wie Akne medizinisch notwendig), Geriatrika, Nähr- und Stärkungsmittel (mit Ausnahme der in § 4 Teil II Abs. 5 der AVB beschriebenen medikamentenähnlichen Nährmittel), Haarwuchsmittel, Abmagerungspräparate, Hormonpräparate im Rahmen von Anti-Aging-Maßnahmen, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, reine Mineralwässer, Badezusätze und Ähnliches, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

1.8 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Tollwut, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und für Zeckenschutzimpfungen.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu deren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ärztlichen Leistungen (Beratung, Verordnung und Impfung) sind gemäß Abschnitt II.1.1 erstattungsfähig und werden gemäß Abschnitt II.1.20 erstattet.

Die Kosten des Impfstoffes werden als Arzneimittel gemäß Abschnitt II.1.7 erstattet.

1.9 Medizinische Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

1.9.1 Hilfsmittelbegriff

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel (sächliche und technische Mittel sowie Körperersatzstücke) in Standardausführung (einfache Ausführung),

- die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen (z.B. Krankenfahrstühle, Prothesen),
- die zur Therapie und Diagnostik erforderlich sind (z.B. Blutdruckmessgeräte),
- die zur Lebenserhaltung erforderlich sind (lebenserhaltende Hilfsmittel wie z.B. Beatmungsgeräte).

Erstattungsfähig ist ferner die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes. Ebenfalls erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme für Leistungen nach diesem Tarif erforderlich ist.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Unterweisung, Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln, ausgenommen Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen.

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

- deren Kosten die Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach zu erstatten hat,
- die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind,
- die Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens sind (z.B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

1.9.2 Rechnungshöchstbeträge

Folgende Hilfsmittel sind bis zu den aufgeführten Rechnungsbeträgen erstattungsfähig:

- Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 € je Hörgerät; ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug eines Hörgerätes entsteht dabei frühestens nach 5 Jahren seit dem letzten Bezug.
Für teil- bzw. vollimplantierbare Hörsysteme bestehen diese Begrenzungen nicht, sofern Hörverluste ausschließlich dadurch ausgeglichen werden können.
- orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 250 € je Kalenderjahr.

1.9.3 Erstattung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel werden zu 75% erstattet.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel, deren Rechnungsbetrag bei Eigenbezug 350 € übersteigen würde, werden zu 90% erstattet, sofern

- dem Versicherer vor Bezug des Hilfsmittels die ärztliche Verordnung vorgelegt wird und
- der Versicherer beauftragt wird, das Hilfsmittel (Leihgerät oder Kauf) über seine Partner oder geeignete Sanitätshäuser auszuliefern.

Dies gilt auch bei erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel unterhalb eines Rechnungsbetrages von jeweils 350 € sofern innerhalb eines Kalenderjahres ein Mehrfachbezug des Hilfsmittels (z.B. Stoma-Artikel) erforderlich wird.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, werden 90% der erstattungsfähigen Aufwendungen auch dann erstattet, wenn der Versicherer das Hilfsmittel nicht ausliefern lassen kann.

1.9.4 Begrenzung der Eigenbeteiligung für Hilfsmittel

Übersteigen die erstattungsfähigen Aufwendungen je Person und je Kalenderjahr 10.000 €, wird der übersteigende Teil zu 100% erstattet. Aufwendungen, die sich durch das Überschreiten der in Punkt 1.9.2 genannten Rechnungshöchstbeträge ergeben, zählen nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

1.10 Sehhilfen (Brille oder Kontaktlinsen) und refraktive Chirurgie

- Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 125 €. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.
- Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z.B. Lasik) werden bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 € pro Auge erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für das jeweilige Auge frühestens nach 5 Jahren.

1.11 Psychotherapie

Pro Kalenderjahr werden 50 Sitzungen zu 75% erstattet.

1.12 Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie sind erstattungsfähig, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und wenn diese geeignet ist Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen, oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

Für Soziotherapie dürfen Ärzte für Psychiatrie oder Nervenheilkunde oder, nach Verordnung durch diese Ärzte, auch Fachkräfte für Soziotherapie in Anspruch genommen werden.

Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall.

Aufwendungen für Ärzte sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Bei Aufwendungen für Fachkräfte für Psychotherapie ist höchstens der Betrag erstattungsfähig, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.13 Leistungen durch Hebammen/Entbindungspfleger

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hebammenhilfe (z.B. Mutterschaftsvorsorge, Schwangerschaftsbetreuung, Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung, Wegegebühren), auch wenn diese von Entbindungspflegern erbracht werden.

Bei einer Entbindung in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung (z.B. Geburtshaus, Hebammenhaus) sind die entstandenen Aufwendungen erstattungsfähig, höchstens jedoch die Aufwendungen, die bei einer entsprechenden Geburt im Krankenhaus entstanden wären. Diese Aufwendungen sind auch erstattungsfähig, wenn nach einer begonnenen Geburt (Einsetzen von Eröffnungswehen oder Blasensprung) die Verlegung in ein Krankenhaus erforderlich wird.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder dem familiären Bereich zu ermöglichen, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und
- eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Als häusliche Umgebung gelten hierbei auch Altersheime, stationäre Pflegeeinrichtungen und Hospize.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu der Höhe des Betrags, der für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

1.15 Häusliche Krankenpflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (bestehend aus medizinischer Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung) außerhalb von stationären Einrichtungen wie Pflegeheimen, Hospizen und Rehabilitationseinrichtungen durch geeignete Fachkräfte, wenn und soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann und wenn

- die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Sicherungspflege) oder
- Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),

im nachfolgenden Umfang:

- a) Erstattungsfähig sind bei der Sicherungspflege und Krankenhausvermeidungspflege die im Einzelfall erforderlichen Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege (z.B. Wundversorgung, Verbandswechsel).

Bei der Krankenhausvermeidungspflege sind darüber hinaus auch Aufwendungen für die im Einzelfall erforderliche Grundpflege (z.B. Körperpflege, An- und Auskleiden) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkaufen, Kochen) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung besteht. Über vier Wochen hinaus sind diese Aufwendungen nur dann erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer sie vorher schriftlich zugesagt hat. Eine vorherige schriftliche Zusage wird erteilt, soweit die Voraussetzungen weiter bestehen.

- b) Von den in Absatz a) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen werden 100% erstattet, soweit sie angemessen sind. Angemessen sind

Aufwendungen bis zur Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.

Falls auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ein besonders hoher Pflegebedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, der die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordert, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen oder die Bedienung und Überwachung eines lebenserhaltenden Hilfsmittels (z.B. Beatmungsgerätes) am Tag und in der Nacht erforderlich ist, liegt Intensiv-Behandlungspflege vor.

Ist diese Intensiv-Behandlungspflege sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in einer im Umkreis von 50 km hiervon befindlichen geeigneten Einrichtung (Pflegeheim) möglich, gelten die jeweils günstigsten Kosten für die Behandlungspflege als angemessen; dies gilt nicht für Intensiv-Behandlungspflege in häuslicher Umgebung bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die angemessenen Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege werden auch in stationären Einrichtungen (z.B. Pflegeheime) erstattet.

Zur Feststellung der Angemessenheit der Aufwendungen wird empfohlen, eine Kostenzusage des Versicherers einzuholen.

1.16 Sozialpädiatrie und Frühförderung

Erstattungsfähig sind, sofern kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht, Aufwendungen für Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen.

1.17 Medizinische Schulungen für chronisch Kranke

Erstattungsfähig sind angemessene Aufwendungen für Erst- und Folgeschulungen, insbesondere bei Diabetes, Asthma oder Neurodermitis. Ab einem Rechnungsbetrag von mehr als 500 € pro Kalenderjahr sind die darüber hinausgehenden Kosten nur erstattungsfähig, soweit der Versicherer die Leistung vorab schriftlich zugesagt hat.

Als Schulungen gelten Maßnahmen, die von Anbietern mit geeigneter fachlicher und pädagogischer Qualifikation, auf Basis erprobter und evaluierter Konzepte sowie unter geeigneten organisatorischen Durchführungsbedingungen erbracht werden. Ein Nachweis über die Teilnahme ist vorzulegen.

1.18 Kurbehandlung

Bei einer Kur in einem Heilbad oder Kurort, auch bei einem Aufenthalt in einem Sanatorium sowie bei einer stationären Kur, sind Aufwendungen gemäß Abschnitt II.1.1 bis 1.11 erstattungsfähig. Aufwendungen für Kurtaxe und Kurplan werden zu 100% erstattet.

1.19 Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker

Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes dürfen in Anspruch genommen werden. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH – Stand 1985) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie Arznei- und Verbandmittel.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu einem jährlichen Rechnungsbetrag von 1.000 € zu 75% erstattet.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der Betrag von 1.000 € für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der jeweilige Höchstbetrag nicht.

1.20 Erstattet werden

- a) die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß
- Abschnitt II.1.1 ärztliche Heilbehandlung zu 100%,
 - Abschnitt II.1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie zu 100%,

wenn die Behandlung durch einen Hausarzt, Augenarzt, Gynäkologen, Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung (siehe Anhang 4), Notarzt oder Bereitschaftsarzt durchgeführt wird.

Der Hausarzt ist bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen aus diesem Tarif – oder bei Wechsel des Hausarztes – dem Versicherer namentlich zu benennen. Als Hausarzt kann ein Arzt für Allgemeinmedizin oder ein praktischer Arzt gewählt werden. Ausnahmsweise kann ein Internist ohne Schwerpunktbezeichnung (siehe Anhang 4) als Hausarzt gewählt werden; hierzu ist jedoch die Zustimmung des Versicherers einzuholen. Der Erstattungsprozentsatz von 100% gilt auch für Behandlungen durch andere als die oben genannten Ärzte, wenn der Hausarzt die Weiterbehandlung veranlasst und dies bestätigt. Diese Bestätigung ist zusammen mit dem Erstattungsantrag vorzulegen.

Bei Behandlungen durch Notärzte oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes handelte.

Sofern die versicherte Person sich mehr als 100 km von ihrem Wohnsitz entfernt aufhält, gilt jeder Arzt für Allgemeinmedizin oder jeder praktische Arzt auch ohne vorherige namentliche Nennung an den Versicherer als Hausarzt im Sinne dieses Tarifs.

b) die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß

- Abschnitt II.1.1 ärztliche Heilbehandlung zu 75%,
- Abschnitt II.1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie zu 75%,

wenn die Behandlung durch andere als die oben (siehe oben Abschnitt II.1.20a)) genannten Ärzte erfolgt, ohne dass der Hausarzt zur Weiterbehandlung an sie überwiesen hat,

oder

wenn ein Internist (ohne Schwerpunktbezeichnung) ohne Zustimmung des Versicherers als Hausarzt gewählt wird.

Veranlasst der Hausarzt nach der (Erst-)Behandlung eine Weiterbehandlung durch den Facharzt und bestätigt dies, wird ab diesem Zeitpunkt eine Erstattung gemäß 1.20a) vorgenommen. Diese Bestätigung ist zusammen mit dem ersten Erstattungsantrag über Rechnungen des Facharztes vorzulegen.

Die Bestätigung des Hausarztes gilt bis zum Abschluss der angeratenen Weiterbehandlung, längstens 6 Monate ab der Ausstellung. Dauert die Weiterbehandlung durch den Facharzt über diesen Zeitpunkt hinaus, wird eine Erstattung gemäß 1.20a)

erst wieder ab dem Zeitpunkt vorgenommen, ab dem auch diese Weiterbehandlung vom Hausarzt angeraten und bestätigt wurde. Diese Bestätigung gilt dann wiederum bis zum Abschluss der angeratenen Weiterbehandlung, längstens 6 Monate ab der Ausstellung. Im Falle einer weiteren Fortsetzung der Behandlung gelten diese Regelungen entsprechend.

2. Zahnleistungen

Zahnärztliche Leistungen sind im Rahmen der Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ/GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang 1) erstattungsfähig.

Zahntechnische Leistungen gemäß Anhang 5 (Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen) sind bis zu den dort genannten Preisen erstattungsfähig.

2.1 Zahnbehandlung

Hierzu gehören allgemeine, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen, Parodontosebehandlung sowie Untersuchungen und Beratungen.

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen (vgl. auch Abschnitt II.2.4 Rechnungshöchstbeträge).

2.2 Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Prothesen, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, Implantate (einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens) und Inlays (Metall/Keramik/Kunststoff) sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz anfallen.

Erstattet werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 75% (vgl. auch Abschnitt II.2.4 Rechnungshöchstbeträge).

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, ein Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvorschlages des zahntechnischen Labors) vorgelegt wird. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über

2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages ein Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlages des zahntechnischen Labors) vorzulegen. Bei Nichtvorlage besteht unabhängig vom Rechnungsbetrag für die erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

2.3 Kieferorthopädische Maßnahmen

Als kieferorthopädische Maßnahmen gelten auch funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit kieferorthopädischen Maßnahmen anfallen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 75% erstattet (vgl. auch Abschnitt II.2.4 Rechnungshöchstbeträge).

Bei kieferorthopädischen Maßnahmen ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages ein Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlages des zahntechnischen Labors) vorzulegen.

2.4 Rechnungshöchstbeträge

Für Leistungen nach Abschnitt II.2.1 bis 2.3 gelten zusammen nachstehende erstattungsfähige Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird:

insgesamt
1.000 € im 1. Kalenderjahr
2.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr
3.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr
4.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr
5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr
5.000 € jährlich ab dem 6. Kalenderjahr

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen im jeweiligen Kalenderjahr bzw. den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Die oben aufgeführten Rechnungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Die Leistungsabrechnung erfolgt stets in der Reihenfolge der Einreichung der Kostenbelege und der dort genannten Behandlungsdaten.

3. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

- a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.
- b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten, der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

Für Aufwendungen dieser Krankenhäuser in Deutschland ist der Versicherer leistungspflichtig, soweit sie die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung vorgegebenen Entgelte nicht mehr als 50% übersteigen. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die versicherte Person behandelt worden ist. Die Begrenzung gilt nicht, wenn im Rahmen eines Notfalles, also einer nicht planbaren Behandlung, das Krankenhaus die nächstgelegene geeignete Behandlungsstätte darstellt.

Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme und des -entbindungspfleger.

Erstattungsfähig ist die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang 1). Zahnärztliche Leistungen bei stationärem Aufenthalt sind gemäß II.2 erstattungsfähig.

Bei einer Behandlung im Ausland wird bis zum Höchstpreis der allgemeinen Krankenhausleistungen in der Bundesrepublik Deutschland erstattet. Mit diesen Aufwendungen sind auch die Arztkosten und sämtliche Nebenkosten abgegolten.

3.2 Wahlleistungen

- a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegeverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegeverordnung die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.
- b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegeverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung ist erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (siehe Anhang 1) nicht übersteigt.

Die Erstattung in den einzelnen Tarifstufen ist in Abschnitt II.3.4 beschrieben.

3.3 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3.4 Erstattung

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, und zwar

- a) in den Tarifstufen PRIMO.Z plus bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer.

Bei Aufenthalt im Einbettzimmer ist die Erstattung beschränkt auf die privatärztliche Behandlung, den Krankentransport sowie die sonstigen erstattungsfähigen Aufwendungen, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Aufwendungen des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen im Krankenhaus erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld

- in Höhe von 20 € täglich bei Nichtinanspruchnahme des Kostenersatzes für den Unterkunftszuschlag
- in Höhe von 25 € täglich bei Nichtinanspruchnahme des Kostenersatzes für gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

- b) in den Tarifstufen PRIMO.Z bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer beschränkt auf die allgemeinen Krankenhausleistungen und den Krankentransport.

3.5 Stationäre Hospizversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine ärztlich verordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten – bei Kindern auch Jahren – zu erwarten ist, und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden kann.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z.B. aus der privaten Pflegepflichtversicherung, bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

4. Digitale Gesundheitsanwendungen

4.1 Zu 100% erstattungsfähig sind im Versicherungsfall Aufwendungen für im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V siehe Anhang 7) enthaltene digitale Gesundheitsanwendungen bis zu den dort genannten Preisen, falls diese Anwendungen

- a) nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten, oder
- b) nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers

in Anspruch genommen werden.

4.2 Zu 80% bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 € jährlich erstattungsfähig sind im Versicherungsfall auch andere digitale Gesundheitsanwendungen, soweit der Versicherer deren Erstattung vor ihrer Anwendung schriftlich zugesagt hat.

4.3 Die Leistungen werden zunächst für höchstens 12 Monate erbracht. Danach ist jeweils eine erneute Verordnung bzw. vorherige schriftliche Zusage erforderlich.

4.4 Der Versicherer kann anstelle der Leistung von Aufwendungsersatz die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen. Die Begrenzung nach II.4.3 gilt in diesem Fall entsprechend.

4.5 Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstattet werden die Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

III. Bonus und Selbstbehalt zur Förderung kostenbewussten Verhaltens

1. Bonus

In Tarifstufe PRIMO.Bonus Z erhält der Versicherungsnehmer für jede versicherte Person je versicherten Monat, in dem Versicherungsschutz nach Tarif PRIMO.Bonus Z besteht, einen Bonus von 30 € – maximal ergibt dies einen Bonus von 360 € je Kalenderjahr je versicherte Person.

Der Bonus wird monatlich auf ein Konto des Versicherungsnehmers ausgezahlt. Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus ist die Bezahlung des Beitrags per Lastschriftinzugsverfahren.

Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 360 € auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach PRIMO.Bonus Z vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Anrechnung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

2. Selbstbehalt

In den folgenden Tarifstufen gelten Selbstbehalte. Die tarifliche Leistung wird um den vereinbarten Selbstbehalt gekürzt.

Der Selbstbehalt beträgt je versicherte Person in

- den Tarifstufen PRIMO.SB 1 Z 300 €
- den Tarifstufen PRIMO.SB 2 Z 600 €
- den Tarifstufen PRIMO.SB 3 Z 1.200 €

Der jeweilige Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge einschließlich des Krankenhaustagegeldes für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz für Wahlleistungen im Krankenhaus.

Beginnt die Versicherung in den Tarifstufen PRIMO.SB 1 Z, PRIMO.SB 2 Z und PRIMO.SB 3 Z nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der jeweilige Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

IV. Einreichung von Kostenbelegen

Es wird empfohlen, Kostenbelege erst ab der Höhe des jeweiligen Selbstbehalts bzw. der jährlichen Bonusleistung einzureichen. Diese liegt in

- den Tarifstufen PRIMO.Bonus Z bei 360 €
- den Tarifstufen PRIMO.SB 1 Z bei 300 €
- den Tarifstufen PRIMO.SB 2 Z bei 600 €
- den Tarifstufen PRIMO.SB 3 Z bei 1.200 €

V. Leistungen im Ausland

1. Für die Absicherung des Krankenrücktransports aus dem Ausland sowie von Leistungen bei kurzfristigen Auslandsreisen kann eine Auslandsreise-Zusatzversicherung (z.B. Tarif URZ) abgeschlossen werden.

2. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt kann durch eine anderweitige Vereinbarung für die Dauer des Aufenthalts die Begrenzung auf den Höchstpreis der allgemeinen Krankenhausleistungen in Deutschland und auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen (wie GOÄ/GOZ) aufgehoben werden. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Mehrbeitrag verlangen.

Der Versicherer verpflichtet sich zum Abschluss dieser Vereinbarung, wenn sie spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Antritt des Auslandsaufenthaltes beantragt wird. Wird dieser Antrag nach Antritt des Auslandsaufenthaltes gestellt, beginnt die Vereinbarung zum Ersten des auf den Antrag folgenden Monats, es sei denn, der Versicherungsnehmer beantragt einen späteren Beginn.

3. Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die Schweiz tritt anstelle § 1 Teil II Abs. 6 der AVB folgende Regelung:

Auf Antrag kann die unter Ziffer 2. genannte Vereinbarung für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthalts fortgeführt oder erstmals – rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts – vereinbart werden. Dabei erfolgt keine Begrenzung auf die Leistungen, die der Versicherer bei einem Aufenthalt in Inland zu erbringen hätte.

Der Antrag ist spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beim Versicherer zu stellen.

VI. Optionsrecht

a) Die versicherte Person hat nach Ablauf des 3. Versicherungsjahres seit Versicherungsbeginn in Tarif PRIMO.Z zum 1. Januar des folgenden Kalenderjahres folgende Optionsrechte innerhalb des Tarifs PRIMO.Z:

- Der bestehende Versicherungsschutz kann auf eine niedrigere Selbstbehaltsstufe umgestellt werden.
- Der bestehende Versicherungsschutz kann auf denselben Versicherungsschutz mit stationären Wahlleistungen umgestellt werden (z.B. PRIMO.Bonus Z auf PRIMO.Bonus Z plus).

Diese Optionen können einzeln oder zusammen ausgeübt werden.

Der Versicherer wird einen solchen Antrag ohne neue Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten annehmen, wenn die Umstufung spätestens 2 Monate vor dem Umstellungszeitpunkt beantragt wurde.

b) Stellt die versicherte Person innerhalb der Elternzeit gemäß des Bundeserziehungsgeldgesetzes (BERzGG) den Versicherungsschutz auf eine höhere Selbstbehaltsstufe um, besteht folgende Option auf Rückumstellung:

Fällt die o.g. Voraussetzung weg, so wird der Versicherer einen Antrag auf Rückumstellung mit Wirkung zum Zeitpunkt des Wegfalls der Voraussetzung ohne neue Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten annehmen. Der Antrag auf Rückumstellung muss dafür innerhalb von 2 Monaten nach Ende der Elternzeit gestellt werden.

VII. Leistungsanpassung

Gemäß § 8b Teil I Nr. 1 bzw. § 8b Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) können bei nicht nur vorübergehender Abweichung der tatsächlich erforderlichen von den rechnermäßig kalkulierten Leistungsauszahlungen die Beiträge mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung im Tarif PRIMO.Z auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge, ersatzweise Krankenhaustagegelder sowie die Bonusleistung gemäß Abschnitt III. des Tarifs PRIMO.Z mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden.

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (siehe Anhang 7) und § 18 Teil I Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) auch berechtigt, die im Heilmittelverzeichnis und im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen genannten Leistungen und Höchstpreise mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen anzupassen.

VIII. Obliegenheiten

Eine weitere Krankheitskostenversicherung ist neben der Versicherung nach Tarif PRIMO.Z für keine der versicherten Personen zulässig. Nicht davon betroffen sind Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Pflegeversicherungen, die Sonderbedingungen für Modifizierte Beitragszahlung (MBZ.flex) und Auslandsreise-Zusatzversicherungen.

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang 7) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn diese Obliegenheit verletzt wird. Ferner kann er unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang 7) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern die Versicherung nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient.

IX. Anhang

Anhang 1

Höchstsätze der GOÄ sind derzeit der 3,5fache Satz für persönlich ärztliche Leistungen bzw. der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ. Höchstsatz der GOZ ist derzeit der 3,5fache Satz.

Anhang 2

Heilmittelverzeichnis siehe Seite 14 – 17

Anhang 3

(entfallen)

Anhang 4

Schwerpunktbezeichnungen sind:

- bei Kinderärzten z.B. Kinderkardiologie, Neonatologie,
- bei Internisten z.B. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie.

Anhang 5

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen siehe Seite 18 – 23

Anhang 6

Tarifstufen-Übersicht

Die einzelnen Tarifstufen unterscheiden sich in der Höhe des Selbstbehalts und dem Erstattungsprozentsatz bei Wahlleistungen. Alle weiteren Versicherungsleistungen sind identisch.

Tarifbezeichnung	Selbst-behalt	Zahn-ersatz**	Wahlleistungen (Privatarzt / Zweibettzimmer)**
PRIMO.Bonus Z	-.*	75%	-
PRIMO.Bonus Z plus	-.*	75%	100%
PRIMO.SB 1 Z	300 €	75%	-
PRIMO.SB 1 Z plus	300 €	75%	100%
PRIMO.SB 2 Z	600 €	75%	-
PRIMO.SB 2 Z plus	600 €	75%	100%
PRIMO.SB 3 Z	1.200 €	75%	-
PRIMO.SB 3 Z plus	1.200 €	75%	100%

* Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person je versicherten Monat einen Bonus von 30 € – maximal ergibt dies einen Bonus von 360 € je Kalenderjahr je versicherte Person. Werden Rechnungen zur Erstattung eingereicht, wird der gesamte jährliche Bonus von 360 € auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Dies gilt auch, wenn die Versicherung nach PRIMO.Bonus Z (plus) vor Ablauf eines Kalenderjahres endet.

** Der Prozentsatz bezieht sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Abschnitt II.2. bzw. II.3.

Anhang 7

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Abs. 1 Satz 1 das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Anhang 2 – Heilmittelverzeichnis

Hierzu zählen Physikalische Therapie, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie usw.

Richtwert im Sinne des Heilmittelverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßig medizinisch notwendigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

erstattungsfähig bis zu €	erstattungsfähig bis zu €
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
• als Einzelinhalation 10,10	
• als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer 4,80	
• als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer 7,50	
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.	
Radon-Inhalation im Stollen 14,90	
Radon-Inhalation mittels Hauben 18,20	
Krankengymnastik/Bewegungsübungen	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans 16,50	
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordneten Person 55,00	
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minuten 25,70	
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten 38,30	
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 45 Minuten 47,80	
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer 10,80	
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer 14,30	
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten 72,30	
	Bewegungsübungen
	• als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten 11,20
	• in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten 6,90
	Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten 31,20
	Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten 15,60
	Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten 19,60
	Krankengymnastik im Bewegungsbad in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten 19,70
	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten 29,70
	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten 19,00
	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.) 108,10
	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbau- trainings (MAT) und Medizinischer Trainings- therapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten 46,20
	Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schräg- bett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlin- gentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten 8,80
	Massagen
	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:
	• Klassische Massagetherapie (KMT), Seg- ment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten 18,20
	• Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten 21,20

erstattungsfähig bis zu €	
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
• Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	29,30
• Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	43,90
• Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,50
• Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	18,70
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50
Palliativversorgung	
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
Aufwendungen hierfür sind gesondert erstattungsfähig, sofern sie nicht bereits von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) umfasst sind.	
Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
• bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
• Teilpackung	36,20
• Großpackung	47,80
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
Kaltpackung (Teilpackung)	
• Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	10,20
• Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
Heublumensack, Peloidkomresse	12,10
Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	6,10
Trockenpackung	4,10
Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40

erstattungsfähig bis zu €	
Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,10
Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
Naturmoor-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	43,30
Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	52,70
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	37,90
• Vollbad	43,30
Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
Medizinische Bäder mit Zusatz	
• Hand-, Fußbad	8,80
• Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
• Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
• bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
• Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,10 €.	
Gashaltige Bäder	
• Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
• Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
• Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	33,80
• Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
• Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
• Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10
Kälte- und Wärmebehandlung	
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
Wärmetherapie mittels Heißluft (auch durch Glühlicht, Strahler – inkl. Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
Ultraschall-Wärmetherapie	12,00

erstattungsfähig bis zu €	
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60
Iontophorese, Phonophorese	8,20
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzelenbad)	14,90
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
• als Einzelbehandlung	4,10
• in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,50
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,10
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,90
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	8,20
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	11,50
Logopädie (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie)	
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	18,00
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	51,70
je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig	
Bericht an die verordnete Person	5,80
Bericht auf besondere Anforderung der verordneten Person	103,40
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
• Richtwert: 30 Minuten	46,00
• Richtwert: 45 Minuten	63,20
• Richtwert: 60 Minuten	80,50
• Richtwert: 90 Minuten	103,40
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	

erstattungsfähig bis zu €	
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer	
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	56,90
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	103,40
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
Einzelbehandlung	
• bei motorischen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30
Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	123,90
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	166,80
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	139,20
Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	32,80
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	44,50
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	55,10
Gruppenbehandlung	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	16,00
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmer	37,90
• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	70,20

erstattungsfähig bis zu €	
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20
Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	139,20
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmer	36,00
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
Podologie	
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	30,70
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	44,00
Podologischer Befund, je nach Behandlung	3,00
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonoxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
Regulierung der Orthonoxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Ersatzversorgung mit einer Orthonoxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonoxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Ernährungstherapie	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten	67,90
Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – erstattungsfähig	55,50

erstattungsfähig bis zu €	
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – erstattungsfähig	55,50
Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	34,00
Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	23,80
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik	
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	14,40
Geburtsvorbereitung/Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	18,60
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	14,40
Rückbildungsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 20 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	18,60
Rehabilitationssport / Funktionstraining	
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	
• allgemeiner Rehasport	6,60
• Rehasport im Wasser	8,30
• Rehasport in Herzgruppen	9,30
• Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	12,80
Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:	
• allgemeiner Rehasport	8,70
• Rehasport im Wasser	12,30
• Rehasport in Kinderherzgruppen	17,00
• Rehasport für schwerstbehinderte Kinder	17,00
Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Kinder und Erwachsene	12,30
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	6,60
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg ist die Abrechnung von ärztlich verordnetem Hausbesuch und Fahrtkosten nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	

Anhang 5 – Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

		erstattungs- fähig bis zu €			erstattungs- fähig bis zu €
Arbeitsvorbereitung					
101	Modell Hartgips / Superhartgips / Implantatmodell	8,20	143	Radieren des Abschlussrandes	7,40
102	Modell nach Überabdruck	12,20	144	Radieren nach System je Kiefer	11,30
103	Modell vermessen	5,70	145	Abdecken eines Kiefertails je Kiefer	7,40
104	Modellpaar sockeln	22,00	146	Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer	22,50
105	Sägmodell / Modell Sägesegment	14,90	147	Prothetische Planung	23,90
106	Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen)	12,70	148	Modellanalyse Prothetik	15,20
107	Modellergänzung aus Kunststoff	18,40	149	Modellanalyse Gnathologie	34,10
108	Doublieren eines Modells oder Modellteils	15,50	150	CAD/CAM von Fräszentrum komplett	93,80
109	Platzhalter einfügen / Hilfsteil in Abdruck	15,50	151	Foto- / Videodokumentation	2,60
110	Verwendung von Kunststoff	15,50	152	Desinfektion	5,70
111	Abdruck galvanisieren	15,50	153	Modell digitalisieren	16,90
112	Set-up je Segment	9,20	154	Scannen Stumpf / Modell	22,40
113	Einzelstumpfmodell	12,40	Herstellung individueller Hilfsmittel		
114	Set-up-Modell	11,40	201	Basis für Vorbissnahme	11,70
115	Dowel-Pin setzen	2,10	202	Konstruktionsbiss	10,20
116	Zahnkranz bearbeiten	7,70	203	Basis Autopolimerisat	21,50
117	Zahnkranz sockeln	8,10	204	Individueller Löffel	28,50
118	Einstellen in Fixator (OK+UK)	7,90	205	Funktionslöffel	27,40
119	Auswerten Registrat	6,90	205a	Individualisieren eines konfektionierten Löffels	11,50
120	Modellmontage in Mittelwertartikulator I	13,70	206	Bissregistrierung	19,50
121	Modellmontage in Mittelwertartikulator II	15,40	207	Stützstiftregistrierung	19,50
122	Modellmontage indiv. Artikulator I	15,40	208	Kunststoffbasis für Aufstellung	21,20
123	Modellmontage indiv. Artikulator II	17,10	209	Bisswall (Wachs / Kunststoff) je Kiefer	12,30
124	Modellmontage indiv. Artikulator III	22,50	210	Übertragungskappe Kunststoff / Metall	22,20
125	Montage Gegenkiefermodell	8,20	211	Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren, je Kiefer	20,90
126	Übertragungslehre für Zweitmontage	10,20	212	Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen, je Zahn	6,10
127	Einstellen nach Registrat	9,40	213	Kunststoffbasis für Zentrikregistrat / Spezialbissplatte	30,80
128	Frontzahnführungsteller individuell	17,40	Provisorium		
129	Frässockel / Modell / je Kiefer	9,80	301	Provisorische Krone oder Brückenglied / Stiftzahn / Onlay / Inlay aus Kunststoff	32,10
130	Split Cast an Modell / je Kiefer	15,30	301a	Provisorische Krone oder Brückenglied aus Metall	44,00
131	Modellsegment sägen	5,10	302	Formteil für provisorische Versorgung, je Kiefer	22,70
132	Kontrollmodell	10,00	303	Metallarmierung für provisorische Versorgung, je Kiefer	34,70
133	Remontage Modell	25,50	304	Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils	4,40
134	Modell aus feuerfester Masse	10,20	305	Metallprovisorium verblenden einfarbig, bis Zahn 6*	31,60
135	Stumpf aus feuerfester Masse	15,30	306	Metallprovisorium verblenden mehrfarbig, bis Zahn 6*	41,20
136	Stumpf aus Superhartgips	5,90	307	Vorwall	5,50
137	Stumpf aus Kunststoff	12,20	308	Ausarbeiten direktes Provisorium	16,50
138	Ausblocken eines Stumpfes	2,90	309	Konfektionsabutment individualisieren	41,30
139	Stumpf vorbereiten	4,70			
140	Reponieren eines Stumpfes	6,60			
141	Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell	9,30			
142	Dublieren eines Einzelstumpfes	9,90			

		erstattungs- fähig bis zu €
Kronen / Brücken / Inlays und Implantate		
401	Wurzelstift gegossen	34,70
402	Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	66,10
403	Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	47,80
404	Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	48,50
405	Stiftaufbau	54,00
406	Stiftaufbau in vorhandene Krone einarbeiten	17,90
407	Stiftkrone aus Kunststoff	65,30
408	Angelieferte Modellation gießen	20,20
409	Vorbereiten Krone / Brückenglied	14,20
410	Krone / Brückenglied einarbeiten	22,60
411	Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert	73,70
412	Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	78,80
413	Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert	78,80
414	Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramik- verblendung	71,10
415	Krone für Kunststoffverblendung	70,50
416	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas- Teilverblendung	70,50
417	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas- Vollverblendung	68,20
418	Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	69,60
419	Galvanokrone für Verblendung	61,20
419a	Zirkonkrone / Brückenglied	121,50
419b	Zirkonkrone / Brückenglied inkl. Material	150,00
419c	Zirkonkrone / Brückenglied inkl. Verblendung	205,00
419d	Zirkonkrone / Brückenglied inkl. Verblendung und Material	245,00
420	Krone aus Presskeramik	153,80
421	Teilkrone aus Presskeramik	156,00
422	Krone / Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung	92,10
423	Krone aus Keramik gefräst (z.B. Cerec)	165,00
424	Krone aus Keramik gefräst (z.B. Cerec) zur Keramikverblendung	133,50
425	Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff / Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	64,90
426	Mantel-(Jacket-)krone Keramik / Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	157,50

		erstattungs- fähig bis zu €
427	Brückenglied massiv	62,90
428	Brückenglied für Vollverblendung	58,90
429	Brückenglied aus Keramik	92,90
430	Verbindungsstelle Keramik	13,40
430a	Krone / Brückenglied aufpassen	7,40
430b	Zirkoneinheit aufpassen	11,30
430c	Zirkonpassung	18,80
430d	Virtuelle Modellation Zirkon	42,80
Inlays Gold		
431	Gussinlay indirekt einflächig	86,90
432	Gussinlay indirekt zweiflächig	97,70
433	Gussinlay indirekt dreiflächig	109,40
434	Gussinlay indirekt mehrflächig	114,70
435	Gussonlay	124,50
436	Inlay galvanisch aufgebaut einflächig	61,20
437	Inlay galvanisch aufgebaut zweiflächig	69,40
438	Inlay galvanisch aufgebaut dreiflächig	80,60
439	Inlay galvanisch aufgebaut mehrflächig	85,70
440	Inlaygerüst zur Verblendung einflächig	49,00
441	Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig	59,20
442	Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig	69,40
443	Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig	74,50
Inlays Kunststoff (keine Provisorien)		
444	Inlay aus Kunststoff einflächig	38,80
445	Inlay aus Kunststoff zweiflächig	51,00
446	Inlay aus Kunststoff dreiflächig	65,30
447	Inlay aus Kunststoff mehrflächig	69,40
448	Onlay aus Kunststoff	69,40
Inlays Keramik (frei geschichtet)		
449	Keramikinlay einflächig	118,50
450	Keramikinlay zweiflächig	127,40
451	Keramikinlay dreiflächig	142,40
452	Keramikinlay mehrflächig	168,80
453	Teilkrone / Onlay / Keramik	176,30
Inlay Presskeramik (z.B. Empress oder Cercon)		
454	Inlay aus Presskeramik einflächig	93,00
455	Inlay aus Presskeramik zweiflächig	102,00
456	Inlay aus Presskeramik dreiflächig	127,70
457	Inlay aus Presskeramik mehrflächig	130,50
458	Onlay aus Presskeramik	153,80
Inlay aus Keramik gefräst (z.B. Cerec)		
459	Inlay aus Keramik gefräst einflächig	111,40
460	Inlay aus Keramik gefräst zweiflächig	121,50
461	Inlay aus Keramik gefräst dreiflächig	150,00
462	Inlay aus Keramik gefräst mehrflächig	156,80
463	Onlay aus Keramik gefräst	164,30

		erstattungs- fähig bis zu €			erstattungs- fähig bis zu €
Implantate					
464	Ein Implantat als Basis einer Einzelkrone, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: • 1x Parallelbohrschablone für Implantat • 1x Röntgenkugel positionieren • 1x Implantatkontrollschablone • 1x Modellimplantat repositionieren • 1x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben • 1x Verlängerungshülse für Implantat • 1x Bearbeiten eines Implantatkopfes • 1x Drehsicherungsstopp bei Implantaten • 1x Verschraubung Implantat • 1x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat • 1x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	251,10	502	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskronen sekundär	111,00
465	Zwei Implantate als Basis einer anzufertigenden Deckprothese, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: • 1x Parallelbohrschablone für Implantat • 2x Röntgenkugel positionieren • 1x Implantatkontrollschablone • 2x Modellimplantat repositionieren • 2x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben • 2x Verlängerungshülse für Implantat • 2x Bearbeiten eines Implantatkopfes • 2x Drehsicherungsstopp bei Implantaten • 2x Verschraubung Implantat • 2x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat • 2x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat • 2x lötfreie Verbindung Primärteil	457,80	502a	Teleskopkrone Zirkon komplett (inkl. Fräsung und Modellation)	311,30
466	Basis aus Kunststoff auf Implantat	30,60	503	Umlaufende Fräsung	30,40
467	Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen	74,20	504	Individuelles Geschiebe primär	77,50
468	Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen	59,20	505	Individuelles Geschiebe sekundär	115,50
469	Magnetpaar einarbeiten	49,00	506	Geschiebefräsung	29,20
470	Implantataufbau Vollguss	74,20	507	Grundeinheit Individueller Steg / Primär- und Sekundärteil	82,10
471	Implantataufbau für Stegversorgung	74,20	508	Individueller Steg Längeneinheit	22,90
472	Implantataufbau für Keramikverblendung aus Zirkon	103,50	509	Steggeschiebe individuell / Primär- und Sekundärteil	64,10
473	Fräsung Zirkon	35,40	510	Steggeschiebe individuell an Basis	34,70
Teleskope / Geschiebe / Stege / Riegel					
501	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskronen primär	84,80	511	Steg abknicken	7,20
			512	Stegfräsung	22,40
			513	Konfektionssteg	53,60
			514	Konfektionssteg Längeneinheit	18,30
			515	Konfektionsstegglasche an Basis	26,60
			516	Konfektionssteggeschiebe an Basis	34,70
			517	Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	20,60
			518	Stift im Inlay zum Pinledge	15,30
			519	Drehriegel, Schwenkriegel individuell, inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung	200,90
			520	Wiederherstellung Drehriegel / Schwenkriegel individuell	107,30
			521	Konfektionsriegel primär	53,50
			522	Konfektionsriegel sekundär	71,20
			523	Konfektionsgeschiebe primär	78,80
			524	Konfektionsgeschiebe sekundär	91,70
			524a	Konfektionsanker	91,70
			524b	Primär- / Sekundärteil Konfektionsanker	61,00
			525	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50
			526	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20
			527	Rillen-Schulter-Fräsung	29,20
			528	Umlaufraste für Schubverteilungsarm	53,90
			529	Schubverteilungsarm	54,50
			530	Teilfräsung	18,40
			531	Lager für Ankerbandklammer	77,50
			532	Ankerbandklammer sekundär	80,20
			533	Lager für Raste	14,30
			534	Raste in Lager	12,50
			535	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift / Schraube / Bolzen	17,30
			536	Einarbeiten Friktionsstift / Schraube / Bolzen	42,00
			537	Einarbeitung eines Sekundärteils an Metallbasis	26,90
			538	Tertiärgerüst je Glied	25,10
			539	Zuschlag für Galvanotechnik	29,90
			540	Zuschlag für Arbeiten unter Mikroskop	13,70

	erstattungs- fähig bis zu €
Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen	
601 Metallverbindung nach keramischem Brand / inklusive Lötmodell	24,90
602 Lötfreie Verbindungen / Primärteil je Einheit	13,70
603 Lötfreie Verbindungen / Sekundärteil je Einheit	16,10
604 Laserschweißen je Kiefer	14,30
605 Lötung 1: ohne Vorlötung bei gleichen Legierungen	18,10
606 Lötung 2 / 3: mit / ohne Vorlötung bei unterschiedlichen Verbindungen	19,40
Veneers / Verblendungen / Zahnfleisch	
700 Vestibuläre Verblendung Composite	62,90
701 Verblendung Kunststoff, bis Zahn 6*, Teilverblendung	51,80
701a Verblendung Kunststoff, bis Zahn 6*, Vollverblendung	67,30
702 Verblendung Keramik, bis Zahn 6*, Teilverblendung	82,60
702a Verblendung Keramik, bis Zahn 6*, Vollverblendung	90,00
702b Verblendung Zirkon	94,10
702c Verblendung Zirkon, inkl. Material	108,80
703 Zahnfleisch / Wurzelpontik aus Kunststoff, bis Zahn 6*	19,40
704 Zahnfleisch / Wurzelpontik aus Keramik, bis Zahn 6*	33,10
705 Mehraufwand Rohbrandeinprobe je Kiefer	8,20
706 Keramikschulter, bis Zahn 6*	41,30
707 Sphärischer Kontakt	7,40
708 Glasieren je Einheit	9,80
709 Individuelles Charakterisieren Keramik, bis Zahn 6*	20,90
710 Farbgebung durch Bemalen je Kiefer	71,40
711 Individuelles Charakterisieren Kunststoff, bis Zahn 6*	15,30
712 Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall / Keramik	20,40
713 Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall / Keramik, bis Zahn 6*	25,00
714 Verblendschale aus Kunststoff	56,10
715 Verblendschale aus Keramik	189,00
716 Verblendschale aus Presskeramik	153,00
717 Verblendschale aus Keramik gefräst	119,30
718 Konditionieren / Ätzen / Silanisieren von Metall- / Keramikflächen	9,80
719 Infiltrationsbrand Zirkon inkl. Bearbeitung	21,00
Metallbasen und gegossene Klammern	
801 Metallbasis / OK oder UK / Totale sowie Partielle	122,20
802 Einarmige Klammer	10,60
803 Inlayklammer	10,30
804 Fortlaufende Klammer je Zahn	10,60

	erstattungs- fähig bis zu €
805 Bonyhardklammer (J-Klammer)	10,60
806 Krallen	10,60
807 Ney-Stiel	10,60
808 Auflage	10,60
809 Umgehungsbügel bei Diastema	20,90
810 Zweiarmige Klammer	20,60
811 Approximalklammer	20,10
812 Ringklammer	20,10
813 Rücklaufklammer	20,10
814 Gegenlager	20,10
815 Zwei Zähne umfassende Doppelbogenklammer	20,10
816 Zweiarmige Klammer mit Auflage(n)	29,70
817 Approximalklammer mit Auflage(n)	29,70
818 Ringklammer mit Auflage(n)	29,70
819 Rücklaufklammer mit Auflage(n)	29,70
820 Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,70
821 Überwurfklammer mit Auflage(n)	29,70
822 Bonwillklammer	46,00
823 Rückenschutzplatte	37,70
824 Metallzahn	37,70
825 Metallkaufläche	37,70
826 Lösungsknopf für Friktionsprothese / max. 2 je Kiefer	15,30
826a Lösungsknopf für Krone / Inlay / abnehmbare Brücke	9,80
827 Unterfütterbarer Abschlussrand	18,30
828 Zuschlag für einzeln gegossene Klammer(n)	20,70
829 Kragenfassung	23,80
830 Modellgussteil konditionieren / je Kiefer	12,80
831 Metallfläche konditionieren / je Einheit	8,20
832 einarmige gegossene Haltevorrichtung	10,30
833 zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	20,90
834 Netz einarbeiten	54,60
Auf- und Fertigstellung / gebogene Klammern / Schienen	
901 Aufstellung Grundeinheit je Kiefer	44,00
902 Aufstellung Wachsbasis je Zahn	3,70
903 Aufstellung auf Metallbasis je Zahn	4,20
904 Übertragung einer Aufstellung je Zahn	4,10
904a Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	16,00
905 Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	45,40
906 Fertigstellung einer Prothese je Zahn	4,40
907 Einarmige Klammer	8,40
908 Inlayklammer	8,40
909 Interdental-Knopfklammer	8,40
910 Approximalklammer	8,40
911 Auflage (nicht Krallen)	8,40
912 Bonyhardklammer ohne Auflage und Gegenlager	8,40

	erstattungs- fähig bis zu €	
913	Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage	14,90
914	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	14,90
915	Überwurfklammer	14,90
916	Doppelbogenklammer (zwei Zähne)	14,90
917	Basis aus Weichkunststoff	52,10
918	Sonderkunststoff/je Kiefer	52,10
919	Herstellung eines Zahnes aus zahncfarb. Kunststoff	32,70
920	Remontage Prothese	45,30
921	Selektives Einschleifen	31,70
922	Reokkludieren einer Prothese	7,90
923	Zahnfleischklammer	11,50
924	Pelottenklammer	18,40
925	Konfektioniertes Metallgitter anpassen und einarbeiten	54,60
926	Individuelle Beschwerungseinlage einarbeiten	26,00
927	Saugkammer einarbeiten	6,20
928	Individuelles Charakterisieren, Konfektionszahn Kunststoff, bis Zahn 6*	18,40
929	Individuelles Charakterisieren, Konfektionszahn Keramik, bis Zahn 6*	18,40
930	Aufbisschiene	112,60
931	Knirscherschiene	127,30
932	Bissführungsplatte / komplett	112,60
933	Miniplastschiene	66,80
934	Retentionsschiene	66,80
935	Verband- oder Verschlussplatte	66,80
936	Umarbeiten einer Prothese, Aufbissbehelf	48,50
936a	Semipermanente Schiene je Zahn Kunststoff	20,40
936b	Semipermanente Schiene je Zahn Metall	40,00
937	Festsitz. Schiene adjustierbar je Zahn	9,50
938	Abnehmbare Dauerschienen / Metall, adjustiert	154,10
939	Medikamententrägerschiene	66,30
940	Schienungskappe aus Kunststoff	17,40
941	Obturator aus Kunststoff	93,90
942	Resektionskloß aus Kunststoff	57,20
943	Flexible Zahnfleischepithesen Grundeinheit	102,00
944	Flexible Zahnfleischepithesen je Zahn	10,20
Kieferorthopädie / Reparaturen		
1000	KFO-Basis erneuern	64,30
1001	Basis für Einzelkiefergerät	60,80
1002	Basis für bimaxilläres Gerät	108,90
1003	Schiefe Ebene / je Kiefer	43,10
1004	Vorhofplatte	56,50
1005	Kinnkappe	47,70
1006	Aufbiss / je Kieferhälfte oder Frontzahnggebiet	16,60
1007	Abschirmelement	17,40

	erstattungs- fähig bis zu €	
1008	Verarbeitung von Weichkunststoff	29,80
1009	Schraube einarbeiten	15,50
1010	Spezial-Schraube einarbeiten	23,00
1011	Trennen einer Basis	8,80
1012	Labialbogen	19,80
1013	Labialbogen modifiziert	25,50
1014	Labialbogen intermaxillär	31,60
1014a	Außenbogen / Innenbogen / Teilbogen	29,70
1014b	Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	65,00
1015	Feder, offen	8,80
1016	Feder, geschlossen	11,00
1017	Verbindungselement intramaxillär	23,00
1018	Verbindungs- oder Führungselemente intermaxillär	25,50
1019	Verankerungselement / Ankerband	21,10
1020	Einzelelement einarbeiten	10,90
1021	Metallverbindung	15,30
1022	Einarmiges Halte- / Abstützelement je Zahn	9,50
1023	Mehrmarmiges Halte- / Abstützelement je Zahn	16,20
1024	Grundeinheit für Instandsetzung KFO-Basis	25,10
1025	Dehn- und / oder Regulierungselement	8,30
1026	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoff-Basis	46,30
1027	Facebow anpassen	13,30
1028	Häkchen	10,20
1029	Lingualbogen	30,60
1030	Palatinalbogen	38,80
1031	Positioner	142,80
1032	Druckfeder, Zugfeder	15,30
1033	Lückenhalter	18,40
1033a	Adamsklammer	20,60
1033b	Headgear individuell, je Kiefer	70,30
1033c	Interokklusal Stop	11,30
1033d	Stop	11,30
1033e	Zungengitter, je Kieferhälfte oder Frontzahnggebiet	22,60
1033f	Pfeilklammer	19,90
Reparaturen Zahnersatz		
1034	Grundeinheit für Instandsetzung Prothese / implantatgetragenen Zahnersatz	25,40
1035	Leistungseinheit Sprung	10,60
1036	Leistungseinheit Bruch	10,60
1037	Leistungseinheit Einarbeiten eines Zahnes	10,60
1038	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	10,60
1039	Leistungseinheit Halte- / Stützvorrichtung einarbeiten	10,60
1040	Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	10,70
1041	Leistungseinheit Kunststoffsaattel lösen/wiederbefestigen	11,80
1042	Retention, gebogen	41,80

	erstattungs- fähig bis zu €
1043 Retention, gegossen	51,20
1044 Gegossenes Basisteil	64,00
1045 Metallverbindung b. Wiederherstellung / Erweiterung	21,60
1046 Teilunterfütterung einer Basis	37,30
1047 Vollständige Unterfütterung einer Basis	52,00
1047a Unterfütterung Provisorium	14,10
1047b Reparatur Provisorium	12,40
1048 Basis erneuern	63,40
1049 Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils	13,50
1050 Reparatur einer Krone oder Brückenglied	33,80
1051 Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese	91,80
1052 Instandsetzen Kunststoffverblendung, bis Zahn 6*	17,60
1053 Instandsetzen Keramikverblendung, bis Zahn 6*	47,10
1054 Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	15,80
1055 Versandkosten	6,70
Allgemeines	
2001 Zahnfarbenbestimmung pro Patient	15,30
2002 Verrechnungseinheit für die Anfertigung aus NEM-Legierung je Einheit	15,00

Hinweise:

Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen. Leistungen, die nicht in dieser Liste enthalten sind, sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

*** Erläuterungen: FDI-Zahnschema**

Oberkiefer rechts								Oberkiefer links							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
WZ	BZ	BZ	BZ	BZ	EZ	SZ	SZ	SZ	SZ	EZ	BZ	BZ	BZ	BZ	WZ
WZ	BZ	BZ	BZ	BZ	EZ	SZ	SZ	SZ	SZ	EZ	BZ	BZ	BZ	BZ	WZ
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Unterkiefer rechts								Unterkiefer links							

SZ = Schneidezahn

EZ = Eckzahn

BZ = Backenzahn

WZ = Weisheitszahn

Frontzahnggebiet: Zähne 1-3

Seitenzahnggebiet: Zähne 4-8