

Tarif PRIMO.Z (*plus*) Krankheitskosten-Vollversicherung



Fassung Januar 2022

English version:
www.hallesche.de/pm63u-e-0921.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, Beschäftigungstherapie (Ergotherapie), 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 formlos bestätigt. Diese Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen.

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 formlos, wird ab diesem Zeitpunkt eine Erstattung gemäß 1.20a) vorgenommen. Diese Bestätigung ist dem Erstattungsantrag beizufügen.

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 Leis-

tungen) 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 Kostenvorschlages 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 Bundespflegeverordnung 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 Heilbehand-

lung 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 Bundespflegeverordnung 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 Bundespflegeverordnung 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 -entbindungspflegers.

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 Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung 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 Bundespflegesatzverordnung 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 Aufwendersersatz 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 Selbstbehaltstufe 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 Selbstbehaltstufe 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 rechnungsmäßig 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. <i>Bonus Z</i> | -* | 75% | - |
| PRIMO. <i>Bonus Z plus</i> | -* | 75% | 100% |
| PRIMO.SB 1 Z | 300 € | 75% | - |
| PRIMO.SB 1 Z <i>plus</i> | 300 € | 75% | 100% |
| PRIMO.SB 2 Z | 600 € | 75% | - |
| PRIMO.SB 2 Z <i>plus</i> | 600 € | 75% | 100% |
| PRIMO.SB 3 Z | 1.200 € | 75% | - |
| PRIMO.SB 3 Z <i>plus</i> | 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.

| | erstattungs- fähig bis zu € | | erstattungs- fähig bis zu € |
|--|--------------------------------|--|--------------------------------|
| Inhalationen | | Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad | |
| Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung | | • als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 31,20 |
| • als Einzelinhalation | 8,80 | • in einer Gruppe im Bewegungsbad (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 19,50 |
| • als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer | 4,80 | • in einer Gruppe im Bewegungsbad (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 15,60 |
| • als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer | 7,50 | Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten | 29,70 |
| Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig. | | Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten | 19,00 |
| Radon-Inhalation im Stollen | 14,90 | Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.) | 108,10 |
| Radon-Inhalation mittels Hauben | 18,20 | 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 |
| Krankengymnastik/Bewegungsübungen | | Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schräg- bett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlin- gentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 8,80 |
| Physiotherapeutische Erstbefundung zur Er- stellung eines Behandlungsplans | 16,50 | Massagen | |
| Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemthera- pie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 20 Minu- ten | 25,70 | Massagen einzelner oder mehrerer Körper- teile: | |
| Krankengymnastische Behandlung auf neuro- physiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei nach Abschluss der Hirnreife erwor- benen zentralen Bewegungsstörungen als Ein- zelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 33,80 | • Klassische Massagetherapie (KMT), Seg- ment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten | 18,20 |
| Krankengymnastische Behandlung auf neuro- physiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbe- handlung bis zur Vollendung des 18. Lebens- jahres, Richtwert: 45 Minuten | 45,30 | • Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten | 18,20 |
| Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Perso- nen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmer | 8,20 | Manuelle Lymphdrainage (MLD) | |
| Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktio- nen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer | 14,30 | • Teilbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 18,20 |
| Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Muko- viscidose und schweren Bronchialerkrankun- gen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minu- ten | 71,40 | • Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten | 38,50 |
| Bewegungsübungen | | • Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten | 58,30 |
| • als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 10,20 | • Kompressionsbandagierung einer Extremi- tät, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind da- neben erstattungsfähig | 12,40 |
| • in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 20 Minuten | 6,60 | | |

| | erstattungs- fähig bis zu € |
|---|--------------------------------|
| 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 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) • bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | 15,60 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Teilpackung • Großpackung | 36,20 47,80 |
| Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 19,70 |
| Kaltpackung (Teilpackung) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung von Lehm, Quark o.ä. • Anwendung einmal verwendbarer Peloid (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | 10,20 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 |
| 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 |

| | erstattungs- fähig bis zu € |
|--|---|
| Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 52,70 |
| Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Teilbad • Vollbad | 37,90 43,30 |
| Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe | 43,30 |
| Medizinische Bäder mit Zusatz | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hand-, Fußbad • Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe • Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe • bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz • Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,10 €. | 8,80 17,60 24,40 4,10 |
| Gashaltige Bäder | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe • Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe • Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe • Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe • Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe • Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat | 25,70 29,70 33,80 27,70 24,40 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 | 11,90 |
| 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 Vierzellenbad) | 14,90 |

| | erstattungs- fähig bis zu € |
|---|--------------------------------|
| 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 |
| Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen | |
| • Richtwert: 30 Minuten | 41,80 |
| • Richtwert: 45 Minuten | 59,00 |
| • Richtwert: 60 Minuten | 68,90 |
| • Richtwert: 90 Minuten | 103,40 |
| Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig. | |
| Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen je Teilnehmer | |
| • Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten | 50,40 |
| • Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten | 34,60 |
| • Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten | 67,60 |
| • Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten | 56,10 |
| Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation, den sprachtherapeutischen Bericht für den verordnenden Arzt sowie für die Beratung der versicherten Person und seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig. | |
| Beschäftigungstherapie (Ergotherapie) | |
| Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall | 41,80 |

| | erstattungs- fähig bis zu € |
|--|--------------------------------|
| 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 |
| • bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten | 128,20 |
| • als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall: | |
| • bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit: | |
| • bei motorisch-funktionellen Störungen | 40,70 |
| • bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen | 54,40 |
| • bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen | 67,70 |
| 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 |
| Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 46,20 |
| Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer | 20,60 |
| Podologie | |
| Hornhautabtragung an beiden Füßen | 26,70 |
| Hornhautabtragung an einem Fuß | 18,90 |
| Nagelbearbeitung an beiden Füßen | 25,10 |
| Nagelbearbeitung an einem Fuß | 18,90 |
| Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung) | 41,60 |
| Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung) | 26,70 |
| Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange 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 Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen | 37,40 |

| | erstattungs- fähig bis zu € |
|--|--------------------------------|
| Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation | 64,80 |
| Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, 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 | 66,00 |
| Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 33,00 |
| Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 11,00 |

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 | 7,50 |
| • Rehasport in Herzgruppen | 8,50 |
| • Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern | 12,00 |
| Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr: | |
| • allgemeiner Rehasport | 8,50 |
| • Rehasport im Wasser | 11,00 |
| • Rehasport in Kinderherzgruppen | 16,00 |
| • Rehasport für schwerstbehinderte Kinder | 16,00 |
| Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer | 6,60 |

| | erstattungs- fähig bis zu € |
|---|--------------------------------|
| 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, geätzt oder erodiert | 73,70 |
| 412 | Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, geätzt oder erodiert | 78,80 |
| 413 | Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, geätzt oder erodiert | 78,80 |
| 414 | Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, geätzt oder erodiert zur Keramik- verblendung | 71,10 |
| 415 | Krone für Kunststoffverblendung | 70,50 |
| 416 | Krone gegossen, geätzt oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas- Teilverblendung | 70,50 |
| 417 | Krone gegossen, geätzt oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas- Vollverblendung | 68,20 |
| 418 | Anker gegossen, geätzt 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 geätzt (z.B. Cerec) | 165,00 |
| 424 | Krone aus Keramik geätzt (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 geätzt (z.B. Cerec) | | |
| 459 | Inlay aus Keramik geätzt einflächig | 111,40 |
| 460 | Inlay aus Keramik geätzt zweiflächig | 121,50 |
| 461 | Inlay aus Keramik geätzt dreiflächig | 150,00 |
| 462 | Inlay aus Keramik geätzt mehrflächig | 156,80 |
| 463 | Onlay aus Keramik geätzt | 164,30 |

| | | 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 |
| 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 |
| 466 | Basis aus Kunststoff auf Implantat | 30,60 |
| 467 | Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen | 74,20 |
| 468 | Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen | 59,20 |
| 469 | Magnetpaar einarbeiten | 49,00 |
| 470 | Implantataufbau Vollguss | 74,20 |
| 471 | Implantataufbau für Stegversorgung | 74,20 |
| 472 | Implantataufbau für Keramikverblendung aus Zirkon | 103,50 |
| 473 | Fräsung Zirkon | 35,40 |
| Teleskope / Geschiebe / Stege / Riegel | | |
| 501 | Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskronen primär | 84,80 |

| | | erstattungs- fähig bis zu € |
|------|--|--------------------------------|
| 502 | Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskronen sekundär | 111,00 |
| 502a | Teleskopkrone Zirkon komplett (inkl. Fräsung und Modellation) | 311,30 |
| 503 | Umlaufende Fräsung | 30,40 |
| 504 | Individuelles Geschiebe primär | 77,50 |
| 505 | Individuelles Geschiebe sekundär | 115,50 |
| 506 | Geschiebefräsung | 29,20 |
| 507 | Grundeinheit Individueller Steg / Primär- und Sekundärteil | 82,10 |
| 508 | Individueller Steg Längeneinheit | 22,90 |
| 509 | Steggeschiebe individuell / Primär- und Sekundärteil | 64,10 |
| 510 | Steggeschiebe individuell an Basis | 34,70 |
| 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 zahnfarb. 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 Frontzahngebiet | 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 Frontzahngebiet | 22,60 |
| 1033f | Pfeilkammer | 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