

Wesentliche Merkmale des Tarifs PRIMO B

Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 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
- 80% Kostenerstattung für Heilmittel
- 80% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel bis 2.000 €, darüber hinaus 100%
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 100 €
- 100% Kostenerstattung für refraktive Chirurgie bis 500 € Rechnungsbetrag pro Auge
- 80% Kostenerstattung für Hilfsmittel
- tarifliche Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- 80% Kostenerstattung für Psychotherapie für 50 Sitzungen/Kalenderjahr
- 80% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung bis 1.000 €

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung mit Rechnungshöchstbeträgen
- 65% Kostenerstattung für Zahnersatz mit Rechnungshöchstbeträgen
- 80% Kostenerstattung für kieferorthopädische Maßnahmen mit Rechnungshöchstbeträgen

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Mehrbettzimmer
- 100% Kostenerstattung für belegärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Erstattungshöhe

- entsprechend der gewählten Tarifstufe (z.B. 50% in Tarifstufe PRIMO B.50)

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung
- Wahlleistungen im Krankenhaus
- Künstliche Befruchtung

Tarif PRIMO B

Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte Fassung Februar 2015

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 mit Anspruch auf Beihilfe im Sinne einer Beihilfeverordnung, die bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen. Die Versicherungsfähigkeit setzt weiterhin voraus, dass die Beiträge weiterer Tarife der Krankheitskostenvollversicherung, in denen bereits Versicherungsschutz besteht, geschlechtsunabhängig erhoben werden.

Die Versicherung nach Tarif PRIMO B endet mit Ende des Monats, in dem der Beihilfeanspruch wegfällt (Weiterversicherung siehe unten Abschnitt V. des Tarifs und Tarifbedingung Nummer 3 zu § 2 MB/KK 2009).

Nach der Tarifstufenkombination PRIMO B.30 + PRIMO B.120 beträgt der prozentuale Erstattungssatz bis zum Eintritt des Versorgungsfalles 50% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Danach reduziert sich der Erstattungssatz auf 30% durch Umstellung auf die Tarifstufe PRIMO B.30. Sollte die Umstellung auf die Tarifstufe PRIMO B.30 nach Eintritt des Versorgungsfalles nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50%iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist zum Zeitpunkt des Eintritts des Versorgungsfalles ein Tarifwechsel in die Tarifstufe PRIMO B.50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen. Sollte bereits vor Eintritt des Versorgungsfalles bekannt sein, dass auch im Versorgungsfall der Beihilfebemessungssatz nur 50% beträgt, ist zu diesem Zeitpunkt bereits anstelle des Versicherungsschutzes nach der Tarifstufenkombination PRIMO B.30 + PRIMO B.120 die Tarifstufe PRIMO B.50 zu wählen.

II. Höhe der Erstattung

Es wird empfohlen, Kostenbelege erst ab einer Höhe von 250 € einzureichen.

Die gemäß Abschnitt III. erstattungsfähigen tariflichen Aufwendungen werden gemäß der versicherten Prozentstufe anteilig erstattet:

- PRIMO B.50 zu 50%
- PRIMO B.30 zu 30%
- PRIMO B.20 zu 20%
- PRIMO B.120 zu 20%

III. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

Ärztliche Leistungen sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) maximal bis zu deren Höchstsätzen (siehe Anhang I) 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 sind zu 100% erstattungsfähig.

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
- Bluteigelbehandlung
- Schröpfen
- Präparate der Phytotherapie
- Chirotherapie
- Präparate der Anthroposophie
- Klassische Homöopathie
- Akupunktur zur Schmerzbehandlung

Soweit es sich dabei um

- ärztliche Leistungen handelt, sind diese gemäß Abschnitt III.1.1
- Heilmittel handelt, sind diese gemäß Abschnitt III.1.6
- Arzneimittel handelt, sind diese gemäß Abschnitt III.1.7 erstattungsfähig.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 100% erstattungsfähig.

1.4 Fahrten und Transporte

Erstattungsfähig sind Fahrten und Transporte zum und vom nächst erreichbaren 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 sind zu 100% erstattungsfähig.

1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 100% erstattungsfähig.

1.6 Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

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

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind bis zu den Höchstsätzen der Bundesbeihilfe zu 80% erstattungsfähig.

1.7 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen je Person und Kalenderjahr bis zur Höhe von 2.000 € zu 80%, der 2.000 € übersteigende Teil zu 100%.

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 Nahrungsmittel), 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 zu 100% erstattungsfähig.

Die Kosten des Impfstoffes werden als Arzneimittel gemäß Abschnitt III.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 80% 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 seiner 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 100 €. 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 80% 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 Soziotherapie 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, Schwangerenbetreuung, 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 Blasenprung) 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 Bereichs 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 III.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 sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 € pro Kalenderjahr zu 80% erstattungsfähig.

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.

2. Zahnleistungen

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

Zahntechnische Leistungen gemäß Anhang 3 (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.

Erstattungsfähig sind 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen (vgl. auch Abschnitt III.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 im Zusammenhang mit Zahnersatz anfallen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 65% erstattungsfähig (vgl. auch Abschnitt III.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 € (einschließlich der Leistungen der Beihilfe) übersteigen, ein Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlages 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 sind zu 80% erstattungsfähig (vgl. auch Abschnitt III.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 III.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 Rechnungshöchstbetrag 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, sind als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne privatärztliche Leistungen) und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers erstattungsfähig, die nach der Bundes-Beihilfeverordnung beihilfefähig sind. Erstattungsfähig ist auch 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 –entbindungspflegers.

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

3.2 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3.3 Stationäre Hospizversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine ärztlich verordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz in dem palliativ-medizinische 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.

IV. 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.

V. Besondere Bedingungen zur Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Erstattungsprozensatz des Tarifs *PRIMO B* (siehe Abschnitt II.) darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100% nicht übersteigen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Erhöhungen des Beihilfebemessungssatzes dem Versicherer innerhalb von 6 Monaten vom Eintritt der Erhöhung an gerechnet schriftlich anzuzeigen.

In diesem Fall ändert der Versicherer – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß dem jeweiligen Tarif zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes eintritt.

Erlangt der Versicherer von der Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes Kenntnis, ohne dass dieses der Versicherungsnehmer angezeigt hat, ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsschutz zum nächstfolgenden Monatsende im Sinne von Satz 1 zu ändern.

Entfällt der Beihilfeanspruch, so ist eine Umstellung innerhalb der Produktlinie *PRIMOline* empfehlenswert.

VI. Leistungsanpassung

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

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung im Tarif *PRIMO B* auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge des Tarifs *PRIMO B* mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden.

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (siehe Anhang 4) und § 18 Teil I Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) auch berechtigt, die 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.

VII. 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

(entfallen)

Anhang 3

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen siehe Seite 8 – 12

Anhang 4

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

(3) Ist bei einer Krankenversicherung im Sinn des Absatzes 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 3 – Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

	erstattungsfähig bis zu €		erstattungsfähig bis zu €
Arbeitsvorbereitung		205a Individualisieren eines konfektionierten Löffels	11,50
101 Modell Hartgips / Superhartgips / Implantatmodell	8,20	206 Bissregistrierung	19,50
102 Modell nach Überabdruck	12,20	207 Stützstiftregistrierung	19,50
103 Modell vermessen	5,70	208 Kunststoffbasis für Aufstellung	21,20
104 Modellpaar sockeln	22,00	209 Bisswall (Wachs / Kunststoff) je Kiefer	12,30
105 Sägemodell / Modell Sägesegment	14,90	210 Übertragungskappe Kunststoff / Metall	22,20
106 Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen)	12,70	211 Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren, je Kiefer	20,90
107 Modellergänzung aus Kunststoff	18,40	212 Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen, je Zahn	6,10
108 Doublieren eines Modells oder Modellteils	15,50	213 Kunststoffbasis für Zentrikregistrat / Spezialbissplatte	30,80
109 Platzhalter einfügen / Hilfsteil in Abdruck	15,50	Provisorium	
110 Verwendung von Kunststoff	15,50	301 Provisorische Krone oder Brückenglied / Stifzahn / Onlay / Inlay aus Kunststoff	32,10
111 Abdruck galvanisieren	15,50	301a Provisorische Krone oder Brückenglied aus Metall	44,00
112 Set-up je Segment	9,20	302 Formteil für provisorische Versorgung, je Kiefer	22,70
113 Einzelstumpfmmodell	12,40	303 Metallarmierung für provisorische Versorgung, je Kiefer	34,70
114 Set-up-Modell	11,40	304 Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils	4,40
115 Dowel-Pin setzen	2,10	305 Metallprovisorium verblenden einfarbig, bis Zahn 6*	31,60
116 Zahnkranz bearbeiten	7,70	306 Metallprovisorium verblenden mehrfarbig, bis Zahn 6*	41,20
117 Zahnkranz sockeln	8,10	307 Vorwall	5,50
118 Einstellen in Fixator (OK+UK)	7,90	308 Ausarbeiten direktes Provisorium	16,50
119 Auswerten Registrat	6,90	309 Konfektionsabutment individualisieren	41,30
120 Modellmontage in Mittelwertartikulator I	13,70	Kronen / Brücken / Inlays und Implantate	
121 Modellmontage in Mittelwertartikulator II	15,40	401 Wurzelstift gegossen	34,70
122 Modellmontage indiv. Artikulator I	15,40	402 Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	66,10
123 Modellmontage indiv. Artikulator II	17,10	403 Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	47,80
124 Modellmontage indiv. Artikulator III	22,50	404 Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	48,50
125 Montage Gegenkiefermodell	8,20	405 Stiftaufbau	54,00
126 Übertragungslehre für Zweitmontage	10,20	406 Stiftaufbau in vorhandene Krone einarbeiten	17,90
127 Einstellen nach Registrat	9,40	407 Stiftkrone aus Kunststoff	65,30
128 Frontzahnführungsteller individuell	17,40	408 Angielieferte Modellation gießen	20,20
129 Frässockel / Modell / je Kiefer	9,80	409 Vorbereiten Krone / Brückenglied	14,20
130 Split Cast an Modell / je Kiefer	15,30	410 Krone / Brückenglied einarbeiten	22,60
131 Modellsegment sägen	5,10	411 Vollkrone Metall gegossen, gefräst oder erodiert	73,70
132 Kontrollmodell	10,00	412 Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	78,80
133 Remontage Modell	25,50	413 Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert	78,80
134 Modell aus feuerfester Masse	10,20	414 Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung	71,10
135 Stumpf aus feuerfester Masse	15,30	415 Krone für Kunststoffverblendung	70,50
136 Stumpf aus Superhartgips	5,90	416 Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Teilverblendung	70,50
137 Stumpf aus Kunststoff	12,20	417 Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	68,20
138 Ausblocken eines Stumpfes	2,90	418 Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	69,60
139 Stumpf vorbereiten	4,70	419 Galvanokrone für Verblendung	61,20
140 Reponieren eines Stumpfes	6,60	419a Zirkonkrone / Brückenglied	121,50
141 Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell	9,30	419b Zirkonkrone / Brückenglied inkl. Material	150,00
142 Dublieren eines Einzelstumpfes	9,90	419c Zirkonkrone / Brückenglied inkl. Verblendung	205,00
143 Rädieren des Abschlussrandes	7,40	419d Zirkonkrone / Brückenglied inkl. Verblendung und Material	245,00
144 Rädieren nach System je Kiefer	11,30		
145 Abdecken eines Kieferteils je Kiefer	7,40		
146 Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer	22,50		
147 Prothetische Planung	23,90		
148 Modellanalyse Prothetik	15,20		
149 Modellanalyse Gnathologie	34,10		
150 CAD/CAM von Fräszentrum komplett	93,80		
151 Foto- / Videodokumentation	2,60		
152 Desinfektion	5,70		
153 Modell digitalisieren	16,90		
154 Scannen Stumpf / Modell	22,40		
Herstellung individueller Hilfsmittel			
201 Basis für Vorbissnahme	11,70		
202 Konstruktionsbiss	10,20		
203 Basis Autopolimerisat	21,50		
204 Individueller Löffel	28,50		
205 Funktionslöffel	27,40		

	erstattungsfähig bis zu €
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
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

	erstattungsfähig bis zu €
Implantate	
464 Ein Implantat als Basis einer Einzelkrone, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: - 1 x Parallelbohrschablone für Implantat - 1 x Röntgenkugel positionieren - 1 x Implantatkontrollschablone - 1 x Modellimplantat repositionieren - 1 x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben - 1 x Verlängerungshülse für Implantat - 1 x Bearbeiten eines Implantatkopfes - 1 x Drehsicherungsstopp bei Implantaten - 1 x Verschraubung Implantat - 1 x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat - 1 x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	251,10
465 Zwei Implantate als Basis einer anzuferfertigen Deckprothese, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: - 1 x Parallelbohrschablone für Implantat - 2 x Röntgenkugel positionieren - 1 x Implantatkontrollschablone - 2 x Modellimplantat repositionieren - 2 x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben - 2 x Verlängerungshülse für Implantat - 2 x Bearbeiten eines Implantatkopfes - 2 x Drehsicherungsstopp bei Implantaten - 2 x Verschraubung Implantat - 2 x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat - 2 x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat - 2 x 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, Konuskrone primär	84,80
502 Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone 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

	erstattungsfähig bis zu €
515 Konfektionssteglasche 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
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

	erstattungsfähig bis zu €
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
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

	erstattungsfähig bis zu €
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
913 Zweiarmlige 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 zahncolor 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 Frontzahngelände	16,60
1007 Abschirmelement	17,40
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

	erstattungsfähig bis zu €
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 Einzelement einarbeiten	10,90
1021 Metallverbindung	15,30
1022 Einarmiges Halte- / Abstützelement je Zahn	9,50
1023 Mehrarmiges 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 Haken	10,20
1029 Lingualbogen	30,60
1030 Palatinalbogen	38,80
1031 Positioner	142,80
1032 Druckfeder, Zugfeder	15,30
1033 Lückhalter	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 Frontzahngelände	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
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 Steg geschlebe	15,80
1055 Versandkosten	6,70

**erstattungsfähig
bis zu €**

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
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Unterkiefer rechts								Unterkiefer links							

Legende:

SZ = Schneidezahn

EZ = Eckzahn

BZ = Backenzahn

WZ = Weisheitszahn

Frontzahngebiet: Zähne 1-3

Seitenzahngebiet: Zähne 4-8