

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 100 €
- 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 €

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 Krankentransport

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

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehandlung
- Künstliche Befruchtung

Tarif PRIMO.Z (*plus*)

Krankheitskosten-Vollversicherung Fassung Januar 2013

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 alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherten wohnenden Personen, sofern der Versicherer für diese Personen, falls sie einer bestimmten Berufsgruppe (z.B. Mediziner) angehören, keine speziellen Tarife anbietet. 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.

1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören:

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

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden gemäß Abschnitt II.1.18 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.1.18 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 Notfalltransporte bis zum nächst erreichbaren geeigneten Arzt sowie Fahrten bei Dialyse, Tiefenbestrahlung und Chemotherapie.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden gemäß Abschnitt II.1.18 erstattet.

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 bei diabetischem Fußsyndrom, Geburtsvorbereitung 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, 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 Impfkommision 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.1.18 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.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Instandsetzung, Unterweisung 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,
- 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 seiner Partner oder geeignete Sanitätshäuser auszuliefern.

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 75% erstattet.

1.12 Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage des Versicherers 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 Entbindung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung

Bei einer Entbindung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung (z.B. Geburtshaus, Hebammenhaus) werden die entstandenen Aufwendungen zu 100% erstattet, 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.

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 Lebenswartung 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.

- 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 (Intensiv-Behandlungspflege)

und 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.

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 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.

1.17 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.

1.18 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.1.18a)) 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 1.18a) 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 Leistungen) sind bis zu den dort genannten Preisen erstattungsfähig.

2.1 Zahnbehandlung

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

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

2.2 Zahnersatz

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

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

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvorschlages des zahntechnischen Labors) nachgewiesen ist. 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 die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung unabhängig vom Rechnungsbetrag insgesamt zur 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 die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen.

2.4 Rechnungshöchstbeträge

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

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

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

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

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

3. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

- a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung der Beleghebamme sowie 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.

- b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten 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.

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.

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.Zplus* 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 Krankentagegeld

- 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 palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn

- die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,
- eine begrenzte Lebenswartung 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.

III. Bonus und Selbstbehalt zur Förderung kostenbewussten Verhaltens

1. Bonus

In den Tarifstufen *PRIMO.Bonus Z* erhält der Versicherungsnehmer für jede versicherte Person je versicherten Monat, in dem Versicherungsschutz nach den Tarifen *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 €
- in den Tarifstufen *PRIMO.SB 1 Z* bei 300 €
- in den Tarifstufen *PRIMO.SB 2 Z* bei 600 €
- in den Tarifstufen *PRIMO.SB 3 Z* bei 1.200 €

V. Optionsrecht

a) Die versicherte Person hat nach Ablauf des dritten 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.

VI. Leistungsanpassung

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

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

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

VII. 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.

VIII. 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 9-10

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 11 – 15

Anhang 6

Tarifestufen-Übersicht

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

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

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

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

Anhang 7

Auszug aus den Gesetzen siehe Seite 15

Anhang 2 – Heilmittelverzeichnis

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

	erstattungsfähig bis zu €		erstattungsfähig bis zu €
Inhalationen		Massagen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Einzelinhalation	6,70	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perioist-, Bürsten- und Colonmassagen)	13,80
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung – als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70	- Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
Radon-Inhalation im Stollen	11,30	- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80	- Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
Krankengymnastik/Bewegungsübungen		Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/m sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie), als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage	19,50	Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10	Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) – auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer	6,20	- Bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
Krankengymnastik in einer Gruppe bei cerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80	- Bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose, als Einzelbehandlung, Mindestdauer 45 Minuten	34,30	- Teilpackung	20,50
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen), bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80	- Großpackung	28,20
Bewegungsübungen	7,70	Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60	Kaltpackung (Teilpackung)	
Krankengymnastische Behandlung / Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80	- Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	7,70
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50	- Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40	Heublumensack, Peloidkomprexe	9,20
Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden)	81,90	Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz	4,60
Gerätgestützte Krankengymnastik, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00	Trockenpackung	3,10
Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbett, Extensionstisch, Perlsches Gerät, Schlingentisch)	6,70	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
		Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
		An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30
		An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00
		Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	9,20
		Wechsel-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30
		Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00
		Naturmoor-Halbbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80
		Naturmoor-Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	39,90
		Sandbäder, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
		- Teilbad	28,70
		- Vollbad	32,80

	erstattungsfähig bis zu €
Sole-Photo-Therapie, Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Photo-Therapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UVA/UVB-Be-strahlung, einschließlich Nachfetten), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80
Medizinische Bäder mit Zusätzen	
- Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vege-tabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
- Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderli-chen Nachruhe	13,30
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
- weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
Gashaltige Bäder	
- Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauer-stoffbad), einschließlich der erforderlichen Nach-ruhe	19,50
- Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50
- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), ein-schließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00
- Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50
Kälte- und Wärmebehandlung	
Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
Eisteilbad	9,80
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
Elektrotherapie	
Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese	6,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezi-meter- oder Mikrowellen)	6,20
Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, dia-dynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisa-tion)	6,20
Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogym-nastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
Iontophorese	6,20
Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nach-ruhe	22,00
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
- als Einzelbehandlung	3,10
- in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	3,10
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbe-zirke mit Ultraviolettlicht	5,20
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

	erstattungsfähig bis zu €
Logopädie	
Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung, einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztli-che Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprach-störungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
Ausführlicher Bericht	11,80
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimm-störungen	
- Mindestdauer 30 Minuten	31,70
- Mindestdauer 45 Minuten	41,50
- Mindestdauer 60 Minuten	52,20
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
- Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
- Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Be-handlungsfall	31,70
Einzelbehandlung	
- bei motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten	41,50
- bei psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	54,80
Hirnleistungstraining	
- als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
- Gruppenbehandlung	
- Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
- bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70
Podologie bei diabetischem Fußsyndrom	
Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
Podologische Komplexbehandlung an beiden Fü-ßen (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	26,10
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbehandlung)	14,50
Geburtsvorbereitung / Rückbildungsgymnastik	
Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchst-ens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	10,28
Geburtsvorbereitung als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtsein-heiten à 15 Minuten, je Einheit	13,50
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stun-den, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teil-nehmer	10,28
Rehabilitationssport / Funktionstraining	
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	6,20
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	6,20

Anhang 5 – Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

	erstattungsfähig bis zu €		erstattungsfähig bis zu €
Arbeitsvorbereitung			
101	8,20	205a	11,50
102	12,20	206	19,50
103	5,70	207	19,50
104	22,00	208	21,20
105	14,90	209	12,30
106	12,70	210	22,20
107	18,40	211	20,90
108	15,50	212	6,10
109	15,50	213	30,80
110	15,50	Provisorium	
111	15,50	301	32,10
112	9,20	301a	44,00
113	12,40	302	22,70
114	11,40	303	34,70
115	2,10	304	4,40
116	7,70	305	31,60
117	8,10	306	41,20
118	7,90	307	5,50
119	6,90	308	16,50
120	13,70	309	41,30
121	15,40	Kronen / Brücken / Inlays und Implantate	
122	15,40	401	34,70
123	17,10	402	66,10
124	22,50	403	47,80
125	8,20	404	48,50
126	10,20	405	54,00
127	9,40	406	17,90
128	17,40	407	65,30
129	9,80	408	20,20
130	15,30	409	14,20
131	5,10	410	22,60
132	10,00	411	73,70
133	25,50	412	78,80
134	10,20	413	78,80
135	15,30	414	71,10
136	5,90	415	70,50
137	12,20	416	70,50
138	2,90	417	68,20
139	4,70	418	69,60
140	6,60	419	61,20
141	9,30	419a	121,50
142	9,90	419b	150,00
143	7,40	419c	205,00
144	11,30	419d	245,00
145	7,40		
146	22,50		
147	23,90		
148	15,20		
149	34,10		
150	93,80		
151	2,60		
152	5,70		
153	16,90		
154	22,40		
Herstellung individueller Hilfsmittel			
201	11,70		
202	10,20		
203	21,50		
204	28,50		
205	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 zahncarb. 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 Hähchen	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 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 Steggeschiebe	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

Anhang 7 – Auszug aus den Gesetzen

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 Auskunft- 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 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.