Tarif PRIMO.Z (plus)
Krankheitskosten-Vollversicherung

Fassung Januar 2027

English version:
www.hallesche.de/pm63u-e-0926.pdf

Wesentliche Merkmale des Tarifs PRIMO.Z (plus)

Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

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

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für Zahnbehandlung mit Rechnungshöchstbeträgen
- 75% Kostenerstattung für Zahnersatz mit Rechnungshöchstbeträgen
- 75% Kostenerstattung für kieferortho-pädische Maßnahmen mit Rechnungs-höchstbeträgen

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 Krankentrans-porte

Digitale Gesundheitsanwendungen

Selbstbehalt/Bonus

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

Nicht versichert sind

- Unterkunft und Verpflegung bei Kurbehand-lung
- Künstliche Befruchtung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen,

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

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

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

II. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

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

1.1 Arztbehandlungen

Hierzu gehören:

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

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden gemäß Abschnitt II.1.20 erstattet.

1.2 Naturheilverfahren

Außerdem besteht Versicherungsschutz für folgende Naturheilverfahren durch Ärzte:

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

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

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

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.4 Fahrten und Transporte

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

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

Transporte sind erstattungsfähig, wenn während der Beförderung eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines speziellen Transportmittels erforderlich sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden gemäß Abschnitt II.1.20 erstattet.

1.6 Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

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

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

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

1.7 Arznei- und Verbandmittel

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

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

1.8 Schutzimpfungen

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

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

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

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

1.9 Medizinische Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

1.9.1 Hilfsmittelbegriff

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

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

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

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

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

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

1.9.2 Rechnungshöchstbeträge

Folgende Hilfsmittel sind bis zu den aufgeführten Rechnungsbeträgen erstattungsfähig:

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

1.9.3 Erstattung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel werden zu 75% erstattet.

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

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

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

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

1.9.4 Begrenzung der Eigenbeteiligung für Hilfsmittel

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

1.10 Sehhilfen (Brille oder Kontaktlinsen) und refraktive Chirurgie

- Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 125 €. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 2 Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.
- Aufwendungen für die operative Korrektur der Fehlsichtigkeit durch refraktive Chirurgie (z.B. Lasik) einschließlich der Kosten für die Vor- und Nachbehandlung werden wie folgt erstattet:
  - Für refraktive Operationen, die innerhalb der ersten 36 Monate nach Versicherungsbeginn durchgeführt werden, erstatten wir für beide Augen insgesamt höchstens 125 € einschließlich der Kosten für die Vor- und Nachbehandlung.
  - Für refraktive Operationen, die nach Ablauf der ersten 36 Monate nach Versicherungsbeginn durchgeführt werden, beträgt die Erstattung höchstens 500 € je Auge einschließlich der Kosten für die Vor- und Nachbehandlung.

  Für dasselbe Auge erstatten wir die Kosten einer weiteren refraktiven Operation nur, wenn seit dem vorherigen refraktiven Eingriff mindestens 5 Jahre vergangen sind.

1.11 Psychotherapie

Pro Kalenderjahr werden 50 Sitzungen zu 75% erstattet.

1.12 Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie sind erstattungsfähig, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbst-

ständig 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 Blasensprung) die Verlegung in ein Krankenhaus erforderlich wird.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

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

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

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

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

1.15 Häusliche Krankenpflege

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

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

im nachfolgenden Umfang:

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

   Bei der Krankenhausvermeidungspflege sind darüber hinaus auch Aufwendungen für die im Einzelfall erforderliche Grundpflege (z.B. Körperpflege, An- und Auskleiden) sowie hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkaufen, Kochen) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung be-

steht. Über vier Wochen hinaus sind diese Aufwendungen nur dann erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer sie vorher schriftlich zugesagt hat. Eine vorherige schriftliche Zusage wird erteilt, soweit die Voraussetzungen weiter bestehen.

b) Von den in Absatz a) genannten erstattungsfähigen Aufwendungen werden 100% erstattet, soweit sie angemessen sind. Angemessen sind Aufwendungen bis zur Höhe der allgemein ortsüblichen Sätze.

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

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

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

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

1.16 Sozialpädiatrie und Frühförderung

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

1.17 Medizinische Schulungen für chronisch Kranke

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

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

1.18 Kurbehandlung

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

1.19 Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker

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

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

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

1.20 Erstattet werden

a) die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß

- Abschnitt II.1.1 ärztliche Heilbehandlung zu 100%,
- Abschnitt II.1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie zu 100%,

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

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

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

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

b) die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß

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

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

oder

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

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

Die Bestätigung des Hausarztes gilt bis zum Abschluss der angeratenen Weiterbehandlung, längstens 6 Monate ab der Ausstellung. Dauert die Weiterbehandlung durch den Facharzt über diesen Zeitpunkt hinaus, wird eine Erstattung gemäß 1.20a) erst wieder ab dem Zeitpunkt vorgenommen, ab dem auch diese Weiterbehandlung vom Hausarzt angeraten und bestätigt wurde. Diese Bestätigung gilt dann wiederum bis zum Abschluss der angeratenen Weiterbehandlung, längstens 6 Monate ab der Ausstellung. Im Falle einer weiteren Fortsetzung der Behandlung gelten diese Regelungen entsprechend.

2. Zahnleistungen

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

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

2.1 Zahnbehandlung

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

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

2.2 Zahnersatz

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

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

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € übersteigen, ein Heil- und Kostenplan (inklusive des 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 werden zu 75% erstattet (vgl. auch Abschnitt II.2.4 Rechnungshöchstbeträge).

Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person bei Behandlungsbeginn das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Diese Altersgrenze gilt nicht, wenn die Behandlung aufgrund

- eines nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretenen Unfalls oder einer nach diesem Zeitpunkt eingetretenen Verletzung oder
- einer erstmals nach Beginn des Versicherungsschutzes aufgetretenen schweren Erkrankung

medizinisch notwendig ist.

Nicht erstattungsfähig sind kieferorthopädische Behandlungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes begonnen haben, angeraten oder geplant waren. Die Behandlung beginnt mit der ersten auf die Erkennung einer kieferorthopädischen Erkrankung oder Kieferfehlstellung gerichteten ärztlichen oder zahnärztlichen Untersuchung.

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

2.4 Rechnungshöchstbeträge

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

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

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

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

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

3. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

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

meine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten, der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers sowie die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

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

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

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

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

3.2 Wahlleistungen

a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

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

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

Die Erstattung in den einzelnen Tarifstufen ist in Abschnitt II.3.5 beschrieben.

3.3 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3.4 Übergangspflege im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind Leistungen für Übergangspflege im Krankenhaus, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen der sozialen oder Privaten Pflege-Pflichtversicherung erforderlich sind, aber nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Die Übergangspflege muss im unmittelbaren Anschluss an eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in einem Krankenhaus erfolgen.

Die Leistungen für Übergangspflege umfassen die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Wahlleistungen gemäß II.3.2 sind nicht erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

- für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung und
- je Tag höchstens bis zu dem Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre,

erstattet.

3.5 Erstattung

Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, und zwar

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

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

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

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

   Bei Übergangspflege im Krankenhaus (vgl. II.3.4) wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

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

3.6 Stationäre Hospizversorgung

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

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

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

4. Digitale Gesundheitsanwendungen

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

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

in Anspruch genommen werden.

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

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

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

4.5 Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstattet werden die Kosten im Zu-

sammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

III. Bonus und Selbstbehalt zur Förderung kostenbewussten Verhaltens

1. Bonus

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

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

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

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

2. Selbstbehalt

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

Der Selbstbehalt beträgt je versicherte Person in

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

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

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

IV. Einreichung von Kostenbelegen

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

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

V. Leistungen im Ausland

1. Für die Absicherung des Krankenrücktransports aus dem Ausland sowie von Leistungen bei kurzfristigen Auslandsreisen kann eine Auslandreise-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) und
- auf die Höchstbeträge des tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Anhang 5) und des tariflichen Heilmittelverzeichnisses (Anhang 2)

aufgehoben werden. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Mehrbeitrag verlangen.

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

3. Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder die

Schweiz tritt anstelle § 1 Teil II Abs. 6 der AVB folgende Regelung:

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

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

VI. Optionsrecht

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

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

Diese Optionen können einzeln oder zusammen ausgeübt werden.

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

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

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

VII. Leistungsanpassung

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

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

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

VIII. Obliegenheiten

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

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

IX. Anhang

Anhang 1

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

Anhang 2

Heilmittelverzeichnis siehe Seite 14 – 18

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 19 – 22

Anhang 6

Tarifstufen-Übersicht

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

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

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

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

Anhang 7

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

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

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

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

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

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

§ 203 Prämien- und Bedingungsanpassung

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

Anhang 2 – Heilmittelverzeichnis

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

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

	erstattungsfähig bis zu €
Inhalationen	
Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallverneblung	
• als Einzelinhalation	12,40
• als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	4,80
• als Rauminhalation in einer Gruppe – jedoch bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmer	7,50
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.	
Radon-Inhalation im Stollen	14,90
Radon-Inhalation mittels Hauben	18,20
Krankengymnastik / Bewegungsübungen	
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	67,70
Physiotherapeutische Diagnostik (PD), einmal je Blankoverordnung	36,70
Bedarfsdiagnostik (BD), einmal je Blankoverordnung	27,50
Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Massage, Richtwert: 15-20 Minuten	29,70
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 25-35 Minuten	47,10
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, Richtwert: 30-45 Minuten	58,90
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	13,30
Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2-4 Personen), Richtwert: 20-30 Minuten, je Teilnehmer	16,60
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	89,00
Krankengymnastik im Bewegungsbad	
• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	33,90
• in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	24,20
• in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	16,00
Manuelle Therapie, Richtwert: 15-25 Minuten	35,60
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15-20 Minuten	20,50
Bewegungsübungen	
• als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	13,70
• in einer Gruppe (2-5 Personen), Richtwert: 10-20 Minuten	8,50
Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
• als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	32,90
• in einer Gruppe (2-3 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	24,00
• in einer Gruppe (4-5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20-30 Minuten	16,30
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Hinweis: Diese spezielle Therapie ist an bestimmte Indikationen gebunden.)	115,30
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Personen, Richtwert: 60 Minuten	55,90

	erstattungsfähig bis zu €
Traktionsbehandlung mit Gerät (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10-20 Minuten	8,80
Massagen	
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile:	
• Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15-20 Minuten	21,70
• Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20-30 Minuten	26,00
Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
• Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	36,00
• Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	54,00
• Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	72,00
• Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	23,00
Unterwasserdruckstrahlmassage, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 15-20 Minuten	33,80
Palliativversorgung	
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten Aufwendungen hierfür sind gesondert erstattungsfähig, sofern sie nicht bereits von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) umfasst sind.	66,00
Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-15 Minuten	13,60
Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	16,20
• bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
• Teilpackung	36,20
• Großpackung	47,80
Schwitzpackung (z.B. Spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70

	erstattungsfähig bis zu €
Kaltpackung (Teilpackung)	
• Anwendung von Lehm, Quark o.ä.	10,20
• Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
Heublumensack, Peloidkompresse	12,10
Sonstige Packungen (z.B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10
Trockenpackung	4,10
Guss	
• Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
• Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
• Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
Wechselbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	12,10
• Vollbad	17,60
Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
Naturmoorbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	43,30
• Vollbad	55,40
Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
• Teilbad	37,90
• Vollbad	43,30
Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad, einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
Medizinische Bäder mit Zusatz	
• Hand-, Fußbad	8,80
• Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
• Vollbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
• bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
• Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge um 4,10 €.	
Gashaltige Bäder	
• Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,80
• Gashaltiges Bad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
• Gashaltiges Bad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern und mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	33,80

	erstattungsfähig bis zu €
• Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
• Radon-Bad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
• Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10
Kälte- und Wärmebehandlung	
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5-10 Minuten	12,90
Wärmetherapie mittels Heißluft – bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 10-20 Minuten	7,50
Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10-20 Minuten	14,70
Elektrotherapie	
Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10-20 Minuten	8,50
Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveinheit 5-10 Minuten	18,70
Iontophorese, Phonophorese	8,20
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10-20 Minuten	14,90
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10-20 Minuten	29,00
Lichttherapie	
Behandlung mit Ultraviolettlicht	
• als Einzelbehandlung	4,10
• in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,50
Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	4,10
Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	6,90
Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	8,20
Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	11,50
Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie)	
Ausführlicher Bericht (ausgenommen der sprachtherapeutische Bericht für den verordnenden Arzt)	18,00
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	117,30
Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten	58,70
je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls erstattungsfähig	
Bericht an die verordnende Person	6,60
Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	117,30
Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
• Richtwert: 30 Minuten	52,20
• Richtwert: 45 Minuten	71,70
• Richtwert: 60 Minuten	91,30
• Richtwert: 90 Minuten	103,40
Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen je Teilnehmer	
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	64,50
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
• Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	117,30
• Gruppe (3-5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	58,70
Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	47,70
Einzelbehandlung	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	57,00
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	76,00
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	94,90
Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	151,90
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40
Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	45,60
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	60,80

	erstattungsfähig bis zu €
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten, je Teilnehmer	76,00
Gruppenbehandlung	
• bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	20,00
• bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	26,60
• bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 105 Minuten, je Teilnehmer	46,50
• bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmer	70,20
Hirnleistungstraining / Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	57,00
Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	152,40
Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmer	45,60
Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmer	26,60
Podologie	
Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	36,10
Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	52,00
Podologischer Befund, je nach Behandlung	3,60
Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
Erst- und Eingangsbefundung	
• Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	28,70
• Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	57,60
• Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer, Richtwert: 20 Minuten	23,20
Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	17,40
Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	101,70
Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	55,70
Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross-Fraser	51,00
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	99,90
Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	55,20
Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	17,70
Behandlungsabschluss ggf. einschließlich der Entfernung der Nagelkorrekturspange	26,60
Nagelspangenbehandlung, zweimal je Behandlungstag	57,20
Aufschlag für besonderen Aufwand bei der Behandlung von Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres oder von Personen mit Unguis incarnatus in den Stadien 2 bis 3 (Diagnosegruppe UI2), zweimal je Behandlungstag	17,40
Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80
Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
Ernährungstherapie	
Ernährungstherapie ist als Heilmittel erstattungsfähig, wenn sie durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler erbracht wird.	
Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 30 Minuten	40,90
Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 60 Minuten	81,70
Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	66,90
Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	66,90
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	40,90
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	81,70

	erstattungsfähig bis zu €
Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten	81,70
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	28,60
Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	57,20
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik / Rückbildungsgymnastik	
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Schwangere je Gruppe), höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	14,40
Geburtsvorbereitung / Schwangerschaftsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	18,60
Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe (bis zu 10 Personen), höchstens 10 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten), je Teilnehmer	14,40
Rückbildungsgymnastik als Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung, höchstens 20 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, je Einheit	18,60
Rehabilitationssport / Funktionstraining	
Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung, je Teilnehmer	
• allgemeiner Rehasport	6,96
• Rehasport im Wasser	9,33
• Rehasport in Herzgruppen	10,83
• Rehasport für schwerstbehinderte Menschen, die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	14,93
Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr:	
• allgemeiner Rehasport	10,32
• Rehasport im Wasser	14,12
• Rehasport in Kinderherzgruppen	19,99
• Rehasport für schwerstbehinderte Kinder	19,03
Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Kinder und Erwachsene	13,94
Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung, je Teilnehmer	6,60

	erstattungsfähig bis zu €
Sonstiges	
Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10
Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal. Werden auf demselben Weg mehrere Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patient erstattungsfähig.	27,60
Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	18,00
Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand). Der Hausbesuch ist nur erstattungsfähig, wenn die Leistungen Einzelbehandlung oder Hirnleistungstraining als Beratung oder Ernährungstherapeutische Intervention zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen ärztlich verordneter Hausbesuch einschl. der Fahrtkosten oder Besuch eines Patienten in einer sozialen Einrichtung sind daneben nicht erstattungsfähig.	27,60
Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,40
Versorgungsbezogene Pauschale je Blankoverordnung	98,60

Anhang 5 – Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

		erstattungsfähig bis zu €
Arbeitsvorbereitung		
101	Modell Hartgips	9,70
101a	Modell aus Superhartgips	14,60
101b	Spezialmodell	40,00
101c	Modell aus Kunststoff	30,40
102	Modell nach Funktionsabdruck	15,80
103	Modell vermessen	6,70
104	Modellpaar sockeln (dreidimensional)	40,00
105	Modell für Sägesegmente / Set-up-Modell	17,00
106	Modellpaar trimmen (okklusionsbezogen)	19,40
107	Modellergänzung aus Kunststoff	21,60
108	Doublieren eines Modells oder Modellteils	15,50
109	Platzhalter einfügen / Hilfsteil in Abdruck	15,50
111	Abdruck galvanisieren	18,20
112	Set-up je Segment	12,20
115	Dowel-Pin setzen	2,50
117	Zahnkranz sockeln	8,50
118	Einstellen in Fixator (OK+UK)	12,20
119	Auswerten Registrat	7,30
120	Modellmontage in Mittelwertartikulator I (OK+UK)	14,60
121	Modellmontage in Mittelwertartikulator II	15,80
122	Modellmontage indiv. Artikulator I (OK+UK)	15,80
123	Modellmontage indiv. Artikulator II	17,10
124	Modellmontage indiv. Artikulator III	26,70
125	Montage Gegenkiefermodell	9,70
126	Übertragungslehre für Zweitmontage	12,20
127	Einstellen nach Registrat	9,70
128	Frontzahnführungsteller individuell	20,70
129	Frässockel / Modell / je Kiefer	11,00
130	Split Cast an Modell / je Kiefer	18,20
131	Modellsegment sägen	6,10
132	Kontrollmodell	10,00
133	Remontage Modell	30,40
134	Modell aus feuerfester Masse	12,20
135	Stumpf aus feuerfester Masse	18,20
136	Stumpf aus Superhartgips / Zweitstumpf aus Superhartgips	6,70
137	Stumpf aus Kunststoff	12,20
138	Ausblocken eines Stumpfes	3,20
139	Stumpf vorbereiten	4,90
139a	Stumpf unter Mikroskop vorbereiten	9,70
140	Reponieren eines Stumpfes	6,60
141	Zweitstumpfübertragung in Arbeitsmodell	9,70
142	Dublieren eines Einzelstumpfes	9,90
143	Radieren des Abschlussrandes	7,40
144	Radieren nach System je Kiefer	11,30
145	Abdecken eines Kieferteils je Kiefer	7,40
146	Zahnfleischmaske abnehmbar je Kiefer	26,70
150	CAD/CAM von Fräszentrum komplett	93,80
152	Desinfektion	7,30
153	Modell digitalisieren	30,40
Herstellung individueller Hilfsmittel		
203	Basis Autopolimerisat / Bissregistrat / Stützstiftregistrat / Kunststoffbasis für Aufstellung	29,10
204	Individueller Löffel	35,20
205	Funktionslöffel	32,80
205a	Individualisieren eines konfektionierten Löffels	11,50
209	Bisswall je Kiefer	12,30
210	Übertragungskappe Kunststoff	22,20
211	Diagnostisches Aufwachsen oder Modellieren, je Kiefer	20,90
212	Diagnostisches Aufstellen von Konfektionszähnen, je Zahn	7,20
213	Spezialbissplatte	30,80
Provisorium		
301	Laborgefertigte langzeitprovisorische Krone oder Brückenglied / laborgefertigte Teilkrone / Stiftzahn / Onlay / Inlay aus Kunststoff	48,50
302	Formteil für provisorische Versorgung, je Kiefer	38,80
303	Metallarmierung für provisorische Versorgung, je Kiefer	41,20
304	Aufstellen eines fehlenden Zahnes zum Herstellen eines Formteils	4,90
306	Metallprovisorium verblenden mehrfarbig, bis Zahn 6*	48,50
307	Vorwall	5,50
308	Provisorische Krone	16,50
Kronen / Brücken / Inlays und Implantate		
401	Wurzelstift gegossen	41,20
402	Wurzelstiftkappe m. Aufbau, Pfeilerkappe	66,10
403	Wurzelkappe direkt, ohne Aufbau	47,80
404	Wurzelkappe indirekt, ohne Aufbau	55,80
405	Stiftaufbau	54,00
406	Stiftaufbau in vorhandene Krone einarbeiten	17,90
412	Vollkrone nach Stufenpräparation gegossen, gefräst oder erodiert	92,40

		erstattungsfähig bis zu €
414	Teilkrone / Dreiviertelkrone gegossen, gefräst oder erodiert zur Keramikverblendung	93,40
417	Krone gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	93,40
418	Anker gegossen, gefräst oder erodiert für Klebebrücke	69,60
419	Galvanokrone für Verblendung	93,40
419d	Zirkonkrone / Brückenglied inkl. Verblendung und Material	245,00
420	Krone aus Presskeramik inkl. Material	167,70
422	Krone / Teilkrone aus Presskeramik zur Keramikverblendung inkl. Material	159,20
423	Krone / Brückenglied aus Keramik gefräst (z.B. Cerec) inkl. Material	211,00
424	Krone / Brückenglied aus Keramik gefräst (z.B. Cerec) zur Keramikverblendung inkl. Material	190,40
425	Mantel-(Kinder-)krone Kunststoff / Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	77,60
427	Brückenglied massiv	65,50
428	Brückenglied, gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	65,50
429	Brückenglied aus Keramik	92,90
430	Verbindungsstelle Keramik	29,10
430a	Krone / Brückenglied aufpassen	9,70
430b	Zirkoneinheit aufpassen	11,30
430c	Zirkonpassung	18,80
Inlays Gold		
431	Gussinlay indirekt einflächig	86,90
432	Gussinlay indirekt zweiflächig	97,70
434	Gussinlay indirekt mehrflächig	114,70
435	Gussonlay	124,50
Inlays Kunststoff (keine Provisorien)		
444	Inlay aus Kunststoff einflächig	46,10
445	Inlay aus Kunststoff zweiflächig	60,60
447	Inlay aus Kunststoff mehrflächig	82,50
448	Onlay aus Kunststoff	82,50
Inlays Keramik (frei geschichtet)		
449	Keramikinlay einflächig inkl. Material	163,90
450	Keramikinlay zweiflächig inkl. Material	176,00
452	Keramikinlay mehrflächig	200,20
453	Teilkrone / Onlay / Keramik inkl. Material	188,10
Implantate		
464a	1x Parallelbohrschablone für Implantat	43,70
464b	Bohrhülse positionieren	4,90
464c	1x Röntgenkugel positionieren	2,50
464d	1x Implantatkontrollschablone	38,80
464e	1x Modellimplantat repositionieren	10,30
464f	1x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben	4,90
464g	1x Verlängerungshülse für Implantat	12,20
464h	1x Bearbeiten eines Implantatkopfes	47,30
464i	1x Drehsicherungsstopp bei Implantaten	12,20
464j	1x Verschraubung Implantat	36,40
464k	1x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	30,40
464l	1x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	50,90
464m	Individuellen Implantataufbau für Kronen oder Brückenpfeiler herstellen	145,50
466	Basis aus Kunststoff auf Implantat	30,60
467	Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen	74,20
468	Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen	66,70
469	Magnetpaar einarbeiten	49,00
Teleskope / Geschiebe / Stege / Riegel		
501	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone primär	103,10
502	Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone sekundär	115,20
502a	Teleskopkrone Zirkon komplett (inkl. Fräsung und Modellation)	350,30
503	Umlaufende Fräsung	30,40
504	Individuelles Geschiebe primär	77,50
505	Individuelles Geschiebe sekundär	115,50
506	Geschiebefräsung	30,40
507	Grundeinheit Individueller Steg / Primär- und Sekundärteil	82,10
508	Individueller Steg Längeneinheit	22,90
509	Steggeschiebe individuell Primär- und Sekundär	98,20
510	Steggeschiebe individuell an Basis	41,20
512	Stegfräsung	22,40
513	Konfektionssteg Grundeinheit	53,60
514	Konfektionssteg Längeneinheit	18,30
515	Konfektionssteglasche an Basis	26,60
516	Konfektionssteggeschiebe an Basis	41,20
517	Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil	21,90
519	Riegel, jeglicher Art	223,00
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
525	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	77,50
526	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär	80,20
527	Rillen-Schulter-Fräsung	30,40

		erstattungsfähig bis zu €
528	Umlaufraste für Schubverteilungsarm	53,90
529	Schubverteilungsarm	54,50
535	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	17,30
536	Verschraubung / Verbolzung	54,60
537	Einarbeitung eines Sekundärteils an Metallbasis / Brückenanker / Sekundärteil	26,90
539	Zuschlag für Galvanotechnik	93,40
540	Zuschlag für Arbeiten unter Mikroskop	13,70
Metallverbindungen/Metallfreie Verbindungen		
601	Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung	24,90
602	Lötfreie Verbindungen / Primärteil je Einheit	13,70
603	Lötfreie Verbindungen / Sekundärteil je Einheit	16,10
604	Laserschweißen je Kiefer	17,00
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		
701	Verblendung Kunststoff, bis Zahn 6*, Teilverblendung	65,10
701a	Verblendung Kunststoff, bis Zahn 6*, Vollverblendung	86,50
702	Verblendung Keramik, bis Zahn 6*, Teilverblendung	95,40
702a	Verblendung Keramik, bis Zahn 6*, Vollverblendung	116,80
703	Wurzelpontik aus Kunststoff, bis Zahn 6*	19,40
704	Wurzelpontik aus Keramik, bis Zahn 6*	36,40
705	Mehraufwand Rohbrandeinprobe je Kiefer	9,70
706	Keramikschulter, bis Zahn 6*	41,30
707	Sphärischer Kontakt	7,40
709	Individuelles Charakterisieren Keramik, bis Zahn 6*	24,30
710	Farbgebung durch Bemalen je Kiefer	85,70
711	Individuelles Charakterisieren Kunststoff, bis Zahn 6*	18,20
712	Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall / Kunststoff / Keramik	20,40
713	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall / Kunststoff, bis Zahn 6*	26,70
713a	Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Keramik	32,80
714	Verblendschale aus Kunststoff	86,50
715	Verblendschale aus Keramik (jegliche Herstellungsform)	189,00
718	Konditionieren / Silanisieren von Metallflächen / Bonder aufbrennen	9,80
718a	Konditionieren / Silanisieren von Keramik / gegossenem Glas / Kunststoff	4,30
718b	Ätzen von Keramik / gegossenem Glas	4,30

		erstattungsfähig bis zu €
Metallbasen und gegossene Klammern		
801	Metallbasis / OK oder UK / Totale sowie Partielle Prothese	127,30
802	Einarmige Klammer / Ney-Stiel / Fortlaufende Klammer	12,20
803	Inlayklammer	10,30
806	Kralle	14,60
809	Umgehungsbügel bei Diastema	20,90
810	Zweiarmige Klammer / Ringklammer /Doppelbogenklammer	20,60
813	Rücklaufklammer	20,10
814	Gegenlager	20,10
816	Zweiarmige Klammer mit Auflage(n), Ringklammer mit Auflage(n)	29,70
817	Approximalklammer mit Auflage(n)	29,70
820	Bonyhardklammer mit Auflage(n) und Gegenlager	29,70
822	Bonwillklammer	46,00
823	Rückenschutzplatte	48,50
826	Lösungsknopf für Friktionsprothese / max. 2 je Kiefer / abnehmbare Brücke	15,30
827	Unterfütterbarer Abschlussrand	18,30
828	Zuschlag für einzeln gegossene Klammer(n)	21,90
829	Kragenfassung	23,80
830	Modellgussteil konditionieren / silanisieren je Kiefer	14,60
833	zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	20,90
Auf- und Fertigstellung / gebogene Klammern / Schienen		
901	Aufstellung Grundeinheit je Kiefer	44,00
902	Aufstellung Wachsbasis je Zahn	6,50
903	Aufstellung auf Metallbasis je Zahn	7,30
904	Übertragung einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	4,90
904a	Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	16,00
905	Grundeinheit Fertigstellung mit Kunststoffbasis	72,80
905a	Grundeinheit Fertigstellung mit Metallbasis	42,50
906	Fertigstellung einer Prothese je Zahn	4,40
906a	Fertigstellen mit Metallbasis, je Zahneinheit	5,50
907	Einarmige Klammer / Inlayklammer / Zweiarmige Klammer / Approximalklammer	14,60
909	Interdental-Knopfklammer	8,40
913	Zweiarmige Klammer, auch mit Auflage	24,30
914	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	29,70
915	Überwurfklammer / Doppelbogenklammer	19,40
917	Basis aus Weichkunststoff	66,70
918	Sonderkunststoff bearbeiten	66,70

		erstattungsfähig bis zu €
919	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarb. Kunststoff	32,70
920	Remontage Prothese	45,30
921	Selektives Einschleifen	37,60
922	Reokkludieren einer Prothese	7,90
928	Individuelles Charakterisieren, Konfektionszahn Kunststoff/Keramik, bis Zahn 6*	21,90
930	Adjustierte Aufbissschiene	169,70
932	Bissführungsplatte	130,90
933	Nicht adjustierte Aufbissschiene / Verband- oder Verschlussplatte	72,80
934	Retentionsschiene	78,80
936	Umarbeiten einer Prothese als Aufbissbehelf	72,80
939	Medikamententrägerschiene	78,80
Kieferorthopädie / Reparaturen		
1000	Basis erneuern	97,00
1001	Basis für Einzelkiefergerät	78,80
1002	Basis für bimaxilläres Gerät	139,40
1003	Basis für Schiefe Ebene	58,20
1003a	Basis für Schiefe Ebene, je Zahneinheit	21,90
1004	Vorhofplatte	121,20
1005	Kinnkappe	91,00
1006	Aufbiss / je Kieferhälfte oder Frontzahngebiet	19,40
1007	Abschirmelement	34,00
1008	Verarbeitung von Weichkunststoff	50,90
1009	Schraube einarbeiten	26,70
1010	Spezial-Schraube einarbeiten	38,80
1011	Trennen einer Basis und Funktionsfähigmachen der Schraube	12,20
1012	Labialbogen	29,10
1013	Labialbogen modifiziert	37,60
1014	Labialbogen intermaxillär	58,20
1014a	Außenbogen	66,70
1014c	Innenbogen	58,20
1014d	Teilbogen (innen)	34,00
1014e	Teilbogen (außen)	46,10
1015	Feder, offen	12,20
1016	Feder, geschlossen	17,00
1017	Verbindungselement intramaxillär	42,50
1019	Verankerungsklammer / Ankerband	38,80
1020	Einzelelement einarbeiten	21,90
1023	Mehrarmiges Halte- / Abstützelement je Zahn	16,20
1024	Instandsetzen / Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis oder KFO/FKO-Gerät, Grundeinheit	36,40
1025	Leistungseinheit, Regulierungselement einarbeiten	14,60
1028	Häkchen	12,20
1029	Lingualbogen	36,40
1030	Palatinalbogen	46,10
1031	Positioner	169,70
1032	Druckfeder, Zugfeder	18,20
1033	Lückenhalter	21,90
1033a	Adamsklammer	20,60
1033b	Headgear individuell, je Kiefer	78,80
1033e	Zungengitter, je Kieferhälfte oder Frontzahngebiet	26,70
1033f	Pfeilklammer	24,30
1033g	Dreiecksklammer / Pfeilanker / Tropfenklammer	12,20
Reparaturen Zahnersatz		
1035	Leistungseinheit Sprung	10,60
1036	Leistungseinheit Bruch	10,60
1037	Leistungseinheit Wiederbefestigen eines Zahnes	10,60
1038	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff	10,60
1039	Leistungseinheit Halte- / Stützvorrichtung einarbeiten	14,60
1040	Leistungseinheit Rückenschutzplatte einarbeiten	21,90
1041	Leistungseinheit Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	18,20
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	46,10
1047	Vollständige Unterfütterung einer Basis	80,00
1049	Einfaches Auswechseln eines Konfektionsteils	14,60
1050	Reparatur einer Krone oder Brückenglied	33,80
1051	Einarbeiten einer Modellgussbasis in vorhandene Kunststoffprothese	91,80
1052	Instandsetzen Kunststoffverblendung, bis Zahn 6*	24,30
1053	Instandsetzen Keramikverblendung, bis Zahn 6*	47,10
1054	Aktivieren Teleskopkrone oder Steggeschiebe	15,80
1055	Versandkosten, je Versandgang	8,00
Allgemeines		
2001	Zahnfarbenbestimmung	15,30
2002	NEM-Zuschlag	15,00

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

*** Erläuterungen:** FDI-Zahnschema

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

SZ = Schneidezahn
EZ = Eckzahn
BZ = Backenzahn
WZ = Weisheitszahn
Frontzahngebiet: Zähne 1-3
Seitenzahngebiet: Zähne 4-8