

Tarif PRIMO B

Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung Januar 2021

Wesentliche Merkmale des Tarifs PRIMO B

Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- Kostenerstattung für Naturheilverfahren durch Ärzte gemäß tariflicher Aufzählung
- 100% Kostenerstattung für Vorsorgeuntersuchung nach gesetzlich eingeführten Programmen
- 100% Kostenerstattung für Fahrten und Transporte
- 100% Kostenerstattung für Strahlen-Diagnostik und -Therapie
- 80% Kostenerstattung für Heilmittel
- 80% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel bis 2.000 €, darüber hinaus 100%
- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 125 €
- 100% Kostenerstattung für refraktive Chirurgie bis 500 € Rechnungsbetrag pro Auge
- 80% Kostenerstattung für Hilfsmittel
- tarifliche Kostenerstattung für Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der STIKO
- 80% Kostenerstattung für Psychotherapie für 50 Sitzungen/Kalenderjahr
- 80% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung bis 1.000 € Rechnungsbetrag

Zahnärztliche Leistungen

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

Stationäre Heilbehandlung

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

Erstattungshöhe

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

Nicht versichert sind

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

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

I. Versicherungsfähigkeit

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

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

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

II. Höhe der Erstattung

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

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

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

III. Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. Ambulante Heilbehandlung, Kurbehandlung

Ärztliche Leistungen sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 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 sind zu 100% erstattungsfähig.

1.2 Naturheilverfahren

Außerdem besteht Versicherungsschutz für folgende Naturheilverfahren durch Ärzte:

- Hydro- und Balneotherapie (Bäder, Güsse, Druckstrahlmassagen, Wickel, Packungen und Dämpfe)
- Kälte- und Wärmetherapie
- Bewegungstherapie

- Atemtherapie
- Bluteegelbehandlung
- 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 III.1.1
- Heilmittel handelt, sind diese gemäß Abschnitt III.1.6
- Arzneimittel handelt, sind diese gemäß Abschnitt III.1.7

erstattungsfähig.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 100% erstattungsfähig.

1.4 Fahrten und Transporte

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

1.5 Strahlen-Diagnostik und -Therapie

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 100% erstattungsfähig.

1.6 Heilmittel

Es besteht Versicherungsschutz für folgende Heilmittel:

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

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

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

1.7 Arznei- und Verbandmittel

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

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

1.8 Schutzimpfungen

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

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu de-

ren Angebot der Arbeitgeber aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ärztlichen Leistungen (Beratung, Verordnung und Impfung) sind zu 100% erstattungsfähig.

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

1.9 Medizinische Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen)

1.9.1 Hilfsmittelbegriff

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

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

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

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

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel,

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

1.9.2 Rechnungshöchstbeträge

Folgende Hilfsmittel sind bis zu den aufgeführten Rechnungsbeträgen erstattungsfähig:

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

1.9.3 Erstattung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel werden zu 80% erstattet.

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

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

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

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

1.9.4 Begrenzung der Eigenbeteiligung für Hilfsmittel

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

1.10 Sehhilfen (Brille oder Kontaktlinsen) und refraktive Chirurgie

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

1.11 Psychotherapie

Pro Kalenderjahr werden 50 Sitzungen zu 80% erstattet.

1.12 Soziotherapie

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

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

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

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

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.13 Leistungen durch Hebammen/Entbindungspfleger

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

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100% erstattet.

1.14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

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

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

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

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

1.15 Häusliche Krankenpflege

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

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

im nachfolgenden Umfang:

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

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

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

Falls auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ein besonders hoher Pflegebedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht, der die ständige Anwesenheit einer geeigneten

Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erfordert, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität und Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen oder die Bedienung und Überwachung eines lebenserhaltenden Hilfsmittels (z.B. Beatmungsgerätes) am Tag und in der Nacht erforderlich ist, liegt Intensiv-Behandlungspflege vor.

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

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

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

1.16 Sozialpädiatrie und Frühförderung

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

1.17 Medizinische Schulungen für chronisch Kranke

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

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

1.18 Kurbehandlung

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

1.19 Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 € zu 80% erstattungsfähig.

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

2. Zahnleistungen

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

Zahntechnische Leistungen gemäß Anhang 3 (Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen) sind bis zu den dort genannten Preisen erstattungsfähig.

2.1 Zahnbehandlung

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

Erstattungsfähig sind 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen (vgl. auch Abschnitt III.2.4 Rechnungshöchstbeträge).

2.2 Zahnersatz

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 65% erstattungsfähig (vgl. auch Abschnitt III.2.4 Rechnungshöchstbeträge).

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag von 2.500 € (einschließlich der Leistungen der Beihilfe) übersteigen, ein Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlages des zahntechnischen Labors) vorgelegt wird. Bei Nichtvorlage besteht hinsichtlich der über 2.500 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

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

2.3 Kieferorthopädische Maßnahmen

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

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind zu 80% erstattungsfähig (vgl. auch Abschnitt III.2.4 Rechnungshöchstbeträge).

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

2.4 Rechnungshöchstbeträge

Für Leistungen nach Abschnitt 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 Rechnungshöchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen im jeweiligen Kalenderjahr bzw. den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

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

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

3. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

- a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegeverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pfllegesätze, 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 Bundespflegeverordnung abrechnen, sind als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne privatärztliche Leistungen) und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers erstattungsfähig,

die nach der Bundes-Beihilfeverordnung beihilfefähig sind. Erstattungsfähig ist auch die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (Rooming-in); hat die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt die Aufnahme einer Begleitperson stets als medizinisch notwendig.

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

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

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

3.2 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3.3 Stationäre Hospizversorgung

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

IV. Leistungen im Ausland

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

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

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

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

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

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

V. Besondere Bedingungen zur Anpassung des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

VI. Leistungsanpassung

Gemäß § 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 B* auch betragsmäßig festgelegte erstattungsfähige Höchstbeträge des Tarifs *PRIMO B* mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden.

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (siehe Anhang 4) und § 18 Teil I Abs. 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009) auch berechtigt, die im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen genannten Leistungen und Höchstpreise mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen anzupassen.

VII. Anhang

Anhang 1

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

Anhang 2

(entfallen)

Anhang 3

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen siehe Seite 11 – 16

Anhang 4

Versicherungsvertragsgesetz [VVG]

§ 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 3 – Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

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

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

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

| | | erstattungs- fähig bis zu € |
|---|---|--------------------------------|
| Implantate | | |
| 464 | Ein Implantat als Basis einer Einzelkrone, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: • 1x Parallelbohrschablone für Implantat • 1x Röntgenkugel positionieren • 1x Implantatkontrollschablone • 1x Modellimplantat repositionieren • 1x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben • 1x Verlängerungshülse für Implantat • 1x Bearbeiten eines Implantatkopfes • 1x Drehsicherungsstopp bei Implantaten • 1x Verschraubung Implantat • 1x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat • 1x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat | 251,10 |
| 465 | Zwei Implantate als Basis einer anzufertigenden Deckprothese, inkl. der folgenden Begleitleistungen wie: • 1x Parallelbohrschablone für Implantat • 2x Röntgenkugel positionieren • 1x Implantatkontrollschablone • 2x Modellimplantat repositionieren • 2x Implantatpfosten auf Modellimplantat aufschrauben • 2x Verlängerungshülse für Implantat • 2x Bearbeiten eines Implantatkopfes • 2x Drehsicherungsstopp bei Implantaten • 2x Verschraubung Implantat • 2x Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat • 2x Aufwand bei Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat • 2x lötfreie Verbindung Primärteil | 457,80 |
| 466 | Basis aus Kunststoff auf Implantat | 30,60 |
| 467 | Implantatkronen oder Brückenpfeiler herstellen | 74,20 |
| 468 | Implantat-Divergenz-Ausgleichskappe gegossen | 59,20 |
| 469 | Magnetpaar einarbeiten | 49,00 |
| 470 | Implantataufbau Vollguss | 74,20 |
| 471 | Implantataufbau für Stegversorgung | 74,20 |
| 472 | Implantataufbau für Keramikverblendung aus Zirkon | 103,50 |
| 473 | Fräsung Zirkon | 35,40 |
| Teleskope / Geschiebe / Stege / Riegel | | |
| 501 | Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskronen primär | 84,80 |

| | | erstattungs- fähig bis zu € |
|------|--|--------------------------------|
| 502 | Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskronen sekundär | 111,00 |
| 502a | Teleskopkrone Zirkon komplett (inkl. Fräsung und Modellation) | 311,30 |
| 503 | Umlaufende Fräsung | 30,40 |
| 504 | Individuelles Geschiebe primär | 77,50 |
| 505 | Individuelles Geschiebe sekundär | 115,50 |
| 506 | Geschiebefräsung | 29,20 |
| 507 | Grundeinheit Individueller Steg / Primär- und Sekundärteil | 82,10 |
| 508 | Individueller Steg Längeneinheit | 22,90 |
| 509 | Steggeschiebe individuell / Primär- und Sekundärteil | 64,10 |
| 510 | Steggeschiebe individuell an Basis | 34,70 |
| 511 | Steg abknicken | 7,20 |
| 512 | Stegfräsung | 22,40 |
| 513 | Konfektionssteg | 53,60 |
| 514 | Konfektionssteg Längeneinheit | 18,30 |
| 515 | Konfektionsstegglasche an Basis | 26,60 |
| 516 | Konfektionssteggeschiebe an Basis | 34,70 |
| 517 | Konfektioniertes Friktionselement in Sekundärteil | 20,60 |
| 518 | Stift im Inlay zum Pinledge | 15,30 |
| 519 | Drehriegel, Schwenkriegel individuell, inkl. Primär-, Sekundärteil und Fräsung | 200,90 |
| 520 | Wiederherstellung Drehriegel / Schwenkriegel individuell | 107,30 |
| 521 | Konfektionsriegel primär | 53,50 |
| 522 | Konfektionsriegel sekundär | 71,20 |
| 523 | Konfektionsgeschiebe primär | 78,80 |
| 524 | Konfektionsgeschiebe sekundär | 91,70 |
| 524a | Konfektionsanker | 91,70 |
| 524b | Primär- / Sekundärteil Konfektionsanker | 61,00 |
| 525 | Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe | 77,50 |
| 526 | Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär | 80,20 |
| 527 | Rillen-Schulter-Fräsung | 29,20 |
| 528 | Umlaufraste für Schubverteilungsarm | 53,90 |
| 529 | Schubverteilungsarm | 54,50 |
| 530 | Teilfräsung | 18,40 |
| 531 | Lager für Ankerbandklammer | 77,50 |
| 532 | Ankerbandklammer sekundär | 80,20 |
| 533 | Lager für Raste | 14,30 |
| 534 | Raste in Lager | 12,50 |
| 535 | Bohrung und Fräsung für Friktionsstift / Schraube / Bolzen | 17,30 |
| 536 | Einarbeiten Friktionsstift / Schraube / Bolzen | 42,00 |
| 537 | Einarbeitung eines Sekundärteils an Metallbasis | 26,90 |
| 538 | Tertiärgerüst je Glied | 25,10 |
| 539 | Zuschlag für Galvanotechnik | 29,90 |
| 540 | Zuschlag für Arbeiten unter Mikroskop | 13,70 |

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

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

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

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

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

Hinweise:

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

*** Erläuterungen: FDI-Zahnschema**

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

SZ = Schneidezahn

EZ = Eckzahn

BZ = Backenzahn

WZ = Weisheitszahn

Frontzahnggebiet: Zähne 1-3

Seitenzahnggebiet: Zähne 4-8