

Tarif PRIMO B

Krankheitskostenversicherung für Beihilfeberechtigte

Fassung Januar 2026

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

Digitale Gesundheitsanwendungen

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%
- PRIMO B.10 zu 10%

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
- 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 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, 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 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 Nährmittel), Haarwuchsmittel, Abmagerungspräparate, Hormonpräparate im Rahmen von Anti-Aging-Maßnahmen, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, reine Mineralwässer, Badezusätze und Ähnliches, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

1.8 Schutzimpfungen

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

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Einzel- und Mehrfachimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) empfohlen werden; ausgenommen sind Impfungen, die aus Anlass einer Auslandsreise angeraten sind und Impfungen wegen beruflicher Tätigkeit, zu 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 Bundespflegesatzverordnung 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 Bundespflegesatzverordnung abrechnen, sind als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt in der preiswertesten Zimmerkategorie einschließlich ärztlicher Leistungen (ohne privatärztliche Leistungen) und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers erstattungsfähig,

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

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

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

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

3.2 Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3.3 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.

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.

3.4 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 4) 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 III.4.3 gilt in diesem Fall entsprechend.

4.5 Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstattet werden die Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

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) und
- auf die Höchstbeträge des tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Anhang 3) und
- auf die Höchstsätze der Bundesbeihilfe bei Heilmitteln (siehe III.1.6)

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 12 – 15

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.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch [SGB V]

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

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.

Anhang 3 – Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

	erstattungs- fähig 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

	erstattungs- fähig bis zu €
142 Dublieren eines Einzelstumpfes	9,90
143 Radieren des Abschlussrandes	7,40
144 Radieren nach System je Kiefer	11,30
145 Abdecken eines Kiefertails 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, geätzt oder erodiert	92,40

	erstattungs- fähig bis zu €
414 Teilkronen / Dreiviertelkronen 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 Zirkonkronen / Brückenglieder inkl. Verblendung und Material	245,00
420 Krone aus Presskeramik inkl. Material	167,70
422 Krone / Teilkronen aus Presskeramik zur Keramikverblendung inkl. Material	159,20
423 Krone / Brückenglieder aus Keramik gefräst (z.B. Cerec) inkl. Material	211,00
424 Krone / Brückenglieder aus Keramik gefräst (z.B. Cerec) zur Keramikverblendung inkl. Material	190,40
425 Mantel-(Kinder-)kronen Kunststoff / Front- und Seitenzähne, nicht als Provisorien	77,60
427 Brückenglieder massiv	65,50
428 Brückenglieder, gegossen, gefräst oder erodiert für Keramik, Polymer-Glas-Vollverblendung	65,50
429 Brückenglieder aus Keramik	92,90
430 Verbindungsstelle Keramik	29,10
430a Krone / Brückenglieder 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 Teilkronen / 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

	erstattungs- fähig bis zu €
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 Teleskopkronen, Doppelkronen, Konuskronen primär	103,10
502 Teleskopkronen, Doppelkronen, Konuskronen sekundär	115,20
502a Teleskopkronen 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 / Schwenk-riegel 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

	erstattungs- fähig bis zu €	
528	Umlaufaste 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	Keramikschieler, 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

	erstattungs- fähig 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	Umgebungsbügel 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 Wachsauflage 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

	erstattungs- fähig 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 Frontzahn- gebiet	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 Funktionsfähig machen 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

	erstattungs- fähig bis zu €
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 Kunststoffsaattel 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	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