

Tarif GesundheitCOMFORT 900S / 1200S

Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.07.2019, SAP-Nr. 330807, 06.2019

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- a) ärztliche Behandlungen,
- b) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle werden nicht angewandt.
- c) Impfungen, die jeweils aktuell von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen.
- d) Hebammen und Entbindungspfleger,
- e) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.
- f) ambulante Palliativversorgung gemäß § 37 b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- g) künstliche Befruchtung.
Maßnahmen der assistierten Reproduktionsmedizin (künstliche Befruchtung) zur Erfüllung eines Kinderwunsches sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Versicherer diese vor Behandlungsbeginn (d.h. vor Beginn der Hormonstimulation des ersten Behandlungszyklus) schriftlich zugesagt hat.
Ohne vorherige schriftliche Zusage besteht kein Erstattungsanspruch.
Eine schriftliche Zusage wird erteilt, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
 - Es liegt eine organisch bedingte Sterilität der in diesem Tarif versicherten Person vor,
 - nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit durch den Hausarzt oder den Gynäkologen bzw. Urologen wird vor Konsultation eines Reproduktionsmediziners mit dem Versicherer Kontakt aufgenommen,
 - es wurde noch kein Kind durch künstliche Befruchtung gezeugt,
 - die Frau hat das 40. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Kinderwunschbehandlung noch nicht vollendet,
 - es handelt sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung mit hinreichender Aussicht auf Erfolg (Erfolgswahrscheinlichkeit über 15 %) und
 - die Behandlung erfolgt nach deutschem Recht.
 Erstattet werden unter den oben genannten Voraussetzungen höchstens
 - 3 Inseminationen und
 - 3 In-vitro-Fertilisationen (IVF) oder 3 In-vitro-Fertilisationen / intrazytoplasmatische Spermieninjektionen (ICSI).
 Besteht für die Behandlung ein Anspruch des nicht in diesem Tarif versicherten Ehe- oder Lebenspartners gegenüber einem anderen Leistungsträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung, Beihilfestelle), sind nur die Kosten erstattungsfähig, die vom Anspruch gegenüber dem anderen Leistungsträger nicht umfasst werden.
- h) den Transport zur ambulanten Notfallbehandlung im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber,
- i) refraktive Chirurgien (z. B. LASIK, Clear-Lens-Exchange) inklusive Vor- und Nachuntersuchungen bis zu 1.000 Euro je Auge. Während der gesamten Vertragslaufzeit besteht für jedes Auge ein einmaliger Anspruch.
- j) Verbandmittel,

k) sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

l) ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen,

m) die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfverordnung (Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

1.2 Erstattungsfähig sind die Kosten für Arzneimittel sowie Sonden- nahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe:

- zu **100 %** für Generika und für Originalpräparate, für die es keine Generika gibt,
- zu **80 %**, wenn die versicherte Person Originalpräparate in Anspruch nimmt, obwohl für diese Generika vorhanden sind.

Ein Generikum (auch Nachahmerpräparat) ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines bereits unter einem Markennamen zugelassenen Medikaments.

(Vom Heilpraktiker verordnete Arzneimittel werden nach Ziffer I.1.3 d) erstattet.)

1.3 Erstattungsfähig sind zu **80 %** die Kosten für

a) vom Arzt oder in eigener Praxis tätigen, nach dem Psychotherapeutengesetz anerkannten Psychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische und psychosomatische ambulante Behandlungen (GOÄ / GOP 845 bis 849 und 860 bis 864, 870, 871) bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr.

Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn eine Kostenzusage bei uns einzuholen.

Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

b) Fahrten zur Dialysebehandlung, Chemotherapie oder Strahlentherapie; erstattet werden nachgewiesene Fahrtkosten in angemessener Höhe, jedoch maximal bis zu einem Rechnungsbetrag von 30 Euro für Hin- und Rückfahrt insgesamt;

c) Behandlungen durch Fachkräfte für physikalische Therapie, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen und medizinische Fußpfleger (gemäß PodG) nach dem tariflichen Heilmittelverzeichnis (siehe Anlage). bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 2.000 Euro im Kalenderjahr, darüber hinaus zu **100 %**;

d) Behandlungen durch einen Heilpraktiker inklusive der vom Heilpraktiker verordneten Arzneimittel.

2. Hilfsmittel

2.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- Brillengläser, -fassung und Kontaktlinsen bis zu insgesamt 400 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren sowie für die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker in der Höhe, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte;

- jeweils eine Hörhilfe einschließlich Otoplastik je Ohr innerhalb von fünf Kalenderjahren. Hierbei sind je Hörhilfe einschließlich Otoplastik maximal 1.500 Euro erstattungsfähig.

- Prothesen, Epithesen und Kunstaugen.

2.2 Hilfsmittel, die über das Hilfsmittel-Management bezogen werden können:

- Absauggeräte,

- Herz-, Atem- und Sauerstoffüberwachungsmonitore,
- Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung,
- Inhalationsgeräte,
- Ernährungs-, Infusions- und Insulinpumpen,
- Krankenfahrstühle,
- Gehwagen und Rollatoren,
- Stehhilfen (= Stehständer, Bauchschrägliegebrett),
- Orthesen,
- Inkontinenzartikel, Stomaartikel und Hilfsmittel bei Tracheostoma,
- Sprechhilfen,
- Miete einer Heimmiete einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten.

Die Kosten für diese Hilfsmittel sind erstattungsfähig

- zu **100 %**, sofern das Hilfsmittel über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen wird bzw. sofern das Hilfsmittel-Management des Versicherers mit der Beschaffung beauftragt wird, das Hilfsmittel jedoch nicht beschaffen kann;
- zu **80 %**, sofern das Hilfsmittel-Management des Versicherers nicht in Anspruch genommen wird.

Der Versicherer entscheidet unter sachgerechter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Umstände über die Versorgungsform (Kauf, Miete, Reparatur).

2.3 Erstattungsfähig sind zu 80 % die Kosten für

- Bandagen,
- Blutzucker-, Blutdruck- und Blutgerinnungsmessgeräte,
- Kompressionsstrümpfe und Kompressionsstrumpfhosen,
- Gehhilfen (= Krücken, Gehstock, Gehgestell),
- Schuheinlagen,
- ein Paar serienmäßig nicht herstellbare orthopädische Maßschuhe oder orthopädische Schuhzurichtungen einmal im Kalenderjahr.

2.4 Erstattet werden auch die Kosten für die Reparatur eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen, maximal jedoch bis zum Preis für die Neuanschaffung des Hilfsmittels.

Nicht erstattungsfähig sind jedoch die Kosten für die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Batterien).

2.5 Die Kosten für Hilfsmittel, die unter Ziffer I.2.1 bis I.2.3 aufgelistet sind, sind insoweit erstattungsfähig, als diese im vorliegenden Versicherungsfall die medizinisch notwendige und angemessene Versorgung gewährleisten.

Die Liste der Hilfsmittel kann gemäß Ziffer II.4 angepasst werden.

3. Stationäre Krankenhausbehandlung

3.1 Bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus (mit Ausnahme von Kur-, Sanatoriums-, Rehabilitations- sowie Anschlussheilbehandlungen; zu Anschlussheilbehandlungen siehe jedoch Ziffer I.4) sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechneten Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115 a SGB V. In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen und Leistungen für Heilmittel im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses. Kosten dieser Krankenhäuser werden nur soweit erstattet, wie sie die nach diesen Rechtsnormen berechenbaren Entgelte um nicht mehr als 50 % überschreiten. Maßgeblich für die Berechnung ist der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem die Behandlung durchgeführt wird.
- b) Beleg- und Wahlärzte, (Beleg-) Hebammen und (Beleg-) Entbindungspfleger,
- c) Unterkunft im Zweibettzimmer.
Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer erstattet.
- d) den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport oder die medizinisch notwendige Verlegung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus im Kranken-, Unfall- oder Rettungswagen sowie mit dem Rettungshubschrauber,
- e) Entbindungen im Entbindungsheim bzw. Geburtshaus,
- f) ambulante Operationen im Krankenhaus,
- g) psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen von Ziffer I.3.1 a), b) und c).

Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, vor Behandlungsbeginn eine Kostenzusage bei uns einzuholen.

- h) eine medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung,
- i) voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- j) stationäre Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI ohne Vorliegen eines Pflegegrades (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.
- k) den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche
 - ambulante Behandlung
 - stationäre Behandlung
 Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.
Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet
 - die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
 - die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
 - der nachgewiesene tatsächliche Verdienstaufschlag und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

3.2 Werden gleichzeitig die Unterkunft im zuschlagspflichtigen Zweibettzimmer und die wahlärztlichen Leistungen nach Ziffer I.3.1 b) und c) nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von 40 Euro gezahlt. Kein Anspruch auf dieses Krankenhaustagegeld besteht bei Leistungen gemäß Ziffer I.3.1 Buchstaben e) bis k).

4. Anschlussheilbehandlung

Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung sind erstattungsfähig zu **100 %** die Kosten für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen.
Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die Leistung für Unterbringung, Verpflegung, Pflege, Therapie und allgemeine ärztliche Leistungen. Hierfür sind die Sätze der preiswertesten Zimmerkategorie des Krankenhauses erstattungsfähig.
- b) belegärztliche Leistungen,
wenn der Versicherer hierfür eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.
Es besteht kein Anspruch, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger für eine Anschlussheilbehandlung in Anspruch genommen werden kann.

5. Zahnbehandlung

5.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- a) diagnostische und anästhetische Leistungen,
- b) chirurgische Leistungen (z. B. Knochenaufbau),
- c) prophylaktische Leistungen (diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung),
- d) Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- e) konservierende Leistungen einschließlich Gussfüllungen (Inlays). Diesbezügliche Material- und Laborkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge liegen (siehe Anlage). Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen Heil- und Kostenpläne.

5.2 Nicht erstattungsfähig sind folgende Leistungen:

- a) diagnostische, anästhetische und chirurgische Leistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen,
- b) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- c) Zahnersatz.

Diese Leistungen können über die Tarife Zahn 1 bis 3 versichert werden.

5.3 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Gussfüllungen (Inlays) vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

6. Kieferorthopädie

6.1 Erstattungsfähig sind zu **100 %** die Kosten für

- kieferorthopädische Leistungen bei einem Behandlungsbeginn und Versicherungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres,
- unfallbedingte kieferorthopädische Leistungen unabhängig vom Alter der versicherten Person, sofern der Unfall nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Diesbezügliche Material- und Laborkosten werden erstattet, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für diesen Tarif aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge liegen (siehe Anlage).

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen Heil- und Kostenpläne.

6.2 Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Kieferorthopädie vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

7. Selbstbehalt

Von den tariflichen Versicherungsleistungen wird pro Person und Kalenderjahr ein absoluter Selbstbehalt von insgesamt

900 Euro im Tarif GesundheitCOMFORT 900S

1.200 Euro im Tarif GesundheitCOMFORT 1200S

abgezogen.

Die Kosten werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, verringert sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils ein Zwölftel für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

Wird innerhalb eines Kalenderjahres eine Verminderung oder Erhöhung des Selbstbehaltes vereinbart, wird pro Monat ein Zwölftel des im jeweils maßgeblichen Tarif gültigen jährlichen Selbstbehaltes zugrunde gelegt.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, die im Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen aufgeführt sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Erstattungsgrundsätze

Arzt- und Zahnarztkosten sind nach den Grundsätzen der GOÄ und GOZ, Heilpraktikerkosten nach den Grundsätzen der GebÜH, Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger nach den Grundsätzen der jeweils geltenden Hebammen-Gebührenverordnung, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach den Grundsätzen der GOP bis zu den dort jeweils festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

In medizinisch begründeten Fällen sind Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen bis zum 5,0-fachen Satz erstattungsfähig. In diesen Fällen hat der Versicherte dem Versicherer eine den Grundsätzen der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vorzulegen.

2. Auslandsgeltung

2.1 Abweichend von § 1 Teil II Absatz 4 Satz 3 und 4 AVB/VT gilt folgende erweiterte Regelung:

Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über zwei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate. Liegt zu diesem Zeitpunkt bei der versicherten Person noch Transportunfähigkeit vor, verlängert sich der Versicherungsschutz, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

2.2 Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht in Ergänzung zu § 1 Teil II Absatz 4 Satz 3 und 4 AVB/VT das Recht auf Fortführung des Versi-

cherungsschutzes. Die Fortführung des Versicherungsschutzes kann von der Vereinbarung eines Beitragszuschlags abhängig gemacht werden. Der vorübergehende Auslandsaufenthalt ist dem Versicherer rechtzeitig, mindestens aber vier Wochen vor Beginn der Auslandsreise unter Nennung des Aufenthaltslandes schriftlich anzuzeigen.

Der Versicherungsschutz kann durch gesonderte Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden.

Die Regelungen gemäß § 15 Teil I Absatz 3 AVB/VT zur Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als in § 1 Teil I Absatz 5 AVB/VT genannt bleiben hiervon unberührt.

3. Nachversicherung Neugeborener

Abweichend von § 2 Teil I Absatz 2 Satz 2 AVB/VT kann für Neugeborene ohne Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse eine andere Selbstbehaltstufe gewählt werden als die des versicherten Elternteils.

4. Änderungsklausel

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Absatz 1 AVB/VT berechtigt, das Heilmittelverzeichnis, das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten, das Hilfsmittelverzeichnis (siehe Ziffern I.2.1 bis 2.4) sowie das Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

5. Inanspruchnahme von Leistungen des Verzeichnisses der begünstigten Vorsorgeleistungen

Kosten für präventive ärztliche Untersuchungen und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, die im Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen aufgeführt sind, werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.

Werden für ein Kalenderjahr nur in oben genanntem Verzeichnis aufgeführte Leistungen erstattet, gilt die Voraussetzung des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) Satz 1 AVB/VT zum Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung für dieses Kalenderjahr als erfüllt.

6. Versicherungsfähigkeit

6.1 Versicherungsfähig sind hauptberuflich selbständig erwerbstätige Personen, soweit sie keinen Beruf ausüben, der im Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe zu diesem Tarif aufgeführt ist.

6.2 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wechsel, die Aufnahme oder Aufgabe der beruflichen Tätigkeit einer versicherten Person mitzuteilen.

6.3 Entfällt die Versicherungsfähigkeit durch Beendigung der selbständigen Erwerbstätigkeit, wird die Versicherung in dem entsprechenden Tarif GesundheitCOMFORT weitergeführt.

6.4 Bei endgültiger Aufgabe der beruflichen Tätigkeit, Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Aktualisierung des Verzeichnisses bleibt die Versicherungsfähigkeit für bereits nach dem Tarif versicherte Personen bestehen.

7. Tarifkombinationen

Neben dem Tarif GesundheitCOMFORT S können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, die vom Versicherer ausdrücklich zur Ergänzung des Tarifs angeboten werden.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium) zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|--|
| AVB/VT | Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung |
| GebÜH | Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker |
| GOÄ | Gebührenordnung für Ärzte |
| GOZ | Gebührenordnung für Zahnärzte |
| GOP | Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten |
| PodG | Podologengesetz |
| SGB V | Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch |
| SGB XI | Sozialgesetzbuch, Elftes Buch |

Heilmittelverzeichnis des Tarifs GesundheitCOMFORT S

| Leistung | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro | Leistung | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro |
|--|--|--|--|
| Elektrotherapie/Bestrahlungen | | Sitzung | |
| Reizstrom, Iontophorese | 8,00 | Unterwasserdruckstrahlmassage | 25,00 |
| Stangerbad | 25,00 | Packungen | |
| Zwei-/Vierzellenbad | 15,00 | Einmalpackung (ohne Verwendung einer Folie, z. B. Naturmoor, Naturfango) | 22,00 |
| Ultraschallbehandlung | 8,00 | wiederverwendbare Packungen (z. B. Fango, Lehm, Quark) | 12,00 |
| Balneo-Phototherapie / Bade-PUVA - je Sitzung (nur bei Sklerodermie, Psoriasis oder Neurodermitis) | 35,00 | Podologie | |
| UV-Licht-Behandlungen - je Sitzung | 8,00 | Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße | 15,00 |
| Ergotherapie | | Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes | 10,00 |
| Funktionsanalyse, Beratung, Behandlungsplanung | 35,00 | Nagelbearbeitung beider Füße | 15,00 |
| Einzelbehandlung bei motorischen Störungen (mindestens 30 Minuten) | 35,00 | Nagelbearbeitung eines Fußes | 10,00 |
| Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen (mindestens 45 Minuten) | 45,00 | Wärmetherapie | |
| Einzelbehandlung bei psychischen Störungen (mindestens 60 Minuten) | 60,00 | Heiße Rolle | 12,00 |
| Einzelbehandlung bei Hirnleistungstraining (mindestens 30 Minuten) | 35,00 | Infrarotbestrahlung | 8,00 |
| Gruppenbehandlung (mindestens 45 Minuten) | 15,00 | Wärmeanwendung, Heißluftbehandlung | 8,00 |
| Gruppenbehandlung bei psychischen Störungen (mindestens 90 Minuten) | 35,00 | | |
| Hausbesuch inklusive Wegegeld (ärztlich verordnet) | 12,00 | | |
| Inhalationstherapie | | | |
| – einzeln (auch mit Ultraschallvernebler) | 8,00 | | |
| – in der Gruppe | 4,00 | | |
| Kältetherapie | | | |
| Eisanwendungen (z. B. Eisabreibungen, Eisbeutel) | 12,00 | | |
| Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft, Kältekammer) | 12,00 | | |
| Krankengymnastik | | | |
| – einzeln, Muskelaufbautraining | 25,00 | | |
| – in der Gruppe | 8,00 | | |
| – am Gerät (mindestens 60 Minuten, maximal 3 Personen) | 35,00 | | |
| – auf neurophysiologischer Grundlage (nur bei Lähmungen oder motorischen Ausfallerscheinungen) | 35,00 | | |
| – im Bewegungsbad (einzeln) | 25,00 | | |
| – im Bewegungsbad (in der Gruppe) | 12,00 | | |
| – nach Bobath | 35,00 | | |
| – nach Voijta | 35,00 | | |
| – Atemphysiotherapie (einzeln, mindestens 45 Minuten) | 45,00 | | |
| – Atemphysiotherapie (in der Gruppe) | 12,00 | | |
| Bewegungsübungen | 8,00 | | |
| Extensionsbehandlung | 8,00 | | |
| Hippotherapie (nur bei Lähmungen oder motorischen Ausfallerscheinungen) | 35,00 | | |
| Manuelle Therapie/Chirotherapie | 25,00 | | |
| Osteopathie/Cranio-Sacral-Therapie - je Sitzung | 35,00 | | |
| Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Tagessatz | 85,00 | | |
| Logopädie | | | |
| Erstgespräch (nur wenn mit Behandlungsplanung und Besprechung) | 35,00 | | |
| Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen (einmal je Behandlungsfall) | 60,00 | | |
| Ausführlicher Bericht | 12,00 | | |
| Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen (mindestens 30 Minuten) | 35,00 | | |
| Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen (mindestens 45 Minuten) | 45,00 | | |
| Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen (mindestens 60 Minuten) | 60,00 | | |
| Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Kindergruppe (mindestens 30 Minuten) | 15,00 | | |
| Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Erwachsenenengruppe (mindestens 45 Minuten) | 20,00 | | |
| Massagen | | | |
| medizinische Massage | 15,00 | | |
| Lymphdrainage - manuell nach Dr. Vodder | | | |
| – Teilbehandlung (mindestens 30 Minuten) | 25,00 | | |
| – Großbehandlung (mindestens 45 Minuten) | 35,00 | | |
| – Ganzbehandlung (mindestens 60 Minuten) | 45,00 | | |
| Kompressionsbehandlungen (manuell oder apparativ) - je | 10,00 | | |

Dieses Heilmittelverzeichnis kann gemäß Ziffer II.4 des Tarifs angepasst werden.

Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium)

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils vereinbarten tariflichen Leistungsumfang.

| Leistung | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro | Leistung | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro |
|---|--|---|--|
| Arbeitsvorbereitung | | Brückenglied aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material) | 69,30 |
| Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren | 20,10 | Brückenglied aus Metall massiv | 83,10 |
| Dowel-Pin setzen | 4,30 | Brückenglied aus Metall zur Teilverblendung | 69,30 |
| Dublieren eines Modelles oder Modellteiles | 19,30 | Brückenglied aus Metall zur Vollverblendung | 78,90 |
| Frässockel | 14,40 | Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material) | 293,00 |
| Hilfsteil in Abdruck, Platzhalter einfügen | 19,30 | Krone aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material) | 109,70 |
| Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe | 18,40 | Krone aus Metall massiv | 110,50 |
| Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell | 14,00 | Krone aus Metall zur Teilverblendung | 99,20 |
| Modell aus Hartgips, Kontrollmodell | 8,60 | Krone aus Metall zur Vollverblendung | 113,00 |
| Modell aus Kunststoff | 26,20 | Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten | 28,70 |
| Modell aus Superhartgips | 12,00 | Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten | 18,40 |
| Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell | 13,40 | Papille, Sattel-Pontic aus Keramik | 55,50 |
| Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck | 13,40 | Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit | 42,50 |
| Modellergänzung aus Kunststoff | 22,10 | Stift in Inlay für Pinledge-Technik | 14,20 |
| Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III | 24,40 | Stiftaufbau direkt | 55,40 |
| Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II | 12,70 | Stiftaufbau in vorhandene Krone | 25,30 |
| Modellpaar in Gipssockel fixieren | 14,70 | Stiftaufbau indirekt | 74,80 |
| Modellpaar sockeln | 34,10 | Teilverblendung aus Keramik | 105,80 |
| Modellpaar trimmen | 18,30 | Teilverblendung aus Komposit | 80,10 |
| Montage eines Gegenkiefermodelles | 13,70 | Teilverblendung aus Kunststoff | 70,00 |
| Okklusionsmodell | 15,50 | Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material) | 209,50 |
| Okklusionsmodell für Sägesegmente | 23,60 | Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material) | 101,00 |
| Remontagemodell | 30,40 | Vollverblendung aus Keramik | 122,70 |
| Set-up je Zahn | 13,20 | Vollverblendung aus Komposit | 105,80 |
| Spezialmodell | 30,40 | Vollverblendung aus Kunststoff | 98,00 |
| Split-Cast-Sockel an Modell | 16,40 | Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau | 58,80 |
| Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln | 10,40 | Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe | 99,20 |
| Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse | 19,00 | Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau | 122,40 |
| Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln | | Wurzelpontic aus Keramik | 41,70 |
| Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff | 26,20 | Wurzelpontic aus Komposit | 27,00 |
| Bisswall aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff auf Basis | 18,80 | Wurzelpontic aus Kunststoff | 23,70 |
| Bisswall aus Wachs auf Basis | 8,60 | Wurzelstift, gegossen, aus Metall | 44,90 |
| Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff | 31,20 | Zahnfleisch aus Keramik | 48,30 |
| Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftohn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material | 87,50 | Zahnfleisch aus Komposit | 27,00 |
| Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftohn, Onlay, Inlay, Teilkronen | 39,60 | Zahnfleisch aus Kunststoff | 22,10 |
| Registrierplatte und -stift incl. Basen je Kiefer | 39,90 | Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente | |
| Spezialbissplatte | 32,70 | Ankerbandklammer, sekundär | 155,30 |
| Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung | 26,50 | Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe) | 58,00 |
| Vorwall | 17,00 | Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe) | 58,00 |
| Inlays und Onlays | | Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit | 115,10 |
| Dreiviertelkrone, Teilkronen aus Keramik (inklusive Verblendung und Material) | 224,30 | Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn incl. Reiter | 26,20 |
| Dreiviertelkrone, Teilkronen aus Metall | 140,90 | Individuelles Geschiebe komplett | 488,80 |
| Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material) | 184,00 | Individuelles Geschiebe, primär/sekundär | 244,40 |
| Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material) | 195,50 | Individuelles Steggesschiebe/auch mit Gingivalfassung | 161,60 |
| Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material) | 224,30 | Konfektionierte Verbindungsvorrichtung, | 117,80 |
| Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material) | 71,20 | Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär | |
| Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material) | 85,40 | Konfektionssteg, Grundeinheit incl. Längeneinheit | 115,10 |
| Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material) | 124,70 | Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis | 88,10 |
| Inlay aus Metall, einflächig | 98,80 | Lager für Ankerbandklammer | 72,70 |
| Inlay aus Metall, zweiflächig | 117,80 | Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe | 72,70 |
| Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig | 140,90 | Lager/Raste für Schubverteilungsarm | 72,70 |
| Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material) | 224,30 | Lösungsknopf | 21,30 |
| Onlay aus Metall | 140,90 | Rillen-Schulter-Geschiebe komplett | 310,60 |
| Kronen und Brückentechnik | | Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär | 155,30 |
| Angelieferte Modellation gießen | 41,40 | Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/individuell | 296,70 |
| Anker für Klebebrücke | 127,10 | Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/konfektioniert | 213,20 |
| Auflage an Brückenglied | 16,30 | Schubverteilungsarm | 74,10 |
| Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material) | 272,00 | Teilfräsung | 40,10 |
| | | Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung | 284,60 |
| | | Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung | 142,30 |
| | | Verschraubung/Verbolzung | 62,10 |
| Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz | | | |

| Leistung | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro | Leistung | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro |
|--|--|---|--|
| Approximalklammer, Bonyhard-Klammer, gebogen | 13,50 | KFO-Platte voreinschleifen | 10,50 |
| Auflage gegossen/Edelmetall | 15,60 | Kinnkappe mit Retentionshaken | 65,00 |
| Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit | 4,30 | Kunststoffschild | 33,60 |
| Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit | 3,60 | Labialbogen | 30,40 |
| Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff | 115,10 | Labialbogen, intermaxillär | 54,50 |
| Basisteil, gegossen/Edelmetall | 86,80 | Labialbogen, modifiziert | 38,80 |
| Befestigung eines Zahnes mit zahncfarbenem Kunststoff | 36,00 | Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO | 15,60 |
| Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall | 59,70 | Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen/Palatalbogen | 51,00 |
| Bonyhard-Klammer, gegossen/Edelmetall | 18,40 | Lötung je Einheit, KFO | 19,90 |
| Einarmige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall | 16,50 | Lötung je zusätzliche Einheit, KFO | 19,90 |
| Einarmige Klammer, gebogen | 13,50 | Pelotte | 28,00 |
| Fertigstellung auf Metall-, Kunststoffbasis, je Zahneinheit | 5,00 | Pelottenklammer | 13,50 |
| Gitter, partiell/total oder Bügel | 132,00 | Positioner | 200,50 |
| Grundeinheit Aufstellung | 39,60 | Protrusionsbogen | 27,20 |
| Grundeinheit Fertigstellung | 62,80 | Remontieren von KFO-Gerät | 59,30 |
| Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahncfarbenem Kunststoff | 45,30 | Retentionsschiene | 84,00 |
| Interdental-Klammer, gebogen | 17,50 | Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen | 54,40 |
| Kappe, gegossen/Edelmetall | 54,00 | Schraube einarbeiten | 25,00 |
| Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand | 24,70 | Schraube einarbeiten, kompliziert | 37,40 |
| Metallbasis je Kiefer partiell/total | 165,90 | Spezialschraube | 29,70 |
| Metallkaufläche, Metallzahn/Edelmetall | 51,60 | Spike/Stop | 11,50 |
| Ringklammer, gegossen/Edelmetall | 27,60 | Teilaußenbogen/Teilinnenbogen | 29,70 |
| Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung | 51,60 | Trennen einer Basis/auch erschwert | 13,00 |
| Sonderkunststoff | 50,00 | U-Bügel | 32,60 |
| Überwurfklammer gegossen/Edelmetall | 39,60 | Verankerungsklammer | 44,60 |
| Überwurfklammer, gebogen, zweiarmig | 20,60 | Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses | 18,80 |
| Überwurfklammer, Kralle, Auflage, gebogen, einarmig | 13,50 | Vorbiss oder Rückbiss | 20,40 |
| Umgehungsbügel bei Diastema | 29,40 | Vorhofplatte | 87,60 |
| Unterfütterbarer Abschlussrand | 38,50 | Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 2.400 Euro) | 40,00 |
| Zuschlag Klammer, einzeln gegossen/Edelmetall | 26,20 | Zungengitter | 32,20 |
| Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen | 33,00 | | |
| Zweiarmige Klammer, Doppelbogenklammer gebogen | 20,60 | Aufbissschienen und Aufbissbehelfe | |
| Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall | 27,60 | Adjustierte Aufbissschiene, Knirscherschiene | 173,70 |
| Zweiarmige-, Ring-, Bonyhard-, Rücklaufklammer, mit Auflage, gegossen/Edelmetall | 39,60 | Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn | 30,90 |
| | | Basis, tiefgezogen | 26,20 |
| Metallverbindungen | | Erweitern einer Aufbissschiene, je Einheit | 33,80 |
| Konditionierung je Zahn/Flügel | 15,10 | Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbissschiene | 33,80 |
| Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung | 25,40 | Medikamententrägerschiene | 84,00 |
| Lötung 1: | 25,40 | Miniplast-Schiene, tiefgezogen | 84,00 |
| Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen | | Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene | 89,70 |
| Lötung 2: | 25,40 | Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf | 65,40 |
| Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung | | Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff | 24,00 |
| Lötung 3: | 33,70 | Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff | 30,40 |
| Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung | | Wundverbandplatte, Autopolymerisat/tiefgezogen | 84,00 |
| Lötung 4: | 33,70 | | |
| Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen | | Wiederherstellung/Erweiterung | |
| Lötung 5: | 33,70 | Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert | 17,70 |
| Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen | | Basis erneuern, auch KFO | 90,90 |
| Lötung auf Modell, Grundeinheit | 32,30 | Basis unterfüttern, auch KFO | 70,70 |
| Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung | 34,60 | Basisteil unterfüttern, auch KFO | 54,00 |
| | | Grundeinheit Erweitern, auch KFO | 33,80 |
| | | Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO | 33,80 |
| Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten | | Kronen- oder Brückengliederreparatur, je Einheit | 39,00 |
| Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen | 20,60 | Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone, Geschiebe | 12,00 |
| Aktiver Sporn | 21,50 | Leistungseinheit, Basisteil | 12,00 |
| Ankerband/Ankerkappe | 37,30 | Leistungseinheit, Bruch/Sprung | 12,00 |
| Aufbiss | 19,60 | Leistungseinheit, Erneuerung Zahn | 12,00 |
| Auflage-KFO | 13,50 | Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel | 12,00 |
| Außenbogen | 48,00 | Leistungseinheit, Klammer einarbeiten | 12,00 |
| Basis für Einzelkiefergerät | 82,00 | Leistungseinheit, Kontaktpunkt | 12,00 |
| Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät | 160,70 | Leistungseinheit, Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen | 12,00 |
| Coffin-Feder | 57,30 | Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung | 12,00 |
| Doppelplatten-Führungssporn | 44,40 | Leistungseinheit, Okklusionsausgleich/Konfektionszahn | 12,00 |
| Dorn | 11,30 | Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten | 12,00 |
| Druckfeder, Zugfeder | 14,20 | Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten | 12,00 |
| Facebow anpassen | 14,20 | Leistungseinheit, Sekundärteil wiederbefestigen ohne Lötung | 85,60 |
| Feder kompliziert | 21,00 | Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung | 12,00 |
| Feder, gekreuzt | 16,00 | Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn | 12,00 |
| Feder, geschlossen | 17,10 | Retention gebogen | 56,40 |
| Feder, offen/Rücklaufsporn | 12,60 | Retention gegossen/Edelmetall | 69,30 |
| Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-Stop | 11,30 | | |
| Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer | 65,00 | Implantate und Suprakonstruktionen | |
| Innenbogen | 68,00 | Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat | 54,90 |
| | | Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat | 69,30 |
| | | Basis aus Kunststoff, auf Implantat | 41,70 |

| Leistung | erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro |
|--|--|
| Funktions-, Individueller Löffel Kunststoff für Implantate | 40,30 |
| Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn | 29,70 |
| Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone gegossen | 113,10 |
| Implantat-Kontrollschablone | 55,80 |
| Implantatmodell | 30,40 |
| Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben | 9,00 |
| Parallelbohrschablone für Implantat | 179,40 |
| Röntgenkugel positionieren | 6,90 |
| Verlängerungshülse für Implantat | 21,00 |
| Verschraubung, Implantat | 60,00 |
| Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen | 18,20 |
| Zahn vermessen | 5,10 |
| Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied | 18,40 |
| Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien | |
| Einstellen nach Registrat | 20,20 |
| Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik | 33,40 |
| Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik | 39,70 |
| Registrat | 26,20 |
| Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn | 22,20 |
| Sonstiges | |
| Nicht-Edelmetall-Zuschlag | 25,30 |
| Versand je Versandgang, Fahrtkosten | 8,30 |

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten. Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.

Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z.B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig.

Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.

Eine Erstattung nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs GesundheitCOMFORT S entfällt, wenn hierfür bereits nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife Zahn 1 bis 3 eine Leistung erbracht wurde.

Dieses Preis- und Leistungsverzeichnis kann gemäß Ziffer II.4 des Tarifs angepasst werden.

Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe des Tarifs GesundheitCOMFORT S

Nicht versicherbar sind Berufe nach den Berufsgruppen *

| | |
|-----|---|
| 211 | Berg-, Tagebau und Sprengtechnik |
| 212 | Naturstein- und Mineralaufbereitung und -verarbeitung und Baustoffherstellung |
| 241 | Metallerzeugung |
| 321 | Hochbau |
| 322 | Tiefbau |
| 333 | nur soweit Zimmerei |
| 942 | Schauspiel, Tanz und Bewegungskunst |

sowie

Personen, die besonders gefährliche oder körperlich anspruchsvolle Berufe ausüben

Personen, die berufsmäßig Sport betreiben
Schmiede

Bar-, Nachtclubbesitzer und -mitarbeiter
Arbeitslose, Erwerbslose, Arbeitssuchende

* Die Zuordnung in die Berufsgruppen erfolgt auf Basis der Klassifikation der Berufe 2010 der Bundesagentur für Arbeit.

Der Versicherer kann dieses Verzeichnis im Rahmen von Beitragsanpassungen überprüfen und ggf. ändern.

Verzeichnis der begünstigten Vorsorgeleistungen des Tarifs GesundheitCOMFORT S

Sie haben einen Tarif mit umfassendem Versicherungsschutz auch für Vorsorgeleistungen abgeschlossen. Da wir die Inanspruchnahme dieser Leistungen fördern möchten, sind eine ganze Reihe von Vorsorgeleistungen besonders begünstigt:

- Die in diesem Verzeichnis genannten Leistungen werden nicht auf den Selbstbehalt angerechnet.
- Werden für ein Kalenderjahr nur die hier genannten Leistungen erstattet, gilt die Voraussetzung des § 4 Teil II Absatz 1 (2b) Satz 1 AVB/VT zum Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung für dieses Kalenderjahr als erfüllt.

Dies bedeutet für Sie Folgendes:

Reichen Sie Rechnungen für die unten genannten Leistungen ein, werden wir bei deren Erstattung keinen Selbstbehalt abziehen.

Für den Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gilt zudem: Haben Sie für ein Kalenderjahr nur Rechnungen für die unten genannten Leistungen eingereicht, gilt die in den AVB/VT genannte Voraussetzung, dass für das jeweilige Kalenderjahr keine Leistungen erbracht wurden, als erfüllt. Erfüllen Sie somit alle anderen Voraussetzungen auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, geht der Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung durch Inanspruchnahme einer hier genannten Leistung nicht verloren.

Dies gilt für folgende Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte:

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangerschaft:

- 23 Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
- 24 Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder:

- 25 Neugeborenen-Erstuntersuchung
- 26 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr

Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene:

- 27 Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- 28 Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- 29 Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung
- 4851 Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ):

- 0010 Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund-, Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung und Aufzeichnung Parodontalbefund
- 1000 Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
- 1010 Kontrolle Übungserfolg einschließlich weiterer Unterweisung
- 1020 Lokale Fluoridierung mit Lack / Gel zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz
- 2000 Nur Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, nicht im Rahmen kieferorthopädischer Behandlungen
- 4050 Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied
- 4055 Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn
- 4060 Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren

Bitte beachten Sie:

Reichen Sie Rechnungen für weitere Vorsorgeleistungen ein, die nicht in diesem Verzeichnis enthalten sind, so werden diese auf den Selbstbehalt angerechnet; der Anspruch auf erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung verfällt dann.

Dieses Verzeichnis kann gemäß Ziffer II.4 des Tarifs angepasst werden.