

## Tarif GesundheitCOMFORT 300 / 900 / 1200

### Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.11.2022, SAP-Nr.: 330808 (V164), 08.2022

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 § 37b 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 %**. Dazu gehören auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen.
- d) Behandlungen durch einen Heilpraktiker inklusive der vom Heilpraktiker verordneten Arzneimittel.
- e) Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß den AVB/VT.  
Sofern hinsichtlich der DiGA ein Versorgungsvertrag zwischen dem Versicherer und dem DiGA-Anbieter besteht, erhöht sich bei Inanspruchnahme eines derartigen DiGA-Anbieters der Erstattungssatz auf 100 %.  
Hinweis: Wir empfehlen Ihnen daher, die Inanspruchnahme von DiGA mit uns abzustimmen. Eine Liste der bestehenden Versorgungsverträge teilen wir gerne mit.

#### 2. Hilfsmittel

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

- Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 450 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren sowie für die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker in der Höhe, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.

- ein Hörgerät und ein Tinnitusgerät je Ohr innerhalb von fünf Kalenderjahren. Hierbei werden je Hörgerät und je Tinnitusgerät maximal 1.700 Euro erstattet.
- Prothesen (Arm-, Bein-, Brust- und Augenprothesen) und Epithesen.

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

Wird eines der folgenden Hilfsmittel über das Hilfsmittel-Management des Versicherers bezogen oder beschafft, sind die Kosten hierfür zu **100 %** erstattungsfähig. Dies gilt auch, wenn das Hilfsmittel-Management des Versicherers mit der Beschaffung beauftragt wird, das Hilfsmittel jedoch nicht beschafft werden kann.

Wird das Hilfsmittel-Management des Versicherers nicht in Anspruch genommen, erfolgt die Erstattung dieser Hilfsmittel zu **80 %**.

- Absauggeräte,
- Applikationshilfen (z. B. Ernährungs-, Infusions- und Insulinpumpen),
- Atem- und Herzfrequenzmonitore, Pulsoximeter,
- fahrbare Gehhilfen (z. B. Gehwagen und Rollatoren),
- Heimdialysegeräte einschließlich der beim Betrieb anfallenden Materialkosten,
- Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie,
- Inhalations- und Atemtherapiegeräte (z. B. Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung), sowie Protrusionsschienen,
- Inkontinenzhilfen einschließlich Inkontinenztherapiegeräte,
- Orthesen,
- Rollstühle einschließlich Sitzschalen und elektrischen Antrieben, Reha-Karren/ -Buggys,
- Sprechhilfen,
- Stehhilfen (z. B. Stehständer, Schrägliegebretter),
- Stomaartikel,
- tragbare Defibrillator-Westen (z. B. LifeVest).

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,
- fremdkraftbetriebene Bewegungsschienen,
- Hilfsmittel gegen Dekubitus,
- Kompressionsstrümpfe sowie Hilfsmittel zur Narbenkompression,
- nichtfahrbare Gehhilfen (z. B. Krücken, Gehstöcke, Gehgestelle),
- Orthopädische Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Schuheinlagen,
- Therapieschuhe sowie Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom,
- ein Paar orthopädische Maßschuhe einschließlich medizinisch notwendiger Zusatzarbeiten im Kalenderjahr.

2.4 Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Reparatur und Wartung eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen.

2.5 Die Kosten für Hilfsmittel sind insoweit erstattungsfähig, als diese im vorliegenden Versicherungsfall die medizinisch notwendige Versorgung gewährleisten.

Hilfsmittel, die im Tarif nicht aufgeführt sind, sind nicht erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind zudem die Kosten für

- medizinisch nicht notwendiges Zubehör,
- Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens,
- Produkte und Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- die Energieversorgung der versicherten Hilfsmittel (z. B. Stromkosten, Ladegeräte, Batterien),
- sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer und Heizkissen),
- Hilfsmittel, die in den Leistungsbereich der Privaten Pflegepflichtversicherung fallen,
- Hilfsmittel, die der Verbesserung des Wohnumfeldes dienen.

Eine Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnis kann nach Ziffer II.4 durchgeführt 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 Anschluss-

heilbehandlungen 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 Bundespflegegesetzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a 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 Heilmittelverzeichnis. 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 bei fehlender Pflegebedürftigkeit gemäß § 39c SGB V (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 Verdienstausschlag 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

- diagnostische und anästhetische Leistungen,
- chirurgische Leistungen (z. B. Knochenaufbau),
- prophylaktische Leistungen (diese umfassen auch die professionelle Zahnreinigung),
- Behandlungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- 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:

- diagnostische, anästhetische und chirurgische Leistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen,
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- 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

- 300 Euro im Tarif GesundheitCOMFORT 300
- 900 Euro im Tarif GesundheitCOMFORT 900
- 1.200 Euro im Tarif GesundheitCOMFORT 1200

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 Versicherungsschutzes. 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 Selbsthaltstufe gewählt werden als die des versicherten Elternteils.

**4. Änderungsklausel**

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I Absatz 1 AVB/VT und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders berechtigt, das Heil- und Hilfsmittelverzeichnis, das Verzeichnis der über das Hilfsmittel-Management beziehbaren Hilfsmittel, das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten 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 berufstätige Personen, soweit sie keinen Beruf ausüben, der im Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe zu diesem Tarif aufgeführt ist.

6.2 Versicherungsfähig sind auch nicht berufstätige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner und Kinder von Personen, für die bei dem Versicherer eine Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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

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

#### **7. Tarifkombinationen**

Neben dem Tarif GesundheitCOMFORT 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 zahn-technische 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

## Besondere Bedingungen „A“ für Personen in Berufsausbildung zum Tarif GesundheitCOMFORT

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, der vereinbarte Tarif sowie die nachfolgenden Bestimmungen.

### 1. Versicherungsfähigkeit

Die Besonderen Bedingungen können zum Tarif GesundheitCOMFORT vereinbart werden. Versicherungsfähig sind, solange sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

- a) Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben,
- b) nicht berufstätige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner der nach a) versicherten Personen,
- c) nach Beendigung der Ausbildung vorübergehend arbeitslose Personen, die beim Versicherer bereits bisher nach Besonderen Bedingungen für Personen in Berufsausbildung versichert waren.

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz „A“.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit unverzüglich mitzuteilen.

### 2. Ende der Besonderen Bedingungen

Die Besonderen Bedingungen entfallen für:

Personen nach Buchstabe a):

- mit Beendigung der Schule, des Studiums bzw. der Berufsausbildung,
- wenn die Schul- oder Berufsausbildung bzw. das Studium um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe b):

- mit der Aufnahme einer Berufstätigkeit,
- mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit des Ehepartners bzw. eingetragenen Lebenspartners,
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Personen nach Buchstabe c):

- mit Beendigung der Arbeitslosigkeit,
- nach maximal zwölf Monaten,
- mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Bei Entfallen der Besonderen Bedingungen wird die Versicherung – ohne dass es eines Antrags bedarf – ohne Unterbrechung im Tarif GesundheitCOMFORT weitergeführt. Der Beitrag in diesen Tarifen richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt der Beendigung der Besonderen Bedingungen erreichten Alter.

### 3. Beiträge

Während der Gültigkeit dieser Besonderen Bedingungen richten sich die Beiträge nach dem jeweiligen Lebensalter. Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres ist der Beitrag der Altersgruppe 25 - 29 bzw. 30 - 34 zu zahlen. Die Beiträge ergeben sich aus der jeweils gültigen Beitragstabelle.

## Heilmittelverzeichnis des Tarifs GesundheitCOMFORT

Von den erstattungsfähigen Höchstbeträgen werden bei ambulanter Heilbehandlung 80 % als tarifliche Leistung gezahlt bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 Euro im Kalenderjahr. Darüber hinaus leisten wir 100 % des erstattungsfähigen Höchstbetrages.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
<b>PHYSIKALISCHE THERAPIE</b>			
<b>Diagnostik und Berichte</b>			
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplanes	25,00	einzel, mindestens 30 Minuten	47,50
Bericht an den verordnenden Arzt	17,50	einzel, mindestens 45 Minuten	70,00
<b>Krankengymnastik und Bewegungsübungen</b>			
Krankengymnastik, einzeln	30,00	einzel, mindestens 60 Minuten	80,00
Krankengymnastik, in der Gruppe	10,00	einzel, mindestens 90 Minuten	120,00
Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (z. B. Bobath, Vojta, Hippotherapie)	47,00	in der Gruppe, mindestens 30 Minuten	35,00
Krankengymnastik am Gerät, medizinisches Aufbautraining (MAT), medizinische Trainingstherapie (MTT)	47,00	in der Gruppe, mindestens 45 Minuten	40,00
Manuelle Therapie / Chirotherapie	33,00	in der Gruppe, mindestens 90 Minuten	65,00
Krankengymnastik im Bewegungsbad, einzeln	33,00	<b>ERGOTHERAPIE</b>	
Krankengymnastik im Bewegungsbad, in der Gruppe	19,50	<b>Diagnostik und Planung</b>	
Atemphysiotherapie, einzeln, mindestens 45 Minuten	47,00	Funktionsanalyse, Beratung, Behandlungsplanung	45,00
Atemphysiotherapie, in der Gruppe	16,00	<b>Ergotherapeutische Behandlungen</b>	
Atemtherapie bei Mukoviszidose, einzeln	75,00	einzel, mindestens 30 Minuten	55,00
Bewegungsübungen	14,00	einzel, mindestens 45 Minuten	70,00
Extensionsbehandlung	10,00	einzel, mindestens 60 Minuten	85,00
<b>Massagen und Lymphdrainagen</b>			
Medizinische Massage	24,00	einzel, mindestens 120 Minuten	150,00
Manuelle Lymphdrainage		in der Gruppe, mindestens 30 Minuten	21,00
- Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten	33,00	in der Gruppe, mindestens 45 Minuten	25,00
- Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	45,00	in der Gruppe, mindestens 90 Minuten	50,00
- Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	61,00	in der Gruppe, mindestens 180 Minuten	90,00
Kompressionstherapie (manuell oder apparativ), je Sitzung	21,00	<b>Beratung zur Integration</b>	
Unterwasserdruckstrahlmassage	35,00	bei motorischen Störungen	50,00
<b>Packungen</b>			
Einmal verwendbare Wärmepackung (z. B. Naturmoor, Naturfango)	50,00	bei sensomotorisch perceptiven Störungen	65,00
Wiederverwendbare Wärmepackung (z. B. Fango)	18,00	bei psychisch funktionellen Störungen	80,00
Kaltpackung (z. B. Lehm, Quark)	18,00	<b>PODOLOGIE</b>	
<b>Wärme-/Kältetherapie</b>			
Eisanwendung (z. B. Eisabreibung, Eisbeutel)	14,00	<b>Podologische Behandlungen</b>	
Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft, Kältekammer)	14,00	Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes	22,50
Wärmetherapie (z. B. mittels Heißluft, Infrarot oder Ultraschall)	14,00	Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße	32,00
Heiße Rolle	14,00	Nagelbearbeitung eines Fußes	22,50
<b>Elektrotherapie / Bestrahlungen</b>			
z. B. Reizstrom, Iontophorese	10,00	Nagelbearbeitung beider Füße	30,00
Zwei-/Vierzellenbad	21,00	Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	45,00
Hydroelektrisches Bad (Stangerbad)	35,00	Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	62,00
Balneo-Phototherapie / Bade-PUVA, je Sitzung	70,00	<b>Orthonyxiespangen</b>	
UV-Licht-Behandlung, je Sitzung	14,00	Konfektionierte Spange setzen	120,00
<b>Inhalationen</b>			
einzel, auch mit Ultraschallvernebler	12,50	Individuelle Spange setzen	200,00
in der Gruppe	6,50	Klebspange setzen	60,00
<b>Komplexbehandlungen</b>			
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), ambulante Rehabilitation, Tagessatz	150,00	Spange regulieren	60,00
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung	80,00	Spange abnehmen	20,00
<b>LOGOPÄDIE</b>			
<b>Diagnostik und Planung</b>			
Erstgespräch	45,00	Ersatzversorgung individuelle Spange	70,00
Behandlungsplanung	75,00	<b>OSTEOPATHIE / CRANIO-SAKRAL-THERAPIE</b>	
Ausführlicher Bericht des Logopäden	35,00	je Sitzung	35,00
<b>Behandlungen bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen</b>			
<b>HAUSBESUCHE</b>			
Hausbesuch inklusive Wegegeld (ärztlich verordnet)			17,50

## Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten (Premium)

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z. B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifierunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
<b>Arbeitsvorbereitung</b>		<b>Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)</b>	
Abdruck, Stumpfabdruck galvanisieren	20,10	Onlay aus Metall	140,90
Dowel-Pin setzen	4,30	<b>Kronen und Brückentechnik</b>	
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	19,30	Angelieferte Modellation gießen	41,40
Frässockel	15,80	Anker für Klebebrücke	127,10
Hilfssteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	19,30	Auflage an Brückenglied	16,30
Kunststoffstümpfe, Metallstümpfe, Einzelstümpfe	18,40	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	319,00
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	16,60	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	87,50
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	9,40	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	343,00
Modell aus Kunststoff	29,30	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	113,00
Modell aus Superhartgips	15,10	Krone, Brückenglied für Klammer vorbereiten	28,70
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	15,50	Krone, Brückenglied in vorhandene Prothese einarbeiten	18,40
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	15,50	Papille, Sattel-Pontic aus Keramik	55,50
Modellergänzung aus Kunststoff	22,10	Papille, Sattel-Pontic aus Kunststoff/Komposit	42,50
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	27,20	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	14,20
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	14,60	Stiftaufbau direkt	55,40
Modellpaar in Gipssockel fixieren	15,60	Stiftaufbau in vorhandene Krone	25,30
Modellpaar sockeln	34,10	Stiftaufbau indirekt	74,80
Modellpaar trimmen	18,30	Teilverblendung aus Keramik	120,90
Montage eines Gegenkiefermodelles	14,80	Teilverblendung aus Komposit	91,30
Montage eines Modellpaares in Fixator	15,60	Teilverblendung aus Kunststoff	70,00
Okklusionsmodell	19,90	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	221,80
Okklusionsmodell für Sägesegmente	24,50	Verblendschale, Veneer aus Kunststoff (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	102,70
Remontagemodell	32,00	Vollverblendung aus Keramik	131,80
Set-up je Zahn	16,20	Vollverblendung aus Komposit	105,80
Spezialmodell	30,40	Vollverblendung aus Kunststoff	98,00
Split-Cast-Sockel an Modell	17,20	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	58,80
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	12,20	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	99,20
Zweitstumpf für Inlay, Stumpf aus feuerfester Masse	19,00	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	122,40
<b>Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln</b>		Wurzelpontic aus Keramik	55,50
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,20	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	10,90	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	44,90
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff	31,20	Zahnfleisch aus Keramik	55,50
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart	87,50	Zahnfleisch aus Komposit	27,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	41,20	Zahnfleisch aus Kunststoff	23,70
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	39,90	<b>Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente</b>	
Spezialbissplatte	32,70	Ankerbandklammer, sekundär	155,30
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	27,70	Bohrung und Fräsung für Friktionsstift bei RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
Vorwall	17,00	Federbolzen, Friktionsstift für RRS (Rillen-Schulter-Geschiebe)	58,00
<b>Inlays und Onlays</b>		Individueller Steg, Grundeinheit ohne Längeneinheit	138,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20	Individueller Steg, Längeneinheit je Zahn inklusive Reiter	31,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	140,90	Individuelles Geschiebe komplett	488,80
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00	Individuelles Geschiebe, primär/sekundär	244,40
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	207,50	Individuelles Steggeschiebe/auch mit Gingivalfassung	161,60
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	238,20	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung,	117,80
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt t	115,10
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	124,70	Konfektionssteglasche in Kunststoffbasis/Metallbasis	88,10
Inlay aus Metall, einflächig	98,80	Lager für Ankerbandklammer	72,70
Inlay aus Metall, zweiflächig	133,60	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	72,70
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	159,80	Lager/Raste für Schubverteilungsarm	72,70
		Lösungsknopf	21,30
		Rillen-Schulter-Geschiebe komplett	344,80
		Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	172,40
		Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/individuell	296,70
		Schub-Steckriegel, Schwenk-Drehriegel/konfektioniert	213,20
		Schubverteilungsarm	74,10
		Teilfräsung	40,10

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung	321,50
Teleskopkrone/Konuskrone/Doppelkrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung	214,50
Verschraubung/Verbolzung	62,10
<b>Herstellen von herausnehmbarem Zahnersatz</b>	
Approximalklammer, Bonyhard-Klammer, gebogen	15,50
Auflage gegossen/Edelmetall	15,60
Aufstellung auf Metallbasis, je Zahneinheit	4,30
Aufstellung auf Wachs oder Kunststoffbasis, je Zahneinheit	3,60
Basis oder Basisteil aus Weichkunststoff, Sonderkunststoff	115,10
Basisteil, gegossen/Edelmetall	86,80
Befestigung eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff	36,00
Bonwill-Klammer, gegossen/Edelmetall	67,40
Bonyhard-Klammer, gegossen/Edelmetall	22,00
Einarmsige Klammer, Fortlaufende Klammer, gegossen/Edelmetall	16,50
Einarmsige Klammer, gebogen	15,50
Fertigstellung auf Metall-, Kunststoffbasis, je Zahneinheit	5,00
Gitter, partiell/total oder Bügel	145,00
Grundeinheit Aufstellung	39,60
Grundeinheit Fertigstellung	62,80
Herstellen eines Zahnes/Kaufläche aus zahnfarbenem Kunststoff	45,30
Interdental-Klammer, gebogen	18,30
Kappe, gegossen/Edelmetall	54,00
Kunststoff an unfütterbaren Abschlussrand	24,70
Metallbasis je Kiefer partiell/total	174,40
Metallkaufläche, Metallzahn/Edelmetall	52,40
Ringklammer, gegossen/Edelmetall	36,50
Rückenschutzplatte für Kunststoffverblendung	52,40
Sonderkunststoff	61,30
Überwurfklammer gegossen/Edelmetall	39,60
Überwurfklammer, gebogen, zweiarmig	20,60
Überwurfklammer, Kralle, Auflage, gebogen, einarmig	15,50
Umgebungsbügel bei Diastema	29,40
Unterfütterbarer Abschlussrand	38,50
Zuschlag Klammer, einzeln gegossen/Edelmetall	26,20
Zweiarmige Klammer mit Auflage, gebogen	33,00
Zweiarmige Klammer, Doppelbogenklammer gebogen	20,60
Zweiarmige Klammer, gegossen/Edelmetall	36,50
Zweiarmige-, Ring-, Bonyhard-, Rücklaufklammer, mit Auflage, gegossen/Edelmetall	39,60
<b>Metallverbindungen</b>	
Konditionierung je Zahn/Flügel	17,00
Lichtbogenschweißen/Laser-/Plasma-/Punkt-Schweißen: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen je Verbindung	32,30
Lötung 1: Ohne Verlötung bei gleichen Legierungen	32,30
Lötung 2: Mit Verlötung bei gleichen Legierungen, je Verbindung	32,30
Lötung 3: Mit Verlötung bei unterschiedlichen Legierungen, je Verbindung	33,70
Lötung 4: Hilfsteil an Basislegierung bei gleichen Legierungen	33,70
Lötung 5: Hilfsteil an Basislegierung bei unterschiedlichen Legierungen	33,70
Lötung auf Modell, Grundeinheit	32,30
Zuschlag bei Lötung nach Keramikverblendung/ Metallverbindung nach keramischen Brand	35,80
<b>Herstellen von kieferorthopädischen (KFO) und orthopädischen Geräten</b>	
Adams-, Pfeil-, Dreiecksklammer gebogen	20,80
Aktiver Sporn	21,50
Ankerband/Ankerkappe	37,30
Aufbiss	19,60
Auflage-KFO	13,50
Außenbogen	48,00
Basis für Einzelkiefergerät	82,00
Basis für Kieferorthopädiegerät, KFO/FKO-Gerät	160,70
Coffin-Feder	57,30
Doppelplatten-Führungssporn	44,40

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Dorn	12,50
Druckfeder, Zugfeder	15,60
Facebow anpassen	14,20
Feder kompliziert	21,00
Feder, gekreuzt	16,00
Feder, geschlossen	17,10
Feder, offen/Rücklaufsporn	12,60
Führungssporn, Häkchen, Interocclusal-Stop	12,20
Grundbogen, Oberkiefer oder Unterkiefer	73,90
Halte- oder Abstützelement je Zahn, einarmig	13,50
Halte- oder Abstützelement je Zahn, mehrarmig	20,80
Innenbogen	68,00
KFO-Platte voreinschleifen	10,50
Kinnkappe mit Retentionshaken	65,00
Kunststoffschild/Abschirmelement	33,60
Labialbogen	30,40
Labialbogen, intermaxillär	54,50
Labialbogen, modifiziert	38,80
Leistungseinheit, Regulierungselemente einarbeiten KFO	15,60
Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen/Palatalbogen	51,00
Lötung je Einheit, KFO	21,80
Lötung je zusätzliche Einheit, KFO	21,80
Pelotte	28,00
Pelottenklammer	13,50
Positionier	200,50
Protrusionsbogen	27,20
Remontieren von KFO-Gerät	59,30
Retentionsschiene	95,70
Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	54,40
Schraube einarbeiten	25,00
Schraube einarbeiten, kompliziert	37,40
Spezialschraube	29,70
Spike/Stop	13,50
Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	31,00
Trennen einer Basis/auch erschwert	13,00
U-Bügel	36,40
Verankerungselement/Verankerungsklammer	44,60
Verarbeiten eines Röhrchens oder Schlosses	18,80
Vorbiss oder Rückbiss	20,40
Vorhofplatte	87,60
Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 2.400 Euro)	40,00
Zungengitter	32,20
<b>Aufbisssschienen und Aufbissbehelfe</b>	
Adjustierte Aufbisssschiene, Knirscherschiene	195,90
Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	30,90
Basis, tiefgezogen	31,20
Erweitern einer Aufbisssschiene, je Einheit	33,80
Grundeinheit Instandsetzen einer Aufbisssschiene	33,80
Medikamententrägerschiene	101,20
Miniplast-Schiene, tiefgezogen	101,20
Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	89,70
Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	66,50
Schienungskappe aus Metall oder Kunststoff	24,00
Übertragungskappe aus Metall oder Kunststoff	32,30
Wundverbandplatte, Autopolymerisat/tiefgezogen	95,70
<b>Wiederherstellung/Erweiterung</b>	
Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	21,10
Basis erneuern, auch KFO	99,30
Basis unterfüttern, auch KFO	70,70
Basisteil unterfüttern, auch KFO	54,00
Grundeinheit Erweitern, auch KFO	33,80
Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	33,80
Kronen- oder Brückengliederreparatur, je Einheit	45,00
Leistungseinheit, aktivieren Teleskopkrone, Geschiebe	14,00
Leistungseinheit, Basisteil	14,00
Leistungseinheit, Bruch/Sprung	14,00
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn	14,00
Leistungseinheit, Instandsetzen individueller Riegel	14,00
Leistungseinheit, Klammer einarbeiten	14,00
Leistungseinheit, Kontaktpunkt	14,00
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	14,00
Leistungseinheit, Nacharbeiten Keramikverblendung	14,00
Leistungseinheit, Okklusionsausgleich/Konfektionszahn	14,00



Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Leistungseinheit, Retention/Basisteil einarbeiten	14,00
Leistungseinheit, Rückenschutzplatte einarbeiten	14,00
Leistungseinheit, Sekundärteil wiederbefestigen ohne Lötung	92,00
Leistungseinheit, Vorbereitung für Verblendung	14,00
Leistungseinheit, Wiederbefestigung Zahn	14,00
Retention gebogen	56,40
Retention gegossen/Edelmetall	69,30
<b>Implantate und Suprakonstruktionen</b>	
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	60,90
Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	69,30
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	41,70
Funktions-, Individueller Löffel Kunststoff für Implantate	41,50
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	10,90
Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	179,40
Röntgenkugel positionieren	8,10
Verlängerungshülse für Implantat	21,00
Verschraubung, Implantat	60,00
Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,20
Zahn vermessen	6,10
Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	20,90
<b>Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien</b>	
Einstellen nach Registrat	21,10
Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	35,10
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	41,70
Registrat	31,20
Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	26,60
<b>Sonstiges</b>	
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 entfällt, wenn hierfür bereits nach dem Preis- und Leistungsverzeichnis der Tarife Zahn 1 bis 3 eine Leistung erbracht wurde.

## Verzeichnis der nicht versicherbaren Berufe des Tarifs GesundheitCOMFORT

### 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

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

### 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.

### **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