

Tarif GesundheitCOMFORT 900S / 1200S Krankheitskostenvollversicherung

Stand: 01.07.2019, SAP-Nr. 331936, 06.2019

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

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

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

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag Euro
Basis aus Kunststoff, auf Implantat	41,70
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
Kauffläche 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

4060 Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren

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