Vertragsgrundlage 210

Tarifgruppe B - Krankheitskosten-Versicherung

Tarife für ambulante Heilbehandlung, stationäre Heilbehandlung, zahnärztliche Behandlung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil II, Tarife mit Tarifbedingungen

- Teil I: siehe AVB/KK 2008 -

1. Der Versicherungsschutz

1.1. **Tarife für ambulante Heilbehandlung (Tarife BS)**

1.1.1 Der Versicherer erstattet bei Heilbehandlung, Behandlung wegen Schwangerschaft, bei Entbindung und Fehlgeburt die Aufwendungen für
ärztliche Leistungen (Beratungen, Besuche, Verrichtungen einschl. Operationen) und Leistungen der Heilpraktiker,
Arznei- und Verbandmittel,
ambulante Operationen (auch in Krankenhäusern, soweit die Kosten nach der geltenden Gebührenordnung berechnet sind. Bei Behandlungen im Ausland werden der Erstattung die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten zu Grunde gelegt. Sind solche nicht vorhanden, erfolgt die Erstattung auf der Grundlage ortsüblicher oder, sofern nicht vorhanden, landesüblicher Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs.5 AVB/KK bleibt unberührt);
Heilmittel [z. B. Inhalationen, medizinische Bäder, Massagen und andere physikalisch-medizinische Leistungen (Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte),
Ergotherapie und Logopädie durchgeführt von Personen mit entsprechender staatlich anerkannter Ausbildung],
Hilfsmittel [Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen, Bandagen, Bruchbänder, Einlagen, Kompressionsstrümpfe, Hörgeräte, Sprechgeräte, Gipsliegeschalen, Korrekturschienen, handgetriebene Krankenfahrstühle, Herz-Atmungs-Überwachungsgeräte, Milchpumpen, künstliche Augen, Orthesen, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, Schlafapnoegeräte, orthopädische Schuhe, orthopädische Schuhzurichtungen, -einlagen; ferner Körperersatzstücke (z.B. Prothesen, Epithesen) bis zu einem Rechnungsbetrag von max. 5.000 EUR, Herzschrittmacher, elektronische Lesegeräte (bis max. 2.450 EUR),
- Perücken bis zu einem Rechnungsbetrag von 520 EUR bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben, Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, enterale Ernährung und Zubehör, Infusions- und Inhalationsgeräte, Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte, Heimdialysegeräte , Allergiker-Bettwäsche (=Encasings, bis max. 200 EUR je Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes, jedoch nicht dessen Unterhalt] sowie Geräte zur Selbstbehandlung und -kontrolle, wenn dadurch die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilbehandlungen insgesamt gesenkt werden können, jedoch nicht die Aufwendungen für Gebrauchsgüter des täglichen Lebens wie z.B. Fieberthermometer, Wärmflaschen, Heizkissen und dergleichen, Röntgen-, Radium- und Isotopenleistungen und Hebammenhilfe, vom Arzt in Rechnung gestelltes Wegegeld für die Entfernung bis zum nächsterreichbaren, für die Art der Behandlung zuständigen Arzt sowie Fahrtkosten für den med. notwendigen Transport zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten Heilbehandlung /Therapieeinrichtung
- bei Unfall / Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- Strahlentherapie / Chemotherapie bei onkologischen Grunderkrankungen, Nierendialyse und ambulanter Operation, wenn der Transport wegen ärztlich bestätigter Geh- oder Sehunfähigkeit erforderlich wird, gemäß versichertem Tarif (Ziffer 1.1.8).
Brillenfassungen werden bis zu den Kosten der mittleren Preislage und orthopädische Schuhe bis zur Höhe der Mehrkosten gegenüber normalem Lederschuhwerk der mittleren Preislage erstattet. Die jeweiligen Beträge, bis zu denen der Versicherer bei Brillenfassungen von solchen mittlerer Preislage ausgeht und die er bei orthopädischen Schuhen für Lederschuhwerk mittlerer Preislage abzieht, werden in den Jahresmitteilungen bekannt gegeben. Sie können auch beim Versicherer erfragt werden.

1.1.2 Leistungen der Heilpraktiker werden erstattet, wenn sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet werden, sofern sie allgemein wissenschaftlich anerkannt sind.

1.1.3 Nähr-, Stärkungs- und Desinfektionsmittel sowie kosmetische Mittel, Weine, Mineralwässer und Badezusätze gelten nicht als Arzneimittel.

1.1.4 Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen.
Die digitalen Gesundheitsanwendungen werden denjenigen Leistungen nach 1.1 zugerechnet (z. B. Heilmittel, Leistungen der Heilpraktiker, Psychotherapie), für die sie verordnet wurden. Umfang und Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen.

1.1.5 Für Vorsorgeuntersuchungen in Diagnostikzentren kann der Versicherer nach vorheriger schriftlicher Zustimmung Zuschüsse gewähren.

1.1.6 Der Versicherer erstattet auch die Aufwendungen für Psychotherapie, soweit sie von einem niedergelassenen Arzt, einem approbierten Psychologischen Psychotherapeuten, einem approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind, durchgeführt oder von einem niedergelassenen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse verordnet und überwacht wird. Je Kalenderjahr leistet der Versicherer für insgesamt nicht mehr als 30 Sitzungen im Umfang jeweils bis zu einer Doppelstunde. Bei darüber hinausgehenden Behandlungen werden Leistungen nur nach vorheriger schriftlicher Zustimmung (Anzahl der Sitzungen/Höhe der Vergütung) des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage ist nicht erforderlich, soweit die zuständige Beihilfestelle entsprechende Leistungen zugesagt hat. Mit dem Erstattungsantrag ist eine Kopie der Beihilfegenehmigung vorzulegen.

1.1.7 Leistungen für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand dieser Tarife, auch wenn sie von einem Arzt erbracht wurden.

RD075 10.08.2020 21010496_(12.20)

MY 20220222 001111

DOKU

1. Fortsetzung

1.1.8 Die Erstattung der Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung beträgt

in den Tarifen	vom Rechnungsbetrag
BS01	100 %
BS03	100 %
BS05	100 %
BS70 und BSG70	70 %
BS65 und BSG65	65 %
BS60 und BSG60	60 %
BS55 und BSG55	55 %
BS50 und BSG50	50 %
BS45 und BSG45	45 %
BS40 und BSG40	40 %
BS35 und BSG35	35 %
BS30 und BSG30	30 %
BS25 und BSG25	25 %
BS20 und BSG20	20 %
BS15 und BSG15	15 %

Die tarifliche Leistung wird je versicherte Person und je Kalenderjahr um eine Selbstbeteiligung gekürzt. Die Selbstbeteiligung beträgt

in den Tarifen	für Jugendliche und Erwachsene in EUR	für Kinder in EUR
BS01	150,00	75,00
BS03	250,00	125,00
BS05	500,00	250,00
BSG70	385,00	192,50
BSG65	357,50	178,75
BSG60	330,00	165,00
BSG55	302,50	151,25
BSG50	275,00	137,50
BSG45	247,50	123,75
BSG40	220,00	110,00
BSG35	192,50	96,25
BSG30	165,00	82,50
BSG25	137,50	68,75
BSG20	110,00	55,00
BSG15	82,50	41,25

In den übrigen Tarifen BS 0,00

Besteht über den Tarif BSG hinaus eine Ergänzungsversicherung (Tarife BN1, BN2), ist die in den Tarifen BSG vereinbarte Selbstbeteiligung im Rahmen der Ergänzungsversicherung nicht erstattungsfähig.

1.1.9 Für Neuzugänge ermäßigt sich im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns der absolute Selbstbehalt für jeden Monat, den die Versicherung in diesem Jahr bis zum Beginnmonat nicht bestanden hat, um ein Zwölftel.

Gleiches gilt für diejenigen Monate, in denen die Versicherung als Anwartschaftsversicherung bestand.

Wird der Selbstbehalt geändert, zum Beispiel durch Umstufung in einen anderen Tarif, so gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein bereits getragener Selbstbehalt wird aber auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.

Bei einer Umstufung innerhalb der Tarife BSG erfolgt die Anrechnung eines bereits getragenen Selbstbehaltes im Verhältnis des neuen zum bisherigen Selbstbehalt.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der absolute Selbstbehalt dadurch nicht.

1.1.10 Die Aufwendungen für Krankheitskosten werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die einzelnen Leistungen ausgeführt bzw. bezogen worden sind. Die Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in denen sie entstanden sind.

1.2. Tarife für stationäre Heilbehandlung (Tarife B3, BW1, BW2, BWE)

1.2.1 Der Versicherer erstattet in den Tarifen B3, BW1 und BW2 die Kosten für teil-, voll-, vor- und nachstationäre Heilbehandlung sowie für vollstationäre Entbindung und Fehlgeburt gemäß vereinbartem Tarif und nach Tarif BWE die Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für Unterkunft im Einbett- und im Zweibettzimmer.

1.2.2 Sind Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet, werden in den Tarifen mit der Bezeichnung

B3

die Kosten für Allgemeine Krankenhausleistungen nach den §§ 2 (2) BPflV oder KHEntgG, 10 BPflV sowie der belegärztlichen Behandlung nach § 18 KHEntgG und Leistungen von Beleghebammen und -entbindungshelfern, aber keine Wahlleistungen gemäß § 22 BPflV oder § 17 KHEntgG,

Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen sind die Fallpauschalen, Sonderentgelte und tagesgleiche Pflegesätze nach den §§ 7 KHEntgG, 11, 12 und 13 BPflV ohne Zuschlag für Wahlleistungen nach §§ 22 BPflV, 17 KHEntgG,

BW1

die Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Einbett- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß §§ 22 BPflV, 17 KHEntgG),

BW2

die Kosten für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (Wahlleistungen gemäß §§ 22 BPflV, 17 KHEntgG),

BWE

die Differenzkosten zwischen dem Zuschlag für gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer und dem für gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer, aber keine Behandlungskosten im vereinbarten Umfang gemäß Ziffer 1.2.8 erstattet.

1.2.3 Werden die gesondert berechenbare Unterkunft und/oder gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen (§ 22 BPflV) nicht im vereinbarten Umfang in Anspruch genommen, so wird neben der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt. (Tabelle in Anlage). Dies gilt nicht bei vor- und nachstationärer Behandlung. Außerdem besteht bei teilstationärer Behandlung kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld aus dem Tarif BWE.

1.2.4 Wird eine Unterbringung gewählt (Wahlleistung), die über die tariflich vereinbarte Leistung hinausgeht, erstattet der Versicherer die Kosten, die bei einer dem Tarif entsprechenden Unterkunft zu erstatten wären. Z.B. bei bestehendem Tarif BW2 und B3 und Wahl eines Einbettzimmers, die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen und die für ein Zweibettzimmer gesondert berechenbaren Kosten.

1.2.5 Sind Krankenhausleistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet, werden der Erstattung folgende Kosten zu Grunde gelegt.

In den Tarifen mit der Bezeichnung:

B3

die Kosten der III. Pflegeklasse, d.h. die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen (Krankenhauspflege, Verpflegung und Unterkunft ohne Wahlleistungen). Die Kosten für eine aufpreispflichtige Unterkunft und Komfortleistungen sind nicht erstattungsfähig

BW1

die I. Pflegeklasse, d.h. die Differenz zwischen den Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Zusatzkosten für die Unterbringung im Einbettzimmer,

1. Fortsetzung

BW2
die II. Pflegeklasse, d.h. die Differenz zwischen den Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und Zusatzkosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer,
BWE
die Differenz zwischen I. und II. Pflegeklasse, i.d.R. die Mehrkosten für die Unterbringung im Einbettzimmer gegenüber der Unterbringung im Zweibettzimmer.
Bei Benutzung einer höheren als der versicherten Pflegeklasse werden nur die Kosten der versicherten Pflegeklasse für die Erstattung zu Grunde gelegt. Bei Benutzung einer niedrigeren als der versicherten Pflegeklasse wird neben der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld gezahlt (Tabelle in Anlage). Dies gilt nicht bei vor- und nachstationärer Behandlung.
Außerdem besteht bei teilstationärer Behandlung kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld aus dem Tarif BWE.

1.2.6 Der Versicherer erstattet im Rahmen der Tarife für stationäre Heilbehandlungskosten auch die Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen Transport zur oder von der voll- und teilstationären Behandlung bis zum nächstgelegenen für die Behandlung geeigneten Krankenhaus.

1.2.7 entfällt

1.2.8 Von den erstattungsfähigen Aufwendungen werden erstattet:

In den Tarifen			
B3 00	BW1 00	BW2 00	100 %
B3 70	BW1 70	BW2 70	70 %
B3 65	BW1 65	BW2 65	65 %
B3 60	BW1 60	BW2 60	60 %
B3 55	BW1 55	BW2 55	55 %
B3 50	BW1 50	BW2 50	50 %
B3 45	BW1 45	BW2 45	45 %
B3 40	BW1 40	BW2 40	40 %
B3 35	BW1 35	BW2 35	35 %
B3 30	BW1 30	BW2 30	30 %
B3 25	BW1 25	BW2 25	25 %
B3 20	BW1 20	BW2 20	20 %
B3 15	BW1 15	BW2 15	15 %
BWE			100 %

1.2.9 Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen und Sachkosten für ambulante Operationen im Krankenhaus, sowie für Zahnbehandlung, Zahnersatz, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen und Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand der Tarife für stationäre Heilbehandlung.
Sind Zahnbehandlung, Zahnersatzmaßnahmen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen, implantologische Leistungen und Kieferorthopädie allein aus medizinischen Gründen nur stationär möglich, erstattet der Versicherer aus den Tarifen für stationäre Leistungen im tariflichen Umfang die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen und Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterkunft. Die Aufwendungen für ärztliche/zahnärztliche Leistungen und gesondert berechnungsfähige Material- und Laborkosten sind ausschließlich im Rahmen von Tarifen für zahnärztliche Behandlung erstattungsfähig.

1.3 Tarife für zahnärztliche Behandlung (Tarife BZ)

1.3.1 Der Versicherer erstattet die notwendigen Aufwendungen (auch wenn diese Leistungen von Ärzten vorgenommen werden) für
Zahnbehandlungen (einschl. Röntgenaufnahmen), Zahnersatz (auch Reparaturen), Zahn- und Kieferregulierungen (kieferorthopädische Behandlung) sowie andere Behandlungen durch Zahnärzte, auch wenn diese im Rahmen stationärer Behandlung erfolgen.
Der Versicherer erstattet die oben aufgeführten notwendigen Aufwendungen auch für ambulante zahnärztliche Behandlungen in Krankenhäusern, soweit die Kosten nach der geltenden Gebührenordnung berechnet sind. Bei Behandlungen im Ausland werden der Erstattung die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten zu Grunde gelegt. Sind solche nicht vorhanden, erfolgt die Erstattung auf der Grundlage ortsüblicher oder, sofern nicht vorhanden, landesüblicher Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 AVB/KK bleibt unberührt.
Aufwendungen für gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten erstattet der Versicherer bis zu den in der beigefügten Sachkostenliste aufgeführten Höchstbeträgen.
Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10 % von den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise er Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen. Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen.
Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen.
Die digitalen Gesundheitsanwendungen werden denjenigen der oben genannten Leistungen zugerechnet (z. B. Zahnbehandlung, Zahnersatz), für die sie verordnet wurden.
Umfang und Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen.

1.3.2 Die Erstattung der Aufwendungen beträgt

in den Tarifen	Zahnbehandlung	für Zahnersatz	Zahn- und Kieferregulierung
BZ 00	100 %	80 %	90 %
BZ 70	70 %	70 %	70 %
BZ 65	65 %	65 %	65 %
BZ 60	60 %	60 %	60 %
BZ 55	55 %	55 %	55 %
BZ 50	50 %	50 %	50 %
BZ 45	45 %	45 %	45 %
BZ 40	40 %	40 %	40 %
BZ 35	35 %	35 %	35 %
BZ 30	30 %	30 %	30 %
BZ 25	25 %	25 %	25 %
BZ 20	20 %	20 %	20 %
BZ 15	15 %	15 %	15 %

1.3.3 Der Tarif BZ darf keinen höheren Erstattungssatz vorsehen als der gleichzeitig versicherte Tarif für ambulante Heilbehandlungen, ggf. erfolgt eine Umstufung in den entsprechenden Tarif BZ.

1.4 Ergänzungsversicherung (Tarife BN1, BN2)

1.4.1 Der Versicherer erstattet in den Tarifen mit der Bezeichnung BN1 oder BN2 die Aufwendungen für
- Leistungen der Heilpraktiker (im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker - GebüH Stand 1985 - aufgeführte Beratungen, Untersuchungen, Sonderleistungen, soweit sie wissenschaftlich allgemein anerkannt sind, und Wegegebühren im Rahmen der im GebüH, Stand 1985, aufgeführten Beträge),
- Hilfsmittel in allgemein gebräuchlicher Ausführung
  - im Rahmen des tariflichen Leistungsversprechens der Tarife BS, sofern Erstattungsfähigkeit nach den Tarifen BS gegeben ist,
  - nach der gültigen Beihilfevorschrift, wenn zwar keine Erstattungsfähigkeit nach den Tarifen BS, wohl aber Beihilfefähigkeit gegeben ist,
- Heilbehandlung im Ausland während vorübergehender Reisen bis zu 2 Monaten Dauer (solange die Rückreise nicht ohne Gefährdung des Gesundheitszustandes angetreten werden kann, besteht Versicherungsschutz über 2 Monate hinaus),

1. Fortsetzung

- medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport aus dem Ausland an den ständigen Wohnsitz - oder das von dort nächsterreichbare Krankenhaus - in der Bundesrepublik Deutschland,
- unmittelbare Überführungskosten der Leiche beim Tod der versicherten Person im Ausland an den ständigen Wohnsitz bis zu 10.225,84 EUR.
- Bestattungskosten im Ausland, wenn der Leichnam nicht überführt wird, bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung erstattungsfähig gewesen wären, höchstens jedoch bis zu 5.112,92 EUR soweit diese nicht durch Ansprüche aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers abgedeckt sind.

1.4.2 In den Tarifen mit der Bezeichnung BN1 oder BN2 wird bei einer ärztlich verordneten Kur und Sanatoriumsbehandlung ein Tagegeld längstens für die Dauer von 30 Tagen innerhalb von 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren gezahlt. Das Tagegeld beträgt bei Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan mit Unterkunft in einem anerkannten Kur- oder Badeort 20,45 EUR, bei stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Krankenhäusern (Sanatorien) gemäß § 4 (4, 5) AVB Teil I 30,68 EUR.

1.4.3 In Tarifen mit der Bezeichnung BN1 erstattet der Versicherer die nach Anrechnung von Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und von Versicherungsleistungen aus anderen Krankheitskostentarifen des Versicherers verbleibenden Aufwendungen für

- besonders berechnete zahntechnische Material- und Laborkosten bis zu den in der beigefügten Sachkostenliste aufgeführten Höchstbeträgen.

Der Versicherer vergleicht alle 2 Jahre die Entwicklung des Niveaus der in der Sachkostenliste genannten Leistungsinhalte und der dort angegebenen Höchstpreise mit den entsprechenden Marktpreisen. Weicht die Relation aller vom Versicherer ausgewerteten Rechnungen im Mittelwert um mindestens 10% von den letztgültigen Höchstpreisen der Sachkostenliste ab, wird der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders die Höchstpreise der Sachkostenliste im selben Verhältnis anpassen.

Bei dieser Gelegenheit wird auch überprüft, ob die Liste in ihren Leistungsinhalten geändert oder ergänzt werden muss; erforderlichenfalls wird dies mit Zustimmung des Treuhänders vorgenommen.

1.4.4 In der geltenden Beihilfevorschrift vorgesehene Selbstbeteiligungen des Beihilfeberechtigten sind nicht erstattungsfähig.

1.4.5 Es gelten jeweils die Beiträge des Tarifs, dessen beide letzten Ziffern mit dem Erstattungsprozentsatz des gleichzeitig bestehenden Tarifs BS übereinstimmen. Für Versicherte, für die nach den für sie jeweils geltenden Beihilfevorschriften mehr als 40 % der Kosten für gesondert berechnete Material- und Laborkosten beihilfefähig sind, sind im Tarif BN1 die Beiträge der Beitragsstufe 1 zu zahlen. Ist von diesen Kosten ein Anteil von 40 % oder weniger beihilfefähig, sind die Beiträge der Beitragsstufe 2 zu zahlen.

1.4.6 Besteht neben den Tarifen BN1 oder BN2 eine Krankheitskostenversicherung nach den Tarifen BSG, ist die dort vereinbarte Selbstbeteiligung nicht erstattungsfähig.

2. Pflichten des Versicherungsnehmers

2.1 Monatliche Beitragsraten

2.1.1 Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus der entsprechenden Tabelle dieser Tarife.

2.1.2 Werden die monatlichen Beitragsraten auf Grund einer besonderen Vereinbarung im Voraus entrichtet, so werden folgende Vorauszahlungsrabatte gewährt:
2 % des Bruttobeitrags bei halbjährlicher und 4 % des Bruttobeitrags bei jährlicher Vorauszahlung.

2.2 Beitragsfestsetzung

2.2.1 Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei Wechsel auf einen Tarif mit höheren Leistungen des Versicherers nach dem erreichten Alter (Eintrittsalter) berechnet. Ändert sich das Alter in dem Kalendermonat, in dem die Versicherung beginnt, so wird das neue Alter für die Beitragsberechnung zu Grunde gelegt.

2.2.2 Bei einem Wechsel auf einen Tarif mit höheren Leistungen des Versicherers wird die bisherige Vertragsdauer nach versicherungstechnischen Grundsätzen berücksichtigt.

2.2.3 Für Kinder, die das 15. Lebensjahr, und Jugendliche, die das 21. Lebensjahr vollenden, ist vom Beginn des folgenden Kalenderjahres an der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

2.2.4 Solange innerhalb einer Familienversicherung mehr als 5 Personen versichert sind, wird ab 6. versicherte Person bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem diese das 15. Lebensjahr vollenden, kein Beitrag erhoben; sie werden nur in den Tarifen mit den niedrigsten Leistungen versichert, in denen ein Familienmitglied versichert ist.
Diese Regelung gilt nicht für den Neuzugang ab dem 01.10.2000.

2.3 Beitragsanpassung

2.3.1 Der in § 8 b (1) AVB Teil I erwähnte Vomhundertsatz beträgt für die Sterbewahrscheinlichkeit 5, für die Versicherungsleistungen 10.

2.4 Leistungsanpassung

2.4.1 Bei einer Beitragsanpassung wird gleichzeitig das tarifliche Krankenhaustagegeld nach Grundsätzen, die der Aufsichtsbehörde gegenüber festgelegt sind, überprüft und ggf. den veränderten Kostenverhältnissen angepasst.

2.4.2 Eine Anpassung des Krankenhaustagegeldes führt nicht zu einer zusätzlichen Beitragsveränderung.

3. Allgemeine Tarifbedingungen

3.1 Versicherungsfähigkeit, Aufnahmefähigkeit

3.1.1 Aufnahmefähig sind mit ihren Familienangehörigen alle aktiven und pensionierten Beamten, Richter und Soldaten sowie Angestellte und Arbeiter des öffentlichen Dienstes.

3.1.2 Für erhöhte Risiken können bei Antragstellung und Umstellung auf Tarife mit höheren Leistungen besondere Bedingungen vereinbart werden.

3.1.3 Bei Vorliegen der bedingungsgemäßen Voraussetzungen kann die Versicherung auf Antrag vorübergehend in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden.

3.1.4 Der Tarif für zahnärztliche Behandlung (Ziffer 1.3) kann nur mit einem bestehenden oder gleichzeitig beantragten Tarif für ambulante Behandlung (Ziffer 1.1) versichert werden. Endet der Tarif für ambulante Behandlung, endet gleichzeitig der Tarif für zahnärztliche Behandlung.

3.1.5 Die Ergänzungsversicherung nach den Tarifen BN1 oder BN2 kann nur versichert werden, wenn gleichzeitig Tarife für ambulante (Ziff. 1.1) und für stationäre (Ziff. 1.2) Heilbehandlung (für Regelleistungen) sowie für zahnärztliche Behandlung (Ziff. 1.3) bestehen oder abgeschlossen werden, deren jeweiliger Erstattungssatz zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz mindestens 100 % ergibt. Endet einer der vorstehend bezeichneten Tarife, endet gleichzeitig die Ergänzungsversicherung.

3.1.6 Zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung nach einem Tarif BSG ununterbrochen 5 volle oder 10 volle

3. Fortsetzung

Kalenderjahre bestanden hat, hat die versicherte Person das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in einen Tarif BS ohne Selbstbehalt zu wechseln. Dabei finden die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) Anwendung. Während dieser Optionszeit entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind - mit Ausnahme von anerkannten Dienstbeschädigungen - ohne besonderen Zuschlag mitversichert. Der Antrag auf Wechsel in einen Tarif BS ohne Selbstbehalt muss spätestens zum Ablauf des vollen 5. bzw. 10. Kalenderjahres bei dem Versicherer vorliegen.

3.2 Überschussbeteiligung (Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung)

3.2.1 Aus den Überschüssen des Versicherers wird ein satzungsgemäß festgelegter Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, deren Beträge nur für die Versicherten verwendet werden. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Abweichend hiervon dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

3.2.2 Der Vorstand bestimmt im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art und den Zeitpunkt der Verwendung.

3.2.3 Soweit eine Überschussbeteiligung durch Auszahlung oder Gutschrift erfolgt, besteht ein Anspruch für jede versicherte Person, die in der Regel die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt.

a) Aus den entsprechenden versicherten Tarifen dürfen für das abgelaufene Kalenderjahr weder tarifliche noch freiwillige Leistungen (auch Ausgleichsleistungen) des Versicherers gewährt worden sein.

b) Die versicherten Tarife müssen das gesamte Kalenderjahr bestanden und dürfen zwischenzeitlich nicht geruht haben.

c) Die versicherten Tarife müssen noch am 30. Juni des Folgejahres bestehen, es sei denn, die versicherte Person schied wegen Pflichtversicherung oder Tod aus.

d) Die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr und etwaige Mahnkosten müssen bis zum 31. Januar des Folgejahres beim Versicherer eingegangen sein.

3.2.4 Bei Auszahlung oder Gutschrift kann die Höhe einer Überschussbeteiligung davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen gemäß Ziffer 3.2.3 oder Teile davon für mehrere aufeinander folgende Jahre erfüllt sind.

3.2.5 Eine Überschussbeteiligung wird frühestens in der zweiten Hälfte des folgenden Kalenderjahres ausgezahlt.

3.2.6 - - - - -

3.2.7 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

In den nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostentarifen werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und den Berechnungsgrundlagen des Versicherers zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Die Zuschreibung erfolgt jährlich. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend den Berechnungsgrundlagen des Versicherers.

3.3 **Nachweise**

3.3.1 Die Rechnungsbelege müssen, sofern keine Kostenerstattung durch Dritte vorausging, in Urschrift eingereicht werden; im anderen Falle genügt die Vorlage von Duplikaten, auf denen ggf. anzurechnende Vorleistungen des Dritten bestätigt sein müssen. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person tragen, ferner Angaben über die Krankheit (Diagnose), die einzelnen Verrichtungen, die ggf. behandelten Zähne und die Behandlungstage enthalten. Die Rezepte müssen den Namen des Versicherten, die Verordnung, den Tag der Ausstellung, den quittierten Betrag und den Stempel der Apotheke enthalten und sind zusammen mit der dazugehörenden Arztrechnung einzureichen. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sind entsprechende Verordnungen beizufügen.

3.4 **Ergänzungen und Änderungen der AVB Teil I**

3.4.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung beim außereuropäischen Auslandsaufenthalt bis zur Dauer von 2 Monaten. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diese 2 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für einen weiteren Monat. Für einen darüber hinausgehenden Aufenthalt können besondere Vereinbarungen getroffen werden. [§ 1 (4)]

3.4.2 Bei einem Wechsel auf einen Tarif mit höheren Leistungen des Versicherers sind für den Teil der erhöhten Leistungen ebenfalls die Wartezeiten zu erfüllen. [§ 3 (1)]

3.4.3 Alle Wartezeiten werden im Falle des § 3 (2) b) um drei Monate gekürzt. Bei erstmaliger Versicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten gemäß § 3 (2) und (3) AVB Teil I.

3.4.4 Außer für prothetische und kieferorthopädische Leistungen beträgt die Wartezeit für zahnärztliche Behandlung statt acht nur drei Monate. [§ 3 (3)]

3.4.5 Die Wartezeiten können entfallen - ausgenommen für Entbindung -, wenn dem Vertragsabschluss vereinbarungsgemäß eine ärztliche Untersuchung vorangeht. Die Kosten dieser Untersuchung gehen zu Lasten des Antragstellers. [§ 3 (4)]

3.4.6 Der Versicherer leistet auch für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen und deren Folgen, die erstmalig nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind; jedoch werden nur Aufwendungen erstattet, für die nicht gemäß § 5 Abs. 3 AVB Teil I Leistungen durch Dritte erbracht werden. [§ 5 (1) a)]

Abweichend von § 5 Abs.1 a AVB/KK 2008 wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfall oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung des Satz 2 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann. Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles in dem Aufenthaltsland außerhalb der Bundesrepublik Deutschland keine kriegerischen Ereignisse mehr stattfinden, gewährt der Versicherer in Abweichung von § 5 Abs.1 a AVB/KK 2008 Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden.

3.4.7 Krankenhausausweis

Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot (AVB Teil I) insoweit nicht.

3.4.8 Kosten von Mahnschreiben werden in gesetzlich zulässiger Höhe in Rechnung gestellt. [§ 8 (5)]

3.4.9 Der Versicherungsvertrag ist auf unbestimmte Zeit geschlossen. Das Versicherungsjahr ist gleich dem Kalenderjahr.

Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als 1. Versicherungsjahr. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis jeweils zum Ende eines Versicherungsjahres,

3. Fortsetzung

jedoch frühestens zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen. [§ 13 (1)]

3.4.10 Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist Deutschland.

Bei einer vorübergehenden Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedsstaat der Europäischen Union noch des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln. Der Versicherer geht frühestens nach Ablauf von 6 Monaten von einer dauerhaften Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes aus. [§ 15 (3)]

3.4.11 Werden die Tarife mit der Bezeichnung BW1 bzw. BW2 von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als Zusatzversicherung abgeschlossen, enden diese Tarife mit dem Ablauf des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Beendigung der Mitgliedschaft zur gesetzlichen Krankenversicherung schriftlich nachweist, es sei denn, dass das Vertragsverhältnis durch eine Tarifumstellung fortgesetzt wird.

3.4.12 Für ambulante Heilbehandlungen - nicht für Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen - in einem Heilbad oder Kurort leistet der Versicherer in tariflichem Umfang. [§ 5 (1e)]

3.4.13 Für Behandlungen in öffentlichen oder privaten Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen sowie Leistungen zur Rehabilitation anbieten oder Rekonvaleszente aufnehmen, leisten wir im Falle einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im unmittelbaren Anschluss an die stationäre Behandlung nach

- Herztransplantation,
- Bypassoperation,
- Akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt,
- Bandscheibenoperation,
- Gelenkersatzoperation,
- Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall),
- schweren Schädel- Hirnverletzungen,
- Krebsoperation bzw. -bestrahlung,

wenn die Anschlussheilbehandlung im unmittelbaren Anschluss an, spätestens aber innerhalb von 4 Wochen nach dem Ende der stationären Behandlung beginnt.

Ferner leisten wir bei Aufnahme infolge Unfalles oder akuter Behandlungsbedürftigkeit.

3.4.14 Entziehungsmaßnahmen und Entwöhnungsmaßnahmen

Bei erstmaliger stationärer Entziehung beteiligt sich der Versicherer abweichend von § 5 Abs. 1 b AVB/KK 2008 im tariflichen Umfang an 80% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Kosten für die Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer oder die Inanspruchnahme eines Privatarztes werden nicht erstattet;

3.4.15 Unter den Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 versichern wir Neugeborene wie geboren ohne Wartezeiten und Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt.

4. Besondere Bestimmungen für Beihilfeberechtigte

4.1 Die versicherte Person kann nur in den Tarifen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person in der Regel nicht mehr als 100 % der Aufwendungen für die versicherten Krankheitskosten betragen; der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsschutz auch während der gesamten Versicherungsdauer ggf. entsprechend herabzusetzen. Eine insoweit erfolgende Tarifumstellung kann jedoch frühestens zum 1. des Monats erfolgen, der der entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt [§ 13 (5) AVB Teil I findet sinngemäß Anwendung].

4.2 Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, wird der Versicherungsschutz entsprechend herabgesetzt. Wird dem Versicherer die Änderung des Beihilfeanspruchs innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung mitgeteilt, erfolgt die Anpassung rückwirkend zum Änderungszeitpunkt. Erhält der Versicherer die Information über die Änderung erst nach Ablauf von 6 Monaten seit der Änderung, wird der Versicherungsschutz erst ab Zugang der entsprechenden Mitteilung herabgesetzt.

4.3 Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.

Der Versicherungsschutz wird zum Zeitpunkt der Änderung des Beihilfeanspruchs ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten angepasst, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- der Antrag wird innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung für den Zeitpunkt der Beihilfeänderung beim Versicherer gestellt,
- für die beantragten Leistungen bestand bereits im Rahmen der bisher vereinbarten Tarife Leistungspflicht und
- der Versicherungsschutz wird nur so weit erhöht, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung).

Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

Wird die Anpassung des Versicherungsschutzes nach Ablauf von 6 Monaten nach der Änderung beantragt, wird der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags beim Versicherer angepasst. Die Annahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Für die erhöhten Leistungen sind Wartezeiten zu erfüllen.

4.4 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand um 20 % erhöht, können die Tarife BS 50T, BSG 50T, B3 50T, BW1 50T oder BW 2 50T versichern.

Die Leistungen dieser Tarife entsprechen jeweils den Tarifen ohne die Zusatzbezeichnung T (z. B. entspricht BS 50T dem Tarif BS 50).

Die Versicherung in Tarifen mit der Zusatzbezeichnung T wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den entsprechenden Tarif mit 20% niedrigerem Erstattungssatz umgestellt (z.B. BS50T in den Tarif BS30), spätestens zum Ersten des folgenden Kalenderjahres, in dem der Versicherte die gesetzliche Altersgrenze für den Ruhestand erreicht. Die bisher erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.

Anlage zu Ziffer 1.2.3. und Ziffer 1.2.5 (Tabelle Krankenhaustagegeld)

Krankenhaustagegeld gemäß Ziffer 1.2.3.

Bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbarer

Vers. Tarif	Unter-kunft	wahlärztl. Leistung	Wahlleistungen gem. § 22 BPflV 95 insgesamt	Vers. Tarif	Unter-kunft	wahlärztl. Leistung	Wahlleistungen gem. § 22 BPflV 95 insgesamt
BW 1 00	44,99 EUR	15,85 EUR	60,84 EUR	BW 2 00	22,50 EUR	15,85 EUR	38,35 EUR
70	31,70 EUR	11,25 EUR	42,95 EUR	70	15,85 EUR	11,25 EUR	27,10 EUR
65	29,14 EUR	10,23 EUR	39,37 EUR	65	14,83 EUR	10,23 EUR	25,05 EUR
60	27,10 EUR	9,71 EUR	36,81 EUR	60	13,29 EUR	9,71 EUR	23,01 EUR
55	24,54 EUR	8,69 EUR	33,23 EUR	55	12,27 EUR	8,69 EUR	20,96 EUR
50	22,50 EUR	8,18 EUR	30,68 EUR	50	11,25 EUR	8,18 EUR	19,43 EUR
45	20,45 EUR	7,16 EUR	27,61 EUR	45	10,23 EUR	7,16 EUR	17,38 EUR
40	17,90 EUR	6,14 EUR	24,03 EUR	40	9,20 EUR	6,14 EUR	15,34 EUR
35	15,85 EUR	5,62 EUR	21,47 EUR	35	7,67 EUR	5,62 EUR	13,29 EUR
30	13,29 EUR	4,60 EUR	17,90 EUR	30	6,65 EUR	4,60 EUR	11,25 EUR
25	11,25 EUR	4,09 EUR	15,34 EUR	25	5,62 EUR	4,09 EUR	9,71 EUR
20	9,20 EUR	3,07 EUR	12,27 EUR	20	4,60 EUR	3,07 EUR	7,67 EUR
15	6,65 EUR	2,56 EUR	9,20 EUR	15	3,58 EUR	2,56 EUR	6,14 EUR

Ist ein Tarif mit der Bezeichnung BW 1 versichert und wird ein Zweibettzimmer aufgesucht, wird neben der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

Vers. Tarif	Krankenhaus-tagegeld
BW 1 00	22,50 EUR
70	15,85 EUR
65	14,32 EUR
60	13,80 EUR
55	12,27 EUR
50	11,25 EUR
45	10,23 EUR
40	8,69 EUR
35	8,18 EUR
30	6,65 EUR
25	5,62 EUR
20	4,60 EUR
15	3,07 EUR

Ist der Tarif BWE versichert und wird ein Zweibettzimmer aufgesucht, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 22,50 EUR gezahlt.

Krankenhaustagegeld gemäß Ziffer 1.2.5.

Krankenhaustagegeld bei Erstattung von

Vers. Tarif	Benutzte Pflegeklasse	100 %	70 %	65 %	60 %	55 %
BW1	III. Klasse	60,84 EUR	42,95 EUR	39,37 EUR	36,81 EUR	33,23 EUR
BW1	II. Klasse	22,50 EUR	15,85 EUR	14,32 EUR	13,80 EUR	12,27 EUR
BW2	III. Klasse	38,35 EUR	27,10 EUR	25,05 EUR	23,01 EUR	20,96 EUR

Vers. Tarif	Benutzte Pflegeklasse	50 %	45 %	40 %	35 %	30 %
BW1	III. Klasse	30,68 EUR	27,61 EUR	24,03 EUR	21,47 EUR	17,90 EUR
BW1	II. Klasse	11,25 EUR	10,23 EUR	8,69 EUR	8,18 EUR	6,65 EUR
BW2	III. Klasse	19,43 EUR	17,38 EUR	15,34 EUR	13,29 EUR	11,25 EUR

Vers. Tarif	Benutzte Pflegeklasse	25 %	20 %	15 %
BW1	III. Klasse	15,34 EUR	12,27 EUR	9,20 EUR
BW1	II. Klasse	5,62 EUR	4,60 EUR	3,07 EUR
BW2	III. Klasse	9,71 EUR	7,67 EUR	6,14 EUR

Sachkostenliste für die Erstattung von Sachkosten bei zahnärztlicher Behandlung, insbesondere bei Zahnersatz und Kieferorthopädie

Informationen zur Sachkostenliste

1. Die Liste bezeichnet abschließend die Leistungen, die von einem Zahnarzt/einer Zahnärztin oder einem zahntechnischen Labor als Sachkosten gemäß dem allgemeinen Teil der GOZ erbracht werden und im Rahmen des Versicherungsschutzes erstattungsfähig sind, soweit nichts anderes vereinbart.
2. Die Höchstpreise enthalten nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer; diese ist ebenfalls erstattungsfähig.

Arbeitsvorbereitung / Modellherstellung

Modell (aus Hartgips)	bis EUR 10,00
Modell (aus Superhartgips)	bis EUR 15,00
Sägemodell (Superhartgips)	bis EUR 18,00
Set-up-Modell	bis EUR 10,00
Kontrollmodell	bis EUR 8,00
Set-up, je Segment	bis EUR 13,00
Frässockel	bis EUR 11,00
Zahnkranz	bis EUR 13,00
Angelieferten Zahnkranz sockeln	bis EUR 9,00
Stumpf aus Kunststoff / Frässtumpf	bis EUR 10,00
Sägestumpf herstellen (incl. Dowel Pin)	bis EUR 16,00
Stumpf aus feuerfester Masse	bis EUR 19,00
Einzelstumpf doublieren	bis EUR 10,00
Ausblocken eines Stumpfes	bis EUR 3,00
Stumpf reponieren	bis EUR 5,00
Indiv. Frontzahnführungssteller	bis EUR 22,00
Platzhalter	bis EUR 16,00
Modell doublieren	bis EUR 16,00
Fixator	bis EUR 13,00
Einstellen im Mittelwertartikulator	bis EUR 15,00
Einstellen im individuellen Artikulator	bis EUR 16,00
WAX-up, je Zahn	bis EUR 20,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	bis EUR 10,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay in Praxis	bis EUR 12,00
Auswerten eines Registrates	bis EUR 8,00
Split - cast	bis EUR 19,00
Verwendung v. Kunststoff/Spezialmodell	bis EUR 23,00
Zahnfleischmaske je Kiefer	bis EUR 28,00
Farbauswahl, Zahnfarbenbestimmung	bis EUR 12,00
Kunststoffbasis für Zentrikregistrat	bis EUR 23,00
Basis aus Kunststoff	bis EUR 30,00
Individualisieren eines konftkt. Löffels	bis EUR 5,00
Individueller Funktionslöffel	bis EUR 37,00
Bisswall aus Wachs	bis EUR 13,00
Bisswall aus Kunststoff	bis EUR 20,00
Registrierplatte und -stift für Basen	bis EUR 30,00
Formteil für provisorische Versorgung	bis EUR 23,00
Aufst.fehlender Zahn z. Herstellung eines Formteils	bis EUR 5,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Inlay	bis EUR 35,00
Gegossene Armierung für prov. Kronen / Brückenglied	bis EUR 44,00
Arbeiten unter Mikroskop	bis EUR 10,00
Modellimplantat repositionieren	bis EUR 10,00
Versand, je Versandgang	bis EUR 5,00
Implantatpfosten aufschrauben	bis EUR 10,00

Festsitzende Zahnversorgungen

Angelieferte Modellation gießen	bis EUR 34,00
Stiftaufbau indirekt	bis EUR 55,00
Wurzelstiftkappe	bis EUR 75,00
Vollgusskrone	bis EUR 90,00
Gnathologische Kaufläche in Keramik	bis EUR 35,00
Gnathologische Kaufläche in Metall / Glas	bis EUR 27,00
Anker für Klebe-, Adhäsiv- oder Marylandbrücke	bis EUR 75,00
Krone für Keramik- / Kunststoffverblendung	bis EUR 90,00
Mantelkrone Kunststoff	bis EUR 91,00
Galvanokrone	bis EUR 79,00
Brückenglied massiv	bis EUR 64,00
Brückenglied für Keramik- / Kunststoffverblendung	bis EUR 61,00
Inlay, einflächig, Kunststoff	bis EUR 55,00
Inlay, zweiflächig, Kunststoff	bis EUR 66,00
Inlay, drei- und mehrflächig, Kunststoff	bis EUR 81,00
Onlay / Teilkrone Kunststoff	bis EUR 86,00
Inlay, einflächig, Metall	bis EUR 81,00
Inlay, zweiflächig, Metall	bis EUR 82,00
Inlay, drei- und mehrflächig, Metall	bis EUR 99,00
Onlay / Teilkrone Metall	bis EUR 99,00
Galvanoinlay, einflächig	bis EUR 90,00
Galvanoinlay, zweiflächig	bis EUR 96,00
Galvanoinlay, drei- und mehrflächig	bis EUR 101,00
Galvanoteilkrone	bis EUR 84,00
Verblendung Keramik	bis EUR 96,00
Individuelles Charakterisieren, Keramik	bis EUR 27,00
Zahnfleisch / Wurzelpontic, Keramik	bis EUR 38,00
Keramikschulter	bis EUR 27,00
Verblendung Kunststoff	bis EUR 70,00
Teilverblendung Keramik	bis EUR 74,00
Teilverblendung Kunststoff	bis EUR 57,00
Frontzahn, gnathologisch gestalten	bis EUR 18,00

Vollkeramik

Keramisches Inlay, Presskeramik, einflächig	bis EUR 122,00
Keramisches Inlay, Presskeramik, zweiflächig	bis EUR 133,00
Keramisches Inlay, Presskeramik, drei- und mehrflächig	bis EUR 148,00
Cerek-Inkay, einflächig (inkl. Cerek-Block)	bis EUR 122,00
Cerek-Inkay, zweiflächig (inkl. Cerek-Block)	bis EUR 133,00
Cerek-Inkay, drei- und mehrflächig (inkl. Cerek-Block)	bis EUR 148,00
Teilkrone Keramik	bis EUR 158,00
Veneer Keramik	bis EUR 179,00
Zirkonkrone/Brückenglied, zur Verblendung	bis EUR 174,00
Krone/Brückenglied aus Hartkernkeramik, z.B. Procera, In-Ceram zur Verblendung	bis EUR 120,00
Krone aus Presskeramik, z.B. Empress	bis EUR 156,00
Krone aus Presskeramik, zur Verblendung	bis EUR 85,00
Brückenglied aus Presskeramik z.B. Empress	bis EUR 130,00
Brückenglied aus Presskeramik, zur Verblendung	bis EUR 80,00

Verbindungselemente	Teleskopierende Krone primär	bis EUR 126,00	Steg, individuell, Grundeinheit	bis EUR 49,00
	Teleskopierende Krone sekundär	bis EUR 144,00	Steg, individuell, Längeneinheit	bis EUR 18,00
	Teleskop. Krone sekundär für Kunststoffverblendung	bis EUR 139,00	Steg, konfektioniert, Grundeinheit	bis EUR 82,00
	Zuschlag für Galvanotechnik	bis EUR 60,00	Steg, konfektioniert, Längeneinheit	bis EUR 5,00
	Individuelles Geschiebe / Rillen-Schulter- Geschiebe primär oder individueller Riegel primär	bis EUR 120,00	Schubverteilungsarm	bis EUR 62,00
	Individuelles Geschiebe/Rillen-Schulter-Geschiebe sekundär oder individueller Riegel sekundär	bis EUR 125,00	Individuelles Steggeschiebe	bis EUR 72,00
	Gefrästes Lager	bis EUR 61,00	Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Metallbasis	bis EUR 80,00
			Einarbeitung eines Sekundär-Teils an Brücken-Körper	bis EUR 80,00
			Konfektioniertes Verbindungselement	bis EUR 121,00
			Friktionsstift einarbeiten	bis EUR 48,00
			Federbolzen einarbeiten	bis EUR 48,00
			Schwenkriegel, Drehriegel komplett	bis EUR 201,00
Herausnehmbare Zahnversorgungen	Metallbasis	bis EUR 146,00	Einfache, gebogene Halte- oder Stützvorrichtung	bis EUR 10,00
	Metallbasis, Gitter gegossen	bis EUR 121,00	Sonstige gebogene Haltevorrichtung	bis EUR 23,00
	Einarmige gegossene Haltevorrichtung	bis EUR 15,00	Rückenschutzplatte	bis EUR 51,00
	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	bis EUR 24,00	Metallzahn / Metallkaufläche	bis EUR 48,00
	Zweiarmige gegossene Halte-, Stützvorrichtung	bis EUR 28,00	Unterfütterbarer Abschlussrand	bis EUR 20,00
	Bonwillklammer	bis EUR 47,00	Lösungsknopf für abnehmbare Brücke	bis EUR 10,00
	Bonyhardklammer mit Auflage und Gegenlager	bis EUR 40,00	Lösungsknopf für Krone oder Inlay	bis EUR 3,00
	Fortlaufende Klammer	bis EUR 13,00	Lösungsknopf für Friktionsprothese gegossen	bis EUR 10,00
	Gegossene Auflage	bis EUR 17,00	Lösungsknopf für Friktionsprothese gebogen	bis EUR 8,00
			Kragenfassung	bis EUR 14,00
Metallverbindungen / Verbundsysteme	Lötung gleicher Legierungen	bis EUR 15,00	Lötung nach keramischen Brand	bis EUR 28,00
	Lötfreie Metallverbindung durch Laserschweißung	bis EUR 18,00	Verklebung von Sekundärteilen	bis EUR 13,00
	Lötung unterschiedlicher Legierungen	bis EUR 18,00	Deckgold aufbrennen	bis EUR 10,00
			Silanisieren von Metall-/Keramikflächen	bis EUR 10,00
Kunststoff / Totalprothetik	Aufstellung Grundeinheit	bis EUR 48,00	Basis aus Weichkunststoff	bis EUR 80,00
	Aufstellung je Zahn, Wachsbasis	bis EUR 7,00	Netz einarbeiten	bis EUR 47,00
	Aufstellung je Zahn, Metallbasis	bis EUR 8,00	Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Kunststoff	bis EUR 23,00
	Übertragung je Zahn, Metallbasis	bis EUR 5,00	Individualisieren eines konfekt. Zahnes in Keramik	bis EUR 23,00
	Umstellen je Zahn, Wachsbasis	bis EUR 7,00	Reokkludieren einer Prothese	bis EUR 13,00
	Umstellen je Zahn, Metallbasis	bis EUR 7,00		
	Fertigstellung Grundeinheit	bis EUR 76,00		
	Fertigstellung je Zahn, Kunststoff / Metallbasis	bis EUR 6,00		
Schienen / Defektversorgungen	Miniplastschiene	bis EUR 76,00	Flexible Zahnfleischepithese, Grundeinheit	bis EUR 71,00
	Umarbeiten Aufbissbehelf	bis EUR 105,00	Flexible Zahnfleischepithese, je Zahn	bis EUR 7,00
	Knirscherschiene, Bissführungsplatte, Semipermanente Schiene	bis EUR 137,00	Verband- oder Verschlussplatte	bis EUR 76,00
	Adjustierte Aufbissschiene	bis EUR 177,00		
Implantatprothetik	Implantatschablone	bis EUR 45,00	Drehsicherungsstop	bis EUR 18,00
	Parallelbohrschablone	bis EUR 59,00	Implantataufbau f. Keramikverblendung	bis EUR 91,00
	Röntgen Kugeln positionieren	bis EUR 3,00	Implantataufbau Vollguß	bis EUR 91,00
	CT-Schiene	bis EUR 60,00	Implantataufbau f. Stegversorgung	bis EUR 91,00
	Hilfsteil in Abdruck positionieren	bis EUR 11,00	Krone	bis EUR 91,00
	Aufwand bei Suprastruktur auf Implantaten	bis EUR 39,00	Krone aus Hartkernkeramik, z.B. Procera, In-Ceram zur Verblendung	bis EUR 120,00
	Verschraubung / Verbolzen bei Implantaten	bis EUR 38,00	Zirkonkrone, zur Verblendung	bis EUR 174,00
Instandsetzung Zahnersatz	Teilunterfütterung	bis EUR 48,00	Zahn einarbeiten, Leistungseinheit	bis EUR 13,00
	Vollständige Unterfütterung	bis EUR 83,00	Klammer einarbeiten, Leistungseinheit	bis EUR 13,00
	Basis erneuern	bis EUR 101,00	Kunststoffsattel, Lösen u. Wiederbefestigen	bis EUR 21,00
	Instandsetzung Zahnersatz, Grundeinheit	bis EUR 38,00	Prothese / Krone / Brückenglied säubern und polieren	bis EUR 23,00
	Sprung / Bruch Kunststoff, Leistungseinheit	bis EUR 10,00	Kronen-, Brückengliedreparatur	bis EUR 43,00
	Riss / Bruch Metall, Leistungseinheit	bis EUR 28,00		

Kieferorthopädie	Basis Einzelkiefergerät	bis EUR 57,00	Feder, geschlossen	bis EUR 12,00
	Basis bimaxilläres Gerät	bis EUR 120,00	Verbindungselement / intramaxillär	bis EUR 25,00
	Schiefe Ebene	bis EUR 47,00	Verbindungs- oder Führungs-	
	Vorhofplatte	bis EUR 63,00	element / intermaxillär	bis EUR 26,00
	Kinnkappe	bis EUR 57,00	Verankerungselement	bis EUR 24,00
	Aufbiss	bis EUR 11,00	Einzelelement einarbeiten	bis EUR 12,00
	Abschirmelement	bis EUR 20,00	Metallverbindung (KFO)	bis EUR 17,00
	Weichkunststoff (KFO)	bis EUR 53,00	Einarmiges Halte- oder Abstütz-	
	Schraube einarbeiten	bis EUR 17,00	Element	bis EUR 10,00
	Spezialschraube einarbeiten	bis EUR 26,00	Mehrarmiges Halte- oder	
	Trennen einer Basis	bis EUR 7,00	Abstütz- Element	bis EUR 18,00
	Labialbogen	bis EUR 23,00	Grundeinheit / Instandsetzung KFO	bis EUR 19,00
	Labialbogen modifiziert	bis EUR 28,00	Leistungseinheit Dehn- /	
	Labialbogen intermaxillär	bis EUR 33,00	Regulierungselement	bis EUR 8,00
	Feder, offen	bis EUR 10,00	Remontieren KFO - Gerät	bis EUR 51,00

* jeweils zuzüglich der gesetzlichen MwSt.