münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Krankheitskostenvollversicherung

Tarif Master Care

Tarifstufe 881
Tarifstufe 882

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB/KK 2013) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung
Teil II Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein

Münchener Verein Krankenversicherung a. G., Sitz München, HRB 764, AG München
Direktion: Pettenkoferstraße 19, 80336 München, Tel. 089/51 52-1000, Fax 089/51 52-1501, info@muenchener-verein.de, www.muenchener-verein.de

A. Leistungen des Versicherers

1. Selbstbehalt; Eigenbeteiligung

Leistungsanspruch besteht für die erstattungsfähigen Kosten von Untersuchungen, Behandlungen und sonstigen Leistungen (A. Ziffern 2 bis 5), soweit diese je versicherte Person den Selbstbehalt übersteigen.

Der **Selbstbehalt beläuft sich für die Tarifstufe 881 im Versicherungsjahr**

- auf **480 Euro** bis einschließlich des Kalenderjahres, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird,
- auf **960 Euro** ab dem Kalenderjahr, in dem das 41. Lebensjahr vollendet wird und bis einschließlich des Kalenderjahres, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird,
- auf **480 Euro** ab dem Kalenderjahr, in dem das 71. Lebensjahr vollendet wird.

Der **Selbstbehalt beläuft sich für die Tarifstufe 882 im Versicherungsjahr**

- auf **960 Euro** bis einschließlich des Kalenderjahres, in dem das 40. Lebensjahr vollendet wird,
- auf **1.920 Euro** ab dem Kalenderjahr, in dem das 41. Lebensjahr vollendet wird und bis einschließlich des Kalenderjahres, in dem das 70. Lebensjahr vollendet wird,
- auf **960 Euro** ab dem Kalenderjahr, in dem das 71. Lebensjahr vollendet wird.

Für folgende Untersuchungen bzw. Behandlungen werden Leistungen ohne Anrechnung des Selbstbehalts erbracht:

- Vorsorgeuntersuchungen gemäß A. Ziffer 2
- Schutzimpfungen gemäß A. Ziffer 2
- ambulante Entbindung oder Hausentbindung gemäß A. Ziffer 2
- prophylaktische Leistungen gemäß A. Ziffer 4

Die jährliche tarifliche Eigenbeteiligung, bestehend aus der Summe des jährlichen absoluten Selbstbehalts sowie den jeweils pro Kalenderjahr anfallenden prozentualen Eigenbeteiligungen der erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß A. Ziffer 2 bei Heil- und Hilfsmitteln sowie ambulanter Psychotherapie, wird auf den in § 193 Abs. 3 VVG genannten Betrag begrenzt.

2. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **ärztliche Leistungen** zu 100 %
  soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten (siehe Anhang, Ziffer 3)

- **ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie verordnete Verbandmittel** zu 100 %

  Für **verschreibungspflichtige Arzneimittel gilt**:

  Stehen für das verordnete Arzneimittel mehrere wirkstoffgleiche Arzneimittel (Generika) zur Verfügung, sind nur Aufwendungen in Höhe eines der drei preisgünstigsten Arzneimittel erstattungsfähig.

  Als erstattungsfähige **Arzneimittel** gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

  Als Arzneimittel gelten **nicht** Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer, auch wenn sie von behandelnden Ärzten oder Zahnärzten verordnet sind.

- **psychotherapeutische Behandlung** zu 75 %
  soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet (siehe Anhang, Ziffer 3).
  Erstattungsfähig sind bis zu **50 Sitzungen** je Versicherungsjahr.

- Leistungen **durch Hebammen und Entbindungspfleger** zu 100 %
  soweit sie zu den in Deutschland ortsüblichen Preisen berechnet werden.

- **Heilpraktikerbehandlung** zu 50 %
  Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
  Die Erstattungsleistung ist begrenzt auf 1.000 Euro je Versicherungsjahr.

- **ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege** zu 100 %
  Häusliche Behandlungspflege (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) stellt eine ärztliche Tätigkeit dar, die regelmäßig von einem Arzt an Pflegefachkräfte delegiert wird. Diese dient dazu, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhindern und Beschwerden zu lindern.

- **Palliativversorgung** zu 100 %
  Erstattungsfähig sind die Kosten für spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

- **logopädische Behandlung** zu 100 %
  Erstattungsfähig sind Kosten für logopädische Behandlung bis zu den Höchstsätzen der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) (siehe Anhang, Ziffer 1).

- **Heilmittel** zu 75 %
  Als Heilmittel gelten die Anwendungen der Ergotherapie und der physikalischen Medizin. Die in der GOÄ genannten physikalisch-medizinischen Leistungen zählen in jedem Fall zu den erstattungsfähigen Behandlungen. Erstattungsfähig sind die Kosten für Heilmittel bis zu den Höchstsätzen der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) (siehe Anhang, Ziffer 1).

- **Hilfsmittel** (ohne Sehhilfen)
  Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- und Unfallfolgen mildern oder ausgleichen bzw. lebenserhaltend sind. Es handelt sich stets um ein solches Hilfsmittel, wenn dieses im aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung genannt ist.

  Erstattungsfähig ist auch die Anschaffung

  - eines Blindenhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen
  - eines Blutzuckermessgerätes einschließlich Teststreifen.

  Für die nachgenannten Hilfsmittel sind die Kosten in folgender Höhe erstattungsfähig:

  - Krankenfahrstühle bzw. andere elektrische Krankenfahrzeuge bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 Euro
  - elektronische Lesegeräte bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 Euro
  - Hörgeräte bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag je Hörgerät von 1.500 Euro.

  Erstattet werden auch die Aufwendungen für die Miete von Hilfsmitteln (bis maximal zur Höhe des Anschaffungspreises) sowie die Wartung und Reparatur.

  Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel, deren Kosten die Pflegeversicherung zu erstatten hat, Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind, sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel sowie Zubehör und Verbrauchsartikel.

  Abhängig von der medizinischen Notwendigkeit ist auch ein wiederholter Bezug von Hilfsmitteln möglich.

  Die Leistung beläuft sich je Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag

  - bis einschließlich 2.000 Euro auf 75 %
  - über 2.000 Euro, sofern die Beschaffung über den Hilfsmittelservice des Versicherers erfolgt oder die Beschaffung über den Hilfsmittelservice des Versicherers nicht möglich ist auf 75 %
  - über 2.000 Euro, sofern die Beschaffung über den Hilfsmittelservice des Versicherers nicht erfolgt, obwohl eine Beschaffung über den Hilfsmittelservice aber möglich gewesen wäre, auf 70 %

  der erstattungsfähigen Kosten.

- **Sehhilfen** (Brillen, Kontaktlinsen) und **refraktive Hornhautchirurgie** zu 100 %

  - Die Erstattung der Kosten für Sehhilfen ist **begrenzt auf 150 Euro** innerhalb von zwei Versicherungsjahren.
  - Nach einer Versicherungsdauer von 36 Monaten sind Kosten für eine refraktive Hornhautchirurgie (z. B. LASIK-Operation) zur Behebung einer Fehlsichtigkeit erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten.
    Die Erstattungsleistung ist begrenzt auf **1.000 Euro je Auge**.
  - Nach Erbringung von Leistungen für eine refraktive Hornhautchirurgie entfällt für die betreffende Person für den Zeitraum von 60 Monaten ab Durchführung des operativen Eingriffs der Anspruch auf die Erstattung von Sehhilfen.

- **Transporte** zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt, zu 100 %

- **Vorsorgeuntersuchungen** (s. auch nachfolgend unter B.) zu 100 %
  Erstattungsfähig sind die Kosten von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 bis 29 der GOÄ und bis zu deren Höchstsätzen berechnet werden (siehe Anhang, Ziffer 2 und 3).

- **Schutzimpfungen** (s. auch nachfolgend unter B.) zu 100 %
  soweit sie von der ständigen Impfkommission empfohlen werden und gemäß den Ziffern 375 bis 378 der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten (siehe Anhang, Ziffer 2 und 3)

- **ambulante Entbindung oder Hausentbindung** (s. auch nachfolgend unter B.) zu 100 %

  - ärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten (siehe Anhang, Ziffer 3)
  - Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger
  - Bei einer Entbindung ohne stationäre Behandlung wird zusätzlich zur Kostenerstattung für ärztliche Leistungen und Hebamme bzw. Entbindungspfleger eine Entbindungspauschale gewährt.
    Diese beträgt 300 Euro

- **ambulante Kuren / ambulante Rehabilitation / ambulante Anschlussheilbehandlung**
  Die Kosten für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel werden gemäß den zuvor festgelegten Regelungen ohne zeitliche Begrenzung auch dann erstattet, wenn sie im Rahmen ambulanter Kuren, ambulanter Rehabilitation oder ambulanter Anschlussheilbehandlung anfallen.

- **Kinderwunschbehandlung (Maßnahmen zum Herbeiführen einer Schwangerschaft)**
  Erstattet werden Aufwendungen für nach deutschem Recht zulässige medizinisch notwendige Maßnahmen zur Erlangung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung), soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten, zu 100 %

  Voraussetzungen für eine Erstattung sind, dass

  - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung / Insemination überwunden werden kann, und
  - zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 45. Lebensjahr und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

  Ein Leistungsanspruch besteht während der Vertragslaufzeit insgesamt für

  - bis zu sechs Inseminationszyklen sowie
  - entweder bis zu vier Versuche nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder
  - bis zu vier Versuche nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF.

3. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Leistungen zu 100 %

- **Regelleistungen** (§ 4 Teil II Ziffer 7 a AVB/KK 2013) im Krankenhaus (§ 4 Teil I Ziffer 4 AVB/KK 2013)

  - Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung
  - belegärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten (siehe Anhang, Ziffer 3)

- **Wahlleistungen** im Krankenhaus

  - Unterbringung im Zweibettbettzimmer
  - privatärztliche Behandlungen, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten (siehe Anhang, Ziffer 3)

  Bei Nichtinanspruchnahme von gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen erhält die versicherte Person
  ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 Euro
  Kinder erhalten 15 Euro

  Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung Zweibettzimmer erhält die versicherte Person
  ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 20 Euro
  Kinder erhalten 10 Euro

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung auch Kosten für folgende Leistungen zu 100 %

- **Transporte** zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit medizinisch notwendig

- Aufenthalt in einem **stationären Hospiz**

4. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **zahnärztliche Leistungen**, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten (siehe Anhang, Ziffer 3)

  - **Zahnbehandlung** zu 100 %
    Hierunter fallen auch Maßnahmen zur Verhütung und die Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Versorgung mit z. B. Kunststofffüllungen, Aufbissbehelfen, Schienen, und Wurzelbehandlungen.
  - **prophylaktische Leistungen** (siehe auch nachfolgend unter B.)
    gemäß GOZ 1000 - 1040 (siehe Anhang, Ziffer 4) zu 100 %
  - **Zahnersatz** zu 75 %
    Hierzu zählen: Versorgung mit Voll- und Teilprothesen, Stiftzähnen, Kronen, Teilkronen, Brücken, Brückengliedern, Provisorien, Inlays, Onlays, Overlays, Implantaten einschließlich Knochenaufbau, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Reparaturen.

- **zahntechnische Laborarbeiten und Materialien** für Zahnbehandlung und Zahnersatz, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet, zu 75 %

- **kieferorthopädische Behandlung,** soweit sie im Rahmen der GOZ und GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet (siehe Anhang, Ziffer 3),
  sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet,

  - bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zu 100 %
  - ab dem 19. Lebensjahr zu 75 %

Die gesamte Erstattungsleistung ist begrenzt auf

- je 1.000 Euro im 1. und 2. Versicherungsjahr
- je 2.000 Euro im 3. und 4. Versicherungsjahr.

Ab dem 5. Versicherungsjahr beläuft sich die Erstattungsleistung auf bis zu 7.500 Euro je Versicherungsjahr.

Die Begrenzung auf die Höchsterstattungsbeträge entfällt bei unfallbedingten Kosten, wenn sich der Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes ereignet hat.

Der Höchsterstattungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Versicherungsbeginn im 2. bzw. 3. bzw. 4. Quartal auf 75 % bzw. 50 % bzw. 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchsterstattungsbetrag nicht.

Bei Tarifwechsel werden Leistungen nach dem bisherigen Tarif für das laufende Versicherungsjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden. Der Versicherer gibt nach Einreichung des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans sind im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes zu 100 % erstattungsfähig.

5. Leistungen im Ausland

Unter Beachtung der allgemeinen Regelungen zum Versicherungsschutz im Ausland (siehe AVB/KK 2013) gilt:

Soweit die Inanspruchnahme der Versicherungsleistung im Ausland nicht alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt des Auslandsaufenthaltes war, sind die versicherten Leistungen mit den in **A. Ziffern 1 bis 4 festgelegten Erstattungsprozentsätzen** auch im Ausland in Höhe der **dort ortsüblichen** Kosten erstattungsfähig. Deutsche Gebührenordnungen finden insoweit keine Anwendung.

Für geplante stationäre Heilbehandlungen im Ausland, die nicht im Rahmen der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes gemäß § 1 Teil I Absatz 5 AVB/KK 2013 erfolgen, leistet der Versicherer maximal in dem Umfang, der bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in Deutschland entstanden wäre. Ist eine adäquate Behandlung in Deutschland nicht möglich, leistet der Versicherer auch für gezielt im Ausland durchgeführte Behandlungen in Höhe der **dort ortsüblichen** Kosten.

Darüber hinaus erstattungsfähig sind die Kosten für

- einen aus medizinischen Gründen notwendigen **Rücktransport aus dem Ausland**, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist und die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird, zu 100 %

  Es ist das jeweils unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Organisiert der Versicherer den Rücktransport selbst bzw. beauftragt der Versicherer einen Rückholdienst mit dem Rücktransport, so wird er sich nicht auf die Bestimmung des vorgenannten Satzes berufen.

- eine **Überführung** nach dem Tod der versicherten Person zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise
  - aus dem außereuropäischen Ausland bis zu 10.000 Euro
  - aus dem europäischen Ausland bis zu 5.000 Euro

- eine **Beisetzung** im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthalts bis zu 5.000 Euro

B. Barausschüttung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 Teil II Ziffer 3 AVB/KK 2013.

Leistungen für die nachfolgend aufgeführten Untersuchungen bzw. Behandlungen sowie sonstigen Leistungen haben jedoch keine Auswirkung auf eine nach der genannten Bestimmung auszuzahlende Barausschüttung:

- Vorsorgeuntersuchungen gemäß A. Ziffer 2
- Schutzimpfungen gemäß A. Ziffer 2
- ambulante Entbindung oder Hausentbindung gemäß A. Ziffer 2
- prophylaktische Leistungen gemäß A. Ziffer 4.

C. Leistungsanpassung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung im Tarif Master Care gemäß § 8 b Teil I Ziffer 1 bzw. § 8 b Teil II AVB/KK 2013 auch betragsmäßig festgelegte Höchsterstattungsbeträge, zusätzliche ersatzweise Krankenhaustagegelder und Pauschalleistungen mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

D. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

E. Wechseloption in eine andere Tarifstufe

In Erweiterung des gesetzlichen Anspruchs auf Tarifwechsel kann der Versicherungsnehmer unter den nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen und zu den dort genannten Zeitpunkten für eine versicherte Person den Wechsel in eine andere Stufe des Tarifs Master Care mit niedrigerem Selbstbehalt verlangen. Es findet dann keine erneute Gesundheitsprüfung statt und es gibt auch keine neuen Wartezeiten.

- Der Wechsel kann zum 01.01. des Jahres verlangt werden, das auf das dritte und jedes weitere durch drei teilbare Versicherungsjahr (s. § 13 II Nr. 2 AVB/KK 2013) im Tarif Master Care folgt, wenn der Antrag bis zum 15.12. des jeweiligen Vorjahres beim Versicherer eingeht.
- Der Wechsel des Selbstbehalts kann innerhalb des Tarifs Master Care erfolgen.

F. Sonderbedingungen für Schüler, Studenten und andere Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

Die folgenden Sonderbedingungen gelten nur dann, wenn ihr Einschluss ausdrücklich beantragt wurde.

- Die für den begünstigten Personenkreis ermäßigten monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- Die Sonderbedingungen entfallen
  - mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder länger als sechs Monate unterbrochen wird;
  - spätestens mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet;
  - nach einer Höchstvertragsdauer gemäß diesen Sonderbedingungen von längstens 36 Monaten.
- Bei Wegfall der Sonderbedingungen wird der Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung fortgeführt. Der zu zahlende Beitrag richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt des Wegfalls erreichten Lebensalter. Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.
- Es besteht bei Fortführung des Tarifs das Recht, eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen für Selbstständige bzw. von mindestens 42 Tagen für Arbeitnehmer abzuschließen. Die Höhe des Krankentagegeldes ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses möglichen höchsten Krankengeldanspruchs für in der GKV versicherte Arbeitnehmer begrenzt.
- Nach Ablauf der Höchstvertragsdauer ist auf Wunsch des Versicherungsnehmers die erneute Vereinbarung der Sonderbedingungen mit neuem Eintrittsalter zu den dann gültigen Beiträgen möglich, sofern die sonstigen Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind.
- Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen.

Anhang

1. Die Leistung kann durch **Ärzte**, **Heilpraktiker** oder für die jeweilige Behandlung zugelassene **Angehörige staatlich anerkannter Heilhilfsberufe** (z. B. Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Podologen) erbracht werden.

2. **Schutzimpfungen:** Von der Ständigen Impfkommission empfohlene Schutzimpfungen sind zurzeit u. a. diejenigen gegen Diphterie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.

3. **Höchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ. **Höchstsatz der GOZ bzw. GOP** ist derzeit der 3,5-fache Satz.

4. **prophylaktische Leistungen:**

   GOZ 1000: Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten.
   GOZ 1010: Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten.
   GOZ 1020: Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung.

   Die Leistung nach der Nummer 1000 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 1010 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig.
   Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten.
   Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 sind Leistungen nach den Nummern 0010, 4000 und 8000 sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.
   Die Leistung nach der Nummer 1020 ist innerhalb eines Jahres höchstens viermal berechnungsfähig.

   GOZ 1030: Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer

   1) Die Herstellung einer individuell angefertigten Schiene als Medikamententräger (z. B. Tiefziehschiene) ist gesondert berechnungsfähig.
   2) Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Medikament abgegolten.
   3) Die Anwendung eines konfektionierten Löffels als Medikamententräger erfüllt nicht den Inhalt der Leistung nach der Nummer 1030.
   4) Bei Anwendung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger für Fluoridierungsmittel ist die mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 1030 innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen.

   GOZ 1040: Professionelle Zahnreinigung
   Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/ gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.
   Die Leistung nach der Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.