

Tarifgruppe P (Privat-Versicherungsschutz)

Ambulante und stationäre Krankheitskosten, Zahnbehandlung, Zahnersatz

Für Versicherungsverhältnisse nach Tarifen der Tarifgruppe P gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AVB/KKV sowie das für die Tarifgruppe P gültige Hilfsmittelverzeichnis und das für die Tarifgruppe P gültige Verzeichnis für zahntechnische Leistungen, Material- und Laborkosten und Verbrauchsmaterialien.

Erstattungsfähige Leistungen

A. Ambulante Heilbehandlung

A. I. Ärztliche Behandlungen

1. Aufwendungen für
 - ambulante Heilbehandlung,
 - ambulante Operationen (für Kieferknochenaufbau bei Implantatversorgung gilt C.II.),
 - ärztliche Wegegebühren,
 - Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - Schutzimpfungen nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Instituts (STIKO) sowie die entsprechenden Impfstoffe mit Ausnahme von Reiseschutzimpfungen und Impfungen aufgrund beruflich bedingter Risiken

sind bis zu den nachstehend genannten Sätzen zu **100 %** erstattungsfähig:

- 1,2facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Leistungen nach Abschnitt M sowie für die Leistung nach Ziffer 437 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ,
 - 1,8facher Satz GOÄ für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses der GOÄ,
 - 2,3facher Satz GOÄ für alle übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.
2. Bei ambulanten Operationen in den Bereichen Augenheilkunde, Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Neurochirurgie, Orthopädie und Urologie sind die Aufwendungen für die Operation bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen GOÄ zu **100 %** erstattungsfähig. Für andere ambulante Operationen gilt Satz 1, wenn eine entsprechende vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erteilt wurde.

A. II. Behandlungen durch Heilpraktiker

Aufwendungen für im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) genannte Untersuchungen und Behandlungsmethoden - ausgenommen Psychotherapie - sind nach Maßgabe des § 4 Ziff. 6 AVB/KKV zu **90 %** erstattungsfähig.

Für von Heilpraktikern verabreichte Heilmittel gilt A.III. 1.-3.

Aufwendungen für von Heilpraktikern durchgeführte Naturheilverfahren sind nach A.IV. zu **90 %** erstattungsfähig.

A. III. Heilmittel

1.
 - Inhalationen
 - Elektrotherapie
 - Podologie
 - Packungen
 - Kälte- und Wärmebehandlung
 - Lichttherapie
 - Massagen
 - Hydrotherapie und medizinische Bäder, nicht aber Sauna-, Thermal- und ähnliche Bäder

sind zu **70 %** erstattungsfähig.

2.
 - Krankengymnastik
 - Ergotherapie
 - Logopädie

sind bis zu jeweils 24 Anwendungen je Kalenderjahr für Personen ab Alter 21 Jahre zu **70 %** und ab der jeweils 25. Anwendung zu **100 %** erstattungsfähig.

Für Personen bis Alter 20 Jahre sind diese Anwendungen ab der jeweils ersten zu **100 %** erstattungsfähig.

3. Als Heilmittel gelten ausschließlich die unter 1. und 2. aufgeführten Anwendungen.

4. Die Heilmittel müssen von Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe verabreicht werden. Die Aufwendungen hierfür sind bis zu den als beihilfefähig anerkannten Höchstbeträgen gemäß der jeweils gültigen Anlage 4 zu § 23 Abs. 1 der Beihilfavorschriften des Bundes (Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilmittel und Voraussetzungen für bestimmte Heilmittel) erstattungsfähig.

A. IV. Naturheilverfahren

Aufwendungen für Naturheilverfahren, die von Ärzten durchgeführt werden, sind nach den in A.I. genannten Sätzen zu **100 %** erstattungsfähig.

Nach Maßgabe des § 4 Ziff. 6 AVB/KKV gelten insbesondere folgende Behandlungen als erstattungsfähige Naturheilverfahren:

Akupunktur, antihomotoxische Medizin, Homöopathie, Hydrotherapie, Kinesiologie, mikrobiologische Therapie, Neuraltherapie, physikalische Therapie, Phytotherapie, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM).

A. V. Ambulante Psychotherapie

Aufwendungen für

- Psychotherapie durch niedergelassene approbierte Ärzte,
- Verhaltenstherapie durch psychologische Psychotherapeuten,
- Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

sind bis zu 30 Sitzungen pro Kalenderjahr bis zu den nachstehend genannten Sätzen zu **100 %** erstattungsfähig:

- bei Behandlungen durch Ärzte bis zu den in A.I. genannten Sätzen der GOÄ,
- bei Behandlungen durch Psychotherapeuten bis zum 2,3fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

A. VI. Arznei- und Verbandmittel

Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind zu **70 %** erstattungsfähig. Soweit ein Selbstbehalt von **150,- EUR** pro Kalenderjahr erreicht ist, sind die Aufwendungen zu **100 %** erstattungsfähig.

A. VII. Hilfsmittel ohne Sehhilfen

Als Hilfsmittel gelten ausschließlich die im Hilfsmittelverzeichnis der Tarifgruppe P (Anlage) genannten Gegenstände. Die Erstattung erfolgt nach Maßgabe der dortigen Festlegungen. Als Aufwendungen für Hilfsmittel gelten Anschaffungskosten, Miete, Reparaturkosten, nicht aber Betriebskosten.

Die Aufwendungen sind zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Rechnungsbetrag für das einzelne Hilfsmittel **1.000,- EUR** nicht überschreitet. Aufwendungen für die nach dem Hilfsmittelverzeichnis für die Tarifgruppe P (Anlage) betragsmäßig begrenzten Hilfsmittel sind bis zu dem dort jeweils genannten Betrag zu **100 %** erstattungsfähig.

Für selbst beschaffte, nicht betragsmäßig begrenzte Hilfsmittel mit Rechnungsbeträgen von über **1.000,- EUR** sind die Aufwendungen zu **80 %** erstattungsfähig.

Es kann vorab beim Versicherer beantragt werden, dass dieser das jeweilige Hilfsmittel entweder selbst oder über Dritte beschafft oder es leihweise unter Eigentumsvorbehalt zur Verfügung stellt. Macht der Versicherer hiervon keinen Gebrauch, so sind die Aufwendungen zu **100 %** erstattungsfähig.

Handelt es sich um eine Ersatzbeschaffung, kann der Versicherer verlangen, dass seine Leistung nur im Austausch gegen das zu ersetzende Hilfsmittel zu erfolgen hat.

A. VIII. Sehhilfen

Aufwendungen für Sehhilfen - dies sind Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen - sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **250,- EUR** innerhalb von zwei Kalenderjahren zu **100 %** erstattungsfähig. Die Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

A. IX. Häusliche Behandlungspflege

Aufwendungen für ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege (z.B. Injektionen, Verband- oder Katheterwechsel) durch geeignete Pflegefachkräfte sind nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zu einer Dauer von drei Monaten je Versicherungsfall in Höhe des Betrages, der für die Versorgung einer versicherten Person der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre, zu **100 %** erstattungsfähig, wenn Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig, aber nicht ausführbar ist oder wenn diese durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

Der Anspruch besteht nur, soweit nicht eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person wie notwendig pflegen kann und soweit der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

A. X. Ambulante Rehabilitation

Die nach A.I., A.III., A.V. und A.VI. erstattungsfähigen Aufwendungen werden auch im Rahmen einer ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erstattet, wenn eine ambulante Behandlung in der Praxis einer/s Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe nicht ausreicht, das medizinisch notwendige Behandlungsziel zu erreichen und der Versicherer vor Beginn der Maßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Ärztliche Leistungen sind bis zu den in A.I. genannten Sätzen der GOÄ erstattungsfähig.

A. XI. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung durch Ärzte

Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung sind bis zu den in A.I. genannten Sätzen der GOÄ zu **100 %** erstattungsfähig, soweit sie darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen und die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und bei einer daher zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.

Der Anspruch besteht auch für versicherte Personen in stationären Pflegeeinrichtungen.

A. XII. Ambulante Fahrtkosten

1. Aufwendungen für Transporte oder Fahrten bis zu 100 km zum und vom Behandlungsort bei

- Chemotherapien,
- Strahlentherapien,
- ambulanten Operationen,
- Unfällen

sind zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Transport bzw. die Fahrt wegen der Folgen dieser Behandlungen, der Operation oder des Unfalls medizinisch notwendig ist und von der versicherten Person nicht eigenständig durchgeführt werden kann.

2. Aufwendungen für Transporte oder Fahrten bis zu 100 km zum und vom Behandlungsort bei

- ambulanter Dialysebehandlung,
- nachoperativer Behandlung

sind zu **100 %** erstattungsfähig, soweit der Versicherer die Erstattung vorher schriftlich zugesagt hat.

3. Transporte sind solche im Rettungswagen oder Krankentransportwagen mit Begleitung durch medizinisches Personal. Fahrten werden mit Taxi, mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder im privaten Fahrzeug durchgeführt.

An Stelle der angefallenen Kosten für Fahrten sind auf Wunsch des Anspruchsberechtigten ersatzweise 0,30 EUR je Wegekilometer erstattungsfähig.

B. Familienplanung, Schwangerschaft und Entbindung

B. I. Schwangerschaft und Entbindung

Aufwendungen für

- gezielte Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren,
- Schwangerschafts-, Entbindungs- und Wöchnerinnenbetreuung durch einen Arzt oder eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger sowie für ergänzende, medizinisch notwendige häusliche Pflege (ohne hauswirtschaftliche Versorgung),
- Krankenhauskosten (gemäß D.I.1. bzw. D.I.3.) bei stationärer Entbindung,
- Kosten für die Versorgung in einem Geburtshaus/Entbindungsheim

sind zu **100 %** erstattungsfähig.

Gesondert berechenbare Leistungen einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungspflegers und eines Belegarztes sind zu **100 %** erstattungsfähig. Bei ärztlichen Leistungen gelten die Begrenzungen auf die in A.I. genannten Sätze der GOÄ.

B. II. Künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft

Bei Insemination und künstlicher Befruchtung sind die Aufwendungen für reproduktionsmedizinische Maßnahmen an der versicherten Person entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zu den in A.I. genannten Sätzen der GOÄ zu **50 %** erstattungsfähig. Voraussetzung hierfür ist, dass die jeweilige Maßnahme nach ärztlicher Feststellung die einzig erfolgversprechende Möglichkeit zur Herbeiführung einer Schwangerschaft darstellt, vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erteilt wurde und

- a) die Behandlung bei einer verheirateten versicherten Person und ihrem Ehepartner erfolgt,
- b) zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- c) ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehepartner verwendet werden,
- d) eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht; eine hinreichende Aussicht besteht insbesondere dann nicht mehr, wenn die betreffende Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist.

Soweit die versicherte Person oder ihr Ehepartner Leistungsansprüche gegen einen anderen Kostenträger geltend machen kann, besteht kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

B. III. Empfängnisverhütung

Aufwendungen für Beratung und Untersuchung wegen Empfängnisverhütung sowie für empfängnisverhütende Mittel sind nicht erstattungsfähig.

C. Zahnbehandlung und -ersatz, Kieferorthopädie

C. I. Zahnärztliche Behandlung

Aufwendungen für

- prophylaktische Leistungen,
- dentinadhäsive Füllungen und sonstige konservierende Leistungen (für die Versorgung mit Kronen und Einlagefüllungen (Inlays) gilt C.II.),
- zahn- und kieferchirurgische Leistungen (für Kieferknochenaufbau im Zusammenhang mit Implantatversorgung gilt C.II.),
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- Röntgenuntersuchungen

sind bis zu den nachstehend genannten Sätzen zu **100 %** erstattungsfähig:

Die Aufwendungen sind bis zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den in § 6 Abs. 1 GOZ genannten Abschnitten der GOÄ aufgeführt sind, sind die Aufwendungen für diese Leistungen bis zu den in A.I. genannten Sätzen der GOÄ erstattungsfähig.

C. II. Zahnersatz

Aufwendungen für

- prothetische Leistungen,
- Kronen, Brücken, Suprakonstruktionen,
- Einlagefüllungen (Inlays),
- Eingliederung von Aufbisshilfen,
- implantologische Leistungen (einschließlich Kieferknochenaufbau),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

einschließlich aller vorbereitenden Maßnahmen sowie zahntechnischen Leistungen, Material- und Laborkosten und Verbrauchsmaterialien sind bis zu den in C.I. genannten Sätzen der GOZ bzw. GOÄ und ausschließlich nach den Festlegungen des Verzeichnisses für zahntechnische Leistungen, Material- und Laborkosten und Verbrauchsmaterialien für Tarifgruppe P (Anlage) zu **70 %** erstattungsfähig.

C. III. Kieferorthopädische Behandlung

Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sowie zahntechnische Leistungen, Material- und Labor-kosten und Verbrauchsmaterialien sind bis zu den in C.I. genannten Sätzen der GOZ bzw. GOÄ und ausschließlich nach den Festlegungen des Verzeichnisses für zahntechnische Leistungen, Material- und Laborkosten und Verbrauchsmaterialien für Tarifgruppe P (Anlage) zu **70 %** erstattungsfähig.

C. IV. Summenbegrenzung

Soweit innerhalb der ersten drei Kalenderjahre Aufwendungen für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung nach II. und III. anfallen, werden diese bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **3.000,- EUR** berücksichtigt. Die Summenbegrenzung von **3.000,- EUR** gilt nicht für durch Unfall verursachte Aufwendungen.

D. Stationäre Heilbehandlung

D. I. Krankenhausbehandlung

1. Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (d.h. medizinische Versorgung, Unterbringung und Verpflegung in der allgemeinen Pflegeklasse) in Krankenhäusern, die den Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) unterliegen, sind zu **100 %** erstattungsfähig.
2. Gesondert berechenbare Leistungen einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungspflegers und eines Belegarztes sind zu **100 %** erstattungsfähig. Es gilt die Begrenzung auf die in A.I. genannten Sätze der GOÄ.
3. Für stationäre Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht den gesetzlichen Entgeltregelungen für Krankenhäuser (insbesondere KHEntgG, BPfIV) unterliegen, wird abweichend von § 4 Ziff. 7 Sätze 4 und 5 AVB/KKV die Obergrenze für die erstattungsfähigen Aufwendungen durch die Entgelte bestimmt, die bei Behandlung in dem zum behandelnden Krankenhaus nächstgelegenen geeigneten und den gesetzlichen Entgeltregelungen unterliegenden Krankenhaus für Versorgung, Unterbringung und Verpflegung in der allgemeinen Pflegeklasse angefallen wären.
4. Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte durch zugelassene Rettungsdienste zum und vom Krankenhaus jeweils bis zu 100 km sind zu **100 %** erstattungsfähig. Wenn und soweit der Transport zur Abwendung eines akut lebensbedrohlichen Zustands erforderlich ist, sind Aufwendungen für einen Transport darüber hinaus zum nächsten geeigneten Krankenhaus zu **100 %** erstattungsfähig.

D. II. Anschlussheilbehandlung und medizinische Rehabilitation

Im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sind Aufwendungen gemäß D.I.1. und D.I.3. zu **100 %** erstattungsfähig, wenn der Versicherer hierfür eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat. Es besteht kein Anspruch, wenn ein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann.

E. Ausdehnung des Versicherungsschutzes

Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten in anderen als in § 1 Ziff. 4 Satz 1 AVB/KKV genannten Staaten über den in § 1 Ziff. 4 Satz 3 AVB/KKV genannten Zeitraum hinaus wird bis zu 6 Monaten Versicherungsschutz gewährt, wenn dem Versicherer vor Beginn des Auslandsaufenthaltes dessen Beginn und Dauer schriftlich angezeigt wurde. Für Aufenthalte in den USA gilt dies nur gegen Zahlung eines gesondert vereinbarten Beitragszuschlags (Risikozuschlags).

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Ausdehnung des Versicherungsschutzes über den in § 1 Ziff. 4 Satz 3 AVB/KKV genannten Zeitraum hinaus auf 6 Monate auch Aufwendungen abzüglich eines Eigenanteils von 1.200,- EUR, die durch die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports der versicherten Person (nicht einer Begleitperson) in die Bundesrepublik Deutschland entstehen

- wenn auf Grund der Erkrankung eine ausreichende medizinische Versorgung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend in Deutschland stationär weiterbehandelt wird oder
- wenn die versicherte Person stationär im Ausland in einem Krankenhaus aufgenommen wurde und nach Prognose des dort behandelnden Arztes die stationäre Heilbehandlung noch mindestens 14 Tage nach dem Tag des Rücktransports medizinisch notwendig ist, die versicherte Person auch in Deutschland stationär weiterbehandelt wird und die voraussichtlichen Kosten der weiteren stationären Krankenhausbehandlung im Ausland nach dem Rücktransporttermin die Kosten des Rücktransports übersteigen würden.

F. Tarifwechsel nach Neuabschluss der Tarifgruppe P

Versicherte Personen können nach Neuabschluss eines Tarifs aus der Tarifgruppe P erstmalig nach Ablauf des dritten Versicherungsjahres jeweils zu Beginn eines Kalenderjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung in den ambulanten Tarif 105 sowie in den Tarif 192 (Zahnersatz-Zusatztarif) und den stationären Tarif 300 wechseln. Besteht gleichzeitig der Tarif 400V, kann auch in den stationären Tarif 200 gewechselt werden. Voraussetzung ist, dass ein entsprechender Antrag mit einer Frist von drei Monaten zum Zeitpunkt des Wechsels gestellt wird.

Tariflicher Leistungsumfang

Die erstattungsfähigen Leistungen werden – soweit vereinbart - um Selbstbehalte gekürzt.

Innerhalb der Tarifgruppe P sind Tarife mit unterschiedlichen Selbsthalten zusammengefasst. Der tarifliche Leistungsumfang für den jeweils abgeschlossenen Tarif ergibt sich aus den nachstehenden Tabellen:

Absolute Selbstbehalte

Tarif	absoluter Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR ab Alter 21 für Männer	absoluter Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR ab Alter 21 für Frauen	absoluter Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR bis Alter 20
P	ohne	ohne	ohne
P2	640,-	660,-	330,-
P4	1.320,-	1.320,-	660,-

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden um den jeweils vereinbarten absoluten Selbstbehalt gekürzt.

Prozentuale Selbstbehalte

Tarif	Selbstbehalt in Prozent	maximaler Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR ab Alter 21 für Männer	maximaler Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR ab Alter 21 für Frauen	maximaler Selbstbehalt pro Kalenderjahr in EUR bis Alter 20
PP4	20	1.320,-	1.320,-	1.320,-

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden um den jeweils vereinbarten prozentualen Selbstbehalt gekürzt, bis der jeweilige maximale Selbstbehalt erreicht ist.

Leistungen des Versicherungsnehmers

Die Beiträge ergeben sich aus der Beitragsübersicht.

Hilfsmittelverzeichnis für Tarifgruppe P

A. Lebenserhaltende Hilfsmittel und Geräte zur Überwachung von Körperfunktionen:

1. Beatmungsgeräte bei Ausfall der Lungenfunktion
2. Blutdruckmessgeräte
jeweils in funktionaler Standardausführung sowie
3. Absauggeräte
4. Atemüberwachungsmonitore
5. Gerinnungsmonitore
6. Heimdialysegeräte
7. Infusionspumpen, Ernährungspumpen, Insulinpumpen
8. Sauerstoffkonzentratoren, Sauerstoffgeräte, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung
9. Überwachungsmonitore für Säuglinge, Pulsoximeter

B. Prothesen / Körperersatzstücke:

1. Prothesen (bis zu einem Rechnungsbetrag von **10.000,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren)
2. Epithesen
3. Kunstauge
4. Orthesen
5. Haarerersatz bei entstellenden Unfall- und Operationsnarben, sowie Haarausfall als Bestrahlungsfolge (bis zu einem Rechnungsbetrag von **400,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren)

C. Krankenfahrstühle:

1. Handbetriebene Krankenfahrstühle
2. Rollstühle

Aufwendungen für handbetriebene Krankenfahrstühle und Rollstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.600,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren erstattungsfähig.

D. Orthopädische Hilfsmittel:

1. Geh- und Stützapparate
2. Orthopädische Einlagen/Schuhausgleich/Absatzerhöhung/Fersenkissen
3. Orthopädische Rumpf-, Arm-, Beinstützapparate
4. Orthopädische Schuhe (auch paarweise; abzüglich eines Eigenanteils von **150,- EUR**)
5. Orthopädische Sitz- und Liegeschalen
6. Orthopädische Schienen, Bewegungsschienen
jeweils in funktionaler Standardausführung

E. Sonstige Hilfsmittel:

1. Inhalationsgeräte
2. Leibbinden, Bandagen, Bruchbänder
3. Rollatoren
4. TENS-Gerät
jeweils in funktionaler Standardausführung sowie
5. Blindenhund
6. Blindenstock
7. elektronischer Kehlkopf
8. Gummistrümpfe/Kompressionsstrümpfe 2 Paar je Kalenderjahr
9. Hörgeräte/Hörsysteme (bis zu einem Rechnungsbetrag von **2.100,- EUR** innerhalb von drei Versicherungsjahren)
10. Milchpumpe (ausschließlich Mietkosten)
11. Stoma-Versorgungsartikel
12. Tracheostoma-Versorgungsartikel
13. Wechseldruckmatratzen/-Systeme, Antidekubitusmatratze

Für die oben genannten Hilfsmittel - ausgenommen betragsmäßig begrenzte Hilfsmittel sowie Gummistrümpfe/Kompressionsstrümpfe und Verbrauchsmaterialien/Einweghilfsmittel - besteht pro Kalenderjahr nur für einen Anschaffungs- oder Reparaturfall ein Leistungsanspruch.

Sehhilfen werden entsprechend den in den jeweiligen Tarifen genannten Regelungen erstattet.

Verzeichnis für zahntechnische Leistungen, Material- und Laborkosten und Verbrauchsmaterialien für Tarifgruppe P

Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Material- und Laborkosten sowie Verbrauchsmaterialien sind bis zu den unten angegebenen jeweiligen Höchstbeträgen erstattungsfähig. Diese Höchstbeträge beinhalten z.B. Modelle, Stümpfe, Edelmetalle, Mittelwertartikulatoreinstellungen, Formteile, Versandkosten, Provisorien und ähnliches. Grundpauschalen sind als Festbeträge erstattungsfähig.

1. Inlays, festsitzender Zahnersatz	
Grundpauschale je Behandlungsplan	110,00 EUR
Zusätzlich:	
Inlay, Edelmetall	205,00 EUR
Inlay, Keramik, Ceram, Galvano, Inceram u.ä.	230,00 EUR
Krone	195,00 EUR
Brückenglied, je Zahn	170,00 EUR
Keramikverblendung bis Zahn 6, je Krone	90,00 EUR
Veneer	150,00 EUR
Stiftaufbau je Zahn	100,00 EUR
2. Implantate	
Je Implantat inkl. aller chirurgischen und prothetischen Systemkomponenten	600,00 EUR
Materialien zum Kieferknochenaufbau, z. B. Membran, Knochenpulver u.ä. je Implantat	200,00 EUR
Suprakonstruktion siehe Punkte 1, 3 und 4.	
3. Kombiniert festsitzender Zahnersatz	
Teleskopkrone, komplett, Innen- und Außenkrone	290,00 EUR
Verbindungselement für Modellgussprothese u. ä.	270,00 EUR
Keramikverblendung bis Zahn 6, je Krone	90,00 EUR
4. Herausnehmbarer Zahnersatz, Teilprothese	
Modellgussprothese	360,00 EUR
Zusätzlich:	
Je gegossener Klammer	28,00 EUR
Je ersetztem Zahn	16,00 EUR
5. Langzeitprovisorien	
Langzeitprovisorium, je Pfeiler, Brückenglied	50,00 EUR
6. Totale Prothese	
Totale Prothese, je Kiefer	410,00 EUR
Zusätzlich:	
einfach gebogene Klammer, je Klammer	15,50 EUR
Je ersetztem Zahn	16,00 EUR
7. Provisorische Prothese	
Provisorische Prothese	185,00 EUR
8. Reparaturen	
Reparatur ohne Abdrücke	50,00 EUR
Reparatur mit Abdrücken	150,00 EUR
Unterfütterung einer Prothese	115,00 EUR
9. Schienen	
Schienen, z. B. Aufbisschiene, Knirscherschiene, Miniplastschiene u. ä., je Schiene	110,00 EUR
10. Kieferorthopädie	
Höchstsatz für kieferorthopädische Behandlungen innerhalb von drei Kalenderjahren	1.000,00 EUR