

Krankheitskostenvollversicherung

Tarif

ROYAL

Tarifstufe 891

Tarifstufe 892

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB 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

A. Leistungen des Versicherers

1. Selbstbehalt; Eigenbeteiligung

In **Tarifstufe 891** besteht Leistungsanspruch für die erstattungsfähigen Kosten von Untersuchungen, Behandlungen und sonstigen Leistungen abzüglich eines Selbstbehalts von 10 %. Der Selbstbehalt ist je versicherte Person und Versicherungsjahr auf 500 EUR begrenzt.

In **Tarifstufe 892** beläuft sich der Selbstbehalt auf 20 % und ist je versicherte Person und Versicherungsjahr auf 1000 EUR begrenzt.

Der Selbstbehalt wird nach Ermittlung der erstattungsfähigen Aufwendungen und sonstigen Tarifleistungen von den sich danach ergebenden Beträgen abgezogen, bis der für die jeweilige Tarifstufe geltende maximale Selbstbehalt erreicht ist.

Die Höhe des maximalen jährlichen Selbstbehalts ändert sich im Falle eines Tarifwechsels nicht. In anderen Tarifen getragene Selbstbehalte, Selbstbeteiligungen oder Eigenbeteiligungen werden nicht angerechnet. § 4 Teil II Ziffer 1 AVB 2013 findet keine Anwendung.

Für folgende Untersuchungen bzw. Behandlungen werden Leistungen ohne Anrechnung des Selbstbehaltes 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 an den 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**,
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziffer 3)
und
ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel zu 100 %
 - Als **Arzneimittel** gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, 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 vom Heilbehandler verordnet sind.
- **psychotherapeutische Behandlung** zu 90 %
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziffer 3).
- Leistungen **durch Hebammen und Entbindungspfleger** zu 100 %
soweit sie zu den in Deutschland ortsüblichen Preisen berechnet werden.
- **Heilpraktikerbehandlung** zu 90 %
 - Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH).
 - Erstattungsfähig sind auch durch Heilpraktiker verordnete Arzneimittel und Verbandmaterial.
Als solche gelten nicht die oben unter Arznei- und Verbandmittel ausgeschlossenen Arzneimittel.
- **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.
- **logopädische Behandlung** (siehe Anhang, Ziffer 1) zu 100 %
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet wird. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.
- **Heilmittel** (siehe Anhang, Ziffer 1) zu 90 %
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.
Als Heilmittel gelten mindestens die in der GOÄ bzw. in der Beihilfeverordnung des Bundes genannten Heilmittel, insbesondere die Anwendungen der physikalischen Medizin und der Ergotherapie.

- **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 sind auch die Aufwendungen für die Anschaffung eines Blindenhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen und Blutzuckermessgeräte einschließlich Teststreifen.

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

- orthopädische Schuhe bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 360 EUR je Versicherungsjahr,
- Krankenfahrstühle bzw. andere elektrische Krankenfahrzeuge bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2500 EUR,
- Milchpumpen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 50 EUR,
- elektronische Lesegeräte bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2500 EUR.

Erstattet werden auch die Aufwendungen für die Miete von Hilfsmitteln (bis max. 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.

Bei Hilfsmitteln, deren Kosten einen Rechnungsbetrag von voraussichtlich 2000 EUR übersteigen, ist dem Versicherer vor Bezug der Hilfsmittel ein Kostenvoranschlag vorzulegen. Andernfalls verringert sich die tarifliche Leistungshöhe.

Die Leistung beläuft sich je Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag

- bis 2000 EUR auf 90 %,
 - ab 2000 EUR mit Kostenvoranschlag auf 90 %,
 - ab 2000 EUR ohne Kostenvoranschlag auf 85 %
- der erstattungsfähigen Aufwendungen.

- **Sehhilfen** (Brillen, Kontaktlinsen) und **Refraktive Hornhautchirurgie**

zu 100 %

- Die Erstattung für Sehhilfen ist je versicherte Person **begrenzt auf 500 EUR** innerhalb von zwei Versicherungsjahren.
- Nach einer Versicherungsdauer von 3 Jahren im Tarif ROYAL sind Aufwendungen für eine refraktive Hornhautchirurgie (z.B. LASIK-Operation) zur Behebung einer Fehlsichtigkeit erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Kosten sind je versicherte Person **auf 1500 EUR je Auge begrenzt**.
- Nach Erbringung von Leistungen für eine refraktive Hornhautchirurgie entfällt für die betreffende Person für den Zeitraum von 5 Jahren 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 berechnet werden.

- **Schutzimpfungen** (s. auch nachfolgend unter B)

zu 100 %

- soweit sie von der ständigen Impfkommision empfohlen werden (siehe Anhang, Ziffer 2) und gemäß den Ziffern 375 bis 378 der GOÄ berechnet werden.

- **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, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (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 EUR

- **alternativmedizinische Behandlungen**

durch Ärzte

zu 100 %

durch Heilpraktiker

zu 90 %

durch Angehörige staatlich anerkannter Heilhilfsberufe (siehe Anhang, Ziffer 1)

zu 90 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Akupunktur
- Ausleitende Verfahren (Aderlass, Schröpfen, Bluteigelbehandlung)
- Biochemische Behandlung nach Schüssler
- Chirotherapie
- Eigenblutbehandlung
- Elektrotherapie
- Homöopathie
- Homöosiniatrie
- Hydrotherapie
- Lichttherapie bei dermatologischen Erkrankungen
- Lymphdrainage
- Magnetfeldtherapie bei orthopädischen Erkrankungen

- Neuraltherapie
- Osteopathische Behandlung
- Präparate der Phytotherapie
- Roedersches Verfahren
- therapeutische Lokalanästhesie
- Thermotherapie
- Ultraschalltherapie

Weitere alternativmedizinische Behandlungen sind unter den Voraussetzungen von § 4 Teil I Ziffer 6 AVB 2013 erstattungsfähig.

- **ambulante Kuren**

Die Kosten für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel werden gemäß den zuvor festgelegten Erstattungsprozentsätzen ohne zeitliche Begrenzung auch dann erstattet, wenn sie im Rahmen ambulanter Kuren anfallen.

3. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Leistungen zu 100 %

- **Regelleistungen** (§ 4 Teil II Ziffer 7 a AVB 2013) im Krankenhaus (§ 4 Teil I Ziffer 4 AVB 2013)
 - Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung
 - belegärztliche Leistung, soweit sie im Rahmen der GOÄ abgerechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziffer 3)
- **Wahlleistungen** im Krankenhaus
 - Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
 - privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der GOÄ abgerechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziffer 3)

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung erhält die versicherte Person ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR

Kinder erhalten 15 EUR

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR

Kinder erhalten 10 EUR

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung auch die 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 Leistung**, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (siehe Anhang, Ziffer 3) nicht überschreitet, bei
 - **Zahnbehandlung** zu 100 %
Hierunter fallen auch die Verhütung und die Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Versorgung mit Inlays.
 - **prophylaktischen Leistungen** (siehe auch nachfolgend unter B) zu 100 %
gemäß GOZ 1000 - 1040 (siehe Anhang, Ziffer 4)
 - **Zahnersatz** zu 80 %
Hierzu zählen: Versorgung mit Prothesen, Stiftzähnen, Kronen, Brücken, Brückengliedern, Onlays, Implantaten; funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen; Reparaturen.
- **zahntechnische Laborarbeiten und Materialien** für Zahnbehandlung und Zahnersatz, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet, zu 80 %
- **kieferorthopädische Behandlung**, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziffer 2) nicht überschreitet sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet,
 - bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zu 100 %
 - ab dem 19. Lebensjahr zu 80 %

Die gesamte Erstattungsleistung ist je versicherter Person und je Versicherungsjahr begrenzt auf

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

Die Begrenzung auf Höchstleistungsbeträge entfällt

- ab dem 5. Versicherungsjahr

- bei unfallbedingten Kosten, wenn sich der Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes ereignet hat.

Der Höchsterstattungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Beginn 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. 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 2013) gilt:

Die versicherten Leistungen sind 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.

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 EUR
 - aus dem europäischen Ausland bis zu 5.000 EUR
 - eine **Beisetzung** im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthalts bis zu 5.000 EUR

B. Barausschüttung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 II Ziffer 3 AVB 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 ROYAL gemäß § 8 b Teil I Ziffer 1 bzw. § 8 b Teil II AVB 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. Beitragsbefreiung während des Bezugs von Elterngeld

Bezieht eine versicherte Person Elterngeld, so ist sie für die Dauer des nachgewiesenen Bezugs, längstens jedoch für sechs Monate, von der Zahlung des Beitrags für den Tarif ROYAL befreit. Dasselbe gilt für den nachgewiesenen Bezugszeitraum auch für das beim MÜNCHENER VEREIN nachversicherte Kind.

Der Anspruch auf die vorübergehende Beitragsbefreiung besteht nicht, wenn die Schwangerschaft bei Beantragung des Versicherungsschutzes nach Tarif ROYAL bereits festgestellt wurde oder die Entbindung bereits stattgefunden hat.

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 34. 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 MÜNCHENER VEREIN 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 Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.

3. **Höchstsätze der GOÄ und der GOZ** sind 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.