

Tarifbeschreibung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (AVB) für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KK 2013) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der GKV für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs Dent70, Dent90, Dent90+ oder Dent100 abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

Die Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es wird keine Alterungsrückstellung gebildet.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I) sowie die zugehörigen Tarifbedingungen (Teil II), soweit in dieser Tarifbeschreibung (Teil III) nicht etwas anderes bestimmt ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Behandelnde über eine Kassenzulassung verfügt und den Teil der Behandlung, der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen kann, entsprechend über die GKV abrechnet. Wird stattdessen nur eine reine Privatrechnung erstellt, ohne dass mögliche Leistungen von der GKV in Anspruch genommen werden, besteht aus den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 kein Leistungsanspruch (Ausnahme ist der tarifliche Leistungsbereich 2. a) 3. reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung).

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind auf Verlangen des Versicherers Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV; dies gilt ebenso für den in der GKV vorgesehenen Eigenanteil des Versicherten für kieferorthopädische Behandlungen in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent, der bis zum Abschluss der Behandlung vom Versicherten vorzustrecken ist.

a) Tarifliche Leistungsbereiche

In nachfolgender Aufzählung sind die erstattungsfähigen tariflichen Leistungsbereiche dargestellt:

1. **professionelle Zahnreinigung** einschließlich **zahnprophylaktischer Leistungen**, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat; eine eventuelle Vorleistung der GKV wird auf die Erstattung angerechnet;
2. **Zahnbehandlung**, gemäß § 4 Teil II Absatz 4 Ziffer 1 der AVB. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet.
Der Begriff Zahnbehandlung umfasst insbesondere
 - hochwertige Füllungen,
 - Parodontalbehandlung (dies sind zum Beispiel Keimtest, antibakterielle Therapie, Knochen- und Gewebegeneration, Knochenaufbau, Bindegewebs- und Schleimhauttransplantation; bei fehlendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV wird bei einer Taschentiefe von unter 3,5 mm bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit zusätzlich für parodontalchirurgische Therapie geleistet),

- medizinisch notwendige Wurzelbehandlung, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, weil keines der von der GKV definierten Kriterien (zum Beispiel Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe) gegeben ist;
- Mehrkosten für Wurzelbehandlung bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV (mit Vorleistung der GKV); dies sind zum Beispiel das Anlegen von Spanngummi/Kofferdam, elektronische Längenmessung, zusätzliche Anwendung elektrophysikalischer/chemischer Methoden sowie der Laser- und Mikroskopzuschlag.

Nicht unter den Begriff Zahnbehandlung im Sinne dieser Ziffer fallen hingegen

- professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen (siehe vorherige Ziffer 1),
 - Leistungen für Wurzelbehandlung, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, der jedoch nicht in Anspruch genommen wird (siehe nachfolgende Ziffer 3) und
 - Inlays (siehe Ziffer 7);
3. reine **Privatrechnung für Wurzelbehandlung** bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV, der jedoch nicht in Anspruch genommen wird (Verzicht auf GKV-Vorleistung);
 4. **Zahnersatz (Regelversorgung)**, wenn für die Behandlungsmaßnahme keine privatärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ geltend gemacht werden. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
 5. **Zahnersatz (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige beziehungsweise von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung)**, wenn für die Behandlungsmaßnahme teilweise oder vollständig privatärztliche Vergütungsanteile nach GOZ geltend gemacht werden. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
 6. **Verblendungen** in Verbindung mit medizinisch notwendigem Zahnersatz. Es gilt der Erstattungssatz der zugrunde liegenden Zahnersatzmaßnahme;
 7. **Inlays**. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
 8. **Kieferorthopädie** bei versicherten Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;
 9. **Kieferorthopädie** bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;
 10. **zusätzliche kieferorthopädische Leistungen** (sogenannte **Mehrleistungen**) bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn diese Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (Einstufung in KIG* 3, 4 oder 5), erbracht werden;

* Hinweis zur Kieferorthopädie:

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sogenannte Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV (ausgenommen für Mehrleistungen).

11. **schmerz- und angstlindernde Maßnahmen** wie z.B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung und Dämmer Schlaf in einer zahnärztlichen Praxis in Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahme. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;
12. **zahnaufhellende Maßnahmen** (z.B. Bleaching) in einer zahnärztlichen Praxis beziehungsweise zahnärztlich begleitet und überwacht, unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit, sofern die Maßnahme in keinen der Leistungsbereiche der Ziffern 1–11 fällt.

b) Höhe der tariflichen Leistungen

Die tariflichen Leistungen ergeben zusammen mit der Leistung der GKV eine Gesamtleistung (Dent70 zuzüglich GKV, Dent90 zuzüglich GKV, Dent90+ zuzüglich GKV und Dent100 zuzüglich GKV). Die Höhe der tariflichen Leistungen hängt dabei von der Höhe der Leistungen der GKV ab. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV oder handelt es sich um eine reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung gemäß tariflichem Leistungsbereich 2. a) 3., wird somit die Gesamtleistung in vollem Umfang aus den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100 erbracht. Somit entspricht die tarifliche Leistung der Differenz zwischen der in nachfolgender Tabelle angegebenen Gesamtleistung und der GKV-Leistung.

Die jeweilige Gesamtleistung (inklusive GKV-Vorleistung) ergibt sich gemäß nachfolgender Tabelle:

Die angegebenen Erstattungsprozentsätze verstehen sich als Erstattungsätze einschließlich einer eventuellen GKV-Vorleistung.

Tarifliche Leistungsbereiche gemäß Buchstabe a)	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
Professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen gemäß Ziffer 1	100 Prozent 1 x bis zu 70 € pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 100 €, jedoch insgesamt max. 160 €, pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 100 €, jedoch insgesamt max. 160 €, pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 120 €, jedoch insgesamt max. 200 €, pro Kalenderjahr
Zahnbehandlung gemäß Ziffer 2	75 Prozent	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent
Privatrechnung für Wurzelbehandlung bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV gemäß Ziffer 3	-	50 Prozent	50 Prozent	50 Prozent
Zahnersatz (Regelversorgung) gemäß Ziffer 4	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent
Zahnersatz (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige oder abweichende andersartige Versorgung) gemäß Ziffer 5	70 Prozent	80/90 Prozent*	90 Prozent	90/100 Prozent*
Verblendungen gemäß Ziffer 6 in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen gemäß Ziffer 4 oder 5 entsprechend dem Erstattungsprozentsatz für die Zahnersatzmaßnahme	an den Zähnen 1 bis einschließlich 5 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 6 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 6 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 7 je Kieferhälfte
Inlays gemäß Ziffer 7	70 Prozent	80/90 Prozent*	90 Prozent	90/100 Prozent*
Kieferorthopädie bei versicherten Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, gemäß Ziffer 8	-	90 Prozent, wenn die Behandlung unfallbedingt notwendig wird	90 Prozent, wenn die Behandlung unfallbedingt notwendig wird	90 Prozent
Kieferorthopädie bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gemäß Ziffer 9	70 Prozent	80 Prozent	90 Prozent	90 Prozent
Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (sogenannte Mehrleistungen) gemäß Ziffer 10	70 Prozent max. 1.000 € während der Vertragslaufzeit	80 Prozent max. 1.000 € während der Vertragslaufzeit	90 Prozent max. 1.500 € während der Vertragslaufzeit	90 Prozent max. 2.000 € während der Vertragslaufzeit
Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gemäß Ziffer 11	-	-	100 Prozent max. 250 € pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 350 € pro Kalenderjahr
Zahnaufhellende Maßnahmen gemäß Ziffer 12	-	-	-	100 Prozent max. 300 € innerhalb zweier Kalenderjahre

* Hinweis zur Erstattung von Zahnersatz und Inlays:

Kann der Versicherte, zum Beispiel durch ein Bonusheft oder einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan, für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden fünf Kalenderjahre die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, so gilt der jeweils höhere ausgewiesene Erstattungsprozentsatz.

Empfehlung

Bei umfangreichen Behandlungen wird die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn empfohlen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Behandelnden. Der Versicherer prüft die Unterlagen unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

c) Summenmäßige Begrenzungen der tariflichen Leistung

Die gemäß Buchstabe b) ermittelte tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
im ersten Kalenderjahr	500 €	1.000 €	1.000 €	1.500 €
in den ersten 2 Kalenderjahren	1.000 €	2.000 €	2.000 €	3.000 €
in den ersten 3 Kalenderjahren	1.500 €	3.000 €	3.000 €	4.500 €
in den ersten 4 Kalenderjahren	2.000 €	4.000 €	4.000 €	6.000 €
in den ersten 5 Kalenderjahren	2.500 €	5.000 €	5.000 €	7.500 €
ab Beginn des 6. Kalenderjahres unbegrenzt				

jeweils ab Versicherungsbeginn nach einem der Tarife Dent70/Dent90/Dent90+/Dent100 gerechnet.

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 1 Teil II Absatz 4 der AVB kann der Tarif selbstständig abgeschlossen werden.

Abweichend von § 3 Teil I Absatz 3 und § 3 Teil II Absatz 2 der AVB entfallen bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs für die versicherte Person beim Versicherer die Wartezeiten. Gemäß § 3 Teil I Absatz 6 der AVB gelten bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeitregelungen.

Abweichend von § 8a Teil I Absatz 2 der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesem Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet.

Ergänzend zu § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag für erwachsene Versicherte der Tarife Dent70, Dent90 und Dent90+ ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 34., 41., 46., 51., 56. oder 61. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.

Ergänzend zu § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag für erwachsene Versicherte des Tarifs Dent100 ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 41., 46., 51., 56 oder 61. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.

Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Teil I Absatz 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.