

## Tarif CEZP

# Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEZP für die Versicherung der Kosten zahnärztlicher Leistungen für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 1.1.2010

### A) Allgemeine Bestimmungen

#### 1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 Sozialgesetzbuch V (SGB V - siehe Anhang) tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

#### 2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV haben. Personen, für die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 bzw. § 53 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) in der GKV gewählt wurde, sind nicht versicherungsfähig.

#### 3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

#### 4. Wartezeiten

Abweichend von § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt für Zahnbehandlung (vgl. Abschnitt B I 1) nur die allgemeine Wartezeit von drei Monaten. Diese Wartezeit gilt auch für Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (vgl. Abschnitt B I 2).

Für Zahnersatz, orale Implantate, augmentative Behandlung und Funktionsdiagnostik (vgl. Abschnitte B I 3 und B I 4) gilt die besondere Wartezeit von acht Monaten (§ 3 Abs. 3 MB/KK 2009).

Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein zahnärztliches Zeugnis über den Gebisszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird.

Die Wartezeiten entfallen bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.

#### 5. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt wurden.

## **6. Vertragsdauer**

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis für jede versicherte Person zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

## **7. Ende des Versicherungsverhältnisses**

Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem der Anspruch auf Leistungen der GKV endet. Das Ausscheiden aus der GKV ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Das Versicherungsverhältnis endet ferner zum Ende des Monats, zu dem für die versicherte Person Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 bzw. § 53 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) in der GKV gewählt wurde. Die Wahl der Kostenerstattung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

## **B) Leistungen des Versicherers**

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der GKV oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Wird eine Leistung der GKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.

Sofern in der GKV die Leistungen nach § 16 Abs. 3 a SGB V (siehe Anhang) ruhen, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

Die zahnärztlichen Maßnahmen dürfen nur von Zahnärzten mit einer Kassenzulassung nach § 95 SGB V (siehe Anhang) durchgeführt werden.

### **I. Leistungsumfang**

Die Kosten für Zahnbehandlung, Zahnersatz (nach Nr. 3 b), orale Implantate, augmentative Behandlung und Funktionsdiagnostik werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

#### **1. Zahnbehandlung**

- a) Die Kosten für Wurzelkanalbehandlung und Parodontosebehandlung nach Abs. III 1 werden mit 100 % erstattet.

Eine privat Zahnärztliche Behandlung ist nur dann erstattungsfähig, wenn für die zahnärztliche Maßnahme dem Grunde nach kein Sachleistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

- b) Die Kosten für dentin-adhäsive Füllungen nach Abs. III 1 werden unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt mit 100 % erstattet.

Erbringt die GKV keine Leistung, entfällt eine Erstattung für dentin-adhäsive Füllungen nach diesem Tarif.

#### **2. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR)**

Die Kosten für Maßnahmen zur Zahnprophylaxe / PZR nach Abs. III 2 werden mit 100 % bis zu 80,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

### 3. Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung

- a) Die im Rahmen der Regelversorgung nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen) werden, wenn die Rechnung keine privatärztlichen Vergütungsanteile enthält, unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt mit 100 % erstattet.
- b) Die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung nach Abs. III 3 werden, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile enthält, unter Anrechnung der Leistung der GKV insgesamt wie folgt erstattet:

90 %, sofern ein Anspruch auf Erhöhung des Festzuschusses aufgrund einer ununterbrochenen mindestens fünfjährigen Vorsorge nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) nachgewiesen wird;

80 %, sofern kein Anspruch auf Erhöhung des Festzuschusses aufgrund einer ununterbrochenen mindestens fünfjährigen Vorsorge nach § 55 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) besteht.

Es werden mindestens die Kosten erstattet, die bei einer Abrechnung nach Buchstabe a) erstattungsfähig wären.

Bei oralen Implantaten werden die Kosten für maximal sechs orale Implantate je Kiefer erstattet.

Die Kosten für eine augmentative Behandlung werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer erstattet.

Erbringt die GKV keine Leistung, entfällt eine Erstattung für Zahnersatz, orale Implantate und augmentative Behandlung nach diesem Tarif.

### 4. Funktionsdiagnostik

Die Kosten für Funktionsdiagnostik nach Abs. III 4 werden ausschließlich im Zusammenhang mit Leistungen nach Nr. 3 b unter Anwendung des zutreffenden Prozentsatzes (vgl. Nr. 3 b) erstattet.

## II. Leistungsstaffel

Die Kosten für Zahnersatz, orale Implantate, augmentative Behandlung und Funktionsdiagnostik werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten vier Versicherungsjahre auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- |   |              |
|---|--------------|
| - in den ersten beiden Versicherungsjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt | 1.000,- Euro |
| - in den ersten drei Versicherungsjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt   | 1.500,- Euro |
| - in den ersten vier Versicherungsjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt   | 3.000,- Euro |

Die maximalen Erstattungsbeträge gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben.

## III. Erläuterungen

1. Kosten für Wurzelkanalbehandlung sind zahnärztliche Aufwendungen für die Aufbereitung und Versorgung der Wurzelkanäle und des Zahnes, Wurzelspitzenresektionen sowie die in diesem Rahmen erforderlichen Röntgenaufnahmen (außer Computertomographien), Lokalanästhesien und chirurgische Nachbehandlungen.

Kosten für Parodontosebehandlung sind ergänzende, über die Leistung der GKV hinausgehende zahnärztliche Aufwendungen für regenerative Maßnahmen zur Wiederherstellung des Aufbaus und der Funktion des Zahnhalteapparates sowie die in diesem Rahmen erforderlichen Röntgenaufnahmen (außer Computertomographien), Lokalanästhesien und parodontalchirurgische Nachbehandlungen.

Kosten für dentin-adhäsive Füllungen sind zahnärztliche Aufwendungen für Maßnahmen zum Ersatz der Zahnhartsubstanz unter Verwendung von Komposit als Füllmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik.

2. Kosten für Zahnprophylaxe / PZR sind Aufwendungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes, die Kontrolle des Übungserfolges, die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne, die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen sowie die Behandlung, die Fluoridierung und die Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen.
3. Kosten für Zahnersatz sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Lokalanästhesien (außer Narkosen), Abformungsmaßnahmen, Röntgenleistungen (außer Computertomographien) und prothetische zahnärztliche Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Onlays, Stifzähne, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für orale Implantate sind die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Lokalanästhesien (außer Narkosen), Röntgenleistungen (außer Computertomographien), implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.

Kosten für augmentative Behandlungen sind die Gebühren für Lokalanästhesien (außer Narkosen), Röntgenleistungen (außer Computertomographien), Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

4. Kosten für Funktionsdiagnostik sind die Gebühren für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen einschließlich der Material- und Laborkosten des erforderlichen Zahnmodells, die nach Beginn einer Versorgung mit Zahnersatz, oralen Implantaten oder augmentativen Behandlungen erfolgen.

## C) Leistungen des Versicherungsnehmers

### 1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

### 2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

### 3. Leistungsunterlagen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen nachzuweisen, auf denen die Höhe der Leistung der GKV sowie bei Zahnersatz, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen die prozentuale Höhe des Festzuschusses bestätigt sein muss. Zudem ist zur Erstattung der Kosten für Funktionsdiagnostik ein Befunderhebungsbogen einzureichen.

Die Höhe der Leistung anderer leistungspflichtiger Kostenträger muss ebenfalls bestätigt sein.

Wenn die GKV keine Leistung erbringt, müssen die Rechnungen im Original sowie mit einer sachverhaltsbezogenen Begründung der GKV, dass diese keine Erstattung vornimmt, vorgelegt werden.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, den zahnmedizinischen Befund, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

## D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

## E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

---

### Hinweise:

#### 1. Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, uns einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan Ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material- und Laborleistungen enthält, einzureichen; wir teilen Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mit.

#### 2. Definition Sachleistungsanspruch bzw. Sachleistungsprinzip in der GKV

Das Sachleistungsprinzip bedeutet, dass der Versicherte im Krankheitsfall die Leistungen in Anspruch (Sachleistungsanspruch) nehmen kann, ohne dass der Zahnarzt hierfür eine Rechnung stellen darf. Der Patient ist kein Vertragspartner des Zahnarztes, sondern er wird im Auftrag seiner Krankenkasse versorgt (Vorlage der Versichertenkarte). Der Umfang des Sachleistungsanspruchs ist im SGB V geregelt.