

Zahnersatz-Tarif ZEG

für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.01.2009)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Erstattungsfähige Aufwendungen**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

 - Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen)
 - zugehörige zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
 - Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit diese für die zahnärztliche Regelversorgung (siehe Abschnitt C.3) nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgesetzt werden.
- 2. Nachweispflicht**

Nach abgeschlossener Behandlung ist der Umfang der zahnärztlichen Regelversorgung mit Zahnersatz durch Vorlage der Zahnarztrechnung sowie des von der Krankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplanes nachzuweisen. Die Zahnarztrechnung ist mit einem Erstattungsvermerk der GKV zu versehen.
- 3. Höhe der Erstattung**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu **20%** erstattet.

Dieser Erstattungssatz erhöht sich auf **30% oder 35%** entsprechend den erhöhten Erstattungssätzen der GKV bei regelmäßiger Vorsorge (siehe Abschnitt C. 3).

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen (siehe Abschnitt A. 1) begrenzt auf einen Rechnungshöchstbetrag von insgesamt

 - 250 EUR im ersten Versicherungsjahr,
 - 500 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren,
 - 1.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,
 - 2.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstsätze.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs ZEG ab dem fünften Versicherungsjahr.

B. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

- Erläuterung**
- Nach Tarif ZEG sind Personen versicherungsfähig, die in der deutschen GKV versichert sind. Der Mitgliedschaft in der deutschen GKV steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.
- Bei Ausscheiden aus der GKV endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Schluss des laufenden Monats. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterungen**
1. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
 2. Gemäß §§22 Abs.1, 55 Abs.1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung in Abhängigkeit von eigenen nachzuweisenden Bemühungen des Versicherten zur Gesunderhaltung seiner Zähne (Vorsorge) 50 %, 60 % oder 65 % des festgesetzten Betrages für die Regelversorgung mit Zahnersatz (Festzuschuss). In Abhängigkeit davon werden nach Tarif ZEG 20 %, 30 % oder 35 % erstattet.
 3. Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen dem Doppelten der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.

Erläuterungen

4. Die Erstattung aus dem Tarif darf zusammen mit der Vorleistung der GKV die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.
5. Nicht versichert nach Tarif ZEG sind die über die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung hinaus gehenden Mehrleistungen gemäß § 55 Abs. 4 SGB V, kieferorthopädische Behandlung, konservierende Zahnbehandlung sowie Inlays.

D. Anpassung des Versicherungsschutzes

Erläuterungen

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen nach Satz 1 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.

E. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 12. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang:

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

§ 22

Verhütung von Zahn- erkrankungen (Individual- prophylaxe)

1. Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen zu lassen.
2. Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.
3. Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Fissurenversiegelung der Molaren.
4. (weggefallen)
5. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen in Richtlinien nach § 92.

§ 55

Leistungsanspruch

1. Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
 1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

2. Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn
 1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
 2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
 3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

3. Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
4. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
5. Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

