

## **Kundeninformation**

**Wichtige Unterlagen zu Ihrer  
Gothaer Krankenversicherung**

## Aktualisierung der Versicherungsbedingungen

Nachfolgend informieren wir Sie über die **Aktualisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)**.

Zur besseren Übersicht sind nur die Textabschnitte der Versicherungsbedingungen aufgeführt, bei denen sich Änderungen ergeben bzw. die hiermit in Zusammenhang stehenden Textabschnitte. Texte, die entfallen, sind durchgestrichen. Texte, die neu hinzukommen, sind unterstrichen.

Für welche Tarife/Tarifwerke die Änderungen gelten, haben wir jeweils aufgelistet.

### Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Hinweis zu den Tarifen CH1, ESA, KIM, MediFit, MediTop 1, MediTop 2, ZEG, ZES 35	Seite	2
Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen		
Tarif CH1	Seite	3
Tarif ESA	Seite	4
Tarif KIM	Seite	5
Tarif MediFit	Seite	6
Tarif MediTop 1	Seite	7
Tarif MediTop 2	Seite	8
Tarif ZEG	Seite	9
Tarif ZES 35	Seite	10

## **Tarife CH1, ESA, KIM, MediFit, MediTop 1, MediTop 2, ZEG, ZES 35**

### **Allgemeiner Hinweis**

Die Änderungen der **Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Tarife CH1, ESA, KIM, MediFit, MediTop 1, MediTop 2, ZEG, ZES 35** ergeben sich aufgrund des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG).

Demnach sind u. a. die befundbezogenen Festzuschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Zahnersatz seit 1. Oktober 2020 erhöht worden. GKV-Versicherte erhalten von der GKV für Zahnersatz, anstelle des früheren Festzuschusses von 50 %, nun einen Festzuschuss in Höhe von 60 % (ohne Bonus) der festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, sofern keine regelmäßigen zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachgewiesen werden. Bei Nachweis regelmäßiger Zahnvorsorgeuntersuchungen während der letzten 5 Jahre beträgt der Festzuschuss anstatt früher 60 % nun 70 %. Bei Nachweis regelmäßiger Zahnvorsorgeuntersuchungen in den letzten 10 Jahren hat sich der Festzuschuss der GKV von 65 % auf 75 % der Regelversorgung erhöht.

Die Festzuschüsse der GKV decken damit mindestens 60 % der durchschnittlichen Kosten der Regelversorgung bei Zahnersatz ab. Die Regelversorgung ist die Behandlung, die bei einem vorliegenden zahnärztlichen Befund die Grundversorgung der GKV bei Zahnersatz darstellt.

Demnach ergeben sich für die aufgeführten Tarife Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dies betrifft zum Teil die Tarifleistungen bei Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung und/ oder erläuternde Begriffsbestimmungen.

**Die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden zum 1. Mai 2021 wirksam.** Der juristische Treuhänder hat den Änderungen zugestimmt.

# Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif CH1 für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Gilt für Tarif CH1.

**Wichtig für Sie:** Für Tarif CH1 ergeben sich die unten aufgeführten Änderungen der Versicherungsbedingungen. Die diesbezügliche Gesamtleistung (Festzuschuss GKV + Tarifleistung CH1) bleibt jedoch in Summe erhalten.

Durch die Anhebung der Festzuschüsse der GKV für Zahnersatz von 50 %, 60 % bzw. 65 % auf 60 %, 70 % bzw. 75 % der festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung wird das Gesamtleistungsniveau erreicht, wenn aus Tarif CH1 anstatt 25 % nun 15 % für Zahnersatz (und Zahnkronen) im Rahmen der Regelversorgung (s. u. Ausschnitt AVB) zur Verfügung gestellt wird.

Aufgrund der Anpassung der Tarifleistung hat der Versicherungsnehmer nach § 13 Abs. 5 AVB die Möglichkeit, hinsichtlich der betroffenen versicherten Person das bestehende Versicherungsverhältnis nach Tarif CH1 innerhalb einer Frist von zwei Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt des Zugangs dieses Schreibens, zum 1. Mai 2021 zu kündigen. Bitte beachten Sie, dass bei einer Kündigung die für die betroffene versicherte Person angesammelten tariflichen Alterungsrückstellungen entfallen können.

## Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

#### 5. Zahnärztliche Behandlung

<b>b) Zahnersatz und Zahnkronen</b>	Erstattet werden
<del>25 %</del> <b>15 %</b>	der für die Regelversorgung nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgesetzten Beträge (siehe Punkt D.10) für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, wenn die GKV ihre Vorleistung erbracht hat.
<b>30 %</b>	der Kosten einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt, soweit die Gebühren das 1,7fache für persönliche Leistungen, das 1,3fache für medizinisch-technische Leistungen bzw. das 1,1fache für Laborleistungen der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte nicht übersteigen.
	(...)

### D. Begriffsbestimmung/ Umfang der Leistungspflicht

<b>Erläuterungen</b>	10.	Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen <del>dem Doppelten</del> <b>zu 60 %</b> der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.
----------------------	-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif ESA Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Gilt für Tarif ESA.

## Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen, soweit hier nichts anderes geregelt ist)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

3. **Zahnersatz** Aufstockung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass insgesamt - gesetzliche und private Krankenversicherung - **80 %** der für die zahnärztliche Regelversorgung nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgesetzten Beträge (siehe Abschnitt B.2) erstattet werden.

### B. Begriffsbestimmung/ Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterungen
2. Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen ~~dem Doppelten~~ zu 60 % der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.

# Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif KIM - Ergänzungsversicherung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Gilt für Tarif **KIM**.

## Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

##### 4.

##### Zahnersatz

einschließlich

- prothetischer Leistungen, Brücken und Zahnkronen,
- Inlays,
- funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen,
- implantologischer Leistungen,
- zahntechnischer Leistungen (Material- und Laborkosten),

in Höhe von

**85 %** des Rechnungsbetrages unter Anrechnung der Leistung der GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV), vgl. dazu Abschnitt B.3.

Erhöhung auf

**95 %** des Rechnungsbetrages unter Anrechnung der Leistung der GKV und der PKV, sofern durch Vorsorgemaßnahmen der GKV-Anspruch für Zahnersatz ~~60 %~~ 70 % beträgt, vgl. dazu Abschnitt B.3.

Erhöhung auf

**100 %** des Rechnungsbetrages unter Anrechnung der Leistung der GKV und der PKV, sofern durch Vorsorgemaßnahmen der GKV-Anspruch für Zahnersatz ~~65 %~~ 75 % beträgt, vgl. dazu Abschnitt B.3.

Die Leistung beträgt pro Kalenderjahr maximal 2.500 Euro.

Vor Beginn der Behandlung ist ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

Verblendungen im hinteren Zahnbereich (Zahn 7 und 8) sind von der Erstattung ausgenommen.

### B. Begriffsbestimmung/ Umfang der Leistungspflicht

#### Erläuterungen

3. Leistungen/Vorleistungen der Beihilfe, der GKV und der PKV werden angerechnet. Leistungen der PKV werden nur insoweit angerechnet, wie sie die zahnprothetische Regelversorgung der GKV ersetzen.

# Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif MediFit Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Gilt für Tarif MediFit.

**Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**  
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

## A. Tarifleistungen

### Leistungen des Versicherers

**3. Zahnbehandlung und -ersatz** Erstattungsfähig (...)

**3.1 Prävention und Früherkennung** (...)

**3.2 Zahnersatz** Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen, soweit diese für die zahnärztliche Regelversorgung nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) ~~fortgesetzt~~ festgesetzt wurden (vgl. Abschnitt B.7 und B.~~89~~) bis zu:

**150 Euro** für Zahnersatz (Zahnkronen, -brücken, -prothesen einschließlich zugehöriger zahntechnischer Laborarbeiten und Materialien) pro Kalenderjahr, erstmals ab dem 2. Versicherungsjahr.

Der Erstattungshöchstbetrag von 150 Euro erhöht sich ab dem 3. Versicherungsjahr jährlich um 100 Euro auf maximal **750 Euro**, wenn jeweils im vorangegangenen Kalenderjahr die präventiven Maßnahmen für Versicherte der GKV durchgeführt wurden. Für die Berechnung des erhöhten Erstattungsbetrages werden jeweils die letzten 6 Kalenderjahre vor Eintritt des Versicherungsfalles zugrunde gelegt. Kalenderjahre, für die keine präventiven Maßnahmen nachgewiesen werden, wirken sich nicht leistungserhöhend aus.

(...)

## B. Begriffsbestimmung/ Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterungen**
- Gemäß §§ 22 Abs. 1, 55 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) übernimmt die GKV in Abhängigkeit von eigenen nachzuweisenden Bemühungen des Versicherten zur Gesunderhaltung seiner Zähne (Vorsorge) ~~50 % 60 %, 60 % 70 %~~ oder ~~65 % 75 %~~ des festgesetzten Betrages für die Regelversorgung mit Zahnersatz (Festzuschuss).
  - Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen ~~dem Doppelten~~ zu 60 % der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.

# Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif MediTop 1 Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Gilt für Tarif **MediTop 1**.

**Wichtig für Sie:** Für Tarif MediTop 1 ergeben sich die unten aufgeführten Änderungen der Versicherungsbedingungen. Die diesbezügliche Gesamtleistung (Festzuschuss GKV + Tarifleistung MediTop 1) bleibt jedoch in Summe erhalten.

Durch die Anhebung der Festzuschüsse der GKV für Zahnersatz von 50 %, 60 % bzw. 65 % auf 60 %, 70 % bzw. 75 % der festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung wird das Gesamtleistungsniveau erreicht, wenn aus Tarif MediTop 1 anstatt 20 %, 30 % bzw. 35 % nun 10 %, 20 % bzw. 25 % für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung (s. u. Ausschnitt AVB) zur Verfügung gestellt werden.

Aufgrund der Anpassung der Tarifleistung hat der Versicherungsnehmer nach § 13 Abs. 5 AVB die Möglichkeit, hinsichtlich der betroffenen versicherten Person das bestehende Versicherungsverhältnis nach Tarif MediTop 1 innerhalb einer Frist von zwei Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt des Zugangs dieses Schreibens, zum 1. Mai 2021 zu kündigen. Bitte beachten Sie, dass bei einer Kündigung die für die betroffene versicherte Person angesammelten tariflichen Alterungsrückstellungen entfallen können.

**Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen**  
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

## A. Tarifleistungen

### Leistungen des Versicherers

3. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

#### Zahnersatz

#### Zahnärztliche Regelversorgung

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

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

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.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu

~~20-%~~ **10 %** erstattet.

Dieser Erstattungssatz erhöht sich auf

~~30-%~~ **20 %** oder ~~35-%~~ **25 %**

entsprechend den erhöhten Erstattungssätzen der GKV bei regelmäßiger Vorsorge (...).

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

(...)

## C. Begriffsbestimmung/ Umfang der Leistungspflicht

### Erläuterungen

2. Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen ~~dem Doppelten~~ zu 60 % der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.



# Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif MediTop 2 Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Gilt für Tarif **MediTop 2**.

**Wichtig für Sie:** Für Tarif MediTop 2 ergeben sich die unten aufgeführten Änderungen der Versicherungsbedingungen. Die diesbezügliche Gesamtleistung (Festzuschuss GKV + Tarifleistung MediTop 2) bleibt jedoch in Summe erhalten.

Durch die Anhebung der Festzuschüsse der GKV für Zahnersatz von 50 %, 60 % bzw. 65 % auf 60 %, 70 % bzw. 75 % der festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung wird das Gesamtleistungsniveau erreicht, wenn aus Tarif MediTop 2 anstatt 20 %, 30 % bzw. 35 % nun 10 %, 20 % bzw. 25 % für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung (s. u. Ausschnitt AVB) zur Verfügung gestellt werden.

Aufgrund der Anpassung der Tarifleistung hat der Versicherungsnehmer nach § 13 Abs. 5 AVB die Möglichkeit, hinsichtlich der betroffenen versicherten Person das bestehende Versicherungsverhältnis nach Tarif MediTop 2 innerhalb einer Frist von zwei Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt des Zugangs dieses Schreibens, zum 1. Mai 2021 zu kündigen. Bitte beachten Sie, dass bei einer Kündigung die für die betroffene versicherte Person angesammelten tariflichen Alterungsrückstellungen entfallen können.

## Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

##### 4.

##### Zahnersatz

##### 4.1

##### Zahnärztliche Regelversorgung

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.2) nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgesetzt werden.

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.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu

~~20 %~~ **10 %** erstattet.

Dieser Erstattungssatz erhöht sich auf

~~30 %~~ **20 %** oder ~~35 %~~ **25 %**

entsprechend den erhöhten Erstattungssätzen der GKV bei regelmäßiger Vorsorge (...).

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

(...)

##### 4.2

##### Privatzahnärztliche Leistungen

(...)

### C. Begriffsbestimmung/ Umfang der Leistungspflicht

#### Erläuterungen

2. Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen ~~dem Doppelten~~ **zu 60 %** der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.

# Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Zahnersatz-Tarif ZEG für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Gilt für Tarif ZEG.

**Wichtig für Sie:** Für Tarif ZEG ergeben sich die unten aufgeführten Änderungen der Versicherungsbedingungen. Die diesbezügliche Gesamtleistung (Festzuschuss GKV + Tarifleistung ZEG) bleibt jedoch in Summe erhalten.

Durch die Anhebung der Festzuschüsse der GKV für Zahnersatz von 50 %, 60 % bzw. 65 % auf 60 %, 70 % bzw. 75 % der festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung wird das Gesamtleistungsniveau erreicht, wenn aus Tarif ZEG anstatt 20 %, 30 % bzw. 35 % nun 10 %, 20 % bzw. 25 % für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung (s. u. Ausschnitt AVB) zur Verfügung gestellt werden.

Aufgrund der Anpassung der Tarifleistung hat der Versicherungsnehmer nach § 13 Abs. 5 AVB die Möglichkeit, hinsichtlich der betroffenen versicherten Person das bestehende Versicherungsverhältnis nach Tarif ZEG innerhalb einer Frist von zwei Monaten, beginnend ab dem Zeitpunkt des Zugangs dieses Schreibens, zum 1. Mai 2021 zu kündigen. Bitte beachten Sie, dass bei einer Kündigung die für die betroffene versicherte Person angesammelten tariflichen Alterungsrückstellungen entfallen können.

## 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 %~~ **10 %** erstattet.  
Dieser Erstattungssatz erhöht sich auf ~~30 %~~ **20 %** oder ~~35 %~~ **25 %** 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 (...).

(...)

### C. Begriffsbestimmung/ Umfang der Leistungspflicht

- |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Erläuterungen</b> | <ol style="list-style-type: none"><li>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) <del>50 %</del> <b>60 %</b>, <del>60 %</del> <b>70 %</b> oder <del>65 %</del> <b>75 %</b> des festgesetzten Betrages für die Regelversorgung mit Zahnersatz (Festzuschuss). In Abhängigkeit davon werden nach Tarif ZEG <del>20 %</del> <b>10 %</b>, <del>30 %</del> <b>20 %</b> oder <del>35 %</del> <b>25 %</b> erstattet.</li><li>Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen <del>dem Doppelten</del> <b>zu 60 %</b> der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.</li></ol> |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Zahnersatz-Tarif ZES 35 für nach dem 31.12.1978 geborene Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Gilt für Tarif ZES 35.

## Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

##### Erstattungsfähige Aufwendungen

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:
  - Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen),
  - vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden, mit Ausnahme funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen,
  - Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, soweit die Gebühren im Rahmen der zahnärztlichen Regelversorgung nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) abgerechnet werden oder im Rahmen der Regelhöchstsätze<sup>1</sup> der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen,
  - zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs ZES 35 aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind.

(...)

##### Höhe der Erstattung

2. Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 1 ergibt, werden zu **35 %** ersetzt. Wird anstelle des Zahnersatzes (Zahnkronen, Brücken, Prothesen) eine implantologische Leistung und implantatgetragener Zahnersatz gewählt, werden 35 % der von der GKV festzusetzenden Beträge für die Regelversorgung ersetzt (siehe Abschnitt B.).

### B. Begriffsbestimmung/ Umfang der Leistungspflicht

#### Erläuterung

Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen ~~dem Doppelten~~ zu 60 % der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.

<sup>1</sup> Regelhöchstsätze sind (...).