

Deutsche Zahnversicherung

Zahnbehandlung

Tarifstufen

572

573

**Die Tarifbedingungen für die Deutsche Zahnversicherung gelten in Verbindung mit den
Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung**

1. Versicherungsfähigkeit in der Zahnbehandlungs-Zusatzversicherung (Tarifstufen 572, 573)

Die Tarifstufen 572 und / oder 573 können nur gemeinsam mit Tarifstufe 574 (Tarif Prophylaxe) abgeschlossen und aufrecht erhalten bleiben.

2. Inhalt und Leistungen

1. Erstattungsfähig sind in **Tarifstufe 572** die Kosten für

a) Füllungen

- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Kunststofffüllungen

sowie die damit im Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen¹ der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen (zahnärztliches Honorar, zahntechnische Labor- und Materialkosten).

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen.

b) **kieferorthopädische Behandlung** bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit sie im Rahmen der GOZ und der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet.

Erstattet werden 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen. Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für den der zahnärztlichen Behandlung zugrunde liegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung.

Die Kosten für zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

2. Erstattungsfähig sind in **Tarifstufe 573** die Kosten für

- Wurzelbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen (Knirscherschienen), nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen (zahnärztliches Honorar, zahntechnische Labor- und Materialkosten). Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen.

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen¹ der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Die Kosten für zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

3. Leistungsumfang

In den ersten vier Versicherungsjahren leistet der Versicherer je versicherte Person und je Tarifstufe wie folgt:

- a) im ersten Versicherungsjahr bis zu 300 EUR,
- b) in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 600 EUR,
- c) in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 900 EUR,
- d) in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 1.200 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer unbegrenzt.

Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, wird auch in den ersten vier Versicherungsjahren unbegrenzt geleistet. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist.

4. Heil- und Kostenplan

Bei einer bevorstehenden Versorgung mit Inlays oder einer Parodontalbehandlung oder kieferorthopädischen Behandlung rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt dem Versicherungsnehmer nach Vorlage des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung.

¹ Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

5. Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes erstmals eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) in Anspruch nehmen.

Für Zahnbehandlungsmaßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet.

3. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit.

4. Leistungsnachweis

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

5. Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 10., 20., 30., 40., 50., 60., 70., 80., 90. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

Anhang

§ 95 Sozialgesetz 5. Buch (SGB V)

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).