

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Spezial-Krankheitskosten-Versicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif DentalPlus (DP02) - Einzelversicherung

Dieser Tarif hat die Kurzbezeichnung DP02. Er gehört zur →Produktgruppe UNI.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) versichert ist.

Mit Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.2.1 Regelungen für alle versicherten Leistungen

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

2.2.1.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

2.2.1.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.1.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten

Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

(2) Auswahl von Krankenhäusern

Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die

- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.1.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Zusageerfordernis

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

(2) Ausnahmen vom Zusageerfordernis

Vom Zusageerfordernis nach Absatz 1 gelten folgende Ausnahmen:

a) Notfallbehandlung

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) - auch bei Notfallanweisung - medizinisch notwendig ist.

b) Akute Behandlung während des Aufenthalts

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz 1 eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

c) Einziges geeignetes Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz

Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz 1 das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

2.2.1.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere

Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.2 Versicherte Leistungen bei zahnärztlicher Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.2.1 Was bedeuten die Begriffe "Gesamtaufwendungen" und "Restaufwendungen" im Sinne dieses Vertrags?
- 2.2.2.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten) und Inlays?
- 2.2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Implantologie?
- 2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Füllungen (mit Ausnahme von Inlays)?
- 2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Parodontalbehandlung?
- 2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Wurzelbehandlung?
- 2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung)?
- 2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Kieferorthopädie?
- 2.2.2.9 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir für die zahnmedizinische Versorgung (Zahntechnische Leistungen, Akupunktur sowie Verbandmaterialien und Arzneimittel)?
- 2.2.2.10 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?
- 2.2.2.11 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?
- 2.2.2.12 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Hier finden Sie Regelungen zu den versicherten Leistungen, wenn sich die →versicherte Person in Deutschland behandeln lässt.

Unsere Leistungspflicht bei Auslandsbehandlungen haben wir in Ziffer 2.2.3 festgelegt. Bitte sehen Sie im Bedarfsfall an dieser Stelle nach.

- 2.2.2.1 Was bedeuten die Begriffe "Gesamtaufwendungen" und "Restaufwendungen" im Sinne dieses Vertrags?

Wir verstehen unter

- "Gesamtaufwendungen" sämtliche Aufwendungen für die Behandlung der →versicherten Person, ohne eine Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen.
- "Restaufwendungen" die Aufwendungen, die nach Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben.

- 2.2.2.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz (einschließlich Suprakonstruktionen auf Implantaten) und Inlays?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozeptsätze

a) Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen für Behandlungen im Rahmen einer Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V). Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen rechnen wir jedoch durch Abzug in tatsächlicher Höhe an.

Das gilt nur für Behandlungen, für die keine privatärztliche Vergütung berechnet wird.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

b) Behandlungen außerhalb der Regelversorgung

aa) Unsere Leistungszusage (Grundsatz)

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen für Behandlungen, die über eine Regelversorgung nach § 55 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) hinausgehen oder von dieser abweichen. Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen rechnen wir jedoch durch Abzug in tatsächlicher Höhe an.

Das gilt nur für Behandlungen, für die zumindest teilweise eine privatärztliche Vergütung berechnet wird.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

bb) Besonderheit: Pauschale Anrechnung, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung trotz Leistungspflicht nicht leistet

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht leistet, obwohl sie nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) leistungspflichtig ist, gilt Folgendes:

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte.

(2) Besonderer Nachweis über den Zuschuss der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung die Aufwendungen bezuschusst hat, müssen ergänzend zu Ziffer 1.2.2 Absatz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Originalrechnungen oder Rechnungskopien mit einer Bestätigung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung über die Höhe der erbrachten Zuschüsse vorgelegt werden.

(3) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- a) prothetische Leistungen, einschließlich Brücken, Stützähnen, Kronen, Teilkronen und Keramikverblendschalen (Veneers) sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen),
- b) die mit den Leistungen nach a) in Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbiss-Behelfen und Schienen,
- c) Inlays (Einlagefüllungen) und
- d) die mit den Leistungen nach a) bis c) im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

- 2.2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Implantologie?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- a) implantologische Leistungen,
- b) die in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, zum Beispiel der Aufbau des Kieferknochens, sowie
- c) Vollnarkose im Zusammenhang mit den unter a) und b) aufgeführten Leistungen.

2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Füllungen (mit Ausnahme von Inlays)?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsätze

a) Unsere Leistungszusage bei Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen. Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen rechnen wir jedoch durch Abzug in tatsächlicher Höhe an.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, gilt dieser als anrechenbare Leistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

b) Unsere Leistungszusage, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat.

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht leistet, obwohl sie nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) leistungspflichtig ist, gilt Folgendes:

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- Kunststoff-Füllungen,
 - Komposit-Füllungen sowie
 - Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen,
- jedoch nicht für Inlays (Einlagefüllungen).

Unsere Leistungspflicht bei Inlays (Einlagefüllungen) ergibt sich aus Ziffer 2.2.2.2. Bitte sehen Sie im Bedarfsfall an dieser Stelle nach.

2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Parodontalbehandlung?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsätze

a) Unsere Leistungszusage bei Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die deutsche gesetzliche Krankenversicherung verbleiben (Restaufwendungen).

Dies setzt voraus, dass die deutsche gesetzliche Krankenversicherung für die systematische Parodontalbehandlung zumindest teilweise vorgeleistet hat.

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

b) Unsere Leistungszusage, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht für die systematische Parodontalbehandlung vorgeleistet hat, gilt Folgendes:

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte.

Dies gilt unabhängig davon, ob die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) leistungspflichtig ist.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die systematische Behandlung von Parodontopathien im geschlossenen oder im offenen Verfahren.

Im geschlossenen Verfahren werden harte bakterielle Auflagerungen auf der Wurzeloberfläche unterhalb der Zahnfleischgrenze entfernt und die Wurzeln geglättet. Die systematische Behandlung im offenen Verfahren erfolgt zum Beispiel als Lappenoperation oder offene Kürettage (jeweils auch mit Knochenmodellation).

2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Wurzelbehandlung?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsätze

a) Unsere Leistungszusage bei Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die deutsche gesetzliche Krankenversicherung verbleiben (Restaufwendungen).

Wenn für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Selbstbehalt getragen wird, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

b) Unsere Leistungszusage, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat.

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht leistet, obwohl sie nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) leistungspflichtig ist, gilt Folgendes:

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte.

Die geltenden Richtlinien sehen eine Leistungspflicht der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere vor, wenn durch die Wurzelbehandlung eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- Wurzelkanal-Behandlungen und
- Wurzelspitzen-Resektionen.

2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung)?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Aufwendungen für Prophylaxe

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Prophylaxe.

Prophylaxe ist die

- professionelle Zahnreinigung,
- Erstellung des Mundhygienestatus,
- eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- Kontrolle des Übungserfolgs sowie
- Fissurenversiegelung.

b) Begriffserläuterungen zu "Professionelle Zahnreinigung" und "Fissurenversiegelung"

Professionelle Zahnreinigung ist die

- Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- Reinigung der Zahnzwischenräume,
- Entfernung des Biofilms,
- Oberflächenpolitur sowie
- Fluoridierung.

Fissurenversiegelung ist die Versiegelung mit aushärtenden Kunststoffen von kariesfreien Zahnfissuren.

(3) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Prophylaxe ist auf höchstens 100 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Kieferorthopädie?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

(1) Kieferorthopädie für Personen bis zum 21. Geburtstag

a) Erstattungsprozentsätze

aa) Unsere Leistungszusage bei Vorleistung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung durch die deutsche gesetzliche Krankenversicherung verbleiben (Restaufwendungen).

Zu den anrechenbaren Vorleistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zählen auch ein

- Selbstbehalt, der für die →versicherte Person gemäß § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) getragen wird und
- der gemäß § 29 Absatz 2 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) getragene Eigenanteil. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person die Behandlung abgebrochen hat.

bb) Unsere Leistungszusage, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht vorgeleistet hat (Kieferorthopädische Indikationsklassen - KIG - 1 und 2).

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nicht leistet, obwohl sie nach den geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) leistungspflichtig ist (Kieferorthopädische Indikationsklassen - KIG - 3 bis 5), gilt Folgendes:

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen abzüglich 40 Prozentpunkte.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für →versicherte Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind.

c) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Kieferorthopädie für Personen bis zum 21. Geburtstag ist auf höchstens 2.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsfall begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

tungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Kieferorthopädie für Personen, die auch älter als 20 Jahre sind (bei Unfall oder schwerer Erkrankung)

a) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat. Die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für diese Aufwendungen rechnen wir jedoch durch Abzug in tatsächlicher Höhe an.

Wenn die deutsche gesetzliche Krankenversicherung keine Vorleistungen erbringt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Wenn einer der zwei folgenden Fälle vorliegt, sind die Aufwendungen für Kieferorthopädie erstattungsfähig, auch wenn die versicherte Person bereits älter als 20 Jahre ist:

aa) Unfall

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden.

Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

bb) Schwere Erkrankung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen, die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, einer skelettalen Dysgnathie oder einer verletzungsbedingten Kieferfehlstellung erforderlich sind. Weiter müssen diese Aufwendungen im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung entstanden sein.

2.2.2.9 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir für die zahnmedizinische Versorgung (Zahntechnische Leistungen, Akupunktur sowie Verbandmaterialien und Arzneimittel)?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.2.10 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:

(1) Aufwendungen für zahntechnische Leistungen

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen im Rahmen der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.2.2.2 bis 2.2.2.8 wie die Aufwendungen für die Leistungen, in deren Zusammenhang sie erbracht worden sind.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen.

(2) Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir die Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel im Rahmen der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.2.2.2 bis 2.2.2.8 wie die Aufwendungen für die Leistungen, in deren Zusammenhang sie verordnet werden.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Verbandmaterialien und zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, wenn diese

- zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind und
- von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie von einem Zahnarzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate.

(3) Aufwendungen für Akupunktur

Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

a) Erstattungsprozentsatz

Wir ersetzen 75 Prozent der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Akupunktur, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind. Die Akupunktur muss

- zur Schmerzausschaltung im Zusammenhang mit zahnärztlichen Behandlungen und
- durch einen Zahnarzt im Sinne von Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 erbracht werden.

2.2.2.10 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn

Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs DP02 gelten bei Aufwendungen nach Ziffern 2.2.2.2 bis 2.2.2.9 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:

- 800 Euro während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 1.600 Euro während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 2.400 Euro während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 3.200 Euro während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

Für Aufwendungen, die den Erstattungshöchstbetrag des jeweiligen Leistungsabschnitts übersteigen, besteht kein Anspruch auf Aufwendungsersatz. Dieser übersteigende Teil kann auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit einem Erstattungshöchstbetrag eines folgenden Leistungsabschnitts verrechnet werden.

(2) Keine Erstattungshöchstbeträge bei unfallbedingten Behandlungen

Die Erstattungshöchstbeträge nach Absatz 1 gelten nicht für zahnärztliche Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn

- durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder
- beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

(3) Anrechnung bisheriger Versicherungsdauer bei Tarifwechsel

Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif DP02 wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif DP02 angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif DP02 bis zu dem Erstattungshöchstbetrag angerechnet, der sich aus Satz 1 ergibt.

2.2.2.11 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Wir empfehlen, uns bei folgenden Leistungen einen Heil- und Kostenplan nach Befunderhebung einzureichen:

- Zahnersatz nach Ziffer 2.2.2.2,
- Inlays nach Ziffer 2.2.2.2,
- implantologischen Leistungen nach Ziffer 2.2.2.3 sowie
- kieferorthopädischen Leistungen nach Ziffer 2.2.2.8.

Wir informieren Sie unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzen wir tarifgemäß.

2.2.2.12 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Es gelten die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Das gilt jedoch nicht für Prophylaxe-Leistungen nach Ziffer 2.2.2.7. Hier entfallen die Wartezeiten.

Die achtmonatige Wartezeit gilt auch für Inlays (Ziffer 2.2.2.2) und implantologische Leistungen (Ziffer 2.2.2.3). Außerdem gilt sie auch für die in diesem Zusammenhang erbrachten weiteren Leistungen nach Ziffer 2.2.2.9.

2.2.3 Versicherte Leistungen bei zahnärztlicher Behandlung im Ausland

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlungen im Ausland?**
- 2.2.3.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?**
- 2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?**
- 2.2.3.4 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?**

Hier finden Sie Regelungen zu den versicherten Leistungen, wenn sich die →versicherte Person im Ausland aufhält und sich dort behandeln lässt.

Unsere Leistungspflicht bei Behandlungen in Deutschland ist in Ziffer 2.2.2 festgelegt.

2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlungen im Ausland?

Unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.2.3 gilt unabhängig davon, ob die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Wir erbringen die Tarifleistungen auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

2.2.3.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

Nach diesem Tarif besteht Versicherungsschutz in allen europäischen Ländern (siehe Ziffer 1.1.6 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein).

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas gilt für diesen Tarif Ziffer 1.1.6 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein sowie folgende Regelungen:

(1) Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)

Abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein besteht während eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz nach diesem Tarif für insgesamt 2 Monate. Der Versicherungsschutz kann durch Vereinbarung darüber hinaus verlängert werden.

(2) Ausnahme bei Gesundheitsgefahr durch Rückreise

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 2 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht abweichend von Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde. Die Begrenzung auf längs-

tens weitere 2 Monate nach Ziffer 1.1.6 Absatz 2 Satz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt nicht.

2.2.3.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?

Wenn nach den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffern 1.1.6 und 1.1.7) und nach Ziffer 2.2.3.2 Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten besteht, ersetzen wir die Aufwendungen, welche nach Ziffer 2.2.2 auch für Behandlungen innerhalb Deutschlands versichert sind.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen, die nach Ziffer 2.2.2 für Behandlungen in Deutschland vereinbart sind.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die im Ausland ortsüblichen Kosten, jedoch nicht mehr als der Betrag, der bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wäre.

Es gelten damit die Begrenzung unserer Leistungspflicht nach Ziffer 2.2.2 auf die Gebührensätze nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen sowie die Höchstbeträge nach Ziffer 2.2.2.10.

2.2.3.4 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Es gelten die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Das gilt jedoch nicht für Prophylaxe-Leistungen nach Ziffer 2.2.2.7. Hier entfallen die Wartezeiten.

Die achtmonatige Wartezeit gilt auch für Inlays (Ziffer 2.2.2.2) und implantologische Leistungen (Ziffer 2.2.2.3). Außerdem gilt sie auch für die in diesem Zusammenhang erbrachten weiteren Leistungen nach Ziffer 2.2.2.9.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht

a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

c) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) wenn die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, in Krankenhäusern oder in medizinischen Versorgungszentren durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund vom Aufwandsersatz ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein →schwebender Versicherungsfall vorliegt, sind wir nicht leistungspflichtig für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

f) für Zuzahlungen im Sinne von § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V).

g) für im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen stehende Material- und Laborkosten, die mit den Gebühren der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder mit den Leistungen abgegolten sind, die im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung berechnet werden.

2.3.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

(1) Unser Recht zur Herabsetzung unserer Leistungen

Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,

- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(2) Bemessungskriterien zur Bestimmung der angemessenen Vergütung

Aufwendungen nach

- der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und
- der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

Andere Aufwendungen für Behandlung in Deutschland gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen. Aufwendungen für Behandlung im Ausland (siehe dazu Ziffer 2.2.3) gelten als angemessen, wenn sie das dort ortsübliche Maß, jedoch maximal das in Deutschland übliche Maß, nicht übersteigen.

2.4 Besondere Obliegenheit nach diesem Tarif

Welche Obliegenheit ist bei weiteren Krankenversicherungen neben Tarif DP02 zu beachten?

(1) Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz

Abweichend zu der Obliegenheit nach Ziffer 1.3.1 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein müssen Sie uns nur dann unverzüglich informieren, wenn für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer eine weitere Krankheitskosten-Versicherung mit Anspruch auf Aufwendungsersatz für zahnärztliche Leistungen (Zahnbehandlung oder Zahnersatz) abgeschlossen wird.

(2) Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung

Verletzen Sie oder die →versicherte Person die Obliegenheit nach Absatz 1 vorsätzlich oder grob fahrlässig, richten sich die Rechtsfolgen nach Teil B Ziffer 3. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein sowie ein Kündigungsrecht haben.

2.5 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen die gesetzliche Krankenversicherung

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch die gesetzliche Krankenversicherung in Anspruch genommen werden kann?

Ergänzend zu Ziffer 1.4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein gilt:

(1) Nachrangige Leistungspflicht

Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen kann, gehen auch diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind

in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs

Wenn wir in Vorleistung treten, muss der Leistungsanspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung an uns →schriftlich abgetreten werden. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

2.6 Maßgebliches Alter für den Beitrag der nächst höheren Altersstufe

Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 21, 41, 46, 51, 56 oder 61 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist. Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kündigen.

2.7 Besondere Regelungen zur Beitragsanpassung

Welche Besonderheit gilt bei der Beitragsanpassung?

Abweichend von Ziffer 1.7.1.1 Absatz 1 Satz 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein erfolgt eine Anpassung erst dann, wenn die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die jeweilige →Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt.

Im Übrigen gilt Ziffer 1.7.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein unverändert.

2.8 Verzicht auf Kündigungsrecht

Was gilt ergänzend für unser ordentliches Kündigungsrecht?

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht nach Ziffer 1.9.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein.