

Teil III – Tarif ZahnbehandlungPlus (ZZBPlus)

Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Freien Heilfürsorge

Gültig ab 01.10.2021

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft AVB/S

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die entweder bei einer deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder die Anspruch auf Heilfürsorge haben und für die keine weitere Krankenversicherung mit Leistungen für Zahnbehandlungen oder für Kieferorthopädie bei einem anderen privaten Krankenversicherer besteht.

Bei Wegfall einer der Eigenschaften für die Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung zum Zeitpunkt des Wegfalls.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Zahnbehandlungen

Wir ersetzen erstattungsfähige Aufwendungen für Maßnahmen zur Zahnbehandlung aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) zu 100 % unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen.

Erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland oder - innerhalb Deutschlands - durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung (Privatarzt) erfolgt, werden 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Als Maßnahmen zur Zahnbehandlung gelten insbesondere, jedoch nicht abschließend:

- a) allgemeine zahnärztliche Leistungen und Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen (GOZ-Ziffern 0010-0120),
- b) konservierende Leistungen, insbesondere plastische Zahnfüllungen, Wurzelkanalbehandlungen einschl. elektrometrischer Wurzellängenmessungen, Wurzelfüllungen und Restaurationen mit Kompositmaterialien (GOZ-Ziffern 2010-2130, 2300, 2330, 2340, 2350-2440),
- c) chirurgische Maßnahmen (GOZ-Ziffern 3110-3120 und 3290-3300),
- d) parodontologische Leistungen mit Knochenaufbau (GOZ-Ziffern 4000-4150), Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime einschl. Bakterienanalyse, Einsatz von VECTOR-Technologie,
- e) Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen (GOZ-Ziffern 7000-7060; ausgenommen sind Protrusionsschienen und Schienen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung) einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z. B. Entfernen von Zähnen.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Zahnbehandlung stehen:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumetomographie),

- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Leistungsbegrenzungen:

- Für Aufbissbehelfe und Schienen (Ziffer 2.1 e)) sind einschl. der Material- und Laborkosten maximal 500 EUR je Versicherungsjahr* erstattungsfähig. Die Versicherungsleistung wird bis zu dieser Höhe awuch für DROS®-Schienen erbracht.

* Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr identisch (vgl. § 2 Abs. 4 AVB/S).

2.2 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für Zahnprophylaxe bis maximal 150 Euro je Versicherungsjahr.

Als Zahnprophylaxe gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und oberflächigen Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe,
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Eine eventuelle Vorleistung der GKV/Heilfürsorge wird auf den Rechnungsbetrag angerechnet.

Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte/Zahnärztinnen sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/innen) in Anspruch genommen werden.

2.3 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung außerhalb der Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge zu 100 % bis zu maximal 200 Euro pro Versicherungsjahr.

Erstattungsfähig sind ausschließlich Aufwendungen für:

- a) Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- b) Vollnarkose,
- c) Lachgas-Sedierung,
- d) Akupunktur,
- e) Hypnose.

2.4 Kieferorthopädie

Hat eine kieferorthopädische Behandlung **vor Vollendung des 18. Lebensjahres** begonnen, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzung nach Ziffer 3 bis zu einem Betrag von 3.000 EUR. Die Erstattungsleistung kann nur einmalig für die gesamte Vertragslaufzeit beansprucht werden.

Wir erstatten kieferorthopädische Behandlungen, die **nach Vollendung des 18. Lebensjahres** beginnen, sofern diese Folgen eines nach Versicherungsbeginn/Vertragsschluss erlittenen Unfalles sind oder eine Vorleistung der GKV erfolgt. Die Erstattungsleistung ist in diesen Fällen insgesamt auf höchstens 2.000 EUR für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 – 5. Bei diesen Indikationsgruppen erkennen wir die medizinische Notwendigkeit stets an.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören, soweit sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Maßnahme zur Kieferorthopädie stehen, außerdem:

- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Diagnostik (Beratung; Vor- und Nachuntersuchungen; bildgebende Verfahren wie bspw. Röntgen, Computertomographie, Sonographie oder digitale Volumentomographie),
- Versiegelung der Zähne,
- lokale Anästhesien sowie
- zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge, werden nicht unter deren Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen erstattet.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspangen, Lingualtechnik, festsitzende Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzende Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen sowie in Verbindung mit der kieferorthopädischen Maßnahme stehende funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

3. Leistungsbegrenzungen für Kieferorthopädie

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 2.4 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

- 600 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 1.200 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 1.800 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.

Mit Beginn des vierten Versicherungsjahres entfallen diese Leistungsbegrenzungen.

Die Leistungsbegrenzungen gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, zurückzuführen sind. Die Erstattungshöchstbeträge nach Ziffer 2.4 bleiben auch in diesem Fall bestehen.

4. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Erstattungsfähig sind Aufwendungen maximal bis zu der Höhe, wie sie bei Behandlung in Deutschland ohne den Abschluss einer Honorarvereinbarung entstanden wären.

Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand.

5. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen:

- einer bereits vor Vertragsschluss als notwendig bekannten oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- für stationär durchgeführte Zahnbehandlungen,
- für gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration (GTR/GBR),
- für von der GKV abgezogene Selbstbehalte nach § 53 SGB V (GKV-Wahltarife),
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen auch über die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus. Voraussetzung ist der Abschluss einer § 2 Abs. 1 und 2 GOZ entsprechenden Honorarvereinbarung.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind gemäß § 9 GOZ erstattungsfähig.

7. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnbehandlungsmaßnahmen oder kieferorthopädischen Maßnahmen ab einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. In diesem Fall prüfen wir diesen und informieren Sie über die zu erwartende Versicherungsleistung. Wir übernehmen auch von der GKV/Heilfürsorge nicht übernommene Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines vorher nicht eingereichten Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

8. Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifs ZahnbehandlungPlus (ZZBPlus) haben, sind wir berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Wir sind nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

9. Kündigungsrecht des Versicherers/Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14 Abs. 1 AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht. Wartezeiten bestehen nicht.

10. Beiträge

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Abweichend von § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S wird der Beitrag jeweils einheitlich für die Altersgruppen 0 - 20 und 21 - 102 Jahre berechnet. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Ein Beitragsnachlass bei Beitragsvorauszahlung (Skonto) ist abweichend von § 8 Abs. 2 AVB/S nicht vorgesehen.