

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die betriebliche Kranken-Zusatzversicherung

Stand: 01.12.2020

Teil II: Tarife ZP50, ZP70, ZP90 und ZP10 der Zahn-Zusatzversicherung

Die Tarifbeschreibung gilt zusammen mit dem Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
I. Unsere Leistungen	3
1. Zahnersatz	3
2. Zahnbehandlung	3
3. Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe)	4
4. Kieferorthopädie	4
5. Allgemeine Leistungen	5
6. Besondere nicht medizinisch notwendige Maßnahmen zur Schmerzausschaltung	5
7. Vorleistung anderer Kostenträger	5
8. Gebührenordnung	5
9. Heil- und Kostenplan	5
10. Behandlung im Ausland	5
11. Zuordnung der Kosten	5
II. Wartezeiten	6
III. Beiträge	6
1. Beitragsberechnung	6
2. Beitragsanpassung	6
IV. Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten	6
1. Beendigung	6
2. Fortführungsmöglichkeiten	7
3. Umstufung	7
Glossar	8
Anhang	9

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten aus dem jeweiligen Tarif für:

Zahnersatz und Zahnbehandlung

ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
50 %	70 %	90 %	100 %

Der Erstattungssatz gilt zusammen mit der Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer Privaten Kranken-Vollversicherung (PKV).

Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe, beispielsweise professionelle Zahnreinigung) pro Kalenderjahr

ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
50 EUR	100 EUR	150 EUR	200 EUR

Besondere nicht medizinisch notwendige Maßnahmen zur Schmerzausschaltung bis 200 EUR pro Kalenderjahr

ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
200 EUR	200 EUR	200 EUR	200 EUR

Kieferorthopädie nach Unfall (auch bei Erwachsenen)

ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
50 %	70 %	90 %	100 %

Kieferorthopädie bei Kindern bei Beginn vor dem 18. Geburtstag

	ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
Prozentsatz	50 %	70 %	90 %	100 %
Maximale Leistung	1.500 EUR	2.100 EUR	2.700 EUR	3.000 EUR

Zahnstaffel

Für Zahnersatz, Zahnbehandlung und kieferorthopädische Behandlung erstatten wir in den ersten Jahren ab Versicherungsbeginn maximal:

	ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
Im ersten Kalenderjahr	500 EUR	700 EUR	900 EUR	1.000 EUR
In den ersten 2 Kalenderjahren	1.000 EUR	1.400 EUR	1.800 EUR	2.000 EUR
In den ersten 3 Kalenderjahren	1.500 EUR	2.100 EUR	2.700 EUR	3.000 EUR
In den ersten 4 Kalenderjahren	2.000 EUR	2.800 EUR	3.600 EUR	4.000 EUR

Bestehen Höchstgrenzen für die tarifliche Leistung, beispielsweise für die Kieferorthopädie bei Kindern, berücksichtigen wir diese.

Ein Beispiel: Sie sind im Tarif ZP50 versichert und reichen im ersten Kalenderjahr eine Rechnung für zwei Inlays in Höhe von 1.500 EUR ein. Die GKV zahlt 100 EUR. Sie erhalten von uns 500 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr erhalten Sie oder eine versicherte Person die Leistungen in tariflichem Umfang.

Wenn Sie Ihren Vertrag in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umstellen, gilt:

- ab der Umstellung legen wir die Zahnstaffel des Zieltarifes zu Grunde,
- wir rechnen die bisher zurückgelegte Versicherungszeit sowie erhaltene Leistungen an.

Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht worden sind.

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den folgenden Abschnitten.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die zahnärztliche Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 8.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei einer GKV oder einer in Deutschland zugelassenen PKV mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Tarif (§ 193 Abs. 3 VVG) versichert sind
und
- als Mitarbeiter eines Unternehmens innerhalb eines Gruppenversicherungsvertrages mit uns in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung angemeldet werden.

I. Unsere Leistungen

1. Zahnersatz

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu:

ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
50 %	70 %	90 %	100 %

Zum Beispiel:

- Brücken,
- Kronen (auch Einzelkronen),
- implantologische Leistungen (beispielsweise Implantate und dafür notwendige Knochenaufbauten),
- Veneers,
- Verblendungen und individuelle Zahnfarbenbestimmung bis einschließlich Zahn 6,
- Stifzähne,
- Prothesen,
- Reparaturen von Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten auch die im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch notwendigen Leistungen wie:

- Kieferabformungen,
- Präparieren der Zähne,
- Aufbaufüllungen,
- Kurz- und Langzeitprovisorien,
- Funktionsanalyse und Funktionstherapie (Gnathologie) in Verbindung mit Zahnersatz.

Für gesetzlich Versicherte in den Tarifen ZP50, ZP70 und ZP90 gilt:

Wenn Sie oder die versicherte Person Zahnersatz als **Regelversorgung** durchführen lassen, erstatten wir zusammen mit der GKV 100 % der Kosten. Dazu gehören auch Material- und Laborkosten. Dafür legen Sie uns bitte den Heil- und Kostenplan mit dem Genehmigungsvermerk Ihrer GKV vor.

2. Zahnbehandlung

Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** zusammen mit der Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu:

ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
50 %	70 %	90 %	100 %

Zum Beispiel:

- konservierende Leistungen (beispielsweise Zahnfüllungen, auch Kunststofffüllungen, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, oder Wurzelkanalbehandlungen),
- chirurgische Leistungen (beispielsweise Wurzelspitzenresektion),
- Inlays (auch Cerec-Inlays),
- Onlays,
- Overlays,
- Parodontalbehandlungen (beispielsweise VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation oder Bakterien-/DNA-Test),
- zusätzliche Anwendung von Laser oder OP-Mikroskop,

- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen und Knirscherschienen, DROS-Schienen),
- Gnathologie in Verbindung mit Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten auch die im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch notwendigen Leistungen wie:

- Kieferabformungen,
- Präparieren der Zähne,
- Provisorien.

3. Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe)

Wir ersetzen je Kalenderjahr die **erstattungsfähigen Kosten** zu 100 % bis maximal:

ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
50 EUR	100 EUR	150 EUR	200 EUR

Als Zahnprophylaxe gelten zum Beispiel:

- Erstellen eines Status der Mundhygiene sowie gründliche Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- Beurteilen der Mundhygiene und des Zustands des Zahnfleisches sowie die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Anleitungen,
- Aufklären über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridieren zur Härtung des Zahnschmelzes,
- Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen (professionelle Zahnreinigung)
Ausnahme: Bleaching,
- Behandeln von sehr empfindlichen Zahnflächen,
- Zahnversiegelung (Fissurenversiegelung).

4. Kieferorthopädie

(1) Wir ersetzen die **erstattungsfähigen Kosten** zu:

	ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
Prozentsatz	50 %	70 %	90 %	100 %
Maximale Leistung	1.500 EUR	2.100 EUR	2.700 EUR	3.000 EUR

Voraussetzung:

Die Behandlung beginnt vor dem 18. Geburtstag.

Die maximale Leistungsbegrenzung gilt während der gesamten Vertragslaufzeit.

Die Begrenzung auf die maximale Leistung gilt nicht, wenn die Behandlung durch einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht worden ist.

Wir erstatten auch zusätzliche kieferorthopädische Leistungen im tariflichen Umfang, also sogenannte Mehrleistungen. Dazu gehören beispielsweise:

- Mini-, Keramik- oder Kunststoffbrackets,
- farblose Bögen,
- Lingualtechnik,
- festsitzende Retainer,
- unsichtbare Zahnspangen (beispielsweise Invisalign).

Für gesetzlich Versicherte gilt:

Nicht versichert ist der Eigenanteil, den Sie nach der Behandlung von der GKV zurückerhalten (§ 29 SGB V).

(2) Für Behandlungen, die nach dem 18. Geburtstag beginnen, leisten wir nur, wenn diese wegen eines Unfalls notwendig werden. Der Unfall muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein. Wir ersetzen dann die **erstattungsfähigen Kosten** zusammen mit den Leistungen eines anderen Kostenträgers zu:

ZP50	ZP70	ZP90	ZP10
50 %	70 %	90 %	100 %

Ein Unfall liegt in folgendem Fall vor: Die versicherte Person erleidet durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Schädigung der Gesundheit.

5. Allgemeine Leistungen

In Zusammenhang mit den Leistungen nach Ziffer 1, 2 und 4 erstatten wir auch die Kosten für allgemeine Leistungen, beispielsweise:

- Beratungen,
- Heil- und Kostenpläne,
- Anästhesien,
- Röntgenbilder,
- zahntechnischen Leistungen, die der Zahnarzt selbst erbringt oder in Auftrag gibt (Material- und Laborkosten).

Wir erstatten entsprechend der Leistungsart, mit der die allgemeinen Leistungen in Verbindung stehen. Tarifliche Leistungsbegrenzungen rechnen wir entsprechend an.

6. Besondere nicht medizinisch notwendige Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Über Ziffer 5. hinaus ersetzen wir für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung 100 % der **erstattungsfähigen Kosten**. Wir erstatten maximal 200 EUR pro Kalenderjahr.

Dazu gehören beispielsweise:

- Akupunktur,
- Lachgas-Sedierung,
- Hypnose,
- Vollnarkose.

7. Vorleistung anderer Kostenträger

Leistungen der GKV oder der PKV müssen vorab in Anspruch genommen werden. Bitte weisen Sie die Vorleistung durch einen Erstattungsvermerk auf den eingereichten Rechnungen nach.

Als Vorleistung gilt auch ein Selbstbehalt, der von der GKV nach § 53 SGB V abgezogen wird. Diesen Selbstbehalt erstatten wir nicht.

Wenn die GKV keine Vorleistung erbringt, weil sie für die zahnärztliche oder zahntechnische Leistung nicht leistungspflichtig ist, erbringen wir unsere Leistung in voller Höhe.

Ausnahmen:

Sie erhalten keine Vorleistung, weil Sie oder eine versicherte Person einen Behandler ohne **Kassenzulassung** gewählt haben. Dann gilt: Wir rechnen pauschal 35 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung an. Das gilt auch für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV oder ein sonstiger Kostenträger nachweislich keine Vorleistung erbringt.

Sie erhalten keine Vorleistung, weil Ihr PKV-Schutz keine Leistung für Zahnersatz, Zahnbehandlung oder Kieferorthopädie beinhaltet. Dann gilt: Wir rechnen pauschal 35 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung an.

8. Gebührenordnung

Wir erstatten zahnärztliche Abrechnungen, bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)** oder der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**.

Zahntechnische Leistungen, die der Zahnarzt selbst erbringt oder beauftragt, müssen nach der GOZ abgerechnet werden (Material- und Laborkosten, siehe Ziffer 5.).

9. Heil- und Kostenplan

Wir empfehlen Ihnen, für Zahnersatzmaßnahmen, Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Behandlungen vor Beginn einen Heil- und Kostenplan bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, in welchem Umfang wir die Kosten übernehmen.

Wenn Sie uns keinen Heil- und Kostenplan vorlegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

10. Behandlung im Ausland

Für Behandlungen im Ausland ersetzen wir maximal die Kosten, die wir bei einer Behandlung in Deutschland zahlen würden.

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Dabei legen wir den Kurs des Tages zugrunde, an dem wir die Belege erhalten haben.

11. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung stattfindet
oder
- wir Leistungen zur Vorsorge erbracht haben.

Das Rechnungsdatum ist dafür nicht maßgeblich.

II. Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

III. Beiträge

1. Beitragsberechnung

(1) Der Tarif wird nach Art der **Schadenversicherung** kalkuliert. Es werden keine **Alterungsrückstellungen** gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(2) Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter. Das erreichte Alter ist die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Es gilt eine Beitragsgruppe für die Alter 16 bis 70 Jahre.

2. Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel, wenn

- die Kosten für Heilbehandlungen steigen
oder
- medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen berechneten Versicherungsleistungen. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend setzen wir diese neu fest, wenn ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Anpassung zugestimmt hat.

Für die Berechnung bilden wir folgende **Beobachtungseinheiten**:

- ZP50 Erwachsene
- ZP70 Erwachsene
- ZP90 Erwachsene
- ZP10 Erwachsene.

Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern.

(2) Wir verzichten auf eine Beitragsanpassung, wenn wir übereinstimmend mit dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen nur als vorübergehend ansehen.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von vereinbarten **Risikozuschlägen** werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und deren maßgebliche Gründe folgt.

IV. Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten

1. Beendigung

(1) Die Versicherung endet, wenn

- a. die versicherte Person aus dem Unternehmen ausscheidet,
- b. der Gruppenvertrag mit dem Arbeitgeber endet,
- c. das Arbeitsverhältnis für die versicherte Person ruht, beispielsweise während der Elternzeit oder bei Ableistung eines Freiwilligendienstes,
- d. die versicherte Person Altersrente bezieht.

(2) Die Versicherung endet mit Ablauf des Monats, in den das jeweilige Ereignis fällt.

Wir müssen innerhalb von 2 Monaten darüber informiert werden, wenn ein Beendigungsgrund eintritt. Ausnahme ist die Beendigung des Gruppenvertrages. Erfahren wir später von dem Beendigungsgrund, endet die Versicherung mit dem Monat, in dem wir informiert werden.

(3) Es gelten daneben die Regelungen aus Abschnitt D. 3. Absätze 2, 3 und 4 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

2. Fortführungsmöglichkeiten

- (1) Wenn der Beendigungsgrund a. eintritt, können Versicherte einer GKV die Versicherung im Tarif ZP fortsetzen.
- (2) Wenn der Beendigungsgrund b. eintritt, kann die versicherte Person die Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen, in der sie versicherungsfähig ist. Der Erstattungssatz darf nicht höher sein als in der betrieblichen Krankenversicherung.
- (3) Wenn die Beendigungsgründe c. und d. eintreten, können Versicherte einer GKV die Versicherung im Tarif ZPF fortsetzen.
- (4) Die Fortsetzung muss die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Tarifes ZPO bei uns beantragen.

Für die Fortsetzung führen wir keine neue **Gesundheitsprüfung** durch.

3. Umstufung

- (1) Wenn die versicherte Person bei einer GKV versichert ist, gilt:

Ab dem auf den 70. Geburtstag folgenden Kalenderjahr wird die Versicherung von Tarif ZPO in Tarif ZPF mit dem gleichen Erstattungssatz umgestuft. In diesem Fall können Sie die Versicherung für die betroffene versicherte Person nach Abschnitt D. 1. Absatz 3 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung kündigen.

- (2) Wenn die versicherte Person bei einer PKV versichert ist, gilt:

Die Versicherung im Tarif ZPO endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in das der 70. Geburtstag fällt.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit.

Erstattungsfähige Kosten/Rechnungsbetrag: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die von Ihrem Versicherungsschutz umfasst und nach den gesetzlichen Vorschriften berechenbar sind. Weist ein Beleg Leistungen aus, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, müssen wir für diese Positionen nicht zahlen. Wir gehen dann bei der Erstattung von einem anderen Betrag aus, nämlich dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag oder den erstattungsfähigen Kosten.

Gebührenordnungen für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) regeln die Abrechnung der ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen bei Privatpatienten. Ärzte und Zahnärzte dürfen ihre Honorare nicht frei kalkulieren, sondern sind bei ihrer Abrechnung an die GOÄ oder GOZ gebunden.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmendeckung und die Beitragsberechnung.

Kassenzulassung: bezeichnet die Berechtigung eines Arztes oder Zahnarztes, seine Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) abzurechnen.

Regelversorgung: spielt in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Bezuschussung von Zahnersatz eine Rolle. Maßgeblich ist der Gebissbefund. Daraus leitet die Krankenkasse ihren Festzuschuss ab. Dieser als zweckmäßig, ausreichend, wirtschaftlich und notwendig angesehene Zahnersatz für den jeweiligen Gebisszustand wird als Regelversorgung bezeichnet.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine Gesundheitsprüfung durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Schadenversicherung: Eine Versicherung kann nach Art der Schadenversicherung betrieben werden. Das bedeutet, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung. Rückstellungen für den Ausgleich der höheren Kosten im Alter (**Alterungsrückstellungen**) werden nicht gebildet.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfeergänzungstarife) möglich.

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.

(3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

(5) Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(6) Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 einen Katalog von Leistungen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung.

(7) Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen mündlich aufzuklären und ist eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden. Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 1 und für die Erklärung des Versicherten nach Satz 2 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind.

(8) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus Absatz 7 Satz 1. Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und die Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 vorzulegen. Soweit es zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist, kann die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung auch behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur Übermittlung der behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und der Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 enthaltenen Daten sowie die Daten, die in den ihnen übermittelten behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen enthalten sind, nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfung nach Satz 1 erforderlich ist.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalen-

derjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) (weggefallen)

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahlтарifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahlтарifen nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahlтарifen nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahlтарifen nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahlтарifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahlтарif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahlтарifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahlтарifen zugrunde liegen.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinnngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.