

oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Teil 3: Versicherungsschutz für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen

GE Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland versichert sind.

Bei Wegfall der Versicherung bei dem Träger der GKV endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem diese Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

(2) Leistungsumfang

- a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 Buchst. c AVB) und für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 AVB) in Deutschland werden wie folgt erstattet:
 - aa) Heilmittel: 80% der Restkosten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Ohne Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht kein Erstattungsanspruch.
 - bb) Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen):
 - Personen mit Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Nach Vorleistung der GKV werden 80% der Restkosten, max. bis zu einem Höchstbetrag von 190 EUR pro Jahr, erstattet.
 - Personen ohne Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV: Die Aufwendungen für Sehhilfen werden zu 80%, max. bis zu einem Höchstbetrag von 190 EUR pro Jahr, erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben erst, wenn eine Veränderung der Sehschärfe von wenigstens 0,5 Dioptrien auf einem Auge eingetreten ist.
 - cc) Zahnersatz: 20% des Rechnungsbetrages, einschl. der Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, höchstens 90% des Rechnungsbetrages. Kein Erstattungsanspruch besteht bei implantologischen Leistungen. Wird bei Zahnersatz keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse erbracht oder wird der Versicherte privat-zahnärztlich behandelt, gilt folgendes:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

 - Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen), mit Ausnahme implantologischer Leistungen,
 - 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 abweichend von § 5 Abs. 6 AVB die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte liegen (2,3-facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8-facher Satz bzw. 1,15-facher Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen),
 - zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs GE (Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind.

Bei Zahnkronen und Brücken ist der Versicherungsschutz auf eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 begrenzt, ab Zahn 6 auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

Bei den Leistungen für Zahnersatz ist vor der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Nach Prüfung des Heil- und Kostenplans durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Versicherungsleistung. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 20% erstattet.

- b) Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt bis zu 3 Monaten Dauer (abweichend von § 1 Abs. 4 und 7 AVB) sind erstattungsfähig die Aufwendungen für:
- ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 4 Abs. 7a) AVB einschließlich der Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz. Nicht erstattungsfähig sind jedoch Vorsorgeuntersuchungen, Psychotherapie, Inanspruchnahme von Heilpraktikern sowie Untersuchungen und Behandlungen bei normal verlaufender Schwangerschaft und Entbindung;
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel gemäß § 4 Abs. 7b) AVB;
 - ärztlich verordnete Heilmittel gemäß § 4 Abs. 7c) AVB zu 80 %;
 - aufgrund eines Unfalls ärztlich verordnete Hilfsmittel gemäß § 4 Abs. 7c) AVB in einfacher Ausführung, wenn sie im Ausland aus medizinischen Gründen angeschafft werden müssen, zu 80 %; Brillen und Kontaktlinsen einschließlich notwendig gewordener Reparaturen jedoch nur im Rahmen der unter Abs. 2a) genannten Höchstgrenze;
 - stationäre Heilbehandlung entsprechend § 4 Abs. 8 AVB;
 - im Ausland akut notwendige Zahnbehandlung gemäß § 4 Abs. 9a) AVB in einfacher Ausführung, nicht aber für vorbeugende Untersuchungen sowie nicht für Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierungen (§ 4 Abs. 9b)); im Ausland notwendig gewordene Reparaturen von Zahnersatz in einfacher Ausführung werden erstattet;
 - die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransports in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die ausreichende medizinische Versorgung im Aufenthaltsland nicht mehr gewährleistet werden kann; es muss das kostengünstigste Transportmittel gewählt werden;
 - Bestattungskosten am Sterbeort für einen im Ausland Verstorbenen, wahlweise Überführungskosten an den Wohnort, höchstens jedoch 6.000 EUR.

Besteht Anspruch auf Leistungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung, sind diese vorher in Anspruch zu nehmen.

Entsprechendes gilt bei Leistungsanspruch gegen den Arbeitgeber bei einer Erkrankung während einer Beschäftigung im Ausland gemäß § 17 SGB Buch V. In diesen Fällen werden die oben genannten Leistungen auf die Restkosten erbracht.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 3 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den bereits eingetretenen Versicherungsfall solange bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält. Die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

Versichert sind grundsätzlich im Ausland akut auftretende Krankheiten oder Unfälle. Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen, sind nicht mitversichert, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde. Versichert sind aber im Ausland eintretende erhebliche Verschlimmerungen bestehender Erkrankungen, welche die Reisefähigkeit bei Reiseantritt nicht beeinträchtigt haben.

Reisen, die ausschließlich oder teilweise zum Zweck der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Die Leistungspflicht endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes. Für Leistungen bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen sämtliche Wartezeiten (abweichend von § 3 Abs. 2 und 3 AVB).

(3) Anpassung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz nach Tarif GE wertbeständig zu erhalten, ist der Versicherer berechtigt, die Höchstbeträge des Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Anlage) zu aktualisieren. Dies geschieht unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

GEP Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und für die Versicherungsschutz nach Tarif GE bei der Victoria Krankenversicherung besteht.

Bei Wegfall der Versicherung bei dem Träger der GKV oder bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach Tarif GE endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

(2) Leistungsumfang

a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 Buchst. c AVB) werden wie folgt erstattet:

Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen):

- Personen mit Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Nach Vorleistung der GKV werden 10% der Restkosten, max. bis zu einem Höchstbetrag von 65 EUR pro Jahr, erstattet.

- Personen ohne Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV: Die Aufwendungen für Sehhilfen werden zu 10%, max. bis zu einem Höchstbetrag von 65 EUR pro Jahr, erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben erst, wenn eine Veränderung der Sehschärfe von wenigstens 0,5 Dioptrien auf einem Auge eingetreten ist.

b) Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 Buchst. b AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse wie folgt erstattet:

Zahnersatz: 10% des Rechnungsbetrages nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse. Kein Erstattungsanspruch besteht bei implantologischen Leistungen.

Wird bei Zahnersatz keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse erbracht oder wird der Versicherte privat-zahnärztlich behandelt, gilt Folgendes:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen), mit Ausnahme implantologischer Leistungen,
- 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 abweichend von § 5 Abs. 6 AVB die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte liegen (2,3-facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8-facher Satz bzw. 1,15-facher Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen),

- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs GE (Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind.

Bei Zahnkronen und Brücken ist der Versicherungsschutz auf eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 begrenzt, ab Zahn 6 auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

Bei den Leistungen für Zahnersatz ist vor der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Nach Prüfung des Heil- und Kostenplans durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 10 % erstattet.

- c) Bei der Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind abweichend von § 4 Abs. 7 Buchst. a alle Leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der Fassung von 1985 (GebüH 1985) bis zum Höchstsatz erstattungsfähig, ebenfalls die von Heilpraktikern verschriebenen Arzneimittel.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70 %, höchstens 620 EUR pro Jahr, erstattet.

(3) Anpassung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz nach Tarif GEP wertbeständig zu erhalten, ist der Versicherer berechtigt, die Höchstbeträge des Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Anlage) zu aktualisieren. Dies geschieht unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

GES Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und für die Versicherungsschutz nach Tarif GE bei der Victoria Krankenversicherung besteht.

Bei Wegfall der Versicherung bei dem Träger der GKV oder bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach Tarif GE endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

(2) Leistungsumfang

a) Erstattungsfähig sind

- aa) die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für
- ambulante Behandlungen von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten (Praxisgebühr)
 - Arzneimittel, die von der GKV erstattet werden
 - Hilfsmittel mit Ausnahme von Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)
 - stationäre Behandlungen. Dazu gehören Krankenhausbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Vorsorgekuren, Eltern-Kind-Kuren.

bb) Arzneimittel, die ärztlich verordnet, aber nicht von der GKV erstattet werden.

- b) Die erstattungsfähigen Zuzahlungen müssen durch Quittungen und die erstattungsfähigen Arzneimittel durch ärztliche Rezepte, die mit Apothekenstempel versehen sind, nachgewiesen werden.

Werden alle Quittungen und Rezepte, die in einem Versicherungsjahr anfallen, mit einem Erstattungsantrag eingereicht, werden die erstattungsfähigen Zuzahlungen und Arzneimittel zu 90 % erstattet.

Werden die Quittungen und Rezepte, die in einem Versicherungsjahr anfallen, mit mehreren Erstattungsanträgen eingereicht, werden die erstattungsfähigen Zuzahlungen und Arzneimittel aus dem ersten Erstattungsantrag zu 90 %, die übrigen zu 70 % erstattet.

Der Gesamterstattungsbetrag eines Versicherungsjahres ist auf 400 EUR begrenzt.

- c) Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Beginnt die Versicherung nicht am 1.1. eines Jahres, fängt das erste Versicherungsjahr mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt an und endet am 31.12. desselben Jahres.

Die erstattungsfähigen Zuzahlungen und Arzneimittel werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die Zuzahlungen geleistet und die Arzneimittel aus der Apotheke bezogen werden.

ZEG Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland mit Versicherungsschutz für die Versorgung mit Zahnersatz versichert sind und für die Versicherungsschutz nach Tarif GE bei der Victoria Krankenversicherung besteht.

Bei Wegfall des Versicherungsschutzes für die Versorgung mit Zahnersatz bei dem Träger der GKV oder bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach Tarif GE endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

(2) Leistungsumfang

- a) Nach diesem Tarif werden Leistungen für die zahnärztliche Versorgung in Deutschland mit Zahnersatz, Implantaten und Inlays erbracht. Die Leistungen der GKV werden von dem ermittelten Erstattungsbetrag abgezogen.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen einer zahnärztlichen Behandlung für

- Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen, Stiftzähne – auch als Suprakonstruktionen),
- Inlays,
- Implantologische Leistungen.

Bei implantologischen Leistungen ist die Erstattungsfähigkeit auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich bereits vorhandener Implantate begrenzt. Der erstattungsfähige Betrag pro einzelner implantologischer Leistung (zahnärztliche und zahntechnische Leistung) ist auf max. 1.000 EUR begrenzt.

Der erstattungsfähige Betrag pro Inlay (zahnärztliche und zahntechnische Leistung) ist auf max. 400 EUR begrenzt.

- b) Die zahnärztlichen Leistungen, die nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet werden, sind bis zu den darin festgelegten Regelhöchstbeträgen (2,3-facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8-facher Satz bzw. 1,15-facher Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen) erstattungsfähig.

Die zahntechnischen Leistungen für Zahnersatz sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifes GE (Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstsätze berechnet sind.

- c) Kein Erstattungsanspruch besteht für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Bei Zahnkronen und Brücken ist der Versicherungsschutz auf eine metallische Ausführung mit Verblendungen bis jeweils zum Zahn 5 begrenzt, ab Zahn 6 auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

- d) Die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz, Implantate und Inlays werden zu 65 % erstattet.

Von diesem ermittelten Betrag wird die Vorleistung der GKV abgezogen. Der sich danach ergebende Betrag ist der Erstattungsbetrag.

Die von allen Kostenträgern zu erbringenden Leistungen dürfen insgesamt 100 % der dem Grunde nach erstattungsfähigen Leistungen nicht übersteigen.

- e) Bei Zahnersatzmaßnahmen oder bei Inlaybehandlungen mit einem voraussichtlichen Gesamtbetrag von über 2.000 EUR ist rechtzeitig vor Beginn der Durchführung der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

ZAS Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für privat Zahnärztliche Versorgung

Präambel

Der Tarif ZAS soll gesetzlich Versicherten neben ihren GKV-Sachleistungen den Zugang zu höherwertigen privat Zahnärztlichen Behandlungen beim Zahnarzt verschaffen.

Nach Tarif ZAS werden die Aufwendungen erstattet, die entstehen, wenn im Rahmen einer kassenzahnärztlichen Behandlung mit einem Zahnarzt über die GKV-Leistungen hinaus eine privat Zahnärztliche Vereinbarung über Mehrleistungen getroffen wird. Nicht versichert sind nach Tarif ZAS reine privat Zahnärztliche Behandlungen, d. h. Behandlungen, bei denen auf den GKV-Status verzichtet und für die gesamte Behandlung ein privater Behandlungsvertrag abgeschlossen wird.

(1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die auf Grund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland mit Versicherungsschutz für die Versorgung mit Zahnersatz versichert sind und keine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V vereinbart wird.

Bei Wegfall des Versicherungsschutzes für die Versorgung mit Zahnersatz bei dem Träger der GKV oder bei Vereinbarung der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

(2) Leistungsumfang

Erstattungsfähig sind folgende ausschließlichen Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Zahntechnik, die nach Umfang oder Qualität über die vertrags Zahnärztliche Versorgung und die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 SGB V hinausgehen:

- a) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für
 - Professionelle Zahnreinigung
 - Zahnbehandlung
 - Dazu gehören:
 - Kosten für endodontologische Leistungen einschließlich Wurzelspitzenresektionen, für die die GKV keine Leistungen erbringt
 - Parodontosebehandlungen, für die die GKV keine Leistungen erbringt
 - Mehrkosten für aufwändige Füllungen (dazu zählen auch Inlays/Einlagefüllungen einschließlich zahntechnischer Material- und Laborkosten) nach § 28 Abs. 2 Satz 2 ff. SGB V, für die eine Mehrkostenvereinbarung getroffen worden ist.
- Nicht versichert sind Leistungen für Kieferorthopädie.
- Zahnersatz nach § 55 SGB V unter Berücksichtigung der Leistungen nach § 55 Abs. 4 und 5 SGB V.
 - Zum Zahnersatz zählen auch Zahnkronen, Implantate einschließlich Suprakonstruktionen, implantologische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen; außerdem alle dafür erforderlichen vorbereitenden Maßnahmen sowie Material- und Laborkosten.

Wird die Behandlung im europäischen Ausland durchgeführt, ist der Versicherer nur zu den Leistungen verpflichtet, die bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wären.

- b) Die Zahnärztlichen Leistungen, die nach der gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet werden, sind bis zu dem darin festgelegten Höchstsatz (3,5-facher Satz für persönliche Leistungen, 2,5-facher bzw. 1,3-facher Satz für sogenannte medizinisch-technische Leistungen) erstattungsfähig.

Professionelle Zahnreinigung wird jährlich mit maximal 240 EUR erstattet. Beginnt das 1. Versicherungsjahr nach dem 1. 6. eines Jahres, werden nur 120 EUR übernommen.

Die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung werden zu 50%

erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100%

wenn in den letzten drei Jahren regelmäßig zweimal jährlich eine professionelle Zahnreinigung vorgenommen wurde.

Die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz werden zu 40%

erstattet. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 80%

wenn in den letzten drei Jahren regelmäßig zweimal jährlich eine professionelle Zahnreinigung vorgenommen wurde.

Bei Implantaten und implantologischen Leistungen ist die Erstattungsfähigkeit auf maximal acht Implantate im Oberkiefer und sechs Implantate im Unterkiefer einschließlich bereits vorhandener Implantate begrenzt.

Von den ermittelten Beträgen für Zahnbehandlung und Zahnersatz wird die Vorleistung der GKV abgezogen. Der sich danach ergebende Betrag ist der Erstattungsbetrag.

Diese Erstattungsbeträge für Zahnersatz sind in den ersten zwei Versicherungsjahren auf jeweils 1.000 EUR begrenzt.

In der Folgezeit sind die erstattungsfähigen Beträge für jeweils fünf folgende Jahre auf 30.000 EUR begrenzt. Von diesen erstattungsfähigen Beträgen werden die Vorleistungen der GKV abgezogen.

Jede eingereichte Rechnung muss den Nachweis der GKV-Leistung enthalten oder den Nachweis, dass keine GKV-Leistung erbracht wird.

Die von allen Kostenträgern zu erbringenden Leistungen dürfen insgesamt 100% der dem Grunde nach erstattungsfähigen Leistungen nicht übersteigen.

Bei allen Zahnersatzmaßnahmen mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR ist rechtzeitig vor Beginn der Durchführung der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erbracht.

AC Tarif für ambulante Heilbehandlung/ zahnärztliche Behandlung

(1) Leistungsumfang

- a) Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden zu 100 % erstattet (siehe hierzu auch § 5 [6] AVB).
Erfolgt keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, so werden 30 % des Rechnungsbetrages erstattet.
Abweichend von dieser Regelung werden auch ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) zu 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet.
Für Brillengestelle ist die Erstattung auf max. 64 EUR begrenzt.
- b) Die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 9 AVB) werden zu 50 % erstattet. In den ersten zwei Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 9 Buchst. b AVB) pro versicherte Person bis zu insgesamt 1.600 EUR erstattet.
Erfolgt keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse, so werden 20 % des Rechnungsbetrages erstattet.

GZ Tarif für stationäre Heilbehandlung

(1) Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der GKV versichert sind.

(2) Leistungsumfang

- a) Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 8 Buchst. b AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse zu 100 % erstattet (siehe hierzu auch § 5 [6] AVB), und zwar nach
Tarifstufe GZ 1: Ein- oder Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung
Tarifstufe GZ 2: Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.
Wird weder das Ein-/Zweibettzimmer noch die privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von
25 EUR für Tarifstufe GZ 1 und von
20 EUR für Tarifstufe GZ 2
gezahlt. Für Kinder wird das Krankenhaustagegeld in halber Höhe gezahlt.
Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 Buchst. d AVB).
- b) Verbleiben nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nach § 4 Abs. 8 Buchst. a AVB erstattungsfähige Aufwendungen, werden diese ebenfalls zu 100 % erstattet.
Zu den Vorleistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung gehören auch die dem Personenkreis mit einem Anspruch auf Teilkostenerstattung nach § 14 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) von ihrem Arbeitgeber zu erbringenden Beihilfeleistungen.
Wird keine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen, kommt nur eine Erstattung nach (2) a) infrage.
- c) Zu den erstattungsfähigen Kosten zählen nicht die vom Versicherten kraft Gesetzes zu übernehmenden Zuzahlungen.

Krankenhaus- und Kurtagegeldtarife KH Krankenhaustagegeldtarif

(1) Leistungsumfang

Das Krankenhaustagegeld beträgt 5 EUR und kann in Vielfachen davon abgeschlossen werden. Der Leistungsumfang ergibt sich aus § 4 Abs. 11 AVB.
Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 Buchst. d AVB).

KB Tarif für Kurbehandlung

(1) Leistungsumfang

- a) Es wird ein Kurtagegeld für die Dauer einer ärztlich verordneten Kur (§ 4 Abs. 10 AVB) zur Verfügung gestellt, höchstens jedoch für 28 Tage innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Das Kurtagegeld kann in Vielfachen von 5 EUR abgeschlossen werden, höchstens jedoch 100 EUR je Tag.
- b) Das versicherte Kurtagegeld wird in voller Höhe bei Unterbringung in unter ständiger Aufsicht stehenden Krankenanstalten, Sanatorien, Kurheimen, Kuranstalten oder Heilstätten gegen Unterbringungsnachweis gezahlt.
- c) Bei einer sonstigen Kur ohne Unterbringungsnachweis wird das versicherte Kurtagegeld zur Hälfte gezahlt.

**Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifes GE
für zahntechnische Leistungen**

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR				
001	Modell	5,42	210	Lösungsknopf für Friktionsprothese	11,91
002	Doublieren/Platzhalter einfügen/ Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	15,50	211	Abschlussrand	16,31
003	Set-up	8,23	212	Zuschlag einzelne Klammer	20,68
005	Sägmodell/Einzelstumpfmodell/ Modell nach Überabdruck/ Set-up-Modell/ Fräsmodell	8,98	301	Aufstellung Wachsbasis Grundeinheit	32,28
007	Zahnkranz sockeln	5,23	302	Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn	1,71
011	Modellpaar trimmen/Fixator	7,89	303	Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn	2,69
012	Einstellen in den Mittelwertartikulator	8,07	341	Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn	1,88
013	Modellpaar sockeln	20,19	361	Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit	44,89
020	Basis für Konstruktionsbiss/ Basis für Vorbissnahme	9,42	362	Fertigstellung je Zahn	2,97
021	Individueller Löffel/Funktionslöffel/ Basis für Basisregistrierung/ Basis für Aufstellung/ Basis für Stützstiftregistrierung	19,41	380	Einarmige Klammer/Inlayklammer/ Interdental-Knopfklammer/ Approximalklammer, Auflage/ Bonyhardklammer	9,41
022	Bisswall	5,50	381	Zweiarmige Klammer, Auflage/ Bonyhardklammer, Auflage/Überwurfklammer/ Doppelbogenklammer	14,89
023	Registrierplatte und -stift auf Basen	26,24	382.1	Weichkunststoff ZE	54,48
024	Übertragungskappe	22,20	382.2	Sonderkunststoff	52,05
031	Provisorische Krone oder Brückenglied	28,59	383	Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff	22,43
032	Formteil	18,80	384	Hinterlegen eines Zahnes mit zahnfarbenem Kunststoff	13,45
101	Wurzelstiftkappe	61,54	801	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	16,22
102	Vollkrone Metall/Teilkrone/ Flügel für Adhäsivbrücke/ Krone für vestibuläre Verblendung	67,27	802	Leistungseinheit Sprung/Bruch/Einarbeiten Zahn/Basisteil Kunststoff/Klammer einarbeiten/ Rückenschutzplatte/ Kunststoffsaattel	7,02
103	Vorbereiten Krone/Krone einarbeiten/ Stiftaufbau einarbeiten	13,45	803	Retention gebogen	41,71
104	Modellation gießen	20,18	804	Retention gegossen	51,13
105	Stiftaufbau	44,94	806	Gegossenes Basisteil	63,91
110	Brückenglied	47,87	807	Metallverbindung/Wiederherstellung	21,53
120	Teleskopierende Krone (nur im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese)	209,11	808	Teilunterfütterung	32,25
120.1	Teleskop Primär- oder Sekundärkrone	141,50	809	Vollständige Unterfütterung	48,12
130	Steg	84,51	810	Basis erneuern	59,11
131	Steglasche/Stegreiter	48,37	811	KFO-Basis erneuern	59,11
132	Steggeschiebe individuell	98,73	813	Auswechseln von Konfektionsteilen	13,50
133	Individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/ Rillen-Schulter-Geschiebe	186,04	820	Reparatur Krone/Flügel/ Brückenglied	33,47
133.5	Primär-/Sekundärteil indiv. Geschiebe (s. o.)	126,43	933	Versandkosten	6,23
134	Konfektions-Geschiebe/Konfektions-Anker/ Kugelknopfanker	98,83	970	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus Nicht-Edelmetall-Legierung/NEM-Legierung	10,23
134.5	Primär-/Sekundärteil konf. Geschiebe	62,55	971	Verrechnungseinheit für die Fertigung aus Nicht-Edelmetall-Reinmetall/NEM-Reinmetall	25,16
134.7	Primär-/Sekundärteil Anker	62,55			
134.9	Wiederbefestigen Sekundärteil	62,55			
135	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube einarbeiten	42,00			
136	Gefrästes Lager	53,82			
137	Schubverteilungsarm	54,49			
150	Metallverbindung nach Brand	24,90			
155	Konditionierung je Zahn/Flügel	12,11			
160	Vestibuläre Verblendung Kunststoff	40,36			
161	Zahnfleisch aus Kunststoff	16,08			
162	Vestibuläre Verblendung aus Keramik	78,59			
163	Zahnfleisch aus Keramik	39,45			
164	Vestibuläre Verblendung Komposite	57,18			
165	Zahnfleisch aus Komposite	17,49			
201	Metallbasis	112,34			
202	einarmige Klammer/Inlayklammer/ fortlaufende Klammer/Bonyhardklammer/ Kralle/Ney-Stiel/Auflage/Umgehungsbügel	11,64			
203	zweiarmige Klammer/Approximalklammer/ Ringklammer/Rücklaufklammer/Bonyhardklammer/ Gegenlager/Doppelbogenklammer	18,18			
204	zweiarmige Klammer, Auflage/ Approximalklammer, Auflage/Ringklammer, Auflage/Rücklaufklammer, Auflage/ Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer, Auflage	22,86			
205	Bonwillklammer	39,82			
208	Rückenschutzplatte/Metallzahn/Metallkaufäche	37,67			