

# Krankheitskostenteilversicherung

## Teil II

### Krankheitskostenteilversicherungstarif: bKV ZZ Basis

#### Geschlechtsunabhängiger Tarif

#### Zahn-Zusatzversicherung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenversicherung – bKV AVB (Gruppenversicherung) Teil I der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung, soweit sie nicht ausdrücklich durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

Versicherungsfähig sind Personen, die Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen der GKV haben.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen bei Wegfall dieser Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung AG unverzüglich in Textform mitzuteilen.

In den Beiträgen dieses Tarifs ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung gemäß § 8a bKV AVB vorgesehen.

#### I. Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in dem unter Ziffer II dargestellten Leistungsumfang.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten zahnärztliche Leistungen, wenn sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung (Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)) berechnet werden. Die Leistungen werden bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnungen gezahlt. Für die GOÄ und GOZ handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des jeweiligen § 5 der Gebührenordnung.

Gesundheitspartner der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden.

Durch Inanspruchnahme dieser Gesundheitspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen. Die regionale Verteilung der Gesundheitspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus einsehbar unter [www.vrk.de](http://www.vrk.de).

#### II. Versicherungsleistungen

##### 1. Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz werden mit 30 % ersetzt. Zusammen mit den Leistungen der GKV werden maximal 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Eine Vorleistung der GKV ist erforderlich.

Wenn ein von der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung genanntes zahntechnisches Labor in Anspruch genommen wird, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten um 5 % auf 35 % bzw. 95 %.

Werden Kronen, Brücken, Prothesen sowie deren Reparaturen im Rahmen der gesetzlichen Regelversorgung (kassenzahnärztliche Leistung) durchgeführt, ergänzt die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung die Leistung der GKV auf 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Bei Implantaten ist die Erstattung für eine Versorgung auf bis zu 6 Stück im Ober- und bis zu 4 Stück im Unterkiefer beschränkt. Bereits vorhandene Implantate werden angerechnet.

Für funktionsanalytische Leistungen erfolgt eine Erstattung, wenn sie im Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme von mehr als 6 Zähnen pro Kiefer medizinisch notwendig sind.

Als Zahnersatz (Honorar sowie Material- und Laborkosten) gelten prothetische, implantologische (z.B. Implantate, Stiftzähne, Brücken) sowie augmentative Leistungen (z.B. Knochenaufbau), Versorgung mit Kronen (z.B. Voll- und Teilkronen, Onlays) jeder Art, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z.B. Entfernen von Zähnen oder Provisorien.

Verblendungen werden jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.

## 2. Inlays

Inlays werden bei der Erstversorgung eines Zahns und als Ersatz von bestehenden Inlays sowie bei einer zwingenden medizinischen Indikation (insbesondere Amalgam-Allergie) gezahlt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays werden mit 50 % ersetzt. Zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV werden maximal 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Wenn ein von der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung genanntes zahntechnisches Labor in Anspruch genommen wird, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten um 5 % auf 55 % bzw. 95 %.

Beim Austausch defekter plastischer Füllungen (z. B. Amalgamfüllung) werden für den/die gleichen betroffenen Zahn/Zähne pro Inlay bis zu 150 € Rechnungsbetrag zu 50 % erstattet.

Ein Inlay (Einlagefüllung) ist eine in einem zahntechnischen Labor hergestellte Zahnfüllung. Zur Inlayversorgung (Honorar sowie Material- und Laborkosten) zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. provisorische Versorgung, besondere Maßnahmen beim Füllen).

## 3. Für alle erstattungsfähigen Leistungen gilt:

Es gelten keine Wartezeiten.

Der Erstattungsbetrag für Zahnersatz und Inlays ist auf insgesamt 1.000 € je Versicherungsjahr begrenzt (s. § 8 (3) bKV AVB).

Bei der Erstattung der zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) werden maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (BEL) in seiner jeweils gültigen Fassung zu Grunde gelegt. Die Erstattungshöchstsätze sind im beigefügten Preis-Leistungsverzeichnis (PLV) für zahntechnische Leistungen niedergelegt. Darüber hinaus sind im PLV auch Erstattungshöchstsätze für nicht im BEL geregelte zahntechnische Leistungen, wie z.B. Inlays oder Keramikronen, enthalten. Soweit sich die jeweils teuersten Höchstsätze des BEL verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze der entsprechenden Positionen des PLV. Bei Positionen des PLV, die nicht vom BEL erfasst sind, erfolgt eine Anpassung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderung der Höchstsätze des BEL. Die jeweils aktuelle Fassung des PLV kann auch über [www.vrk.de](http://www.vrk.de) abgerufen werden.

Wenn rechtzeitig vor Beginn der Behandlung bei Zahnersatz und Inlays eine Kopie des von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplans mit dem Kostenvoranschlag des Zahnarztes, der auch spezifische Kosten für Material- und Laborkosten enthält, eingereicht wird, informiert die Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung über die Höhe der zu erwartenden Erstattung. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

## 4. Besondere Bedingungen bei der Leistung für Zähne, die bereits bei Vertragsschluss gefehlt haben und zu diesem Zeitpunkt noch nicht ersetzt waren:

- Zahnersatzmaßnahmen für bei Vertragsschluss fehlende, noch nicht ersetzte Zähne (mit Ausnahme der Weisheitszähne) sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen. Ein sogenannter »vollständiger Lückenschluss« gilt nicht als fehlender Zahn.
- Wird im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Kronenversorgung die durch den/die fehlenden Zahn/Zähne vorhandene Lücke geschlossen, erfolgt eine anteilmäßige tarifliche Kostenerstattung im Verhältnis der behandelten, vorhandenen Zähne zur Gesamtzahl der an dieser Zahnersatzmaßnahme beteiligten Zähne unter Einrechnung des fehlenden Zahns.

Beispiel:

Es erfolgt an den Zähnen 24 bis 26 eine Kronen-/Brücken-/Kronenversorgung mit erstattungsfähigen Aufwendungen über 1.500 €. Die GKV beteiligt sich auf Grund regelmäßigen Vorsorgeverhaltens in den letzten 10 Jahren mit einem Festzuschuss von 500 €.

Somit werden 3 Zähne versorgt – einschließlich Zahn 25, der bei Vertragsschluss fehlte. Die anteilige Erstattung für diese Gesamtversorgung beträgt daher 2/3 der Tarifleistung (2 von 3 Zähnen).

Bei einer Tarifleistung von 450 € ( $1.500 \text{ €} \times 30 \%$ ) beträgt die Erstattung aus diesem Tarif 300 € ( $2/3$  ausgehend von 450 €). Die maximale Erstattung mit den Leistungen der GKV zusammen in Höhe von 90 % ( $1.500 \text{ €} \times 90 \%$ ) wird in diesem Beispiel nicht erreicht.

## 5. Besondere Bedingungen für laufende, geplante oder angeratene zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen:

Laufende, geplante oder angeratene zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen.

## III. Monatsbeiträge

Zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, die bei Vertragsschluss bereits laufen oder die angeraten bzw. geplant sind, sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen.