



Gültig ab 01.01.2016

Tarif ZahnKomfort (ZE70)

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

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

1. Versicherungsfähigkeit

a) Die Zahnersatz-Zusatzversicherung nach Tarif ZahnKomfort (ZE70) kann nur von Personen, die bei einer deutschen GKV/Heilfürsorge gemäß §§ 28 und 29 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) versichert sind, als Ergänzung zu den damit verbundenen Leistungen abgeschlossen werden.

b) Wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, endet der Versicherungsvertrag. Bitte teilen Sie uns den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten in Textform mit.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Zahnersatzmaßnahmen

a) Zahnersatz mit Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge bis zu maximal 70 % (75 %, siehe 2.1b)) des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3.a)).

Die Erstattung beträgt mindestens 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages – unabhängig der Leistungen einer GKV/Heilfürsorge – unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3. a)), jedoch maximal 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bei Regelversorgung (nach BEMA – Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) ersetzen wir 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen zusammen mit den Leistungen einer GKV/Heilfürsorge, sofern keine privat(zahn-)ärztlichen Vergütungsanteile (GOZ/GOÄ) berechnet werden.

Als Zahnersatzmaßnahmen gelten:

- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes oder Repositionierungonlays),
- Brücken,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochen aufbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,
- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen,

- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit
- sowie die damit verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen einschließlich medizinisch notwendiger dentaler Volumetomographie (DVT), lokale Anästhesien, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen,
- zahnärztliches Honorar sowie
- angemessene Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

b) Dentallabor

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 2.1a) zu ersetzenden Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 75 %.

Mit uns kooperierende Dentallabore erfüllen Kriterien für ein ständig hohes Qualitätsniveau in der Zahnversorgung. Fragen Sie uns nach den mit uns bundesweit kooperierenden Dentallaboren (Fertigung in Deutschland) oder nach Empfehlungen von Zahnarztpraxen, telefonisch oder per E-Mail unter dentallabore@wuerttembergische.de.

c) Zahnersatz ohne Vorleistung der GKV/Heilfürsorge

Werden bestehende Ansprüche gegenüber der GKV/Heilfürsorge nicht geltend gemacht oder erbringt die GKV/Heilfürsorge keine Vorleistung, weil die Behandlung im Ausland erfolgt, ist der Erstattungsbetrag auf 40 % der erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt. Bei Zahnärzten ohne Kassenzulassung innerhalb Deutschlands (Privatarzt) ist eine GKV-Vorleistung keine Leistungsvoraussetzung.

Bei Implantatrechnungen (ausgenommen der Suprakonstruktionen) ohne Vorleistung einer deutschen GKV/Heilfürsorge erfolgt eine Minderung des Erstattungssatzes nur bei Behandlung im Ausland.

Die Reduzierung des Erstattungsbetrages entfällt, wenn eine Vorleistung einer deutschen GKV/Heilfürsorge nachgewiesen wird.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit einer nach Ziffer 2.1a) zu ersetzenden Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf 45 %.

2.2. Besondere Füllungen

Wir ersetzen erstattungsfähige Aufwendungen für besondere Füllungen (z. B. Komposit-/Kunststofffüllungen) inkl. Material zusammen mit den Leistungen einer GKV/ Heilfürsorge bis zu maximal 100 % der tatsächlich angefallenen Kosten unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3.a)). Die medizinische Notwendigkeit muss gegeben sein.

2.3 Zahnprophylaxe

Wir ersetzen 100% für verbleibende Aufwendungen für Zahnprophylaxe bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 Euro innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Als Zahnprophylaxe gelten:

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und 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 sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) in Anspruch genommen werden.

2.4 Kieferorthopädie

Hat eine kieferorthopädische Behandlung nach Abschluss des Tarifs ZahnKomfort (ZE70) und vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen, ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen bis zu 100 % der tatsächlich angefallenen Kosten unter Berücksichtigung der Leistungsbegrenzungen (vgl. Nr. 3.b)).

Besteht eine Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge, werden nicht unter diesen Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen erstattet, (vgl. Nr. 6).

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange, Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teilbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teilbögen sowie funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen.

Wir erstatten kieferorthopädische Behandlungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, sofern diese Folgen eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalles sind.

Endet die Versicherung nach Tarif ZahnKomfort (ZE70), erfolgt – auch für schwebende Versicherungsfälle – keine weitere Erstattung (§ 7 AVB/S).

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten:

- Kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1-5,
- damit verbundene Röntgendiagnostik,
- in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- sowie die damit verbundenen zahntechnischen Material- und Laborkosten,
- Versiegelung der Zähne.

2.5 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung außerhalb der Leistungspflicht der GKV/Heilfürsorge zu 100 % bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 Euro pro Versicherungsjahr. Voraussetzung ist, dass die Leistung im direkten Zusammenhang mit einer nach den Ziffern 2.1a), 2.4 oder umfangreichen Zahnbehandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Entfernung von Weisheitszähnen) zu ersetzenden Aufwendung steht.

Hierzu zählen lediglich Aufwendungen für:

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur,
- Hypnose.

3. Leistungsbegrenzungen

a) Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergischen Krankenversicherung) nach den Nummern 2.1 und 2.2 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

- 500 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 1.000 Euro in den ersten 24 Monaten,
- 1.500 Euro in den ersten 36 Monaten,
- 2.000 Euro in den ersten 48 Monaten.

Ab dem 49. Monat entfällt diese Leistungsbegrenzung.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

b) Die Versicherungsleistungen nach der Nummer 2.4 betragen ab Versicherungsbeginn des Tarifs je versicherte Person maximal:

- 250 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 500 Euro in den ersten 24 Monaten,
- 750 Euro in den ersten 36 Monaten.

Die Versicherungsleistung nach Nummer 2.4 beträgt – auch nach Ablauf der Staffelung – maximal 1.000 Euro.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne, die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall. Der Maximalbetrag von 1.000 Euro für kieferorthopädische Leistungen bleibt bestehen.

4. Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Leistungen für Heilbehandlungen im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen. 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 erstattungsfähig sind Aufwendungen

- für Lückenschluss bei Fehlen von Zahnanlagen (nicht angelegte Zähne),
- einer bereits vor Vertragsschluss bekannten, oder medizinisch angeratenen oder bereits begonnenen Heilbehandlungsmaßnahme,
- für den Eigenanteil, welcher aufgrund einer nicht planmäßig beendeten kieferorthopädischen Behandlung entsteht,
- für Aufbissbehelfe und Schienen,
- der Teile einer Rechnung, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten,
- für kosmetische Zahnersatzmaßnahmen,
- für reine Verlangens- bzw. Wunschleistungen, sowie
- für Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.

6. Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

7. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns bei Zahnersatzmaßnahmen ab 1.500 Euro vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden 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 Tarifes ZahnKomfort (ZE70) haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbestimmungen nach § 18 AVB/S den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Der Versicherer ist nach § 18 AVB/S auch berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen anzupassen.

9. Kündigungsrecht des Versicherers / Wartezeiten

Wir verzichten auf das uns nach § 14(2) AVB/S zustehende ordentliche Kündigungsrecht; Wartezeiten bestehen nicht.

10. Besondere Bestimmungen

Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann nicht mehrfach vereinbart oder mit anderen Zahnersatz-Zusatzversicherungen kombiniert werden, ausgenommen der Tarife Zahnbehandlung Plus (ZBE) und Zahn & Brille (BZGU20).

11. Beiträge

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

Der Beitrag wird für die Altersgruppen 0 - 20 Jahre, 21 - 30 Jahre, 31 - 40 Jahre, 41 - 50 Jahre, 51 - 60 Jahre und ab dem Alter 61 Jahre berechnet.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 21., das 31., das 41., das 51. bzw. 61. 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.

Anhang – Auszüge aus Gesetzestexten

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden.

§ 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Abschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der

Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

(SGB V)

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend

§ 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.