



1 Weshalb benötige ich einen Zahnergänzungs-Tarif?

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen wurde vom Gesetzgeber in der Vergangenheit immer wieder gekürzt. Zuletzt wurden 2005 gravierende Änderungen vorgenommen. Seitdem wird für Zahnersatz nur noch ein befundbezogener Festzuschuss übernommen – egal, für welche Art der Versorgung Sie sich zusammen mit dem Zahnarzt entscheiden. Diese Festzuschüsse decken im Allgemeinen nicht einmal die im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung tatsächlich anfallenden Kosten ab.

Bei einer zahnärztlichen Maßnahme steht in vielen Fällen nicht nur die Regelversorgung (z.B. unverblendete Vollgusskrone) zur Auswahl, sondern auch eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung (z.B. Vollverblendete Kronen) oder eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung (z.B. Implantate).

Schon bei der Regelversorgung kann eine hohe Eigenbeteiligung entstehen. Der Tarif Z70 leistet sowohl für eine Regelversorgung als auch für eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung sowie eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung – und zwar zusammen mit der GKV-Leistung bis zu 70% der tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Kosten.

2 Welche Zahnleistungen sind versichert?

Zahnersatz standard: 70% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Rechnung keine Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung),

Zahnersatz extra: 70% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält (gleichartige bzw. andersartige Versorgung).

Kieferorthopädie: 70% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (z.B. KIG 2).

Gnathologie (Funktionsdiagnostik und -therapie des Kiefergelenkes): 70% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages z.B. bei umfangreichem Zahnersatz (z.B. Brücken, Implantate, Prothesen) und bei erstattungsfähiger KFO-Behandlung.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen.

Alle Behandlungen müssen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen, also von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abgerechnet werden.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Kann eine Maßnahme über die gesetzliche Kasse abgewickelt werden, dann können wir weder zusätzlich noch ersatzweise zur Kassenabrechnung eine private Rechnung akzeptieren.

3 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnbehandlung vor?

Nein, mit Ausnahme von Leistungen für Inlays (siehe Frage 9).

4 Sieht der Tarif Leistungen für professionelle Zahnreinigung vor?

Nein.

5 Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelungen vor?

Nein.

6 Sieht der Tarif Leistungen für einfache Kunststoff-Füllungen vor?

Nein.

7 Sieht der Tarif Leistungen für Komposit-Füllungen (hochwertige Kunststoff-Füllungen) an bleibenden Zähnen vor?

Nein.

8 Sieht der Tarif Leistungen für Komposit-Füllungen (hochwertige Kunststoff-Füllungen) an Milchzähnen vor?

Nein.

9 Sieht der Tarif Leistungen für Inlays vor?

Ja, der Tarif leistet 70% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages zusammen mit der GKV der Aufwendungen für Inlays (z.B. Gold, Keramik). Die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung ist als Sachleistung auf der Rechnung gegen zu rechnen.

Der Unterschied zwischen plastischen Füllungen und Inlays liegt im Aufwand der Herstellung. Plastische Füllungen werden innerhalb eines Behandlungstermins direkt in den Zahn eingebracht. Für die Anfertigung von Inlays sind in der Regel zwei Behandlungstermine erforderlich. Beim 1. Termin wird der Zahn präpariert und abgeformt, das Inlay wird im zahntechnischen Labor angefertigt und kann dann ca. 1 Woche später bei einem 2. Behandlungstermin eingesetzt werden.

Die Begleitmaßnahmen (z.B. Kofferdam), die beim Einsetzen des Inlays anfallen, werden im tariflichen Umfang erstattet.

10 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelbehandlungen vor?

Nein.

11 Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlungen vor?

Nein.

12 Sieht der Tarif Leistungen für eine Schleimhauttransplantation vor?

Ja. Bei medizinischer Notwendigkeit erfolgt eine Erstattung im tariflichen Umfang.

In Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen (z.B. Implantatversorgung) erfolgt die Erstattung zu 70%. In Zusammenhang mit Zahnbehandlungsmaßnahmen besteht kein Leistungsanspruch.

13 Sieht der Tarif Leistungen für Speicheltests, Bakterientests usw. vor?

Nein.

14 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor?

Ja, der Tarif sieht Leistungen für Zahnersatz vor.

Im Rahmen der **Regelversorgung** (absolute Grundversorgung, z.B. sind die hinteren Zahnkronen komplett ohne Verblendungen), d.h. der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält keine privaten Gebührensätze (GOZ-Anteile), leistet der Tarif zusammen mit der GKV 70% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Im Rahmen der **gleichartigen Versorgung**, d.h. der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält teilweise private Gebührensätze (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung z.B. Vollkeramikkrone oder Galvanokrone), sowie im Rahmen der **andersartigen Versorgung**, d.h. der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält ausschließlich private Gebührensätze (z.B. Krone auf Implantat, festsitzender statt herausnehmbarer Zahnersatz) leistet der Tarif zusammen mit der GKV 70% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Maßgeblich für die Erstattung von Versicherungsleistungen ist wiederum die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung. Rein kosmetische Maßnahmen (z.B. Zahnfarbenbestimmung, individuelles Charakterisieren der Keramik, Keramikschrägen, Farbnahme, Fotodokumentation) sind nicht erstattungsfähig.

Durch den von der GKV gewährten Festzuschuss wird die Behandlungsnotwendigkeit des Gebisses durch eine Zahnersatzmaßnahme bestätigt. Fehlt der Festzuschuss für einzelne Zähne, so kann durch die ARAG aufgrund der fehlenden medizinischen Notwendigkeit für die betroffenen Zähne keine Leistung erfolgen.

Es empfiehlt sich, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan (Kostenvoranschlag) bei der ARAG einzureichen.

15 Sieht der Tarif Leistungen für Aufbaufüllungen vor?

Nein.

Eine Aufbaufüllung ist die Basis für eine Teilkrone, Krone oder Brückenkronen. Sie wird immer dann benötigt, wenn verlorener Zahnschmelz/Zahnbein durch z.B. Karies oder heraus gebrochene Teile ersetzt werden muss.

Aufbaufüllungen sind im Leistungsumfang der GKV enthalten. Der Tarif leistet nicht für Aufbaufüllungen sondern ausschließlich für die definitive Versorgung (d.h. Teilkrone, Krone, Brückenkronen) des Zahnes.

16 Werden Seitenzahn-Verblendungen erstattet?

Ja, bis einschließlich Zahn 5. Ab dem 6. Zahn werden die Kosten für Keramikverblendungen nicht erstattet, d.h. für die Zähne 16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47 und 48.

17 Sieht der Tarif Leistungen für Verblendschalen (Veneere) vor?

Ja, der Tarif leistet 70% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages der Verblendschalen bei medizinischer Notwendigkeit. Bei Veneers wird in der Regel durch die GKV ein Festzuschuss für eine Teilkrone gewährt. Vor Behandlungsbeginn muss ein Kostenvoranschlag sowie ein Kiefermodell und ein Röntgenbild vorgelegt werden.

Werden Veneers aus kosmetischen Gründen angefertigt, so erfolgt keine Leistung aus dem Tarif.

18 Sieht der Tarif Leistungen für Knirscherschienen (Aufbiss-Schienen) vor?

Nein.

19 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahren) vor?

Ja, bei Kindern leistet der Tarif für kieferorthopädische Maßnahmen in den KIG-Stufen 1 und 2.

Unter KIG versteht man das befundbezogene kieferorthopädische Indikationssystem mit Einstufung des Behandlungsbedarfs nach kieferorthopädischen Indikationsgruppen. Es löste zum 1. Januar 2002 das therapieorientierte Indikationssystem ab. Anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen wird durch den Kieferorthopäden festgestellt, ob eine Fehlstellung vorliegt, für deren Behandlung der Versicherte einen Leistungsanspruch gegenüber der GKV hat. Hierzu erfolgt die Einstufung des Befundes in fünf verschiedene Behandlungsbedarfsgrade (so genannte KIG-Stufen). Die GKV übernimmt die Kosten für die Stufen 3, 4 und 5.

Für kieferorthopädische Behandlungen, auch außerhalb der GKV-Richtlinien (bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren) gilt folgendes:

Leistet die Kasse nicht, so fällt eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung in den Versicherungsschutz, wie es z.B. bei KIG 2 der Fall sein kann. Der Tarif leistet 70% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bitte legen Sie der ARAG zur Prüfung einen Kostenvoranschlag, Röntgenbilder und Kiefermodelle zur Prüfung vor.

Bei KIG 3, 4 und 5 erfolgt keine Leistung durch die ARAG, da die gesetzliche Kasse leistet.

Die so genannten Mehrkosten (z B. Mini- oder Keramikbrackets, Bracketumfeldversiegelung, superelastische Bögen, professionelle Zahnreinigung, Zwischendiagnostik, Funktionsanalyse, Lingualtechnik usw.), die zusätzlich zur Kassenleistung in Rechnung gestellt werden, fallen nicht in den Versicherungsschutz.

Für rein kosmetische Korrekturen besteht kein Leistungsanspruch aus dem Tarif.

20 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie bei Erwachsenen (Personen ab 18 Jahren) vor?

Ja, bei Erwachsenen leistet der Tarif 70% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für kieferorthopädische Maßnahmen bei medizinischer Notwendigkeit

Bei kieferorthopädischen Behandlungen außerhalb der GKV-Richtlinien (Personen ab 18 Jahren) gilt folgendes:

Eine KIG-Einstufung für die Erwachsenenbehandlung gibt es nicht, da nicht nach Maßgabe des GKV-Leistungskataloges (BEMA) sondern nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat berechnet wird.

Bitte legen Sie der ARAG zur Prüfung vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag, Röntgenbilder und Kiefermodelle zur Prüfung vor.

Die so genannten Mehrkosten (z B. Mini- oder Keramikbrackets, superelastische Bögen, Lingualtechnik usw.), die zusätzlich zu den Gebührensätzen der GOZ in Rechnung gestellt werden, fallen nicht in den Versicherungsschutz.

Für rein kosmetische Korrekturen besteht kein Leistungsanspruch aus dem Tarif.

Für Personen ab 18 Jahren mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, welches kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert, leistet die GKV (entsprechend der BEMA Richtlinie zur kieferorthopädischen Behandlung, B4 vom 19.06.2003). In diesem Fall erfolgt keine Leistung aus dem Tarif.

21 Sieht der Tarif Leistungen für Funktionsdiagnostik im Zusammenhang mit Zahnersatz vor?

Ja, der Tarif leistet 70% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bei medizinischer Notwendigkeit der Funktionsdiagnostik (GOZ-Ziffern 8000 bis 8100) z.B. für umfangreichen Zahnersatz.

Für Ziffer 8000 muss der entsprechende Nachweis zusammen mit der Rechnung eingereicht werden.

22 Sieht der Tarif Leistungen für Implantate vor?

Ja, der Tarif leistet 70% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags der Aufwendungen für medizinisch notwendige Implantate.

Die Anzahl der Implantate ist tariflich nicht begrenzt. Implantate werden aufgrund medizinischer Notwendigkeit erstattet.

Kiefer aufbauende Maßnahmen und die dazugehörigen chirurgischen Maßnahmen sind hierbei ebenfalls zu 70% erstattungsfähig.

Bei Implantaten und/oder Kiefer aufbauende Maßnahmen benötigt die ARAG vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag und ein Röntgenbild zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.

23 Sieht der Tarif Leistungen für die Berechnung von speziellen Arbeitsgeräten vor (z.B. Operationsmikroskop, Laser)?

Die Aufwendungen für den Einsatz von Operationsmikroskop und/oder Laser bei ambulanten operativen Maßnahmen können nur in Form eines Zuschlages in der GOZ berechnet werden. Diese Zuschläge (GOZ-Ziffern 0110, 0120) sind nur in Verbindung mit bestimmten Gebührensätzen der GOZ ansatzfähig. Analoge Berechnungen hierfür können nicht akzeptiert werden.

Kann eine Maßnahme über die gesetzliche Kasse abgewickelt werden, dann können wir weder zusätzlich noch ersatzweise zur Kassenabrechnung eine private Rechnung akzeptieren.

Wichtiger Hinweis:

Eine Erstattung aus Tarif Z70 erfolgt ausschließlich dann, wenn die Leistung im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme erbracht und abgerechnet wird.

24 Sieht der Tarif Leistungen für Arzneimittel vor?

Nein.

25 Sieht der Tarif Leistungen für (Voll-)Narkosen vor?

Ja, der Tarif Z70 leistet in Einzelfällen für medizinisch notwendige Narkosen. Die medizinische Notwendigkeit wird anhand eines Röntgenbildes und zahnärztlichen Attestes geprüft (z.B. bei umfangreichen Knochen aufbauenden Maßnahmen, umfangreichen Implantationen).

Es gibt Fälle, in denen eine Vollnarkose medizinisch nicht notwendig ist, aber vom Patienten gewünscht wird. Z.B. beim Setzen eines Implantates. In der Regel ist beim Setzen eines einzelnen Implantates eine örtliche Betäubung ausreichend. Wünscht der Patient statt der örtlichen Betäubung eine Vollnarkose, so kann er die Vollnarkose als Privatleistung durchführen lassen. Diese „Wunschnarkosen“ sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

26 Sieht der Tarif Leistungen für eine Behandlung in einer zahnärztlichen Privatpraxis (d.h. bei einem Zahnarzt ohne Kassenzulassung) vor?

Nein.

27 Sieht der Tarif Leistungen für eine Behandlung im Ausland vor?

Der Tarif sieht Leistungen für Zahnersatzbehandlungen im Ausland vor, wenn die GKV zur geplanten Behandlung den Festzuschuss gewährt. Die Genehmigung durch die GKV muss vorgelegt werden.

Für alle weiteren Leistungsarten (z. B. Kieferorthopädie) besteht kein Leistungsanspruch bei Behandlungen im Ausland.

28 Was ist bei der Rechnungsstellung hinsichtlich des Steigerungsfaktors durch den Zahnarzt zu beachten?

Regelsatz (1-fach bis 2,3-fach)

Gemäß GOZ bildet der 2,3-fache Gebührensatz die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab. Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.

Regelsatz bis Höchstsatz (2,3-fach bis 3,5-fach)

Ein Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten wie erhöhte Schwierigkeit oder erhöhter Zeitaufwand oder besondere Umstände bei der Ausführung gegeben sind. Eine individuelle, patientenbezogene Begründung ist durch den Zahnarzt unmittelbar bei Rechnungsstellung anzugeben.

Überschreitung des Höchstsatzes (über 3,5-fach)

Tarif Z70 sieht keine Beschränkung auf einen bestimmten Steigerungsfaktor der GOZ vor. Es wird auch über den 3,5-fachen Satz hinaus erstattet, wenn eine rechtsgültige Honorarvereinbarung getroffen wurde, sofern hierfür objektive Gründe (erhebliche krankheits- oder befundbedingte Erschwernisse) vorliegen.

29 Was versteht man unter der Erläuterung „medizinische Notwendigkeit“?

Die Beurteilungsformel für den Begriff der medizinischen Notwendigkeit lautet nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung wie folgt:

„Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen“.

30 Wie setzt sich der erstattungsfähige Betrag zusammen?

Grundlage für die Erstattung von Versicherungsleistungen ist die medizinische Notwendigkeit der entsprechenden Behandlungen. Es handelt sich hier um einen der obersten Grundsätze im Bereich der privaten Krankenversicherung. So ist im § 1 I (2) der Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK) geregelt, dass "der Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person ist." Nach § 5 I (2) der MB/KK kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt.

Beispiel:

Krone mit Keramikverblendung an Zahn 16, die Verblendung in Höhe von 50 Euro ist als kosmetische Maßnahme tariflich nicht erstattungsfähig. Der erstattungsfähige Betrag errechnet sich wie folgt:

Gesamtkosten:	400 Euro
<u>abzüglich Verblendung</u>	<u>50 Euro</u>
erstattungsfähiger Betrag	350 Euro
davon 70% entspricht	245 Euro
<u>abzüglich GKV</u>	<u>115 Euro</u>
tarifliche Erstattung	130 Euro

31 Gibt es Summenbegrenzungen in den ersten Jahren?

Ja, die maximale tarifliche Leistung ist in den ersten beiden Jahren begrenzt. Im 1. Jahr liegt die Grenze bei 400 Euro, im 2. Jahr bei 800 Euro. Ab dem 3. Jahr gibt es keine Begrenzung mehr. Die Begrenzungen in den ersten beiden Jahren entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

32 Kann der Tarif Z70 selbständig abgeschlossen werden?

Ja, Voraussetzung ist die Mitgliedschaft in einer deutschen GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge. Für Personen mit Kostenerstattungsprinzip im Zahnbereich ist dieser Tarif jedoch nicht abschließbar.

33 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, die Wartezeit beträgt 3 Monate für Zahnbehandlung und 8 Monate für Zahnersatz und Kieferorthopädie.

34 Können die Wartezeiten entfallen?

Ja. Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung ein zahnärztlicher Befundbericht mit entsprechendem Untersuchungsergebnis beim Versicherer eingereicht wird. Zudem entfallen die Wartezeiten bei Behandlungen aufgrund eines Unfalls.

35 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja, bis zu 3 fehlende und/oder durch Prothesen ersetzte Zähne können mit einem Risikozuschlag von 20% je Zahn mitversichert werden.

36 Begriffsklärung

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung / gesetzliche Krankenkasse
PKV	Private Krankenversicherung
BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Kassenärztliche Gebührenordnung für den Zahnarzt)
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte, neu zum 01.01.2012 (Privatärztliche Gebührenordnung für den Zahnarzt)
SGB V	Sozialgesetzbuch fünf

37 Erstattungsbeispiele

Beispiel 1: Ein Zahn fehlt

Befund: Zahn 24 fehlt

a) Regelversorgung:

Brücke von Zahn 23 nach Zahn 25
Gesamtkosten: 700 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z70: 300 Euro

→ Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 90 Euro
Eigenanteil: 210 Euro

b) Gleichartiger Zahnersatz:

Voll verblendete Brücke von Zahn 23 nach Zahn 25
Gesamtkosten: 1.000 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z70: 600 Euro

→ Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 300 Euro
Eigenanteil: 300 Euro

c) Andersartiger Zahnersatz:

Implantatskonstruktion zum Ersatz des Zahnes 24
Gesamtkosten: 1.600 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z70: 1.200 Euro

→ Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 720 Euro
Eigenanteil: 480 Euro

Beispiel 2: Krone ist defekt

Befund: Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehend zerstörter klinischer Krone

a) Regelversorgung:

Vollgusskrone
Gesamtkosten: 230 Euro
Festzuschuss: 115 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z70: 115 Euro

→ Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 46 Euro
Eigenanteil: 69 Euro

b) Gleichartiger Zahnersatz:

Vollverblendete Krone
Gesamtkosten: 400 Euro
Festzuschuss: 115 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z70: 285 Euro

→ Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 165 Euro
Eigenanteil: 120 Euro

c) Andersartiger Zahnersatz:

Zur Krone gibt es keinen andersartigen Zahnersatz

Beispiel 3: Eine Amalgamfüllung ist defekt

Befund: Amalgamfüllung ist defekt und muss ersetzt werden

Inlayversorgung
Gesamtkosten: 400 Euro
Zuschuss für eine Kassenfüllung (z.B. Amalgam): 30 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z70: 370 Euro

Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 250 Euro
Eigenanteil: 120 Euro

Maßgebend für alle Leistungen sind neben dem Tarif (Teil III der AVB) die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009 (Teil I der AVB) und die Tarifbedingungen (Teil II der AVB).