

FAQ-Liste zu den Zahntarifen Dent

Inhalt

1. Zahnersatz	2
2. Füllungen.....	4
3. Wurzelbehandlung	5
4. Parodontalbehandlung	6
5. Kieferorthopädie	8
6. Analgo-/ Lachgassedierung und Akupunktur	9
7. Zahnprophylaxe.....	10
8. Erstattung generell	11
9. Leistung im Ausland	11
10. Leistung beim Privatzahnarzt.....	12
11. Leistungshöchstbeträge in den ersten 5 Jahren	12
12. Wartezeit	13
13. Heil- und Kostenplan	13
14. Nachweis Bonusheft.....	13
15. Risikoprüfung.....	13
16. Fehlende Zähne	14
17. Angeratene/beabsichtigte Zahnbehandlung	15
18. Versicherungsfähigkeit	16
19. Versicherungsbeginn/Rückdatierung	17
20. Kündigung.....	17
21. Anwartschaft	17
22. Höchst-/Mindesteintrittsalter.....	17
23. Tarifwechsel.....	17
24. Beiträge	19
25. Provision	19

1. Zahnersatz

1.1. Was bezahlt die GKV?

- Die GKV bezahlt bei Zahnersatzmaßnahmen einen befundbezogenen Festzuschuss in Höhe von 50%. D. h. 50 % der zweckmäßigsten und günstigsten Zahnversorgung (Regelversorgung) werden erstattet. Bei regelmäßiger Zahnvorsorge erhöht sich dieser Zuschuss auf 60% (nach 5 Jahren) bzw. 65% (nach 10 Jahren). Entscheidet sich der Kunde für einen höherwertigen Zahnersatz bleibt der GKV-Zuschuss gleich und der Eigenanteil erhöht sich drastisch.

1.2. Was erstatten wir aus den Tarifen dentZE.90/100 für Zahnersatz?

- Die Kosten für Inlays aus Metall, Keramik oder Kunststoff und für Zahnersatz sowie dazugehörige Begleitleistungen werden erstattet.

Als Zahnersatz gelten:

- Prothesen,
- Kronen,
- Brücken,
- Implantate (Schraube und Krone) und die in diesem Zusammenhang notwendigen vorbereitenden chirurgischen Maßnahmen zum Aufbau des Kieferknochens,
- Verblendungen (außer Weisheitszähne), auch wenn diese nicht medizinisch notwendig sind,
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- funktionsanalytische und –therapeutische Maßnahmen, die in Zusammenhang mit Zahnersatz und Schienentherapie anfallen sowie
- Reparatur von Zahnersatz

1.3. In welcher Höhe werden die Kosten für Zahnersatz erstattet?

- Wenn die gesamte Rechnung im Rahmen der Regelversorgung (keine privaten Vergütungsanteile) abgerechnet ist, werden 100 % der Kosten erstattet
- Enthält die Rechnung private Vergütungsanteile des Zahnarztes, erstatten wir 100% der Kosten bei dentZE.100 bzw. 90% bei dentZE.90. Kann der Versicherte in den letzten 5 Jahren keine durchgängigen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, reduzieren sich diese Erstattungsätze um 10 %. Mindestens wird aber der Betrag bezahlt, der im Rahmen der Regelversorgung erstattet würde.
- Von dieser tariflichen Erstattung wird die Vorleistung der GKV abgezogen. Erbringt die GKV keine Vorleistung, setzen wir 50 % der Kosten als Vorleistung an.

1.4. Werden beim Implantat (Schraube) generell auch 50 % der Kosten als Vorleistung der GKV angesetzt?

- Nein.
- Die GKV beteiligt sich an den Kosten für die (Implantat)Schraube generell nicht, sondern nur an der Implantatkrone mit dem Festzuschuss.
- Da wir die Implantatschraube und die Implantatkrone als eine Einheit Implantat sehen, reicht es aus, wenn die GKV sich an der Krone mit dem Festzuschuss beteiligt. Dann

erstatten wir den tariflichen Satz über die gesamte Implantatversorgung abzüglich der GKV Leistung (Festzuschuss für die Krone).

1.5. Erstellen wir bei Implantaten auch den Knochenaufbau und auch alle implantologische Leistungen?

- Ja, es werden auch der medizinisch notwendige Knochenaufbau und die damit verbundenen medizinisch notwendigen implantologischen Leistungen (implantatbezogene Analyse, Röntgendiagnostik und Verwendung einer Schablone) im Rahmen der Tarife dentZE.90/100 erstattet

1.6. Gibt es für Implantate eine Begrenzung?

- Nein, es gibt keine Begrenzung, weder auf die Anzahl noch auf einen €-Betrag (lediglich im Rahmen der Leistungshöchstbeträge in den ersten 5 Jahren).

1.7. Bis zu welchem Zahn erstatten wir Verblendungen?

- Für alle Zähne außer Weisheitszähne werden Verblendungen im Rahmen der Tarife dentZE.90/100 bezahlt, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit.

1.8. Erstattet wir Veneers?

- Ja, wenn diese medizinisch notwendig sind, werden sie im Rahmen der Tarife dentZE.90/100 erstattet

1.9. Erstellen wir Lumineers?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig

1.10. Wird für Funktionsanalyse bezahlt? Ab wieviel betroffenen Zähnen?

- Ja, im Rahmen der Tarife dentZE.90/100 wird für funktionsanalytische und –therapeutische Maßnahmen bezahlt, unabhängig von der Anzahl der Zähne

1.11. Erstellen wir Onlays?

- Ja, Onlays sind im Labor gefertigte Einlagefüllungen und sind als Zahnersatz (analog Teilkronen) im Rahmen der Tarife dentZE.90/100 erstattungsfähig.

1.12. Erstellen wir die Digitale Volumentomographie (DVT)?

- Ja, die DVT ist in den Tarifen dentZE.90/100 erstattungsfähig.

1.13. Erstellen wir die CMD Schienen/therapie?

- Ja, diese sind im Rahmen der Tarife dentZE.90/100 erstattungsfähig.

1.14. Erstellen wir DROS-Schienen?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig

1.15. Erstellen wir das CEREC-Verfahren?

- Ja, dies ist im Rahmen der Tarife dentZE.90/100 erstattungsfähig.

1.16. Wird für die Photoaktivierte Chemotherapie (PACT) geleistet?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig

1.17. Wird für die antimikrobielle photodynamische Therapie (aPDT) geleistet?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig

1.18. Wird für Aufbissschienen geleistet?

- Ja, diese sind im Rahmen der Tarife dentZE.90/100 erstattungsfähig.

1.19. Leisten wir auch für dentinadhäsive Aufbaufüllungen, die als „Unterbau“ z. B. unter einer Krone zum Einsatz kommen?

- Ja, diese sind im Rahmen der Tarife dentZE.90/100 als Begleitleistung erstattungsfähig.

1.20. Leisten wir für Zahnersatz aus Zirkon?

- Ja, dies ist im Rahmen der Tarife dentZE.90/100 erstattungsfähig.

1.21. Gibt es ein Preis-/Leistungsverzeichnis

- Nein.

2. Füllungen

2.1. Füllungen- Kosten/ GKV Leistung/ Eigenanteil

- Eine Kunststofffüllung kostet je nach Größe und Arbeitsaufwand bis zu 150 €, die GKV übernimmt nur die Kosten für eine Amalgamfüllung in Höhe von 30 - 40 € bzw. für eine Zementfüllung in Höhe von ca. 50 € (Ausnahme Frontzähne) -> Eigenbeteiligung pro Füllung bis 120 €. Rechnet der Zahnarzt die Kunststofffüllung komplett privat ab, fallen für den Kunden Kosten bis zu 150 € an.

2.2. Leisten wir für Kunststofffüllungent? Auch bei Milchzähnen?

- Ja, für Kunststoff- bzw. Komposit- Füllung auch mit Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik (SDA) wird im Rahmen des Tarifs dentZB.100 zu 100% geleistet. Bei Milchzähnen leistet dieser Tarif für plastische Füllungen ohne SDA-Technik.

2.3. Wird für Laserbehandlung bei Karies geleistet?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig

2.4. Wird für das ICON Verfahren geleistet?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig

2.5. Wird für die Photoaktivierte Chemotherapie (PACT) geleistet?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig

2.6. Wird für die antimikrobielle photodynamische Therapie (aPDT) geleistet?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig

3. Wurzelbehandlung

3.1. Wie kann eine Wurzelbehandlung abgerechnet werden?

- Eine Wurzelbehandlung kann entweder als Kassenbehandlung, Kassenbehandlung mit bestimmten Zusatzleistungen oder als Privatbehandlung durchgeführt und abgerechnet werden.

3.2. Wann bezahlt die GKV?

- Eine Wurzelbehandlung wird nur dann von der GKV erstattet, wenn der Zahn bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze behandelt werden kann. Ein Erhaltungsversuch (z. B. Wurzelspitze nicht mehr erreichbar) kann nicht über die GKV abgerechnet werden. Eine Wurzelbehandlung von Molaren (= großen Backenzähnen) ist in der Regel nur angezeigt, wenn damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann, eine einseitige Freiersituation vermieden wird oder der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird. Andernfalls, so die Richtlinie der GKV, übernimmt die Kasse eine Wurzelbehandlung nicht und der Zahn ist zu entfernen.

3.3. Welche Leistungen können zusätzlich zur GKV abgerechnet werden? Und werden diese von uns übernommen?

- Eine Mehrkostenregelung wie bei Füllungen oder Zahnersatz lässt das Gesetz bei Wurzelkanalbehandlungen nicht zu. Daher können nur folgende ganz bestimmte Leistungen neben der Kassenwurzelkanalbehandlung abgerechnet werden. Dies sind die elektronische Längenmessung, die ermöglicht, eine wesentlich genauere Länge des Wurzelkanals zu ermitteln und die Anwendung elektrophysikalisch- chemischer Methoden, die die Reinigung und Desinfektion des Wurzelkanalsystems verbessern. Damit kann der Zahnarzt jedoch bereits effektiver arbeiten.

Diese Leistungen, die der Zahnarzt zusätzlich abrechnen kann, werden im Tarif dentZB.100 erstattet:

Angaben immer 2,3-fach:

- o Anlegen von Spanngummi (Kofferdam): GOZ 2040 = 8,410 € je Kieferhälfte
- o Elektronische Längenmessung: GOZ 2400 = 9,05 € je Kanal
- o Elektrophysikalisch-chemische Methoden: GOZ 2420 = 9,05 € je Kanal

3.4. Wann bezahlen wir die Privatbehandlung?

- Falls eine Wurzelbehandlung aus einem der oben genannten Gründe nicht von der GKV erstattet wird, kann diese als Privatbehandlung mit 100 % Eigenanteil durchgeführt werden.

Diese Privatbehandlung wird im Tarif dentZB.100 erstattet, wenn nachgewiesen wird,

dass die GKV nicht leistet, weil die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt sind.

3.5. Was kostet die Behandlung?

- Die Kosten für Privatbehandlungen bei ca. 1.000 €.

3.6. Ist die Erfolgswahrscheinlichkeit von der Behandlung abhängig?

- Ja, die Wahrscheinlichkeit, den Zahn erhalten zu können steigt deutlich, wenn Zusatzleistungen des Zahnarztes erfolgen bzw. wenn es sich um eine Privatbehandlung handelt.

3.7. Ist eine Laserbehandlung im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung erstattungsfähig?

- Bei der Wurzelbehandlung setzen einige Zahnärzte die Laserbehandlung (z. B. antibakterielle photodynamische Therapie aPDT bzw. photodynamische antibakterielle Chemotherapie PACT) zusätzlich zur Eliminierung von Bakterien ein.

Nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen besteht für die Anwendung dieser Methode bei der Wurzelbehandlung keine medizinische Notwendigkeit und wird deshalb nicht erstattet.

Dagegen wird die Anwendung eines Lasers als Instrument bei der Aufbereitung von Wurzelkanälen im Rahmen einer Wurzelbehandlung in Form eines Zuschlages erstattet.

3.8. Wird für die antimikrobielle photodynamische Therapie (aPDT) bzw. photodynamische antibakterielle Chemotherapie (PACT) geleistet?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig (siehe 3.7.)

3.9. Ist eine Wurzelbehandlung an einem bereits wurzelbehandelten Zahn erstattungsfähig?

- Ja, wir bezahlen aus Tarif dentZB.100 auch Wurzelbehandlungen an bereits wurzelbehandelten Zähnen, wenn sie nach originären Leistungen der GOZ abgerechnet sind. Analoge Positionen erstatten wir nicht.

4. Parodontalbehandlung

4.1. Wann bezahlt die GKV?

- Die GKV übernimmt die Kosten nur, wenn eine behandlungsbedürftige Parodontopathie (entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats) vorliegt. Das bedeutet, dass eine Taschentiefe von 3,5 mm oder mehr besteht. Nach der Behandlungsrichtlinie des G-BA in der zahnärztlichen Versorgung darf kein Zahnstein vorhanden sein. Außerdem müssen die Patienten zur richtigen Mundhygiene angeleitet worden sein.

- Sehr häufig wird die Zahnprophylaxe (Zahnstein, Mundhygiene, professionelle Zahnreinigung) nicht von der GKV übernommen und kann über Tarif dentPRO.80 abgesichert werden.

4.2. Wann bezahlen wir (Tarif dentZB.100)?

- Nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist die Parodontalbehandlung erst ab einer Taschentiefe von 3,5 mm indiziert. Bei Taschentiefen, die kleiner als 3,5mm sind, ist die Behandlung nicht indiziert und führt sogar zu Komplikationen und negativen Nebeneffekten, wie z.B. einer Vergrößerung der Taschentiefe.
- Der Erfolg der Behandlung hängt auch wesentlich davon ab, dass der Versicherte durch Prophylaxe und Hygienemaßnahmen mithilft.
- Aus diesen Gründen ist eine Parodontalbehandlung nur dann medizinisch notwendig und führt zum Erfolg, wenn die Voraussetzungen der GKV vorliegen. Deshalb leistet Tarif dentZB.100 auch nur in diesem Fall notwendige zusätzliche Privatleistungen, die die GKV nicht übernimmt.

4.3. Was bezahlen wir (dentZB.100)?

- Folgende Privatleistung werden aus Tarif dentZB.100 erstattet:
 - Bakterientest (mikrobiologische Diagnostik): Verursacher der Parodontitis sind Bakterien. Wenn man den Markerkeimen der Parodontitis vorab auf die Spur für eine gezielte adjuvante Antibiotikatherapie bei schweren Formen der Parodontitis kommen will, kann man spezielle Bakterientests durchführen:
 - Laborkosten: ca. 70 - 80 €
 - GOÄ-Nr. 298: 5,36 € (2,3-fach)
 - subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation:
 - GOZ-Nr. 4025 je Zahn: 1,94 € (2,3-fach)
 - Materialkosten (z.B. Periochip)
- Regenerative Parodontalchirurgie: Die Heilung einer Parodontitis nach den klassischen chirurgischen Methoden übernimmt zwar die Kasse. Gewebe-Regeneration (GTR), Rezessionsdeckungen, Emdogain oder Papillenrekonstruktionen werden aber nur von den Privatversicherern übernommen. Als Kassenpatient muss man selber in die Tasche greifen. Je nach Maßnahme können da schnell einige Hundert Euro pro Zahn in Rechnung gestellt werden.
 - Parodontale Regeneration mittel Schmelzmatrixprotein (Emdogain):
 - GOZ-Nr. 4110 je Zahn: 35,43 € (3,5-fach)
 - Material bis ca. 200 – 400 €
 - Maßnahmen zur gesteuerten Geweberegeneration (GTR):
 - GOZ-Nr. 4138 je Zahn: 43,31 € (3,5-fach)
 - Material bis ca. 200 €
 - Auffüllen von Knochendefekten (GBR):
 - GOZ-Nr. 4110 je Zahn: 35,43 € (3,5-fach)
 - GOZ-Nr. 4138 je Zahn: 43,31 € (3,5-fach)

- Bindegewebs- und Schleimhauttransplantationen:
 - GOZ-Nr. 4133 je Transplantat: 35,43 € (3,5-fach)
 - GOZ-Nr. 4130 pro Zahnzwischenraum: 173,23 € (3,5-fach)

4.4. Wird im Rahmen der Bindegewebs- und Schleimhauttransplantationen für die Transplantation einer Kollagenmatrix (z.B. Mucograft, Mucoderm) geleistet?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig

4.5. Wird für Laserbehandlung bei Parodontose geleistet?

- Bei der Therapie von Parodontose setzen einige Zahnärzte die Laserbehandlung (z. B. antibakterielle photodynamische Therapie aPDT bzw. photodynamische antibakterielle Chemotherapie PACT) zusätzlich zur Eliminierung von Bakterien ein.

Nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen besteht für die Anwendung dieser Methode in der Parodontologie keine medizinische Notwendigkeit und wird deshalb nicht erstattet.

Dagegen wird die Anwendung eines Lasers als Instrument bei einer Schleimhaut- und Bindegewebsstransplantation in Form eines Zuschlages erstattet

4.6. Wird für das Vector-Verfahren bei Parodontose geleistet?

- Nein, für die Reinigung der Wurzelflächen mittels Vector-Gerät wird im Rahmen der Parodontaltherapie nicht zusätzlich geleistet. Diese Maßnahme ist mit der Parodontosebehandlung als Kassenleistung abgegolten.

4.7. Wird für die Photoaktivierte Chemotherapie (PACT) geleistet?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig (siehe 4.5.)

4.8. Wird für die antimikrobielle photodynamische Therapie (aPDT) geleistet?

- Nein, da nicht medizinisch notwendig (siehe 4.5.)

5. Kieferorthopädie

5.1. Wann und was bezahlt die GKV?

- Bezüglich Kieferorthopädie übernimmt die GKV nur noch Kosten für die Behandlung solcher Kiefer- oder Zahnfehlstellungen, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen bis zur Volljährigkeit des Kindes. Dabei werden „Kieferorthopädische Indikationsgruppen“ (KIG) zur Beurteilung des Schweregrades einer Kiefer- oder Zahnfehlstellung herangezogen. Diese nach Behandlungsbedürftigkeit gestaffelten Indikationsgruppen sind in fünf Stufen eingeteilt. KIG 1 und 2 enthalten geringe bis mäßig ausgeprägte Zahnfehlstellungen und Kieferanomalien, zu deren Korrektur aus ästhetischen Gründen oder wegen medizinisch vertretbarer, aber nicht dringlicher Behandlungsbedürftigkeit anzuraten ist. Die Grade 3 bis 5 der kieferorthopädischen

Indikationsgruppen enthalten ausgeprägte Zahnfehlstellungen und Kieferanomalien, deren Korrektur medizinisch notwendig bzw. dringend erforderlich erscheint.

- Eine Kostenübernahme durch die GKV nur erfolgt, wenn eine Anomalie vorliegt, die mindestens in KIG 3 einzustufen ist. Die Behandlung von Zahnstellungs- und Kieferanomalien in KIG 1 und 2 zahlt die Kasse nicht.
- Ab KIG 3 haben Betroffene Anspruch auf Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Extras wie zahnfarbene Kunststoff- oder Keramik-Brackets mit hochelastischen Drähten, die weniger stark auf die Zähne drücken, oder auch Fissurenversiegelungen, die vor Karies schützen, muss man aus eigener Tasche bezahlen.
- Die GKV übernimmt die Kosten in zwei Schritten:
 1. Während der Behandlung rechnet der Kieferorthopäde 80 % direkt mit der GKV ab. Die übrigen 20 % werden vom Kunden als Eigenanteil bezahlt.
 2. Nach Abschluss der Behandlung erstattet die GKV den Eigenanteil, wenn der Kieferorthopäde schriftlich bestätigt, dass die Behandlung erfolgreich abgeschlossen wurde.

5.2. Welche Zusatzleistungen(Privatleistungen) gibt es und was kosten diese?

- Private Zusatzleistungen sind zum Beispiel: Zahnfarbene Kunststoff- oder Keramik-Brackets mit hochelastischen Drähten, die weniger stark auf die Zähne drücken; Langzeit-Retainer, die das erzielte Ergebnis nach der KFO konservieren sollen
- Kosten Erfahrungswerte Bereich Leistung:
 - Mehrkosten KIG 3-5: 1.000 € – 2.000 €
 - Kosten KIG 1-2: ca. 2.000 €
- Kosten Internetrecherche:

Mehrkosten KIG 3-5:

 - Stiftung Warentest: im Schnitt zahlen Eltern 1.000 € zusätzlich privat, da viele Kieferorthopäden auch entsprechend die Eltern psychologisch unter Druck setzen, Zusatzleistungen zu „buchen“.
 - Bandbreite von wenigen Hundert Euro bis 3.000 Euro
 - Waizmann-Tabelle: 600 - 1.800 €

5.3. Was bezahlen wir?

- Aus Tarif dentZB.100 wird bei Kindern, die die KFO-Behandlung vor dem 18. Geburtstag begonnen haben, 100 % bis max.1.000 € je Kind und Vertrag übernommen. Wir zahlen bei KIG 1-5 unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit für alle Privatleistungen (z. B. Transparent Aligner, Mini-Brackets, farblose Bögen, innenliegende Zahnspangen, Kunststoff- oder Keramikbrackets, festsitzende Retainer, PZR bei der KFO...)
- Bei Unfall bezahlen wir 100 % ohne Alters- und €-Begrenzung

6. Analgo-/ Lachgassedierung und Akupunktur

6.1. Wie viel zahlen wir für Sedierung und Akupunktur?

- In Zusammenhang mit einer versicherten Zahnbehandlung zahlen wir für Analgo-/Lachgassedierung und Akupunktur 100 % bis max. insgesamt 250 € pro Kalenderjahr aus Tarif dentZB.100. Zusätzlich wird in Zusammenhang mit einer versicherten Zahnersatz (ZE)-Maßnahme entsprechend dem ZE-Erstattungs-%-Satz bis max. insgesamt 250 € pro Kalenderjahr aus Tarif dentZE.90/100 bezahlt. Für beide Tarife zusammen also bis 500 € pro Kalenderjahr.

6.2. *Wird die Narkose/Sedierung auch für die Weisheitszähne (Entfernen) gezahlt? Aus welchem Tarif ZE oder ZB?*

- Für die Narkose wird grundsätzlich nicht geleistet. Analgo-/Lachgassedierung und Akupunktur werden nur in Zusammenhang mit einer Leistung aus unseren Zahntarifen bezahlt. Dazu gehört das Ziehen von Weisheitszähnen nicht. Deshalb wird sie hier auch nicht bezahlt.
- Wenn das Ziehen der Weisheitszähne medizinisch notwendig ist, übernimmt die GKV die Kosten.

6.3. *Erstatten wir auch für eine Vollnarkose?*

- Nein, für die Vollnarkose wird nicht geleistet. Es wird nur für Analgo- und Lachgassedierung bezahlt. Die Analgo- und Lachgassedierung sind neben einer Lokalanästhesie zur Schmerzausschaltung bei einer Zahnarztbehandlung in der Regel Mittel der Wahl und weniger risikobehaftet im Vergleich zu einer Vollnarkose.

6.4. *Wenn zusätzlich zu BISS/AE der Tarif dentZB.100 abgeschlossen ist, ist dann die Sedierung für Zahnersatzmaßnahmen aus BISS/AE mitversichert?*

- Nein, Sedierung und Akupunktur ist im Tarif dentZB.100 nur für Zahnbehandlungsmaßnahmen versichert, die auch in dem Tarif dentZB.100 versichert sind.

7. Zahnprophylaxe

7.1. *Was bezahlt die GKV?*

- Im Regelfall zahlt die GKV für die Professionelle Zahnreinigung nichts. Manche Kassen geben dazu einen Zuschuss auch im Rahmen von Bonusprogrammen.

7.2. *Wie viel bezahlen wir für Prophylaxe und wie oft?*

- Prophylaxe wird im Tarif dentPRO.80 zu 100 %, 2 x pro Kalenderjahr bis zu jeweils 80 € übernommen.

7.3. *Welche Leistungen sind versichert?*

- Folgende Leistungen sind versichert:
 - Professionelle Zahnreinigung:
 - Entfernen von harten und weichen Belägen auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
 - Reinigung der Zahnzwischenräume,
 - Entfernen des Biofilms,

- Oberflächenpolitur,
- Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen
- Erstellen eines Mundhygienestatus,
- Unterweisung gegen Karies und parodontale Erkrankung,
- Kontrolle des Übungserfolges,
- Versiegelung von Fissuren,
- Behandlung von überempfindlichen Zähnen

7.4. Wird die professionelle Zahnreinigung(PZR) auch für Kinder /an Milchzähnen bezahlt?

- Nein, Prophylaxe bei Kindern wird von der GKV übernommen. Deshalb kann der Prophylaxe-Tarif dentPRO.80 erst ab einem Eintrittsalter ab 18 Jahren abgeschlossen werden.

7.5. Wird die Fissurenversiegelung an Milchzähnen bezahlt?

- Nein, Fissurenversiegelung bei Kindern wird von der GKV übernommen. Der Prophylaxe-Tarif dentPRO.80 kann erst ab einem Eintrittsalter ab 18 Jahren abgeschlossen werden.

7.6. Wird für das Vector-Verfahren geleistet?

- Nein, für das Verfahren wird nicht zusätzlich neben der professionellen Zahnreinigung geleistet. Das Entfernen von Belägen auf Wurzeloberflächen mittels Vector-Gerät im Rahmen der Zahnprophylaxe (PZR) ist mit der PZR abgegolten.

7.7. Wird die Zahnprophylaxe auch in einem Zahnstudio bezahlt?

- Nein, laut den gültigen AVB/ZV 2016 muss die Zahnprophylaxe bei einem niedergelassenen Zahnarzt erfolgen.

8. Erstattung generell

8.1. Erfolgt die Erstattung bis zu den Höchstsätzen GOZ/GOÄ?

- Ja, dentZE.90/100 und dentZB.100: bis Höchstsätze GOZ (3,5)/GOÄ.
 Ja, dentPRO.80: bis Höchstsätze GOZ (3,5).

8.2. Wird auch über die Höchstsätze der GOZ/GOÄ geleistet?

- Nein.

8.3. Was bedeutet angemessene Höhe bei den Kosten für zahntechnische Leistungen?

- Die Kosten orientieren sich an der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB=ist ein offizielles Fachverzeichnis zahntechnischer Leistungen, die durch den Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) entwickelt wurde) und den ortsüblichen Preisen.

9. Leistung im Ausland

9.1. Wird Zahnersatz im Ausland bezahlt?

- Ja, der Versicherte kann sich im Ausland behandeln lassen. Wir erstatten dann aus den Tarifen dentZE.90/100 die Kosten, die auch in Deutschland übernommen werden. Da hier die GKV keine Vorleistung erbringt, wird eine fiktive Vorleistung in Höhe von 50% von dieser Leistung abgezogen

9.2. Wird eine Zahnbehandlung im Ausland bezahlt?

- Wir erstatten aus Tarif dentZB.100 die Kosten, die auch in Deutschland übernommen werden.

10. Leistung beim Privatzahnarzt

10.1. Wird der Zahnersatz bei einem Privatzahnarzt bezahlt?

- Ja, der Versicherte kann sich beim Privatzahnarzt behandeln lassen. Da hier die GKV keine Vorleistung erbringt, wird bei Zahnersatz eine fiktive Vorleistung in Höhe von 50% von dieser Leistung abgezogen

10.2. Wird die Zahnbehandlung bei einem Privatzahnarzt bezahlt?

- Ja, für Füllungen wird 100 % entsprechend Tarif dentZB.100 geleistet
- Ja, für Wurzelbehandlungen wird entsprechend Tarif dentZB.100 die Privatrechnung erstattet, wenn nachgewiesen wird, dass kein Leistungsanspruch der GKV besteht.
- Nein, für Parodontalbehandlungen gibt es keine Leistung, weil laut Tarif dentZB.100 die GKV Leistung Voraussetzung für unseren Leistungsanspruch ist.

10.3. Wird die kieferorthopädische Behandlung bei einem Privatzahnarzt bezahlt?

- Ja, wir erstatten laut Tarif dentZB.100 bei KIG 1-5 100 % bis 1.000 € pro Person und Vertrag. Bei Unfall ohne Begrenzung auf Alter und Betrag.

10.4. Wird die Zahnprophylaxe bei einem Privatzahnarzt bezahlt?

- Ja, wir erstatten 100 % zweimal pro Kalenderjahr bis jeweils 80 € aus Tarif dentPR0.80

11. Leistungshöchstbeträge in den ersten 5 Jahren

11.1. Wie hoch sind die Leistungshöchstbeträge in den ersten Jahren?

- In den Tarifen dentZE.90/100:
 - 1.000 € im 1. KJ
 - 2.000 € im 1. – 2. KJ
 - 3.000 € im 1. – 3. KJ
 - 4.000 € im 1. – 4. KJ
 - 5.000 € im 1. – 5. KJ, unbegrenzt ab dem 6. KJ; entfällt bei Unfall
- Im Tarif dentZB.100
 - 500 € im 1. KJ
 - 1.000 € im 1. – 2. KJ
 - 1.500 € im 1. – 3. KJ
 - 2.000 € im 1. – 4. KJ
 - 2.500 € im 1. – 5. KJ, unbegrenzt ab dem 6. KJ; entfällt bei Unfall

- Im Tarif dentPRO.80 werden sofort zweimal pro KJ bis zu 80 € für Prophylaxe bezahlt

11.2. *Gelten die Leistungshöchstbeträge kumulativ?*

- Ja, wenn ein Zahnersatztarif in Kombination mit dem Zahnbehandlungstarif versichert ist, bekommt man z. B. in den ersten 3 Kalenderjahren bis zu 3.000 € für Zahnersatzmaßnahmen und zusätzlich bis zu 1.5000 € für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie.

11.3. *Gilt das angefangene Jahr (Rumpffahr) bei unterjährigem Beginn als 1. Jahr der Leistungshöchstbeträge (Zahnstaffel)?*

- Ja, die Leistungshöchstbeträge beziehen sich auf das Kalenderjahr.

11.4. *Entfallen die Leistungshöchstbeträge in den ersten 5 Jahren bei Unfall?*

- Ja, bei Unfall gelten die Leistungshöchstbeträge in den ersten 5 Jahren nicht.

12. Wartezeit

12.1. *Wie lange ist die Wartezeit?*

- In den Dent Tarifen dentZE.90/100, dentZB.100 und dentPRO.80 gibt es keine Wartezeiten.

13. Heil- und Kostenplan

13.1. *Muss ein HuK Plan eingereicht werden?*

- Nein, ist aber vor allem bei parodontalen bzw. kieferorthopädischen Behandlungen und teuren Zahnersatz-Maßnahmen angeraten.

14. Nachweis Bonusheft

14.1. *Wie macht eine VP einen Nachweis (5 Jahre Bonusheft), wenn der oder die aus dem Ausland oder aus der PKV kommt?*

- Wenn jemand aus der PKV kommt, kann er sich die Zahnvorsorgebesuche bei seinem Zahnarzt auch nachträglich in seinem Bonusheft bestätigen lassen. Der Nachweis über das Bonusheft ist nur beispielhaft. Zur höheren Erstattung reicht uns auch ein Nachweis des Zahnarztes aus.

15. Risikoprüfung

15.1. *Wie viele Gesundheitsfragen sind zu beantworten?*

- dentZE.90/100:** jeweils 3 Fragen:
 - Werden derzeit Zahnbehandlungen oder Behandlungen wegen Zahnersatz durchgeführt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt (z. B. auch wegen Knirscher-/Aufbisschienen)?
 - Besteht derzeit oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Zahnbetterkrankung (z.B. Parodontose, Parodontitis)?
 - Fehlen Zähne (außer Weisheitszähne oder bei Lückenschluss), die noch nicht oder

durch herausnehmbaren Zahnersatz (Prothesen) ersetzt sind? Wenn ja, wieviele?
-> werden die ersten beiden Fragen verneint und es fehlen nicht mehr als 3 Zähne,
wird der Antrag angenommen, ansonsten abgelehnt

- dentZB.100:** jeweils 3 Fragen:
 - Werden derzeit Zahnbehandlungen oder Behandlungen wegen Zahnersatz durchgeführt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt (z. B. auch wegen Knirscher-/Aufbissschienen)?
 - Besteht derzeit oder bestand in den letzten 3 Jahren eine Zahnbetterkrankung (z.B. Parodontose, Parodontitis)?
 - Werden derzeit kieferorthopädische Maßnahmen durchgeführt oder sind solche angeraten oder beabsichtigt?-> werden alle drei Fragen verneint, wird der Antrag angenommen, ansonsten abgelehnt
- dentPRO.80:** keine Gesundheitsfragen

15.2. Wird nach feststehendem Zahnersatz gefragt?

- Nein, es wird im Antrag nicht nach feststehendem Zahnersatz gefragt. Dieser spielt für die Annahme der Dent Tarife keine Rolle.

15.3. Knirscher-/Aufbissschienen

- Trägt die zu versichernde Person aber bei Antragstellung eine Knirscher-/Aufbissschiene oder ist dies beabsichtigt oder vom Zahnarzt angeraten, ist dies im Antrag als laufende oder angeratene Behandlung anzugeben. Der Antrag kann dann nicht angenommen werden.
- Nicht als laufende oder angeratene Behandlung gilt, wenn die entsprechende Behandlung abgeschlossen ist, weil laut Zahnarzt keine Knirscher- / Aufbissschientherapie und keine mit dieser Therapie verbundenen weiteren Behandlungen mehr notwendig sind.

15.4. Ist ein Abschluss bei laufender Zahnbehandlung möglich?

- Nein, in diesem Fall ist kein Abschluss möglich

16. Fehlende Zähne

16.1. Wann können fehlende Zähne mitversichert werden?

- Fehlende Zähne „können“ ganz prinzipiell bei manchen Versicherern mit versichert werden. Das geht allerdings nur, sofern ein „Versicherungsfall“ bzgl. der fehlenden Zähne noch nicht eingetreten ist. Wenn ein Ersatz der fehlenden Zähne bereits vor Vertragsabschluss notwendig, angeraten oder geplant war, dann können fehlende Zähne nicht mehr mitversichert werden. Wenn Sie also z.B. schon seit mehreren Jahren einen fehlenden Zahn haben, der nicht ersetzt werden muss, dann kann dieser prinzipiell mit versichert werden. Wenn später ein Ersatz doch notwendig wird, dann ist dieser auch erstattungsfähig. Wenn Sie aber z.B. erst vor kurzem einen Zahn gezogen bekommen haben, bei dem der Zahnarzt gesagt hat, dass dieser Zahn ersetzt werden sollte, dann kann dieser natürlich nicht mehr mit versichert werden, weil dann

der „Versicherungsfall“ bereits eingetreten ist.

**16.2. *Wieviel fehlende Zähne können bei uns im Zahnersatztarif mitversichert werden?
Zu welchen Konditionen?***

- Wir versichern bis zu 3 fehlende Zähne bzw. durch herausnehmbaren Zahnersatz ersetzte Zähne mit. Ab einem bis 3 fehlenden Zähnen werden die Leistungshöchstbeträge in den ersten 5 Jahren um 75 % reduziert.

16.3. *Zählen Weisheitszähne, Milchzähne und Lückenschlüsse als fehlende Zähne?*

- Nein, Weisheitszähne, Milchzähne bei Kindern und festsitzender Zahnersatz (Krone, Brücke, Implantat) gelten nicht als fehlende Zähne. Auch ein vollständiger Lückenschluss gilt nicht als fehlender Zahn. Als „Lückenschluss“ wird eine Zahnlücke bezeichnet, die mit Hilfe von geeigneten kieferorthopädischen Maßnahmen oder aufgrund einer natürlichen Veränderung des Kiefers durch die benachbarten Zähne geschlossen wurde.
- Milchzähne bei Erwachsenen, für die keine bleibenden Zähne angelegt sind, zählen als fehlende Zähne.

16.4. *Wie zählen die Brücken und Prothesen zu den fehlenden Zähnen?*

- Als fehlende Zähne zählen alle Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschluss), die noch nicht ersetzt sind oder durch herausnehmbaren Zahnersatz (Prothesen) ersetzt sind.
- Ist die Brücke herausnehmbar zählen nur die mit der Brücke "überbrückten" Zähne als fehlend, nicht die Ankerzähne, an denen die Brücke befestigt wird.

16.5. *Wie werden nicht angelegte bleibende Zähne bewertet?*

- Nicht angelegte bleibende Zähne zählen als fehlende Zähne. Dies gilt auch, wenn der Milchzahn noch vorhanden ist und klar ist, dass der entsprechende bleibende Zahn nicht angelegt ist. Eine Ausnahme besteht hier lediglich, wenn ein Lückenschluss (s. 12.3.) vorliegt.

17. *Angeratene/beabsichtigte Zahnbehandlung*

17.1. *Welche Zahnbehandlungen sind gemeint?*

- Hier sind alle zahnärztlichen Behandlungen, mit Ausnahme von Prophylaxe-Maßnahmen wie z. B. die PZR, gemeint.

17.2. *Wann ist eine Zahnbehandlung angeraten?*

- Konkret angeratene zahnärztliche Maßnahme/n kann in Stichworten bedeuten, dass diese später nachweisbar sind, weil diese:
 - in der Patientenakte dokumentiert sind.
 - mündlich nachweislich ausgesagt worden sind und im Falle einer Arztrückfrage bestätigt werden.

- im Zuge der Beantwortung von sog. Zahnarzt-Rückfragebögen im ersten Leistungsfall bestätigt werden.
- in Form einer Empfehlung von einem Kieferspezialisten ausgesprochen wurde und diese Empfehlung auch in der Patientenakte des Kieferorthopäden dokumentiert worden ist.
- in Form der bloßen Feststellung eines Kieferproblems egal welcher Art in der Patientenakte dokumentiert worden ist.
- in Form von Röntgenbilder dokumentiert worden ist.
- schlimmstenfalls in Form eines Heil - und Kostenplanes dokumentiert worden ist.

Wichtig ist auch zu wissen: Es kommt darauf an, ob der Zahnarzt bei späterer Befragung durch den Versicherer, im Leistungsfall, wozu der Versicherer natürlich berechtigt ist, bestätigen würde, dass bei Vertragsschluss keine Maßnahmen konkret geplant oder angeraten waren, dann können Sie auch kein Problem haben.

Wer beim Abschluss sicher gehen will, dass keine Maßnahmen angeraten sind (es könnte ja auch sein dass der ZA was empfiehlt und es einem nicht 100 % klar gemacht worden ist, dass was angeraten ist konkret und umgehend) fragt am besten nach, ob in der Patientenakte Dinge stehen, die als konkret an- geratene Maßnahmen zu verstehen sind. Man kann sich ggf. auch eine Kopie seiner Patientenakte geben lassen um sicher zu gehen, dass bei späteren ZA-Rückfragen keine "Negativen" drin stehen.

Wenn es so war, dass von irgendwann könnte oder könnte nicht, dieses oder jenes mal zu machen sein gesprochen worden ist, wenn also versicherungsrechtlich vom Zahnarzt vor Vertragsbeginn nichts konkretes geplant bzw. angeraten war, können Sie kein Problem im Leistungsfall haben.

Nur muss später aber auch, im Falle einer Rückfrage des Versicherers, die Antwort Ihres Zahnarztes genau dieser Aussage/Feststellung entsprechen.

17.3. *Konsequenz einer angeratenen Behandlung auf den Abschluss*

17.4. Wird die Antragsfrage nach angeratener Zahnbehandlung mit "ja" beantwortet, wird der Antrag nicht angenommen

18. Versicherungsfähigkeit

18.1. *Wer kann sich in den Dent Tarifen versichern?*

- Versichern kann sich jeder, der in einer deutschen GKV versichert ist. In Tarif dentPRO.80 gilt zusätzlich ein Alter von 18 Jahren (Kalenderjahr – Geburtsjahr).
- Auch Personen mit Wohnsitz im Ausland (Grenzgänger), die in der deutschen GKV versichert sind, können sich versichern.
- Empfänger der Freien Heilfürsorge sind nicht versicherbar.

19. Versicherungsbeginn/Rückdatierung

19.1. Versicherungsbeginn muss immer ein Monatserster sein?

- Ja

19.2. Kann der Versicherungsbeginn rückdatiert werden?

- Ja, sofern der Antrag bis 15. des Monats bei uns eingeht (geht nicht über Online-Abschluss), kann der Versicherungsbeginn auf den entsprechenden Monatsersten zurück datiert werden.

20. Kündigung

20.1. Verzichten wir auf unser ordentliches Kündigungsrecht?

- Ja

20.2. Wie lange ist die Mindestvertragsdauer?

- 2 Jahre

20.3. Wann kann der VN kündigen?

- Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer kann der VN jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von 3 Monaten kündigen

20.4. Wann kann der VN innerhalb der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren kündigen?

- Bei einer Beitragsanpassung oder Erhöhung des Beitrages wegen Erreichen einer höheren Altersgruppe.

21. Anwartschaft

21.1. Können die Dent Tarife auf Anwartschaft gestellt werden?

- Ja, die kleine Anwartschaft ist möglich

22. Höchst-/Mindesteintrittsalter

22.1. Gibt es ein Höchsteintrittsalter?

- Nein

22.2. Gibt es ein Mindesteintrittsalter?

- Nur für den Tarif dentPRO.80. In diesen Tarif muss das Eintrittsalter mindestens 18 Jahre betragen. Denn bei Kindern bezahlt die Prophylaxe die GKV.

23. Tarifwechsel

23.1. Werden die Leistungshöchstbeträge in den ersten 5 Jahren bei Tarifwechsel in die neuen Dent Tarife angerechnet?

- Ja, wechselt der Versicherte aus einem unserer anderen Tarife (z. B. Vollversicherung) mit Leistungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie in Tarif dentZB.100

rechnen wir die Dauer im bisherigen Tarif auf die Leistungshöchstbeträge in den ersten 5 Jahren an. Leistungen, die im bisherigen Tarif bezahlt wurden, werden dann auch beim Leistungshöchstbetrag abgezogen

- Analog gilt dies für die Zahnersatztarife (z. B. bei Wechsel aus BISS.80 oder plus.Z)

23.2. Wechsel aus bestehenden Zahnzusatztarifen in die Dent Tarife.

Wann ist eine Risikoprüfung erforderlich?

- Bei Tarifwechsel aus einer bestehenden Zahnzusatzversicherung in Tarif dentPRO.80 ist keine Risikoprüfung erforderlich, da er generell ohne Risikoprüfung abgeschlossen werden kann
- Bei Tarifwechsel aus einer bestehenden Zahnzusatzversicherung in den Zahnbehandlungstarif dentZB.100 ist eine Risikoprüfung erforderlich (Ausnahme: bei Wechsel aus CAG 4), da es sich um eine Höherversicherung handelt. Es müssen die entsprechenden Gesundheitsfragen des Dent Tarifs beantwortet werden. Dabei ist der Gesundheitszustand zu dem Zeitpunkt, zu dem der Antrag auf Tarifwechsel gestellt wird, maßgeblich. Besteht der Kunde diese Risikoprüfung nicht, erfolgt ein Leistungsausschluss für die Höherversicherung.
- Bei Tarifwechsel aus einer bestehenden Zahnzusatzversicherung in die Zahnersatztarife dentZE.90/100 ist eine Risikoprüfung erforderlich, da es sich um eine Höherversicherung handelt. Es müssen die entsprechenden Gesundheitsfragen des Dent Tarifs beantwortet werden. Dabei ist der Gesundheitszustand zu dem Zeitpunkt, zu dem der Antrag auf Tarifwechsel gestellt wird, maßgeblich. Besteht der Kunde diese Risikoprüfung nicht, erfolgt ein Leistungsausschluss für die Höherversicherung.

23.3. Wechsel aus bestehender Vollversicherung in die Dent Tarife.

Wann ist eine Risikoprüfung erforderlich?

- Bei Tarifwechsel aus einer bestehenden Vollversicherung in Tarif dentPRO.80 ist keine Risikoprüfung erforderlich, da er generell ohne Risikoprüfung abgeschlossen werden kann.
- Bei Tarifwechsel aus einer bestehenden Vollversicherung in Tarif dentZB.100 ist keine Risikoprüfung erforderlich.
- Bei Tarifwechsel in die Zahnersatztarife dentZE.90/100 ist eine Risikoprüfung erforderlich, da es sich um eine Höherversicherung handelt. Es müssen die entsprechenden Gesundheitsfragen des Dent Tarifs beantwortet werden. Dabei ist der Gesundheitszustand zu dem Zeitpunkt, zu dem der Antrag auf Tarifwechsel gestellt wird, maßgeblich. Besteht der Kunde diese Risikoprüfung nicht, erfolgt ein Leistungsausschluss für die Höherversicherung.

23.4. Wann und wie kann in die Dent Tarife gewechselt werden?

- Unser Kunde kann zu jedem ersten Monatsersten wechseln. Dazu muss der Schutzbrief W 263 mit den entsprechenden Gesundheitsfragen ausgefüllt, die Versicherungsnummer der bestehenden Versicherung und ein Hinweis auf Tarifwechselwunsch angegeben werden.

24. Beiträge

24.1. Sind die Beiträge nach Art Schaden oder Leben kalkuliert?

- Die Beiträge sind nach Art Schaden kalkuliert. Deshalb gibt es verschiedene Altersgruppen mit unterschiedlichen (altersgerechten) Beiträgen. Mit Erreichen der höheren Altersgruppe muss auch der höhere Beitrag gezahlt werden.

24.2. Gibt es einen Beitragsrabatt?

- Ja, bei jährlicher Zahlweise gibt es 3 % Skonto

24.3. Ist die Bezahlung der Beiträge per Überweisung möglich?

- Nein, die Bezahlung muss per Sepa-Lastschriftmandat erfolgen.

25. Provision

25.1. Sind die altersbedingten Beitragssprünge provisionsauslösend?

- Nein, die Beitragserhöhung aus der Altersumschreibung löst keine Provision aus