

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

1. Allgemeine Grundsätze

- 1.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?
- 1.2 Gibt es ein bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis?
- 1.3 Sind die Leistungen in den ersten Jahren begrenzt?
- 1.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?
- 1.5 Können Deutsche versichert werden, die im grenznahen Ausland wohnen, sich aber in Deutschland behandeln lassen wollen (sog. „Grenzgänger“)?
- 1.6 Sieht der Tarif die Bildung von Alterungsrückstellungen vor?
- 1.7 Leistet die Versicherung auch bei einer Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung?
- 1.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?
- 1.9 Können bei Kindern und Erwachsenen auch die Zahnlücken mitversichert werden, die noch entstehen werden, weil bleibende Zähne nicht angelegt sind?
- 1.10 Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn bei Antragstellung bereits eine Behandlungsmaßnahme läuft oder angeraten ist?
- 1.11 Was passiert, wenn vorhandene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht in Anspruch genommen werden?
- 1.12 Gelten die heute genannten Leistungen auch dann noch, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zuschüsse im Zahnbereich zukünftig weiter streichen sollte?
- 1.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?
- 1.14 Gibt es Besonderheiten?

2. Zahnbehandlung

- 2.1 Allgemein
- 2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?
- 2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?
- 2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?
- 2.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Parodontosebehandlungen vor?
- 2.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kunststofffüllungen vor?
- 2.7 Werden die Prophylaxe-Leistungen erstattet?
- 2.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?
- 2.9 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbissschienen vor?

3. Zahnersatz

- 3.1 Allgemein
- 3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?
- 3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?
- 3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?
- 3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Verblendungen vor?
- 3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?
- 3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen vor?

4. Kieferorthopädie

- 4.1 Allgemein
- 4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?
- 4.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

5. Verfahrensweise im Leistungsfall und Ihre Ansprechpartner

- 5.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)
- 5.2 Erstattung von Behandlungsrechnungen
- 5.3 Änderung der Kundendaten
- 5.4 Ihre Ansprechpartner bei ACIO

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Der Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* kann beantragt werden, wenn eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht.

I.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

I.2 Gibt es ein bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis?

Nein, es gibt kein vom Versicherer selbst erstelltes, bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis. Die *DFV* erstattet die Labor- und Materialkosten im vollen versicherten Umfang. Sollten die erstattungsfähigen Kosten im auffälligen Missverhältnis zu durchschnittlichen Rechnungen stehen, behält sich die Leistungsabteilung der *DFV* eine entsprechende Prüfung vor.

Damit werden von der *DFV* höhere Leistungen anerkannt als von den Zahnzusatzversicherungen, die Material- und Laborkosten auf Basis der Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses (BEL II) der gesetzlichen Krankenkassen erstatten.

I.3 Sind die Leistungen in den ersten Jahren begrenzt?

Ja, in den ersten vier Versicherungsjahren gilt eine Begrenzung von insgesamt:

- 750 EUR Rechnungsbetrag im ersten Versicherungsjahr
- 1.500 EUR Rechnungsbetrag in den ersten zwei Versicherungsjahren zusammen
- 2.250 EUR Rechnungsbetrag in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen
- 3.000 EUR Rechnungsbetrag in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen

Die Begrenzungen entfallen bei dem Behandlungsbedarf, der nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

Ab dem fünften Versicherungsjahr stehen die Leistungen ohne Begrenzung zur Verfügung.

I.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?

Nein, für den Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* gibt es keine Mindestversicherungsdauer. Der Vertrag kann zum Ende eines jeden Kalendermonats gekündigt werden.

I.5 Können Deutsche versichert werden, die im grenznahen Ausland wohnen, sich aber in Deutschland behandeln lassen wollen (sog. „Grenzgänger“)?

Nein, Personen, die nicht in Deutschland wohnen, können sich nicht im Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* versichern.

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

I.6 Sieht der Tarif die Bildung von Alterungsrückstellungen vor?

Der Tarif ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es gibt zehn Alters- und Beitragsgruppen. Versicherte, die das 21., 31., 41., 46., 51., 56., 61., 71. und 81. Lebensjahr vollenden, bezahlen vom Beginn des folgenden Monats an den ihrem Lebensalter entsprechenden und in der Beitragstabelle genannten Neubeitrag.

Beitragsanpassungen aufgrund veränderter Rahmenbedingungen sind ergänzend möglich.

I.7 Leistet die Versicherung auch bei einer Behandlung durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung?

Wird eine Behandlung von Ärzten ohne Kassenzulassung durchgeführt, haben Sie die selben Leistungsansprüche. Da Sie aber Ihnen zustehende Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (Festkostenzuschuss) nicht in Anspruch genommen haben, wird der Erstattungsanspruch gekürzt. Dies sind pauschal 30 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bei allen Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen. Diese Summe würde als fiktive Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse angerechnet und von den tariflichen Leistungen der DFV abgezogen.

I.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Nein, zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits fehlende, nicht ersetzte Zähne können nicht in den Vertrag bzw. Versicherungsschutz eingeschlossen werden. Wenn Ihnen Zähne fehlen, sodass Zahnlücken oder freie Positionen vorhanden sind, in die Zahnersatz eingebracht werden kann, dann kann die Versorgung dieser Zahn-lücken bzw. der bestehenden freien Positionen nicht mitversichert werden.

Wenn natürliche Zähne fehlen, diese aber bereits durch herausnehmbaren Zahnersatz (z. B. Prothesen) ersetzt wurden, dann gelten diese ersetzten Zähne im Sinne der Annahmerichtlinien ebenfalls als fehlend und können nicht mitversichert werden.

I.9 Können bei Kindern und Erwachsenen auch die Zahnlücken mitversichert werden, die noch entstehen werden, weil bleibende Zähne nicht angelegt sind?

Nein, wenn bei Antragstellung beispielsweise über ein Röntgenbild bekannt ist, dass bei einem Kind oder einem Erwachsenen ein bleibender Zahn fehlt, dann kann dieser nicht mitversichert werden.

I.10 Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn bei Antragstellung bereits eine Behandlungsmaßnahme läuft oder angeraten ist?

Um einen individuellen Leistungsausschluss vereinbaren zu können, müsste zuvor eine Gesundheitsprüfung durchgeführt werden. Die Anträge zum Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* sehen jedoch keine Gesundheitsfragen vor, daher kann auch kein separater Leistungsausschluss vereinbart werden. Die DFV hat daher bereits in den Versicherungsbedingungen die pauschale Regelung zum Leistungsausschluss aufgenommen.

Wenn bei Antragstellung bereits eine Zahnbehandlungsmaßnahme (nicht die zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen) oder eine Zahnersatzmaßnahme medizinisch notwendig, angeraten oder geplant ist, dann ist diese bereits vor Antragstellung medizinisch notwendig gewordene Behandlungsmaßnahme generell nicht mitversichert.

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

I.11 Was passiert, wenn vorhandene Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht in Anspruch genommen werden?

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten einen Festkostenzuschuss für jeden zu Zahnersatz führenden zahnmedizinischen Befund. Den Zuschuss erhalten Sie seit 2005 auch dann, wenn Sie sich für eine Versorgungsform (z. B. Implantat) entscheiden, die eigentlich keine Kassenleistung wäre. Der entsprechende und heute noch ausgezahlte Festkostenzuschuss ist in jedem Fall in Anspruch zu nehmen, andernfalls erfolgt eine theoretische Anrechnung dessen, was die gesetzliche Krankenkasse gezahlt hätte. Dies sind pauschal 30 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bei allen Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen. Um diese Anrechnungssummen würde die Auszahlung der DFV heute gekürzt, wenn Sie den Festkostenzuschuss nicht in Anspruch nehmen.

I.12 Gelten die heute genannten Leistungen auch dann noch, wenn die gesetzliche Krankenkasse die Zuschüsse im Zahnbereich zukünftig weiter streichen sollte?

Ja, Leistungen im Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* stehen auch nach einer Gesundheitsreform noch in derselben Höhe zur Verfügung. Die Erstattung erfolgt dann unabhängig von den gesetzlichen Krankenkassen, der Tarif ist daher reform- und zukunftstauglich. Sollte der Festkostenzuschuss zukünftig entfallen, leistet die DFV auch weiterhin die bereits heute zugesagten 60 %.

I.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Nein, für den Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* besteht keine Verpflichtung zur Einreichung eines Heil- und Kostenplans. Wir empfehlen Ihnen jedoch, vor jeder kostenintensiven Behandlungsmaßnahme einen Heil- und Kostenplan einzureichen, um die Kostenübernahme abzustimmen.

I.14 Gibt es Besonderheiten?

Ja, es gibt folgende Besonderheiten:

- Assistance-Leistungen (24 Stunden-Hotline), beispielsweise die Benennung von Zahnärzten in Wohnortnähe, zahnmedizinische Zweitmeinung etc.
- Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie sowie die Durchführung einer Vollnarkose
- Keine Wartezeiten für Zahnbehandlung oder Zahnersatz
- Tägliches Kündigungsrecht
- Keine Gesundheitsfragen im Antrag

Letzteres bedeutet, dass der Versicherer sich beim ersten Leistungsfall schriftlich bei Ihrem Zahnarzt melden wird. Mit der Arztanfrage wird dann nachträglich geklärt, ob der Behandlungsbedarf bereits vor Vertragsabschluss bestanden hat. Es besteht **kein** Versicherungsschutz für

- bereits vor Vertragsabschluss begonnene oder ärztlich angeratene Behandlungen
- die erstmalige Versorgung von bereits vor Vertragsabschluss beschädigten, erkrankten, fehlenden oder noch nicht dauerhaft ersetzten Zähnen. Dies gilt **auch dann**, wenn noch **keine** Behandlung vom Zahnarzt angeraten wurde.
- die Versorgung von bereits vor Vertragsabschluss vorhandenen Zahn- oder Kieferfehlstellungen

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

2. ZAHNBEHANDLUNG

2.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, der Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* sieht keine Wartezeiten vor. Leistungen für Kunststofffüllungen, Zahnreinigung und Zahnprophylaxe sowie für Zahnerhalt, dazu zählen bei der *DFV* Inlays, Parodontose- und Wurzelkanalbehandlungen, können Sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Inlays
- Kunststofffüllungen
- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
- Fissurenversiegelung
- Fluoridbehandlung
- Parodontosebehandlung
- Wurzelkanalbehandlung

2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?

Für Wurzelkanalbehandlungen werden 60 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt. Wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse Teile der Behandlungsmaßnahmen übernimmt, erstattet der Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* 60 % der Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung ist im Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen im Bereich **Wurzelkanalbehandlung** die Kosten für die Zähne im Frontzahnbereich, sofern der Wurzelkanal, nach Einschätzung Ihres Zahnarztes, vollständig aufbereitet werden kann.

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Zähne im Seitenzahnbereich nur dann, wenn folgendes möglich ist:

- eine geschlossene Zahnreihe zu erhalten
- eine einseitige Freiendsituation zu vermeiden
- bestehenden funktionstüchtigen Zahnersatz zu erhalten

Wenn keiner dieser Punkte zutrifft, leistet die gesetzliche Krankenkasse nur für die Entfernung des behandlungsbedürftigen Zahns, nicht aber für die Wurzelkanalbehandlung. Die Kosten einer privat bezahlten Wurzel-

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

kanalbehandlung können, abhängig von der Anzahl, der Aufbereitungen und der Wurzelkanäle zwischen 800 und 1200 EUR liegen.

Wenn einer der Punkte zutrifft, leistet die gesetzliche Krankenkasse. Aber auch in diesen Fällen werden die Mehrkosten für die Arbeiten mit Lupenbrille oder Operationsmikroskop und die Kosten für die maschinelle Aufbereitung des Wurzelkanals mit hochflexiblen Wurzelkanalinstrumenten von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

2.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Parodontosebehandlungen vor?

Für Parodontosebehandlungen werden 60 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt. Wenn Ihre gesetzliche Krankenkasse Teile der Behandlungsmaßnahmen übernimmt, erstattet der Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* 60 % der Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung ist im Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** übernehmen die Kosten für **Parodontitisbehandlungen** ab einer Taschentiefe von 3,5 mm und mehr. Dies bedeutet, dass sich das Zahnfleisch bereits auf einer Strecke von 3,5 mm vom Zahn/Zahnhals gelöst hat. In den so entstandenen Zahnfleischtaschen sammeln sich Bakterien, die zu einem Fortschreiten der Parodontitis führen. Daher kommt die Leistung der gesetzlichen Krankenkassen nach Ansicht vieler Zahnärzte zu spät. Zahnärzte raten schon frühzeitig zur Einleitung von Gegenmaßnahmen und sehen eine medizinische Notwendigkeit zur Behandlung bereits ab Taschentiefen von 1,5 mm gegeben.

2.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kunststofffüllungen vor?

Für Kunststofffüllungen an bleibenden Zähnen werden 60 % des Rechnungsbetrages erstattet. Die Anzahl der erstattungsfähigen Kunststofffüllungen ist nicht begrenzt. Die Füllungen sind nach den Gebührenordnungsziffern 2060, 2080, 2100 und 2120 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Für Kinder erstattet die *DFV* Kunststofffüllungen an Milchzähnen. Auch hier müssen die Füllungen nach den Gebührenordnungsziffern 2060, 2080, 2100 und 2120 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** leisten sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen nur im Frontzahnbereich für **Kunststofffüllungen**. Im Seitenzahnbereich haben Sie nur Anspruch auf eine Amalgamfüllung. Wenn Sie auf eigene Kosten eine Kunststofffüllung wählen (Kosten ca. 80 bis 150 EUR), erstattet Ihre gesetzliche Krankenkasse nur den Betrag, der für eine vergleichbare Amalgamfüllung angefallen wäre, d. h. ca. 30 bis 50 EUR. Nur wenn eine medizinisch nachgewiesene Amalgamallergie besteht, leistet eine gesetzliche Krankenkasse auch für Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich.

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

2.7 Werden die Prophylaxe-Leistungen erstattet?

Ja, pro Versicherungsjahr stehen 120 EUR für folgende Maßnahmen zur Verfügung:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
- Fissurenversiegelung
- Behandlung überempfindlicher Zahnflächen
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen
- Erstellung der Mundhygienestatus
- Kariesrisikodiagnostik
- Speicheltest zur Keimbestimmung
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen

Die Summe ist ausreichend, wenn Sie einmal pro Jahr eine professionelle Zahnreinigung durchführen lassen. Diese kostet nach der Gebührenordnung für Zahnärzte ca. 100 EUR.

Auch für **Kinder** ist eine professionelle Zahnreinigung nach GOZ-Ziffer 1040 erstattungsfähig. Darüber hinaus werden auch Fissurenversiegelungen der bleibenden 4er und 5er Zähne von der DFV übernommen. Sowohl die professionelle Zahnreinigung als auch die Fissurenversiegelung gehören bei der DFV zur Rubrik der Prophylaxemaßnahmen. Die Erstattungsleistung für alle Prophylaxemaßnahmen ist in diesem Tarif pro Jahr auf 120 EUR begrenzt.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** bezahlen bestimmte **Prophylaxe-Leistungen** bei Kindern vom 6. bis zum 18. Lebensjahr, dazu zählen:

- Mundhygienestatus
- Aufklärung über richtige Putztechnik und zahngesunde Ernährung
- Zahnsteinentfernung
- Fluoridierung
- Fissurenversiegelung der bleibenden Backenzähne (6er und 7er im Ober- und Unterkiefer)

Weitergehende Prophylaxe-Maßnahmen oder gar eine umfangreiche professionelle Zahnreinigung werden von den gesetzlichen Krankenkassen auch für Kinder nicht erstattet.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** bezahlen für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal jährlich die Kosten für:

- Zahnsteinentfernung

Weitergehende Prophylaxe-Maßnahmen oder gar eine umfangreiche professionelle Zahnreinigung werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

2.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?

60 % vom **Restkostenbetrag** nach GKV-Vorleistung erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Inlays. Die gesetzliche Krankenkasse zahlt nur den Festkostenzuschuss wie er z. B. für eine Amalgamfüllung angefallen wäre. Die *DFV ZahnSchutz Komfort 60* Zahnzusatzversicherung erstattet dann noch einmal 60 % der verbleibenden Restkosten.

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

Im Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* gibt es keine Obergrenze für die Anzahl der Inlays pro Kiefer und auch keine Vorschriften über die zu verwendenden Materialien wie z. B. Kunststoff, Keramik, Gold. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Bei **Inlays** handelt es sich um besonders hochwertige, im Regelfall im Zahnlabor angefertigte Füllungen aus Gold oder Keramik. Inlays zählen nach der Definition der **gesetzlichen Krankenkassen** nicht zum Zahnersatz, daher sieht ihr Leistungskatalog auch keinen Festkostenzuschuss für Inlays vor. Sie bekommen lediglich den Betrag erstattet, den Ihre gesetzliche Krankenkasse auch für eine Amalgamfüllung erbracht hätte. Dies sind zwischen 30 und 50 EUR. Die Kosten eines Inlays können zwischen 350 und 600 EUR betragen.

2.9 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbisschienen vor?

Für Aufbisschienen werden 60 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn sie in unmittelbarem Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen stehen und der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt.

Reparaturen von bei Antragstellung vorhandenen Aufbisschienen sind für den Zeitraum ab Zustandekommen des Vertrages nicht mitversichert.

Die **Aufbisschiene** ist über die **gesetzliche Krankenkasse** nur abrechenbar

- als Aufbissbehelf aus Kunststoff zur Unterbrechung der Okklusionskontakte, um z. B. das Zähneknirschen zu unterbrechen
- als Bissführungsplatte bei der Versorgung mit Zahnersatz
- als Aufbisschiene bei einer Parodontalerkrankung
- zur Therapie von Kiefergelenkerkrankungen

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten nicht, wenn es sich um höherwertige und umfangreichere Aufbisschienen handelt.

3. ZAHNERSATZ

3.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, der Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* sieht keine Wartezeiten vor. Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen werden erbracht, wenn bei bestehendem Versicherungsschutz medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen für bei Vertragsabschluss vorhandene Zähne oder dauerhaften Zahnersatz erstmals angeraten oder durchgeführt werden.

3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?

Der Begriff Zahnersatz umfasst:

- Kronen
- Brücken
- Prothesen
- Implantatgetragener Zahnersatz
- Implantate
- Stiftzähne
- Knochenaufbauende Maßnahmen bei implantologischen Leistungen
- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie sowie die Durchführung einer Vollnarkose
- Material- und Laborkosten

Die im Tarif festgelegten Zahnersatzleistungen gelten generell für die medizinisch notwendige Neuanfertigung und für Reparaturen bzw. die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz. Vorhandener und zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns noch intakter Zahnersatz ist für später notwendig werdende Reparaturen, Austausch-, Ersatz- und Erneuerungsmaßnahmen im Rahmen der Tarifleistungen mitversichert. Die Mitversicherung gilt nur für bereits vorhandenen festsitzenden Zahnersatz (wie Brücken, Kronen, Implantate etc.). Vorhandene, herausnehmbare Teil- und Vollprothesen gelten bei der DFV nicht als vollwertiger Zahnersatz. Die bisher so ersetzten Zähne gelten im Sinne der Annahmerichtlinien weiterhin als fehlend und fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Kariesbehandlung ist im Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bis zum Höchstsatz erstattet.

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

Für Aufwendungen für Zahnersatz wie Kronen, Brücken, Prothesen oder Implantate erhalten Sie 60 % vom **Restkostenbetrag** nach GKV-Vorleistung als Erstattung für eine höherwertige bzw. die optimale Versorgung. In Abhängigkeit von der Höhe Ihres Festkostenzuschusses führt dies dazu, dass die Gesamterstattung über 60 % liegt.

Über die Gewährung des Kassenbonus entscheidet der im Bonusheft dokumentierte Zeitraum (bis fünf Jahre, fünf bis zehn Jahre, zehn Jahre und mehr), der zu dem Zeitpunkt in der Zukunft nachgewiesen werden kann, an dem Ihr Zahnarzt den Heil- und Kostenplan erstellen wird.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** erstatten bei Kronen, Brücken und Prothesen 50 % der Kosten, die für eine ausreichende und zweckmäßige **Grundversorgung mit Zahnersatz** anfallen. Kommt Metall zur Anwendung, so wird eine nichtedelmetallhaltige Legierung zur Berechnung der pauschalen Kosten herangezogen.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen für weitere Maßnahmen im Bereich Zahnersatz entnehmen Sie bitte den Punkten 3.5 – 3.7.

3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Verblendungen vor?

Verblendungen von Kronen und Brücken sind auch im Seitenzahnbereich zu 60 % erstattungsfähig. Dies gilt sowohl im Unterkiefer als auch im Oberkiefer, sowohl nach rechts als auch nach links, bis einschließlich des jeweils achten Zahns. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum jeweiligen Höchstsatz erstattet.

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

Die **gesetzlichen Krankenkassen** zahlen zahnfarbene **Verblendungen** der Frontzähne und seitliche Verblendungen im Oberkiefer bis zum fünften und im Unterkiefer bis zum vierten Zahn.

3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?

60 % vom **Restkostenbetrag** nach GKV-Vorleistung erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Implantate. Die gesetzliche Krankenkasse zahlt nur den Festkostenzuschuss wie er z. B. für eine Brückenversorgung angefallen wäre. Die *DFV ZahnSchutz Komfort 60* Zahnzusatzversicherung erstattet dann noch einmal 60 % der verbleibenden Restkosten. Bezogen auf den Rechnungsbetrag beträgt die Gesamterstattung über 60 %.

Im Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* gibt es weder für die Anzahl der Implantate pro Kiefer noch für die Materialkosten des einzelnen Implantates eine festgesetzte Obergrenze. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Die Kosten für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial) sind erstattungsfähig, wenn Sie als Vorbehandlung zu einer nachfolgenden Implantationsmaßnahme gehören.

Implantate gehen weit über die von den **gesetzlichen Krankenkassen** als ausreichend und zweckmäßig eingestufte Grundversorgung hinaus. Die mit Implantaten verbundenen Kosten werden daher nicht erstattet. Die gesetzliche Krankenkasse zahlt lediglich einen Festkostenzuschuss von 50 % ohne Bonus und 60-65 % mit Bonus in der Höhe, die für eine Brücke angefallen wäre.

Chirurgische Leistungen und Materialkosten, die anfallen können, wenn ein Kiefer für die Aufnahme von Implantaten vorbereitet werden muss (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial), werden von den gesetzlichen Krankenkassen ebenfalls nicht erstattet.

3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen vor?

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie in direktem Zusammenhang mit umfangreicheren Zahnersatz-, Zahnerhalt- und KFO-Maßnahmen stehen. Die zahnärztlichen Leistungen sind nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum Höchstsatz erstattet.

Von den **gesetzlichen Krankenkassen** werden **funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen** nicht erstattet. Bei umfangreichem Zahnersatz können die Kosten dafür 600 bis 800 EUR betragen.

4. KIEFERORTHOPÄDIE

4.1 Allgemein

Der Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* leistet für kieferorthopädische Maßnahmen oder Zahnspangen.

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, für kieferorthopädische Maßnahmen besteht keine Wartezeit.

4.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

60 % vom Rechnungsbetrag erhalten Kinder und Jugendliche für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlungen, bei denen **ein Leistungsanspruch** gegenüber Ihrer gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft Kinder und Jugendliche bei Einstufung in KIG 3, KIG 4 oder KIG 5.

Die kieferorthopädischen Leistungen werden nicht durch einen gesonderten Höchstbetrag eingeschränkt. Die Auszahlungen unterliegen nur der generell in den Anfangsjahren geltenden Summenbegrenzung.

Obwohl die gesetzliche Krankenkasse in diesen Fällen 80 bis 90 % sofort und die restlichen 20 bis 10 % nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung übernimmt, können immer dann Restkosten verbleiben, wenn während der Behandlung Leistungen aus der sogenannten Mehrkostenvereinbarung in Anspruch genommen werden.

Ebenfalls 60 % vom Rechnungsbetrag, **bis zu 1.200 EUR** je Versicherungsfall erhalten Kinder und Jugendliche für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlungen, bei denen generell **kein Leistungsanspruch** gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft Kinder und Jugendliche z. B. bei Einstufung in die kieferorthopädische Indikationsgruppe (KIG) 2.

Personen, bei denen die kieferorthopädische Behandlung nach dem vollendeten 18. Lebensjahr begonnen wird, haben **keinen Anspruch** auf eine Erstattung aus dem Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort*.

Die vorstehenden Ausführungen zu Punkt 1. - 4. sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es gilt im Zweifel der Wortlaut der Versicherungs- bzw. Tarifbedingungen.

5. VERFAHRENSWEISE IM LEISTUNGSFALL UND IHRE ANSPRECHPARTNER

5.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)

Für den Tarif *DFV ZahnSchutz Komfort 60* besteht keine Verpflichtung zur Einreichung eines Heil- und Kostenplans. Wir empfehlen Ihnen jedoch, vor jeder kostenintensiven Behandlungsmaßnahme einen Heil- und Kostenplan einzureichen, um die Kostenübernahme abzustimmen. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Zahnarzt / Kieferorthopäde ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bitte vor Behandlungsbeginn bei der DFV ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die DFV faxen: **069 958 695-8**
- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan zu uns faxen: **0551 900 378-90**
- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan scannen und unserer Mitarbeiterin Frau Julia Thies mailen: **jt@acio.de**

DEUTSCHE FAMILIENVERSICHERUNG (DFV) ZAHNSCHUTZ KOMFORT 60

5.2 Erstattung von Behandlungsrechnungen

Nach Abschluss der Behandlung, gegebenenfalls auch nach Abschluss von Teilschritten derselben, erhalten Sie von Ihrem Zahnarzt/Kieferorthopäden eine Rechnung in zweifacher Ausfertigung, Original und Duplikat. Bitte reichen Sie immer die **Original**-Rechnung ein.

Ihre Rechnung sieht in der Regel ein Zahlungsziel von drei bis vier Wochen vor. Der Zusatzversicherer erstattet nie direkt an den Behandler oder das Labor, sondern immer nur an Sie, den Versicherungsnehmer. Zur Begleichung der Rechnung bestehen zwei Alternativen:

- Sie gehen in Vorleistung und begleichen die Rechnung innerhalb der Zahlungsfrist. Danach reichen Sie die Rechnung bei Ihrem Zusatzversicherer ein, er überprüft diese und überweist den Erstattungsbetrag dann auf Ihr Konto.
- Sie reichen die Original-Rechnung umgehend nach Erhalt beim Zusatzversicherer ein, warten den Eingang der Erstattungsleistung auf Ihrem Konto ab und bezahlen Ihre Behandlung im Anschluss. Es ist wichtig, dass Sie Ihre Rechnung umgehend nach Erhalt beim Versicherer einreichen, damit dieses Verfahren innerhalb der Zahlungsfrist abgewickelt werden kann.

Maßgeblich für die rechtzeitige Begleichung der Rechnung ist immer das darauf genannte Zahlungsdatum, nicht der Eingang der vom Versicherer ausgezahlten Erstattungsleistung.

5.3 Änderung der Kundendaten

Gesetzliche Krankenkasse:

Wenn Sie Ihre gesetzliche Krankenkasse wechseln, müssen Sie dies nicht anzeigen. Spätestens, wenn Sie den Heil- und Kostenplan einreichen, erfährt Ihr Zusatzversicherer, bei welcher neuen gesetzlichen Krankenkasse Sie versichert sind.

Adressenänderung:

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, dann können Sie Ihre neue Anschrift dem Service Hofstetter z. B. per E-Mail mitteilen: **sh@acio.de**

Bankverbindung:

Wenn sich Ihre Bankverbindung ändert, so bieten sich Ihnen folgende Möglichkeiten:

- E-Mail über das Kontaktformular auf: **www.deutsche-familienversicherung.de**
- **unterschiedene** Mitteilung per Fax an: **0551 900 378-90** oder per Post an: ACIO, Ritterplan 5, 37073 Göttingen

5.4 Ihre Ansprechpartner bei ACIO

Unsere Spezialisten für Zahnzusatzversicherungen, Zahnerhalt und Prophylaxe erreichen Sie Montag bis Freitag in der Zeit von 08.00 bis 19.30 Uhr unter der für Sie **kostenlosen Rufnummer 0800 980 980-1**.

Die kompetente Beratung unseres Experten-Teams können Sie auch bei allen Fragen zu Ihren Rechnungsvorgängen kostenfrei in Anspruch nehmen. Sie erreichen unsere Spezialisten ebenfalls montags bis freitags von 8.00 bis 19.30 Uhr unter der Rufnummer **0551 900 378 800**.

Als Kunde genießen Sie nun den Vorteil einer von der Sichtweise des Versicherers losgelösten, unabhängigen und marktübergreifenden Beratung.