

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 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 Inlays vor?
- 3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Verblendungen vor?
- 3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?
- 3.8 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

BBKK ZAHNPRIVAT PREMIUM

I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

I. Allgemeine Grundsätze

Der Tarif *BBKK ZahnPRIVAT Premium* 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 bindendes Preis- und Leistungsverzeichnis. *Die Bayerische Beamtenkrankenkasse AG* orientiert sich an den ortsüblichen Preisen.

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

Ja, in den ersten vier Kalenderjahren (KJ) gilt eine Begrenzung von 90 % aus insgesamt

- 1.000 EUR Rechnungsbetrag im ersten Kalenderjahr (entspricht 900 EUR Erstattungsbetrag)
- 3.000 EUR Rechnungsbetrag in den ersten zwei KJ (entspricht 2.700 EUR Erstattungsbetrag)
- 6.000 EUR Rechnungsbetrag in den ersten drei KJ (entspricht 5.400 EUR Erstattungsbetrag)
- 9.000 EUR Rechnungsbetrag in den ersten vier KJ (entspricht 8.100 EUR Erstattungsbetrag)

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?

Ja, für den Tarif *BBKK ZahnPRIVAT Premium* beträgt die Mindestversicherungsdauer zwei Versicherungsjahre. Nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer können Sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Jahresende kündigen

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 *BBKK ZahnPRIVAT Premium* versichern.

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

Der Tarif ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es gibt fünf Alters- und Beitragsgruppen. Versicherte, die das 20., 30., 40., 50. bzw. 60. Lebensjahr vollenden, bezahlen dann den in der Beitragstabelle genannten und der jeweiligen Altersgruppe zugeordneten Neubeitrag. Beitragsanpassungen aufgrund veränderter Rahmenbedingungen sind ergänzend möglich.

BBKK ZAHNPRIVAT PREMIUM

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. Der Erstattungssatz beträgt dann weiterhin 90 % des Rechnungsbetrages.

I.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja, in der Summe können bis zu drei

- fehlende, nicht ersetzte Zähne, also tatsächlich vorhandene Zahnlücken
- nicht erhaltungswürdige, noch zu ziehende Zähne

für die zukünftig med. notwendig werdende Versorgung mit Zahnersatz mitversichert werden. Provisorisch ersetzte Zähne gelten bei der BBKK als **fehlende** Zähne.

Für jeden fehlenden Zahn **bzw.** jeden zu ziehenden Zahn ist jeweils ein Mehrbeitrag erforderlich. Zähne, die mit einer herausnehmbaren (Teil-) Prothese versorgt sind, gelten nicht mehr als fehlend.

Die Anzahl der fehlenden und zu ziehenden Zähne darf **in der Summe** drei nicht überschreiten. Fehlen mehr als drei Zähne bzw. sind mehr als drei Zähne zu ziehen, wird der Antrag von der BBKK abgelehnt.

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** ein bleibender Zahn nicht angelegt ist, dann kann dieser nicht mitversichert werden. Dieser Befund würde als angeratene Zahnersatzmaßnahme ausgelegt werden und hätte eine Ablehnung des Antrags zur Folge.

Wenn ein **Erwachsener** noch einen Milchzahn zwischen den bleibenden Zähnen trägt und der Folgezahn nicht angelegt ist, muss dieses im Antrag nicht angegeben werden, solange keine Zahnersatzmaßnahme angeraten ist. In diesem Fall besteht tarifgemäßer Versicherungsschutz.

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

Ja, ist bei Antragstellung bereits eine Parodontosebehandlung medizinisch notwendig, angeraten oder geplant, so muss ein Leistungsausschluss für Parodontosebehandlungen vereinbart werden. Dieser Leistungsausschluss gilt für die **gesamte** Vertragsdauer.

Für alle anderen Zahnbehandlungsmaßnahme (nicht die zahnärztliche Kontrolluntersuchung) oder eine Zahnersatzmaßnahme vereinbart die BBKK **keine** Leistungsausschlüsse. Der Antrag würde komplett abgelehnt und müsste nach Abschluss der Behandlung neu gestellt werden. Es ist daher generell sinnvoll, mit der Antragstellung zu warten, bis gerade laufende oder bereits angeratene Behandlungen abgeschlossen sind.

Diese Regelung gilt nicht für bei Antragstellung fehlende oder zu ziehende Zähne, für die ein Mehrbeitrag gezahlt wird (s. Punkt I.14).

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

BBKK ZAHNPRIVAT PREMIUM

(z. B. Implantat) entscheiden, die eigentlich keine Kassenleistung wäre. Bei Behandlern mit Kassenzulassung ist der entsprechende und heute noch ausgezahlte Festkostenzuschuss in jedem Fall in Anspruch zu nehmen.

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

Ja, Leistungen im Tarif *BBKK ZahnPRIVAT Premium* 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 *BBKK* in Abhängigkeit vom Bonusheft auch weiterhin die bereits heute zugesagten 90 %.

1.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Für den Tarif *BBKK ZahnPRIVAT Premium* 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.

1.14 Gibt es Besonderheiten?

Ja, auch nicht erhaltungswürdige, noch zu ziehende Zähne werden wie bereits heute tatsächlich schon fehlende Zähne mitversichert.

Ja, angeratene Maßnahmen für die fehlenden bzw. die zu ziehenden Zähne sind mitversichert.

Ja, die für die fehlenden bzw. die zu ziehenden Zähne angeratenen Maßnahmen müssen im Antrag nicht als angeratene Behandlung angegeben werden.

Ja, provisorisch ersetzte Zähne zählen bei der *BBKK* als fehlende Zähne. Sie müssen daher auch als solche im Antrag angegeben werden und lösen einen Risikozuschlag aus.

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 *BBKK ZahnPRIVAT Premium* sieht keine Wartezeiten vor. Leistungen für Kunststofffüllungen, Zahnreinigung und Zahnprophylaxe sowie für Zahnbehandlung, dazu zählen bei der *BBKK* Parodontose- und Wurzelkanalbehandlungen, können Sie unmittelbar nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

BBKK ZAHNPRIVAT PREMIUM

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

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

2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?

Für Wurzelkanalbehandlungen werden 90 % 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 *BBKK ZahnPRIVAT Premium* die Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung ist im Tarif *BBKK ZahnPRIVAT Premium* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach den Gebührenordnungsziffern 2410 und 2420 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird zum Einzelsatz erstattet, jedoch nicht mehr als 68 EUR.

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 Wurzelkanalbehandlung können, abhängig von der Anzahl, der Aufbereitungen und der Wurzelkanäle zwischen 800 und 1.200 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 90 % 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 *BBKK ZahnPRIVAT Premium* die Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung ist im Tarif *BBKK ZahnPRIVAT Premium* nicht erstattungsfähig.

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

BBKK ZAHNPRIVAT PREMIUM

3,5 mm vom Zahn/Zahnfleisch 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 90 % 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 BBKK 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.

2.7 Werden die Prophylaxe-Leistungen erstattet?

Ja, pro Kalenderjahr stehen 108 EUR für Prophylaxe-Leistungen zur Verfügung. Folgende Leistungen können Sie u.a. in Anspruch nehmen:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
- Fluoridierung zur Kariesvorbeugung/ -behandlung
- Fissurenversiegelung (nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung)
- Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
- Erstellung eines Mundhygienestatus, Kontrolle des Übungserfolges
- Zahnsteinentfernung und Kontrolle

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 BBKK übernommen. Sowohl die professionelle Zahnreinigung als auch die Fissurenversiegelung gehören bei der BBKK zur Rubrik der Prophylaxemaßnahmen. Die Erstattungsleistung für alle Prophylaxemaßnahmen ist in diesem Tarif pro Jahr auf 108 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)

BBKK ZAHNPRIVAT PREMIUM

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 Aufbissschienen vor?

Für Aufbissschienen werden 90 % des Rechnungsbetrages erstattet, wenn der Behandlungsbedarf nicht unter die Leistungspflicht Ihrer gesetzlichen Krankenkasse fällt.

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

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

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

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt die Kosten nicht, wenn es sich um höherwertige und umfangreichere Aufbissschienen 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 *BBKK ZahnPRIVAT Premium* 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.

BBKK ZAHNPRIVAT PREMIUM

3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?

Der Begriff Zahnersatz umfasst:

- Kronen
- Brücken mit Verblendungen
- Prothesen
- Implantate
- Reparaturen des bestehenden Zahnersatzes
- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische, funktionsanalytische Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme
- anästhetische Leistungen und Maßnahmen zur Schmerzausschaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der versicherten Maßnahme

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 für bereits vorhandenen festsitzenden Zahnersatz (wie Brücken, Kronen, Implantate etc.) und herausnehmbaren Zahnersatz (wie Teil-, Vollprothesen etc.).

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Kariesbehandlung ist im Tarif *BBKK ZahnPRIVAT Premium* nicht erstattungsfähig.

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

Für Aufwendungen für Zahnersatz wie Kronen, Brücken, Prothesen oder Implantate erhalten Sie 90 % 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 90 % 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 – 3.8.

3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?

90 % 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 *BBKK ZahnPRIVAT Premium* Zahnzusatzversicherung erstattet dann noch einmal 90 % der verbleibenden Restkosten. Bezogen auf den Rechnungsbetrag beträgt die Gesamterstattung über 90 %.

Im Tarif *BBKK ZahnPRIVAT Premium* 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.

BBKK ZAHNPRIVAT PREMIUM

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.

3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Verblendungen vor?

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

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

3.7 Welche Leistungen sieht der Tarif für Implantate vor?

90 % 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 **BBKK ZahnPRIVAT Premium** Zahnzusatzversicherung erstattet dann noch einmal 90 % der verbleibenden Restkosten. Bezogen auf den Rechnungsbetrag beträgt die Gesamterstattung über 90 %.

Im Tarif **BBKK ZahnPRIVAT Premium** 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.

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

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie in direktem Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen 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.

BBKK ZAHNPRIVAT PREMIUM

4. KIEFERORTHOPÄDIE

4.1 Allgemein

Der Tarif *BBKK ZahnPRIVAT Premium* leistet für kieferorthopädische Maßnahmen oder Zahnspangen.

4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Nein, für kieferorthopädische Maßnahmen besteht keine Wartezeit.

4.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

90 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 3.600 EUR während der gesamten Tarifaufzeit erhalten Kinder und Jugendliche für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Maßnahmen, die bis zum vollendeten 19. Lebensjahr begonnen wurden und 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.

Von den nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse verbleibenden Aufwendungen werden ebenfalls 90 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 3.600 EUR während der gesamten Tarifaufzeit erstattet. Diese Leistung erhalten Kinder und Jugendliche für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Maßnahmen, die bis zum vollendeten 19. Lebensjahr begonnen wurden und bei denen generell ein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse besteht. Dies betrifft: Kinder und Jugendliche bei Einstufung in die kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3, 4 und 5.

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 so genannten Mehrkostenvereinbarung in Anspruch genommen werden. Die *BBKK* übernimmt bis zu 3.600 EUR während der gesamten Versicherungsdauer für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Zusatzleistungen aus der Mehrkostenvereinbarung, ausgenommen sind Aufwendungen für kosmetisch/ästhetische Maßnahmen.

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 *BBKK ZahnPRIVAT Premium* 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 ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bitte vor Behandlungsbeginn bei der *BBKK* ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die *BBKK* faxen: **089 216 099-24**
- 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**

BBKK ZAHNPRIVAT PREMIUM

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 Erstattungsbeitrag 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 an: service@vkb.de
- unterschriebene 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**.

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