

1. Leistungsumfang Kieferorthopädie (allgemein)

- 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 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. Leistungsumfang Kieferorthopädie (speziell)

- 2.1 Allgemein
- 2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?
- 2.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

3. Leistungsumfang stationäre Heilbehandlungen

- 3.1 Allgemein
- 3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?
- 3.3 Welche stationären Leistungen sind versichert?
- 3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für ambulante Operationen vor?
- 3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für vor- und nachstationäre Behandlungen vor?
- 3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Begleitpersonen von Kindern im Krankenhaus vor?
- 3.7 Was geschieht, wenn versicherte Leistungen nicht in Anspruch genommen werden?

4. Verfahrensweise im Leistungsfall und Ihre Ansprechpartner

- 4.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)
- 4.2 Erstattung von Behandlungsrechnungen
- 4.3 Änderung der Kundendaten
- 4.4 Ihre Ansprechpartner bei ACIO

I. LEISTUNGSUMFANG KIEFERORTHOPÄDIE (ALLGEMEIN)

Der Tarif *Württembergische SGKU* kann für die Kinder abgeschlossen werden, die im Rahmen der Familienversicherung Mitglied in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

Die Versicherung muss beantragt werden, **bevor Ihr Kind das siebte Lebensjahr vollendet hat**. Der Versicherungsschutz läuft dann bis zum 20. Lebensjahr.

I.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 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 *Württembergische Krankenversicherung AG* berechnet die tariflich vereinbarten Erstattungen auf der Basis des Rechnungsbetrages.

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

Ja, für den Bereich Kieferorthopädie gelten folgende Regelungen:

In KIG I oder II, also wenn **kein Leistungsanspruch** gegenüber Ihrer gesetzlichen Krankenkasse besteht, beträgt die Erstattungshöhe 80 % bezogen auf die nachfolgend aufgelisteten Rechnungsbeträge:

- 1.000 EUR in den ersten zwölf Monaten
- 2.000 EUR in den ersten 24 Monaten
- 3.000 EUR in den ersten 36 Monaten
- 4.000 EUR in den ersten 48 Monaten

In KIG III bis V, also wenn **ein Leistungsanspruch** gegenüber Ihrer gesetzlichen Krankenkasse besteht, beträgt die Erstattungshöhe 80 % bezogen auf die nachfolgend aufgelisteten Rechnungsbeträge:

- 1.000 EUR in den ersten zwölf Monaten
- 2.000 EUR in den ersten 24 Monaten

Die zeitlichen Begrenzungen entfallen bei dem Behandlungsbedarf, der nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist. Die unter Punkt 2.3 genannten Summenbegrenzungen behalten weiterhin ihre Gültigkeit.

I.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?

Ja, die Mindestversicherungsdauer beträgt zwei Kalenderjahre. Nach Ablauf der Mindestversicherungsdauer können Sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten 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 *Württembergische SGKU* versichern.

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

Der Tarif *Württembergische SGKU* wurde ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es sind dennoch keine nach Altersgruppen gestaffelten Beitragserhöhungen vorgesehen, da die Versicherung automatisch zum 31.12. des Jahres endet, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet.

Bei Interesse haben Sie zu diesem Zeitpunkt die Möglichkeit, ohne Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeit die Weiterversicherung in den zahnärztlichen und stationären Erwachsenentarifen SG, SE und ZG 30 zu beantragen.

Beitragsanpassungen aufgrund veränderter Rahmenbedingungen sind dennoch möglich.

Das Höchstaufnahmealter ist sieben Jahre.

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

Wird eine Behandlung von Ärzten ohne Kassenzulassung durchgeführt, entfallen die Leistungsansprüche.

I.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Nein, fehlende, nicht ersetzte bleibende Zähne, also tatsächlich vorhandene Zahnlücken, können für die zukünftige medizinisch notwendig werdende Versorgung mit Zahnersatz nicht mitversichert werden. Da Ihr Kind aber bis zum siebten Lebensjahr versichert sein muss, ist es jedoch sehr unwahrscheinlich, dass zu diesem frühen Zeitpunkt bereits bleibende Zähne fehlen.

I.9 Können bei Kindern 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 fehlt, dann kann dieser nicht mitversichert werden.

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

Wenn bei Antragstellung bereits eine kieferorthopädische Behandlungsmaßnahme läuft, kann der Tarif *Württembergische SGKU* nicht abgeschlossen werden. Ein Leistungsausschluss ist insofern hinfällig, als der Tarif im Zahnbereich ohnehin ausschließlich für kieferorthopädische Maßnahmen leistet.

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

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen bei Kindern und Jugendlichen nur dann die Grundkosten für Zahnspangen und kieferorthopädische Behandlungen, wenn die Kinder oder Jugendlichen in die KIG-Gruppen 3 bis 5 eingestuft werden. Der entsprechende und heute noch ausgezahlte Zuschuss ist in jedem Fall in Anspruch zu nehmen. Zusätzlich zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen erstattet die *Württembergische* dann noch bis zu 1.600 EUR für die medizinisch notwendigen Leistungen aus der privaten Mehrkostenvereinbarung.

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

Ja, kieferorthopädische Leistungen im Tarif *Württembergische SGKU* stehen auch nach einer Gesundheitsreform noch in derselben Höhe zur Verfügung. Die Erstattung erfolgt dann unabhängig von den gesetzlichen Krankenkassen, in diesem Bereich ist der Tarif reform- und zukunftstauglich.

Stationäre Leistungen basieren auf einer Verzahnung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Sollten hier Änderungen eintreten, muss der Tarif neu kalkuliert werden.

- 1.13** Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Ja, für den Tarif *Württembergische SGKU* muss immer ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorgelegt werden. Dies stellt für Sie aber keinen Mehraufwand dar. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Kieferorthopäde bei ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bei der *Württembergischen* ein. Die Behandlung darf erst begonnen werden, nachdem die *Württembergische* die schriftliche Genehmigung erteilt hat, andernfalls entfällt der Erstattungsanspruch komplett.

- 1.14** Gibt es Besonderheiten?

Ja, der Tarif *Württembergische SGKU* leistet auch bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung (s. Abschnitt 3.)

Diese Kombination ist einmalig. Der Tarif *Württembergische SGKU* leistet umfangreich wie kaum ein anderer Tarif für kieferorthopädische Behandlungen und erstattet auch noch Wahlleistungen für Krankenhausbehandlungen.

2. LEISTUNGSUMFANG KIEFERORTHOPÄDIE (SPEZIELL)

2.1 Allgemein

Der Tarif *Württembergische SGKU* leistet ausschließlich für kieferorthopädische Maßnahmen. Es erfolgt keine Leistung für Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen.

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

2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, für kieferorthopädische Maßnahmen besteht eine Wartezeit von acht Monaten.

2.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

80 % von 4.000 EUR Rechnungsbetrag, also bis zu 3.200 EUR, erhalten Kinder und Jugendliche als Erstattung für medizinisch notwendige kieferorthopädische 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 für die Behandlung, die vor dem vollendeten 18. Lebensjahr begonnen wird.

80 % von 2.000 EUR Rechnungsbetrag, also bis zu 1.600 EUR, können Sie zusätzlich zu den medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlungen erhalten, bei denen ein Leistungsanspruch gegenüber Ihrer 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 sogenannten Mehrkostenvereinbarung in Anspruch genommen werden.

Die *Württembergische* leistet als einziger Versicherer für diesen Bereich bis zu 1.600 EUR für die medizinisch notwendigen Leistungen aus der Mehrkostenvereinbarung.

3. STATIONÄRE HEILBEHANDLUNGEN

3.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz). Aufwendungen, die über den GOÄ-Höchstsätzen liegen, sind im Einzelfall nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn die Überschreitung durch besondere krankheitsbedingte Erschwernisse begründet wird.

3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, die allgemeine Wartezeit für stationäre Leistungen beträgt drei Monate.

3.3 Welche stationären Leistungen sind versichert?

- Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- freie Arztwahl (Chefarztbehandlung)
- Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für ambulante Operationen vor?

Für im Krankenhaus durchgeführte ambulante Operationen werden 100 % der Restkosten übernommen, die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben. Entfällt die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung, so reduziert sich der erstattungsfähige Betrag auf 50 %.

3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für vor- und nachstationäre Behandlungen vor?

Für vor- und nachstationäre Behandlungen werden 100 % der Restkosten übernommen, die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben.

Entfällt die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung, so reduziert sich der erstattungsfähige Betrag auf 50 %.

3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Begleitpersonen von Kindern im Krankenhaus vor?

Wenn ein Elternteil ein versichertes Kind während eines Krankenhausaufenthaltes begleitet, werden 100 % der entstehenden Unterbringungs- und Verpflegungskosten übernommen, sofern Ihr Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

3.7 Was geschieht, wenn versicherte Leistungen während eines Krankenhausaufenthaltes nicht in Anspruch genommen werden?

Verzichten Sie auf

- eine Unterbringung im Einbettzimmer, so erhalten Sie dafür ein Ersatzkrankhaustagegeld in Höhe von 20 EUR pro Tag.
- eine Unterbringung im Zweibettzimmer, so erhalten Sie dafür weitere 30 EUR, pro Tag.
- die freie Arztwahl, so erhalten Sie dafür ein separates Ersatzkrankhaustagegeld in Höhe von 30 EUR pro Tag.

Die vorstehenden Ausführungen zu Punkt 1. - 3. sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es gilt im Zweifel der Wortlaut der Versicherungs- bzw. Tarifbedingungen.

4. VERFAHRENSWEISE IM LEISTUNGSFALL UND IHRE ANSPRECHPARTNER

4.1 Heil- und Kostenpläne (HKP)

Für den Tarif *Württembergische SGKU* ist immer ein Heil- und Kostenplan rechtzeitig vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn kieferorthopädische Leistungen erbracht werden sollen. Eine Kopie des Heil- und Kostenplans, den Ihr Kieferorthopäde bei diesen Maßnahmen ohnehin für Ihre gesetzliche Krankenkasse erstellen muss, reichen Sie bei der *Württembergischen* ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die *Württembergische* mailen:
kranken.maklerservice@wuerttembergische.de
- 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**

4.2 Erstattung von Behandlungsrechnungen

Nach Abschluss der Behandlung, gegebenenfalls auch nach Abschluss von Teilschritten derselben, erhalten Sie von Ihrem 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.

4.3 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 unserer Mitarbeiterin Frau Susanne Hofstetter z. B. per E-Mail mitteilen: **sh@acio.de**

Bankverbindung:

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

- **unterschiedene** Mitteilung per Fax an: **0551 900 378-90** oder per Post an: ACIO, Ritterplan 5, 37073 Göttingen

4.4 Ihre Ansprechpartner bei ACIO

Unsere Spezialisten für Krankenzusatzversicherungen 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.