

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 angedacht 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 Aufbisschienen 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

DKV KDTK85 + KDBP

I. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE

Der Tarif *DKV KDTK85 + KDBP* 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) bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

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

Nein, es gibt kein eigenes Preis- und Leistungsverzeichnis.

Die *DKV Deutsche Krankenversicherung AG* berechnet die tariflich vereinbarten Erstattungen vorrangig auf der Basis des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses (BEL II) der gesetzlichen Krankenkassen.

Sind bestimmte Leistungen nicht im BEL II enthalten (z. B. Inlays), legt die *DKV* bundesweit ermittelte, übliche Durchschnittspreise zugrunde.

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

Ja, in den ersten drei Versicherungsjahren gilt für den Tarif *DKV KDTK85* eine Begrenzung von insgesamt:

- 500 EUR Erstattungsbetrag im ersten Versicherungsjahr
- 1.000 EUR Erstattungsbetrag in den ersten zwei Versicherungsjahren
- 1.500 EUR Erstattungsbetrag in den ersten drei Versicherungsjahren

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

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

Der Tarif *DKV KDBP* sieht keine Begrenzung in den ersten Jahren vor. Die Leistungen für Kieferorthopädie, professionelle Zahnreinigung, Wurzel- und Parodontalbehandlungen stehen von Anfang an in voller Höhe zur Verfügung.

I.4 Gibt es eine Mindestversicherungsdauer?

Ja, die Mindestversicherungsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. 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 *DKV KDTK85 + KDBP* versichern.

DKV KDTK85 + KDBP

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

Der Tarif *DKV KDTK85 + KDBP* ist ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert. Es gibt zehn Alters- und Beitragsgruppen. Versicherte, die das 9., 19., 29., 39., 49., 59., 69., 79., 89. und 99. Lebensjahr vollenden, bezahlen dann den in der Beitragstabelle genannten und der jeweiligen Altersgruppe zugeordneten 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, erhalten Sie 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen aus dem Tarif *DKV KDTK85 + KDBP*. Wenn Sie bei der *DKV* versichert sind und die Behandlung von einem Zahnarzt ohne Kassenzulassung durchgeführt werden soll, nehmen Sie bitte vor Behandlungsbeginn Kontakt zur Leistungsabteilung der *DKV* auf.

I.8 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja, in der Summe können bis zu drei fehlende, nicht ersetzte Zähne, also tatsächlich vorhandene Zahnlücken, für die zukünftig medizinisch notwendig werdende Versorgung mit Zahnersatz mitversichert werden. Für jeden fehlenden Zahn ist jeweils ein Mehrbeitrag erforderlich. Zähne, die mit einer herausnehmbaren (Teil-) Prothese versorgt sind, gelten nicht mehr als fehlend.

Fehlen mehr als drei Zähne, wird der Antrag von der *DKV* abgelehnt.

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

Ja, wenn z. B. über ein Röntgenbild klar ist, dass ein bleibender Zahn nicht angelegt ist, dann gilt der nicht angelegte und daher erst zukünftig tatsächlich in der Zahnreihe fehlende Zahn bereits heute als fehlend und muss deshalb wie ein (aktuell) fehlender Zahn im Erwachsenen-Gebiss durch einen Einschlussbeitrag mitversichert werden (s. Punkt I.8).

Wenn Ihr Zahnarzt oder der Zahnarzt Ihres Kindes mit Ihnen bereits über die sich daraus ergebenden Folgen gesprochen und Behandlungsmaßnahmen festgelegt hat, dann muss im Antrag auch die Frage nach angeratenen Maßnahmen mit „ja“ beantwortet werden, was dazu führen wird, dass die *DKV* Ihren Antrag wegen der bereits angeratenen Maßnahmen ablehnen wird. Bitte nehmen Sie daher vor Antragstellung Kontakt mit uns, auf um den Sachverhalt exakt zu besprechen.

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

Nein, die *DKV* vereinbart in einem solchen Fall 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.

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

Wenn die Behandlung von Zahnärzten ohne Kassenzulassung durchgeführt wird, verzichten Sie freiwillig auf den Festkostenzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse. In diesem Fall erhalten Sie dann 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen aus der Zahnzusatzversicherung der *DKV*. Die Ablehnung der Leistungsübernahme Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ist der *DKV* durch Ablehnungsbescheid nachzuweisen.

DKV KDTK85 + KDBP

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

Nein, Leistungen aus dem Baustein *DKV KDTK85* stehen nur nach einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse zur Verfügung. Nur für den Baustein *KDBP* gilt, dass die Leistungen auch kassenunabhängig erbracht werden.

1.13 Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Nein, für den Tarif *DKV KDTK85 + KDBP* besteht keine Verpflichtung, der *DKV* vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan vorzulegen. Wir empfehlen Ihnen jedoch, vor jeder Inlay- und Zahnersatzbehandlung sowie bei jeder Zahn- und Kieferregulierungsmaßnahme vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen und die Kostenübernahme abzustimmen. Für eine Kunststofffüllung oder professionelle Zahnreinigung müssen Sie keinen Heil- und Kostenplan einreichen.

1.14 Gibt es Besonderheiten?

Ja, werden die versicherten zahnärztlichen Maßnahmen von einem „goDentis“-Partnerzahnarzt durchgeführt, so erhöht sich der Erstattungssatz um 5 %-Punkte auf 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags abzüglich der Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Entsteht der Zahnersatzbedarf unfallbedingt, erhöht sich der Erstattungssatz sogar auf 100 %.

Darüber hinaus übernimmt die *DKV* im Tarif *DKV KDTK85 + KDBP* als einer von ganz wenigen Versicherern bis zu 3.000 EUR je Behandlungsfall für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Zusatzleistungen aus der Mehrkostenvereinbarung.

2. ZAHNBEHANDLUNG

2.1 Allgemein

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, nach Versicherungsbeginn besteht im Tarifeil *KDBEP* eine Wartezeit von sechs Monaten. Im Anschluss können Sie Leistungen für Kunststofffüllungen sowie für Zahnbehandlung, dazu zählen Parodontose- und Wurzelkanalbehandlungen, in Anspruch nehmen.

Für Leistungen aus dem Bereich der professionellen Zahnreinigung verzichtet die *DKV* auf die Einhaltung der Wartezeit. Diese Leistungen können Sie bereits direkt nach Versicherungsbeginn in Anspruch nehmen.

DKV KDTK85 + KDBP

2.3 Was fällt unter den Begriff Zahnbehandlung?

Der Begriff Zahnbehandlung umfasst:

- Zahnprophylaxemaßnahmen
- Wurzelbehandlungen
- Parodontosebehandlungen
- Kunststofffüllungen

Aus der Zahnzusatzversicherung *DKV KDTK85 + KDBP* erhalten Sie keine Leistungen für Aufbissschienen. Erstattet werden die Aufwendungen, für die keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen besteht.

2.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Wurzelkanalbehandlungen vor?

Für Wurzelkanalbehandlungen werden 100 % 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 *DKV KDTK85 + KDBP* die Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung ist im Tarif *DKV KDTK85 + KDBP* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach der Gebührenordnungsziffer 0120 in Verbindung mit Ziffer 2410 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bis zum Höchstsatz erstattet.

Erstattet werden die Aufwendungen, für die keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen besteht.

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 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 100 % 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 *DKV KDTK85 + KDBP* die Restkosten.

Eine Laserbehandlung im Rahmen einer Parodontosebehandlung ist im Tarif *DKV KDTK85 + KDBP* erstattungsfähig. Die Maßnahme ist nach der Gebührenordnungsziffer 0120 in Verbindung mit den Ziffern 4080, 4090, 4100, 4130 und 4133 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und wird bis zum Höchstsatz erstattet. Erstattet werden die Aufwendungen, für die keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen besteht.

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/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.

DKV KDTK85 + KDBP

2.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kunststofffüllungen vor?

Für Kunststofffüllungen in Dentin-Ädhesivtechnik werden 100 % 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 DKV auch Kunststofffüllungen an Milchzähnen.

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 300 EUR für folgende Maßnahmen zur Verfügung:

- Professionelle Zahnreinigung (nach GOZ-Ziffer 1040)
 - Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung
 - Erstellung eines Mundhygienestatus
 - Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und Parodontose
 - Kontrolle des Übungserfolges
 - Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe
 - Fissurenversiegelung
 - Beseitigung von Belägen und Zahn
 - Prothesenreinigung
 - Material- und Laborjosten für die oben aufgeführten Leistungen
- Bei Erwachsenen leistet die DKV auch für **Zahnaufhellungsmaßnahmen** (Bleaching). Hierfür stehen jeweils innerhalb von 2 Kalenderjahren weitere **300 EUR** zur Verfügung

Für **Kinder** ist professionelle Zahnreinigung auch erstattungsfähig. Die professionelle Zahnreinigung gehört bei der DKV zur Rubrik der Prophylaxemaßnahmen. Die Erstattungsleistung für alle Prophylaxemaßnahmen liegt bei Kindern pro Kalenderjahr ebenfalls bei 300 EUR.

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 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.

DKV KDTK85 + KDBP

2.8 Welche Leistungen sieht der Tarif für Aufbisssschienen vor?

Für **Aufbisssschienen** werden aus dem Tarif *DKV KDTK85 + KDBP* keine Leistungen erbracht. Reparaturen von bei Antragstellung vorhandenen Aufbisssschienen sind für den Zeitraum ab Zustandekommen des Vertrages ebenfalls nicht mitversichert.

3. ZAHNERSATZ

3.1 Allgemein

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

3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, nach Versicherungsbeginn besteht im Tarifteil *KDTK85* eine Wartezeit von sechs Monaten. Im Anschluss können Sie Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen wie z. B. Inlays, Kronen, Brücken, Implantate oder Prothesen in Anspruch nehmen.

3.3 Was fällt unter den Begriff Zahnersatz?

- Zahnprothesen
- Kronen
- Brücken
- Inlays
- Implantate
- Verblendungen

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 *DKV KDTK85 + KDBP* nicht erstattungsfähig.

3.4 Welche Leistungen sieht der Tarif für Zahnersatz vor?

Sie erhalten 85 % vom Rechnungsbetrag als Erstattung für eine höherwertige bzw. optimale Versorgung. Wenn Sie einen „goDentis“-Vertragszahnarzt aufsuchen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 90 % des Rechnungsbetrages. **Entsteht der Behandlungsbedarf unfallbedingt, beträgt der Erstattungssatz 100 %.**

Ihr Bonusheft hat bei der Versorgung mit Zahnersatz keinen Einfluss auf die Höhe der Gesamterstattung. Wenn Sie von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse den Bonus 20 oder 30 erhalten, wird diese Bonusleistung auf den Erstattungsbetrag der *DKV* angerechnet, sodass die Gesamterstattung bei 85 % vom Rechnungsbetrag bleibt.

Über die Gewährung des Kassenbonus und die Höhe der Gesamterstattung 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.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen für weitere Maßnahmen im Bereich Zahnersatz entnehmen Sie bitte den Punkten 3.5 – 3.8.

DKV KDTK85 + KDBP

3.5 Welche Leistungen sieht der Tarif für Inlays vor?

85 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Inlays. Wird ein DKV „goDentis“-Vertragszahnarzt aufgesucht, erhöht sich der Erstattungssatz auf 90 %. **Entsteht der Behandlungsbedarf unfallbedingt, beträgt der Erstattungssatz 100 %** Im Tarif DKV KDTK85 + KDBP 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 oder Gold. Die Material- und Laborkosten werden auf Basis des auch für die gesetzlichen Krankenkassen geltenden BEL II abgerechnet. 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.

3.6 Welche Leistungen sieht der Tarif für Verblendungen vor?

Verblendungen von Kronen und Brücken sind auch im Seitenzahnbereich zu 85 % erstattungsfähig. Die Erstattung 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 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abzurechnen und werden bis zum 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?

85 % vom Rechnungsbetrag erhalten Sie als Erstattung für hochwertige Implantate. Wird ein DKV „goDentis“-Vertragszahnarzt aufgesucht, erhöht sich der Erstattungssatz auf 90 %. **Entsteht der Behandlungsbedarf unfallbedingt, beträgt der Erstattungssatz 100 %** Im Tarif DKV KDTK85 + KDBP gibt es keine festgelegte Obergrenze für die Anzahl der Implantate pro Kiefer. Die Material- und Laborkosten werden auf Basis des auch für die gesetzlichen Krankenkassen geltenden BEL II abgerechnet. 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 im Zusammenhang mit umfangreichen Zahnersatzmaßnahmen oder im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Maßnahmen erstattungsfähig.

DKV KDTK85 + KDBP

4. KIEFERORTHOPÄDIE

4.1 Allgemein

Der Tarif *DKV KDTK85 + KDBP* sieht Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen vor. Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz).

4.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, nach Versicherungsbeginn besteht im Tarifteil KDBP eine Wartezeit von sechs Monaten. Im Anschluss können Sie Leistungen für kieferorthopädische Behandlungen in Anspruch nehmen.

4.3 Welche Leistungen sieht der Tarif für Kieferorthopädie vor?

100 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 3.000 EUR je Behandlungsfall erhalten Kinder und Jugendliche für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Maßnahmen, die bis zum vollendeten 18. 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, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

100 % vom Rechnungsbetrag, bis zu 3.000 EUR erhalten Kinder und Jugendliche für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Maßnahmen, die bis zum vollendeten 18. 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 *DKV* übernimmt bis zu 3.000 EUR je Behandlungsfall für die medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Zusatzleistungen aus der Mehrkostenvereinbarung, ausgenommen sind Aufwendungen für kosmetisch/ästhetische Maßnahmen.

Kieferorthopädie für Erwachsene ist dann zu 100 % erstattungsfähig, wenn die versicherte Personen bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet hat und die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind.

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)

Wir empfehlen Ihnen, vor jeder Inlay- und Zahnersatzbehandlung sowie bei jeder Zahn- und Kieferregulierungsmaßnahme vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen und 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 *DKV* ein. Einer der folgenden Schritte ist möglich:

- Sie können Ihren Heil- und Kostenplan an die *DKV* faxen: **01805 786 000**
- 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**

DKV KDTK85 + KDBP

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 unserer Mitarbeiterin Frau 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@dkv.com** (aus der Mail muss eindeutig hervorgehen, dass sie vom Versicherungsnehmer (= Kontoinhaber) kommt, z. B. über eine Signatur)
- **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 18.00 Uhr unter der **Rufnummer 0551 900 378 611**.

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 18.00 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.