



Deutsche
Zahnversicherung

Gesundheit. In besten Händen.

Wir bringen Deutschland zum Lächeln.

Deutsche Zahnversicherung
Fragen- und Antwortenkatalog (FAQ)





Inhaltsverzeichnis

1. Zahnersatz (Tarifstufen 560, 561)	5
1.1. Welche Zahnersatzleistungen sind versichert?	5
1.2. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor?	5
2. Zahnersatz (Tarifstufen 570, 571)	6
2.1. Welche Zahnersatzleistungen sind in den Tarifstufen 570 und 571 versichert?	6
2.2. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor?	6
2.3. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für den privatärztlichen Vergütungsanteil?	6
2.4. Werden bei einem Tarifwechsel Leistungen angerechnet?	6
2.5. In welcher Höhe werden Material- und Laborkosten erstattet?	6
2.6. Ist die Anzahl der Implantate für die geleistet wird, begrenzt?	7
2.7. Sind Kosten einer Vollnarkose sowie für Dämmerschlaf durch Verabreichung „Dormicum“ mitversichert?	7
2.8. Werden die Kosten für Akupunktur / Hypnose / Lachgassedierung erstattet?	7
2.9. Werden die Kosten für Keramikverblendungen erstattet?	7
2.10. Sind anstatt Verblendungen auch Vollkeramikronen möglich?	7
2.11. Werden Kosten für das CEREC-Verfahren übernommen?	7
2.12. Leistet der Tarif für DVT (digitale Volumentomographie) und C-DVT?	7
2.13. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	7
2.14. Gelten Weisheits- und Milchzähne ebenfalls als nicht ersetzte Zähne oder sind diese ausgenommen?	7
2.15. Wie verhält es sich mit Zahnlücken für deren Schließung keine med. Notwendigkeit besteht?	7
2.16. Bleiben bei Vertragsabschluss fehlende Zähne, die auf Kosten des VN während der Vertragslaufzeit ersetzt werden, trotzdem ausgeschlossen?	7
2.17. Werden 8000 er Positionen (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) in Verbindung von ZE erstattet?	8
2.18. Gibt es eine Sachkostenliste für Laborkosten bei Zahnersatz	8
2.19. Werden die Kosten für Extramaterial bei Knochenaufbau erstattet?	8
3. Zahnbehandlung (Tarifstufe 572) Füllungen und Kieferorthopädie	9
3.1. Versicherungsfähigkeit	9
3.2. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen für Füllungen vor?	9
3.3. Welche Füllungen sind mitversichert?	9
3.4. Werden Kosten für CEREC-Verfahren übernommen?	9
3.5. Was sind dentinadhäsive Füllungen und sind diese mitversichert?	9
3.6. Ist die POS 2197 erstattungsfähig ? (Adhäsive Befestigung bei Füllungen in Mehrschichttechnik)	9
3.7. Werden Kosten für das ICON-Verfahren (Kariesentfernung ohne Bohren) erstattet?	9
3.8. Ist Kieferorthopädie mitversichert?	9

3.9.	In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie vor?	10
3.10.	Werden die Kosten für die Behandlung mit speziellen KFO-Geräte/-techniken erstattet?	10
3.11.	Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für Füllungen bzw. für Kieferorthopädie?	10
3.12.	Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	10
3.13.	Sind in Tarif 572 so genannte „Mehrleistungen“ versichert?	10
3.14.	Werden Leistungen für Funktionsanalyse, Funktionstherapien, Gnathologie erstattet?	10
3.15.	Wird die professionelle Zahnreinigung im Rahmen der Kieferorthopädie erstattet?	10
3.16.	Werden Leistungen für einen Retainer erstattet?	10
3.17.	Ist die Kieferorthopädische Funktionsanalyse mitversichert?	10
4.	Zahnbehandlung (Tarifstufe 573) Wurzel-, Parodontosebehandlung, Aufbissbehelfe und Schienen	11
4.1.	Versicherungsfähigkeit	11
4.2.	Welche Zahnleistungen sind versichert?	11
4.3.	In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?	11
4.4.	Fallen unter „Wurzelbehandlungen“ auch Wurzelspitzenresektionen?	11
4.5.	Werden spezielle Leistungen bei Wurzelbehandlungen übernommen?	11
4.6.	Werden bei Parodontosebehandlungen die Kosten für Bakterien-/DNA-Tests erstattet?	11
4.7.	Werden bei Parodontosebehandlungen die Kosten für einen molekularbiologischen Nachweis erstattet?	11
4.8.	Werden die Kosten für photodynamische antimikrobielle Chemotherapie (PACT) erstattet?	11
4.9.	Werden bei Parodontosebehandlungen die Kosten für Vector-Ultraschall erstattet?	11
4.10.	Was versteht man unter Knirscherschienen?	11
4.11.	Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	12
4.12.	Werden Analogpositionen (bei Wurzelbehandlungen) ausserhalb der GOZ (z.B. bei Sterilisation des Wurzelkanals) erstattet?	12
4.13.	Ist die Wurzelkanal-Aufbereitung einmalig oder mehrfach abrechenbar?	12
4.14.	Parodontosebehandlung - Zusatzkosten zur Kassen PA (Analogposition)?	12
4.15.	Was versteht man unter einer sogenannten „Lappen-Operation“ und wird diese erstattet?	12
5.	Zahn-Prophylaxe (Tarifstufe 574)	13
5.1.	Versicherungsfähigkeit	13
5.2.	Welche Zahnleistungen sind versichert?	13
5.3.	In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?	13
5.4.	Leistungsnachweis	13
5.5.	Wie häufig und in welchem Umfang wird die Kinderprophylaxe bei Kindern unter 6 Jahren erstattet?	13
5.6.	Versiegelung der Prämolaren (kleine Backenzähne - wird von der GKV nicht erstattet)	13

6. Prothesenreinigung und Fahrtkosten (Tarifstufe 575)	14
6.1. Welche Leistungen sind versichert?	14
6.2. Leistungsnachweis	14
7. Wichtig zu wissen	15
7.1. Sieht die Deutsche Zahnversicherung Wartezeiten vor?	15
7.2. Informationen zu Leistungen vor Versicherungsbeginn bzw. bei Vertragsschluss	15
7.3. Sieht die Deutsche Zahnversicherung Summenbegrenzungen in den ersten Jahren vor?	15
7.4. Wie hoch ist Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ?	15
7.5. Beitragssprünge - Leistungen des Versicherungsnehmers	15
7.6. Beitragssprünge - Wie wird der Kunde informiert?	15
7.7. Beitragssprünge – Unterschied Kalkulation nach Art der Leben und nach Art der Schaden	16
7.8. Informationen zu Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren	16
7.9. Ab wann gilt eine Behandlung als angeraten?	16
7.10. Sieht die DZV eine Mindestvertragslaufzeit vor?	16
8. Erstattungsbeispiele	17
8.1. Krone aus Gold mit Keramikverblendung	17
8.2. Implantat mit Knochenaufbau und Krone als Suprakonstruktion	17
8.3. Inlay aus Gold oder Keramik, dreiflächig	17
8.4. Zahn-Prophylaxe (professionelle Zahnreinigung)	17

1. Zahnersatz (Tarifstufen 560, 561)

1.1. Welche Zahnersatzleistungen sind versichert?

Als Zahnersatz gelten: Stftzähne, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Implantate, Onlays, Prothesen und Reparaturen.

1.2. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor?

Für die erstattungsfähigen Aufwendungen leisten wir

- in Tarifstufe 560 in der gleichen Höhe wie die GKV und
- in Tarifstufe 561 in der doppelten Höhe der GKV-Leistung.

Unter Anrechnung der Leistung der GKV und eventueller weiterer Kostenträger ist die Erstattung auf 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen begrenzt.



2. Zahnersatz (Tarifstufen 570, 571)

2.1. Welche Zahnersatzleistungen sind in den Tarifstufen 570 und 571 versichert?

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- a) Zahnersatz:
Kronen; Onlays; Veneers; Brücken; Brückenglieder; Implantat getragener Zahnersatz und Implantate einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Maßnahmen wie z. B. Knochenaufbau; Prothesen; Verblendungen bis zum Zahn 6; Reparaturen;
- b) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen;
- c) die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen;
- d) sowie die mit den Zahnersatzmaßnahmen nach Buchstabe a) im Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

2.2. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor?

Erstattet werden

- a) 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die Behandlung im Rahmen der zahnärztlichen Regelversorgung (ohne privatärztlichen Vergütungsanteil) durchgeführt wird,
- b) in Tarifstufe 570: 75 %
in Tarifstufe 571: 90 %
der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wenn die Behandlung ganz oder teilweise im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) durchgeführt wird.

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen.

Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für den der zahnärztlichen Behandlung zugrunde liegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung.

Die Kosten für zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

2.3. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für den privatärztlichen Vergütungsanteil?

Erstattungsfähig sind die Kosten der privatärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ). Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

2.4. Werden bei einem Tarifwechsel Leistungen angerechnet?

Bei Tarifwechsel werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.

2.5. In welcher Höhe werden Material- und Laborkosten erstattet?

Der MÜNCHENER VEREIN verzichtet hierbei auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis. Die Kosten werden im tariflichen Rahmen für nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien erstattet.



2.6. Ist die Anzahl der Implantate für die geleistet wird, begrenzt?

Nein, gemäß Bedingungen ist die Anzahl der Implantate nicht begrenzt. Es gilt wie für alle Versorgungen bzw. Leistungen das Prinzip der medizinischen Notwendigkeit, die im Einzelfall zu prüfen ist.

2.7. Sind Kosten einer Vollnarkose sowie für Dämmerschlaf durch Verabreichung „Dormicum“ mitversichert?

Ja, bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit erfolgt eine Erstattung in Höhe der zugrundeliegenden Leistungen (z.B. bei Implantatversorgung nach Tarif 571 90% der erstattungsfähigen Kosten).

2.8. Werden die Kosten für Akupunktur / Hypnose / Lachgassedierung erstattet?

Eine Leistung für Akupunktur, Hypnose oder Lachgassedierung ist grundsätzlich in Höhe der zugrundeliegenden Leistungen möglich (z.B. bei Implantatversorgung nach Tarif 571 90% der erstattungsfähigen Kosten). Hier erfolgt im jeweiligen Einzelfall eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.

2.9. Werden die Kosten für Keramikverblendungen erstattet?

Ja, die Erstattung erfolgt bis zum jeweils sechsten Zahn einer jeden Kieferhälfte.

2.10. Sind anstatt Verblendungen auch Vollkeramikronen möglich?

Ja, Vollkeramikronen werden im entsprechenden tariflichen Rahmen übernommen.

2.11. Werden Kosten für das CEREC-Verfahren übernommen?

Ja, die Kosten werden im entsprechenden tariflichen Rahmen übernommen, d.h. zu 75 % bzw. zu 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen. Das CEREC-Verfahren ermöglicht Zahnärzten, zeitsparend und effizient individuelle Keramikrestorationen direkt an dem zu behandelnden Zahn in einer Sitzung computergestützt selbst zu konstruieren, herzustellen und einzusetzen.

2.12. Leistet der Tarif für DVT (digitale Volumentomographie) und C-DVT?

Ja, die Kosten werden im tariflichen Rahmen einer Implantatversorgung erstattet, d.h. 75% bzw. 90% der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die digitale Volumentomographie (DVT) ist eine detailgenaue Diagnostik mit wenig Röntgenstrahlen.

2.13. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztlichen Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

2.14. Gelten Weisheits- und Milchzähne ebenfalls als nicht ersetzte Zähne oder sind diese ausgenommen?

Fehlende Weisheitszähne interessieren uns nicht, fehlende Milchzähne unter Umständen schon. Hier kommt es auf die jeweilige Konstellation an.

2.15. Wie verhält es sich mit Zahnlücken für deren Schließung keine med. Notwendigkeit besteht?

Grundsätzlich besteht für jeden Lückenschluss eine medizinische Notwendigkeit. Wenn jedoch die Lücke recht eng ist oder ein VN aus welchen Gründen auch immer keine Versorgung wünscht, dann bleibt die Lücke offen. Für den MV besteht keine Leistungspflicht.

2.16. Bleiben bei Vertragsabschluss fehlende Zähne, die auf Kosten des VN während der Vertragslaufzeit ersetzt werden, trotzdem ausgeschlossen?

Wenn der Kunde den Zahnersatz auf eigene Kosten ersetzt, wird er so gestellt, als hätte der Zahn bei Vertragsabschluss nicht gefehlt. Reparaturen etc. sind dann im Rahmen der DZV abgesichert.



2.17. Werden 8000 er Positionen (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) in Verbindung von ZE erstattet?

Grundlage für ein Erstattung ist stets – wie bei allen Versorgungen bzw. Maßnahmen – die medizinische Notwendigkeit. Funktionsanalytische und –therapeutische Maßnahmen werden nur dann erstattet, wenn sie nach objektiven Kriterien medizinisch notwendig sind.

2.18. Gibt es eine Sachkostenliste für Laborkosten bei Zahnersatz

Der MÜNCHENER VEREIN verzichtet auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis. Die Kosten werden im tariflichen Rahmen für nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien erstattet.

2.19. Werden die Kosten für Extramaterial bei Knochenaufbau erstattet?

Die entsprechenden Kosten werden tarifgemäß vergütet.



3. Zahnbehandlung (Tarifstufe 572) Füllungen und Kieferorthopädie

3.1. Versicherungsfähigkeit

Die Tarifstufe 572 kann nur gemeinsam mit Tarifstufe 574 (Tarif Prophylaxe) abgeschlossen und aufrecht erhalten bleiben.

3.2. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen für Füllungen vor?

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen (zahnärztliches Honorar, zahntechnische Labor- und Materialkosten). Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen.

3.3. Welche Füllungen sind mitversichert?

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Kunststofffüllungen

sowie die damit im Zusammenhang stehenden und nach ortsüblichen Preisen berechneten zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.

3.4. Werden Kosten für CEREC-Verfahren übernommen?

Ja, die Kosten werden im entsprechenden tariflichen Rahmen übernommen, zu 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen. Das CEREC-Verfahren ermöglicht Zahnärzten, zeitsparend und effizient individuelle Keramikrestaurationen direkt an dem zu behandelnden Zahn in einer Sitzung computergestützt selbst zu konstruieren, herzustellen und einzusetzen.

3.5. Was sind dentinadhäsive Füllungen und sind diese mitversichert?

Es handelt sich um langlebige und ästhetisch hochwertige Füllungen aus Kompositmaterial, die mit UV-Licht ausgehärtet werden. Wir erstatten diese qualitativ hochwertige Versorgung. Für die dentinadhäsiven Mehrschichtrekonstruktionen werden die Ziffern 2060, 2080, 2100 und 2120 anerkannt.

3.6. Ist die POS 2197 erstattungsfähig ? (Adhäsive Befestigung bei Füllungen in Mehrschichttechnik)

Nein - die Füllungen nach den Nummern 2060, 2080, 2100 und 2120 enthalten nach deren Leistungsbeschreibung die Adhäsivtechnik, d.h. nach dem in der GOZ verankerten Zielleistungsprinzip darf die 2197 GOZ nicht zusätzlich berechnet werden. Auch wenn einige Zahnärzte dies anders sehen, hat sogar die Bundeszahnärztekammer die Nichtberechnungsfähigkeit der betreffenden Position bestätigt.

3.7. Werden Kosten für das ICON-Verfahren (Kariesentfernung ohne Bohren) erstattet?

Ja, über die Höhe der erstattungsfähigen Kosten muss allerdings eine Einzelfallentscheidung getroffen werden, da keine GOZ-Position in der GOZ vorhanden ist. Beim ICON-Verfahren wird die betroffene Oberfläche schonend und schmerzfrei mit Hilfe eines Ätzgels vorbereitet. Mit einem speziellen Füllmaterial wird die beginnende Karies aufgefüllt und abgedichtet.

3.8. Ist Kieferorthopädie mitversichert?

Erstattungsfähig sind die Kosten für kieferorthopädische Behandlung bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit sie im Rahmen der GOZ und der GOÄ bis maximal bis zu den Höchstsätzen berechnet werden, sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet.



3.9. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie vor?

Erstattet werden 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen. Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV (KIG 3 bis KIG 5) bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung für den der zahnärztlichen Behandlung zugrunde liegenden Versicherungsfall keine Leistung (KIG1 und KIG2), gelten pauschal 35 % der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung.

Die Kosten für zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt die angefertigten Materialien eingliedert.

Die „kieferorthopädische Indikationsgruppe“ (KIG) 1 bis 5 bezeichnet den Schweregrad einer Zahn- oder Kieferfehlstellung, wobei die GKV bei Einstufung in KIG 3 (ausgeprägte Zahnfehlstellungen), KIG 4 (stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen) und KIG 5 (extrem stark ausgeprägte Zahnfehlstellungen) leistet, nicht KIG 1 (leichte Zahnfehlstellungen) und 2 (Zahnfehlstellungen geringer Ausprägung).

3.10. Werden die Kosten für die Behandlung mit speziellen KFO-Geräte/-techniken erstattet?

Ja, die Kosten z.B. für hochelastische Bögen, Bögen aus Metall, farblose Bögen*, unsichtbare Zahnspange (z.B. Clear Aligner, Invisalign), Minibrackets*, Keramikbrackets*, Kunststoffbrackets*, Lingualtechnik werden im tariflichen Rahmen zu 90% erstattet. Leistet die GKV nicht, gelten pauschal 35% als GKV-Vorleistung und werden in Abzug gebracht.

*sofern die Maßnahmen der verbesserten Funktion dienen - rein ästhetische Maßnahmen werden nicht erstattet..

3.11. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für Füllungen bzw. für Kieferorthopädie?

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ). Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

3.12. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

3.13. Sind in Tarif 572 so genannte „Mehrleistungen“ versichert?

Grundsätzlich werden „höherwertige Materialien“ erstattet, die einer verbesserten Funktion dienen.

3.14. Werden Leistungen für Funktionsanalyse, Funktionstherapien, Gnathologie erstattet?

Ja, die Leistungen werden im tariflichen Rahmen zu 90 % erstattet. Leistet die GKV nicht, gelten pauschal 35% als GKV-Vorleistung und werden in Abzug gebracht.

3.15. Wird die professionelle Zahnreinigung im Rahmen der Kieferorthopädie erstattet?

Sofern ein Abschluss des T 572 erfolgt, muss auch T 574 mitabgeschlossen werden.

Die professionelle Zahnreinigung wird in Tarif 574 im tariflichen Rahmen zu 100% erstattet, max. 170 € p.a.

3.16. Werden Leistungen für einen Retainer erstattet?

Ja, die Kosten dafür werden im tariflichen Rahmen zu 90 % erstattet. Leistet die GKV nicht, gelten pauschal 35% als GKV-Vorleistung und werden in Abzug gebracht.

Ein Retainer (engl. to retain: festhalten; fixieren) ist ein Zahn-Stabilisator, der im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung eingesetzt wird. Durch den Retainer (auf der Zahninnenseite geklebter Metallbogen) können sich Kieferknochen und die neu positionierten Zahnwurzeln besser an die neue Position durch Nachwachsen des Kieferknochen gewöhnen.

3.17. Ist die Kieferorthopädische Funktionsanalyse mitversichert?

Ja, die Kieferorthopädische Funktionsanalyse wird im tariflichen Rahmen erstattet.



4. Zahnbehandlung (Tarifstufe 573) Wurzel-, Parodontosebehandlung, Aufbissbehelfe und Schienen

4.1. Versicherungsfähigkeit

Die Tarifstufe 573 kann nur gemeinsam mit Tarifstufe 574 (Tarif Prophylaxe) abgeschlossen und aufrecht erhalten bleiben.

4.2. Welche Zahnleistungen sind versichert?

- Wurzelbehandlungen,
- Parodontosebehandlungen,
- Aufbissbehelfe und Schienen (Knirscherschienen), nicht jedoch im Rahmen einer kieferorthopäd. Behandlung

4.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?

Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen (zahnärztliches Honorar, zahntechnische Labor- und Materialkosten). Von den tariflichen Leistungen wird eine eventuelle Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen.

4.4. Fallen unter „Wurzelbehandlungen“ auch Wurzelspitzenresektionen?

Ja, auch Wurzelspitzenresektionen sind mit versichert. Die Wurzelspitzenresektion (WSR, auch Apektomie, Wurzelspitzenamputation) ist eine Entfernung (Resektion) einer Wurzelspitze (Apex) des Zahnes.

4.5. Werden spezielle Leistungen bei Wurzelbehandlungen übernommen?

Für die Leistungen wie OP-Mikroskop bei Wurzelbehandlung, Verwendung eines Lasers, Elektrometrische Längenbestimmung, Elektrophys./chem. Methoden, werden die Kosten im tariflichen Umfang im Rahmen der GOZ erstattet.

4.6. Werden bei Parodontosebehandlungen die Kosten für Bakterien-/DNA-Tests erstattet?

Ja, die Aufwendungen werden im tariflichen Umfang erstattet, soweit sie nach GOZ/GOÄ berechnungsfähig sind.

4.7. Werden bei Parodontosebehandlungen die Kosten für einen molekularbiologischen Nachweis erstattet?

Ja, die Aufwendungen werden im tariflichen Umfang erstattet, soweit sie nach GOZ/GOÄ berechnungsfähig sind.

4.8. Werden die Kosten für photodynamische antimikrobielle Chemotherapie (PACT) erstattet?

Ja, die Höhe der Erstattung erfolgt im Rahmen einer Einzelfallentscheidung, da keine GOZ-Nr. vorhanden ist. Hinter **PACT** verbirgt sich eine Kombination aus nicht-schneidendem Laser als Lichtquelle und einem Fotosensibilisator, die für die Bekämpfung von Parodontitis und Periimplantitis unter Schonung von Hart- und Weichgewebe, aber auch für die Wurzelkanalbehandlung geeignet ist. Ist auch bekannt als antibakterielle Photodynamische Therapie (aPDT).

4.9. Werden bei Parodontosebehandlungen die Kosten für Vector-Ultraschall erstattet?

Ja, die Aufwendungen werden im tariflichen Umfang erstattet, soweit sie nach GOZ/GOÄ berechnungsfähig sind. Bei der Vector®-Methode handelt es sich um ein Ultraschallverfahren, mit dem Konkremente (harte Ablagerungen auf der Zahnwurzeloberfläche), Keime und deren Endotoxine (Bakteriengifte) schmerzarm und unter Schonung der Gewebestrukturen aus der Zahnfleischtasche entfernt werden.

4.10. Was versteht man unter Knirscherschienen?

Es handelt sich um kunststoffgefertigte Schienen, die nachts getragen werden, um den negativen Auswirkungen des Zähneknirschens (Abrasionen = Abrieb) vorzubeugen.



4.11. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung vorzulegen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztlichen Versorgung nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg zusammen mit dem Ablehnungsschreiben benötigt.

4.12. Werden Analogpositionen (bei Wurzelbehandlungen) ausserhalb der GOZ (z.B. bei Sterilisation des Wurzelkanals) erstattet?

Analogpositionen können nur dann erstattet werden, wenn sie nach den Bestimmungen der GOZ berechnungsfähig sind, d.h. den Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 GOZ entsprechen. Dies ist im jeweiligen Einzelfall zu prüfen. Nachdem sich die Zahnheilkunde technisch ständig fortentwickelt und auch gebührenrechtliche Auslegungen einem Wandel unterliegen, ist eine konkrete und allgemeinverbindliche Aussage nicht möglich.

4.13. Ist die Wurzelkanal-Aufbereitung einmalig oder mehrfach abrechenbar?

Die Nr. 2410 GOZ enthält hierzu eine klare Aussage: Wenn auf Grund anatomischer Besonderheiten eine Aufbereitung in einer Sitzung nicht erfolgen kann, ist die Leistung nach der Nummer 2410 für denselben Wurzelkanal erneut berechnungsfähig.

4.14. Parodontosebehandlung - Zusatzkosten zur Kassen PA (Analogposition)?

Für die Erstattungsfähigkeit und insbesondere für Analogpositionen gilt im Prinzip das Gleiche wie bei Wurzelbehandlungen: erstattet werden die Kosten inklusive beispielsweise eines Lasereinsatzes, soweit sie nach den Bestimmungen der GOZ berechnet werden dürfen.

4.15. Was versteht man unter einer sogenannten „Lappen-Operation“ und wird diese erstattet?

Eine Lappen-OP ist eine bestimmte Variante einer chirurgischen Parodontalbehandlung. Es gilt das vorstehend Dargelegte.



5. Zahn-Prophylaxe (Tarifstufe 574)

5.1. Versicherungsfähigkeit

Tarifstufe 574 kann nur zu einer Zahnersatz-Zusatzversicherung oder einer Zahnbehandlungs-Zusatzversicherung der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. abgeschlossen werden.

Endet die Versicherung in der Zahnersatz- oder Zahnbehandlungs-Zusatzversicherung, so endet auch die Versicherung in Tarifstufe 574, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

5.2. Welche Zahnleistungen sind versichert?

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnprophylaxe. Hierunter fallen die folgenden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähigen Behandlungen:

- die Erstellung eines Mundhygienestatus,
- die eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen,
- die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- die Kontrolle des Übungserfolges,
- die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff,
- die Behandlung überempfindlicher Zähne,
- die Erstellung des Parodontalstatus einschließlich Parodontaldiagnostik,
- die Beseitigung von scharfen Zahnkanten, grober Vorkontakte der Okklusion und Zahnbelägen,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger,
- die professionelle Zahnreinigung (PZR):**
Diese umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

5.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?

100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 170 EUR je Versicherungsjahr.

Von den tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung abgezogen.

5.4. Leistungsnachweis

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge oder der truppenärztlichen Versorgung einzureichen. Leistet die GKV bzw. die freie Heilfürsorge oder die truppenärztlichen Versorgung einmal nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg benötigt.

5.5. Wie häufig und in welchem Umfang wird die Kinderprophylaxe bei Kindern unter 6 Jahren erstattet?

100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 170 EUR je Versicherungsjahr.

5.6. Versiegelung der Prämolaren (kleine Backenzähne - wird von der GKV nicht erstattet)

100 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zur Höhe von 170 EUR je Versicherungsjahr.

Welche Zähne hierbei behandelt werden, spielt keine Rolle.



6. Prothesenreinigung und Fahrtkosten (Tarifstufe 575)

6.1. Welche Leistungen sind versichert?

- **Prothesenreinigung**

Erstattungsfähig sind die Kosten für die professionelle Prothesenreinigung durch einen Zahnarzt. Die Leistung je Versicherungsjahr beläuft sich auf 90 % der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen bis zu maximal 100 EUR.

- **Fahrtkosten**

Erbringt die GKV oder die freie Heilfürsorge oder die truppenärztliche Versorgung Leistungen für einen medizinisch notwendigen Krankentransport bzw. Krankenfahrt zur zahnärztlichen Behandlung, erstattet der Versicherer die nach deren Leistung verbleibenden Kosten (Eigenanteil).

6.2. Leistungsnachweis

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Kostenbelege bzw. Nachweise über den Eigenanteil vorzulegen.

7. Wichtig zu wissen

7.1. Sieht die Deutsche Zahnversicherung Wartezeiten vor?

Nein, abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entfällt die Wartezeit.

7.2. Informationen zu Leistungen vor Versicherungsbeginn bzw. bei Vertragsschluss

Für bei Vertragsschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne besteht kein Leistungsanspruch.

Für Zahnersatzmaßnahmen bzw. Zahnbehandlungsmaßnahmen, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, wird nicht geleistet.

7.3. Sieht die Deutsche Zahnversicherung Summenbegrenzungen in den ersten Jahren vor?

Für die Tarifstufen 570, 571, 572, 573 gilt:

Der Versicherer leistet je versicherte Person und je Tarifstufe im ersten Versicherungsjahr bis zu 300 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 600 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen bis zu 900 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen bis zu 1.200 EUR. Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer unbegrenzt. Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, wird auch in den ersten vier Versicherungsjahren unbegrenzt geleistet. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist.

Für die Tarifstufen 560 und 561 gilt:

Der Versicherer leistet je versicherter Person und je Tarifstufe im ersten und im zweiten Versicherungsjahr jeweils 350 EUR, im dritten und vierten Versicherungsjahr jeweils 700 EUR. Ab dem fünften Versicherungsjahr leistet der Versicherer unbegrenzt. Für Versicherungsfälle, die aus einem nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretenen Unfalls resultieren, entfällt die Summenbegrenzung in den ersten vier Versicherungsjahren.

7.4. Wie hoch ist Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ?

Erstattungsfähig sind die Kosten der zahnärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ). Höchstsatz der GOZ bzw. der GOÄ ist derzeit der 3,5-fache Satz.

7.5. Beitragssprünge - Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Für Personen, die das 10., 20., 30., 40., 50., 60., 70., 80., 90. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

7.6. Beitragssprünge - Wie wird der Kunde informiert?

Der zu zahlende Beitrag ist auf dem Versicherungsschein enthalten. Des Weiteren erhält der Kunde im Rahmen einer Beitragsanpassung rechtzeitig einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der den künftig zu zahlenden Beitrag ausweist. Ab wann der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen ist, kann in den Tarifbedingungen nachgelesen werden.



7.7. Beitragssprünge – Unterschied Kalkulation nach Art der Leben und nach Art der Schaden

Der Unterschied liegt in der Kalkulation der Tarife bzw. der Beiträge. Die Beiträge der DZV wurden nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Das bedeutet, es wurde kein Aufbau von Alterungsrückstellungen vorausgesetzt. Im Gegensatz zu der Variante nach Art der Lebensversicherung mit Alterungsrückstellungen, steigt hier der Beitrag mit zunehmendem Alter entsprechend den Tariftabellen (sog. Beitragssprung).

7.8. Informationen zu Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren

Der Versicherer leistet, wenn bei einer versicherten Person während des Versicherungsschutzes erstmals eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt angeraten oder bei diesem durchgeführt wird. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V in Anspruch nehmen.

7.9. Ab wann gilt eine Behandlung als angeraten?

Ab Erstellung eines Heil- und Kostenplanes durch den Arzt?

Dann ist es eindeutig; spätestens mit Ausstellungsdatum HKP ist eine Maßnahme definitiv angeraten.

Ab der ersten Aussage bzw. Aktennotiz des behandelnden Arztes, wie z.B.: "Das sieht noch ganz gut aus, aber in absehbarer Zeit könnte Handlungsbedarf entstehen..."?

Könnte man als angeraten interpretieren. Das Anraten einer Behandlung ist nicht normiert und kann eine recht subjektive Angelegenheit sein; in aller Regel ist dann von einem Anraten auszugehen, wenn eine Maßnahme konkret benannt wird. Beispiel: Die Füllung / Krone / Brücke hält zwar noch, muss aber dann mal erneuert werden.

7.10. Sieht die DZV eine Mindestvertragslaufzeit vor?

Für die Tarifstufen 570, 571, 572, 573 gilt: Es gibt keine Mindestvertragsdauer.

Für die Tarifstufen 560 und 561 gilt: Die Mindestvertragsdauer beläuft sich auf zwei Jahre.

**8. Erstattungsbeispiele****8.1. Krone aus Gold mit Keramikverblendung**

Honorar	600 EUR
<u>Material- und Labor</u>	<u>500 EUR</u>
Gesamtkosten	1.100 EUR
<u>Festzuschuss GKV</u>	<u>130 EUR</u>

Eigenbeteiligung Patient	970 EUR
Unsere Leistung (Tarifstufe 571)	860 EUR

8.2. Implantat mit Knochenaufbau und Krone als Suprakonstruktion

Implantat	2.500 EUR
<u>Krone inkl. Material- und Labor</u>	<u>1.500 EUR</u>
Gesamtkosten	4.000 EUR
<u>Festzuschuss GKV</u>	<u>330 EUR</u>

Eigenbeteiligung Patient	3.670 EUR
Unsere Leistung (Tarifstufe 571)	3.270 EUR

8.3. Inlay aus Gold oder Keramik, dreiflächig

Honorar	500 EUR
<u>Material- und Labor</u>	<u>500 EUR</u>
Gesamtkosten	1.000 EUR
GKV-Leistung <u>entspricht 3flächiger Amalgamfüllung</u>	<u>45 EUR</u>

Eigenbeteiligung Patient	955 EUR
Unsere Leistung (Tarifstufe 572)	955 EUR

8.4. Zahn-Prophylaxe (professionelle Zahnreinigung)

Gesamtkosten	150 EUR
<u>GKV-Leistung</u>	<u>50 EUR</u>
Jährlicher Höchsterstattungsbetrag	170 EUR

Eigenbeteiligung Patient	0 EUR
Unsere Leistung (Tarifstufe 574)	100 EUR

Deutsche Zahnversicherung.

Ein Produkt des  münchener verein

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.
Tel. 089 / 51 52 1000 • Fax 089/51 52 1501
krankenvsicherung@muenchener-verein.de
www.muenchener-verein.de

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.
Direktion • Pettenkofenstr. 19 • 80336 München

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen.
Diese Unterlagen stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.