

Teil III Besonderer Teil: Modul Zahn Premium (Z1)

Gültig ab 1. Januar 2021

gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergische Krankenversicherung Aktiengesellschaft 2021 (TB/KK 2021) und Teil III Allgemeiner Teil Krankheitskostenvollversicherung

1. Versicherungsleistungen

1.1 Zahnärztlicher Gebührenrahmen

Zahnärztliche Leistungen sind nach der jeweiligen gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch besteht auch über die jeweiligen Höchstsätze dieser Gebührenordnungen hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt und der 5fache Satz der jeweiligen Gebührenordnung nicht überschritten wird.

1.2 Zahnärztliche Leistungen

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch approbierte Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 SGB V oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz). Versichert sind weiterhin die zahntechnischen Leistungen eines Zahnlabors und die Leistungen eines Zentrums für Radiologie, sofern diese Leistungen durch einen Zahnarzt in Auftrag gegeben werden.

1.3 Aufwendungen für Zahnbehandlung – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung.

Als Zahnbehandlung gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung,
- prophylaktische Leistungen,
- konservierende Leistungen außer Inlays (beispielsweise plastische Zahnfüllungen oder Wurzelbehandlungen),
- chirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums einschließlich gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen,
- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen), ausgenommen Schienen für Kieferorthopädie,
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Maßnahmen zur Zahnprophylaxe werden für die Gewährung einer Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nach § 8 Teil II MB/KK 2009 bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 Euro pro Versicherungsjahr nicht berücksichtigt. Als Maßnahmen zur Zahnprophylaxe in diesem Sinne gelten

- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Fissurenversiegelung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Kariesrisikodiagnostik,
- Kontrolle des Übungserfolgs,
- professionelle Zahnreinigung,
- Prothesenreinigung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe sowie
- Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Hierzu zählen beispielsweise Aufwendungen für

- Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf),
- Vollnarkose,
- Lachgas-Sedierung,
- Akupunktur sowie
- Hypnose.

1.4 Zahnersatzmaßnahmen – Erstattungssatz 90%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz.

Als Zahnersatz gelten insbesondere

- allgemeine zahnärztliche Leistungen in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen,
- Kronen, Teilkronen, Teleskopkronen, Stiftzähne,
- Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetall oder Keramik,
- Onlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahns oder Repositionierungsonlays),
- Brücken,
- Veneers,
- herausnehmbarer Zahnersatz,
- implantatgetragener Zahnersatz,
- Implantatversorgungen und die damit in Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen und das Freilegen des Implantats,
- Aufbaufüllungen,
- Eingliederung von Provisorien,

- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zahnersatzmaßnahmen stehen sowie
- notwendige Reparaturen des Zahnersatzes zur Wiederherstellung von dessen Funktionsfähigkeit.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz gehören

- Diagnostik, (Beratung, Vor- und Nachuntersuchungen, implantatbezogene Analyse, bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT)),
- zahnärztliches Honorar sowie
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind je Quadrant bis einschließlich Zahn acht (letzter Zahn) erstattungsfähig und gelten als Teil des Zahnersatzes.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

Lässt die versicherte Person die Laborarbeiten, die in direktem Zusammenhang mit nach dieser Ziffer zu ersetzenden Aufwendung stehen, von mit uns kooperierenden Dentallaboren durchführen, erhöht sich der Erstattungsprozentsatz für diese Zahnersatzmaßnahme auf 95%. **Auskünfte zu mit uns kooperierenden Dentallaboren erteilt Ihnen unser Leistungsservice telefonisch oder per E-Mail.**

1.5 Kieferorthopädische Behandlungen – Erstattungssatz 90%/70%

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Kieferorthopädie.

Als kieferorthopädische Behandlungen gelten

- kieferorthopädische Behandlungen mit vorbereitenden Maßnahmen,
- damit verbundene bildgebende Verfahren (beispielsweise Röntgen, CT, Sonografie und DVT),
- in Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung durchgeführte funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- die damit verbundenen angemessenen zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie
- die Versiegelung der Zähne.

Es ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung notwendig. Liegt kein Heil- und Kostenplan vor, beträgt der Erstattungssatz 70%.

Die Aufwendungen sind nur bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs erstattungsfähig. Wurde vor Vollendung des 18. Lebensjahrs eine kieferorthopädische Behandlung begonnen, aber (noch) nicht beendet, sind die Aufwendungen bis zum Abschluss der Behandlung im tariflichen Umfang erstattungsfähig.

Nach Vollendung des 18. Lebensjahrs sind kieferorthopädische Behandlungen erstattungsfähig, sofern diese wegen einer schweren Kieferanomalie erforderlich sind und im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden oder Folgen eines im versicherten Zeitraum erlittenen Unfalls sind.

Erstattungsfähig sind bei medizinischer Notwendigkeit auch Aufwendungen für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.

2. Krankenfahrten – Erstattungssatz 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zu und von der zahnärztlichen Behandlung im Sinne von Ziffer 1.2 bei

- Notfällen bei unaufschiebbarer zahnärztlicher Behandlungsbedürftigkeit,
- Erstversorgung nach einem Unfall sowie
- ärztlich bescheinigter Geh-, Seh- oder Fahrunfähigkeit,

sofern der Zahnarzt sich im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Wohnort bzw. Ort des Ereignisses (beispielsweise Not- oder Unfall), befindet. Ist innerhalb dieses Umkreises kein Zahnarzt verfügbar, sind die Aufwendungen für Krankenfahrten zum nächstgelegenen geeigneten Zahnarzt erstattungsfähig.

Wird ein Privat-PKW zur Krankenfahrt verwendet, so wird pro Kilometer ein Betrag von 0,30 Euro erstattet.

Die Aufwendungen für Krankenfahrten sind beschränkt auf 300 Euro im Versicherungsjahr.

3. Leistungsbegrenzungen (Zahnstaffel)

Die Versicherungsleistungen nach Ziffer 1.4 und 1.5 sind in den ersten vier Versicherungsjahren auf

- 1.000 Euro im ersten Versicherungsjahr,
- 2.000 Euro in den ersten zwei Versicherungsjahren,
- 3.000 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren und
- 4.000 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren

begrenzt.

Diese Leistungsbegrenzung gilt nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Schädigungen der Zähne (z. B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Vorversicherungszeiten in Krankheitskostenvollversicherungstarifen anderer privater Krankenversicherer, die Leistungen für Zahnersatz beinhalten, werden auf die Zahnstaffel angerechnet.

4. Heil- und Kostenpläne

Wir empfehlen Ihnen, uns auch bei umfangreichen Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Wir prüfen Ihren Heil- und Kostenplan unverzüglich und teilen Ihnen den zu erwartenden Erstattungsbetrag mit.