

Klartext – häufige Fragen zum KombiMed Zahn Tarifen Z8o, Z9o, Z1oo und PLS

Leistungsinhalt und Leistungsumfang

Frage	Antwort
1. Welche Leistungen sind versichert?	Folgende Leistungen sind in den Tarifen Z80, Z90 sowie Z100 versichert: • Kronen • Teilkronen, z. B. Onlays, Overlays, Veneers • Brücken • Implantate/implantologische Leistungen • der sichtbare Zahnersatz auf dem Implantat (Suprakonstruktion) • Zahnprothesen • Füllungstherapien, z. B. Kunststofffüllungen in Dentin-Adhäsivtechnik, Einlagefüllungen (Inlays) • parodontologische Leistungen • Wurzelbehandlungen • Aufbissbehelfe und Schienen • Zahnprophylaxe, z. B. für professionelle Zahnreinigung (PZR), Fluoridierung oder Fissurenversiegelung • Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche • Kieferorthopädie für Erwachsene bei Unfall Folgende Leistungen sind im Tarif PLS versichert: • Zahnprophylaxe, z. B. für unbegrenzte professionelle Zahnreinigung (PZR), Fluoridierung oder Fissurenversiegelung • Bleaching • Schmerztherapien (Narkose, Akupunktur bzw. Hypnose durch Zahnärzte)
2. Werden auch Kosten von Zahnärzten übernommen, die nur Privatpatienten behandeln?	Ja. Wenn keine GKV-Vorleistung zu Zahnersatz vorliegt, erfolgt eine reduzierte Erstattung. Für Zahnbehandlung gilt: Ersetzt werden nur die Aufwendungen, für die keine Leistungspflicht der GKV besteht. Falls eine versicherte Person Leistungen der GKV, die ihr zustehen, nicht in Anspruch nimmt, werden die Aufwendungen dafür nicht ersetzt. Wir empfehlen, die Behandlung von einem Zahnarzt durchführen zu lassen, der über eine Kassenzulassung verfügt.
3. Sind neue zahnärztliche Heilbehandlungsmethoden auch in Zukunft versichert?	Ja. Wir sehen in unseren Tarifen eine Innovationsgarantie vor. Im Rahmen des medizinischen Fortschritts werden immer wieder neue zahnärztliche Heilbehandlungsmethoden entwickelt. Werden in die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) medizinisch notwendige zahnärztliche Leistungen im Bereich Zahnersatz, Zahnkronen, Füllungstherapie oder Kieferorthopädie neu aufgenommen, gilt: Sie sind automatisch im tariflich vereinbarten Umfang versichert. Der Kunde muss nichts dafür tun.

Leistungsinhalt und Leistungsumfang

Frage	Antwort
4. Besteht Versicherungsschutz, wenn sich zukünftig die Höhe des Zuschusses der GKV verändert?	Ja, wir sehen in unseren Tarifen eine Zukunftsgarantie vor. Die GKV zahlt bei Zahnkronen und Zahnersatz einen Festzuschuss, der sich nach dem zahnmedizinischen Befund, z. B. fehlender Zahn, richtet. Die Höhe des Festzuschusses orientiert sich an den Kosten einer Standardtherapie (Regelversorgung) und beträgt einen bestimmten Prozentsatz dieser Versorgung. Der jeweilige Festzuschuss wird von uns als Vorleistung bei der Berechnung der Erstattungsleistung berücksichtigt. Der Prozentsatz könnte vom Gesetzgeber in der Zukunft auch zu Ungunsten der GKV-Versicherten verändert werden. Der Versicherungsschutz bleibt davon unberührt. Wir erstatten die tariflich vereinbarten Leistungen unverändert. Der Kunde muss nichts dafür tun.
5. Welche Leistungen sind für parodontologische Leistungen vorgesehen?	• Parodontitisbehandlungen, für die die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht leistungspflichtig ist. • Zusatzleistungen, für die die GKV nicht leistet (z. B.: Schleimhauttransplantation).
6. Welche Leistungen sind für Wurzelbehandlungen vorgesehen?	• Wurzelbehandlungen, die nicht in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung fallen. • Zusatzleistungen, für die die GKV nicht leistet (z. B. elektrometrische Längenbestimmung).
7. Wann bezahlt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine Wurzelbehandlung?	Die GKV übernimmt die Kosten für Wurzelbehandlungen nur in bestimmten Fällen. Besonders bei der Behandlung der hinteren Backenzähne (Molaren) gibt es Einschränkungen. Z. B. muss eine der folgenden Bedingungen für die Kassenleistung erfüllt sein: • Der Backenzahn steht in einer vollständigen Zahnreihe ohne Lücke. • Die Behandlung verhindert, dass die Zahnreihe einseitig nach hinten verkürzt wird. • Durch die Behandlung kann vorhandener Zahnersatz erhalten werden. Für die Anwendung spezieller Behandlungstechniken kommt die GKV in der Regel nicht auf.
8. In welcher Höhe erfolgt die Erstattung für kieferorthopädische Behandlungen?	Kinder/Jugendliche: 100 %, maximal 2.000 Euro je Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Erwachsene ab Vollendung des 18. Lebensjahres: 100 % für Kieferorthopädie, wenn die Maßnahmen aufgrund eines Unfalls erforderlich sind.
9. Welche Leistungen sind für kieferorthopädische Behandlungen vorgesehen?	Kieferorthopädie bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 bis 5, auch als Alignertherapie.
10. Wann bezahlt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine kieferorthopädische Behandlung?	Bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5, wenn die Behandlung vor dem 18. Lebensjahr begonnen wird.
11. In welcher Höhe beteiligt sich die GKV an der KFO? Kann trotz Leistungspflicht der GKV ein Eigenanteil entstehen?	Grundsätzlich ist bei den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) 3 bis 5 eine Behandlung ohne Eigenanteil möglich. Die GKV erstattet in der Regel 80 %. Die verbleibenden 20 % werden nach erfolgreichem Abschluss erstattet. Ja, viele Kieferorthopäden vereinbaren zusätzliche Leistungen.
12. Welche Zusatzleistungen (bei Leistungspflicht GKV) werden im Rahmen der KFO erstattet?	Zum Beispiel: • Zusatzkosten für thermoelastische Bögen, Kunststoffbrackets • Einsatz eines fest sitzenden Retainers
13. Werden Laserbehandlungen oder die Anwendung eines Operationsmikroskops erstattet?	Ja. Die Zuschläge für die Aufwendungen für die Anwendung eines Lasers bzw. Operationsmikroskops werden im Rahmen der versicherten Maßnahmen erstattet, sofern sie nach GOZ berechnungsfähig sind.
14. Werden Lumineers erstattet?	Lumineers sind Veneers und stehen entsprechend unter Versicherungsschutz.
15. Wird 3D-Röntgen oder DVT Röntgen erstattet?	Ja. Röntgen wird bei den Begleitleistungen in den AVB erwähnt und ist entsprechend erstattungsfähig.

Leistungsinhalt und Leistungsumfang

Frage	Antwort
16. Werden Bakterienanalyse bzw. DNA-Test zur Keimbestimmung erstattet?	Ja. Speicheltests stehen im Rahmen der Parodontal-Behandlung unter Versicherungsschutz.

Antrags- und Vertragsinformationen

Frage	Antwort
17. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland (EU, EWR, Schweiz, andere Staaten)?	Bei vorübergehenden Aufenthalten in anderen Staaten der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie der Schweiz besteht Versicherungsschutz. Bei vorübergehenden Aufenthalten in Staaten außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der EU bzw. des EWR, endet ihre Versicherung.
18. Leistet der Tarif auch, wenn Versicherte Zahnersatz- oder Zahnbehandlungsmaßnahmen im Ausland durchführen lassen?	Innerhalb der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und in der Schweiz leistet der Tarif grundsätzlich nur bei einem vorübergehenden Aufenthalt. Die Leistungen werden bis zu dem Umfang erstattet, der bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen wäre. Außerhalb der EU, des EWR sowie der Schweiz besteht kein Versicherungsschutz.
19. Gibt es eine Zahnstaffel? Wann entfällt die Zahnstaffel?	Ja. Es gibt für die ersten drei Versicherungsjahre eine reguläre Zahnstaffel. Für Kieferorthopädie bei Kindern/Jugendlichen ist die Erstattung in den ersten drei Versicherungsjahren ebenfalls begrenzt. Die Zahnstaffel entfällt, wenn die Aufwendungen auf einen Unfall zurückzuführen sind. Die Zahnstaffel entfällt ab dem vierten Versicherungsjahr. Im Tarif PLS ist Bleaching in der Erstattung in den ersten zwei Kalenderjahren begrenzt.
20. Kann die Zahnstaffel verkürzt werden?	Ja. Die reguläre Zahnstaffel in den Tarifen Z80, Z90 sowie Z100 kann auf zwei Versicherungsjahre verkürzt werden, wenn der Kunde im Antrag bestätigt, dass er in den letzten drei Jahren jährlich bei der Zahnvorsorge war und sonst in dieser Zeit keine zahnärztliche Behandlung stattgefunden hat. Unter Zahnvorsorge versteht man die Kontrolluntersuchung beim Zahnarzt, welche für Erwachsene in der GKV zweimal pro Jahr kostenlos möglich ist. Eine zahnärztliche Behandlung ist z. B. eine Wurzelbehandlung, Füllung, Versorgung eines fehlenden Zahnes, Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz. Professionelle Zahnreinigung zählt in diesem Fall nicht als Behandlung. Diese Möglichkeit der Verkürzung gilt nicht für die Leistungsbegrenzung bei Kieferorthopädie.
21. Wird bei der Zahnstaffel auch ein Rumpfbjahr als vollständiges Versicherungsjahr angerechnet?	Ja. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn gilt das Rumpfbjahr als erstes Versicherungsjahr.
22. Gilt bei einer Umwandlung aus einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz die Zahnstaffel erneut?	Bei Umwandlungen aus einem Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz rechnen wir die Vorversicherungszeit auf die Zahnstaffel an.
23. Kann ein Kunde eine Patienteninformation bzw. einen Heil- und Kostenplan zur Prüfung vorlegen?	Ja. Wir empfehlen sogar die Vorlage einer Patienteninformation bzw. eines Heil- und Kostenplans, bevor die Maßnahme beginnt. Unsere Experten können unsere Versicherten bei Fragen zu ihrer Patienteninformation (Heil- und Kostenplan) fachlich unterstützen und sie zu bestimmten Therapien informieren.

Antrags- und Vertragsinformationen

Frage	Antwort
24. Werden Gesundheitsfragen gestellt? Wenn ja, welche?	Ja. Folgendes wird abgefragt: 1. Frage betrifft: • laufende, beabsichtigte oder angeratene zahnärztliche Behandlungen • Parodontosebehandlung in den letzten drei Jahren • herausnehmbaren Zahnersatz (Voll-/Teilprothesen) • Kreidezähne (Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation) vorhanden • zusätzlich für Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahrs: laufende, beabsichtigte oder angeratene kieferorthopädische Behandlung. 2. Frage betrifft: • Anzahl der fehlenden, nicht ersetzten Zähne.
25. Was ist unter „herausnehmbarer Zahnersatz“ zu verstehen?	Herausnehmbarer Zahnersatz ist Zahnersatz, den der Kunde grundsätzlich eigenständig herausnehmen kann. Unter den Begriff fallen Voll- und Teilprothesen.
26. Was ist unter „Kreidezähne“ (MIH) zu verstehen?	Kreidezähne ist die umgangssprachliche Bezeichnung für Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (kurz: MIH). MIH ist eine sogenannte Zahnschmelz-Störung. MIH zeigt sich schon an den Milchzähnen, primär betroffen sind dann aber die bleibenden Zähne. Durch MIH kann es zu Beginn zu farblichen Veränderungen, Schmelzverlust und Überempfindlichkeit kommen. In der Folge besteht Bedarf von Zahnbehandlungs- bzw. Zahnersatzmaßnahmen, d. h. Füllungstherapien bzw. Kronen oder Implantate.
27. Erfolgt eine Erstattung für eine bereits bei Vertragsabschluss laufende, angeratene oder beabsichtigte Behandlung?	Nein, es erfolgt keine Erstattung für bereits bei Vertragsabschluss laufende, angeratene oder beabsichtigte Behandlungen.
28. Sind fehlende, nicht ersetzte Zähne versicherbar?	Ja, bis zu drei fehlende Zähne sind versicherbar. Und zwar nur, wenn der Ersatz der fehlenden Zähne bei Vertragsabschluss noch nicht begonnen hat, beabsichtigt oder angeraten war. Hierfür wird ein versicherungsmedizinischer Zuschlag pro fehlendem Zahn erhoben, der dauerhaft für die Vertragslaufzeit gilt.
29. Welche fehlenden Zähne sind im Antrag nicht anzugeben?	Fehlende Zähne, die bereits mit einem Zahnersatz versorgt sind (beispielsweise durch eine Krone) • Milch- und Weisheitszähne • fehlende Zähne, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden.
30. Sehen die Tarife eine Wartezeit vor?	Nein, die Tarife sehen keine Wartezeit vor.
31. Kann ein Zahnzusatztarif mit anderen Zahnzusatztarifen kombiniert werden?	Die Tarife Z80, Z90 und Z100 können mit dem Tarif PLS kombiniert werden. Kombinationen von Tarifen, deren Leistungen sich überschneiden, sind grundsätzlich nicht möglich.
32. Kann neben dem Zahntarif eine bKV mit gleichen Leistungen bestehen?	Ja. Eine betriebliche Krankenversicherung (bKV) darf bestehen, auch wenn sich die Leistungen überschneiden. Eine bKV ist eine durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherung im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags.
33. Können die Tarife auch „Solo“ abgeschlossen werden oder besteht eine Kombinationsvorgabe?	Die Tarife Z80, Z90 und Z100 können „solo“ bestehen. Der Tarif PLS kann nur neben den Tarifen Z80, Z90 oder Z100 bestehen.

Frage	Antwort
34. Können die Tarife auch bei freier Heilfürsorge abgeschlossen werden?	Ja, die Tarife Z80, Z90, Z100 sowie PLS können grundsätzlich auch bei freier Heilfürsorge abgeschlossen werden. Details finden Sie im KV-Lexikon.
35. Wann kann ein Kunde eine Zahnzusatzversicherung kündigen (Kündigungsrecht)?	Der Kunde hat ein monatliches Kündigungsrecht. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt zwei Versicherungsjahre (das erste Versicherungsjahr ist ggf. ein Rumpfbjahr).
36. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?	Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.
37. Wann beginnt bzw. endet das Versicherungsjahr?	Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres (sogenannte „Rumpfbjahr-Regelung“). Die folgenden Versicherungsjahre stimmen jeweils mit dem Kalenderjahr überein.
38. Welche Vorteile ergeben sich aus dem Besuch kooperierender Zahnärzte/goDentis Partnerzahnärzte?	Bei den Tarifen sind keine Leistungsänderungen (Mehrleistungen) bei kooperierenden Zahnärzten/goDentis Partnerzahnärzten vorgesehen.
39. Gibt es Besonderheiten bei einzelnen gesetzlichen Kassen (Stichwort: Gruppenvertrag)?	Ja, bei GKVen, mit denen die DKK eine Kooperation hat, gibt es Vorteile für den Kunden bzgl.: • attraktive Beiträge • grundsätzlicher Annahmegarantie für versicherungsfähige Personen • sofortigem Versicherungsschutz ohne Wartezeiten Die Liste der kooperierenden Kassen findet man im Vertriebsportal.
40. Gibt es Besonderheiten bei speziellen GV-Partnern (Stichwort: Gruppenvertrag)?	Ja, durch GV-Partner (Firmen-, Verbandsgruppenverträge) haben Kunden Vorteile bzgl.: • attraktive Beiträge • Annahmegarantie für versicherungsfähige Personen • sofortigen Versicherungsschutzes ohne Wartezeiten Die Liste der Firmen-, Verbandsgruppenverträge findet man im Vertriebsportal.