FAQ
Stuttgarter Zahnzusatzversicherung
smile! für gesetzlich Krankenversicherte
AVB-KK 2011/Tarifbedingungen – Fassung 01.01.2013

Zukunft machen wir aus Tradition.
Die Stuttgarter
Der Vorsorgeversicherer

Stand 03.01.2013

		Wo in den AVB-KK 2011 oder in den Tarifbedingungen zu finden?
Wissenswertes zur Zahnzusatzversicherung		
Weshalb ist eine Zahnzusatzversicherung so wichtig?	Ein Zahnarztbesuch kann schnell hunderte oder sogar tausende EURO kosten. Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt hiervon, insbesondere bei Zahnersatz, zumeist nur geringe Beträge. Den Rest muss der Patient selbst zahlen.	
Was zahlt die Zahnzusatzversicherung?	Die Zahnzusatzversicherung leistet sowohl bei Zahnbehandlung (Wurzelbehandlungen, Wurzelspitzenresektionen, Kunststofffüllungen, Erkrankungen der Mundschleimhaut/des Parodontiums, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen) als auch bei Zahnersatz (Inlays, Onlays, Kronen, Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen, Implantate und darauf sitzender Zahnersatz, Reparatur des Zahnersatzes). Auch die Kosten für zahnprophylaktische Leistungen wie z. B. eine professionelle Zahnreinigung werden - je nach Tarif - bis zu 85 € oder bis zu 110 € je Versicherungsjahr erstattet.	Ziffer 2.1 und 2.2 Tarifbedingungen
Was ist unter „Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder Ärzte (GOÄ)“ zu verstehen?	In diesen Gebührenordnungen ist die Vergütung für medizinische Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt.	
Bis zu welcher Höhe werden die Kosten übernommen?	Erstattungsfähige Aufwendungen werden im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder Ärzte (GOÄ) bis zu folgenden Sätzen erstattet: ZahnKomfort: Zahnbehandlung 100 %*; Zahnersatz 45 %, max. 90 %** ZahnPremium: Zahnbehandlung 100 %*; Zahnersatz 90 %* Die Kostenerstattung erfolgt bis zum GOZ-Höchstsatz (3,5fach). *= unter Einbeziehung anrechenbarer Vorleistungen (z. B. durch die gesetzliche Krankenversicherung) **= zusammen mit anrechenbaren Vorleistungen (z. B. durch die gesetzliche Krankenversicherung) max. 90 %	Ziffer 2.1 und 2.2 Tarifbedingungen
Wie hoch ist die Kostenerstattung, wenn bei Zahnersatz die Regelversorgung, also die kostengünstige Standardversorgung, gewählt wurde oder der Zahnersatz aufgrund eines Unfalls erforderlich wird?	In diesen Fällen beträgt der Erstattungssatz nach Abzug anrechenbarer Vorleistungen, z. B. durch die gesetzliche Krankenversicherung, 100 %. Im Tarif ZahnKomfort ist die Zahlung auf 15.000 € je Versicherungsjahr begrenzt.	Ziffer 2.2.2.2 Tarifbedingungen
Wer übernimmt die Kosten für eine zweite Zahnarztmeinung?	Die Kosten für eine zweite Zahnarztmeinung (auch über Internetdienste) werden bis zu 50 € je Versicherungsjahr erstattet.	Ziffer 2.5 und 2.6 Tarifbedingungen
Werden auch Kosten für Akupunktur/Hypnose zur Schmerztherapie oder für eine Vollnarkose erstattet?	Ja, in Höhe des jeweiligen Erstattungssatzes bis max. 250 € je Versicherungsjahr.	Ziffer 2.4 Tarifbedingungen
Sind auch kieferorthopädische Behandlungen versichert?	In jungen Jahren sind häufig kieferorthopädische Behandlungen wegen Zahn- oder Kieferfehlstellungen erforderlich. Je nach Schweregrad erfolgt die Einstufung in eine von fünf sogenannten kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG). Wenn "die Spange" kommt und die versicherte Person der Beitragsgruppe der 0-21jährigen angehört, dann zahlen wir eine Einmalleistung in vereinbarter Höhe unabhängig von den tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist eine Einstufung der Zahn- oder Kieferfehlstellung in die Indikationsgruppen 3 bis 5.	Ziffer 2.3 Tarifbedingungen

FAQ
Stuttgarter Zahnzusatzversicherung
smile! für gesetzlich Krankenversicherte
AVB-KK 2011/Tarifbedingungen – Fassung 01.01.2013

Zukunft machen wir aus Tradition.
Die Stuttgarter
Der Vorsorgeversicherer

Stand 03.01.2013

		Wo in den AVB-KK 2011 oder in den Tarifbedingungen zu finden?
Wann leistet die Zahnzusatzversicherung nicht?	Es können nicht alle denkbaren Fälle versichert werden, denn sonst müssten wir einen erheblich höheren Beitrag verlangen. So sind z. B. Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne sowie für bereits begonnene oder ärztlich angeratene Behandlungen nicht versichert.	Ziffer 5 AVB-KK Ziffer 2 Tarifbedingungen
Welche Personen können die Zahnzusatzversicherung abschließen? Was ist mit Grenzgängern? Gesundheitsprüfung	Alle Personen, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben und in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. „Grenzgänger“, die in Deutschland leben und in der GKV versichert sind, sind dennoch nicht versicherbar (Begründung: Grenzgänger, die außerhalb Deutschlands arbeiten, bekommen Leistungen im Rahmen des dortigen Sozialversicherungsrechts. Da dieses nicht immer eine Bezuschussung von Zahnbehandlungen kennt, müsste die Stuttgarter Zahnzusatzversicherung u. U. sehr hoch leisten). ***Ab 5 fehlenden und nicht ersetzten Zähnen (ausgenommen Weisheitszähne, Milchzähne, vollständiger Lückenschluss) ist eine Versicherung nicht mehr möglich. Ebenso kann kein Versicherungsschutz geboten werden, wenn insgesamt mindestens 9 Zähne überkront, ersetzt oder fehlend sind. Bei Brücken sind alle betroffenen Zähne einzeln zu zählen (inkl. Ankerzähne).***	Ziffer 1 und 2 Tarifbedingungen, Annahmerichtlinien
Gibt es ein Mindest- oder ein Höchsteintrittsalter?	Nein. Die Zahnzusatzversicherung smile! kann ab dem 1. Tag bis ins hohe Alter abgeschlossen werden. Es gibt keine Altersbegrenzung.	
Wie berechnet sich das Eintrittsalter?	Als Eintrittsalter gilt die Zahl der vollendeten Lebensjahre am Tag des Versicherungsbeginns.	
Können fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne mitversichert werden?	Nein. Für bei Vertragsabschluss bereits fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne (außer Weisheitszähne, Milchzähne oder Lückenschluss) besteht kein Versicherungsschutz.	Ziffer 2 Tarifbedingungen
Kann die Zahnzusatzversicherung während einer laufenden oder schon angeratenen Behandlung abgeschlossen werden?	Ja, allerdings besteht für bereits bei Vertragsabschluss begonnene oder ärztlich angeratene Behandlungen kein Versicherungsschutz.	Ziffer 2 Tarifbedingungen
Wie lange ist die Vertragslaufzeit der Zahnzusatzversicherung?	Die Zahnzusatzversicherung wird für 2 Jahre abgeschlossen und verlängert sich dann stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, sofern der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf kündigt.	
Kann der Vertrag weitergeführt werden, wenn keine Versicherung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung mehr besteht?	Nein. In diesem Fall erlischt auch die Zahnzusatzversicherung.	Ziffer 17.4 AVB-KK
Besteht auch im Ausland Versicherungsschutz?	Ja. Versicherungsschutz besteht sogar weltweit. Bei einer Heilbehandlung außerhalb Deutschlands werden Leistungen bis zu der Höhe erbracht, wie sie bei einer Heilbehandlung in Deutschland angefallen wären.	Ziffer 1.4 AVB-KK
Kann sich der Beitrag nach Vertragsabschluss in den Folgejahren ändern?	Bei höheren Altern steigt die Wahrscheinlichkeit, sich einer Zahnbehandlungs- oder Zahnersatz-Maßnahme unterziehen zu müssen, deutlich an. Deshalb sind die Beiträge in altersabhängige Beitragsgruppen eingeteilt.	Ziffer 9 AVB-KK

		Wo in den AVB-KK 2011 oder in den Tarifbedingungen zu finden?
	Wird das erste Alter der jeweils nächsten Beitragsgruppe erreicht, passen sich die Beiträge automatisch an die veränderte Situation an. Ab Beginn des neuen Versicherungsjahres ist der dann gültige Beitrag zu zahlen. Wurde der Vertrag neu abgeschlossen, erfolgt eine Beitragserhöhung frühestens zu Beginn des 3. Versicherungsjahres, auch wenn inzwischen eine andere Beitragsgruppe erreicht wurde. Zudem kann eine Beitragsanpassung erfolgen, wenn sich die Leistungen z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erhöhen.	
Kann der Vertrag bei einer Beitragserhöhung gekündigt werden?	Ja. Der Versicherungsnehmer kann bei einer Beitragserhöhung durch die Eingruppierung in eine andere Beitragsgruppe innerhalb von zwei Monaten, ansonsten innerhalb eines Monats kündigen.	Ziffer 15.3 und 15.4 AVB-KK
Ist ein Wechsel in einen höheren (ZahnPremium) oder niedrigeren Tarif (ZahnKomfort) ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeit möglich?	Wechsel in einen höheren Tarif (von ZahnKomfort in ZahnPremium): - keine Gesundheitsprüfung notwendig, aber - für die höheren Leistungsansprüche (Differenzberechnung) gelten ggf. Leistungsstaffel und Wartezeit Wechsel in einen niedrigeren Tarif (von ZahnPremium in ZahnKomfort): - keine Gesundheitsprüfung, keine Wartezeit	
Sieht die Zahnzusatzversicherung die Bildung einer Altersrückstellung vor?	Nein. Es werden keine Altersrückstellungen gebildet. Die Versicherung wird nach Art der Schadenversicherung geführt.	Ziffer 9.1 AVB-KK
Kann die Stuttgarter den Vertrag zum Ablauftermin kündigen?	Nein. Die Stuttgarter verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.	Ziffer 16.1 AVB-KK
Der Versicherungsfall		
Kann der Zahnarzt frei gewählt werden?	Ja.	Ziffer 4.2 AVB-KK
Was bedeutet Wartezeit und wie lange ist diese?	Unter Wartezeit versteht man die Zeit, die seit Versicherungsbeginn verstrichen sein muss, bevor Versicherungsschutz besteht. Die Wartezeit beträgt acht Monate.	Ziffer 3.1 Tarifbedingungen
Was versteht man unter einer Leistungsstaffel? Gibt es Höchstleistungen?	Eine Leistungsstaffel begrenzt die Erstattungsbeträge in den ersten Jahren, um Missbrauch zu verhindern. Dies kommt letztlich allen Versicherten durch stabile und günstige Beiträge zugute. Trotz Leistungsstaffel bietet die Zahnzusatzversicherung eine hohe Kostenübernahme. Leistungsstaffel:	Ziffer 3 Tarifbedingungen

Die maximale Leistungshöhe ist wie folgt gestaffelt:	Tarif	
	ZahnKomfort	ZahnPremium
in den ersten 12 Monaten	500 €	1.000 €
in den ersten 24 Monaten	1.000 €	2.000 €
in den ersten 36 Monaten	1.500 €	3.000 €
in den ersten 48 Monaten	2.000 €	4.000 €

		Wo in den AVB-KK 2011 oder in den Tarifbedingungen zu finden?
	Im Tarif ZahnKomfort sind die Leistungen auf einen Betrag von 15.000 € je Versicherungsjahr begrenzt, im Tarif ZahnPremium gibt es keine weitere Begrenzung.	
Gilt die Wartezeit und die Leistungsstaffel auch nach einem Unfall?	Nein. Bei unfallbedingten Aufwendungen entfällt sowohl die Wartezeit als auch die Leistungsstaffel. Wird wegen eines Unfalles Zahnersatz erforderlich, beträgt zudem der Erstattungssatz nach Abzug anrechenbarer Vorleistungen, z. B. durch die gesetzliche Krankenversicherung, 100 % (max. 15.000 € im Tarif ZahnKomfort).	Ziffer 3.2 Tarifbedingungen
Wie wirkt sich ein gewählter Selbstbehalt in der gesetzlichen Krankenversicherung aus?	Sofern in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung gewählt wurde, gilt dieser Selbstbehalt als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.	Ziffer 5.1 Tarifbedingungen
Werden Kosten auch dann übernommen, wenn zustehende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Anspruch genommen werden, z. B. weil die Behandlung im Ausland oder durch einen Zahnarzt ohne Kassenzulassung erfolgte?	Ja. In diesen Fällen werden bei der Leistungsberechnung die Leistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung bei Inanspruchnahme erbracht hätte, als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung angenommen; bei Zahnersatz werden hierfür pauschal 35 % der Aufwendungen angenommen.	Ziffer 5.2 Tarifbedingungen
Werden Kosten auch dann übernommen, wenn die GKV keine Kostenübernahme vorsieht, z. B. weil eine Leistung aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen wurde oder weil z. B. die Kostenübernahme für Implantate bei der GKV auf eine bestimmte Anzahl von Zähnen begrenzt ist?	Ja. In diesen Fällen sieht die Zahnzusatzversicherung smile eine Erstattung der Kosten ohne Leistungskürzung um einen fiktiven GKV-Anteil im Rahmen des versicherten Tarifs vor.	
Ist es sinnvoll, der Stuttgarter einen Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn vorzulegen?	Ja. Es wird empfohlen, den Heil- und Kostenplan sowie den Bewilligungsbescheid der gesetzlichen Krankenversicherung vor Behandlungsbeginn vorzulegen, wenn der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 1.000 € übersteigt. So kann im Vorfeld geprüft werden, welche Kosten durch die Zahnzusatzversicherung übernommen werden.	Ziffer 4 Tarifbedingungen
Was ist zu tun, um die Kosten einer Zahnarztrechnung erstattet zu bekommen?	Der Kunde schickt uns die Originalrechnungen seines Zahnarztes zu, auf denen seine gesetzliche Krankenversicherung bereits vermerkt hat, welchen Anteil er selbst zahlen muss.	Ziffer 6.1 AVB-KK Ziffer 6 Tarifbedingungen
Was bedeutet im Tarif ZahnKomfort die Regelung „max. 90 %“?	Angenommen die Kosten für den Zahnersatz betragen 1.000 Euro und die gesetzliche Krankenversicherung des Kunden zahlt 500 Euro. Dann würde die Zahnzusatzversicherung 45 % der Gesamtsumme d. h. 450 Euro, übernehmen. Da aber die Leistungen zusammen mehr als 90 % des Gesamtrechnungsbetrags betragen (500 € + 450 € = 950 €, also 95 %), erstattet die Zahnzusatzversicherung 400 €, sodass der Selbstbehalt des Kunden 100 € (10 %) beträgt.	
Von welchem Betrag ausgehend erfolgt die Kostenerstattung?	Die Erstattungsgrundlage ist der Gesamtrechnungsbetrag.	

FAQ
Stuttgarter Zahnzusatzversicherung
smile! für gesetzlich Krankenversicherte
AVB-KK 2011/Tarifbedingungen – Fassung 01.01.2013

Zukunft machen wir aus Tradition.
Die Stuttgarter
Der Vorsorgeversicherer

Stand 03.01.2013

		Wo in den AVB-KK 2011 oder in den Tarifbedingungen zu finden?
Erläuterungen zur Zahnbehandlung (Ziffer 2.1 der Tarifbedingungen)		
Was sind Wurzelbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen? Werden die Kosten durch die Zahnzusatzversicherung erstattet?	Es handelt sich um Maßnahmen zur Behandlung von Entzündungen, Infektionen oder anderen Schädigungen im Wurzelbereich. Wurzelbehandlungen werden z. B. bei Zähnen durchgeführt, deren Nerven abgestorben sind. Bei Wurzelspitzenresektionen werden Zahnwurzeln oder Teile davon entfernt. Die gesetzliche Krankenversicherung bezahlt diese Behandlungen nur für „erhaltungswürdige“ Zähne. Werden die hierfür notwendigen Bedingungen nicht erfüllt, erfolgt die Abrechnung als Privatleistung – und das ist sehr oft der Fall. Ja	
Sind Leistungen für antimikrobielle Therapie bei Gingvitis (Zahnfleischentzündung) und Parodontis (Entzündung des Zahnhalteapparates) erstattungsfähig?	Ja, diese Kosten sind erstattungsfähig. Auch Kunden, die in der Vergangenheit (vor Versicherungsbeginn) behandelt wurden und deren Behandlung laut Zahnarztakte abgeschlossen war, sind bei einer erneut erforderlichen Behandlung versichert.	
Sind Leistungen für die gesteuerte Gewebe- und Knochenregeneration erstattungsfähig?	Nein, diese Kosten sind nicht erstattungsfähig.	
Was ist eine Zahnschmelzdysplasie?	Bei einer Zahnschmelzdysplasie (die zumeist bei Kindern und Jugendlichen vorkommt), ist an den Zähnen (teilweise) kein Zahnschmelz vorhanden. Eine Zahnzusatzversicherung ist dennoch ohne Probleme möglich.	
Ist die Erkennung einer Craniomandibulären Dysfunkion (CMD = Ober- und Unterkiefer passen nicht zusammen) durch Kiefer- und Kiefergelenkfunktionsdiagnostik (DIR-System) und/oder optoelektronische Registrierung der Unterkiefer- und Kiefergelenkbewegungen (Freecorder) erstattungsfähig? (Keine Leistung durch die GKV.)	Nein, diese Kosten sind nicht erstattungsfähig. Werden diese Maßnahmen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung der KIG 3-5 bei Kindern (Beitragsgruppe 0-21 Jahre) durchgeführt, besteht Anspruch auf die versicherte Einmalleistung für kieferorthopädische Behandlung.	
Ist eine DIR-Schiene zur Regulierung von Funktionsstörungen des Kauapparates erstattungsfähig? (Keine Leistung durch die GKV.)	Nein, diese Kosten sind nicht erstattungsfähig.	
Wird der Einsatz von Lasern erstattet - bei Zahnbehandlungen - bei Parodontosebehandlungen - in der Zahnchirurgie - bei Zahnersatz, Prothetik und Implantologie? (Keine Leistung durch die GKV.)	Ja. Laserbehandlungen sind erstattungsfähig, soweit es sich um Leistungen im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Maßnahme handelt.	

		Wo in den AVB-KK 2011 oder in den Tarifbedingungen zu finden?
Knirscher-/Aufbissschiene	Reparaturen von bei Antragstellung vorhandenen Schienen sind nicht versichert. Davon abgesehen besteht bedingungsgemäßer Versicherungsschutz. Zukünftig medizinisch notwendige Folgekosten, z. B. eine Krone, da ein Zahn durch das Knirschen Schaden genommen hat, sind versichert.	
Was sind Kunststofffüllungen?	Kunststofffüllungen sind zahnfarbene plastische Füllungen, die kleinere Löcher im Zahn verschließen. Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet i. d. R. nur die Kosten einer günstigen Amalgamfüllung von ca. 30 € bis 50 €. Die Mehrkosten hat der Patient zu tragen. Diese sind durch smile! versichert.	
Was sind Cerec-Füllungen?	Das sind Keramik-Füllungen, die in einem Gerät direkt beim Zahnarzt produziert werden. Auch Cerec-Füllungen sind durch smile! versichert.	
Was sind Kompositfüllungen? (adhäsive Zahnmedizin)	Das zahnmedizinische Einsatzgebiet der Komposite (Füllungen und die Befestigung von Keramikfüllungen, Kronen und Wurzelstiften mittels Komposit) wird auch als „adhäsive Zahnmedizin“ bezeichnet. Sie bestehen aus einer organischen Kunststoffmatrix, die mit anorganischen Füllkörpern versetzt ist. Auch diese Kosten sind erstattungsfähig.	
Was sind zahnprophylaktische Leistungen?	Zahnprophylaktische Leistungen, auch vorbeugende Zahnheilkunde oder zahnmedizinische Prävention genannt, sind Maßnahmen, die die Entstehung von Krankheiten an Zähnen und am Zahnhalteapparat verhindern sollen. Hierzu gehört z. B. – die professionelle Zahnreinigung (inkl. Entfernung weicher und harter Zahnbeläge) – die Fluoridierung zur Härtung des Zahnschmelzes – die Erstellung eines Mundhygienestatus – die Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen – die Fissurenversiegelung (alle Zähne) – Parodontose Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen – Zahnprophylaxe auch bei Milchzähnen Die professionelle Zahnreinigung kostet je nach Zahnarzt und Aufwand zumeist zwischen 60 € und 120 €. Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet diese Vorsorge i. d. R. nicht.	
Sind die Zahnvorsorgemaßnahmen auch erstattungsfähig, wenn sie von ausgebildetem Personal wie z. B. Zahnmedizinische/r Prophylaxeassistent/in (ZMP) oder Dentalhygieniker/in (DH) ausgeführt werden?	Ja, auch dann werden die Kosten im Rahmen des gewählten Tarifs erstattet.	
Was sind Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums?	Häufige Erkrankungen der Mundschleimhäute sind Entzündungen und Geschwüre (Aphthen). Erkrankungen des Parodontiums, d. h. des Zahnhalteapparates (hierzu gehört u. a. das Zahnfleisch, das Zahnfach oder die Wurzelhaut), sind z. B. Zahnbettschwund oder Entzündungen. Zahnbettentzündungen sind weit verbreitet. Ihre Behandlung kostet bis zu 1.500 €. Die gesetzliche Krankenversicherung bezahlt sie i. d. R. nur für sehr schwer erkrankte Zähne.	

		Wo in den AVB-KK 2011 oder in den Tarifbedingungen zu finden?
Was sind Schienen und Aufbissbehelfe?	Schienen oder Aufbissbehelfe werden u. a. bei Über- oder Fehlbelastungen der Zähne eingesetzt. Hierdurch soll z. B. Substanzverlust an den Zähnen durch mechanischen Abrieb verhindert werden. Ein weiteres Einsatzgebiet ist die Behandlung eines Fehlbisses. Die Kosten für eine einfache Aufbissschiene übernimmt i. d. R. die gesetzliche Krankenversicherung. Muss die Schiene allerdings individuell angepasst werden, entstehen zusätzliche Kosten, weil die dafür notwendigen Kieferuntersuchungen von der gesetzlichen Krankenversicherung üblicherweise nicht übernommen werden. Diese Kosten sind durch smile! versichert.	
Erläuterungen zur kieferorthopädischen Behandlung (Ziffer 2.3 der Tarifbedingungen)		
Was versteht man unter einer kieferorthopädischen Behandlung?	Hauptsächlich in jungen Jahren wird eine kieferorthopädische Behandlung erforderlich, um Zahn- oder Kieferfehlstellungen zu korrigieren. Rund 50 % bis 60 % aller Kinder und Jugendlichen müssen entsprechend behandelt werden. Das bekannteste Beispiel hierfür ist die Spange. Die Behandlung kann sich über Jahre hinziehen. Je nach Schweregrad der Fehlstellung erfolgt die Einstufung in eine von fünf sogenannten kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG). Die Gruppen 1 und 2 umfassen leichte und geringe Fehlstellungen, die Gruppen 3 bis 5 ausgeprägte, stark ausgeprägte und extrem ausgeprägte Fehlstellungen. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt Kosten ab der Gruppe 3. Die Zahnzusatzversicherung smile! zahlt bei Einstufung in die Indikationsgruppen 3 bis 5 unabhängig von den tatsächlichen Kosten eine Einmalleistung in vereinbarter Höhe, sofern die versicherte Person der Beitragsgruppe der 0-21jährigen angehört.	
Erläuterungen zum Zahnersatz (Ziffer 2.2 der Tarifbedingungen)		
Was versteht man unter Regelversorgung und Festzuschuss?	Die Regelversorgung stellt eine Grundversorgung dar und orientiert sich an der medizinisch notwendigen Versorgung mit einem funktionell ausreichenden, zweckmäßigen und kostengünstigen Zahnersatz. Für diese kostengünstige standardisierte Versorgung wurden befundbezogene Festbeträge festgelegt. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt hiervon ca. 50 % als sogenannten Festzuschuss. Den Restbetrag hat der Patient zu tragen. Wer mehr will als die Leistungen der Regelversorgung, muss noch tiefer in die Tasche greifen.	
Welche Bedeutung hat das Bonusheft?	Wird regelmäßige Vorsorge betrieben, erhöht sich der Festzuschuss von ca. 50 % nach 5 Jahren auf ca. 60 % und nach 10 Jahren auf ca. 65 %. Voraussetzung ist, dass Erwachsene einmal jährlich und Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre zweimal jährlich zur Vorsorgeuntersuchung gehen.	
Was sind Inlays (Einlagefüllungen)?	Im Vergleich zur plastischen Zahnfüllung, bei der die Füllung zum Verschluss eines Loches direkt in den Zahn eingearbeitet wird, werden Inlays (Einlagefüllungen) zunächst im zahntechnischen Labor in fester Form hergestellt und später passgenau in den Zahn eingeklebt oder einzementiert. Üblicherweise ist das Inlay komplett von Zahnsubstanz umgeben. Ein Inlay kostet leicht bis zu 700 €. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt i. d. R. nur die Kosten einer Amalgamfüllung von ca. 30 € bis 50 €.	

FAQ
Stuttgarter Zahnzusatzversicherung
smile! für gesetzlich Krankenversicherte
AVB-KK 2011/Tarifbedingungen – Fassung 01.01.2013

Zukunft machen wir aus Tradition.
Die Stuttgarter
Der Vorsorgeversicherer

Stand 03.01.2013

		Wo in den AVB-KK 2011 oder in den Tarifbedingungen zu finden?
Was sind Zahnkronen oder Zahnteilkronen?	Die natürliche Zahnkrone ist der Teil des Zahnes, der aus dem Zahnfleisch herausragt. Eine künstliche Zahnkrone ist eine Art Deckel, der auf einem Restteil eines noch vorhandenen Zahnes aufgebracht wird. Durch die künstliche Zahnkrone wird der Zahn als Ganzes in seiner Masse und Substanz wieder aufgebaut. Im Gegensatz zur künstlichen Zahnkrone ummantelt die künstliche Zahnteilkrone nicht den kompletten Zahn, sondern nur den betroffenen Teil. Diese Technik findet oft Anwendung, wenn nur der nicht sichtbare Teil, also der innere bzw. hintere Teil des Zahnes, beschädigt ist. Materialien sind z. B. Gold, Titan, Keramik. Je nach Art der gewählten Krone sind Zuzahlungen zum Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung von ca. 90 € bis zu 430 € je Zahn möglich.	
Was sind Onlays?	Ein Onlay ist vergleichbar mit einem Inlay, allerdings ragen hier ein oder mehrere Teile der Einlagefüllung auch über den Zahnrand hinaus.	
Was sind Zahnbrücken?	Zahnbrücken werden zum Schließen von Zahnlücken eingesetzt. Es handelt sich um einen festsitzenden Zahnersatz, der an natürlichen Zähnen (als Anker oder Pfeiler) befestigt wird. Zahnbrücken besitzen in den meisten Fällen ein Metallgerüst, welches mit Keramik verblendet wird. Es gibt aber auch Vollkeramikbrücken. Die Zuzahlung zum Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung kann zwischen ca. 400 € bis 700 € oder höher liegen.	
Was sind Stiftzähne?	Mit einem Stiftzahn wird ein tief zerstörter Zahn wiederhergestellt. Hierzu wird ein Stiftaufbau erstellt (Wurzelstift), der im Wurzelkanal verankert wird. Anschließend wird eine Zahnkrone auf diesen Stift aufgebracht. Früher bestanden Krone und Stift oftmals aus einem Stück, was aber zu Problemen bei Sitz und Passung führen konnte. Bei Stiftzähnen liegen die Zuzahlungen zum Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich von ca. 450 bis 650 €.	
Was sind Zahnprothesen?	Hier unterscheidet man zwischen Voll- und Teilprothese. Eine Vollprothese wird erforderlich, wenn die gesamte Zahnsubstanz des Ober- und/oder Unterkiefers verloren gegangen ist. Sie ist üblicherweise herausnehmbar und stellt die umfassendste Form des Zahnersatzes dar. Eine Teilprothese schließt größere Lücken zwischen den Zähnen, wenn eine Zahnbrücke nicht mehr eingesetzt werden kann. Die Teilprothese wird an den restlichen Zähnen verankert. Die Zuzahlungen zum Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung liegen meist im Bereich von ca. 125 € bis 300 € oder auch höher.	
Was sind Implantate und auf Implantaten sitzender Zahnersatz?	Zahnimplantate sind künstliche Zahnwurzeln und werden bei fehlenden Zähnen in den Kieferknochen (meist verschraubt) eingesetzt. Auf dem Implantat wird dann der Zahnersatz wie z. B. Teilprothesen, Brücken oder Kronen befestigt. Das Implantat besteht meist aus Titan, ist gut verträglich und langlebig. Der hohe Eigenanteil, der je Implantat weit über 1.000 € liegen kann, macht sie jedoch sehr teuer.	

FAQ
Stuttgarter Zahnzusatzversicherung
smile! für gesetzlich Krankenversicherte
AVB-KK 2011/Tarifbedingungen – Fassung 01.01.2013

Zukunft machen wir aus Tradition.

Die Stuttgarter
Der Vorsorgeversicherer

Stand 03.01.2013

		Wo in den AVB-KK 2011 oder in den Tarifbedingungen zu finden?
Werden die Kosten eines Knochenaufbaus und für das Auffüllen der Mundhöhle mit Knochenersatzmaterial erstattet?	Oftmals ist ein Knochenaufbau und das Auffüllen der Mundhöhle mit Knochenersatzmaterial zur Vorbereitung des Implantats erforderlich. Diese Kosten übernimmt die Stuttgarter im Rahmen des Zahnersatz-Versicherungsschutzes.	
Was ist ein Lückenschluss?	Wenn der Kiefer zu eng ist, werden oftmals Zähne gezogen. Die so entstandene Lücke wird im Anschluss durch kieferorthopädische Maßnahmen, nachwachsende Zähne und/oder einer Kombination von beidem durch Einwandern eines Zahnes in die Lücke geschlossen. Als Ergebnis entsteht der vollständige Lückenschluss. Wenn ein vollständiger Lückenschluss erzielt wurde, gilt die geschlossene Lücke nicht als fehlender Zahn.	
Sind Keramikverblendungen für alle Zähne erstattungsfähig?	Ja, sofern eine medizinische Notwendigkeit hierfür besteht. Die Kosten werden für Verblendungen übernommen, die in der Regelversorgung enthalten sind.	
Nach welchen Preis-Leistungs-verzeichnissen werden die zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien abgerechnet?	Wir übernehmen die Kosten nach dem Preis-Leistungsverzeichnis für Privatleistungen (BEB).	
Nicht angelegte Zähne	Mit „nicht angelegte Zähne“ bezeichnet man von Natur aus fehlende Zähne. Oftmals ist es so, dass zwar der betreffende Milchzahn vorhanden ist, aber kein bleibender Zahn nachwächst. Versicherungsschutz für nicht angelegte Zähne besteht nicht, auch nicht wenn der Versicherte von der Nichtanlage keine Kenntnis hatte. Es werden bei Bedarf Kosten für den Milchzahn (z. B. Kunststofffüllung) übernommen, nicht aber Kosten für Zahnersatz, z. B. wenn der Milchzahn ausfällt.	
Hat die Stuttgarter eine eigene Preisliste?	Nein.	

Bei den o. g. Erläuterungen handelt es sich um vereinfachte Darstellungen.