

Analyse Krankenversicherung



Vorschlag für

Dieser Vorschlag wurde Ihnen überreicht durch:

KV Werk GmbH

Analyse Krankenversicherung

Angaben zur Person

Vorname:
Nachname:
Geburtsdatum: 01.01.1981
Geschlecht: Frau
Berufsgruppe: Arbeitnehmer/in
Status: Versicherungsnehmer

Berechnungsvorgaben

Versicherungsbeginn: 01.11.2021
Tarifgebiet: West
Tarifarten: Zahn

Vorgeschlagene Tarife

Anhand Ihrer Vorgaben habe ich folgende Tarife aus über 35 privaten Krankenversicherungsanbietern für Sie ermittelt. Auf den folgenden Seiten werden die Tarife näher erläutert.

Versicherer	Tarif/e	Monatsbeitrag
Süddeutsche SDK	Zahn 100	29,28 €
Barmenia	Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	31,50 €
Bayerische	ZAHN Prestige	32,60 €
Münchener Verein	ZahnGesund 100	37,90 €
Continental	CEZE	39,26 €
DKV	KDBP KDTP100	52,21 €

Wenn Sie Fragen zu den vorgeschlagenen Produkten haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Analyse Krankenversicherung

Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge

Anhand Ihrer Angaben und Wünsche habe ich folgende Tarife für Sie ermittelt. Bitte beachten Sie auch die jeweiligen Versicherungsbedingungen.

Süddeutsche SDK		Barmenia		Bayerische		Münchener Verein		Continentale		DKV	
Zahn 100	29,28 €	Mehr Zahn 100	22,50 €	ZAHN Prestige	32,60 €	ZahnGesund 100	37,90 €	CEZE	39,26 €	KDBP	16,00 €
<p>Tarif Zahn 100 (ZP1) - Zahn-ZV für GKV-Versicherte (oder FHF):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahnersatz (inkl. Implantate): 100% inkl. GKV* - Zahnbehandlung (inkl. Inlays, Aufbissbehelfe, Parodontose-/ Wurzelbehandlung): 100% inkl. GKV* - KFO bis Alter 17: 100% inkl. GKV*, bis max. 3.000,- während gesamter Vertragslaufzeit - unfallbedingte KFO (altersunabhängig): 100% (inkl. ggf. anderem Kostenträger) - Zahnprophylaxe (inkl. PZR): 100%, bis max. 200,- p. a. - besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung: 100%, bis max. 200,- p. a. * 35% fiktive Vorleistung bei Wahl eines Nicht-Kassenarztes <p>Optionsrecht auf Wechsel in (neuen) Tarif mit nächsthöherer Erstattungsstufe</p> <p>Tarif ohne Alterungsrückstellungen planmäßige Beitragserhöhung mit Erreichen der nächsthöheren Altersstufe bei Alter 20, 30, 40, 50, 60, 70 (jeweils ab dem auf den jeweiligen Geburtstag folgenden Kj.)</p> <p>AVB KV ZV: Teil I (Allgemeiner Teil)_1.751/06.21 + Teil II (Tarife ZP5, ZP7, ZP9, ZP1 der Zahn-ZV)_1.752a/06.20</p> <p>Tarifstand: 01.06.2020</p>		<p>Zahnzusatztarif "Mehr Zahn 100 (ZAHN1H)" für GKV-Versicherte (oder Personen mit Anspruch auf FHF)</p> <p>Zahnersatz (inkl. Inlays, Implantate): 100% inkl. Vorleistung GKV/anderer Kostenträger (ohne Inanspruchnahme zustehender GKV-Leistungen werden 20% des RB als fiktive Vorleistung von der Tarifleistung abgezogen)</p> <p>Tarif ohne Alterungsrückstellungen planmäßige Beitragserhöhung mit Erreichen der nächsthöheren Altersgruppe bei Alter 21, 31, 41, 51, 61 (jeweils zum darauffolgenden Monat)</p> <p>AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0919 DT, Stand 01.02.2019 Teil III (Tarif Mehr Zahn 100)_K 5125 1219 DT, Stand 01.12.2019</p> <p>Tarifstand: 03.02.2020</p>		<p>Zahnzusatzversicherung für GKV-Versicherte (oder Personen mit Anspruch auf FHF):</p> <p>100% inkl. (evtl.) Vorleistung GKV*/ anderer Leistungsträger* für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahnersatz (inkl. Inlays, Implantate) - konserv. + parodont. Lstg., Kompositfüllungen, chirurg. Maßnahmen, Aufbissbehelfe/Schienen - besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung, bis 200 EUR p. a. - Prophylaxe (inkl. PZR), bis 200 EUR p. a. * bei Nicht-Inanspruchnahme zustehender Lstg. werden pauschal 40% des RB als Vorleistung angerechnet - KFO: 100% bis 1.500 EUR bzw. 80% bis 2.000 EUR (bei bzw. ohne Leistungspflicht der GKV) während gesamter Vertragslaufzeit <p>Tarif ohne Alterungsrückstellungen Altersgruppen: 0-15, 16-20, 21-30, 31-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-65, 66-70, 71-75, 76-80, 81-85, ab 86 (Beitragsgruppenwechsel frühestens im 3. Versicherungsjahr)</p> <p>AVB_B 261000 (01.20), TB_B 261003 (01.20) - Stand 01.03.2020</p> <p>Tarifstand: 01.03.2020</p>		<p>Zahnzusatztarif ZahnGesund 100 (579) für GKV-Versicherte (oder Personen mit Anspruch auf FHF):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zahnersatz (inkl. Inlays, Implantate): 100% inkl. GKV* - Kunststofffüllungen, Wurzel-/ Parodontosebehandlungen, Aufbissbehelfe/Schienen: 100% inkl. (evtl.) GKV - schmerzlindernde Maßnahmen: bis 300 EUR p. a. - Zahnprophylaxe (inkl. PZR): 2x p. a., bis jeweils 100 EUR - zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching): 200 EUR alle 2 Jahre - KFO: 100% bis 5.000 EUR während gesamter Vertragsdauer inkl. GKV* (ab Alter 19 (bei Behandlungsbeginn): 2.500 EUR) * 35% fiktive Vorleistung <p>Tarif ohne Alterungsrückstellungen planmäßige Beitragserhöhung zum 1.1. des auf Vollendung des 5., 15., 25., 30., 35., 45., 50., 55., 60. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres</p> <p>AVB (KV Zusatz ohne Rückstellungsbildung_1 00 30 03/01 (06/2019) / TB (Tarifstufe 579)_1 00 44 94/00 (09/2020)</p> <p>Tarifstand: 08.09.2020</p>		<p>Zahnzusatzversicherung für GKV-Versicherte:</p> <ul style="list-style-type: none"> 100% inkl. evtl. GKV-Vorleistung: - Zahnersatz im Rahmen Regelversorgung - Zahnersatz (inkl. Inlays/Onlays), Implantate; ohne Vorleistung fiktiver Abzug von 30% - Zahnbehandlung (Wurzel-, Parodontosebehandlung, plastische Füllungen, Aufbissbehelfe/Schienen) - Zahnprophylaxe/PZR, zahnaufhellende Maßnahmen: bis 250 EUR p. a. - schmerzlindernde Maßnahmen: bis 250 EUR p. a. <p>Teil I (MB/KK 2009)_Stand: 1.1.2020_7e.2105/12.19 Teil II (Tarif mit TB)_Stand 01.10.2021_7e.110120/09.21</p> <p>Tarifstand: 01.10.2021</p>		<p>Zahnzusatzversicherung für GKV-Versicherte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bleaching: 1 Behandlung innerhalb von 2 Jahren, bis 300 EUR (ab Alter 18) - KFO, bis Alter 17 (bei Behandlungsbeginn): 100% inkl. evtl. GKV-Vorleistung, max. 3.000 EUR je Versicherungsfall - unfallbedingte KFO, ab Alter 18 (bei Behandlungsbeginn): 100% inkl. evtl. GKV-Vorleistung sowie 100% der Aufwendungen, für die keine GKV-Leistungspflicht besteht, für: - Prophylaxe, Fissurenversiegelung, Zahnsteinentfernung, Prothesenreinigung (bis 300 EUR p.a.) - Wurzel- und parodontologische Behandlung <p>Tarif ohne Alterungsrückstellungen planmäßige Beitragserhöhung bei Vollendung des 19. Lebensjahres (zum 1.1. des darauffolgenden Kalenderjahres)</p> <p>AVB_50075515 B 572 (10.19) BDK30520</p> <p>Tarifstand: 01.10.2019</p>	

Analyse Krankenversicherung




Tarifkurzbeschreibungen und Beiträge




















Süddeutsche SDK	Barmenia	Bayerische	Münchener Verein	Continentrale	DKV
	<p>Mehr Zahnvorsorge Bonus 9,00 €</p> <p>Zahnzusatztarif "Mehr Zahnvorsorge Bonus (ZAHNVB)" für GKV-Versicherte (oder Personen mit Anspruch auf FHF)</p> <p>100% Erstattung inkl. evtl. GKV-Vorleistung für:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PZR/Prothesenreinigung - zahnmedizinische Prophylaxe - Zahnaufhellung (z. B. Bleaching), max. 200 EUR alle 2 Jahre - Kunststofffüllungen - Wurzel- und Parodontosebehandlungen - Aufbisschienen - schmerzlindernde Maßnahmen - KFO, max. 2.000 EUR während gesamter Vertragslaufzeit (bis Alter 20 (unfallbedingt ohne Altersbegrenzung)) <p>Tarif ohne Alterungsrückstellungen (planmäßige Beitragserhöhung ab Alter 21 (zum darauffolgenden Monat))</p> <p>nur mit Zahnersatztarif der Barmenia abschließ-/versicherbar</p> <p>AVB, Teil I (MB/KK 09), Teil II (TB/KK 13)_K 4601 0919 DT, Stand 01.02.2019 Teil III (Tarif Mehr Zahnvorsorge Bonus)_K 5127 1219 DT, Stand 01.12.2019</p> <p>Tarifstand: 03.02.2020</p>				<p>KDTP100 36,21 €</p> <p>Zahnzusatzversicherung für GKV-Versicherte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Füllungstherapien, Zahnersatz, Implantate, Aufbissbehelfe/Schienen: 100% inkl. GKV (ohne: 70%) - Narkosen, Akupunktur, Hypnose zur Schmerzausschaltung bzw. Schmerztherapie: 70%, maximal 300 EUR p. a. <p>Tarif ohne Alterungsrückstellungen</p> <p>Tarifstand: 01.10.2015</p>
Gesamtbeitrag mtl.:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €
					52,21 €

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

Erläuterung zur Darstellung:

-  Kriterium erfüllt
-  Dieser Leistungspunkt wurde gewünscht, jedoch bedingungsgemäß nicht erfüllt
-  Hier existiert ein wichtiger Hinweis. Bitte beachten Sie die ausführliche Leistungsbeschreibung.

	Kundenwunsch	Süddeutsche SDK	Barmenia	Bayerische	Münchener Verein	Continentale	DKV
		Zahn 100	Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	ZAHN Prestige	ZahnGesund 100	CEZE	KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:		29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Leistungsbeispiele € (Eigenanteil ohne GKV-Bonus etc.) - ab 10.2020							
- Bsp. 1: Krone einfach/ Regelversorgung 260 € - Erstatt. Eigenanteil (104 €):		104,00 €	104,00 €	104,00 €	104,00 €	104,00 €	104,00 €
- Bsp. 2: Krone hochwertig 540 € - Erstatt. Eigenanteil (384 €):		384,00 €	384,00 €	384,00 €	384,00 €	384,00 €	384,00 €
- Bsp. 3: Inlay 600 € - Erstatt. Eigenanteil (555 €):		555,00 €	555,00 €	555,00 €	555,00 €	555,00 €	555,00 €
- Bsp. 4: Implantat + Zahnersatz 3.300 € - Erstatt. Eigenanteil (2.916 €):		2.916,00 €	2.916,00 €	2.916,00 €	2.916,00 €	2.916,00 €	2.916,00 €
Erstattungsgrundlage (RB-RK-FZ)							
- Rechnungsbetrag							
- Restkosten							
- Festzuschuss der GKV							
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)							
- keine Anrechnung von GKV-Leistungen							
Zahnersatz ... %							
Zahnersatz ... %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erhöhung durch "GKV- Bonusheft" auf max. ... %							
- im Rahmen GKV- Regelversorgung ... %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)							
- Keramikverblendungen bis Zahn ...		6	8	8	8	0 	8
						Hinweis: Aus den Bedingungen geht hervor, dass Verblendungen (z. B. Keramik- und Kunststoffverblendun- gen) erstattet werden, aber nicht bis zu welchem Zahn.	
Inlays							
Inlays							
- Inlays mind. ... %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Süddeutsche SDK	Barmenia	Bayerische	Münchener Verein	Continentale	DKV
		Zahn 100	Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	ZAHN Prestige	ZahnGesund 100	CEZE	KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:		29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Inlays max. Erstattung ... € p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
- max. Erstattung pro Inlay ... €		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
Implantate							
Implantate							
- Implantate mind. ... %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Implantate max. Erstattung ... € p.a.		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
- Anzahl Implantate		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
- max. Erstattung pro Implantat ... €		unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt
- Augmentative Leistungen (Knochenaufbau)							
Erstattungsgrenzen € (in den ersten Jahren)							
- max. mögl. Erstattung im 1. Jahr ... €		1.000,00 €	1.500,00 €	1.250,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	600,00 €
			Hinweis: Bestand in den letzten 6 Monaten vor Abschluss dieses Vertrages eine Zahnersatzversiche- rung bei einem anderen Versicherer, gelten folgende Leistungsbegrenzung- en: - 1.500 EUR im 1. Kalenderjahr - 3.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren. Art, Umfang und Dauer der bisherigen Zahnersatzversiche- rung spielen keine Rolle. Bei 2 oder 3 fehlenden Zähnen begrenztere Zahnstaffel (auch bei Vorversicherung), s. Leistungsfrage "Annahme soll möglich sein bis ... fehlende Zähne"	Hinweis: Zahnstaffel bei 2 oder 3 fehlenden Zähnen: 300 EUR im 1. Kj., 600 EUR in den ersten 2 Kj., 900 EUR in den ersten 3 Kj, 1.200 EUR in den ersten 4 Kj.		Hinweis: Bei unmittelbarer Vorversicherung bei einer anderen PKV von mind. 3 vollen Kalenderjahren - mit einem Erstattungssatz von mind. 80% inkl. GKV (oder eines anderen vorleistungspflichtige n Erstattungsverpflichte- ten) für privatzahnärztlichen Zahnersatz (Nachweis erforderlich) - gelten folgende Erstattungshöchstbetr- äge: - 1.500 EUR im 1. Kalenderjahr - 3.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren	
- max. mögl. Erstattung bis Ende 2. Jahr ... €		2.000,00 €	3.000,00 €	2.500,00 €	3.000,00 €	3.000,00 €	1.200,00 €

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Süddeutsche SDK	Barmenia	Bayerische	Münchener Verein	Continentale	DKV
		Zahn 100	Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	ZAHN Prestige	ZahnGesund 100	CEZE	KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:		29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Summenbegrenzung endet nach ... Jahren		4	4	4	4	4	3
				Hinweis: Aktion bis 31.12.2021 (mit Option auf Verlängerung bzw. dauerhafte Umsetzung) - gültig fürs Neugeschäft (Anträge mit Antragsstellung und Versicherungsbeginn ab 12.2020 oder später): Wegfall der Begrenzung ab dem 3. KJ., sofern in den letzten 6 Monaten vor Vertragsabschluss vor eine Zahnersatzversicherung bei einer anderen PKV bestand. Bedingungen werden (noch) nicht angepasst; die geänderte Regelung ist auf den Antragsdokumenten vermerkt / der Kunde erhält wenn die Bestätigung auf seinem Versicherungsschein als Nachweis angedruckt.	Hinweis: bei nahtlosem Übergang einer Zusatzversicherung bei einer anderen PKV mit einer ununterbrochenen Mindestdauer von 12 Monaten und einem Erstattungssatz von mind. 90% inkl. GKV-Vorleistung für privat Zahnärztliche Zahnersatzmaßnahmen: kürzere Zahnstaffel (bis hin zum Wegfall) - in Abhängigkeit von der dortigen Laufzeit/ Vorversicherungszeit. Mit dem 1. Leistungsantrag für Zahnersatz muss die Vorversicherungszeit und die Höhe des dortigen Erstattungsanspruchs nachgewiesen werden. Die versicherte Person wird dann so gestellt, als habe sie die nachgewiesenen Versicherungsjahre bereits durchlaufen.		
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)							
Funktionsanalytik und -therapie							
Zahnbehandlung/Prophylaxe							
- Kunststofffüllungen ... %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Wurzelbehandlung ... % ohne GKV-Vorleistung		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
				Hinweis: Werden zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, werden pauschal 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung angerechnet.			
- Wurzelbehandlung ... % mit GKV-Vorleistung		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Süddeutsche SDK	Barmenia	Bayerische	Münchener Verein	Continentale	DKV
		Zahn 100	Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	ZAHN Prestige	ZahnGesund 100	CEZE	KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:		29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Parodontologische Behandlung ... % ohne GKV-Vorleistung		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
				Hinweis: Werden zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, werden pauschal 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung angerechnet.			
- Parodontologische Behandlung ... % mit GKV- Vorleistung		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
prof. Zahnreinigung ... € (p. a.)		200,00 €	unbegrenzt	200,00 €	200,00 €	250,00 €	300,00 €
						Hinweis: einschl. zahnaufhellender Maßnahmen	
- Bleaching ... € (p. a.)			100,00 €		100,00 €	250,00 €	150,00 €
						Hinweis: einschl. Zahnprophylaxe/PZR, Fissurenversiegelung	
- Fissurenversiegelung							
- weitere als die o.g. Bereiche versichert?							
Weitere Kriterien							
- Wartezeiten Verzicht Prophylaxe							
							Hinweis: Auch keine Wartezeiten für Fissurenversiegelung, Zahnsteinentfernung und Prothesenreinigung.
Zahn							
Kieferorthopädie							
Kieferorthopädie							
- Keine pauschale Höchsterstattung z.B. pro Jahr/Kiefer/ Versicherungsfall							
		Hinweis: Keine pauschale Höchsterstattung für unfallbedingte kieferorthopädische Maßnahmen (bei Kindern und Erwachsenen).					Hinweis: Keine pauschale Höchsterstattung für Erwachsenen- Kieferorthopädie nach einem Unfall.

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Süddeutsche SDK	Barmenia	Bayerische	Münchener Verein	Continentale	DKV
		Zahn 100	Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	ZAHN Prestige	ZahnGesund 100	CEZE	KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:		29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Erstattung wenn GKV nicht leistet (KIG 1,2) ... %		100 %	100 %	80 %	65 % ⚠️		100 %
					Hinweis: Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wobei pauschal 35% der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV in Abzug gebracht werden.		
- Erstattung wenn GKV nicht leistet (KIG 1,2) ... €		3.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	3.250,00 € ⚠️		3.000,00 €
					Hinweis: Erstattet werden max. 5.000 EUR (ab Alter 19: 2.500 EUR) während der gesamten Vertragslaufzeit abzgl. einer pauschalen GKV-Vorleistung von 35%.		
- Erstattung wenn GKV leistet (KIG 3-5) ... %		100 %	100 %	100 %	100 %		100 %
- Erstattung wenn GKV leistet (KIG 3-5) ... €		3.000,00 €	2.000,00 €	1.500,00 €	5.000,00 € ⚠️		3.000,00 €
					Hinweis: Erstattet werden max. 5.000 EUR (ab Alter 19: 2.500 EUR) während der gesamten Vertragslaufzeit abzgl. Leistungen der GKV.		
- Mehrkosten (z.B. transparente Brackets...) in Bedingungen aufgeführt		✔️	✔️	✔️			✔️
- Mehrkosten spezifiziert/detailliert aufgelistet		✔️	✔️	✔️			
- Funktionsanalyse Kieferorthopädie		✔️ ⚠️	✔️	✔️	✔️		✔️
		Hinweis: Funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen sind wenn im Rahmen der Mehrkostenvereinbarung erstattungsfähig.					

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Süddeutsche SDK	Barmenia	Bayerische	Münchener Verein	Continentale	DKV
		Zahn 100	Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	ZAHN Prestige	ZahnGesund 100	CEZE	KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:		29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Mögliche Erstattung im 1. bis einschl. 2. Jahr ... €		2.000,00 €	300,00 €	1.500,00 €	3.000,00 €		3.000,00 €
				Hinweis: Der Erstattungsbetrag ist über die gesamte Vertragslaufzeit auf max. 1.500 EUR (mit GKV) bzw. 2.000 EUR (ohne GKV) begrenzt. Zahnstaffel bei 2 oder 3 fehlenden Zähnen: 300 EUR im 1. Kj., 600 EUR in den ersten 2 Kj., 900 EUR in den ersten 3 Kj, 1.200 EUR in den ersten 4 Kj.	Hinweis: Der Erstattungsbetrag ist über die gesamte Vertragslaufzeit auf max. 5.000 EUR begrenzt (ab Alter 19: 2.500 EUR).		Hinweis: Die Erstattung ist je Versicherungsfall auf 3.000 EUR begrenzt.
- Kfo-Behandler ohne GKV-Kassenzulassung							
- Leistungsanspruch bis Alter xx (bei Behandlungsbeginn)		17	20	unbegrenzt	unbegrenzt		17
		Hinweis: Ab Alter 18 (bei Behandlungsbeginn): 100% Erstattung unter Anrechnung evtl. Leistungen eines anderen Kostenträgers, sofern die Behandlungen wegen eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls notwendig werden.	Hinweis: Keine Altersbegrenzung für Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.				Hinweis: Beginnt die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres, werden Aufwendungen nur erstattet (zu 100%), wenn sie auf einen Unfall zurückzuführen sind.
Gebührenordnung							
- GOZ mind. bis Höchstsatz (3,5)							
- GOZ Erstattung über Höchstsatz (> 3,5 fach)							
Weitere Kriterien							
- Behandler ohne GKV-Kassenzulassung							

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:		29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Vorleistung GKV nicht erforderlich		 Hinweis: Wird ein Behandler ohne Kassenzulassung gewählt, werden pauschal 35% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als fiktive Vorleistung angerechnet.	 Hinweis: Wurden zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, werden 20% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als GKV-Vorleistung von den tariflichen Leistungen abgezogen.	 Hinweis: Werden zustehende Leistungen der GKV/ anderer Leistungsträger nicht in Anspruch genommen (z. B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung), werden pauschal 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung angerechnet (gilt auch für Behandlungen im Ausland, wenn keine Vorleistung erbracht wird).	 Hinweis: Erbringt die GKV für den einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung zugrunde liegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35% der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV.	 Hinweis: Erbringt die GKV für Zahnersatz außerhalb der Regelversorgung, orale Implantate und augmentative Behandlung keine Leistung, werden 30% der erstattungsfähigen Kosten als fiktive GKV-Vorleistung abgezogen.	 Hinweis: Lehnt die GKV ihre Pflichtleistung ab (z. B., wenn ein Privatzahnarzt aufgesucht wird - die Ablehnung der GKV muss dann nachgewiesen werden), werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 70% erstattet.
- Keine Begrenzung auf das GKV-Niveau							
- Keine Begrenzung auf Preis-/Lstg.verzeichnis, ortsübl./angemessene Preise o.ä.							
- Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn nicht vorgeschrieben							
- Ausland: Leistung bei gezielter Behandlung EU / EWR		 Hinweis: Leistet die GKV/ein sonstiger Kostenträger für Behandlungen im Ausland nachweislich nicht vor, werden pauschal 35% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung angerechnet.					
- Schmerztherapie (Hypnose, Akupunktur)							
- Behandlung unter Vollnarkose							
- Laserbehandlung (Karies/ Wurzel/Parodontose)							
- Aufbissbehelfe und – schienen							

Leistungsvergleich Zahn

	Kundenwunsch	Süddeutsche SDK	Barmenia	Bayerische	Münchener Verein	Continentale	DKV
		Zahn 100	Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	ZAHN Prestige	ZahnGesund 100	CEZE	KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:		29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Wartezeiten Verzicht		✓	✓	✓	✓	✓	⚠ Hinweis: Die Wartezeit beträgt für nicht unfallbedingte Aufwendungen 6 Monate; sie kann ggf. aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung erlassen werden.
- Annahme soll möglich sein bis ... fehlende Zähne		3	3	3 ⚠ Hinweis: Für vor Vertragsabschluss bereits bekannte, medizinisch angeratene oder begonnene Heilbehandlungsmaßnahmen besteht kein Versicherungsschutz. Keine Annahme möglich, wenn bei Vertragsabschluss eine herausnehmbare Teil- oder Vollprothese getragen wird und/oder innerhalb der letzten 3 Jahre eine Parodontose und/oder Parodontitis und/oder ein Zahnschmelzdefekt bestanden hat oder besteht.	3 ⚠ Hinweis: Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlung, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, besteht kein Versicherungsschutz.	4	32 ⚠ Hinweis: KDTP100: Kein Vertragsabschluss möglich für bei Antragsstellung bereits laufende, angeratene oder beabsichtigte zahnärztlichen Maßnahmen. KDBP: Kein Versicherungsschutz für bei Antragsstellung bereits laufende, angeratene Behandlungen.
- Alterungsrückstellungen (Tarifbereich Zahn)						✓	
- Verzicht ordentliches Kündigungsrecht (Tarifbereich Zahn)	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
- Mindestvertragsdauer		1	1	2	2	2	2
Zahn							
- sonstiges		✓	✓	✓	✓	✓	✓

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Leistungsbeispiele € (Eigenanteil ohne GKV-Bonus etc.) - ab 10.2020						
Bsp. 1: einfache "Kassen"-Krone: 260 € (Eigenanteil nach GKV: 104 €)	✔ Die Erstattung beträgt 104 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 104 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 104 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 104 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 104 EUR.	✔ KDBP: Zahnersatz ist nicht erstattungsfähig. KDTP100: Die Erstattung beträgt 104 EUR.
Bsp. 2: hochwertige Krone: 540 € (Eigenanteil nach GKV: 384 €)	✔ Die Erstattung beträgt 384 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 384 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 384 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 384 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 384 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 384 EUR.
Bsp. 3: Inlay: 600 € (Eigenanteil: 555 €)	✔ Die Erstattung beträgt 555 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 555 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 555 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 555 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 555 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 555 EUR.
Bsp. 4: Implantat + Zahnersatz: 3.300 € (Eigenanteil: 2.916 €)	✔ Die Erstattung beträgt 2.916 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 2.916 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 2.916 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 2.916 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 2.916 EUR.	✔ Die Erstattung beträgt 2.916 EUR.
Erstattungsgrundlage (RB-RK-FZ)						
Erstattungsgrundlage = Rechnungsbetrag?	✔ Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.	✔ ZAHNVB, ZAHNH: Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.	✔ Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.	✔ Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.	✔ Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.	✔ Ja. Erstattungsgrundlage ist der erstattungsfähige Rechnungsbetrag.
Erstattungsgrundlage = Restkosten?						
Erstattungsgrundlage = Festzuschuss der GKV?						
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)						
Keine Anrechnung von GKV-Leistungen auf die Tarifleistung	Nein, die nachstehenden Erstattungssätze gelten einschl. der Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).	Nein, die nachstehenden Erstattungssätze gelten einschl. der Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)/anderer Leistungsträger.	Nein, die nachstehenden Erstattungssätze gelten einschl. der Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)/anderer Leistungsträger.	Nein, die nachstehenden Erstattungssätze gelten einschl. der Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung/GKV (bzw. der Freien Heilfürsorge oder truppenärztlichen Versorgung).	Nein, die nachstehenden Erstattungssätze gelten einschl. der Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).	Nein, die nachstehenden Erstattungssätze gelten einschl. der Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
Zahnersatz ... %						
Zahnersatz (Erstattung vom Rechnungsbetrag bei Vertragsbeginn, ohne GKV-Bonus) in %:	✔ Zahnersatz wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 71% des Rechnungsbetrages.	✔ Zahnersatz wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 71% des Rechnungsbetrages.	✔ Zahnersatz wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 71% des Rechnungsbetrages.	✔ Zahnersatz wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 71% des Rechnungsbetrages.	✔ Zahnersatz wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 71% des Rechnungsbetrages.	✔ Zahnersatz wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 2 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 71% des Rechnungsbetrages.
Zahnersatz - mit max. GKV-Bonus Erhöhung auf %:	Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht.	Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht.	Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht.	Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht.	Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht.	Die Erstattungssätze erhöhen sich durch das "GKV-Bonusheft" nicht.
Zahnersatz GKV-Regelversorgung (z.B. einfache "Kassen"-Krone Metallausführung) Erstattung vom Rechnungsbetrag in %:	✔ Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 40% des Rechnungsbetrages.	✔ Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 40% des Rechnungsbetrages.	✔ Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 40% des Rechnungsbetrages.	✔ Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 40% des Rechnungsbetrages.	✔ Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 40% des Rechnungsbetrages.	✔ Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung wird zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 1 gerechnet erstattet der Versicherer 40% des Rechnungsbetrages.
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)						
Sind Keramikverblendungen bedingungsgemäß versichert?	✔ Verblendungen (und individuelle Zahnfarbenbestimmung) werden bis Zahn 6 erstattet.	✔ Keramik- und Kunststoff-Verblendungen werden bis Zahn 8 erstattet.	✔ Verblendungen sind je Quadrant bis einschl. Zahn 8 erstattungsfähig.	✔ Verblendungen werden bis Zahn 8 erstattet.	⚠ Die Leistung ist vorhanden. Hinweis: Aus den Bedingungen geht hervor, dass Verblendungen (z. B. Keramik- und Kunststoffverblendungen) erstattet werden, aber nicht bis zu welchem Zahn.	✔ Ja. Verblendungen werden, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit, bis Zahn 8 erstattet.
Inlays						
Sind Inlays erstattungsfähig?	✔ Inlays (z. B. Cerec-Inlays) und Onlays sind erstattungsfähig.	✔ Inlays sind erstattungsfähig.	✔ Inlays (und Onlays) sind erstattungsfähig.	✔ Inlays (und Onlays) sind erstattungsfähig.	✔ Inlays (und Onlays) sind erstattungsfähig.	✔ Inlays (und Onlays) sind erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Inlays (Erstattung vom Rechnungsbetrag bei Vertragsbeginn, ohne GKV-Bonus) in %:	✔ Inlays (auch Cerec-Inlays), Onlays werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 3 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 93% des Rechnungsbetrages.	✔ Inlays werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 3 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 93% des Rechnungsbetrages.	✔ Inlays (und Onlays) werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 3 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 93% des Rechnungsbetrages.	✔ Inlays/Onlays werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 3 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 93% des Rechnungsbetrages.	✔ Inlays (und Onlays) werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 3 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 93% des Rechnungsbetrages.	✔ Inlays und Onlays werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 3 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 93% des Rechnungsbetrages.
Maximale Erstattungshöhe für Inlays pro Jahr in €:	✔ Die Kosten für Inlays/Onlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)	✔ Die Kosten für Inlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)	✔ Die Kosten für Inlays/Onlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)	✔ Die Kosten für Inlays/Onlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)	✔ Die Kosten für Inlays/Onlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)	✔ Die Kosten für Inlays sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (Eine ggf. vorh. generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren ist zu beachten!)
Maximale Erstattungshöhe je Inlay in €:	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung.
Implantate						
Sind Implantate erstattungsfähig?	✔ Implantate sind erstattungsfähig.	✔ Implantate sind erstattungsfähig.	✔ Implantate sind erstattungsfähig.	✔ Implantate sind erstattungsfähig.	✔ Implantate sind erstattungsfähig.	✔ Implantate sind erstattungsfähig.
Implantate (Erstattung vom Rechnungsbetrag bei Vertragsbeginn, ohne GKV-Bonus) in %:	✔ Implantate werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 4 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 88% des Rechnungsbetrages.	✔ Implantate werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 4 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 88% des Rechnungsbetrages.	✔ Implantate werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger vergütet. Am Beispiel 4 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 88% des Rechnungsbetrages.	✔ Implantate werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 4 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 88% des Rechnungsbetrages.	✔ Implantate werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 4 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 88% des Rechnungsbetrages.	✔ Implantate werden zu 100% des Rechnungsbetrages abzgl. Vorleistung der GKV vergütet. Am Beispiel 4 gerechnet erstattet der Versicherer ca. 88% des Rechnungsbetrages.
Maximale Erstattungshöhe für Implantate pro Jahr in €:	✔ Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)	✔ Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (vorhandene generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)	✔ Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (vorhandene Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)	✔ Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)	✔ Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren beachten!)	✔ Die Kosten für Implantate sind ohne pauschale Jahreshöchstgrenze erstattungsfähig. (Eine ggf. vorh. generelle Summenbegrenzung des Tarifes in den ersten Jahren ist zu beachten!)
Anzahl Implantate	✔ Keine Begrenzung der Anzahl.	✔ Keine Begrenzung.	✔ Eine Begrenzung der Anzahl von Implantaten sieht der Tarif nicht vor. Im Rahmen des Tarifs wird die Anzahl der Implantate erstattet, welche medizinisch notwendig ist.	✔ Keine Begrenzung der Anzahl.	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung der Anzahl.
Werden Implantate ohne betragsmäßige Begrenzung erstattet?	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung.	✔ Keine Begrenzung.
Ist der Aufbau der Knochenmasse (augmentative Behandlung) bedingungsgemäß erstattungsfähig?	✔ Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig.	✔ Kosten einer augmentativen Behandlung (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial) sind - ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung oraler Implantate - erstattungsfähig.	✔ Ja, die Kosten für augmentative Leistungen (Knochenaufbau) sind im Rahmen der Implantatversorgung erstattungsfähig.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Erstattungsgrenzen € (in den ersten Jahren)						
Wie hoch ist die maximal mögliche Erstattung für Zahnersatz im 1. Jahr?	<p>✔ Erstattungshöchstbeträge für Zahnersatz, Zahnbehandlung (und Kieferorthopädie):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.000 EUR im ersten Kalenderjahr - 2.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren - 3.000 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren - 4.000 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren. <p>Die Begrenzung entfällt, wenn die Kosten durch einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht sind.</p> <p>Bei Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ab der Umstellung wird die Zahnstaffel des Zieltarifes zugrunde gelegt. - Die bisher zurückgelegte Versicherungszeit sowie erhaltene Leistungen werden angerechnet. 	<p>✔ Es gelten folgende Erstattungshöchstbeträge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.500 EUR im 1. Kalenderjahr - 3.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren - 4.500 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren - 6.000 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren. <p>⚠ Diese Höchstbeträge entfallen für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.</p> <p>Hinweis: Bestand in den letzten 6 Monaten vor Abschluss dieses Vertrages eine Zahnersatzversicherung bei einem anderen Versicherer, gelten folgende Leistungsbegrenzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.500 EUR im 1. Kalenderjahr - 3.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren. <p>Art, Umfang und Dauer der bisherigen Zahnersatzversicherung spielen keine Rolle.</p> <p>Bei 2 oder 3 fehlenden Zähnen begrenzt Zahnstaffel (auch bei Vorversicherung), s. Leistungsfrage "Annahme soll möglich sein bis ... fehlende Zähne"</p>	<p>✔ Die maximale Erstattung (ausgenommen zahnmedizinische Individualprophylaxe) beträgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.250 EUR im ersten KJ. - 2.500 EUR in den ersten 2 KJ. - 3.750 EUR in den ersten 3 KJ. - 5.000 EUR in den ersten 4 KJ. <p>⚠ Die Leistungsbegrenzung (0 bis 3 fehlende Zähne) entfällt für Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.</p> <p>Hinweis: Zahnstaffel bei 2 oder 3 fehlenden Zähnen: 300 EUR im 1. KJ., 600 EUR in den ersten 2 KJ., 900 EUR in den ersten 3 KJ, 1.200 EUR in den ersten 4 KJ.</p>	<p>✔ Erstattungshöchstbeträge (außer für zahnmedizinische Individualprophylaxe):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.500 EUR im 1. Versicherungsjahr - 3.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren - 4.500 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren - 6.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren. <p>Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus diesem Tarif angerechnet.</p> <p>Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, entfällt die Summenbegrenzung. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht.</p>	<p>✔ Die maximale Erstattung für Zahnersatz, orale Implantate, augmentative Behandlung und die damit im Zusammenhang stehende Funktionsdiagnostik beträgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.500 EUR im 1. Kalenderjahr - 3.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren - 4.500 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren - 6.000 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren <p>⚠ Die maximalen Erstattungsbeträge (auch die bei entsprechender Vorversicherung, s. Hinweis) gelten nicht für Leistungen aufgrund von Unfällen, die sich nachweislich nach Versicherungsbeginn ereignet haben.</p> <p>Hinweis: Bei unmittelbarer Vorversicherung bei einer anderen PKV von mind. 3 vollen Kalenderjahren - mit einem Erstattungssatz von mind. 80% inkl. GKV (oder eines anderen vorleistungspflichtigen Erstattungsverpflichteten) für privatärztlichen Zahnersatz (Nachweis erforderlich) - gelten folgende Erstattungshöchstbeträge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.500 EUR im 1. Kalenderjahr - 3.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren 	<p>✔ Die Erstattungsleistung ist begrenzt auf maximal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 600 EUR im ersten Versicherungsjahr, - 1.200 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren, - 1.800 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren. <p>Die Zahnstaffel entfällt für die versicherten Schmerztherapien und bei unfallbedingten Aufwendungen.</p>
Wie hoch ist die max. mögliche Erstattung für Zahnersatz in den ersten beiden Versicherungsjahren?	✔ In den ersten beiden Kalenderjahren beträgt die maximal mögliche Erstattung 2.000 EUR.	✔ In den ersten beiden Kalenderjahren beträgt die maximal mögliche Erstattung 3.000 EUR.	✔ In den ersten beiden Kalenderjahren beträgt die maximale mögliche Erstattung 2.500 EUR.	✔ In den ersten beiden Versicherungsjahren beträgt die maximal mögliche Erstattung 3.000 EUR	✔ In den ersten beiden Kalenderjahren beträgt die maximal mögliche Erstattung 3.000 EUR.	✔ In den ersten beiden Versicherungsjahren beträgt die maximal mögliche Erstattung 1.200 EUR.
Summenbegrenzung endet nach ... Jahren	✔ Nach 4 Jahren besteht voller Leistungsanspruch.	✔ Nach 4 Jahren besteht voller Leistungsanspruch.	✔ Nach 4 Jahren besteht voller Leistungsanspruch. ⚠ Hinweis: Aktion bis 31.12.2021 (mit Option auf Verlängerung bzw. dauerhafte Umsetzung) - gültig fürs Neugeschäft (Anträge mit Antragsstellung und Versicherungsbeginn ab 12.2020 oder später): Wegfall der Begrenzung ab dem 3. KJ., sofern in den letzten 6 Monaten vor Vertragsabschluss eine Zahnersatzversicherung bei einer anderen PKV bestand. Bedingungen werden (noch) nicht angepasst; die geänderte Regelung ist auf den Antragsdokumenten vermerkt / der Kunde erhält wenn die Bestätigung auf seinem Versicherungsschein als Nachweis angedruckt.	✔ Nach 4 Jahren besteht voller Leistungsanspruch. ⚠ Hinweis: bei nahtlosem Übergang einer Zusatzversicherung bei einer anderen PKV mit einer ununterbrochenen Mindestdauer von 12 Monaten und einem Erstattungssatz von mind. 90% inkl. GKV-Vorleistung für privatärztliche Zahnersatzmaßnahmen: kürzere Zahnstaffel (bis hin zum Wegfall) - in Abhängigkeit von der dortigen Laufzeit/Vorversicherungszeit. Mit dem 1. Leistungsantrag für Zahnersatz muss die Vorversicherungszeit und die Höhe des dortigen Erstattungsanspruchs nachgewiesen werden. Die versicherte Person wird dann so gestellt, als habe sie die nachgewiesenen Versicherungsjahre bereits durchlaufen.	✔ Nach 4 Jahren besteht voller Leistungsanspruch.	✔ Nach 3 Jahren besteht voller Leistungsanspruch.
Zahnersatz, Inlays, Implantate (%)						
Sind funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen erstattungsfähig?	✔ Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sind erstattungsfähig.	✔ Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sind erstattungsfähig.	✔ Funktionsanalytische Leistungen werden bei medizinischer Notwendigkeit im Rahmen der tariflichen Leistungen für Zahnersatz erstattet, unabhängig davon, ob die Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz- oder Zahnbehandlungsmaßnahmen stehen (GOZ-Ziffern 8000 – 8100).	✔ Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sind erstattungsfähig.	✔ Funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen, die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer Versorgung mit Zahnersatz, oralen Implantaten oder Aufbissbehelfen und Schienen erfolgen, sind erstattungsfähig.	✔ Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sind erstattungsfähig, wenn sie im Zusammenhang mit den tariflichen Leistungen stehen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahnbehandlung/Prophylaxe						
Sind Kosten für Kunststofffüllungen erstattungsfähig?	✔ Zahnfüllungen (auch Kunststofffüllungen, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen) sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✔ Erstattet werden hochwertige Kunststofffüllungen (hierzu gehören auch Kompositfüllungen, Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen) - zu 100% inkl. evtl. Vorleistung der GKV.	✔ Erstattungsfähig sind dentinadhäsive Konstruktionen (Kompositfüllungen) - zu 100% inkl. evtl. Leistungen der GKV.	✔ Kunststofffüllungen (z. B. Komposit- oder Dentin-Adhäsive-Füllungen, alternativ Kariesinfiltration) sind zu 100% inkl. evtl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✔ Plastische Füllungen (Kunststoff-, Komposit- und dentin-adhäsive Füllungen) sind zu 100% inkl. evtl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✔ KDBP: Keine Leistung. KDTP100: Kunststofffüllungen sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.
Wurzelbehandlung ohne GKV-Vorleistung erstattungsfähig?	✔ Erstattungsfähig - zu 100% - sind konservierende Leistungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen) und chirurgische Leistungen (z. B. Wurzelspitzenresektion).	✔ Wurzelbehandlungen (hierzu gehören z. B. auch Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen) werden zu 100% erstattet.	✔ Erstattungsfähig sind konservierende Leistungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen) und chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion) - zu 100%. ⚠ Hinweis: Werden zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, werden pauschal 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung angerechnet.	✔ Wurzelbehandlungen (z. B. Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion, elektrometrische Längenmessung) sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Wurzelbehandlungen* (Aufbereitung und Versorgung der Wurzelkanäle und des Zahnes sowie Wurzelspitzenresektionen) werden zu 100% erstattet. * einschl. photodynamischer Therapien, elektronischer Wurzellängenmessungen, elektrophysikalisch chemischer Spülungen der Wurzelkanäle, thermisch erwärmter Wurzelkanalfüllungsmaterialien	✔ Ja. Aufwendungen für Wurzelbehandlungen (z. B. elektrometrische Längenbestimmung), für die keine Leistungspflicht der GKV besteht, werden zu 100% erstattet.
Wurzelbehandlung mit GKV-Vorleistung erstattungsfähig?	✔ Konservierende Leistungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen) und chirurgische Leistungen (z. B. Wurzelspitzenresektion) sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✔ Wurzelbehandlungen (hierzu gehören z. B. auch Wurzelkanalbehandlungen und Wurzelspitzenresektionen) werden zu 100% inkl. GKV-Vorleistung erstattet.	✔ Erstattungsfähig sind konservierende Leistungen (z. B. Wurzelkanalbehandlungen) und chirurgische Maßnahmen (z. B. Wurzelspitzenresektion) - zu 100% inkl. Leistungen der GKV.	✔ Wurzelbehandlungen (z. B. Wurzelkanalbehandlung, Wurzelspitzenresektion, elektrometrische Längenmessung) sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✔ Wurzelbehandlungen werden zu 100% inkl. GKV-Vorleistung erstattet.	✔ Die Kosten für Wurzelbehandlungen werden zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattet.
Parodontologische Behandlung ohne GKV-Vorleistung erstattungsfähig?	✔ Parodontalbehandlungen (z. B. VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation oder Bakterien-/DNA-Test) sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Parodontosebehandlungen werden zu 100% erstattet.	✔ Parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime) sind zu 100% erstattungsfähig. ⚠ Hinweis: Werden zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, werden pauschal 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung angerechnet.	✔ Parodontosebehandlungen (z. B. Weichgewebsmaßnahmen, Schleimhauttransplantation, Bakterienanalysen in Form von Untersuchungen von paropathogenen Keimen als Nachweis, VECTOR-Technologie, photoaktivierte Chemotherapie (PACT)) sind zu 100% erstattungsfähig.	✔ Parodontosebehandlungen* (parodontalchirurgische und regenerative Maßnahmen zur Wiederherstellung des Aufbaus und der Funktion des Zahnhalteapparates) werden zu 100% erstattet. * einschl. Schleimhauttransplantationen, photodynamischer Therapien, Speicheltests zur Keimbestimmung sowie der VECTOR-Methode	✔ Ja. Aufwendungen für parodontologische Leistungen (z. B. lokale antimikrobielle Therapie, Schleimhauttransplantation), für die keine Leistungspflicht der GKV besteht, werden zu 100% erstattet.
Parodontologische Behandlung mit GKV-Vorleistung erstattungsfähig?	✔ Parodontalbehandlungen sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✔ ZAHNVB: Parodontosebehandlungen werden zu 100% inkl. GKV-Vorleistung erstattet. ZAHN1H: Keine Leistung.	✔ Parodontologische Leistungen (z. B. Taschentiefe < 3,5 mm mit Knochenabbau, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime) sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✔ Parodontosebehandlungen (z. B. Weichgewebsmaßnahmen, Schleimhauttransplantation, Bakterienanalysen in Form von Untersuchungen von paropathogenen Keimen als Nachweis, VECTOR-Technologie, photoaktivierte Chemotherapie (PACT)) sind zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattungsfähig.	✔ Parodontosebehandlungen werden zu 100% inkl. GKV-Vorleistung erstattet.	✔ Die Kosten für parodontologische Leistungen werden zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattet.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Bis zu welchem Betrag sind prophylaktische Maßnahmen erstattungsfähig? (Kosten ca. 100 € je PZR)	<p>✔ Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Zahnprophylaxe) werden zu 100% - bis 200 EUR p. a. - erstattet, hierzu gehören z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erstellen eines Status der Mundhygiene sowie gründliche Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, - Beurteilen der Mundhygiene und des Zustands des Zahnfleisches sowie die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Anleitungen, - Aufklären über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung, - Fluoridieren zur Härtung des Zahnschmelzes, - Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen (professionelle Zahnreinigung), - Behandeln von sehr empfindlichen Zahnflächen sowie - Zahnversiegelung (Fissurenversiegelung). 	<p>✔ Erstattet werden zu 100% inkl. evtl. GKV-Vorleistung - ohne Höchstgrenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen (PZR) - Prothesenreinigung - zahnmedizinische Prophylaxe-Maßnahmen, z. B. Fluoridierung zur Zahnschmelz-Härtung, Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen. 	<p>✔ Zahnmedizinische Individualprophylaxe wird zu 100% bis max. 200 EUR p. a. erstattet. Dazu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - professionelle Zahnreinigung, - Versiegelung (u. a. Fissurenversiegelungen), - Fluoridierung, - Speicheltest zur Keimbestimmung (Bakterien-/DNA-Test), - Kariesrisikodiagnostik, - Erstellung eines Mundhygienestatus, - Kontrollen des Übungserfolgs. 	<p>✔ Zahnmedizinische Individualprophylaxe (Zahnprophylaxe) wird zweimal p. a. bis jeweils 100 EUR erstattet; hierunter fallen die folgenden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähigen Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erstellen eines Mundhygienestatus, - Durchführung von Kariesrisikodiagnostik, - eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen, - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung, - Kontrolle des Übungserfolgs, - Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit ausgehärtetem Kunststoff, - Behandlung überempfindlicher Zähne, - Erstellen des Parodontalstatus einschl. Parodontaldiagnostik, - Beseitigen von scharfen Zahnkanten, grober Vorkontakte der Okklusion und Zahnbelägen, - lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, - professionelle Zahnreinigung (umfasst Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschl. Reinigung der Zahnzwischenräume, Entfernen des Biofilms, Oberflächenpolitur, geeignete Fluoridierungsmaßnahmen). 	<p>✔ Erstattet werden - zusammen mit der Vorleistung der GKV - 100% der Kosten für Zahnprophylaxe/PZR, Fissurenversiegelung, bis insgesamt 250 EUR p. a.; dazu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erstellen eines Mundhygienestatus - eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten - Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes - Kontrolle des Übungserfolgs - Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne - Beseitigen von harten und weichen Zahnbelägen einschl. Reinigung der Zahnzwischenräume, auch mittels VECTOR-Methode - mikroinvasive Kariesinfiltration, - Entfernen des Biofilms - die Oberflächenpolitur - Behandlung, Fluoridierung und Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen. <p>Hinweis: einschl. zahnaufhellender Maßnahmen</p>	<p>✔ Erstattet werden Zahnprophylaxe (nach Abschnitt B der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), wie Erstellung eines Mundhygienestatus, Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung, lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel, Medikamententrägerschiene zur Kariesprophylaxe, professionelle Zahnreinigung (PZR)), Fissurenversiegelung, Beseitigung von Zahnbelägen / Zahnsteinentfernung einschließlich Kontrolle, Prothesenreinigung - bis 300 EUR p. a. (nur die Aufwendungen, für die keine Leistungspflicht der GKV besteht).</p>
Bis zu welchem Betrag ist Bleaching erstattungsfähig?	Keine Leistung.	<p>✔ Zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) werden zu 100% bis 200 EUR innerhalb von 2 Kalenderjahren erstattet. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden oder zahnärztlich begleitet werden.</p>	Keine Leistung.	<p>✔ Zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) werden, unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit, bis 200 EUR innerhalb von 2 Versicherungsjahren erstattet. Voraussetzung ist, dass diese Maßnahmen von einem approbierten, niedergelassenen Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.</p>	<p>✔ Erstattet werden - zusammen mit der Vorleistung der GKV - 100% der Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching), bis insgesamt 250 EUR p. a. Die Maßnahme muss in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden und zahnärztlich begleitet und überwacht werden. Hinweis: einschl. Zahnprophylaxe/PZR, Fissurenversiegelung</p>	<p>✔ Erstattet wird alle 2 Kalenderjahre - unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit - eine Bleaching Behandlung (zahnaufhellende Maßnahme) - zu 100% bis 300 EUR, sofern die versicherte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet hat und die Behandlung von einem Zahnarzt bzw. unter seiner Aufsicht durchgeführt wird.</p>
Werden die Kosten für die Versiegelung von Fissuren erstattet?	<p>✔ Ja, die Fissurenversiegelung wird im Rahmen der Zahnprophylaxe erstattet (bis insgesamt 200 EUR p. a.).</p>	<p>✔ Fissurenversiegelungen sind im Rahmen der zahnmedizinischen Prophylaxe erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Ja, Fissurenversiegelungen sind im Rahmen der zahnmedizinischen Individualprophylaxe erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Fissurenversiegelungen sind im Rahmen der Zahnprophylaxe erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Fissurenversiegelungen sind im Rahmen der Zahnprophylaxe erstattungsfähig.</p>	<p>✔ Ja, Fissurenversiegelungen werden erstattet - bis insgesamt (inkl. Zahnprophylaxe, Zahnsteinentfernung, Prothesenreinigung) 300 EUR p. a.</p>
Sieht der Tarif für weitere als die o. g. Bereiche Leistungen vor?	<p>✔ Erstattungsfähig sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gnatologie (Funktionsanalyse und Funktionstherapie) - Overlays sowie - sonstige konservierende und chirurgische Leistungen gem. GOZ. 	Keine weiteren Bereiche versichert.	<p>✔ Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen zum Erstattungssatz der Hauptleistung bei medizinischer Notwendigkeit für OP-Mikroskop, CEREC-Behandlung, Digitale Volumetomografie, PACT-Photoaktivierte Chemotherapie, VECTOR-Technologie, DRÖS-Schiene.</p>	<p>✔ Erstattungsfähig sind auch die mit den zuvor genannten Zahnbehandlungsmaßnahmen im direkten Zusammenhang stehenden</p> <ul style="list-style-type: none"> - zahnärztlichen Behandlungen inkl. Vor- und Nachbehandlungen wie z. B. OP-Mikroskop - funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen. 	Keine weiteren Bereiche versichert.	Keine weiteren Bereiche versichert.
Weitere Kriterien						
Verzichtet der Versicherer bei Prophylaxe auf Wartezeiten?	<p>✔ Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn.</p>	<p>✔ Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn.</p>	<p>✔ Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn.</p>	<p>✔ Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn.</p>	<p>✔ Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn.</p>	<p>✔ Ja, Leistungsanspruch ab Vertragsbeginn. Hinweis: Auch keine Wartezeiten für Fissurenversiegelung, Zahnsteinentfernung und Prothesenreinigung.</p>

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahn						
Sind Kosten für Kieferorthopädie erstattungsfähig?	✔ Ja, die Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind erstattungsfähig.	✔ Ja, die Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind erstattungsfähig.	✔ Kieferorthopädie ist erstattungsfähig, sofern eine Zahnfehlstellung vorliegt, die aus medizinischen Gründen korrigiert werden muss und die Behandlung erst nach Abschluss dieses Tarifs beginnt bzw. erstmals angeraten wurde.	✔ Ja, die Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind erstattungsfähig.	Nein. Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig.	✔ KDTP100: Nein, die Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind nicht erstattungsfähig. KDBP: Kieferorthopädische Behandlungen sind erstattungsfähig.
Kieferorthopädie						
Besteht keine pauschale Leistungsbegrenzung (z.B. pro Jahr/je Kiefer/je Versicherungsfall)	⚠ Die Erstattung ist auf 3.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt. Hinweis: Keine pauschale Höchsterstattung für unfallbedingte kieferorthopädische Maßnahmen (bei Kindern und Erwachsenen).	Die Erstattung ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf insgesamt 2.000 EUR begrenzt.	Die Erstattung ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf max. 2.000 EUR (ohne Leistungspflicht der GKV) bzw. 1.500 EUR (bei Leistungspflicht der GKV) begrenzt.	Erstattet werden für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses - 5.000 EUR für bis zum vollendeten 18. Lebensjahr begonnene Behandlungen oder - 2.500 EUR für ab dem 19. Lebensjahr begonnene Behandlungen, wobei Vorleistungen der GKV in Abzug gebracht werden.	⚠ Die Erstattung ist je Versicherungsfall auf 3.000 EUR begrenzt. Hinweis: Keine pauschale Höchsterstattung für Erwachsenen-Kieferorthopädie nach einem Unfall.	
Wie hoch ist die Erstattung in %, wenn die GKV keine Vorleistung erbringt (KIG 1+ 2)?	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind zu 100% des Rechnungsbetrages erstattungsfähig.	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen werden zu 100% erstattet.	✔ Kieferorthopädische Leistungen einschl. Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten werden zu 80% erstattet.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Erstattet werden 100% der erstattungsfähigen Gesamtaufwendungen, wobei pauschal 35% der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV in Abzug gebracht werden.	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Kieferorthopädie mit vorbereitenden Maßnahmen werden zu 100% ersetzt.	
Wie hoch ist die Erstattung in €, wenn die GKV nicht leistet (KIG 1 + 2)?	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu 3.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit erstattet.	✔ Die max. Erstattung beträgt 2.000 EUR (für die gesamte Vertragslaufzeit).	✔ Die Erstattung ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf 2.000 EUR begrenzt.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Erstattet werden max. 5.000 EUR (ab Alter 19: 2.500 EUR) während der gesamten Vertragslaufzeit abzgl. einer pauschalen GKV-Vorleistung von 35%.	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis 3.000 EUR je Versicherungsfall ersetzt (bei Wechsel aus einem Tarif mit KFO-Höchstleistung: dortige Erstattungen werden auf Höchstbetrag angerechnet).	
Wie hoch ist der tarifliche Anspruch zusätzlich zur Leistung der GKV in % (KIG 3-5)?	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen sind zu 100% des Rechnungsbetrages erstattungsfähig.	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen werden zu 100% inkl. GKV-Vorleistung erstattet.	✔ Kieferorthopädische Leistungen einschl. Röntgendiagnostik sowie Material- und Laborkosten werden zu 100% abzgl. Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger erstattet.	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen werden zu 100% abzgl. GKV-Vorleistung erstattet.	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Kieferorthopädie mit vorbereitenden Maßnahmen werden zu 100% inkl. GKV-Vorleistung ersetzt.	
Wie hoch ist der tarifliche Anspruch zusätzlich zur Leistung der GKV in € (KIG 3-5)?	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu 3.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit erstattet.	✔ Die max. Erstattung beträgt 2.000 EUR (für die gesamte Vertragslaufzeit).	✔ Die Erstattung ist während der gesamten Vertragslaufzeit auf 1.500 EUR begrenzt.	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Erstattet werden max. 5.000 EUR (ab Alter 19: 2.500 EUR) während der gesamten Vertragslaufzeit abzgl. Leistungen der GKV.	✔ Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis 3.000 EUR je Versicherungsfall ersetzt (bei Wechsel aus einem Tarif mit KFO-Höchstleistung: dortige Erstattungen werden auf Höchstbetrag angerechnet). Bei nicht planmäßiger Beendigung der kieferorthopädischen Behandlung wird der dann anfallende Eigenanteil nicht ersetzt.	
Werden Mehrkosten (z.B. transparente Brackets...) erstattet und in den Bedingungen aufgeführt?	✔ Ja. Mehrkosten sind in den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja, Mehrkosten sind in den den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja. Besteht eine Leistungspflicht der GKV (freien Heilfürsorge), werden Behandlungen, die nicht unter diesen Leistungsanspruch fallen, auf Grund sogenannter Mehrkostenvereinbarungen tarifgemäß erstattet.	Nein, Mehrkosten sind nicht in den Bedingungen aufgeführt.	✔ Ja, bedingungsgemäß werden auch sonstige kieferorthopädische Zusatzleistungen erstattet.	
Sind erstattungsfähige Mehrkosten spezifiziert/detailliert aufgelistet?	✔ Ja, Mehrkosten sind spezifiziert, aber nicht abschließend, aufgelistet -> "Dazu gehören beispielsweise Mini-, Keramik- oder Kunststoffbrackets, farblose Bögen, Lingualtechnik, feststehende Retainer sowie unsichtbare Zahnschienen (beispielsweise Invisalign)."	✔ Ja, Mehrkosten sind spezifiziert, aber nicht abschließend aufgelistet -> "Darunter fallen beispielsweise auch die Kosten für Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnschienen, unsichtbare Zahnschienen, feststehende Retainer."	✔ Ja. Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, insbesondere Mini-Metall-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnschienen (Invisalign), Lingualtechnik, feststehender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, feststehender Lückenhalter, farbige/farblose Bögen/Teillbögen, thermisch programmierbare oder plastische Bögen/Teillbögen, Pendulum, Distal-Jet sowie funktionsanalytische/ funktionstherapeutische Maßnahmen.	Keine Leistung vorhanden.	Nein, die Mehrkosten sind in den Bedingungen nicht spezifiziert/detailliert aufgelistet.	

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Wird Funktionsanalyse im Zusammenhang mit Kieferorthopädie erstattet?	✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen sind wenn im Rahmen der Mehrkostenvereinbarung erstattungsfähig.	✔ Ja, Funktionsanalyse ist erstattungsfähig.	✔ Ja. Funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen sind im Rahmen der Mehrkostenvereinbarung erstattungsfähig.	✔ Ja, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sind erstattungsfähig.		✔ Ja, für Funktionsanalyse im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung besteht ein Leistungsanspruch.
Wie hoch ist die mögliche Erstattung im 1. bis 2. Versicherungsjahr in €?	✔ Erstattungshöchstbeträge für Kieferorthopädie (und Zahnersatz, Zahnbehandlung): - 1.000 EUR im ersten Kalenderjahr - 2.000 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren - 3.000 EUR in den ersten 3 Kalenderjahren - 4.000 EUR in den ersten 4 Kalenderjahren. Die Begrenzung entfällt, wenn die Kosten durch einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall verursacht sind. Bei Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen gilt: - Ab der Umstellung wird die Zahnstaffel des Zieltarifes zugrunde gelegt. - Die bisher zurückgelegte Versicherungszeit sowie erhaltene Leistungen werden angerechnet.	✔ Für Kieferorthopädie gelten folgende Erstattungshöchstbeträge: - 150 EUR im 1. Kalenderjahr - 300 EUR in den ersten beiden Kalenderjahren - max. 2.000 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit). Die Begrenzung in den ersten 2 Jahren entfällt für solche Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	✔ Die maximale Erstattung (ausgenommen zahnmedizinische Individualprophylaxe) beträgt: ⚠ - 1.250 EUR im ersten Kalenderjahr (Kj.) - 2.500 EUR in den ersten 2 Kj. - 3.750 EUR in den ersten 3 Kj. - 5.000 EUR in den ersten 4 Kj. Die Leistungsbegrenzung (0 bis 3 fehlende Zähne) entfällt für Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind. Hinweis: Der Erstattungsbetrag ist über die gesamte Vertragslaufzeit auf max. 1.500 EUR (mit GKV) bzw. 2.000 EUR (ohne GKV) begrenzt. Zahnstaffel bei 2 oder 3 fehlenden Zähnen: 300 EUR im 1. Kj., 600 EUR in den ersten 2 Kj., 900 EUR in den ersten 3 Kj. 1.200 EUR in den ersten 4 Kj.	✔ Erstattungshöchstbeträge (inkl. Zahnbehandlung, Zahnersatz): ⚠ - 1.500 EUR im 1. Versicherungsjahr - 3.000 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren - 4.500 EUR in den ersten 3 Versicherungsjahren - 6.000 EUR in den ersten 4 Versicherungsjahren. Bei Tarifwechsel aus anderen Zahntarifen des Versicherers werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus diesem Tarif angerechnet. Ist die zahnärztliche Heilbehandlung nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen, entfällt die Summenbegrenzung. Als Unfall gilt nicht, wenn der Schaden an einem Zahn durch die Nahrungsaufnahme eingetreten ist oder wenn ein solcher beim Reinigen des herausnehmbaren Zahnersatzes entsteht. Hinweis: Der Erstattungsbetrag ist über die gesamte Vertragslaufzeit auf max. 5.000 EUR begrenzt (ab Alter 19: 2.500 EUR).		✔ Die Leistung ist vorhanden. ⚠ Hinweis: Die Erstattung ist je Versicherungsfall auf 3.000 EUR begrenzt.
Besteht auch bei Behandlern ohne Kassenzulassung ein Leistungsanspruch?	✔ Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.	✔ Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.	✔ Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.	✔ Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.		✔ Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.
Bis zu welchem Alter (bei Behandlungsbeginn) sind Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen erstattungsfähig?	✔ Die Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen sind erstattungsfähig, sofern die Behandlung vor dem 18. Geburtstag beginnt. ⚠ Hinweis: Ab Alter 18 (bei Behandlungsbeginn): 100% Erstattung unter Anrechnung evtl. Leistungen eines anderen Kostenträgers, sofern die Behandlungen wegen eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls notwendig werden.	✔ Die Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen sind erstattungsfähig, sofern die versicherte Person bei Behandlungsbeginn noch keine 21 Jahre alt ist. ⚠ Hinweis: Keine Altersbegrenzung für Kosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.	✔ Es besteht keine generelle Altersgrenze für kieferorthopädische Behandlungen.	✔ Es besteht keine generelle Altersgrenze für kieferorthopädische Behandlungen.		✔ Kosten für kieferorthopädische Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die versicherte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. ⚠ Hinweis: Beginnt die Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres, werden Aufwendungen nur erstattet (zu 100%), wenn sie auf einen Unfall zurückzuführen sind.
Gebührenordnung						
Erstattet der Tarif mind. bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ?	✔ Ja, der Tarif leistet bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ).	✔ ZAHNVB, ZAHN1H: Ja, der Tarif leistet bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ).	✔ Ja, der Tarif leistet bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ).	✔ Ja, der Tarif leistet bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. GOZ.	✔ Ja, der Tarif leistet bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ).	✔ KDBP, KDTP100: Ja, der Tarif leistet bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ).
Leistet der Tarif auch über den Höchstsatz der GOÄ/GOZ hinaus?	Nein, es besteht eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ.	ZAHNVB, ZAHN1H: Nein, es besteht eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ.	Nein, es besteht eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ.	Nein, es besteht eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ.	Nein, es besteht eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ.	KDTP100: Nein, es besteht eine Begrenzung auf den Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ). KDBP: Nein, es besteht eine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ/GOZ.































Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Weitere Kriterien						
Sind Leistungen erstattungsfähig, die von Ärzten ohne Kassenzulassung erbracht werden?	✔ Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.	✔ ZAHNVB, ZAHN1H: Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.	✔ Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.	✔ Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung. (Behandlungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) können auch in Anspruch genommen werden.)	✔ Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.	✔ KDBP: Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung. Die versicherte Person hat die Wahl unter allen niedergelassenen Zahnärzten; sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind (z. B. zugelassene medizinische Versorgungszentren). KDTP100: Ja, es besteht keine Beschränkung auf Behandler mit Kassenzulassung.
Ist eine Erstattung auch ohne Vorleistung der GKV möglich?	✔ Ja, auch ohne Vorleistung einer GKV besteht ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif. ⚠ Hinweis: Wird ein Behandler ohne Kassenzulassung gewählt, werden pauschal 35% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als fiktive Vorleistung angerechnet.	✔ ZAHNVB, ZAHN1H: Erstattung auch ohne Vorleistung einer GKV. ⚠ Hinweis: Wurden zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, werden 20% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als GKV-Vorleistung von den tariflichen Leistungen abgezogen.	✔ Ja, auch ohne Vorleistung einer GKV besteht ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif. ⚠ Hinweis: Werden zustehende Leistungen der GKV/ anderer Leistungsträger nicht in Anspruch genommen (z. B. bei einem Behandler ohne Kassenzulassung), werden pauschal 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages als Vorleistung angerechnet (gilt auch für Behandlungen im Ausland, wenn keine Vorleistung erbracht wird).	✔ Ja, auch ohne Vorleistung einer GKV besteht ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif. ⚠ Hinweis: Erbringt die GKV für den einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung zugrunde liegenden Versicherungsfall keine Leistung, gelten pauschal 35% der erstattungsfähigen Aufwendungen als Vorleistung der GKV.	✔ Ja, auch ohne Vorleistung einer GKV besteht ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif. ⚠ Hinweis: Erbringt die GKV für Zahnersatz außerhalb der Regelversorgung, orale Implantate und augmentative Behandlung keine Leistung, werden 30% der erstattungsfähigen Kosten als fiktive GKV-Vorleistung abgezogen.	✔ KDBP, KDTP100: Ja, auch ohne Vorleistung einer GKV besteht ein Leistungsanspruch aus diesem Tarif. ⚠ Hinweis: Lehnt die GKV ihre Pflichtleistung ab (z. B., wenn ein Privat Zahnarzt aufgesucht wird - die Ablehnung der GKV muss dann nachgewiesen werden), werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 70% erstattet.
Erstattet der Tarif über GKV-Regelversorgung hinaus?	✔ Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.	✔ ZAHNVB, ZAHN1H: Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.	✔ Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.	✔ Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.	✔ Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.	✔ KDBP, KDTP100: Ja, es besteht keine Begrenzung auf die Standard-Regelversorgung der GKV.
Verzichtet der Tarif auf ein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden? "ortsübliche" oder "angemessene" Preise?	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	ZAHN1H: Nein. Material- und Laborkosten werden zu angemessenen Preisen erstattet. Bei den Leistungsbeispielen wurden evtl. Begrenzungen auf "angemessene Preise" nicht berücksichtigt. Es kann daher sein, dass der erstattungsfähige Betrag in Wirklichkeit geringer ausfällt und somit ein höherer Eigenanteil verbleibt. ZAHNVB: Nein. Material- und Laborkosten werden zu angemessenen Preisen erstattet.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	Erstattungsfähig sind nach ortsüblichen Preisen berechnete zahntechnische Laborarbeiten und Materialien. Bei den Leistungsbeispielen wurden evtl. Begrenzungen auf "ortsübliche Preise" nicht berücksichtigt. Es kann daher sein, dass der erstattungsfähige Betrag in Wirklichkeit geringer ausfällt und somit ein höherer Eigenanteil verbleibt.	✔ Kein Preis-/Leistungsverzeichnis vorhanden. Wichtige allgemeine Information: Eine fehlende bedingungsgemäße Begrenzung bedeutet nicht, dass der Versicherer Kosten in jeglicher Höhe akzeptiert. Eine Kürzung der Erstattung kann z. B. durch interne Richtlinien oder bei aus Sicht des Versicherers überhöhten Rechnungen erfolgen.	KDTP100: Nein. Material- und Laborkosten werden im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise erstattet. Bei den Leistungsbeispielen wurden evtl. Begrenzungen auf "in Deutschland übliche Preise" nicht berücksichtigt. Es kann daher sein, dass der erstattungsfähige Betrag in Wirklichkeit geringer ausfällt und somit ein höherer Eigenanteil verbleibt. KDBP: Nein. Material- und Laborkosten werden erstattet, soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise.
Ist vor Behandlungsbeginn die Vorlage eines Heil- und Kostenplan nicht vorgeschrieben?	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird seitens des Versicherers jedoch empfohlen.	✔ ZAHNVB: Die Vorlage eines Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird seitens des Versicherers jedoch bei kieferorthopädischen Maßnahmen empfohlen. ZAHN1H: Die Vorlage eines Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird seitens des Versicherers jedoch empfohlen.	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplans ist nicht vorgeschrieben, wird seitens des Versicherers jedoch bei Zahnersatzmaßnahmen und bei kieferorthopädischen Maßnahmen empfohlen.	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird seitens des Versicherers jedoch bei einer bevorstehenden Versorgung, einer Zahnersatzmaßnahme oder einer kieferorthopädischen Behandlung empfohlen.	✔ Die Vorlage eines Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben. Der Versicherer empfiehlt jedoch, einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan des Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material- und Laborleistungen enthält, einzureichen - er teilt dann die Höhe der von ihm zu erwartenden Leistungen mit.	✔ KDTP100: Die Vorlage eines Heil- und Kostenplan ist nicht zwingend vorgeschrieben, wird jedoch empfohlen. KDBP: Die Vorlage eines Heil- und Kostenplan ist nicht vorgeschrieben, wird jedoch seitens des Versicherers bei kieferorthopädischen Maßnahmen empfohlen.

Analyse Krankenversicherung

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Verzichtet der Versicherer auf zusätzliche Einschränkungen im Ausland (EU/EWR)?	 Für Behandlungen im Ausland werden max. die Kosten ersetzt, die der Versicherer bei einer Behandlung in Deutschland erstatten würde. Hinweis: Leistet die GKV/ein sonstiger Kostenträger für Behandlungen im Ausland nachweislich nicht vor, werden pauschal 35% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als fiktive Vorleistung angerechnet.	 ZAHNVB, ZAHN1H: Keine Einschränkungen.	 Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Bei Behandlungen im Ausland bleibt der Versicherer jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einer zahnärztlichen bzw. ärztlichen Behandlung in Deutschland zu erbringen hätte. Ohne Vorleistung der GKV/anderer Leistungsträger werden pauschal 40% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags als Vorleistung angerechnet.	 Kosten für eine zahnärztliche Heilbehandlung im Ausland sind insoweit erstattungsfähig, als diese auch entsprechend der GOÄ/GOZ im Rahmen der dort festgelegten Höchstsätze berechnet werden dürfen.	 Keine Einschränkungen.	 KDBP: Keine Einschränkungen. - vorübergehende Aufenthalte innerhalb der EU, des EWR, in der Schweiz/Verlegung des Aufenthaltes innerhalb der EU, des EWR: Der Versicherer ist höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. - vorübergehende Aufenthalte außerhalb der EU, des EWR, der Schweiz: Kein Versicherungsschutz. - Verlegung des Aufenthaltes außerhalb der EU, des EWR: Die Versicherung endet. KDTP100: Keine Einschränkungen.
Schmerztherapie (Hypnose, Akupunktur)	 Die Kosten für Akupunktur und Hypnose werden zu 100% bis max. 200 EUR p. a. - inkl. anderer besonderer Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (wie z. B. Vollnarkose, Lachgas-Sedierung) - erstattet.	 Erstattet werden schmerzlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose) - zu 100% inkl. evtl. GKV-Vorleistung.	 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (Akupunktur, Hypnose) sind erstattungsfähig, sofern die Leistung im direkten Zusammenhang mit einer umfangreichen Zahnbehandlung oder Zahnersatzmaßnahmen steht - zu 100% bis insgesamt (inkl. Vollnarkose, Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf), Lachgas-Sedierung) 200 EUR p. a.	 Maßnahmen zur Schmerzlinderung (z. B. Hypnose, Akupunktur), die im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Leistung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie stehen, werden zu 100% bis insgesamt max. 300 EUR p. a. erstattet.	 Erstattet werden besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (Akupunktur, Hypnose), die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer tariflichen Leistung nach diesem Tarif entstehen - bis insgesamt (einschl. Analgo-Sedierung, Vollnarkose, Lachgas-Sedierung) 250 EUR p. a.	 KDBP: Keine Leistung. KDTP100: Ja. Aufwendungen für Narkosen (Vollnarkose, Sedierung) durch Narkoseärzte bzw. Zahnärzte, Akupunktur und Hypnose durch Zahnärzte zur Schmerzausschaltung bzw. Schmerztherapie werden, unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit, zu 70% bis maximal 300 EUR p. a. erstattet.
Sind Kosten einer Vollnarkose erstattungsfähig?	 Die Kosten für Vollnarkose (und Lachgas-Sedierung) werden zu 100% bis max. 200 EUR p. a. - inkl. anderer besonderer Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (wie z. B. Akupunktur, Hypnose) - erstattet.	 Erstattet werden schmerzlindernde Maßnahmen (z. B. Vollnarkose, Analgo-Sedierung, Lachgas-Sedierung) - zu 100% inkl. evtl. GKV-Vorleistung.	 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (Vollnarkose, Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf), Lachgas-Sedierung) sind erstattungsfähig, sofern die Leistung im direkten Zusammenhang mit einer umfangreichen Zahnbehandlung oder Zahnersatzmaßnahmen steht - zu 100% bis insgesamt (inkl. Akupunktur, Hypnose) 200 EUR p. a.	 Maßnahmen zur Schmerzlinderung (z. B. Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf), Lachgas-Sedierung, Vollnarkose), die im direkten Zusammenhang mit einer versicherten Leistung für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie stehen, werden zu 100% bis insgesamt max. 300 EUR p. a. erstattet.	 Erstattet werden besondere schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (Analgo-Sedierung, Vollnarkose, Lachgas-Sedierung), die im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit einer tariflichen Leistung nach diesem Tarif entstehen - bis insgesamt (einschl. Akupunktur, Hypnose) 250 EUR p. a.	 KDBP: Keine Leistung. KDTP100: Erstattungsfähig sind auch: - Narkosen (Vollnarkose, Sedierung) durch Narkoseärzte bzw. Zahnärzte sowie Akupunktur und Hypnose durch Zahnärzte zur Schmerzausschaltung bzw. Schmerztherapie zu 70%, maximal 300 EUR p. a. Die Erstattung ist unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit.
Laserbehandlung (Karies/Wurzel/Parodontose)	 Ja. Die zusätzliche Anwendung von Lasern (oder OP-Mikroskopen) ist erstattungsfähig.	 Laserbehandlungen im Rahmen Wurzel-/Parodontosebehandlungen werden zu 100% inkl. evtl. Vorleistung der GKV erstattet.	 Ja. Erstattet werden bei medizinischer Notwendigkeit - Laserbehandlung (GOZ-Ziffer 0120) bei Wurzelkanalbehandlungen (GOZ-Ziffer 2410), - Laserbehandlung (GOZ-Ziffer 0120) bei Parodontosebehandlungen (im Rahmen der Hauptleistung (GOZ-Ziffern 4080, 4090, 4100, 4130 bzw. 4133)), - Laserbehandlung (im Rahmen von § 6 Abs. 1 GOZ) bei Kariesbehandlungen (GOZ-Ziffern 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2150, 2160 und 2170).	 Erstattungsfähig sind auch die mit den versicherten Zahnbehandlungsmaßnahmen im direkten Zusammenhang stehenden zahnärztlichen Behandlungen inkl. Vor- und Nachbehandlungen wie z. B. Laserbehandlung.	 Im Rahmen von Wurzel-/Parodontosebehandlungen ist der Einsatz von Lasern (und OP-Mikroskopen) erstattungsfähig.	 KDBP, KDTP100: Keine Leistung.
Sind Aufbissbehelfe und -schiene versichert?	 Ja. Das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen und Knirscherschienen, DROS-Schienen) ist erstattungsfähig.	 Aufbisschienen (auch Knirscherschienen), jedoch nicht im Rahmen einer KFO-Behandlung, werden zu 100% inkl. evtl. GKV-Vorleistung erstattet.	 Ja, Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sind zu 100% inkl. evtl. GKV-Vorleistung erstattungsfähig (aber nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung).	 Aufbissbehelfe und Schienen (auch DROS-Schienen) werden zu 100% erstattet (im Rahmen KFO-Höchstbetrag beachten); Vorleistungen der GKV werden in Abzug gebracht.	 Aufbissbehelfe und Schienen (z. B. Knirscherschienen; einschl. Funktionsdiagnostik) werden einschl. GKV-Vorleistung zu 100% erstattet (aber nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung).	 KDBP: Keine Leistung. KDTP100: Ja. Aufbissbehelfe und Schienen (ausgenommen die von einem Zahnarzt angefertigte Schienen, die als Medikamententräger dienen) werden zu 100% inkl. Leistungen der GKV erstattet.

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten?	✔ Ja, die Wartezeiten entfallen.	✔ ZAHNVB, ZAHN1H: Ja, die Wartezeiten entfallen.	✔ Ja, die Wartezeiten entfallen.	✔ Ja, die Wartezeiten entfallen.	✔ Ja, die Wartezeiten entfallen.	⚠ KDBP: Bei einem Wechsel in Tarif KDBP gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. KDTP100: Die Wartezeit beträgt für nicht unfallbedingte Aufwendungen acht Monate; sie kann ggf. aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung erlassen werden. Bei einem Wechsel in Tarif KDTP100 gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Hinweis: Die Wartezeit beträgt für nicht unfallbedingte Aufwendungen 6 Monate; sie kann ggf. aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung erlassen werden.
Bis zu wie viel fehlenden Zähne ist eine Annahme möglich?	✔ 1 bis 3 fehlende Zähne: 20% Beitragszuschlag je fehlenden Zahn ab 4 fehlenden Zähnen: Ablehnung	✔ ZAHNVB: ab 4 fehlenden Zähnen: Ablehnung (Tarif nur mit Zahnersatztarif abschließ-/versicherbar) ZAHN1H: 1 fehlender Zahn: ohne Auswirkung 2 fehlende Zähne: Summenbegrenzung 250 EUR im 1. Kj., 500 EUR im 2. Kj., 750 EUR im 3. Kj. 3 fehlende Zähne: Summenbegrenzung 125 EUR im 1. Kj., 250 EUR im 2. Kj., 375 EUR im 3. Kj. ab 4 fehlenden Zähnen: Ablehnung (im Regelfall)	✔ 1 fehlender Zahn: ohne Erschweris 2 oder 3 fehlende Zähne: begrenzte Zahnstaffel (s. Leistungspunkt * max. mögl. Erstattung im 1. Jahr ... €*) ⚠ ab 4 fehlenden Zähnen: Ablehnung Hinweis: Für vor Vertragsabschluss bereits bekannte, medizinisch angeratene oder begonnene Heilbehandlungsmaßnahmen besteht kein Versicherungsschutz. Keine Annahme möglich, wenn bei Vertragsabschluss eine herausnehmbare Teil- oder Vollprothese getragen wird und/oder innerhalb der letzten 3 Jahre eine Parodontose und/oder Parodontitis und/oder ein Zahnschmelzdefekt bestanden hat oder besteht.	✔ 1 fehlender Zahn: ohne Erschweris 2 oder 3 fehlende Zähne: Leistungsausschluss (Leistungsanspruch besteht nur für Zahnersatzmaßnahmen bezüglich des ersten ersetzten Zahnes; erfolgen Zahnersatzmaßnahmen zeitgleich für mehr als einen der bei Vertragsabschluss fehlenden Zähne, ergibt sich der Anspruch aus der Höhe der im Durchschnitt angefallenen Kosten für diese ersetzten Zähne) ab 4 fehlenden Zähnen: Ablehnung Hinweis: Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen oder kieferorthopädische Behandlung, die vor Versicherungsbeginn angeraten oder begonnen worden sind, besteht kein Versicherungsschutz.	✔ - 1 fehlender oder mit herausnehmbarem ZE versorgter Zahn + bis 2 Zähne mit feststizendem* ZE = ohne Einschränkung - bis 4 fehlende/mit herausnehmbarem ZE versorgte Zähne + bis 4 Zähne mit feststizendem* ZE ODER bis 3 fehlende/mit herausnehmbarem ZE versorgte Zähne + bis 5 Zähne mit feststizendem* ZE ODER bis 2 fehlende/mit herausnehmbarem ZE versorgte Zähne + bis 6 Zähne mit feststizendem* ZE ODER 1 fehlender/mit herausnehmbarem ZE versorgter Zahn und bis 7 Zähne mit feststizendem* ZE ODER bis 8 Zähne mit feststizendem* ZE = begrenzte Leistungsstaffel - ab 5 fehlenden/mit herausnehmbarem ZE versorgten Zähnen ODER bei insgesamt mehr als 8 Zähnen, die in der Summe entweder fehlen bzw. mit herausnehmbarem ZE ersetzt sind oder mit feststizendem* ZE versorgt sind = Ablehnung * = Zahnersatz älter als 10 Jahre	✔ KDBP: unbegrenzt KDTP100: 1 bis 3 fehlende Zähne: 7 EUR Risikozuschlag je fehlenden Zahn ab 4 fehlenden Zähnen: Ablehnung Hinweis: KDTP100: Kein Vertragsabschluss möglich für bei Antragsstellung bereits laufende, angeratene oder beabsichtigte zahnärztlichen Maßnahmen. KDBP: Kein Versicherungsschutz für bei Antragsstellung bereits laufende, angeratene Behandlungen.
Werden im Tarif Altersrückstellungen gebildet (kein reiner Risikobeitrag)?	Nein, in diesem Tarif werden keine Altersrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag. Altersgruppen (Beitragsprung): bis 20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, ab 71	ZAHN1H: Nein, in diesem Tarif werden keine Altersrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag. Altersgruppen (Beitragsprung): 0-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, ab 61 ZAHNVB: Nein, in diesem Tarif werden keine Altersrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag. Altersgruppen (Beitragsprung): 0-20, ab 21	Nein, in diesem Tarif werden keine Altersrückstellungen gebildet; es handelt sich somit um einen reinen Risikobeitrag. Altersgruppen: 0-15, 16-20, 21-30, 31-40, 41-45, 46-50, 51-55, 56-60, 61-65, 66-70, 71-75, 76-80, 81-85, ab 86 (Beitragsprung frühestens im 3. Versicherungsjahr)	Nein, in diesem Tarif werden keine Altersrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag. Altersgruppen (Beitragsprung): bis 5, 6-15, 16-25, 26-30, 31-35, 36-45, 46-50, 51-55, 56-60, ab 61	✔ Ja, in diesem Tarif werden Altersrückstellungen gebildet.	KDBP, KDTP100: Nein, in diesem Tarif werden keine Altersrückstellungen gebildet; es handelt sich um einen reinen Risikobeitrag.
Verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht in den ersten 3 Jahren?	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ ZAHNVB, ZAHN1H: Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.	✔ KDBP, KDTP100: Ja, der Versicherer verzichtet auf sein ordentliches Kündigungsrecht.
Wie ist die Mindestvertragsdauer geregelt?	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Versicherungsjahr; es dauert vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.	✔ ZAHNVB, ZAHN1H: Die Mindestvertragsdauer beträgt 12 Monate; danach ist der Tarif täglich kündbar.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Jahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.	✔ Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist nicht identisch mit dem Kalenderjahr. Es beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt. Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angegliedert.	✔ KDBP, KDTP100: Die Mindestvertragsdauer beträgt 2 Versicherungsjahre. Das Versicherungsjahr ist identisch mit dem Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31.12. des Beginnjahres.

Leistungsvergleich Zahn

	Süddeutsche SDK Zahn 100	Barmenia Mehr Zahn 100 Mehr Zahnvorsorge Bonus	Bayerische ZAHN Prestige	Münchener Verein ZahnGesund 100	Continentale CEZE	DKV KDBP KDTP100
Monatsbeitrag:	29,28 €	31,50 €	32,60 €	37,90 €	39,26 €	52,21 €
Erfüllungsgrad Kundenwünsche:	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Zahn						
Sonstiges?	<p>✔ Optionsrecht auf Wechsel in den Tarif dieser Tariffilinie mit der nächsthöheren Erstattungsstufe ohne erneute Gesundheitsprüfung; Umstellungstermin ist jeweils der Erste des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 oder 65 Jahre alt wird (Antragsstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin). Der höhere Versicherungsschutz gilt auch für laufende Versicherungsfälle ab dem Termin der Umstellung. Zzt. ist der ZP1 der Tarif mit der höchsten Erstattungsstufe dieser Tariffilinie.</p> <p>Als Vorleistung gilt auch ein Selbstbehalt, der von der GKV nach § 53 SGB V abgezogen wird. Dieser Selbstbehalt wird nicht erstattet.</p> <p>vertraglich garantierte Gesundheitsdienstleistungen: Gesundheitsberatung, Facharztterminservice (detaillierte Infos: https://www.sdk.de/gesundheitsdienstleistungen)</p>	<p>✔ ZAHNVB: Innovationsgarantie: Es sind sämtliche zahnmedizinische Prophylaxe- und Zahnbehandlungs-Maßnahmen versichert, auch solche, die es heute noch nicht gibt. Der Versicherungsschutz passt sich automatisch an die neuen Gegebenheiten an.</p> <p>ZAHN1H: Innovationsgarantie: Es sind sämtliche Zahnersatz-Maßnahmen versichert, auch solche, die es heute noch nicht gibt. Der Versicherungsschutz passt sich automatisch an die neuen Gegebenheiten an.</p>	<p>✔ In der GKV (nach § 53 SGB V oder in der freien Heilfürsorge/Beihilfe) vereinbarte Selbstbehalte gelten als Vorleistung - und werden nicht erstattet.</p> <p>GKV- oder sonstige Vorleistungen sind durch einen Erstattungsvermerk auf den einzureichenden Kostenbelegen nachzuweisen.</p>	<p>✔ Zukunftsgarantie: Wenn die befundbezogenen Festzuschüsse (Erstattungsbeträge nach § 55 Abs. 1 SGB V) für Zahnersatzmaßnahmen der GKV zukünftig entfallen, weil sie z. B. aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden, garantiert der Versicherer die in den Tarifbedingungen definierten Leistungen unverändert.</p> <p>Innovationsgarantie: Zukünftig neu hinzukommende medizinisch notwendige zahnärztliche oder kieferorthopädische Heilbehandlungsmaßnahmen gem. GOZ/GOÄ sind im tariflichen Umfang mitversichert.</p> <p>Mit dem ersten Antrag auf Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz oder KFO ist ein Nachweis über den letzten zugrundeliegenden Zahnstatus zu erbringen.</p> <p>Werden fehlende Zähne ersetzt, muss der Versicherungsnehmer den Zeitpunkt der Extraktion bzw. des Verlustes nachweisen.</p> <p>Sind in der GKV selbst zu tragende Eigenanteile (z. B. Verwaltungskosten, Selbstbehalte) vereinbart, werden diese nicht erstattet. Die Eigenanteile werden bei der Berechnung des erstattungsfähigen Betrages wie eine Leistung der GKV behandelt.</p>	<p>✔ Leistungen der GKV/anderer ggf. vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und werden von den erstattungsfähigen Kosten abgezogen.</p> <p>In der GKV angerechnete Selbstbehalte gelten als Vorleistung.</p> <p>Bei Zahnersatz, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen muss die %-uale Höhe des Festzuschusses auf der Rechnung bestätigt sein. Zur Erstattung der Kosten für Funktionsdiagnostik ist eine Dokumentation über den klinischen Funktionsstatus einzureichen. Erbringt die GKV/ein anderer vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter keine Leistung, müssen die Rechnungen im Original mit einem sachverhaltsbezogenen Ablehnungsbescheid vorgelegt werden.</p>	<p>✔ KDTP100: Es werden Serviceleistungen des DKV-Gesundheitstelefon angeboten, u. a.: Informationen zu zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen, Benennen von Adressen/ Telefonnummern von Behandlern und Kliniken, Einholen einer zahnärztlichen Zweitmeinung.</p> <p>Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung, parodontologische Leistungen, Wurzelbehandlungen und Kieferorthopädie (bis Alter 17) können über den Tarif KDBE hinzuversichert werden.</p> <p>KDBP: Es werden Serviceleistungen des DKV-Gesundheitstelefon angeboten, u. a.: Informationen zu zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen, Benennen von Adressen/ Telefonnummern von Behandlern und Kliniken, Einholen einer zahnärztlichen Zweitmeinung.</p>