



1 Weshalb benötige ich einen Zahnergänzungs-Tarif?

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen wurde vom Gesetzgeber in der Vergangenheit immer wieder gekürzt. Zuletzt wurden 2005 gravierende Änderungen vorgenommen. Seitdem wird für Zahnersatz nur noch ein befundbezogener Festzuschuss übernommen – egal, für welche Art der Versorgung Sie sich zusammen mit dem Zahnarzt entscheiden. Diese Festzuschüsse decken im Allgemeinen nicht einmal die im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung tatsächlich anfallenden Kosten ab.

Bei einer zahnärztlichen Maßnahme steht in vielen Fällen nicht nur die Regelversorgung (z.B. eine unverblendete Vollgusskrone) zur Auswahl, sondern auch eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung (z.B. Vollverblendete Kronen bis einschließlich Zahn 5) oder eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung (z.B. Implantate).

Schon bei der Regelversorgung kann eine hohe Eigenbeteiligung entstehen. Der Tarif Z50/90 übernimmt zusammen mit der GKV bis zu 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Darüber hinaus leistet Tarif Z50/90 auch für eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung sowie eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung – und zwar zusammen mit der GKV-Leistung bis zu 90% der tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Kosten.

2 Welche Zahnleistungen sind versichert?

Zahnbehandlung: 50% (z. B. professionelle Zahnreinigung entsprechend der GOZ-Ziffer 1040)

Zahnersatz standard: 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Rechnung keine Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung),

Zahnersatz extra: 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält (gleichartige bzw. andersartige Versorgung).

Kieferorthopädie: 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (z.B. KIG 2).

Gnathologie (Funktionsdiagnostik und -therapie des Kiefergelenkes): 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages z.B. bei umfangreichem Zahnersatz (z.B. Brücken, Implantate, Prothesen), bei erstattungsfähiger KFO-Behandlung, oder bei Aufbiss-Schienen.

Einschließlich einer eventuell bestehenden Vorleistung der GKV dürfen dabei für diejenigen Rechnungspositionen, für die vorgeleistet wurde, 90% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge nicht überschritten werden.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen.

Alle Behandlungen müssen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen, also von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abgerechnet werden.

Sofern Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, sind Originalrechnungen mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Kann eine Maßnahme über die gesetzliche Kasse abgewickelt werden, dann können wir weder zusätzlich noch ersatzweise zur Kassenabrechnung eine private Rechnung akzeptieren.

3 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnbehandlung vor?

Ja, es sind Leistungen für professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelung, Parodontalbehandlungen, Schleimhauttransplantationen, Wurzelbehandlungen, Komposit-Füllungen vorgesehen. Inlays gehören zur Kategorie Zahnersatz (nähere Erläuterungen, siehe Punkt 9).

4 Sieht der Tarif Leistungen für professionelle Zahnreinigung vor?

Ja, die Kosten für professionelle Zahnreinigung fallen in den Versicherungsschutz. Die Erstattung erfolgt zu 50%.

Die „Professionelle Zahnreinigung“ (PZR) ist ein Maßnahmenpaket zur systematischen Entfernung aller Arten von Belägen

- harte Ablagerungen (Zahnstein)
- weiche Ablagerungen (Plaque, heute Biofilm genannt)
- alle Verfärbungen (z.B. durch Kaffee, Rotwein, Zigaretten)

auf den Zahnoberflächen und den freiliegenden Wurzeloberflächen oberhalb und unterhalb des Zahnfleischrandes.

Die **PZR** umfasst – abhängig von der individuellen Notwendigkeit –

- die **Reinigung** der Zahnzwischenräume
- die **Entfernung** des Biofilms
- die **Politur** aller zugänglichen Oberflächen
- ggf. die **Fluoridierung** der gereinigten Oberflächen

Die Leistung kann mit Handinstrumenten oder mit mechanischer bzw. instrumenteller Unterstützung erbracht werden.

Die Abrechnung durch den Zahnarzt erfolgt mit Hilfe der GOZ-Ziffer 1040 je Zahn. Diese sieht pro Zahn beim 1-fachen Gebührensatz einen Wert von 1,57 Euro und beim 2,3-fachen Gebührensatz einen Wert von 3,62 Euro vor. So dass sich zum Beispiel bei 28 Zähnen eine Abrechnungssumme zwischen 43,96 Euro und 101,36 Euro ergibt.

Zur Erstattung erkennt die ARAG Krankenversicherung Rechnungen bis zum 2,3-fachen Gebührensatz an.

Für eine PZR wurde im Jahr 2011 durchschnittlich 77 Euro berechnet.
Quelle: Statistik der Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Die Anzahl der erstattungsfähigen Sitzungen für professionelle Zahnreinigung richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit. In der Regel sind ein bis zwei Sitzungen pro Kalenderjahr angemessen.

In der GOZ 2012 steht jetzt eine eigenständige Gebührensatz für die PZR zur Verfügung. Daher werden künftig Pauschalbeträge und analoge Berechnung anderer Ziffern nicht mehr akzeptiert.

Die Kosten für professionelle Zahnreinigung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren werden nicht erstattet, denn Prophylaxemaßnahmen und die Entfernung von Zahnstein sowie die Entfernung von weichen Belägen zur Fluoridierung bzw. zur Versiegelung gehören für diesen Personenkreis zum Leistungsumfang der GKV.

5 Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelungen vor?

Ja, Fissurenversiegelungen werden auch außerhalb GKV-Richtlinien bei den bleibenden Zähnen erstattet (Fissuren sind die Täler im Kauflächenrelief der Seitenzähne).

Die GKV erstattet bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren die Fissurenversiegelung an den bleibenden Backenzähnen (6er und 7er Zahn). Die kleinen Backenzähne (4er und 5er Zahn) werden aus dem Tarif erstattet. Es werden keine Fissurenversiegelungen an Milchzähnen erstattet.

6 Sieht der Tarif Leistungen für einfache Kunststoff-Füllungen vor?

Nein. Im Leistungsumfang der GKV sind Füllungen mit plastischem Füllmaterial enthalten. Hierunter fallen auch einfache Kunststoff-Füllungen (GOZ-Ziffern 2050, 2070, 2090 und 2110).

7 Sieht der Tarif Leistungen für Komposit-Füllungen (hochwertige Kunststoff-Füllungen) an bleibenden Zähnen vor?

Ja. Der Tarif leistet 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für adhäsiv befestigte (dentinadhäsive) Komposit-Füllungen in Mehrschichttechnik (sog. Dentinadhäsive – Mehrschicht - Rekonstruktionen, DMR). Diese fallen unter die gesetzliche Mehrkostenregelung bei der Füllungstherapie (gem. §28 Abs. 2 SGB V). Die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung ist als so genannte Sachleistung (Kassenanteil) auf der Rechnung gegen zu rechnen.

Für DMR-Füllungen leistet der Tarif an bleibenden Front- und Seitenzähnen nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte. Es werden die Ziffern 2060, 2080, 2100 und 2120 bis zum 2,3-fachen Satz der GOZ anerkannt.

DMR-Füllungen stellen eine hochwertige und langfristige Versorgungsform dar.

Einschließlich einer eventuell bestehenden Vorleistung der GKV dürfen 90% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge nicht überschritten werden.

Die Leistungen der GKV müssen jeweils zuerst in Anspruch genommen werden. Dies gilt auch für Begleitleistungen wie z.B. Anästhesie bei der Füllung.

8 Sieht der Tarif Leistungen für Komposit-Füllungen (hochwertige Kunststoff-Füllungen) an Milchzähnen vor?

Nein. Kunststoff-Füllungen an Milchzähnen sind Leistungen der GKV und fallen somit nicht in den Versicherungsschutz.

In den Behandlungsrichtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die vertragszahnärztliche Versorgung heißt es: "Die Milchzähne sollen durch eine konservierende Behandlung erhalten werden, damit die Kaufähigkeit des kindlichen Gebisses bewahrt und eine Fehlentwicklung des bleibenden Gebisses verhütet wird." Demnach sind Kunststoff-Füllungen bei Milchzähnen ausschließlich über die GKV abzurechnen. Bei Milchzähnen stellen DMR-Füllungen aufgrund der kurzen Verweildauer der Milchzähne im Kauorgan eine medizinisch nicht notwendige Maßnahme dar.

9 Sieht der Tarif Leistungen für Inlays vor?

Ja, der Tarif leistet 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages der Aufwendungen für Inlays (z.B. Gold, Keramik). Die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung ist als Sachleistung auf der Rechnung gegen zu rechnen.

Einschließlich einer eventuell bestehenden Vorleistung der GKV dürfen dabei für diejenigen Rechnungspositionen, für die vorgeleistet wurde, 90% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge nicht überschritten werden.

Der Unterschied zwischen plastischen Füllungen und Inlays liegt im Aufwand der Herstellung. Plastische Füllungen werden innerhalb eines Behandlungstermins direkt in den Zahn eingebracht. Für die Anfertigung von Inlays sind in der Regel zwei Behandlungstermine erforderlich.

Beim 1. Termin wird der Zahn präpariert und abgeformt, das Inlay wird im zahntechnischen Labor angefertigt und kann dann ca. 1 Woche später bei einem 2. Behandlungstermin eingesetzt werden.

Die Begleitmaßnahmen (z.B. Kofferdam), die beim Einsetzen des Inlays anfallen, werden im tariflichen Umfang erstattet.

10 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelbehandlungen vor?

Ja, der Tarif leistet 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Wurzelbehandlungen, sofern die GKV die Leistung gänzlich ablehnt. So werden Wurzelbehandlungen z.B. an den großen Backenzähnen (6er, 7er und 8er Zahn) nur unter bestimmten Voraussetzungen von der GKV bezahlt. Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Wurzelbehandlung von Seiten der GKV nicht vor, erstattet die ARAG. Es gilt hierbei wiederum die medizinische Notwendigkeit der Behandlung.

Bestehen für die Wurzelbehandlung die notwendigen Voraussetzungen (geregelt in Bema-Richtlinie B III 9 ff.) für den Sachleistungsanspruch des Versicherten gegenüber der GKV, so können wir weder zusätzlich noch ersatzweise zur Kassenabrechnung eine private Rechnung akzeptieren (z.B. zusätzlich Mikroskop, Laser, Spülungen, Längenbestimmungen bei Wurzelbehandlung, keimdichter Verschluss und Wurzelkanalaufbereitungen).

Wurzelspitzenresektionen sind Leistungen der GKV und fallen somit nicht in den Versicherungsschutz.

Das Auffüllen des Knochendefektes unmittelbar nach der Wurzelspitzenresektion stellt keine tarifliche Leistung dar.

11 Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlungen vor?

Ja, der Tarif leistet 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Parodontalbehandlungen, sofern die GKV die Leistung gänzlich ablehnt (z.B. bei Taschentiefe < 3,5 mm). Voraussetzung für den Leistungsanspruch aus dem Tarif ist hierbei stets die medizinische Notwendigkeit der Behandlung.

Ebenfalls mitversichert sind Lappenoperationen z.B. Bindegewebstransplantate (BGT) oder freie Schleimhauttransplantate (FST) und Knochenaufbau (z.B. mit Emdogain).

Bestehen für die Parodontalbehandlung die notwendigen Voraussetzungen (geregelt in Bema Behandlungsrichtlinie V Systematische Behandlung von Parodontopathien) für den Sachleistungsanspruch des Versicherten gegenüber der GKV, so können wir weder zusätzlich noch ersatzweise zur Kassenabrechnung eine private Rechnung akzeptieren (z.B. Vor- und Nachbehandlung der Parodontalbehandlung und Laser).

12 Sieht der Tarif Leistungen für eine Schleimhauttransplantation vor?

Ja, bei medizinischer Notwendigkeit erfolgt die Erstattung zu 50%.

13 Sieht der Tarif Leistungen für Speicheltests, Bakterientests usw. vor?

Diese Maßnahmen sind medizinisch umstritten und deshalb im Allgemeinen nicht im Versicherungsschutz enthalten. Bei Parodontosetests (z.B. DNA-Sondentest, Padotest) wird die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall anhand der Laborwerte geprüft. Zur Prüfung muss das Testergebnis und der Therapievorschlag zusammen mit der Rechnung vorgelegt werden.

14 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor?

Ja, der Tarif sieht Leistungen für Zahnersatz vor.

Im Rahmen der **Regelversorgung** (absolute Grundversorgung, z.B. sind die hinteren Zahnkronenkomplett ohne Verblendungen), d.h. der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält keine privaten Gebührensätze (GOZ-Anteile), leistet der Tarif 50% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Im Rahmen der **gleichartigen Versorgung**, d.h. der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält teilweise private Gebührensätze (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung z.B. Vollkeramikkrone oder Galvanokrone), sowie im Rahmen der **andersartigen Versorgung**, d.h. der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält ausschließlich private Gebührensätze (z.B. Krone auf Implantat, festsitzender statt herausnehmbarer Zahnersatz) leistet der Tarif 50% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Einschließlich einer eventuell bestehenden Vorleistung der GKV dürfen 90% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge nicht überschritten werden.

Maßgeblich für die Erstattung von Versicherungsleistungen ist wiederum die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung. Rein kosmetische Maßnahmen (z.B. Zahnfarbenbestimmung, individuelles Charakterisieren der Keramik, Keramikschulter, Farbnahme, Fotodokumentation) sind nicht erstattungsfähig.

Durch den von der GKV gewährten Festzuschuss wird die Behandlungsnotwendigkeit des Gebisses durch eine Zahnersatzmaßnahme bestätigt. Fehlt der Festzuschuss für einzelne Zähne, so kann durch die ARAG aufgrund der fehlenden medizinischen Notwendigkeit für die betroffenen Zähne keine Leistung erfolgen.

Es empfiehlt sich, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan (Kostenvoranschlag) bei der ARAG einzureichen.

15 Sieht der Tarif Leistungen für Aufbaufüllungen vor?

Nein.

Eine Aufbaufüllung ist die Basis für eine Teilkrone, Krone oder Brückenkronen. Sie wird immer dann benötigt, wenn verlorener Zahnschmelz/Zahnbein durch z.B. Karies oder heraus gebrochene Teile ersetzt werden muss.

Aufbaufüllungen sind im Leistungsumfang der GKV enthalten. Der Tarif leistet nicht für Aufbaufüllungen sondern ausschließlich für die definitive Versorgung (d.h. Teilkrone, Krone, Brückenkronen) des Zahnes.

Kann eine Maßnahme über die gesetzliche Kasse abgewickelt werden, dann können wir weder zusätzlich noch ersatzweise zur Kassenabrechnung eine private Rechnung akzeptieren.

16 Werden Seitenzahn-Verblendungen erstattet?

Ja, bis einschließlich Zahn 5. Ab dem 6. Zahn werden die Kosten für Keramikverblendungen nicht erstattet, d.h. für die Zähne 16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47 und 48.

17 Sieht der Tarif Leistungen für Verblendschalen (Veneers) vor?

Ja, der Tarif leistet 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages der Verblendschalen bei medizinischer Notwendigkeit. Bei Veneers wird in der Regel durch die GKV ein Festzuschuss für eine Teilkrone gewährt. Vor Behandlungsbeginn muss ein Kostenvoranschlag sowie ein Kiefermodell und ein Röntgenbild vorgelegt werden.

Werden Veneers aus kosmetischen Gründen angefertigt, so erfolgt keine Leistung aus dem Tarif.

18 Sieht der Tarif Leistungen für Aufbiss-Schienen (Knierscherschienen) vor?

Aufbiss-Schienen sind eine Leistung der GKV. Es wird nur die Funktionsdiagnostik (Gnathologie) hierzu zu 50% erstattet. (nähere Erläuterungen siehe Punkt 21).

Für zusätzlich zur GKV-Aufbiss-Schiene privat berechnete Material- und Laborkosten besteht keine Leistungsanspruch aus dem Tarif.

19 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahren) vor?

Ja, bei Kindern leistet der Tarif für kieferorthopädische Maßnahmen in den KIG-Stufen 1 und 2.

Unter KIG versteht man das befundbezogene kieferorthopädische Indikationssystem mit Einstufung des Behandlungsbedarfs nach kieferorthopädischen Indikationsgruppen. Es löste zum 1. Januar 2002 das therapieorientierte Indikationssystem ab. Anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen wird durch den Kieferorthopäden festgestellt, ob eine Fehlstellung vorliegt, für deren Behandlung der Versicherte einen Leistungsanspruch gegenüber der GKV hat. Hierzu

erfolgt die Einstufung des Befundes in fünf verschiedene Behandlungsbedarfsgrade (so genannte KIG-Stufen).

Die GKV übernimmt die Kosten für die Stufen 3, 4 und 5.

Für kieferorthopädische Behandlungen, auch außerhalb der GKV-Richtlinien (bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren) gilt folgendes:

Leistet die Kasse nicht, so fällt eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung in den Versicherungsschutz, wie es z.B. bei KIG 2 der Fall sein kann. Der Tarif leistet 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bitte legen Sie der ARAG zur Prüfung einen Kostenvoranschlag, Röntgenbilder und Kiefermodelle zur Prüfung vor.

Bei KIG 3, 4 und 5 erfolgt keine Leistung durch die ARAG, da die gesetzliche Kasse leistet.

Die so genannten Mehrkosten (z B. Mini- oder Keramikbrackets, Bracketumfeldversiegelung, superelastische Bögen, professionelle Zahnreinigung, Zwischendiagnostik, Funktionsanalyse, Lingualtechnik usw.), die zusätzlich zur Kassenleistung in Rechnung gestellt werden, fallen nicht in den Versicherungsschutz.

Für rein kosmetische Korrekturen besteht kein Leistungsanspruch aus dem Tarif.

20 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie bei Erwachsenen (Personen ab 18 Jahren) vor?

Ja, bei Erwachsenen leistet der Tarif 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für kieferorthopädische Maßnahmen bei medizinischer Notwendigkeit

Bei kieferorthopädischen Behandlungen außerhalb der GKV-Richtlinien (Personen ab 18 Jahren) gilt folgendes:

Eine KIG-Einstufung für die Erwachsenenbehandlung gibt es nicht, da nicht nach Maßgabe des GKV-Leistungskataloges (BEMA) sondern nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat berechnet wird.

Bitte legen Sie der ARAG zur Prüfung vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag, Röntgenbilder und Kiefermodelle zur Prüfung vor.

Die so genannten Mehrkosten (z B. Mini- oder Keramikbrackets, superelastische Bögen, Lingualtechnik usw.), die zusätzlich zu den Gebührensätzen der GOZ in Rechnung gestellt werden, fallen nicht in den Versicherungsschutz.

Für rein kosmetische Korrekturen besteht kein Leistungsanspruch aus dem Tarif.

Für Personen ab 18 Jahren mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, welches kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert, leistet die GKV (entsprechend der BEMA Richtlinie zur kieferorthopädischen Behandlung, B4 vom 19.06.2003). In diesem Fall erfolgt keine Leistung aus dem Tarif.

21 Sieht der Tarif Leistungen für Funktionsdiagnostik (Gnathologie) vor?

Ja, der Tarif leistet 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bei medizinischer Notwendigkeit der Funktionsdiagnostik (GOZ-Ziffern 8000 bis 8100) z.B. für umfangreichen Zahnersatz oder im Zusammenhang mit Aufbiss-Schienen.

Für die GOZ-Ziffer 8000 muss der entsprechende Nachweis zusammen mit der Rechnung eingereicht werden.

22 Sieht der Tarif Leistungen für Implantate vor?

Ja, der Tarif leistet 50% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages der Aufwendungen für medizinisch notwendige Implantate.

Die Anzahl der Implantate ist tariflich nicht begrenzt. Implantate werden aufgrund medizinischer Notwendigkeit erstattet.

Kiefer aufbauende Maßnahmen und die dazugehörigen chirurgischen Maßnahmen sind hierbei ebenfalls zu 50% entsprechend der GOZ 2012 erstattungsfähig.

Einschließlich einer eventuell bestehenden Vorleistung der GKV dürfen 90% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge nicht überschritten werden.

Bei Implantaten und/oder Kiefer aufbauenden Maßnahmen benötigt die ARAG vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag und ein Röntgenbild zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.

23 Sieht der Tarif Leistungen für die Berechnung von speziellen Arbeitsgeräten vor (z.B. Operationsmikroskop, Laser, Vector)?

Die Aufwendungen für den Einsatz von Operationsmikroskop und/oder Laser bei ambulanten operativen Maßnahmen können nur in Form eines Zuschlages in der GOZ berechnet werden. Diese Zuschläge (GOZ-Ziffern 0110, 0120) sind nur in Verbindung mit bestimmten Gebührensätzen der GOZ ansatzfähig. Analoge Berechnungen hierfür können nicht akzeptiert werden.

Im Zusammenhang mit einer privat Zahnärztlichen Behandlung nach GOZ kann der Einsatz von speziellen Arbeitsgeräten (z.B. Vector) im Rahmen der Gebührenbemessung, d.h. über den Steigerungsfaktor der jeweiligen GOZ-Ziffer, berücksichtigt werden. Bei korrekter Berechnung erfolgt die Erstattung im tariflichen Umfang.

Kann eine Maßnahme über die gesetzliche Kasse abgewickelt werden, dann können wir weder zusätzlich noch ersatzweise zur Kassenabrechnung eine private Rechnung akzeptieren (z.B. Mikroskop bei Wurzelbehandlung, Laser bei Parodontal-Behandlung).

24 Sieht der Tarif Leistungen für Arzneimittel vor?

Nein.

25 Sieht der Tarif Leistungen für (Voll-)Narkosen vor?

Der Tarif leistet in Einzelfällen für medizinisch notwendige Vollnarkosen. Die medizinische Notwendigkeit wird anhand eines Röntgenbildes und zahnärztlichen Attestes geprüft. (z.B. bei umfangreichen Knochen aufbauenden Maßnahmen, umfangreichen Implantationen).

Seit dem 01.10.2006 leistet die GKV für (Voll-)Narkosen nur noch bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, und auch dies nur in eingeschränktem Umfang.

Bei Kindern unter 12 Jahren ist zusätzlich der Ablehnungsbescheid der GKV vorzulegen. „Angst vor dem Zahnarzt“ ist allerdings kein Grund für eine Vollnarkose.

Es gibt Fälle, in denen eine Vollnarkose medizinisch nicht notwendig ist, aber vom Patienten gewünscht wird. Ein typisches Beispiel ist die Entfernung aller vier Weisheitszähne. Die Behandlung kann in der Regel schrittweise in mehreren Sitzungen erfolgen, wobei eine örtliche Betäubung jeweils ausreicht. Wünscht der Patient stattdessen, dass alle vier Zähne in einer Sitzung entfernt werden, kann eine Vollnarkose sinnvoll oder sogar erforderlich sein. Hier gibt es die Möglichkeit, die Vollnarkose als Privatleistung durchführen zu lassen. Diese „Wunsch-narkosen“ sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

26 Sieht der Tarif Leistungen für eine Behandlung in einer zahnärztlichen Privatpraxis (d.h. bei einem Zahnarzt ohne Kassenzulassung) vor?

Nein.

27 Sieht der Tarif Leistungen für eine Behandlung im Ausland vor?

Der Tarif sieht Leistungen für Zahnersatzbehandlungen im Ausland vor, wenn die GKV zur geplanten Behandlung den Festzuschuss gewährt. Die Genehmigung durch die GKV muss vorgelegt werden.

Für alle weiteren Leistungsarten (Zahnbehandlung, Kieferorthopädie) besteht kein Leistungsanspruch bei Behandlungen im Ausland.

28 Was ist bei der Rechnungsstellung hinsichtlich des Steigerungsfaktors durch den Zahnarzt zu beachten?

Regelsatz (1-fach bis 2,3-fach)

Gemäß GOZ bildet der 2,3-fache Gebührensatz die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab. Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.

Regelsatz bis Höchstsatz (2,3-fach bis 3,5-fach)

Ein Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten wie erhöhte Schwierigkeit, erhöhter Zeitaufwand oder besondere Umstände bei der Ausführung gegeben sind. Eine individuelle, patientenbezogene Begründung ist durch den Zahnarzt unmittelbar bei Rechnungsstellung anzugeben.

Überschreitung des Höchstsatzes (über 3,5-fach)

Tarif Z100 sieht keine Beschränkung auf einen bestimmten Steigerungsfaktor der GOZ vor. Es wird auch über den 3,5-fachen Satz hinaus erstattet, wenn eine rechtsgültige Honorarvereinbarung getroffen wurde, sofern hierfür objektive Gründe (erhebliche krankheits- oder befundbedingte Erschwernisse) vorliegen.

29 Was versteht man unter der Erläuterung „medizinische Notwendigkeit“?

Die Beurteilungsformel für den Begriff der medizinischen Notwendigkeit lautet nach der höchst-richterlichen Rechtsprechung wie folgt:

„Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen“.

30 Wie setzt sich der erstattungsfähige Betrag zusammen?

Grundlage für die Erstattung von Versicherungsleistungen ist die medizinische Notwendigkeit der entsprechenden Behandlungen. Es handelt sich hier um einen der obersten Grundsätze im Bereich der privaten Krankenversicherung. So ist im § 1 I (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt, dass "der Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person ist." Nach § 5 I 2 MB/KK 94 kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, wenn eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt.

Beispiel:

Krone mit Keramikverblendung an Zahn 16, die Verblendung in Höhe von 50 Euro ist als kosmetische Maßnahme tariflich nicht erstattungsfähig. Der erstattungsfähige Betrag errechnet sich wie folgt:

Gesamtkosten:	400 Euro
abzüglich Verblendung	50 Euro
erstattungsfähiger Betrag	350 Euro
davon 50% entspricht	175 Euro
tarifliche Erstattung	175 Euro

31 Gibt es Summenbegrenzungen in den ersten Jahren?

Ja, die maximale tarifliche Leistung ist in den ersten beiden Jahren begrenzt. Im 1. Jahr liegt die Grenze bei 310 Euro, im 2. Jahr bei 620 Euro. Ab dem 3. Jahr gibt es keine Begrenzung mehr. Die Begrenzungen in den ersten beiden Jahren entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

32 Kann der Tarif selbständig abgeschlossen werden?

Ja, Voraussetzung ist die Mitgliedschaft in einer deutschen GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge. Für Personen mit Kostenerstattungsprinzip im Zahnbereich ist dieser Tarif jedoch nicht abschließbar.

33 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, die Wartezeit beträgt 3 Monate für Zahnbehandlung und 8 Monate für Zahnersatz und Kieferorthopädie.

34 Können die Wartezeiten entfallen?

Ja. Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung ein zahnärztlicher Befundbericht mit entsprechendem Untersuchungsergebnis beim Versicherer eingereicht wird. Zudem entfallen die Wartezeiten bei Behandlungen aufgrund eines Unfalls.

35 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja, bis zu 3 fehlende und/oder durch Prothesen ersetzte Zähne können mit einem Risikozuschlag von 20% je Zahn mitversichert werden.

36 Begriffsklärung

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung / gesetzliche Krankenkasse
PKV	Private Krankenversicherung
BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Kassenärztliche Gebührenordnung für den Zahnarzt)
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte, neu zum 01.01.2012 (Privatärztliche Gebührenordnung für den Zahnarzt)
SGB V	Sozialgesetzbuch fünf

37 Erstattungsbeispiele

Beispiel 1: Ein Zahn fehlt

Befund: Zahn 24 fehlt

a) Regelversorgung:

Brücke von Zahn 23 nach Zahn 25
Gesamtkosten: 700 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z50/90: 300 Euro

→ Tarif Z50/90 füllt hier auf 90 % der Gesamtkosten auf und leistet 230 Euro
Eigenanteil: 70 Euro

b) Gleichartiger Zahnersatz:

Voll verblendete Brücke von Zahn 23 nach Zahn 25
Gesamtkosten: 1.000 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z50/90: 600 Euro

- Tarif Z50/90 erstattet 50 % der Gesamtkosten, d.h. 500 Euro
Eigenanteil: 100 Euro

c) Andersartiger Zahnersatz:

Implantatskonstruktion zum Ersatz des Zahnes 24
Gesamtkosten: 1.600 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z50/90: 1.200 Euro

- Tarif Z50/90 erstattet hier 50 % der Gesamtkosten, d.h. 800 Euro
Eigenanteil: 400 Euro

Beispiel 2: Krone ist defekt

Befund: Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehend zerstörter klinischer Krone

a) Regelversorgung:

Vollgusskrone
Gesamtkosten: 230 Euro
Festzuschuss: 115 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z50/90: 115 Euro

- Tarif Z50/90 füllt hier auf 90 % der Gesamtkosten auf und leistet 92 Euro
Eigenanteil: 23 Euro

b) Gleichartiger Zahnersatz:

Vollverblendete Krone
Gesamtkosten: 400 Euro
Festzuschuss: 115 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z50/90: 285 Euro

- Tarif Z50/90 erstattet hier 50 % der Gesamtkosten, d.h. 200 Euro
Eigenanteil: 85 Euro

c) Andersartiger Zahnersatz:

Zur Krone gibt es keinen andersartigen Zahnersatz

Beispiel 3: Eine Amalgamfüllung ist defekt

Befund: Amalgamfüllung ist defekt und muss ersetzt werden

Inlayversorgung

Gesamtkosten: 400 Euro

Zuschuss für eine Kassenfüllung (z.B. Amalgam): 30 Euro

Eigenanteil Patient ohne Tarif Z50/90: 370 Euro

→ Tarif Z50/90 erstattet hier 50 % der Gesamtkosten, d.h. 200 Euro:
Eigenanteil: 170 Euro

Maßgebend für alle Leistungen sind neben dem Tarif (Teil III der AVB) die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009 (Teil I der AVB) und die Tarifbedingungen (Teil II der AVB).