



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. unverblendete Vollgusskrone) zur Auswahl, sondern auch eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung (z.B. Vollverblendete Krone) oder eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung (z.B. Implantate).

Schon bei der Regelversorgung kann eine hohe Eigenbeteiligung entstehen. Der Tarif Z90Bonus übernimmt zusammen mit der Leistung der GKV 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Darüber hinaus leistet der Tarif Z90Bonus 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?

Zahnprophylaxe: Maximale Erstattung von 2 x 60 Euro pro Kalenderjahr für professionelle Zahnreinigung und zahnprophylaktische Maßnahmen.

Zahnbehandlung: 90 % für z.B. hochwertige Kunststoff-Füllungen und Fissurenversiegelung.

Zahnersatz standard: 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Rechnung keine Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung),

Zahnersatz extra: 80% - 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält (gleichartige bzw. andersartige Versorgung).

Kieferorthopädie: 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (z.B. KIG 2).

Kieferorthopädie: 80% der Mehrleistungen, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (z.B. KIG 3). Es werden jedoch maximal 1.000 Euro während der gesamten Vertragslaufzeit erstattet.

Gnathologie: (Funktionsdiagnostik und -therapie des Kiefergelenkes): 80% - 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages z.B. bei umfangreichem Zahnersatz (z.B. Brücken, Implantate, Prothesen), bei erstattungsfähiger KFO-Behandlung, oder bei Aufbiss-Schienen.

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. Die Leistungen der GKV müssen jeweils zuerst in Anspruch genommen werden. Kann eine Maßnahme über die gesetzliche Kasse abgewickelt werden, dann können wir (mit Ausnahme der kieferorthopädischen Behandlung) weder zusätzlich noch ersatzweise zur Kassenabrechnung eine private Rechnung akzeptieren.

Bonusheftregelung

Für die Leistungsarten Zahnersatz extra (einschl. Implantaten), Inlays und Gnathologie erfolgt die Kostenerstattung zu mindestens 80%.

Kann der Versicherte für die fünf vergangenen Jahre, z.B. durch ein Bonusheft, die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, so erhöht sich der Erstattungsprozentsatz auf 90 %.

3 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnbehandlung vor?

Ja, es sind Leistungen für Fissurenversiegelung, Parodontalbehandlungen, Schleimhauttransplantationen, Wurzelbehandlungen und 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. Erstattungsfähig sind Kosten in Höhe von 60 Euro zweimal im Kalenderjahr. Bei einem Versicherungsbeginn nach dem 30.06. eines Jahres ist im ersten Kalenderjahr professionelle Zahnreinigung nur einmal erstattungsfähig.

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, Fissurenversiegelung zählt zur Zahnbehandlung und wird zu 90 % erstattet.

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 90% 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.

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 80% - 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages zusammen mit der GKV der Aufwendungen für Inlays (z.B. Gold, Keramik). Die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung ist als Sachleistung auf der Rechnung gegen zu rechnen.

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 90% 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 90% 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 eine Erstattung im tariflichen Umfang.

In Zusammenhang mit Zahnbehandlungsmaßnahmen (z.B. Parodontalbehandlung) erfolgt die Erstattung zu 90%. In Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen (z.B. Implantatversorgung) erfolgt die Erstattung zu 80% - 90%.

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, Parotest) 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 Zahnkronen komplett ohne Verblendungen), d.h. der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält keine privaten Gebührensätze (GOZ-Anteile), leistet der Tarif zusammen mit der GKV 90% 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 zusammen mit der GKV 80% - 90% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

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 (Veneere) vor?

Ja, der Tarif leistet 80% - 90% 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 (Knirscherschienen) vor?

Aufbiss-Schienen sind eine Leistung der GKV. Es wird jedoch die Funktionsdiagnostik (Gnathologie) hierzu zu 80% - 90% erstattet (nähere Erläuterungen siehe Punkt 21).

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

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

Ja, der Tarif leistet für kieferorthopädische Maßnahmen.

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 die KIG-Einstufungen 1 und 2 (kieferorthopädische Behandlungen außerhalb der GKV-Richtlinien) gilt folgendes:

Leistet die Kasse nicht, so fällt eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung in den Versicherungsschutz, wie es z.B. bei KIG 1 und 2 der Fall sein kann. Der Tarif leistet 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

Für die KIG-Einstufungen 3, 4 und 5 gilt folgendes:

Für medizinisch notwendige kieferorthopädische Maßnahmen, für die die GKV eine Vorleistung erbringt – bei Einstufung in KIG 3, 4 oder 5 – übernimmt die ARAG 80% der Mehrkosten, maximal jedoch 1.000 Euro während der gesamten Vertragslaufzeit.

Zu diesen so genannten Mehrkosten zählen z. B. Mini- oder Keramikbrackets, Bracketumfeldversiegelung, superelastische Bögen, professionelle Zahnreinigung, Zwischendiagnostik, Funktionsanalyse, Lingualtechnik usw. die zusätzlich zur Kassenleistung in Rechnung gestellt werden.

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 (außerhalb der GKV-Richtlinien) leistet der Tarif 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für kieferorthopädische Maßnahmen bei medizinischer Notwendigkeit

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 vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag, Röntgenbilder und Kiefermodelle zur Prüfung vor.

Die so genannten Mehrkosten zur privaten kieferorthopädischen Behandlung bei Erwachsenen (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.

Unter Erwachsenenbehandlung innerhalb der GKV-Richtlinien fallen Personen ab 18 Jahren mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, welches kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordern. Hier 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 80% - 90% 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 80% - 90% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

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 80% - 90 % erstattungsfähig.

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 analoge Berechnungen 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 Gebührensatznummern der GOZ ansatzfähig. Analoge Berechnungen hierfür können nicht akzeptiert werden.

Im Zusammenhang mit einer privatärztlichen Behandlung nach GOZ kann der Einsatz von speziellen Arbeitsgeräten (z.B. Vector) im Rahmen der Gebührenbemessung, d.h. über den Steigerungsfaktor der jeweiligen GOZ-Ziffern, 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 Narkosen. 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 „Wunschnarkosen“ 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 oder 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 Z90Bonus 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 höchstgerichtlichen 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 Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (MB/KK) geregelt, dass "der Versicherungsfall die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person ist." Nach § 5 I (2) der MB/KK 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
<u>abzüglich Verblendung</u>	<u>50 Euro</u>
erstattungsfähiger Betrag	350 Euro
davon 80% entspricht	280 Euro
<u>abzüglich GKV</u>	<u>115 Euro</u>
tarifliche Erstattung	165 Euro

Bei 5 Jahren nachgewiesener Vorsorge:

Gesamtkosten:	400 Euro
<u>abzüglich Verblendung</u>	<u>50 Euro</u>
erstattungsfähiger Betrag	350 Euro
davon 90% entspricht	315 Euro
<u>abzüglich GKV</u>	<u>115 Euro</u>
tarifliche Erstattung	200 Euro

31 Gibt es Summenbegrenzungen in den ersten Jahren?

Ja, die maximale tarifliche Leistung ist in den ersten Jahren begrenzt.

Im 1. Jahr liegt die Grenze bei 1.000 Euro,
in den ersten 2 Jahren zusammen bei 2.000 Euro,
in den ersten 3 Jahren zusammen bei 3.000 Euro,
in den ersten 4 Jahren zusammen bei 4.000 Euro,
in den ersten 5 Jahren zusammen bei 5.000 Euro,
ab dem 6. Jahr unbegrenzt.

Die Begrenzungen in den ersten 5 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 Was versteht man unter Kalkulation nach Art der Schadenversicherung?

Das in der Krankenversicherung übliche Kalkulationsmodell ist die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung. Ziel dabei ist es, über die gesamte Vertragslaufzeit eine konstante Prämie zu zahlen. Im Allgemein steigen mit zunehmendem Alter die Gesundheitsausgaben. Um die Prämie dennoch konstant zu halten, ist in jungen Jahren im Beitrag ein so genannter Sparanteil enthalten. Dieser wird verzinslich angesammelt (als so genannte Alterungsrückstellung), um die mit zunehmendem Alter höheren Gesundheitsausgaben zu decken.

Bei der Kalkulation nach Art der Schadenversicherung wird auf die Ansammlung von Alterungsrückstellungen verzichtet. Die Kalkulation nach Art der Schadenversicherung ist im Zahnzusatzbereich vertretbar, da die Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter nicht in dem Maße steigen wie zum Beispiel in der stationären Zusatzversicherung.

Bei Tarif Z90Bonus, der nach Art der Schadenversicherung kalkuliert ist, steigen demnach die Beiträge im Vertragsverlauf abhängig vom Alter des Kunden. Der Beitrag richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter. Bei Tarif Z90Bonus wird der Beitrag nach folgenden Altersgruppen gestaffelt:

0 – 15 Jahre
16 – 20 Jahre
21 – 35 Jahre
36 – 40 Jahre
41 – 45 Jahre
46 – 50 Jahre
51 – 55 Jahre
56 – 60 Jahre
61 – 65 Jahre

Mit Erreichen einer neuen Altersstufe wird automatisch der Beitrag für die neue Altersstufe fällig. Gleichzeitig entsteht für den Versicherten ein Sonderkündigungsrecht zum Wirksamwerden der Erhöhung.

38 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 Z90Bonus: 300 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt 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 Z90Bonus: 600 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt auf mind. 80% der Gesamtkosten auf und leistet 400 Euro
Eigenanteil: 200 Euro
- Tarif Z90Bonus füllt bei nachgewiesener fünfjähriger Vorsorge auf 90% der Gesamtkosten auf und leistet 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 Z90Bonus: 1.200 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt auf mind. 80% der Gesamtkosten auf und leistet 880 Euro
Eigenanteil: 320 Euro
- Tarif Z90Bonus füllt bei nachgewiesener fünfjähriger Vorsorge auf 90% der Gesamtkosten und leistet 1040 EUR
Eigenanteil: 160 EUR

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 Z90Bonus: 115 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt 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 Z90Bonus: 285 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt auf 80% der Gesamtkosten auf und leistet 205 Euro
Eigenanteil: 80 Euro
- Tarif Z90Bonus füllt bei nachgewiesener fünfjähriger Vorsorge auf 90% der Gesamtkosten und leistet 245 EUR
Eigenanteil: 40 EUR

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 Z90Bonus: 370 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt auf 80% der Gesamtkosten auf und leistet 290 Euro
Eigenanteil: 80 Euro

- Tarif Z90Bonus füllt bei nachgewiesener fünfjähriger Vorsorge auf 90% der Gesamtkosten auf und leistet 330 Euro
Eigenanteil: 40 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).