



1 Weshalb benötige ich einen Zahnergänzungs-Tarif?

Die gesetzlichen Krankenkassen kürzen ihre Leistungen.

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 zur Auswahl, sondern auch eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung oder eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung.

Schon bei der Regelversorgung kann eine hohe Eigenbeteiligung entstehen. Der Tarif DentalPro Z70 leistet sowohl für eine Regelversorgung als 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 70% der tatsächlich entstandenen Kosten.

2 Welche Zahnleistungen sind versichert?

Zahnersatz: 70%, wenn die Rechnung keine Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung), 70%, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält (gleichartige bzw. andersartige Versorgung).

Kieferorthopädie: 70%, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (z.B. KIG 2).

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.

3 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnbehandlung vor?

Nein, mit Ausnahme von Leistungen für Inlays (siehe Frage 11).

4 Sieht der Tarif Leistungen für professionelle Zahnreinigung vor?

Nein.

5 Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelungen vor?

Nein.

6 Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlungen vor?

Nein.

7 Sieht der Tarif Leistungen für analoge Berechnungen von speziellen Arbeitsgeräten vor (z.B. Operationsmikroskop)?

Die Aufwendungen für den Einsatz von speziellen Arbeitsgeräten bei ambulanten operativen Maßnahmen können nur in Form eines Zuschlages berechnet werden. Dieser Zuschlag ist nur in Verbindung mit bestimmten GOÄ-Ziffern berechenbar, welche im Allgemeinen jedoch für den Zahnarzt nicht zugänglich sind. Im Zusammenhang mit einer privatärztlichen Behandlung nach GOZ kann der Einsatz von speziellen Arbeitsgeräten im Rahmen der Gebührenbemessung, d.h. über den Steigerungsfaktor der jeweiligen GOZ-Ziffern, berücksichtigt werden. Bei korrekter Berechnung erfolgt die Erstattung im tariflichen Umfang.

8 Sieht der Tarif Leistungen für eine Schleimhauttransplantation vor?

Nein.

9 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelbehandlungen vor?

Nein.

10 Sieht der Tarif Leistungen für Kunststoff-Füllungen vor?

Nein.

11 Sieht der Tarif Leistungen für Inlays vor?

Ja, die Aufwendungen für Inlays (Gold, Keramik, Kunststoff) sind zu 70% erstattungsfähig. Es wird in der Regel auf der Rechnung der Kassenzuschuss für eine Amalgamfüllung abgezogen.

Der Unterschied zwischen Kunststoff-Füllungen und Inlays liegt darin, dass Kunststoff-Füllungen direkt im Mund des Patienten eingebracht und Inlays dagegen im Labor hergestellt werden.

12 Sieht der Tarif Leistungen für Knirscherschienen (Aufbiss-Schienen) vor?

Nein.

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

Nein.

14 Sieht der Tarif Leistungen für Arzneimittel vor?

Nein.

15 Was versteht man unter „Regelversorgung der GKV“?

Die Regelversorgung der GKV stellt nur die absolute Grundversorgung sicher. So sind z.B. die Kauflächen bei Zahnkronen nicht mit einem zahnfarbenen Material überzogen. Die hinteren Zahnkronen sind komplett ohne Verblendungen, man sieht nur eine Goldkrone.

16 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor?

Ja, die Erstattung für Zahnersatz beträgt im Rahmen einer Regelversorgung, d.h. der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält keine GOZ-Anteile, zusammen mit der GKV 70% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Enthält der gesetzliche Heil- und Kostenplan vollständig oder teilweise GOZ-Anteile, handelt es sich um eine über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige Versorgung (z.B. Vollkeramikkrone oder Galvanokrone) oder um eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung (z.B. Teleskopprothese oder Krone auf Implantat). In diesem Fall leistet die ARAG zusammen mit der GKV 70% der erstattungsfähigen Rechnungsbeträge.

Laborleistungen werden entsprechend der BEL- (vertragszahnärztlich vereinbarte Laborpreise) oder BEB- Liste (privatzahnärztlichen Leistungen der Zahntechnikpreise) erstattet.

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.

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

17 Sieht der Tarif Leistungen für Funktionsdiagnostik im Zusammenhang mit Zahnersatz vor?

Ja, bei medizinischer Notwendigkeit wird die Funktionsdiagnostik tariflich zu 70% erstattet (GOZ-Ziffern 800 bis 810). Für Ziffer 800 muss der entsprechende Nachweis zusammen mit der Rechnung eingereicht werden.

18 Sieht der Tarif Leistungen für Implantate vor?

Ja, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Implantate werden zu 70% erstattet. Die Anzahl der Implantate ist tariflich nicht begrenzt. Implantate werden aufgrund medizinischer Notwendigkeit erstattet.

Kieferaufbauende Maßnahmen und die dazugehörigen chirurgischen Maßnahmen sind hierbei ebenfalls zu 70% erstattungsfähig.

Bei Implantaten benötigt die ARAG vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag und ein Röntgenbild zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit.

19 Sieht der Tarif Leistungen für Verblendschalen (Veneere) vor?

Ja, Verblendschalen werden bei medizinischer Notwendigkeit erstattet. Vor Behandlungsbeginn muss ein Kostenvoranschlag sowie ein Kiefermodell und ein Röntgenbild vorgelegt werden. Die Erstattung beträgt 70%.

20 Leistet der Tarif Z70 auch über die Höchstsätze der GOZ hinaus?

Ja, der Tarif Z70 sieht keine Beschränkung auf einen bestimmten Steigerungsfaktor der GOZ vor. Die Erstattung erfolgt in der Regel bis zu Faktor 2,3. Mit entsprechender Begründung kann bis zu Faktor 3,5 abgerechnet werden. Mit gültiger Honorarvereinbarung kann der Höchstsatz überschritten werden, sofern es hierfür objektive Gründe gibt.

21 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie bei Kindern und Erwachsenen vor?

Ja, der Tarif Z70 leistet 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. Die GKV übernimmt die Kosten für die Stufen 3, 4 und 5.

Die Kieferorthopädische Behandlung auch außerhalb GKV-Richtlinien (gilt für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren) wird wie folgt erstattet:

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.

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. Die Aufwendungen hierfür sind zu 70% erstattungsfähig.

Sollte bei einem Patienten über 18 Jahren Kieferorthopädie angeraten sein, dann ist diese bei medizinischer Notwendigkeit zu 70% erstattungsfähig.

Bitte legen Sie jedoch der ARAG einen Kostenvoranschlag, Röntgenbilder und Kiefermodelle zur Prüfung vor (gilt auch bei Kindern).

22 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.

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

Ja, der Tarif Z70 leistet für medizinisch notwendige Narkosen oder Sedierungen. Dies wird im Einzelfall anhand eines Röntgenbildes und zahnärztlichen Attestes geprüft. Bei Kindern unter 12 Jahren ist zusätzlich der Ablehnungsbescheid der GKV vorzulegen. „Angst vor dem Zahnarzt“ ist allerdings kein Grund für eine Vollnarkose.

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.

24 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 400 Euro, im 2. Jahr bei 800 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.

25 Kann der Tarif Z70 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.

26 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

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

27 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.

28 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja, bis zu 4 fehlende und/oder durch Prothesen ersetzte Zähne können mit einem Risikozuschlag von 10% je Zahn mitversichert werden.

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 medi-zinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung ver-tretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen“.

30 Erstattungsbeispiele

Beispiel 1: Ein Zahn fehlt

Befund: Zahn 15 fehlt

a) Regelversorgung:

Brücke von Zahn 14 nach Zahn 16
Gesamtkosten: 700 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z70: 300 Euro

→ Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 90 Euro
Eigenanteil: 210 Euro

b) Gleichartiger Zahnersatz:

Voll verblendete Brücke von Zahn 14 nach Zahn 16
Gesamtkosten: 1.000 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z70: 600 Euro

→ Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 300 Euro
Eigenanteil: 300 Euro

c) Andersartiger Zahnersatz:

Implantatskonstruktion zum Ersatz des Zahnes 15
Gesamtkosten: 1.600 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z70: 1.200 Euro

→ Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 720 Euro
Eigenanteil: 480 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 Z70: 115 Euro

- Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 46 Euro
Eigenanteil: 69 Euro

b) Gleichartiger Zahnersatz:

Vollverblendete Krone

Gesamtkosten: 400 Euro

Festzuschuss: 115 Euro

Eigenanteil Patient ohne Tarif Z70: 285 Euro

- Tarif Z70 füllt auf 70% der Gesamtkosten auf und leistet 165 Euro
Eigenanteil: 120 Euro

c) Andersartiger Zahnersatz:

Zur Krone gibt es keinen andersartigen Zahnersatz

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).