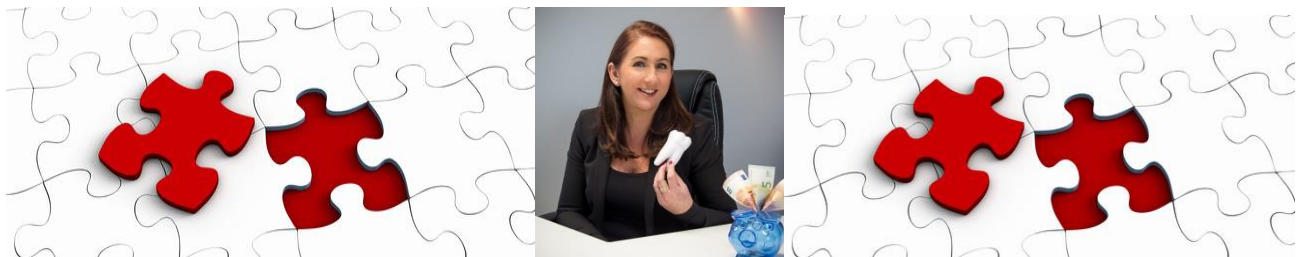


Merkblatt zur privaten Zahnzusatzversicherung



für Patienten des ZZB

Inhaltsverzeichnis:

- (1) Wer kann eine Zahnzusatzversicherung abschließen?
- (2) Warum ist eine Zahnzusatzversicherung überhaupt sinnvoll?
- (3) Warum ist es empfehlenswert, eine Versicherung bei einem Versicherungsmakler abzuschließen?
- (4) Wo ist der Vertragsabschluss am günstigsten?
- (5) Was ist bei der Wahl der passenden Zahnzusatzversicherung zu beachten?
- (6) Woran erkenne ich eine gute und leistungsstarke Zahnzusatzversicherung?
- (7) Mir ist bereits vom Zahnarzt eine Zahnbehandlung angeraten worden?
- (8) Was versteht man unter „Regelversorgung“?
- (9) Was sind Wartezeiten?
- (10) Wonach werden die Material- und Laborkosten berechnet?
- (11) Was versteht man unter einem Material- und Laborkostenverzeichnis?
- (12) Was ist die Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte und welche Regelhöchstsätze und Höchstsätze sieht sie vor?
- (13) Was ist bei einer Zahnzusatzversicherung für Kinder zu beachten?
- (14) Was genau ist professionelle Zahnreinigung (PZR) und warum ist sie so wichtig?
- (15) Warum soll eine Zahnzusatzversicherung auch für Zahnbehandlungen (insbesondere für Wurzel- und Parodontitisbehandlungen) leisten?
- (16) Ich habe bereits eine „alte“ Zahnzusatzversicherung abgeschlossen, macht ein Wechsel Sinn?
- (17) Ich habe schon viel Zahnersatz, benötige ich trotzdem noch eine Zahnzusatzversicherung?
- (18) Was versteht man unter „medizinischer Notwendigkeit“?

(1) Wer kann eine Zahnzusatzversicherung abschließen?

Jedes Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse kann eine Krankenzusatzversicherung abschließen (somit auch Familienversicherte oder freiwillig gesetzlich Versicherte).

Privatversicherte können keine Zusatzversicherung abschließen. Hier kann im Rahmen der Vollkrankenversicherung geprüft werden, ob die Leistungen im Zahnbereich aufgestockt und somit verbessert werden können.

(2) Warum ist eine Zahnzusatzversicherung überhaupt sinnvoll?

Von der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) wird nur noch ein befundbezogener Festzuschuss geleistet (max. 65 % mit Bonusheft der Regelversorgung). Die Regelversorgung beinhaltet die preiswerteste medizinisch notwendige Behandlung und stellt damit nur die absolute Grundversorgung sicher. Die Kosten für Zahnersatz fallen häufig höher aus, da neben funktionierendem Zahnersatz auf Ästhetik und hochwertige Materialien Wert gelegt wird.

Selbst bei der Regelversorgung verbleibt immer ein Eigenanteil von 50 % (mit Bonusheft 35 % oder 40 %). Entscheiden Sie sich für eine höherwertige Versorgung Ihrer Zähne, fällt der Eigenanteil um einiges höher aus. Diesen Eigenanteil reduzieren bzw. vermeiden Sie durch den Abschluss einer Zahnzusatzversicherung.

Auch übernehmen Zahnzusatzversicherungen Kosten für die die gesetzliche Krankenversicherungen überhaupt nicht (mehr) leistet. Hierunter fallen z.B.:

- Funktionsanalyse, die bei der Versorgung mit Zahnersatz in vielen Fällen angeraten ist,
- professionelle Zahnreinigung, die dem Zahnerhalt dient,
- Wurzelbehandlungen an den großen Backenzähnen, da die gesetzliche Krankenversicherung diese Kosten nur unter bestimmten Voraussetzungen noch übernimmt,
- Parodontalbehandlungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nur ab einer Taschentiefe von 3,5 mm übernommen werden.

(3) Warum ist es empfehlenswert, eine Versicherung bei einem Versicherungsmakler abzuschließen?

Der Versicherungsmakler ist unabhängig und an keine Versicherungsgesellschaft gebunden. Er vertritt kraft Gesetz ausschließlich die Interessen seiner Kunden. Er berät Sie bei der Wahl der passenden Versicherung neutral und umfangreich. Der Versicherungsmakler ist auch nach Vertragsabschluss betreuend für Sie tätig.

(4) Wo ist der Vertragsabschluss am günstigsten?

Ob Sie direkt bei einer Versicherungsgesellschaft, bei einem Vertreter der Gesellschaft oder bei einem Versicherungsmakler abschließen, der Preis ist immer der gleiche.

(5) Was ist bei der Wahl der passenden Zahnzusatzversicherung zu beachten?

Die Versicherung muss auf den aktuellen Gesundheitszustand Ihrer Zähne (Zahnstatus) abgestimmt sein. Zur Ermittlung des Zahnstatus laden Sie sich bitte den Fragebogen „Angebot für eine Zahnzusatzversicherung“ von meiner Internetseite www.passende-versicherungen.berlin unter dem Punkt Formulare & Downloads herunter. Dieser Fragebogen klärt alle relevanten Gesundheitsaspekte ab. Lassen Sie sich diesen Fragebogen von Ihrem behandelnden Zahnarzt ausfüllen.

Anhand des ausgefüllten Fragebogens kann ich Ihnen als Versicherungsmakler ein individuell auf Ihren Zahnstatus und Ihren Absicherungswunsch zugeschnittenes Angebot erstellen. Ebenfalls kann ich vor Antragstellung für Sie die Annahmebedingungen prüfen, damit Ihr Antrag nicht abgelehnt wird. Eine Antragsablehnung kann negative Folgen haben, da sie dies künftig bei weiteren Anträgen angeben müssen. Üblicher Weise werden Antragsablehnungen auch einer zentral beim GDV (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.) geführten Datei gemeldet.

Das Vorliegen eines aktuellen Zahnstatus ist ebenfalls bei Vertragsabschluss wichtig, damit die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen zutreffend und wahrheitsgemäß beantwortet werden können. Sollte die Versicherung Ihnen später hier Unstimmigkeiten nachweisen können, verlieren Sie möglicher Weise Ihren Versicherungsschutz. Auch kann die Versicherung wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder sogar den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

(6) Woran erkenne ich eine gute und leistungsstarke Zahnzusatzversicherung?

- Für Zahnersatz und Zahnbehandlung sollte mindestens 80 % oder mehr geleistet werden.
- Leistungen sollten unabhängig von einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse erfolgen.
- Zahnarzthonorare werden bis zum Höchstsatz (3,5-facher Satz) der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) übernommen.
- Bei Implantatleistungen sollte Knochenaufbau und Funktionsdiagnostik mitversichert sein. Auch sollte die Anzahl der Implantate nicht begrenzt sein.
- Inlays (aus Gold oder Keramik) und Kunststofffüllungen sollten mitversichert sein.
- Leistungen für Keramikverblendungen sollten nicht begrenzt sein.
- Die Zahnstaffel (Höchstgrenzen in den ersten Jahren) sollte nicht zu gering und nicht zu langfristig sein.
- Der Versicherer sollte auf sein ordentliches Kündigungsrecht verzichten, damit er den Vertrag in den ersten drei Jahren nicht beenden kann.
- Die Leistungen sollten nicht nach einem festen Material- und Laborkostenverzeichnis erfolgen.

(7) Mir ist bereits vom Zahnarzt eine Zahnbehandlung angeraten worden?

Ob etwas angeraten ist oder nicht, kann Ihnen eigentlich der Zahnarzt sagen, da entscheidend ist, was er in seiner Akte vermerkt hat. Kommt es zum Leistungsfall, wird in der Regel beim Zahnarzt von der Versicherung angefragt, ob bereits etwas vor Vertrags-

abschluss angeraten war oder nicht. Sollte hier also Unklarheit bestehen, fragen Sie am besten Ihren Zahnarzt.

Für vor Vertragsabschluss angeratene oder beabsichtigte Behandlungen leistet kein Versicherer. Dennoch kann eine Versicherung abgeschlossen werden, damit künftige Behandlungen oder Zahnersatz versichert sind und die Wartezeiten bereits abgeleistet sind.

(8) Was versteht man unter „Regelversorgung“?

Die Regelversorgung stellt eine absolute Grundversorgung (ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich) sicher.

Eine zahnprothetische Regelversorgung, bestehend aus den notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, orientiert sich grundsätzlich an den Zahnbefunden, die vom „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (u. a. Zahnärzte und Vertreter von Krankenkassen) entwickelt worden sind. Ein Katalog von 52 solcher Befunde bildet dabei die Basis für die Beurteilung der Leistung. Hinzu kommen Planung und Vorbereitung des Restgebisses, die Beseitigung von groben „Okklusionshindernissen“ (das sind u.a. überstehende Ränder an Kronen) und alle Maßnahmen zur Herstellung und Eingliederung des Zahnersatzes einschließlich der Nachbehandlung sowie die Unterweisung im Gebrauch des Zahnersatzes.

Typisches Beispiel ist die Krone auf dem ersten großen Backenzahn: Die Regelversorgung sieht dafür eine Metallkrone (Vollgusskrone) vor. Wird diese nun mit einer weißen Schicht zahnfarben verblendet (Verblendkrone), so gilt diese „weiße Krone“ als Zusatzleistung. Der Versicherte erhält dafür den „Festzuschuss Metallkrone“ von seiner Kasse (50 % oder mit Bonusheft 60 bzw. 65 %). Den Eigenanteil (35, 40 oder 50 %) sowie die anfallenden Mehrkosten für das zahnfarbende Aussehen müssen komplett selbst getragen werden.

(9) Was sind Wartezeiten?

Wartezeit ist ein vorgegebener Zeitraum. Werden Behandlungen während dieses Zeitraums durchgeführt, sind Sie nicht erstattungsfähig. Neue, nach Vertragsabschluss entstandene Versicherungsfälle sind aber mitversichert, auch wenn diese während der Wartezeit auftreten. Häufig kann man dann die Behandlungen nach hinten schieben, damit sie erst nach der Wartezeit durchgeführt werden und dann eben erstattungsfähig sind.

Für Zahnzusatzversicherungen beträgt die Wartezeit in der Regel acht Monate. Bei einigen Versicherern kann die Wartezeit durch Vorlage eines aktuellen ärztlichen Befundberichts entfallen.

(10) Wonach werden die Material- und Laborkosten berechnet?

Bei einer Zahnersatzmaßnahme fallen neben den Behandlungskosten auch Labor- und Materialkosten an. Das zahntechnische Labor, welches den Zahnersatz angefertigt hat, stellt seine Rechnung nach verschiedenen Leistungsverzeichnissen, an denen es sich orientiert.

Für die Kosten, die in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Regelversorgung) fällt, berechnet das zahntechnische Labor die Kosten nach dem **BEL** (Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis). Dieses gesetzliche Leistungsverzeichnis ist eine Höchstpreisliste, deren Positionen und Konditionen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Zahntechniker-Innungen ausgehandelt werden. Die Preise des BEL sind natürlich nicht sehr hoch bemessen und es handelt sich dabei stets um einfachsten Zahnersatz.

Die zahntechnischen Leistungen, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse hinausgehen werden in der **BEB** (Bundeseinheitliche Benennungsliste) aufgeführt. Wie der Name vermuten lässt handelt es sich nicht um verbindliche Vorgaben. Vielmehr sind die Positionen und Preise des BEB unverbindliche Kalkulationsgrundlagen, die sich an den gängigen Kosten für zahntechnische Leistungen orientieren. Die Preise sind hierbei wesentlich höher angegeben als beim gesetzlich verbindlichen Leistungskatalog (BEL). Eine Zahnzusatzversicherung orientiert sich am BEB, sofern kein eigenes Preis-Leistungsverzeichnis (**Material- und Laborkostenverzeichnis**) vorhanden ist. Zahnversicherungen, die kein eigenes Preis-Leistungsverzeichnis haben, orientieren sich an den Marktpreisen, die im BEB aufgeführt sind, und erstattet entsprechend.

(11) Was versteht man unter einem Material- und Laborkostenverzeichnis?

Einige Zahnversicherung erstatten bei Zahnersatzmaßnahmen nur die Labor- und Materialkosten, die im eigenen Preis-Leistungsverzeichnis aufgeführt sind. In diesem Fall werden für Material- und Laborkosten die eigenen dort aufgeführten Preise als Höchstgrenze angenommen. Einerseits ist dies ein Vorteil, da sich der Versicherer verbindlich daran hält, andererseits kann es auch ein Nachteil sein, wenn die Preise im Verzeichnis nicht den ortsüblichen Preisen entsprechen. Außerdem ist dies problematisch, sofern das Verzeichnis nicht der Inflation angepasst wird.

Das eigene Preis- Leistungsverzeichnis gibt der Zahnversicherung in so einem Fall die Möglichkeit, Kosten und Leistungen einzusparen, da sich die Erstattungssätze nur auf die eigene Preisliste beziehen. Ein eigenes Preis- Leistungsverzeichnisse führt zwar zu stabilen Beiträgen, jedoch kann dies sehr zum Nachteil für den Versicherten sein, sofern die Kosten für Material und das Labor höher ausfallen, da diese nach der **BEB** (s.o.) berechnet werden und nicht nach dem vom Versicherer vorgegebenen Leistungsverzeichnis.

(12) Was ist die Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte und welche Regelhöchstsätze und Höchstsätze sieht sie vor? Was ist eine Honorarvereinbarung?

Die amtliche Deutsche Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**) und Zahnärzte (**GOZ**) sieht für die Berechnung ärztlicher Leistungen eine Spanne vom 1-fachen bis 3,5-fachen (= **Höchstsatz**) des Gebührensatzes/der Grundgebühr vor.

Innerhalb dieses Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen des Arztes zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein.

In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem 1-fachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes (=Regelhöchstsatz) bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen. Diese Besonderheit muss in der Rechnung durch den Arzt schriftlich begründet werden. Während der Behandlung muss der Arzt seinen Patienten nicht davon unterrichten, ob ggf. ein höherer Satz als der „normale“ **Regelhöchstsatz** (2,3-fach) zum Tragen kommt. Treten bei einer zahnmedizinischen Behandlung vermehrter Speichelfluss oder starke Blutungen auf, ist eine Steigerung des Abrechnungssatzes bis auf den **Höchstsatz** (3,5-fach) durchaus gerechtfertigt und wird vom Arzt auch abgerechnet.

Sieht der abgeschlossene Tarif nur Leistungen bis zum **Regelhöchstsatz** (2,3-fach) vor und der Arzt rechnet aber den **Höchstsatz** (3,5-fach) ab, muss die Differenz vom Patienten selbst getragen werden. Da nicht planbar ist, ob Sie beim Arzt eine Rechnung zum 2,3-fachen oder 3,5-fachen Satz bekommen, achten Sie dringend auf einen Tarif, welcher auf jeden Fall bis zum Höchstsatz (3,5-fach) leistet. Sonst besteht die Gefahr auf nicht unerheblichen Kosten sitzen zu bleiben.

Eine Überschreitung des **Höchstsatzes** über den 3,5 -fachen Satz für persönliche ärztliche Leistungen hinaus ist nur dann zulässig, wenn dies mindestens 2 Tage vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten schriftlich vereinbart wurde (**Honorarvereinbarung**). Im zahnärztlichen Bereich kommt eine Höchstsatzüberschreitung nahezu nie vor. Höchstsatzüberschreitungen treten im stationären Bereich auf, wenn extrem schwierige Operationen anstehen, die nur von wenigen Spezialisten durchgeführt werden können.

(13) Was ist bei einer Zahnzusatzversicherung für Kinder zu beachten?

Bei Kindern sollte der Schwerpunkt auf Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung liegen. Hier erfolgt eine Einstufung in die sogenannten KIG-Gruppen (Kieferorthopädische Indikationsgruppen). Es gibt 5 unterschiedliche „Schweregrade“ von 1 (leichte Fehlstellung) bis 5 (sehr schwere Fehlstellung). Bei Einstufung in KIG 1 und 2 kann die Behandlung zwar aus medizinischer Sicht notwendig sein, wird aber von der gesetzlichen Krankenkasse nicht bezahlt. Die komplette Behandlung muss also selbst bezahlt werden. Bei Einstufung in KIG 3 – 5 übernimmt die gesetzliche Krankenkasse die Kosten einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Behandlung („Standard-Kassen-Behandlung“). Wird eine hochwertigere Versorgung, die bequemer oder ästhetisch günstiger ist (zahnfarbene oder durchsichtige Brackets, wärmeaktive oder superelastische Drähte, geklebter Retainerdraht), gewünscht, müssen diese Mehrkosten (die oftmals nicht unerheblich sind) selbst getragen werden. Außerdem hat die Erfahrung gezeigt, dass viele Kieferorthopäden oftmals schon gar nicht mehr bereit sind, eine reine Kassenbehandlung ohne Zahlung durchzuführen.

Eine private Zusatzversicherung sollte bei Kindern im Bereich der Kieferorthopädie also zwei mögliche Leistungsfälle abdecken:

Fall 1: Kind wird in KIG 1 oder 2 eingestuft. Die gesetzliche Krankenversicherung leistet überhaupt nicht. Hier würde eine private Zusatzversicherung die anfallenden Kosten in versicherter Höhe erstatten (allerdings in der Regel nur bei KIG 2, da erst ab dieser Stufe eine medizinische Notwendigkeit besteht).

Fall 2: Kind wird in KIG 3, 4 oder 5 eingestuft. Die gesetzliche Krankenversicherung leistet für eine „ausreichende, wirtschaftliche und zweckmäßige“ Behandlung. Hier entstehen aber in der Regel trotz Kostenzusage der gesetzlichen Krankenversicherung im Normalfall privat zu tragende Mehrkosten in nicht unerheblichem Umfang (je nach Behandlung ca. 1.000 – 2.000 €).

Außerdem wird bei Kindern die Fissurenversiegelung nur im hinteren Backenzahnbereich von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen (also für die 6er und 7er Zähne). Für die davor liegenden Backenzähne (4er und 5er) muss man diese Leistung komplett selbst bezahlen (Kosten je Zahn 20- 40 €). Die Haltbarkeit einer Fissurenversiegelung beträgt im Normalfall ca. 2 - 4 Jahre. Dadurch, dass sich die Bisslage im Wechselgebiss ständig verändert, kann eine Erneuerung der Fissurenversiegelung mehrfach erforderlich sein. Die Fissurenversiegelung sollte bis zum Eintritt ins Erwachsenenalter regelmäßig erneuert werden. Hier leisten private Zusatzversicherungen, wenn der Bereich Prophylaxe mit eingeschlossen ist.

Sollte eine kieferorthopädische Behandlung bereits begonnen, angeraten oder beabsichtigt sein, ist der Abschluss einer Zahnzusatzversicherung für Kinder nicht möglich.

Der Abschluss einer Zahnzusatzversicherung für Kinder ist daher anzuraten, wenn das Milchzahngewebnis vollständig durchgebrochen ist.

(14) Was genau ist professionelle Zahnreinigung (PZR) und warum ist sie so wichtig?

Die professionelle Zahnreinigung (PZR) wird in der Zahnarztpraxis durch den Zahnarzt selbst oder durch speziell geschultes Personal für Prophylaxe und Dentalhygiene angeboten. Ziel der PZR ist es, die Zahnoberfläche von krank machenden und kosmetisch störenden Belägen (Plaque und Zahnstein) zu entfernen. So kann wirksam der Entstehung von Karies und Parodontitis vorgebeugt werden. Neben der Zahnreinigung findet eine individuelle Beratung zur Mundhygiene statt.

Hier eine kleine Übersicht über die einzelnen Bausteine die Inhalt der PZR sein können:

- Aufklären des Patienten über die Ursachen und Folgen von Karies und Parodontitis
- Erfassen des persönlichen Erkrankungsrisikos und Anleitung zur „richtigen“ Mundhygiene
- Zahnmedizinische Untersuchung, unter Umständen Speicheltest auf besonders aggressive Kariesbakterien
- Erläuterung der geplanten Behandlung
- Gründliche Zahnreinigung
- Reinigung der erreichbaren Wurzeloberflächen und der Zahnzwischenräume
- Politur der Zähne, der Füllungen und Kronenränder
- Fluoridierung der Zähne mit konzentrierten Präparaten
- Zusätzlich gegebenenfalls bei Kindern und Jugendlichen eine Versiegelung des Zahnes
- Motivation zur Zahngesundheit und damit verbundenen Ernährungs- und Pflegemaßnahmen

Die PZR dauert zwischen 30 und 90 Minuten. Die Kosten liegen je nach Dauer der Behandlung zwischen 50 und 150 € und werden nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen. Eine private Zusatzversicherung übernimmt diese Kosten teilweise oder vollständig.

(15) Warum soll eine Zahnzusatzversicherung auch für Zahnbehandlungen (insbesondere für Wurzel- und Parodontitisbehandlungen) leisten?

Auch die Leistungen für Zahnbehandlungen haben die gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren deutlich eingeschränkt. So werden z.B. die Kosten für eine Wurzelbehandlung an einem erhaltungswürdigen Zahn nur einmal übernommen. Wird eine weitere Wurzelbehandlung am gleichen Zahn erneut erforderlich, um den Zahn zu retten, übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung diese Kosten (ca. 500 €) nicht mehr. Wird ein Zahn als "nicht erhaltungswürdig" vom Zahnarzt eingestuft, dann leistet die gesetzliche Krankenversicherung überhaupt nicht für eine Wurzelbehandlung.

Für Backenzähne gelten außerdem Sonderregeln, damit die gesetzliche Krankenkasse die Kosten der Wurzelbehandlung übernimmt. Mindestens eine von drei Bedingungen muss dann erfüllt sein: a) der Backenzahn steht in einer vollständigen Zahnreihe ohne Lücke b) die Behandlung verhindert, dass auf einer Seite die letzten Backenzähne fehlen (sogenannte einseitige Freundsituation) oder c) wenn bereits vorhandener Zahnersatz ohne Wurzelbehandlung verloren ginge (weil zum Beispiel der Zahn gezogen werden müsste, an dem eine Brücke hängt).

Parodontitis ist zahnmedizinisch bereits ab einer „Taschentiefe“ von 2 mm behandlungsbedürftig. Die gesetzliche Krankenkasse erstattet eine Parodontitisbehandlung allerdings erst ab einer Taschentiefe von 3,5 mm. Die Kosten dafür können rasch um ca. 400 € pro Zahn liegen.

(16) Ich habe bereits eine „alte“ Zahnzusatzversicherung abgeschlossen, macht ein Wechsel Sinn?

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen sind in den letzten Jahren immer mehr gekürzt worden. Das Angebot und die Vielfältigkeit an Zahnzusatzversicherungstarifen sind in den letzten Jahren enorm gewachsen, um diese Versorgungslücken aufzufangen.

Wer vor 2007 eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen hat, sollte unbedingt den Leistungsumfang überprüfen lassen. „Alte“ Zahnzusatzversicherungen bieten meist nur Leistungen von 30 bis 50 %. Implantate sind teilweise nicht mitversichert. Häufig gibt es bei Leistungsfällen eine „böse Überraschung“, da trotz bestehender Zusatzversicherung hohe Eigenleistungen bleiben.

Gerne überprüfe ich Ihre bestehende Zahnzusatzversicherung und berate Sie, ob ein Wechsel sinnvoll ist.

(17) Ich habe schon viel Zahnersatz, benötige ich trotzdem noch eine Zahnzusatzversicherung?

Ja, denn bereits vorhandener Zahnersatz ist bei einer Zusatzversicherung „wie echte Zähne“ mitversichert. Wenn eine Reparatur oder der Austausch in ein Implantat erforderlich sind, wird dies durch die Zusatzversicherung im vereinbarten Rahmen geleistet.

Auch bietet die Zahnzusatzversicherung neben Zahnersatz noch zusätzliche Leistungen für Zahnbehandlung und professionelle Zahnreinigung, die nicht im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind.

(18) Was versteht man unter „medizinischer Notwendigkeit“?

Eine Zahnbehandlung oder eine Versorgung mit Zahnersatz wird von privaten Zahnzusatzversicherungen bedingungsgemäß nur übernommen, wenn diese medizinisch notwendig ist. Der Bundesgerichtshof hat dies in einer höchstrichterlichen Rechtsprechung wie folgt definiert:

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

In der Praxis bedeutet dies, dass eine Behandlungsform medizinisch notwendig ist, wenn ein Arzt sie als notwendig ansieht und die Behandlungsform geeignet ist, eine bestimmte Krankheit zu behandeln.