



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 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. Tarif Z100 übernimmt zusammen mit der Leistung der GKV 100% der Kosten. Darüber hinaus leistet der Tarif Z100 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 80% der tatsächlich entstandenen Kosten.

2 Welche Zahnleistungen sind versichert?

Zahnbehandlung: 100% (z. B. professionelle Zahnreinigung)

Zahnersatz: 100%, wenn die Rechnung keine Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung), 80%, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält (gleichartige bzw. andersartige Versorgung).

Kieferorthopädie: 80%, 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?

Ja, es sind Leistungen für professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelung, Parodontalbehandlungen, Schleimhauttransplantationen, Wurzelbehandlungen, Kunststoff-Füllungen und Inlays vorgesehen.

4 Sieht der Tarif Leistungen für professionelle Zahnreinigung vor?

Ja, die Kosten für professionelle Zahnreinigung fallen in den Versicherungsschutz. Die Abrechnung muss nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erfolgen. Akzeptiert wird ausschließlich die Gebührenziffer 1040 (Professionelle Zahnreinigung).

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 professionelle Zahnreinigung werden kein Pauschalbetrag und keine analoge Berechnung anderer Ziffern akzeptiert,

Die Anzahl der erstattungsfähigen Sitzungen für professionelle Zahnreinigung richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit.

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 Z100 erstattet. Es werden keine Fissurenversiegelungen an Milchzähnen erstattet.

6 Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlungen vor?

Ja, der Tarif Z100 leistet 100% für Parodontalbehandlungen, sofern die GKV die Leistung gänzlich ablehnt (z.B. bei Taschentiefe < 3,5 mm). Voraussetzung ist hierbei stets die medizinische Notwendigkeit der Behandlung.

Ebenfalls mitversichert sind Lappenoperationen (offene Kürettage) und Knochenaufbau (z.B. mit Emdogain).

Grundsätzlich muss die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. D.h. privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann.

Mehrkosten, die zusätzlich zur Kassenleistung in Rechnung gestellt werden, fallen nicht in den Versicherungsschutz (z.B. Vor- und Nachbehandlungen usw.).

7 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 oder GOÄ berechnet werden. Diese Zuschläge (GOZ-Ziffern 0110, 0120 oder GOÄ-Ziffern Ä440, Ä441) sind nur in Verbindung mit bestimmten Gebührenziffern der GOZ oder GOÄ ansatzfähig.

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.

8 Sieht der Tarif Leistungen für eine Schleimhauttransplantation vor?

Ja, bei medizinischer Notwendigkeit erfolgt die Erstattung zu 100%.

9 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelbehandlungen vor?

Ja, der Tarif Z100 leistet 100% 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.

Grundsätzlich muss die Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen. D.h. privatärztliche Rechnungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechnet werden kann.

Zu den Wurzelbehandlungen dürfen gemäß dem Zuzahlungsverbot keine Mehrkosten (z.B. für Längenbestimmung, medikamentöse Einlagen, Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden usw.) vereinbart werden, wenn die Wurzelbehandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgt. Es sind damit sämtliche Arbeitsschritte mit den Leistungen abgegolten. Es ist nicht zulässig, Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Wurzelbehandlung entstehen, in kassenärztliche (GKV) und privat Zahnärztliche (GOZ) Leistungen aufzuteilen.

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

10 Sieht der Tarif Leistungen für Kunststoff-Füllungen vor?

Kunststoff-Füllungen können in verschiedenen Techniken angefertigt werden. Herkömmliche Kunststoff-Füllungen sind Leistungen der GKV. Hochwertige und aufwendige Füllungen werden dentinadhäsive (DA) Mehrschichtrekonstruktionen genannt.

Ja, für dentinhäsive Mehrschichtrekonstruktionen 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.

Die Originalrechnungen mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen sind einzureichen. Die Leistungen der GKV müssen jeweils zuerst in Anspruch genommen werden.

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

11 Sieht der Tarif Leistungen für Inlays vor?

Ja, die Aufwendungen für Inlays (Gold, Keramik, Kunststoff) sind zu 80% 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?

Aufbiss-Schienen sind eine Leistung der GKV. Es wird nur die Funktionsdiagnostik hierzu zu 80% erstattet.

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.

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 100% 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 80% 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 80% erstattet (GOZ-Ziffern 8000 bis 8100). Für Ziffer 8000 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 80% 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 80% 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 80%.

20 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 auf der Rechnung 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.

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

Ja, der Tarif Z100 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 80% erstattungsfähig.

Sollte bei einem Patienten über 18 Jahren Kieferorthopädie angeraten sein, dann ist diese bei medizinischer Notwendigkeit zu 80% 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 Z100 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 500 Euro, im 2. Jahr bei 1.000 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 Z100 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 3 fehlende und/oder durch Prothesen ersetzte Zähne können mit einem Risikozuschlag von 20% je Zahn mitversichert werden.

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

Die Beurteilungsformel für den Begriff der medizinischen Notwendigkeit lautet nach der höchstrichterlichen 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 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 Z100: 300 Euro

→ Tarif Z100 füllt auf 100% der Gesamtkosten auf und leistet 300 Euro
Eigenanteil: 0 Euro

b) Gleichartiger Zahnersatz:

Voll verblendete Brücke von Zahn 23 nach Zahn 25
Gesamtkosten: 1.000 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z100: 600 Euro

→ Tarif Z100 füllt auf 80% der Gesamtkosten auf und leistet 400 Euro
Eigenanteil: 200 Euro

c) Andersartiger Zahnersatz:

Implantatskonstruktion zum Ersatz des Zahnes 24
Gesamtkosten: 1.600 Euro
Festzuschuss: 400 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z100: 1.200 Euro

→ Tarif Z100 füllt auf 80% der Gesamtkosten auf und leistet 880 Euro
Eigenanteil: 320 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 Z100: 115 Euro

- Tarif Z100 füllt auf 100% der Gesamtkosten auf und leistet 115 Euro
Eigenanteil: 0 Euro

b) Gleichartiger Zahnersatz:

Vollverblendete Krone
Gesamtkosten: 400 Euro
Festzuschuss: 115 Euro
Eigenanteil Patient ohne Tarif Z100: 285 Euro

- Tarif Z100 füllt auf 80% der Gesamtkosten auf und leistet 205 Euro
Eigenanteil: 80 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 Z100: 370 Euro

- Tarif Z100 füllt auf 80% der Gesamtkosten auf und leistet 190 Euro
Eigenanteil: 80 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).