

Häufig gestellte Fragen zu den Tarifen CSS flexi ZB und ZE top

Marco Kraus
Ihre-Zahnzusatzversicherung.de
Schragenhofstraße 35
80992 München
Tel.: 089 544 280 13
Fax: 089 544 280 10

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Grundsätze.....	3
1.1	Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?	3
1.2	Sind Summenbegrenzungen in den ersten Jahren vorgesehen?.....	3
1.3	Zahnersatzleistung durch Zahnärzte ohne Kassenzulassung: Wie werden die fiktiven Beiträge der GKV ermittelt?	3
1.4	Wie ist die Handhabung bei fehlenden Zähnen, die gemäß Zahnarzt nie ersetzt werden müssen ?.....	3
1.5	Können fehlende Zähne mitversichert werden?	3
1.6	Wie ist ein Leistungsausschluss formuliert, welche Erläuterung kann man bei Abschluss dafür geben?	3
1.7	Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn eine Zahnmaßnahme läuft?.....	3
1.8	Wie sieht es aus, wenn zukünftig Kassenleistungen z.B. im Bereich Zahnersatz weiter gestrichen werden? 3	
1.9	Gibt es Besonderheiten ?	3
2	Tarif CSS.flexi / Baustein Zahnbehandlung.....	4
2.1	Allgemein.....	4
2.2	Sieht der Tarif Wartezeiten vor?.....	4
2.3	Ist ein Schadenfreiheitsrabatt vorgesehen?	4
2.4	Was fällt unter den Bereich Zahnbehandlung?	4
2.5	Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie vor?.....	4
2.6	Welche Leistungen werden erbracht, wenn später eine weitere Kfo-Behandlung notwendig wird?.....	5
2.7	Was fällt unter den Bereich Zahnprophylaxe?.....	5
2.8	Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelungen vor?	5
2.9	Fallen Fissurenversiegelungen an Milchzähnen unter den Bereich Zahnbehandlung?.....	5
2.10	Sieht der Tarif Leistungen für Fluoridierung vor?	5
2.11	Sieht der Tarif Leistungen für das Erstellen eines Mundhygienestatus und die Kontrolle des Übungserfolges vor?	5
2.12	Sieht der Tarif Leistungen für Speicheltests und Bakterientests vor?.....	5
2.13	Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelkanalbehandlungen vor?	6
2.14	Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelspitzenresektion vor?.....	6
2.15	Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlung vor?	6
2.16	Werden Mehrkosten bei Parodontalbehandlung (wie z.B. Anwendung eines Lasers oder Vectors, Operationsmikroskop, Vor- und Nachbehandlungen) erstattet?	6
3	Tarif CSS.flexi / Baustein Zahnersatz - top	7
3.1	Allgemein.....	7
3.2	Sieht der Tarif Wartezeiten vor?.....	7
3.3	Ist ein Schadenfreiheitsrabatt vorgesehen?	7
3.4	Was fällt unter den Bereich Zahnersatz?	7
3.5	Was versteht man unter „Regelleistung“?	7
3.6	Wird der "Bonus" der GKV beim Zahnersatz (60% Erstattung bzw. 65% Erstattung Regelversorgung) komplett auf die Leistungen der CSS angerechnet?.....	7
3.7	Sieht der Tarif Leistungen für Kunststoff-Füllungen vor?.....	8
3.8	Sieht der Tarif auch Leistungen für eine Schleimhauttransplantation vor?	8
3.9	Sieht der Tarif Leistungen für Schienen- und Aufbissbehelfe vor?	8
3.10	Sieht der Tarif Leistungen für Inlays vor?.....	8
3.11	Sieht der Tarif Leistungen für Implantate vor?	8
3.12	Sieht der Tarif Leistungen für Veneers vor?	8
3.13	Sieht der Tarif Leistungen für Verblendungen vor?.....	8
3.14	Sieht der Tarif Leistungen für Funktionsdiagnostik im Zusammenhang mit Zahnersatz vor?.....	8
3.15	Sieht der Tarif Leistungen für Narkose vor?	9
3.16	In welcher Höhe werden Material- und Laborkosten erstattet?.....	9
3.17	Was passiert, wenn unabhängig von der Zahnlücke einer der Ankerzähne behandelt werden muss, z.B. mit einer einfachen Krone?.....	9

1 Allgemeine Grundsätze

1.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ / GOÄ (3,5-facher Satz)

1.2 Sind Summenbegrenzungen in den ersten Jahren vorgesehen?

Nein, keine Summenbegrenzungen in Form einer Staffeln.

1.3 Zahnersatzleistung durch Zahnärzte ohne Kassenzulassung: Wie werden die fiktiven Beiträge der GKV ermittelt?

Es erfolgt eine fiktive Berechnung der GKV-Vorleistungen und dieser Betrag wird in Abzug gebracht.

1.4 Wie ist die Handhabung bei fehlenden Zähnen, die gemäß Zahnarzt nie ersetzt werden müssen ?

Mit Bestätigung des Zahnarztes (auf Kosten des Antragstellers) kann ein entsprechender Leistungsausschluss vereinbart werden.

1.5 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Nein, für fehlende Zähne (kein Lückenschluss) wird ein Leistungsausschluss vereinbart. Fehlen mehr als 3 Zähne, ist keine Versicherbarkeit gegeben.

1.6 Wie ist ein Leistungsausschluss formuliert, welche Erläuterung kann man bei Abschluss dafür geben?

Beispiel einer Definition des Leistungsausschlusses bei Fehlen des Zahnes Nr. 15:
"Leistungen für Schließung der Zahnücke 15, inklusive Behandlung der Zähne 14, x, 16, sowie der Ursachen und Folgen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen."

1.7 Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn eine Zahnmaßnahme läuft?

Das kommt auf den Befund an. Im Regelfall wird ein LA für die laufende Zahnbehandlung vereinbart. Dieser kann jedoch nach erfolgreichem Abschluss wieder aufgehoben werden, sofern der Zahnarzt dies bestätigt, oder der Antrag wird bis zur Beendigung der laufenden Zahnbehandlung zurückgestellt.

1.8 Wie sieht es aus, wenn zukünftig Kassenleistungen z.B. im Bereich Zahnersatz weiter gestrichen werden?

Falls die Zahnersatzleistungen aus dem Leistungskatalog der GKV einmal gestrichen werden sollten, würden die Leistungen der Tarife automatisch steigen. Dies wäre dann voraussichtlich nicht durch die Kalkulation abgedeckt.

1.9 Gibt es Besonderheiten ?

Der Tarif sieht keine Bildung von Alterungsrückstellungen vor. Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr. Führt die Erhöhung des erreichten Alters zu Beginn eines Kalenderjahres zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 Abs. 4.

2 Tarif CSS.flexi / Baustein Zahnbehandlung

2.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ / GOÄ bei Zahnbehandlung 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers max. 100 %.

Als sonstige Kostenträger gelten zum Beispiel Berufsgenossenschaften oder ähnliche Leistungserbringer. Ergänzungen einer privaten Krankenvollversicherungen sind nicht möglich.

2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Für Zahnbehandlung und Prophylaxe gibt es keine Wartezeiten.

Für Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit 8 Monate.

Bei Unfall entfällt die Wartezeit.

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.

2.3 Ist ein Schadenfreiheitsrabatt vorgesehen?

Der Tarif sieht einen Schadenfreiheitsrabatt bis zu 25% vor. Zu Beginn erfolgt die Einstufung in SF 5 (100% des Tarifgrundbeitrages). Der Vertrag wird jeweils zum 1. Januar des Folgejahres in die nächst höhere Schadenfreiheitsklasse eingestuft (höchstens in SF 10), wenn die Versicherung zum 30.09. des laufenden Versicherungsjahres bestand und seit dem 01.10. des vorangegangenen Jahres keine Leistungen aus dem Tarif gezahlt wurden. Eine Stufe entspricht 5%. Wurden in diesem Zeitraum Leistungen aus einem der Bausteine des Tarifes CSS.flexi gezahlt, so erfolgt eine Rückstufung um 4 Schadenfreiheitsklassen (aber nicht tiefer als SF 0). Die Schadenfreiheitsklasse SF 0 entspricht 100% des Tarifgrundbeitrages.

Achtung: Vorgesehene Leistungen für Zahnprophylaxe im Tarif CSS.flexi Zahnbehandlung bleiben jedoch ohne Einfluss auf den Schadenfreiheitsrabatt.

2.4 Was fällt unter den Bereich Zahnbehandlung?

Als Zahnbehandlung gelten konservierende Leistungen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen), chirurgische Leistungen (z.B. Wurzelspitzenresektion), parodontologische Leistungen (z.B. Taschentiefe < 3,5 mm, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime), Schienen- und Aufbissbehelfe

2.5 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie vor?

Ja. Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. bis zum Höchstsätzen der GOZ / GOÄ 80%, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Sofern für die Behandlung grundsätzlich ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, werden für nicht unter diesen Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund so genannter Mehrkostenvereinbarungen bei KIG 3-5 80% des Rechnungsbetrages bis max. 600,- Euro je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung erstattet, d.h. max. können, wenn die KFO-Maßnahme 3 Jahre dauert, bis € 1,200 an Kosten erstattet werden.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, sofern eine med. Notwendigkeit vorliegt, insbesondere Mini-Metall, Gold-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange, Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige, farblose Bögen/Teilbögen und funktionstherapeutische und funktionsanalytische Maßnahmen.

Weitere kieferorthopädische Zusatzleistungen, sofern eine medizinische Notwendigkeit besteht.

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sogenannten Kieferorthopädische Indikationsgruppen. (KIG 1-5). Bei Einstufung in eine der Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt die tarifliche Leistung für Mehrkostenvereinbarungen. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z.B. bei Einstufung in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit den dafür vorgesehen tariflichen Sätzen erstattet.

2.6 Welche Leistungen werden erbracht, wenn später eine weitere Kfo-Behandlung notwendig wird?

In diesem Fall werden für die neue KFO-Behandlung die Kosten für Mehrkostenvereinbarung erneut gezahlt, sofern es sich hier um eine neue KFO-Behandlung handelt, die mit der ursprünglichen nichts zu tun hat.

2.7 Was fällt unter den Bereich Zahnprophylaxe?

Als Zahnprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltests zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellen eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

2.8 Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelungen vor?

Ja. Unter Fissuren versteht man Vertiefungen, Furchen auf den Kauflächen der Seitenzähne. Die Fissurenversiegelung wird berechnet nach den GOZ-Nrn. 200 und ggf. 405, 204. Für die erweiterte Fissurenversiegelung kann die GOZ-Nr. 205 berechnet werden. Die CSS erstattet 100 % bis zum Höchstsatz der GOZ für Fissurenversiegelungen auch außerhalb der GKV Richtlinie. Dies gilt auch für Fissurenversiegelungen an Milchzähnen.

2.9 Fallen Fissurenversiegelungen an Milchzähnen unter den Bereich Zahnbehandlung?

Die Fissurenversiegelung ist im Tarif nicht auf bestimmte Zähne eingeschränkt. Damit sind auch Versiegelungen an Milchmolaren bei entsprechender Indikation versichert.

2.10 Sieht der Tarif Leistungen für Fluoridierung vor?

Ja. Fluoride sind natürliche Bausteine des Körpers, die an Knochenbildung und Wachstum maßgeblich beteiligt sind. Bezüglich der Kariesprophylaxe hat sich herausgestellt, dass eine ausreichende Versorgung mit Fluoriden das Auftreten von Karies deutlich verringert. Dabei wirkt das Fluorid vor allem lokal am Zahn, wenn es von außen an herankommt, und weniger von innen, durch mit der Nahrung aufgenommenes Fluorid.

Die CSS erstattet je nach Variante 100 % bis zum Höchstsatz der GOZ.

2.11 Sieht der Tarif Leistungen für das Erstellen eines Mundhygienestatus und die Kontrolle des Übungserfolges vor?

Ja. Die Kosten für das Erstellen eines Mundhygienestatus und die Kontrolle des Übungserfolges fallen in den Versicherungsschutz, allerdings nicht für Kinder und Jugendliche zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr. In dieser Zeit werden Mundhygienestatus und Kontrolle von der GKV bezahlt. Die Berechnung erfolgt im Regelfall nach GOZ-Nr. 100 oder 101. Die CSS erstattet 100 % bis zum Höchstsatz der GOZ, allerdings müssen die Abrechnungsbestimmungen beachtet werden. Die GOZ-Nr. 100 darf nur 1x in 12 Monaten, die GOZ-Nr. 101 3x in 12 Monaten berechnet werden.

2.12 Sieht der Tarif Leistungen für Speicheltests und Bakterientests vor?

Ja. Die Untersuchung zum Nachweis paropathogener Keime fällt unter den Versicherungsschutz. Beispiele hierfür sind: DNA-Sondentest, Padotest, Meridol DNS-Sondentest, Meridol Paro Diagnostik, IAI-Pado-Sondentest, micro IDent, micro IDentplus, Paro-Check

2.13 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelkanalbehandlungen vor?

Ja. Der Tarif leistet für Wurzelkanalbehandlung auch außerhalb der GKV Richtlinien. So werden z.B. Wurzelkanalbehandlungen an den grossen Backenzähnen nur unter bestimmten Voraussetzungen von der GKV bezahlt. Liegen die Voraussetzungen für eine GKV-Wurzelkanalbehandlung nicht vor, erstattet die CSS.

Erbringt der Zahnarzt im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung zusätzliche selbständige Leistungen neben den endodontischen Leistungen der GKV, kann er sie dem Patienten in Rechnung stellen.

2.14 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelspitzenresektion vor?

Ja. Der Tarif leistet für Wurzelspitzenresektion auch außerhalb der GKV Richtlinien. So werden Wurzelspitzenresektionen an den grossen Backenzähnen nur unter bestimmten Voraussetzungen von der GKV bezahlt. Liegen die Voraussetzungen für eine GKV-Wurzelspitzenresektion nicht vor, erstattet die CSS.

Die Frage, ob eine Wurzelspitzenresektion zu Lasten der GKV geht, entscheidet der Zahnarzt unter Berücksichtigung der Richtlinien im Einzelfall. Ist sie nicht als GKV-Leistung abrechnungsfähig, erstattet die CSS diese Leistung.

2.15 Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlung vor?

Ja, der Tarif leistet für Parodontalbehandlungen auch außerhalb der GKV Richtlinien (z.B. Taschentiefe < 3,5 mm).

2.16 Werden Mehrkosten bei Parodontalbehandlung (wie z.B. Anwendung eines Lasers oder Vectors, Operationsmikroskop, Vor- und Nachbehandlungen) erstattet?

Eine Mehrkostenberechnung im Bereich der Parodontalbehandlung ist unzulässig.

3 Tarif CSS.flexi / Baustein Zahnersatz - top

3.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. bis zum Höchstsätzen der GOZ / GOÄ 90% für Zahnersatz und Implantate einschl. der Vor- und Nachbehandlungen sowie Reparaturen, sofern der Versicherte auf Grund regelmäßiger und durch ein Bonusheft der gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesener Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen grundsätzlich Anspruch auf die danach höchstmögliche Kassenleistung hat. Bei Nachweis von 5 Jahren regelmäßiger Vorsorge reduziert sich die Erstattung auf 85%. Bei Nachweis von weniger als 5 Jahren regelmäßiger Vorsorge beträgt die Erstattung 80%. Vorleistungen der GKV oder anderer Träger werden von max. möglichen Erstattung abgezogen.

Wird nur die Regelversorgung der gesetzlichen Kasse in Anspruch genommen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 100 %.

3.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Für Zahnersatz betragen die Wartezeiten 8 Monate.

Bei Unfall entfällt die Wartezeit.

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.

3.3 Ist ein Schadenfreiheitsrabatt vorgesehen?

Der Tarif sieht einen Schadenfreiheitsrabatt bis zu 25% vor. Zu Beginn erfolgt die Einstufung in SF 5 (100% des Tarifgrundbeitrages). Der Vertrag wird jeweils zum 1. Januar des Folgejahres in die nächst höhere Schadenfreiheitsklasse eingestuft (höchstens in SF 10), wenn die Versicherung zum 30.09. des laufenden Versicherungsjahres bestand und seit dem 01.10. des vorangegangenen Jahres keine Leistungen aus dem Tarif gezahlt wurden. Eine Stufe entspricht 5%. Wurden in diesem Zeitraum Leistungen aus einem der Bausteine des Tarifes CSS.flexi gezahlt, so erfolgt eine Rückstufung um 4 Schadenfreiheitsklassen (aber nicht tiefer als SF 0). Die Schadenfreiheitsklasse SF 0 entspricht 100% des Tarifgrundbeitrages.

3.4 Was fällt unter den Bereich Zahnersatz?

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Teilkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen) sowie Implantate. Zu den implantologischen Leistungen zählen die zahnärztlichen Leistungen der Diagnostik (implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen), die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden Weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen.

3.5 Was versteht man unter „Regelleistung“?

Die Regelversorgung stellt eine absolute Grundversorgung sicher. Sie ist ein Kompromiss zwischen medizinisch Machbarem und kassenmäßig Bezahlbarem.

Typisches Beispiel ist die Krone auf dem oberen ersten großen Backenzahn: Die Regelversorgung sieht dafür eine Metallkrone (Vollgusskrone) vor. Wird diese nun mit einer weißen Schicht zahnfarben verblendet (Verblendkrone; für diesen Zahn außerhalb der Regelversorgung), so gilt diese "weiße Krone" als Zusatzleistung auf dem Boden einer Regelversorgung und deshalb als "gleichartiger Zahnersatz". Der Versicherte erhält dafür den "Festzuschuss Metallkrone" von seiner Kasse und trägt die anfallenden Mehrkosten für das zahnfarbene Aussehen

3.6 Wird der "Bonus" der GKV beim Zahnersatz (60% Erstattung bzw. 65% Erstattung Regelversorgung) komplett auf die Leistungen der CSS angerechnet?

Ja, der Bonus wird komplett angerechnet.

3.7 Sieht der Tarif Leistungen für Kunststoff-Füllungen vor?

Ja. Bei den Füllungen gibt es unterschiedliche Arten von Füllungen. Grundsätzlich bezahlt die GKV die plastische Füllung. Wünscht der Patient jedoch eine aufwendige Füllung, bezahlt die GKV weiterhin die einfache Füllung und der Patient trägt die Mehrkosten.

Nicht erstattungsfähig sind Füllungsleistungen auf Wunsch – z.B. der Austausch verfärbter Frontzahnfüllungen aus ästhetischen Gründen oder Amalgamaustausch ohne medizinische Indikation.

3.8 Sieht der Tarif auch Leistungen für eine Schleimhauttransplantation vor?

Ja. Schleimhauttransplantationen fallen häufig an im Bereich der Parodontologie und der Implantologie. In beiden Fällen ist die Erstattung im Tarif gewährleistet. Im Tarif heisst es hierzu: „... alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden Weichgewebsmassnahmen“. Im Tarif Zahnbehandlung sind die Weichgewebsassnahmen unter 1.1 hinter „parodontologische Leistungen“ aufgeführt und damit ebenfalls erstattungsfähig.

3.9 Sieht der Tarif Leistungen für Schienen- und Aufbissbehelfe vor?

Ja, bei medizinischer Notwendigkeit liegt die Erstattung bei 100 %. So genannte „Schnarcher-Schienen“, fallen nicht unter den Versicherungsschutz, da hier kein Zusammenhang mit Zahnfehlstellungen oder Zahnerkrankungen besteht.

3.10 Sieht der Tarif Leistungen für Inlays vor?

Ja. Die Aufwendungen für Inlays (Gold, Keramik, Kunststoff) sind zu 90 % (bzw. 85 oder 80 %) erstattungsfähig. In der Regel wird auf der Rechnung der Kassenzuschuss für eine Amalgamfüllung abgezogen.

3.11 Sieht der Tarif Leistungen für Implantate vor?

Ja. Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Implantate sind zu 90 % (bzw. 85 oder 80 %) erstattungsfähig. Zu den implantologischen Leistungen zählen die zahnärztlichen Leistungen der Diagnostik (implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen), die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden Weichgewebs- und Knochen aufbauenden Massnahmen.

Die Anzahl der Implantate ist tariflich nicht begrenzt. Es wird empfohlen vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen.

3.12 Sieht der Tarif Leistungen für Veneers vor?

Ja. Veneers (Verblendschalen) werden heute nicht mehr nur aus ästhetischen Gründen hergestellt, sondern auch um substanzschonend eine Vollkrone im Frontzahnbereich zu vermeiden oder bei Bisslagekorrekturen. Medizinisch notwendige Veneers werden nach GOZ-Nr. 222 abgerechnet, gelten dann also als Teilkrone und werden bei medizinischer Notwendigkeit im tariflichen Umfang erstattet. Werden jedoch Veneers nach § 2 Abs. 3 berechnet so erfolgt keine Erstattung.

3.13 Sieht der Tarif Leistungen für Verblendungen vor?

Ja. Verblendungen (auch Vollkeramikverblendungen) werden bei medizinischer Notwendigkeit im tariflichen Umfang erstattet (auch am 8-er Zahn).

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

Ja. Die Funktionsdiagnostik wird bei medizinischer Notwendigkeit im tariflichen Umfang erstattet. Hierunter fallen die GOZ-Nrn. 800 – 810. Weitere Leistungen im Rahmen der Funktionsdiagnostik und -therapie sind z.B. Schienen, die ebenfalls versichert sind.

Weitere im Zusammenhang mit der FAL/FTL notwendige Leistungen wie Röntgenaufnahmen und spezielle elektronische Untersuchungsverfahren, die nach GOÄ-Positionen berechnet werden sind ebenfalls im tariflichen Umfang erstattungsfähig. Hier handelt es sich um Leistungen die insbesondere von Kiefergelenksspezialisten erbracht werden.

3.15 Sieht der Tarif Leistungen für Narkose vor?

Ja. „Besondere Maßnahmen der Schmerzausschaltung“, Hypnose und Narkose werden im tariflichen Umfang erstattet. Dies gilt auch bei nachweislicher „Zahnarzt-Angst“, sofern hier eine medizinische Notwendigkeit vorliegt.

3.16 In welcher Höhe werden Material- und Laborkosten erstattet?

Die Tarife sehen keine Einschränkung bezüglich der Laborkosten vor, d.h. alle in Ansatz gebrachten Laborkosten sind erstattungsfähig. § 9 GOZ sagt hierzu nur: „Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahn-technische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.“ Die Berechnung der Laborkosten kann erfolgen nach

- BEL II
- BEB
- praxiseigener Laborpreisliste

Damit ist **die Angemessenheit der Kosten die Grundlage der Abrechnung.**

3.17 Was passiert, wenn unabhängig von der Zahnlücke einer der Ankerzähne behandelt werden muss, z.B. mit einer einfachen Krone?

Wird bei einem Ankerzahn eine Krone fällig, wird diese bezahlt. Ausgeschlossen sind die Ankerzähne nur im Zusammenhang mit der Schließung der Zahnlücke. Wenn die Zahnlücke zu einem späteren Zeitpunkt geschlossen wird, kann der VN die Aufhebung des Ausschlusses durch Vorlage eines Zahnbefundes beantragen.

Tarifprämien wurden ausreichend kalkuliert, ansonsten hätte der Treuhänder dem Aktuar nicht zugestimmt.

Die vorstehenden Ausführungen sind nicht abschließend und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es gilt im Zweifel der Wortlaut der Versicherungs- bzw. Tarifbedingungen.

Weitere Detailfragen zu Leistungen aus unseren Tarifen beantwortet Ihnen gerne auch unsere Leistungshotline unter 0180 - 3277 463