

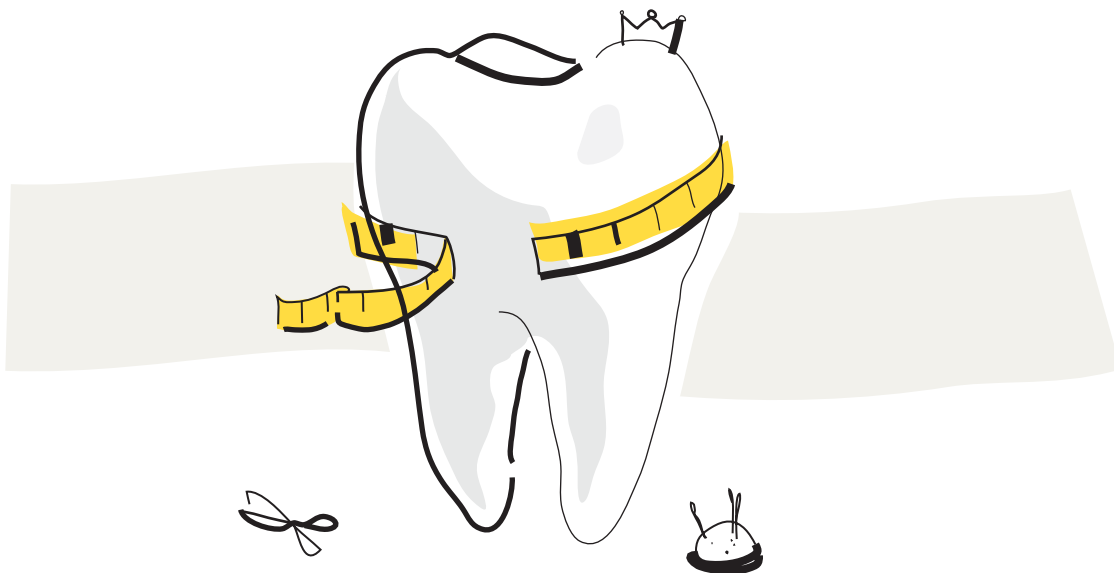


Gabriele Bengel
Geschäftsführerin
to:dent.ta GmbH

ZAHNZUSATZVERSICHERUNGEN: MASSGESCHNEIDERT ODER VON DER STANGE?

WAS KÖNNEN MODERNE TARIFE HEUTZUTAGE WIRKLICH LEISTEN UND AUF WAS SOLLTEN SIE BEI DER BERATUNG IHRER PATIENTEN UNBEDINGT ACHTEN.

Text/Illustration Gabriele Bengel/Andrea Fleischer



„Wir bieten unseren Patienten die DROS-Therapie. Zahlt die Zahnzusatzversicherung dafür?“ „Wir arbeiten mit Cavitron und desinfizieren die Zahnfleischtaschen. Erstattet der Versicherer die Kosten analog einer professionellen Zahnreinigung?“ „Die Krankenkasse hat die Wurzelbehandlung bezuschusst, die private Zahnzusatzversicherung dagegen hat die Übernahme der restlichen Kosten abgelehnt. Warum?“

Diese und ähnliche Fragen stellen mir Zahnärzte häufig, denn: Lückenhafter Versicherungsschutz ist nicht nur ärgerlich für die Patienten, auch die Zahnarztpraxen vergeuden Zeit und Nerven damit.

GUT FÜR PATIENTEN – GUT FÜR DIE PRAXIS

Idealerweise passt die Zahnzusatzversicherung zum Gebisszustand des Patienten, zu seinen Ansprüchen und zu den Behandlungskonzepten der Praxis. Eine Praxis mit Schwerpunkt Implantologie hat weniger Ärger mit Versicherungsgesellschaften, wenn ihre Patienten einen umfassenden Versicherungsschutz für Implantate haben – inklusive vorbereitender Behandlungen wie Knochenaufbau und funktionsanalytischer und -therapeutischer Maßnahmen. Für eine Praxis mit Schwerpunkt Endodontie ist hilfreich, wenn Patienten eine gute Absicherung für Zahnbehandlungsmaßnahmen haben. Und in einer

prophylaxeorientierten Praxis wird das Recall-System gestärkt, wenn Patienten mehrmals im Jahr vom Versicherer eine Erstattung für professionelle Zahnreinigung bekommen.

Sicherlich will keine Zahnarztpraxis passende Zahnzusatzversicherungen suchen und weiterempfehlen. Dazu gibt es Fachleute, die auf dieses Thema spezialisiert sind und langjährige Erfahrung mit der Versicherungsmaterie haben. Doch suchen Patienten eben häufig Rat in der Zahnarztpraxis, wenn es speziell um Zahnzusatzversicherungen geht. Und dafür können dann zumindest ein paar Tipps gegeben oder eine Checkliste mit den wesentlichen Punkten, auf die zu achten ist, ausgehändigt werden.

LEICHT VERSTÄNDLICH: TARIFSTRUKTUR

Ein Blick auf die grundsätzliche Tarifstruktur ist hilfreich. Die Versicherer unterscheiden bei der Entwicklung ihrer Zahnzusatzversicherungen vier Leistungsbereiche: Zahnersatz, Zahnbehandlung, Individualprophylaxe und Kieferorthopädie. Letzteres wird von vielen Versicherern gar nicht versichert, andere gewähren ihre Leistung bedingungsgemäß nur für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Zahnbehandlung und Individualprophylaxe werden häufig zu einem Tarifbaustein „Zahnerhalt“ beziehungsweise „Zahnbehandlung“ zusammengefasst.

KOMPAKTTARIF ODER EINZELNE BAUSTEINE?

Der Versicherer hat die Möglichkeit, alle Leistungsbereiche in einem Tarif zusammenzufassen. So machen es zum Beispiel AXA, Die Bayerische, Janitos und Barmenia. Andere Gesellschaften wie DKV, RuV, Württembergische, Hanse Merkur und ERGO haben verschiedene Tarifbausteine, die einzeln oder in Kombination abgeschlossen werden können. Hier hat der Patient also eine Wahlmöglichkeit. Er kann nur den Zahnersatz- oder nur den „Zahnerhalt“-Baustein wählen oder beides. Er ist auch nicht gezwungen, alle Leistungsbereiche beim selben Versicherer abzuschließen. So kann er Zahnersatz bei der einen Gesellschaft und Zahnerhalt bei einer anderen versichern – je nachdem, welcher Versicherer seine Ansprüche in den einzelnen Leistungsbereichen am besten erfüllt. Im Behandlungsfall hat er dann darauf zu achten, bei wem er welche Rechnung einreicht.

**ZAHNERSATZ:
AUF INLAYS ACHTEN**

Die meisten Versicherer haben in ihren Bedingungen festgelegt, dass Inlays zum Leistungsbereich Zahnersatz gehören. Die ERGO beispielsweise hat das anders geregelt: Inlays sind nur im Baustein „Zahnerhalt“ versichert. Hierauf hat der Patient bei Vertragsabschluss zu achten.

**IMPLANTAT ODER
IMPLANTATGETRAGENER ZAHNERSATZ?**

Bei der Versorgung mit Implantaten erlebt der Patient ab und zu eine böse Überraschung: er meint, Implantate hätte er versichert. In den Versicherungsbedingungen jedoch steht: implantatgetragener Zahnersatz ist mitversichert – was bedeutet, dass nur die Krone, die auf das Implantat kommt, unter den Versicherungsschutz fällt. Nicht das Implantat selbst. Zu achten ist auch darauf, ob die Anzahl der versicherten Implantate begrenzt ist oder nicht und ob funktionsanalytische und – therapeutische Leistungen mitversichert sind. Die eingangs erwähnte DROS-Therapie wird nicht von allen Gesellschaften erstattet.

**ZAHNBEHANDLUNG
– DIE VERWIRRUNG IST GROSS**

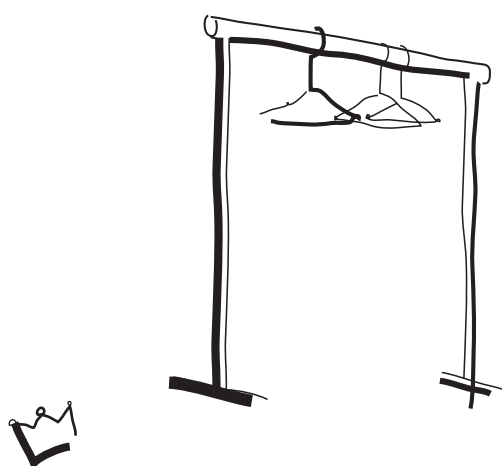
Während beim Zahnersatz vieles von den Versicherungsgesellschaften gleichartig geregelt wird, gibt es bei Zahnbehandlung deutliche Unterschiede im Leistungsumfang. Die Württembergische und Die Bayerische beispielsweise haben eine patientenfreundliche Regelung: Sie zahlen in tariflichem Umfang Wurzel- und Parodontitisbehandlungen – unabhängig davon, ob die Krankenkasse einen Teil der Kosten übernimmt oder nicht. Das bedeutet, diese Tarife zahlen entweder die erstattungsfähigen

Aufwendungen komplett, wenn die Behandlung nicht unter die vertragszahnärztliche Leistung fällt oder sie übernehmen die anfallenden privatärztlich berechneten Restkosten. Der Patient darf natürlich nie mehr erhalten als seine tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Viele andere Gesellschaften stellen die tarifliche Leistung nur dann zur Verfügung, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme beziehungsweise eine Kostenbeteiligung gänzlich ablehnt. So kann es also passieren, dass die Kasse einen Teil erstattet, die private Zusatzversicherung dagegen keine Leistung erbringt.

**INDIVIDUALPROPHYLAXE
– UNTERSCHIEDE IN DER ERSTATTUNGSHÖHE**

Was zur Individualprophylaxe gehört, ist in den Versicherungsbedingungen weitgehend identisch festgelegt. Besonderheiten, wie die eingangs erwähnte Cavitron-Behandlung, wird dagegen nicht von allen Versicherern erstattet. Die Zahnzusatzversicherungen unterscheiden sich hauptsächlich in der Höhe der Erstattung: Manche Gesellschaften zahlen gar nichts, andere ein oder zwei Mal im Jahr einen Zuschuss zwischen 50 Euro und 160 Euro. Die besten Zahnerhalt-Tarife erstatten die Kosten zu 100 Prozent – auch mehrmals im Jahr, wenn dies zum Beispiel aufgrund einer früheren Parodontitis medizinisch notwendig ist. *DB*



Für weitere Tipps oder Fragen erreichen Sie die Autorin per Mail. Auch Checklisten können Sie so anfordern.

—
E-MAIL Gabriele.Bengel@todentta.de
INTERNETADRESSE www.todentta.de