

Nicht jeder Behandlungsfall ist ein Leistungsfall

Gabriele Bengel über Wissenswertes und Hintergründe zum Umgang mit privaten Kranken- und Zusatzversicherungen (9)

Zahnzusatzversicherung: Nicht jeder Behandlungsfall ist ein Leistungsfall

Über das Grundprinzip der Privaten Krankenversicherung, dass nämlich „nur“ medizinisch notwendige Behandlungen versichert sind, lasen Sie in der vorigen Folge. Heute geht es um die Frage: Was wird häufig vom Versicherungsschutz ausgeschlossen – auch in qualitativ guten Tarifen?

Versicherer wollen Klarheit schaffen

Wie bereits erwähnt, ist es nicht das Ziel der Versicherer, im Leistungsfall mehrfachen Schriftwechsel mit dem Versicherten und der Zahnarztpraxis führen zu müssen. Dies erhöht nur Personal- und Verwaltungskosten, was letztlich der Versicherte mit seinen Beiträgen zu zahlen hat. Und da jeder Versicherer eine gute Marktposition im Hinblick auf das Preis-Leistungs-Verhältnis seiner Tarife anstrebt, haben alle Gesellschaften Produktivität und Effizienz in der Sachbearbeitung im Blick. So finden wir in neueren Tarifen zunehmend klar beschriebene Leistungsausschlüsse, die völlig unabhängig von der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit Gültigkeit haben.

Altbekannte Einschränkungen der Leistungspflicht

Der PKV-Verband bietet seinen Mitgliedsunternehmen sogenannte Musterbedingungen an. Diese regeln die Grundlagen für alle Krankenversicherungsarten. Sie werden häufig als „Teil I“ der Versicherungsbedingungen verwendet. Daher finden Sie bei den Versicherern wörtlich gleichlautende Leistungsausschlüsse. Für die Zahnzusatzversicherung ist beispielsweise wesentlich, dass keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß Paragraph 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder,
- Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte beziehungsweise Zahnärzte nicht entsprechen.

Und natürlich gilt immer: Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen. Schließlich soll sich niemand durch eine Zahnbehandlung bereichern. Hier muss man bei Antragstellung aufmerksam sein: Manche Versicherer (z.B. DKV) schreiben in den Versicherungsbedingungen ausdrücklich, dass keine weitere Zusatzversicherung für gleiche Versicherungsfälle abgeschlossen werden darf. In den Anträgen wird in der Regel dann auch gefragt, ob noch weitere private Zahnzusatzversicherungen bestehen.

Andere Versicherer (zum Beispiel die Württembergische) legen fest, dass sie nach Vorleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und „anderer Kostenträger“ die verbleibenden Restkosten in tariflichem Umfang erstatten. Hier wäre dann eine weitere Zahnzusatzversicherung statthaft. Dies ist wichtig für Patienten, die einen älteren Tarif haben mit niedrigem Erstattungssatz und ihren Versicherungsschutz gerne noch durch einen anderen Tarif aufstocken wollen.

Tarifliche Leistungsausschlüsse

Nachfolgend ein paar Leistungsausschlüsse, die in den jeweiligen Versicherungsbedingungen

der Zahnzusatztarife zu finden sind:

- Die Württembergische schließt stationär durchgeführte Zahnbehandlungen ausdrücklich aus. Janitos und DKV sprechen in den Bedingungen von ambulanten, zahnärztlichen Behandlungen – was für den Patienten dasselbe bedeutet.

PKV INSIDE

- Die Deutsche Familienversicherung (DFV) und die Württembergische stellen klar, dass reine Amalgam-Sanierungen beziehungsweise reiner Amalgam-Austausch nicht mitversi-

chert ist. Die DFV ergänzt: „... es sei denn, der Austausch ist medizinisch zum Zahnerhalt erforderlich“.

- Viele Gesellschaften weisen explizit darauf hin, dass die mit der GKV vereinbarten Selbsthalte und die Praxisgebühr nicht erstattungsfähig sind (letzteres hat sich seit dem 1. Januar 2013 erledigt).
- Aufgrund fehlender medizinischer Notwendigkeit fallen kosmetische Maßnahmen grundsätzlich nicht unter den Versicherungsschutz. Die Württembergische erwähnt dies in ihren Bedingungen ausdrücklich und ergänzt als Beispiel für eine kosmetische Maßnahme das Bleaching.

Achtung bei Implantaten

Einschränkungen gibt es auch bei Implantaten. Einige Versicherer beschränken ihre Leistungen auf eine bestimmte Anzahl von Implantaten. So erstattet die Hanse Merkur die Kosten für maximal sechs Implantate im Oberkiefer und vier Implantate im Unterkiefer. Die Continentale leistet für sechs Implantate je Kiefer und die Deutsche Familienversicherung (DFV) für fünf Implantate je Kiefer.

Darüber hinaus hat die DFV in den Versicherungsbedingungen der Zahnimplantat-Zusatzversicherung einen Leistungsausschluss formuliert: für bei Antragstellung fehlende Zähne, die durch herausnehmbare Zahnprothesen ersetzt sind, sowie für damit im Zusammenhang durchzuführende notwendige Präparationen oder Aufbauten an den direkt an diese Zähne beziehungsweise Zahnlücken angrenzenden Nachbarzähnen besteht kein Versicherungsschutz.

Klare Bedingungen

Je klarer und eindeutiger die Versicherungsbedingungen formuliert sind, desto weniger Streit gibt es im Behandlungsfall. Leistungen, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind, werden auch bei medizinischer Notwendigkeit nicht erstattet – da können Sie sich Begründungen ersparen. Deshalb gilt auch hier: Es lohnt sich für Ihre Patienten, sich bei Antragstellung Klarheit über den Versicherungsschutz zu verschaffen und bewusst den Tarif zu wählen, der die individuellen Umstände berücksichtigt und die persönlichen Anforderungen an den Versicherungsschutz am besten erfüllt.

In der nächsten – und vorerst letzten Folge – gibt es noch Informationen zum Beitragsniveau einzelner Tarife.

Gabriele Bengel, Esslingen

(wird fortgesetzt)

Die Autorin dieser kleinen Serie, Gabriele Bengel, war viele Jahre lang in der Versicherungsbranche tätig. Sie hat sich bereits während ihres BWL-Studiums auf das Versicherungswesen konzentriert und die Materie von der Pike auf gelernt. Inzwischen hat sie sich auf Krankenversicherung spezialisiert und kennt Produkte und ihre Besonderheiten ebenso wie Vertragsgestaltung und Leistungsbearbeitung.

Bengel ist Geschäftsführerin der To:dent.ta GmbH (Hamburg) und hat sich unter anderem vorgenommen, mit ihrer Dienstleistung Licht ins Dunkel der Zahnversicherungstarife zu bringen und Zahnärzten und Patienten aufzuzeigen, dass „Versicherung“ auch einfach gehen kann. Bengel hält auch Vorträge bei Patientenver-



anstaltungen sowie für Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Die Autorin steht für Fragen zu den einzelnen Inhalten dieser Serie gerne zur Verfügung und freut sich über Anregungen und Themenwünsche. Sie erreichen sie per E-Mail an leserservice@dzw.de oder direkt an gabriele.bengel@todentta.de.