

Der Teufel steckt im Kleingedruckten

Gabriele Bengel mit einem Update zu modernen Zahnzusatzversicherungen (3)

Die Qualität der Zahnzusatzversicherungen ist sehr unterschiedlich. Ihre Patienten sollten sich daher vor Vertragsabschluss genau informieren. „Zahnersatz ohne Eigenbeteiligung ...“ „100 % Versicherungsschutz bei Zahnersatz ...“ „Bei uns haben Sie 0,00 Euro Zuzahlung ...“ – so oder so ähnlich werden Ihre Patienten in zahlreichen Werbeanzeigen umworben. Und da kaum jemand Lust hat, Kleingedrucktes zu lesen, schließen viele gesetzlich versicherte Zahnzusatzversicherungen ab, ohne genau zu wissen, wie der Versicherungsschutz tatsächlich aussieht. Im Behandlungsfall kann es dann zu einer bösen Überraschung kommen. Dieses wichtige Thema wird daher in diesem

und im nächsten Beitrag dieser Serie ausführlich dargestellt.

Versicherungsschutz richtig auswählen

Ein bisschen Brille, ein bisschen Heilpraktiker und etwas Zahnersatz – das sind häufig die Leistungsinhalte der ambulanten Ergänzungstarife. Das mag im Einzelfall dem Bedarf Ihrer Patienten entsprechen. Meistens ist es aber sinnvoller, den zahnmedizinischen Bereich getrennt von anderen Zusatzversicherungen abzuschließen. Die Versicherer unterscheiden in reinen Zahntarifen vier Leistungsbereiche: Zahnersatz, Zahnbehandlung, Zahnvorsorge und Kieferorthopädie. Da Kieferorthopädie in der Regel nur für Kinder angeboten wird, stehen den Er-

wachsenen drei Leistungsbereiche zur Verfügung.

Ihre Patienten sollten darauf achten, dass sie für alle drei Bereiche Versicherungsschutz haben. In diesem Teil erfahren Sie, welche Besonderheiten bei Zahnersatz und Zahnbehandlung zu berücksichtigen sind.

Zahnersatz – auf privatärztlich verrechnete Kosten kommt es an

100 Prozent Regelversorgung – so steht es in vielen Versicherungsbedingungen. Leider weiß Ihr Patient häufig nicht, was Regelversorgung bedeutet und wundert sich über seinen hohen Eigenanteil, den er trotz Versicherungsschutz an Ihrer Rechnung hat. Und mit dem doppelten Fest-

zuschuss ist Ihr Patient auch nicht vernünftig versichert. Er sollte darauf achten, welchen Prozentsatz der tatsächlichen Gesamtkosten er versichert. Gute Tarife zahlen zwischen 80 und 90 Prozent. Die Württembergische Krankenversicherung bietet eine Tarifkombination an, die sogar bis zu 100 Prozent erstattet.

Auf Implantat-Regelungen besonders achten

Kronen, Brücken und Prothesen erstattet jeder Zahnersatz-Tarif. Qualitative Unterschiede gibt es versicherungstechnisch insbesondere bei Implantaten. Steht in den Bedingungen, dass implantatgetragener Zahnersatz versichert ist, so hat Ihr Patient nur Versicherungsschutz für die Supra-

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. 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 leser.service@dzw.de oder direkt an gabriele.bengel@todentta.de.

konstruktion. Dies ist zum Beispiel im Tarif „Zahnersatz-Sofortschutz“ der Ergo Direkt der Fall.

Auch augmentative Leistungen sind nicht immer automatisch versichert. Zum Beispiel schließt der Tarif „MediZ Plus“ der Gothaer, der auch über Asstel direkt im Internet abgeschlossen werden kann und der in vielen Vergleichsportalen angepriesen wird, die Erstattung der augmentativen Leistungen ausdrücklich aus. Bei Stiftung Warentest hat er im Test von Mai 2012 dennoch ein „gut“ (2,2) erhalten, da augmentative Leistungen kein spezielles Bewertungskriterium waren.

Außerdem wird in einigen Tarifen die Anzahl der Implantate begrenzt. So erstattet die DFV (Deutsche Familienversicherung) maximal fünf Implantate, die Hanse Merkur maximal vier Implantate im Unterkiefer und sechs im Oberkiefer und die Continentale maximal sechs Implantate je Kiefer.

Inlays: Zahnersatz oder Zahnbehandlung?

Während für Zahnärzte Inlays zum Zahnerhalt beziehungsweise zur Zahnbehandlung gehören, haben viele Versicherer Inlays versicherungstechnisch dem Zahnersatz zugeordnet. Eine Ausnahme macht Ergo Direkt: in den Zahnersatz-Tarifen „ZAB“ und „ZAE“ sind Inlays und Onlays nicht versichert. Wünscht der Patient einen umfassenden Versicherungsschutz, so braucht er die Zahnerhalt-Bausteine ZBB und ZBE ebenfalls.

Zahnbehandlung – die Verwirrung ist groß

Haben Sie sich auch schon manches Mal über die Erstattungspraxis der Versicherer gewundert? Gerade bei Zahnbehandlungen, zum Beispiel Wurzel- oder Parodontitisbehandlungen ist die Verwirrung groß. Und das nicht nur wegen teilweise unterschiedlicher Auslegung der GOZ.

Beim Versicherungsschutz für Zahnbehandlungen gestalten die Versicherer ihre Tarife ganz unterschiedlich. Einige Versicherer leisten laut ihren Bedingungen 100 Prozent der Gesamtaufwendungen, natürlich zusammen mit der Kassenleistung maximal die insgesamt entstandenen Aufwendungen. Das

bedeutet: Übernimmt die Kasse einen Teil der Kosten, zahlt der Versicherer die Restkosten. Zahlt die Kasse gar nichts, übernimmt der Versicherer die Kosten komplett – immer vorausgesetzt, dass es eine medizinisch notwendige Behandlung war und die Abrechnung der Gebührenordnung entspricht. So regeln es unter anderem die Bayerische und die Württembergische.

Andere Versicherer, wie zum Beispiel Janitos, Barmenia und Arag, haben in den Bedingungen festgelegt, dass „weder ersatzweise noch zusätzlich eine private Rechnung akzeptiert wird, wenn die Behandlung als Ganzes über die GKV abgewickelt werden kann“. Der Grundgedanke dabei ist, dass der gesetzlich Versicherte insbesondere dann privaten Versicherungsschutz braucht, wenn er von seiner Krankenkasse gar keine Leistung bekommt.

Und die dritte Variante bei den Zahnbehandlungstarifen ist die, dass der Versicherer nur die Restkosten übernimmt, die nach Vorleistung der Kasse übrig bleiben. So schreibt die Hanse Merkur in ihren Bedingungen unter anderem: „Ersetzt werden die zusätzlichen erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen einer von der GKV getragenen Wurzelbehandlung“.

Tipp: Tarifbedingungen prüfen

Die Versicherungsbedingungen bestehen aus den allgemeinen Bedingungen (AVB) und den Tarifbedingungen. In den AVB wird eher Allgemeines geregelt, wie zum Beispiel Geltungsbereich, Wartezeiten, Kündigungsfristen, Beitragsanpassungen etc. Sie sind bei vielen Versicherern nahezu identisch.

Die oben beschriebenen Leistungsbereiche finden Ihre Patienten in den Tarifbedingungen. Diese umfassen häufig nur eine oder zwei Seiten. Und genau diese sollten sich Ihre Patienten vor Vertragsabschluss anschauen oder erklären lassen.

Im nächsten Teil der Serie geht es dann um die Besonderheiten in den Leistungsbereichen Zahnvorsorge und Kieferorthopädie.

Gabriele Bengel, Esslingen

(wird fortgesetzt)