

# Angebot-Aktuell

Ausgabe 10/2007 vom 03.12.2007

## Top-Argumente pro Top-Zahntarif ZG

Tarif ZG – das bedeutet:

- Komfortschutz bei Zahnersatz, Implantaten und Inlays
- Garantierte Erstattung von 85 % (zusammen mit der GKV-Vorleistung)
- Der GKV-Bonus beim Zahnersatz kommt voll und ganz dem Kunden zugute

Nicht zuletzt diese Gründe sind dafür ausschlaggebend, dass der Tarif ZG mehrfach klarer **Testsieger** wurde und am Markt eine **Top-Platzierung** einnimmt.



In jüngster Zeit haben uns nun verschiedene Anfragen zum konkreten Leistungsumfang des Tarifs ZG erreicht.

Die beigefügte Information

## Häufig gestellte Fragen zum Tarif ZG (Zahnergänzungsversicherung)

beantwortet alle diese Fragen rund um den Tarif ZG.

Hier erfahren Sie noch mehr über die Stärke und die Klasse unseres Tarifs ZG in den kostenintensiven Bereichen Zahnersatz, Implantate und Inlays. Sie können aber auch nachlesen, warum einige zahnärztliche Leistungen nicht zum ZG-Spektrum gehören (können).

Wir hoffen, dass "Häufig gestellte Fragen zum Tarif ZG (Zahnergänzungsversicherung)" eine wirkliche Argumentationshilfe für Sie wird und wünschen Ihnen weiterhin viel Erfolg beim Verkauf des **Top-Zahntarif ZG**.

Krankenversicherung



**Barmenia**  
Versicherungen

Abt. Tarif BK  
Klaus-Dieter Ebel  
Kronprinzenallee 12-18  
42119 Wuppertal  
Tel.: (02 02) 4 38-2307

# Häufig gestellte Fragen zum Tarif ZG (Zahnergänzungsversicherung)

## Inhalt:

Warum ist eine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Zahnbereich notwendig?	2
Welche Kosten übernimmt die GKV bei Zahnersatz, Implantaten und Inlays?	2
Wie rechnet die Krankenkasse ab und welche Kosten verbleiben dem GKV-Versicherten?	2
Welche Leistungen übernimmt der Tarif ZG?	3
Bis zu welcher Höhe werden Zahnarzthonorare erstattet?	4
Bis zu welcher Höhe werden Material- und Laborkosten erstattet?	5
Werden die Kosten für Verblendungen erstattet?	5
Werden die Kosten für chirurgische Maßnahmen im Zusammenhang mit Zahnersatz erstattet?	5
Wird die Anzahl der Implantate je Kiefer im Tarif begrenzt?	5
Werden die Kosten von Onlays und Overlays erstattet?	5
Werden die Kosten von Veneers (Verblendschalen) erstattet?	5
Wird regelmäßige Zahnvorsorge bei der Zahnersatz-Erstattung honoriert?	5
Werden die Kosten für professionelle Zahnreinigung (PZR) erstattet?	6
Werden die Kosten für Zahnbehandlungen erstattet?	7
Werden die Kosten für Kieferorthopädie erstattet?	7
Was passiert, wenn die Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen werden?	8
Werden die Leistungen in den ersten Versicherungsjahren begrenzt (so genannte tarifliche Zahnstaffel)?	8
Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?	9
Gibt es Beitragszuschläge bei fehlenden Zähnen?	9
Kann der Tarif ZG alleine abgeschlossen werden?	9

## Warum ist eine Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Zahnbereich notwendig?

Bei Zahnersatz, Implantaten und Inlays besteht immer die Gefahr, auf hohen Zuzahlungen sitzen zu bleiben, denn die Leistungen der GKV sind hier sehr begrenzt.

## Welche Kosten übernimmt die GKV bei Zahnersatz, Implantaten und Inlays?

- Bei **Zahnersatz** leistet die GKV nur einen prozentualen Zuschuss; seit 01.01.2005 wird dieser Zuschuss in Form von "befundbezogenen Festzuschüssen" gezahlt.

Diese Festzuschüsse orientieren sich am konkreten Befund (z. B. 2 fehlende Zähne im Oberkiefer) und werden aus einem diesem Befund zugeordneten feststehenden Betrag (= Regelversorgungsleistung) errechnet. Die Festzuschüsse betragen 50 %, 60 % oder 65 % der Regelversorgungsleistungen – je nachdem, über welchen Zeitraum der Versicherte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen beansprucht hat.

Dies bedeutet: Bei allen Versicherten wird bei gleichem Befund der gleiche Betrag für die Berechnung des Festzuschusses zu Grunde gelegt – **unabhängig von den tatsächlichen Aufwendungen**. Es spielt also grundsätzlich keine Rolle, welche Kosten der Zahnarzt tatsächlich in Rechnung stellt.

- **Implantate** sind "künstliche Zahnwurzeln", auf denen eine prothetische Versorgung (Kronen, Brücken, Prothesen) verankert wird. Die GKV beteiligt sich an den Kosten für die reine Implantatversorgung nicht; sie zahlt lediglich den befundbezogenen Festzuschuss für den auf den Implantaten befestigten Zahnersatz (= so genannte Suprakonstruktion).
- **Inlays** sind Einlagefüllungen, die rundherum von Zahnschubstanz umgeben sind und die außerhalb des Mundes angefertigt werden. Aus einem Werkstoff (z. B. Keramik oder Gold) wird eine feste Form gegossen oder gefräst, die haargenau in das für die Füllung vorbereitete "Loch" passt. Inlays sind keine Leistungen der GKV; immerhin zahlen die gesetzlichen Krankenkassen aber einen Zuschuss, dessen Höhe sich an den Kosten für eine vergleichbare Amalgam-Füllung orientiert.

## Wie rechnet die Krankenkasse ab und welche Kosten verbleiben dem GKV-Versicherten?

- Im Zusammenhang mit der **Zahnersatz**-Neuregelung wurden in das Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) zum 01.01.2005 drei Begriffe neu eingeführt:
  - **Regelversorgung** (= GKV-Standardtherapie)
  - **Gleichartige Versorgung** (= Zahnersatz, der die Regelversorgung umfasst, jedoch zusätzliche Elemente aufweist)
  - **Andersartige Versorgung** (= Zahnersatz, der von der Regelversorgung total abweicht, z. B. implantatgestützter Zahnersatz)

Während die Regelversorgung nach den "Kassensätzen" abgerechnet wird, werden bei der gleichartigen Versorgung die **Mehrleistungen** zwingend nach der privatärztlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet. Der andersartige Zahnersatz muss **komplett** nach der GOZ abgerechnet werden.

- Für eine **Implantatversorgung** müssen – je nach Material, Umfang und System des chirurgischen Eingriffs sowie Lage (Front- oder Seitenzahngbiet) – je Implantat Mehrkosten von 800,- EUR bis 1.500,- EUR eingepplant werden (ohne die Kosten für die darauf aufbauende Zahnersatzversorgung!).

➡ Rechnungs- und Erstattungsbeispiele zu Zahnersatz/Implantaten auf Seiten 3/4

- Bei einem **Inlay** muss man – je nach Material und Größe – gegenüber dem Zuschuss der GKV für die vergleichbare Amalgam-Füllung mit Mehrkosten zwischen 250,- EUR bis 800,- EUR rechnen; auch hier spielt die Lage des behandelten Zahnes bei der Kostenhöhe eine Rolle.
  - ➔ Rechnungs- und Erstattungsbeispiel auf Seite 4

**Sie sehen: Bei Zahnersatz, Implantaten und Inlays besteht also immer die Gefahr, auf hohen Zuzahlungen sitzen zu bleiben.**

### Welche Leistungen übernimmt der Tarif ZG?

Mit dem Barmenia-Tarif ZG ist der Kunde dann auf der sicheren Seite: Er erhält zusammen mit den Vorleistungen seiner gesetzlichen Krankenkasse immer **85 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen (das ist in der Regel der Rechnungsbetrag) – **bei Zahnersatz, Implantaten und Inlays!**

Die gesetzliche Krankenkasse zahlt bei **Zahnersatz** grundsätzlich einen Festzuschuss von **50 %** der **Regelversorgungsleistung**. Wenn sich der Kunde mit regelmäßigen Vorsorgemaßnahmen einen höheren Zahnersatz-Festzuschuss (60 % oder 65 % der Regelversorgungsleistung) "erarbeitet" hat, kann er sich ruhig zurücklehnen. Denn dieser Bonus von 10 %-Punkten bzw. 15 %-Punkten, der über den 50 %igen Festzuschuss hinausgeht, wird **nicht** als Vorleistung der GKV abgezogen. Er bleibt dem Kunden also auf jeden Fall erhalten, so dass er sich dann über insgesamt **mehr als 85 %** Kostenerstattung freuen kann. Und: bei Regelversorgung und einem Bonus von 15 %-Punkten (also einem höchstmöglichen GKV-Festzuschuss von 65 %) kann sogar eine Kostenerstattung von insgesamt 100 % erreicht werden.

### Rechnungs- und Erstattungsbeispiele

- Zahnersatz und Implantate

Einem Kunden fehlen zwei Zähne; im "Festzuschuss-Deutsch" heißt dies "Zahnbegrenzte Lücke mit zwei fehlenden Zähnen". Als Regelversorgungsleistung wird ein Betrag von 706,56 EUR zu Grunde gelegt. Der Kunde erhält durch regelmäßige Zahnvorsorge einen Festzuschuss in Höhe von 65 % (= 459,26 EUR). Bei der Erstattung aus Tarif ZG wird allerdings nur der 50 %ige Festzuschuss (= 353,28 EUR) als GKV-Vorleistung abgezogen. Betrachten wir die drei möglichen Versorgungsformen:

#### Regelversorgung

Brücke zum Ersatz von zwei fehlenden Zähnen (Zähne 35 und 36) – Brückenglied, 1 Verblendkrone, 1 Vollgusskrone – **Kosten: 706,56 EUR**

Rechnungsbetrag EUR	GKV-Festzuschuss: 65 % EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG %	ZG-Erstattungsbetrag EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG %
706,56	459,26	247,30	35,0	247,30	0	0

#### Aufwendigere gleichartige Versorgung

Wie Regelversorgung, jedoch Verblendkrone und Brückenglieder mit keramischer Vollverblendung und Versorgung in Goldlegierung – **Kosten: 1.539,63 EUR**

Rechnungsbetrag EUR	GKV-Festzuschuss: 65 % EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG %	ZG-Erstattungsbetrag EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG %
1.539,63	459,26	1.080,37	70,2	955,41	124,96	8,1

### Aufwendigere andersartige Versorgung

Versorgung mit einem Implantat und Brücke mit keramischer Vollverblendung – **Kosten: 3.342,59 EUR**

Rechnungs- betrag EUR	GKV-Festzu- schuss: 65 % EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG %	ZG-Erstat- tungsbeitrag EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG %
3.342,59	459,26	2.883,33	86,3	2.487,92	395,41	11,8

- Inlay

**Inlayversorgung** der Zähne 45 und 47 – **Kosten: 1.525,96 EUR**

Rechnungs- betrag EUR	GKV- Zuschuss EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG %	ZG-Erstat- tungsbeitrag EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG %
1.525,96	74,01	1.451,95	95,2	1.223,06	228,89	15,0

Gerade die beiden letztgenannten Beispiele – Aufwendigere andersartige Versorgung und Inlayversorgung – zeigen die große Leistungsfähigkeit unseres Tarifes ZG.

Besonders deutlich wird dies in einem direkten Vergleich mit einem offensiv beworbenen Konkurrenzprodukt – dem Tarif ZEF ("Dental-Vorsorge + 100")<sup>1</sup> der KarstadtQuelle Versicherung (KQV)<sup>2</sup>:

### Aufwendigere andersartige Versorgung

Versorgung mit einem Implantat und Brücke mit keramischer Vollverblendung – **Kosten: 3.342,59 EUR**

	Rechnungs- betrag EUR	GKV-Festzu- schuss: 65 % EUR	Erstattungs- betrag EUR	Eigenanteil EUR	Eigenanteil %
Barmenia ZG	3.342,59	459,26	2.487,92	395,41	11,8
KQV ZEF	3.342,59	459,26	459,26	2.424,07	72,5

**Inlayversorgung** der Zähne 45 und 47 – **Kosten: 1.525,96 EUR**

	Rechnungs- betrag EUR	GKV- Zuschuss EUR	Erstattungs- betrag EUR	Eigenanteil EUR	Eigenanteil %
Barmenia ZG	1.525,96	74,01	1.223,06	228,89	15,0
KQV ZEF	1.525,96	74,01	-	1.451,95	95,2

### Bis zu welcher Höhe werden Zahnarzthonorare erstattet?

Bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. bei entsprechenden Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

<sup>1</sup> Der Tarif ZEF der KarstadtQuelle Versicherung verdoppelt beim Zahnersatz lediglich den Festzuschuss der GKV; er sieht keine Leistungen für Inlays vor!

<sup>2</sup> s. hierzu auch Angebot Aktuell Nr. 6/2006 vom 05.05.2006: "Zahnersatz: Das Werbeversprechen der KarstadtQuelle Versicherung und die Leistungsfähigkeit des Barmenia-Tarifs ZG"

**Bis zu welcher Höhe werden Material- und Laborkosten erstattet?**

Bis zu den ortsüblichen Preisen.

**Werden die Kosten für Verblendungen erstattet?**

Ja.

Allerdings sind Verblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (für die Zähne 7 und 8) hiervon ausgenommen. Für diese Verblendungen besteht keine medizinische Notwendigkeit; vielmehr stehen ästhetische Aspekte im Vordergrund.

**Werden die Kosten für chirurgische Maßnahmen im Zusammenhang mit Zahnersatz erstattet?**

Ja.

Dies ist in der Regel bei der Implantatversorgung der Fall (z. B. knochenchirurgische Eingriffe).

**Wird die Anzahl der Implantate je Kiefer im Tarif begrenzt?**

Nein.

**Werden die Kosten von Onlays und Overlays erstattet?**

Ja.

Onlays und Overlays werden nach den gleichen Prinzipien wie Inlays hergestellt, jedoch sind sie nicht rundherum von Zahnschubstanz umgeben; vielmehr ragt hier die Füllung an mindestens einer Stelle des Zahnes über eine der Zahn-Höckerspitzen hinaus. Von daher sind Onlays und Overlays wohl eher als Teilkronen anzusehen. Unabhängig von diesen Begriffsbestimmungen fallen die Kosten für ein Onlay oder ein Overlay aber unter die Leistungspflicht des Tarifs ZG, da dessen Leistungskatalog sowohl die Erstattung der Aufwendungen für Inlays als auch für Zahnersatz (= Teilkronen) vorsieht.

**Werden die Kosten von Veneers (Verblendschalen) erstattet?**

Ja.

Voraussetzung ist, dass das Veneer im Sinne einer Teilkrone medizinisch notwendig ist (z. B. als Reparatur zur Wiederherstellung abgebrochener Frontzähne).

**Wird regelmäßige Zahnvorsorge bei der Zahnersatz-Erstattung honoriert?**

Ja.

Wie schon eingangs bei den Erstattungsbeispielen erwähnt, erhöht sich der GKV-Festzuschuss beim Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge von 50 % um 10 %-Punkte bzw. 15 %-Punkte auf 60 % bzw. 65 %. Der Tarif ZG honoriert diese Eigenverantwortung des Kunden, indem er in jedem Fall nur den 50 %igen Festzuschuss als GKV-Vorleistung berücksichtigt. Der Vorsorgebonus verbleibt so alleine dem Kunden. Ein Erstattungsbeispiel wiederum macht dies deutlich:

**Aufwendigere gleichartige Versorgung – Festzuschuss der GKV: 50 %**

Wie Regelversorgung, jedoch Verblendkrone und Brückenglieder mit keramischer Vollverblendung und Versorgung in Goldlegierung – **Kosten: 1.539,63 EUR**

Rechnungs- betrag EUR	GKV-Festzu- schuss: 50 % EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG %	ZG-Erstat- tungsbeitrag EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG %
1.539,63	353,28	1.186,34	77,1	955,41	230,94	15

**Aufwendigere gleichartige Versorgung – Festzuschuss der GKV: 65 %**

Wie Regelversorgung, jedoch Verblendkrone und Brückenglieder mit keramischer Vollverblendung und Versorgung in Goldlegierung – **Kosten: 1.539,63 EUR**

Rechnungs- betrag EUR	GKV-Festzu- schuss: 65 % EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZG %	ZG-Erstat- tungsbeitrag EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG EUR	Eigenanteil mit Tarif ZG %
1.539,63	459,26	1.080,37	70,2	955,41	124,96	8,1

**Werden die Kosten für professionelle Zahnreinigung (PZR) erstattet?**

Nein.

Sinn einer Krankenversicherung ist es in erster Linie, die (vielleicht sehr hohen) Kosten des unvorhersehbaren Ereignisses "Krankheit oder Unfall", das eintreten kann aber nicht eintreten muss, abzuschern. Darauf fußt auch die Kalkulation der Beiträge.

Dazu ein kleiner Exkurs: Die PZR ist für den Patienten nicht kostenintensiv: Die Ziffer 405 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) – "Entfernen harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn" – kostet 0,61 EUR Einfachsatz und die Ziffer 406 GOZ – "Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn" – hat einen Einfachsatz von 0,36 EUR. Bei 32 Zähnen ergibt das beim 2,3fachen GOZ-Satz eine Gesamtsumme von 71,39 EUR. Bei zweimaliger Behandlung pro Kalenderjahr – die Durchführung einer PZR wird alle sechs Monate empfohlen – kommt so ein Rechnungsbetrag von rund 150,- EUR zu Stande. Auf den Kalendermonat umgerechnet ergibt sich ein Betrag von 12,50 EUR.

Der Einschluss der PZR in den Tarif ZG hätte jedenfalls zur Folge, dass ein monatlicher Mehrbeitrag erforderlich wäre, der von allen Versicherten gezahlt werden müsste – also auch von denjenigen, denen die "normale" Prophylaxe reicht und die keinen oder sehr wenig Wert auf die PZR legen.

Dazu kommt, dass die Kosten für PZR sehr wohl "vorhersehbar", also im Vorfeld konkret absehbar sind. Ein monatlicher (Mehr-)beitrag dafür hätte letztlich eher den Charakter eines "Anspartarifs" als einer Krankenversicherung: Man zahlt einen Beitrag ein, den man sich im Laufe eines Jahres wieder zurückholt.

Im Sinne eines möglichst optimalen Preis-Leistungs-Verhältnisses ist die PZR daher nicht Bestandteil des Tarifs ZG.

Wer Zahnprophylaxe ernst nimmt und in Eigenverantwortung für gesunde Zähne sorgen will, wird – ob der relativ geringen Kosten – eine PZR auch dann durchführen lassen, wenn er keine so genannte PZR-Versicherung im Rücken hat.

## Werden die Kosten für Zahnbehandlungen erstattet?

Ja und nein.

Ja: bei Inlays.

Nein: bei sonstigen Zahnbehandlungen wie z. B. Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlungen oder Parodontosebehandlungen. Denn: Diese Zahnbehandlungen fallen als **Sachleistungen** in folgenden Fällen unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen, d. h., die GKV übernimmt die Kosten dann zu 100 %:

- **Kunststofffüllungen:** In den Fällen, in denen Kunststoff notwendig ist (z. B. wegen Amalgam-Unverträglichkeit), zahlen die gesetzlichen Krankenkassen. Des weiteren übernimmt die GKV immer eine Kunststofffüllung im Frontzahnbereich.

Darüber hinaus ist es nicht so, dass eine Kunststofffüllung in jedem Fall Amalgam ersetzen kann. So schreibt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV): "Je größer der zu füllende Bereich ..., desto schlechter halten die Komposites-Materialien (Anm.: = Kunststofffüllung). Denn sie brauchen rundherum Zahnhartsubstanz, sozusagen einen Zahnrand. Im Gegensatz zu Amalgam kann man mit Kunststoffen keine Zähne behandeln, bei denen kein Zahnrand mehr besteht"<sup>3</sup>.

- **Wurzelbehandlung:** Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Wurzelbehandlungen, zahlen allerdings nicht für "Therapieversuche mit unklaren Erfolgsaussichten."<sup>4</sup>

Wenn eine Wurzelbehandlung "scheitert", ist dies entweder ein "Therapieversuch mit unklarer Erfolgsaussicht" oder aber auf einen Fehler des Zahnarztes zurückzuführen. In jedem Fall handelt es sich dabei um eine seltene Ausnahmesituation.

Es kann aber – im Sinne aller Versicherten – kaum Aufgabe einer Ergänzungsversicherung sein, Therapieversuche mit unklarer Erfolgsaussicht zu finanzieren.

Darüber hinaus würde der Einschluss dieser Leistung in den Tarif ZG den Beitrag für alle Versicherten erhöhen. Allerdings würden davon nur sehr wenige ZG-Versicherte profitieren, weil die Wurzelbehandlung in den allermeisten Fällen von der GKV übernommen wird.

- Die **Parodontosebehandlung** ist als zahnärztliche Behandlung ohne Wenn und Aber eine Sachleistung der GKV.

Für alle genannten Zahnbehandlungen gilt: Sachleistungen der GKV lassen keinen Raum für eine Eigenbeteiligung des Kunden an den Behandlungskosten. Für eine Ergänzungsversicherung besteht also – anders als beim Zahnersatz, wo die GKV nur maximal 65 % der Kosten übernimmt – keine Notwendigkeit.

## Werden die Kosten für Kieferorthopädie (Kfo) erstattet?

Nein.

Die GKV übernimmt grundsätzlich 80 % der Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung bei Versicherten, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei Erwachsenen nur bei bestimmten schwerwiegenden Indikationen).

Bei Abschluss der Behandlung erstattet die GKV dem Versicherten den Eigenanteil von 20 %, so dass letztlich keine Eigenbeteiligung verbleibt.<sup>5</sup> Auch hier gilt: Für eine Ergänzungsversicherung besteht also – anders als beim Zahnersatz, wo die GKV nur maximal 65 % der Kosten übernimmt – kein Raum.

<sup>3</sup> www.kzbv.de

<sup>4</sup> www.kzbv.de

<sup>5</sup> Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Eigenanteil für das zweite und jedes weitere Kind 10 %.



Die Indikationen für die GKV-Kostenübernahme der kieferorthopädischen Behandlung sind in den so genannten Kfo-Richtlinien festgelegt. Es gibt Fälle, in denen die Abweichung der Kieferverhältnisse nicht der GKV-Norm entspricht, so dass eine Kfo nicht unter die Leistungspflicht der GKV fällt. Dann handelt es sich meistens aber um kosmetische Indikationen und nicht um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung. Die Übernahme solcher Kosten kollidierte nicht nur mit dem Grundsatz einer Krankenversicherung, sondern würde auch hier für alle Versicherten beitrags erhöhend wirken – obwohl nur sehr wenige davon auch profitieren.

### Was passiert, wenn die Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen werden?

Der Tarif ZG besagt, dass als fiktive Vorleistung der GKV

- bei Zahnersatz 40 % und
- bei Inlays 20 %

des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages dann von den Tarifleistungen abgezogen werden, wenn zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen wurden.

Ein Anspruch auf Zahnersatzleistungen (Festzuschuss) der GKV entsteht immer dann, wenn fehlende Zähne ersetzt werden müssen. Die GKV muss diese zustehende Leistung aber nur dann erbringen, wenn sie von einem so genannten Vertragszahnarzt durchgeführt wird. Wenn also zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, kann dies nur darin begründet sein, dass ein Nicht-Vertragszahnarzt aufgesucht wird; dann ist die GKV von ihrer Leistungspflicht befreit. In diesen Fällen kommt die o. g. Anrechnung einer fiktiven GKV-Vorleistung zum Zuge. Ein Erstattungsbeispiel würde dann wie folgt aussehen:

#### Aufwendigere gleichartige Versorgung

Wie Regelversorgung, jedoch Verblendkrone und Brückenglieder mit keramischer Vollverblendung und Versorgung in Goldlegierung – **Kosten: 1.539,63 EUR**

Rechnungsbetrag	fiktive GKV-Vorleistung (40 %)	ZG-Erstattungsbetrag	Eigenanteil mit Tarif ZG	Eigenanteil mit Tarif ZG
EUR	EUR	EUR	EUR	%
1.539,63	615,85	692,84	846,79	55

Dies gilt sinngemäß, wenn eine Inlayversorgung von einem Nicht-Vertragszahnarzt durchgeführt wird:

#### Inlayversorgung der Zähne 45 und 47 – **Kosten: 1.525,96 EUR**

Rechnungsbetrag	fiktive GKV-Vorleistung (20 %)	ZG-Erstattungsbetrag	Eigenanteil mit Tarif ZG	Eigenanteil mit Tarif ZG
EUR	EUR	EUR	EUR	%
1.525,96	305,19	991,88	534,08	35

Es lohnt sich also immer, die zustehenden Leistungen der GKV in Anspruch zu nehmen!

### Werden die Leistungen in den ersten Versicherungsjahren begrenzt (so genannte tarifliche Zahnstaffel)?

Nein.

## Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Ja, wenn der voraussichtliche Rechnungsbetrag 1.000,- EUR übersteigt, ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen.

Dies ist keine dirigistische Maßnahme seitens des Versicherers, sondern dient der Sicherheit des Kunden: An Hand des Heil- und Kostenplans kann eine Erstattungszusage gegeben und der voraussichtliche Erstattungsbetrag ermittelt werden.

## Gibt es Beitragszuschläge bei fehlenden Zähnen?

Nein.

Bei zwei und drei fehlenden Zähnen sind die Zahnersatzleistungen des Tarifs ZG (wie bei allen Tarifen mit Zahnleistungen bei der Barmenia) in den ersten drei Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn begrenzt.

Es gelten folgende Annahmegrundsätze:

- a) Es fehlen End- (Weisheits-) Zähne  
(18, 28, 38, 48, max. also 4 „Weisheitszähne“) = ohne Einschränkung

Es fehlt oder fehlen von den übrigen Zähnen, die nicht ersetzt sind

- b) **1 Zahn** = ohne Einschränkung

- c) **2 Zähne**, dann erstattungsfähiger Rechnungsbetrag im

1. Kalenderjahr	=	250,- EUR
2. Kalenderjahr	=	500,- EUR
3. Kalenderjahr	=	750,- EUR

- d) **3 Zähne**, dann erstattungsfähiger Rechnungsbetrag im

1. Kalenderjahr	=	125,- EUR
2. Kalenderjahr	=	250,- EUR
3. Kalenderjahr	=	375,- EUR

- e) **4 Zähne und mehr** = Ablehnung

Falls bei fehlenden Zähnen die Lücken (durch natürliches Zusammenwachsen, z. B. im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung) weitgehend geschlossen sind, entfallen die Einschränkungen nach c), d) bzw. e). Über einen „Lückenschluss“ sind genaue Angaben im Antrag erforderlich. Sofern zwar keine Zähne fehlen, aber Zahnersatz beabsichtigt oder angeraten ist, muss der Antrag bis zum Abschluss der Zahnsanierung zurückgestellt werden.

Die Leistungseinschränkungen gelten für Zahnersatz. Sie gelten nicht für Behandlungen von Unfallfolgen, wenn der Unfall nach Zu-Stande-Kommen des Vertrages eintritt.

Beachten Sie bitte die Annahmegrundsätze bereits bei der Antragsaufnahme und vereinbaren Sie mit dem Antragsteller bei 2 bzw. 3 fehlenden Zähnen die begrenzten Leistungen für die ersten drei Kalenderjahre mit der Zusatzerklärung K3758 gleich bei Antragstellung.

## Kann der Tarif ZG alleine abgeschlossen werden?

Ja.