

## Hinweise zur Zahnzusatzversicherung

### **Warum brauche ich als gesetzlich Krankenversicherter eine Zahnkosten-Zusatzversicherung?**

Die gesetzlichen Krankenversicherungen kürzen Ihre Leistungen.

Zuletzt wurden 2005 gravierende Änderungen vorgenommen. Seitdem wird für Zahnersatz nur noch ein befundbezogener Festzuschuss übernommen – egal, für welche Art der Versorgung Sie sich zusammen mit dem Zahnarzt entscheiden.

Diese Festzuschüsse decken im Allgemeinen nicht einmal die im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung tatsächlich anfallenden Kosten ab.

Schon bei der Regelversorgung kann eine hohe Eigenbeteiligung entstehen die zu 100% von ausgewählten Tarifen übernommen wird.

Bei privatärztlichen Anteilen werden zusammen mit den GKV Leistungen bis zu 80% der tatsächlich entstandenen Kosten erstattet.

**Zahnbehandlung:** 100% (z.B. professionelle Zahnreinigung)

**Zahnersatz:** 100%, wenn die Rechnung keine Vergütungsanteile nach GOZ enthält (Regelversorgung), 80%, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthält (gleichartige bzw. andersartige Versorgung).

**Kieferorthopädie:** 80%, wenn für eine medizinisch notwendige Kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (z.B. KIG 2).

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen.

Alle Behandlungen müssen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen, also von Behandlern mit Kassenzulassung durchgeführt und im Rahmen der kassenärztlichen Vorschriften abgerechnet werden.

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind Originalrechnungen mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV müssen zuerst in Anspruch genommen werden.

**Das sollte ein Tarif der Zahnzusatzversicherung mindestens können!**

**Beitragbeispiele folgen auf den nächsten Seiten.**

## Leistungen und Beiträge

**Das sollte ein Tarif der Zahnzusatzversicherung mindestens können!  
Leistungen und Beiträge  
Fragen und Antworten (FAQ)**

**Was versteht man unter „Regelversorgung der GKV“**

Die Regelversorgung der GKV stellt nur die absolute Grundversorgung sicher. So sind z.B. die Kauflächen bei Zahnkronen nicht mit einem zahnfarbenen Material überzogen. Die hinteren Zahnkronen sind komplett ohne Verblendung.

**Sieht der Tarif Leistungen für professionelle Zahnreinigung und Versiegelungen vor?**

Ja, die Kosten für professionelle Zahnreinigung fallen in den Versicherungsschutz.

Zwei Sitzungen pro Jahr werden als medizinisch sinnvoll akzeptiert, in bestimmten Fällen bis zu 4 Sitzungen, z.B. bei Parodontose. Versiegelungen werden ebenfalls erstattet.

**Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlungen sowie Wurzelbehandlungen vor?**

Ja, wenn die medizinisch notwendige Behandlung von der GKV gänzlich abgelehnt wird. Dies ist der Fall, wenn die Taschentiefe unter 3,5 mm liegt.

**Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelungen vor?**

Ja, Fissurenversiegelungen werden auch außerhalb GKV-Richtlinien bei den bleibenden Zähnen erstattet (Fissuren sind die Täler im Kauflächenrelief der Seitenzähne)

**Sieht der Tarif Leistungen für Kunststoff-Füllungen vor?**

An den Frontzähnen ist diese Leistung Teil der kassenärztlichen Versorgung. Was den Seitenzahnbereich betrifft, so leistet der Private Versicherer. Für Kompositfüllungen in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik erkennt die Zusatzversicherung die Leistung bis zum 2,3fachen Satz der GOZ an.

**Sieht der Tarif Leistungen für Inlays vor?**

Ja, die Aufwendungen für Inlays sind im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zusammen mit der GKV zu 80% erstattungsfähig (Kunststoff, Keramik oder Gold).

**Sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor?**

Ja, die Aufwendungen für Zahnersatz (Kronen, Teilkronen, Brücken und Prothesen) werden im Rahmen der Regelversorgung zu 100% erstattet, sollte die Rechnung vollständig oder teilweise Vergütungsanteile nach GOZ enthalten so leistet der Tarif 80%.

**Sieht der Tarif Leistungen für Implantate vor?**

Ja, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Implantate werden zu 80% erstattet. Die Anzahl der Implantate pro Kiefer ist tariflich nicht begrenzt. Kieferaufbauende Maßnahmen sind hierbei erstattungsfähig.

**Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie vor?**

Ja, die Aufwendungen für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen werden zu 80% erstattet, wenn hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (KIG 1-2 oder bei Personen nach Vollendung des 18.Lebensjahres).

**Gibt es Summenbegrenzungen in den ersten Jahren? (Zahnstaffel)**

Ja, die maximale tarifliche Leistung ist begrenzt, im 1.Jahr auf 500 €, im 2.Jahr auf 1.000 € und ab dem 3. Jahr unbegrenzt. Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eintretenden Unfall zurückzuführen sind.

**Kann der Zahnzusatztarif selbstständig abgeschlossen werden?**

Ja, lediglich die Mitgliedschaft bei einer GKV muss vorliegen.

**Können die Wartezeiten entfallen?**

Ja, mit einem „Zahnärztlichen Befundbericht“ können die Wartezeiten entfallen.

**Können fehlende Zähne mitversichert werden?**

Ja, bis zu 4 fehlende Zähne können mit einem Risikozuschlag von 10% pro fehlenden Zahn mitversichert werden.

**Monatliche Beiträge für folgende versicherte Personen:**

EA	Männer	Frauen
0-15	7,17 €	7,17 €
30	17,65 €	24,14 €
50	23,91 €	32,21 €

Aufnahme bis EA 65 ist möglich - wobei im Antrag nur zwei Gesundheitsfragen beantwortet werden müssen: Die erste Frage klärt, ob derzeit Zahnbehandlungen, Zahnersatzmaßnahmen, Behandlungen wegen Zahn- und Kieferregulierungen oder Parodontose durchgeführt, notwendig, angeraten oder beabsichtigt. Die zweite Frage klärt, wie viele nicht ersetzte Zähne es gibt und ob herausnehmbarer Zahnersatz und Prothesen vorhanden sind.

Bei weiteren Fragen kontaktieren Sie bitte Herrn [Ralf Ebeling](#).

Ihr SiTAX Team  
0511 - 58 4000

[Zurück zur Webseite](#)