

Erläuterung der Leistungsfragen in der privaten Zahnzusatzversicherung

Leistungen für Inlays

Erläuterung: Inlays sind Zahnfüllungen, die im Labor passgerecht für den jeweiligen Zahn gefertigt werden. Inlays können aus Metall (Gold), Keramik oder Kunststoff bestehen.
Die Tarife sehen unterschiedliche Erstattungssätze für Inlays vor, zum Teil erfolgt keine Erstattung.

Leistungen für Implantate

Erläuterung: Ein Implantat ist eine künstliche Zahnwurzel; welche in den Knochen des Ober- oder Unterkiefers eingebracht wird. Auf oder an diesen kann herausnehmbarer oder festsitzender Zahnersatz verankert werden (sog. implantatgetragener Zahnersatz). Die Tarife sehen zum Teil unterschiedliche Erstattungssätze für Implantate vor. Die Leistung kann über die Anzahl oder den maximalen Betrag pro Implantat begrenzt sein, zum Teil erfolgt keine Erstattung.

Leistungen für Kieferorthopädie

Erläuterung: Kosten für Kieferorthopädie sind Gebühren zahnärztlicher Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen inkl. zugehöriger Material- und Laborkosten. Meist wird ein bestimmter Teil der Rechnungen mit dem vereinbarten Prozentsatz unter Berücksichtigung der GKV-Leistung erstattet. Andere Tarife leisten nur, wenn kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (z.B. bei Überschreiten der Altersgrenze).

Leistungen für Zahnbehandlung

Erläuterung: Kosten einer Zahnbehandlung sind Gebühren für allgemeine, prophylaktische, konservierende (außer Versorgung mit Kronen) und chirurgische Leistungen sowie Röntgenleistungen und die erforderlichen zahnärztlichen Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Paradontiums inkl. der Material- und Laborkosten. Meist wird die Zahnbehandlung mit einem höheren Satz erstattet als die Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Zahntarif ohne Summenbegrenzung

Erläuterung: Die Leistungen je versicherte Person für zahnärztliche Leistungen können in den ersten Versicherungs- oder Kalenderjahren auf bestimmte Höchstbeträge begrenzt sein. Bezieht sich die Summenbegrenzung auf die "erstattungsfähigen Aufwendungen", wird bei der Berechnung der Versicherungsleistung höchstens die genannte Summe berücksichtigt, auch wenn der tatsächliche Rechnungsbetrag höher ist (mehr ist eben nicht "erstattungsfähig!"). Alternativ kann auch die "Versicherungsleistung" begrenzt sein; damit ist dann die maximale tarifliche Erstattung (z.B. X% des Rechnungsbetrages, jedoch max. EUR ...) gemeint. Diese Summenbegrenzungen entfallen meist bei Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind. Einige Tarife sehen bei Vorlage eines entsprechenden zahnärztlichen Attestes eine Aufhebung oder Reduzierung dieser Begrenzungen vor.

Keine Vorlagepflicht Heil- u. Kostenplan

Erläuterung: Der Heil- und Kostenplan ist eine Aufstellung einzelner vorgesehener Leistungen und Vergütungen, d.h. ein Kostenvoranschlag geplanter zahnärztlicher Maßnahmen. Die Erstattung der Kosten hierfür erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als Teil der allgemeinen zahnärztlichen Leistungen. Tariflich kann die Erstattung zahnärztlicher Leistungen von der Vorlage eines Heil- und Kostenplanes vor Behandlungsbeginn abhängig sein; wird dieser nicht rechtzeitig vorgelegt, kürzt der Versicherer ggf. die Höhe seiner Leistung.

Garantierte Beitragsrückerstattung

Erläuterung: Bei der garantierten BRE handelt es sich um eine nicht-erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Die häufigsten Ausprägungsformen sind der Leistungsfreiheitsrabatt, der Sofortrabatt oder der Gesundheitsbonus. Die Auszahlung erfolgt meist monatlich oder jährlich. Die garantierte BRE kann auch ab Beginn des Versicherungsverhältnisses vom Anbieter gestundet werden, hierdurch vermindert sich der sog. anfängliche Zahlbetrag (nach Arbeitgeberzuschuss).

Option auf Höherversicherung

Erläuterung: Tarife, die eine Option auf Höherversicherung enthalten, bieten dem Versicherten die Möglichkeit, zu bestimmten Zeitpunkten, meist nach drei oder fünf Jahren, beim gleichen Versicherer in Tarife mit höheren Leistungen zu wechseln. Wartezeiten oder eine Risikoprüfung sind dann nicht erneut zu absolvieren; zwischenzeitlich eingetretene Erkrankungen sind somit zuschlagsfrei mitversichert.

Die Option auf Höherversicherung ist vor allem für Versicherte sinnvoll, die den zu Beginn der PKV gewählten preis- und leistungsreduzierten Versicherungsschutz später aufstocken wollen.