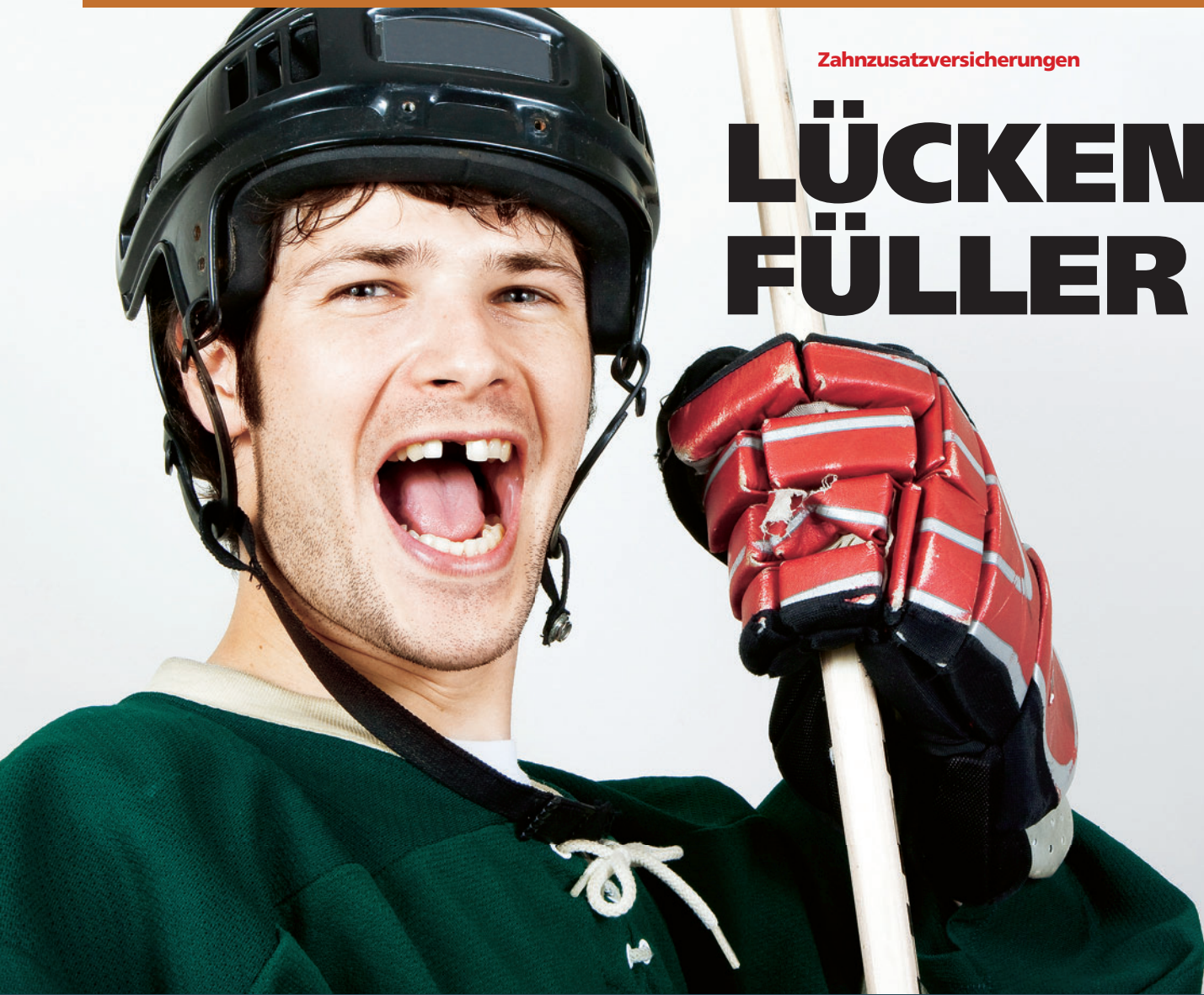


Zahnzusatzversicherungen

LÜCKEN- FÜLLER



HINTERGRUND

Das zahlt die Kasse

■ Seit 2005 übernehmen die gesetzlichen Kassen beim Zahnersatz nicht mehr wie in der Zeit davor 50 Prozent der tatsächlich anfallenden Kosten, sondern zahlen je nach Befund eine Pauschale beziehungsweise, abhängig von der Diagnose, auch Kombinationen aus Pauschalen. Diese entsprechen der Hälfte der Durchschnittskosten für die zum Befund passende sogenannte Regelversorgung und fließen auch bei aufwendigen Maßnahmen wie Implantaten. Wer nachweisen kann, dass er fünf Jahre in Folge regelmäßig zur Vorsorge beim Zahnarzt war (Stempel im Bonusheft), erhält einen um 20 Prozent höheren Zuschuss. Sind zehn Jahre lückenlos dokumentiert, gibt es 30 Prozent mehr. Beträgt der befundbezogene Festzuschuss 100 Euro, werden mit Bonus also 120 bzw. 130 Euro daraus. Für Patienten mit geringem Einkommen gilt eine Härtefallregelung. Sie erhalten den doppelten Basis-Festzuschuss, mindestens aber die Kosten für die Regelversorgung. Bei einigen Kassen gibt es

die Regelversorgung zum Nulltarif auch für nicht bedürftige Kunden bei langjähriger lückenloser Vorsorge und wenn der Zahnersatz oder die Behandlung durch spezielle Partner geleistet wird. Kein Geld gibt es nach wie vor für rein kosmetische Maßnahmen (z. B. Zahnaufhellungen, Korrektur von leichten Fehlstellungen).

■ Vor einer Behandlung, bei der Zahnersatz eingesetzt wird, muss der Zahnarzt zunächst einen Heil- und Kostenplan erstellen. Diesen muss der Patient bei seiner Kasse einreichen. Er bekommt dann Rückmeldung, welchen Anteil die Versicherung zahlt und was an Eigenbeteiligung übrig bleibt, die dann aus eigener Tasche zu tragen ist oder von einer Zusatzversicherung übernommen wird. Nach der Behandlung rechnet der Zahnarzt in der Regel den Festzuschuss direkt mit der Kasse ab und stellt für den Rest eine Rechnung an den Patienten.

Zusatzpolice für Zahnersatz gibt's nicht nur auf dem freien Markt. Zahlreiche Kassen bieten ihren Versicherten exklusive Kooperationstarife. Welche Angebote taugen

Knack – der Kern, der sich im Kirschkuchen versteckt hatte, zerspringt. Leider aber auch ein Teil des Gebisses. Die Diagnose beim anschließenden Zahnarztbesuch: Ein Höcker eines großen Backenzahns – im Fachjargon Molar – ist abgebrochen. Mit einer einfachen Füllung ist da nichts mehr zu machen, eine Teilkrone muss her. Kostenpunkt: rund 800 Eur o. Ein teurer Nachmittags-Snack. Es geht aber auch noch viel teurer. Müssen ganze Zähne ersetzt werden und kommt dabei ein implantatgetragener Kunstzahn zum Einsatz, können schnell mehrere 1000 Euro fällig sein.

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) darf man bei solch aufwendigen Behandlungen leider keine umfangreiche Leistung erwarten. Übernommen wird in der Regel die Hälfte der Aufwendungen, die für eine einfache Standardlösung fällig wären, wie beispielsweise eine unverblendete Stahlkrone (s. Kasten unten). Wer hohe Eigenanteile beim Zahnersatz vermeiden möchte, der muss zu einer Zusatzpolice greifen, die sich an den Kosten beteiligt.

Dabei gibt es zwei Optionen: Entweder man sucht sich auf dem freien Markt eine private Versicherung mit passendem Tarif, oder man greift zum Angebot des Kooperationspartners der eigenen Krankenkasse. Zahlreiche gesetzliche Wettbewerber haben nämlich im Zusatzpolice-Geschäft Verträge mit privaten Versicherern abgeschlossen. So können sie ihren Mitgliedern und deren mitversicherten Angehörigen exklusive Tarife anbieten, die es auf dem freien Markt nicht gibt, oder sie können einen Tarif zu besonderen Konditionen offerieren. Zusammen mit dem Deutschen Finanz-Service Institut hat FOCUS-MONEY die besten Zahnzusatz-Spezialtarife für GKV-Versicherte herausgefiltert, die mit umfangreichen Leistungen, hohen Erstattungen und kundenfreundlichen

Vertragsbedingungen zu günstigen Prämien aufwarten (s. Methode und Tabellen S. 74/75).

Gewisse Vorzüge. Gegenüber frei zugänglichen Angeboten können die Spezialtarife mit verschiedenen Vorteilen ausgestattet sein. So ist zum Beispiel vielfach ein Preisnachlass drin, da die Kasse im Gruppenvertrag günstigere Konditionen bekommt als ein einzelner Versicherter. Einige Kassen ermöglichen es ihren Kunden auch, die Zusatzversicherung über Gutschriften im Rahmen des Bonusprogramms zu bezahlen. Wer den Nachweis liefert, dass er etwa regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnimmt, Mitglied im Sportverein ist oder sich umfassend hat impfen lassen, bekommt den Zusatzschutz quasi gratis.

Vielfach fallen bei den Spezialtarifen für GKV-Versicherte auch die Gesundheitsfragen im Vorfeld weniger umfangreich aus als im Normalfall. Anhand der Fragen ermittelt die Versicherung, welche Risiken beim Versicherungsnehmer bestehen etwa auf Grund von Vorerkrankungen oder bereits fehlender Zähne. Entsprechend höher kann die Prämie ausfallen, oder es werden Leistungen ausgeschlossen, oder der Versicherungsschutz wird erst gar nicht gewährt. Wird von vornherein weniger genau hingeschaut, sind Preisaufschläge und Ausschlüsse entsprechend weniger wahrscheinlich. Einige Kassen verzichten sogar ganz auf eine Abfrage im Vorfeld und gewähren, wie es in der GKV üblich ist, in jedem Fall Versicherungsschutz unabhängig vom Gesundheitszustand (sogenannter Kontrahierungszwang).

Ein weiteres Plus kann die Serviceleistung sein, dass die Kasse nicht nur den gesetzlichen Zuschuss zu Zahnersatzmaßnahmen mit dem Zahnarzt abrechnet, sondern sich auch um die Koordination der Abrechnung mit der ergänzenden Police kümmert. Versicherte müssen sich dann mit nur einem Ansprechpartner auseinandersetzen. ►

■ Bei Zahnfüllungen übernimmt die Kasse die kompletten Kosten, wenn Amalgam verwendet wird. Zahnfarbene Kompositfüllungen werden nur für Frontzähne (Schneide- und Eckzähne im Ober- und Unterkiefer) bezahlt. Im Seitenzahnbereich gibt es Kompositfüllungen nur dann, wenn der Patient aus medizinischen Gründen keine Amalgamfüllung erhalten darf.

■ Einige Kassen zahlen auf freiwilliger Basis auch für professionelle Zahnreinigungen oder geben zumindest einen Zuschuss dazu. Mitunter dürfen dafür aber nur bestimmte Zahnärzte aufgesucht werden.

■ Für kieferorthopädische Behandlungen bei Jugendlichen (z. B. Zahnspange) übernimmt die Kasse die Kosten, wenn die Behandlung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr begonnen wurde und die Kiefer- oder Zahnfehlstellungen das Kauen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen. Dies stellt ein Kieferorthopäde anhand des sogenannten KIG-Systems (Kieferortho-

pädische Indikationsgruppen) fest. Beim ersten Kind erstattet die Krankenkasse 80 Prozent, beim zweiten und jedem weiteren Kind 90 Prozent der Kosten sofort. Die übrigen 20 bzw. zehn Prozent rechnet der Zahnarzt mit den Eltern ab. Ist die Behandlung erfolgreich abgeschlossen, bekommen die Versicherten den Eigenanteil von der Kasse zurück.

■ Erwachsene bekommen die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen nur bei schweren Anomalien erstattet, bei denen auch ein kieferchirurgischer Eingriff nötig ist (z. B. Nager-Syndrom, Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten). Wie bei Kindern und Jugendlichen stellt der Kieferorthopäde anhand von Indikationsgruppen fest, welcher Schweregrad vorliegt. Bezahlt werden zunächst 80 Prozent der Kosten, 20 Prozent fließen aus eigener Tasche. Nach erfolgreicher Behandlung wird der Eigenanteil von der Kasse erstattet.

Um die Kosten für die Zusatzversicherung über die Jahre abschätzen zu können, sollten sich Versicherte vor Vertragsabschluss informieren, wie der Beitragsverlauf aussieht. Die Versicherer kalkulieren nämlich unterschiedlich. Bei einigen bleibt die Prämie in bestimmten Altersgruppen konstant, bei anderen steigt sie mit den Jahren an, und wieder andere verwenden einen Teil der Prämienzahlungen für Rückstellungen, um eben eine Verteuerung im Alter abzufedern.

Vorab geklärt werden sollte auch, was mit der Zusatzpolice bei einem Kassenwechsel passiert. In der Regel kann der Vertrag dann nur mit erhöhter Prämie fortgesetzt werden. In Einzelfällen ist jedoch auch keine Weiterführung möglich. Das ist dann schmerzlich, wenn es sich um einen Tarif mit Alterungsrückstellungen handelt. Die erstattet die Versicherung nämlich nicht zurück. ■

AXEL HARTMANN

METHODE

So wurde getestet

Für den Test der exklusiven Zahnzusatzpolicen für GKV-Versicherte wurden 50 private Krankenversicherungen angeschrieben und um Daten zu Zusatztarifen für Zahnersatzleistungen gebeten, die sie in Kooperation mit gesetzlichen Kassen anbieten. Für insgesamt 110 Tarife kamen Angaben zurück. In die Endauswertung kamen nur Kombinationstarife, die für Zahnersatz und Zahnbehandlung leisten. Sind in Kooperation mit einer gesetzlichen Kasse mehrere solche Tarife im Angebot, kam nur der mit den besten Gesamtnoten in die Endauswertung.

Auswertung Leistung

Der Leistungsbereich gliedert sich in drei Teile. Anhand von 22 Einzelmerkmalen wurden zunächst GKV-spezifische Sonderbedingungen bewertet. Unter anderem wurde abgefragt:

- Wird ein Preisnachlass gegenüber einem offenen Tarif gewährt?
- Kann ein im Rahmen eines Bonusprogramms der Kasse erworbener Bonus zur Prämienzahlung verwendet werden?
- Besteht Kontrahierungszwang (Annahmepflicht für alle Personen, wie krank auch immer sie sind)?
- Wird auf Leistungsausschlüsse bzw. Risikozuschläge verzichtet, wenn Vorerkrankungen vorliegen?
- Wird auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet?
- Besteht das Recht auf Weiterführung der Versicherung bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse?
- Werden vereinfachte Gesundheitsfragen gestellt?
- Wie hoch ist die Altersgrenze für versicherbare Personen?
- Wird allgemein auf Wartezeiten verzichtet?
- Wie lange ist die Mindestvertragslaufzeit?

Je nach für den Kunden vorteilhafter oder weniger vorteilhafter Ausprägung wurden entsprechend Punkte vergeben. Insgesamt konnten 19 Punkte erzielt werden.

Mittels 25 weiterer Merkmale wurden anschließend die Leistungsinhalte bewertet. Abgefragt wurde unter anderem:

- Wie viel Prozent erstattet der Tarif mindestens bzw. maximal vom Rechnungsbetrag?
- Wird auch ohne Vorleistung der GKV gezahlt? Werden Kosten übernommen für Wurzelbehandlungen, Fissurenversiegelung, Kunststofffüllungen, privatärztliche Zahnbehandlungen, professionelle Zahnreinigung, Inlays, Implantate, Verblendungen, kieferorthopädische Behandlungen?
- Bis zu welcher Höhe der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte wird geleistet?

■ Ist eine Hypnose oder Akupunktur zur Schmerzbehandlung während der Zahnbehandlung erstattungsfähig?

■ Ist eine Vollnarkose während der Zahnbehandlung erstattungsfähig?

Hier konnten im besten Fall 25,5 Punkte erzielt werden.

Im dritten Teil schließlich wurden die Randbedingungen bewertet. Abgefragt wurden elf Kriterien. Dies waren unter anderem:

- Wird auf die Vorlage eines Heil- u. Kostenplans verzichtet?
- Wird innerhalb der ersten Jahre die Leistungspflicht summenmäßig limitiert, und gibt es darüber hinaus jährliche Höchstgrenzen?
- Besteht weltweiter Versicherungsschutz?
- Erfolgt im Ausland die Zahlung im Krankheitsfall bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit?
- Wird bei Zahnbehandlungen unabhängig von der Ursache der Verletzung (z. B. Sportverletzungen) geleistet?

Maximal waren für diesen Bereich 16 Punkte zu erreichen.

Anschließend wurden die Punkte in den drei Bereichen addiert, mit der Erstattungshöhe (Prozentwert) multipliziert und ins Verhältnis zur Durchschnittspunktzahl gesetzt.

Auswertung Preis

Für die Bewertung der Beiträge wurden für jeden Tarif die monatlichen Prämien für 20-, 30-, 40-, 50-, 60- und 70-jährige Versicherte abgefragt. Im ersten Schritt wurde eine Durchschnittsprämie über die Altersstufen berechnet, um diese im zweiten Schritt ins Verhältnis zur Durchschnittsprämie aller untersuchten Tarife zu setzen.

Gesamtwertung

In die Gesamtwertung flossen der Prozentwert für die Leistung mit 75 und der für den Preis mit 25 Prozent ein. Entsprechend dem erreichten Wert wurden anschließend nach einem festen Schema Noten vergeben von „sehr gut“ bis „ungenügend“.

Note	ab ... Prozent
sehr gut	126,0
gut	101,0
befriedigend	76,0
ausreichend	51,0
mangelhaft	26,0
ungenügend	1,0

Die Tarife sind dargestellt unterteilt nach solchen mit und ohne Altersrückstellungen.



Tarife mit Alterungsrückstellungen

	Bayerische Beamten- krankenkasse AG	Union Kranken- versicherung AG	Envivas Kranken- versicherung AG	LVM	ARAG Kranken- versicherungs-AG	Barmenia Kranken- versicherung a. G.
Tarifname	AOK-ZahnPREMIUM	AOK-ZahnPREMIUM	Zahn90	Dental-Plus	SBK Zahn extra	BKKZ und BKKZ+
Kooperationspartner	AOK Bayern, AOK Baden- Württemberg, AOK Sachsen-Anhalt	AOK Bayern, AOK Baden- Württemberg, AOK Sachsen-Anhalt	Techniker Krankenkasse	hkk Krankenkasse	SBK	Betriebs- krankenkassen
Vertragsbedingungen						
Punkte Sonderbed. f. GKV-Versicherte	8,50	8,50	7,00	8,00	10,00	9,00
Punkte Leistungsinhalte	21,00	21,00	20,50	18,50	19,00	11,00
Punkte Randbedingungen	9,75	9,75	10,75	11,50	12,50	11,50
Mindesterstattung in Prozent	90,00	90,00	90,00	70,00	50,00	52,50
Punktzahl Vertragsbedingungen ges.	35,33	35,33	34,43	26,60	20,75	16,54
Preis						
Beitrag 20-Jährige	25,92€	25,92€	8,25€	23,89€	3,32€	1,12€
Beitrag 30-Jährige	32,10€	32,10€	32,15€	28,82€	12,83€	11,32€
Beitrag 40-Jährige	36,11€	36,11€	36,22€	32,69€	14,99€	13,57€
Beitrag 50-Jährige	40,24€	40,24€	39,12€	36,44€	16,68€	15,18€
Beitrag 60-Jährige	43,72€	43,72€	41,60€	39,27€	18,05€	15,98€
Beitrag 70-Jährige	46,43€	46,43€	42,41€	39,90€	18,33€	16,12€
Durchschnittsprämie	37,42€	37,42€	33,29€	33,50€	14,03€	12,22€
Gesamtwertung						
Prozentwert Preis	51,7%	51,7%	58,1%	57,7%	137,8%	158,3%
Prozentwert Vertragsbedingungen	177,3%	177,3%	172,8%	133,5%	104,2%	83,0%
Prozentwert gesamt	145,9%	145,9%	144,1%	114,6%	112,6%	101,9%
Note	sehr gut	sehr gut	sehr gut	gut	gut	gut

Tarife ohne Alterungsrückstellungen

	DFV Deutsche Familienversicherung AG	ARAG Kranken- versicherungs-AG	HUK-COBURG Kranken- versicherung AG	DKV Deutsche Krankenversicherung AG	HALLESCHE Kranken- versicherung a. G.	Süddeutsche Kranken- versicherung a. G.
Tarifname	KKH MeinPLUS Zahn- Erhalt+KKH Mein PLUS ZahnErsatz+KKH Mein PLUS Zahn-Implantat	SBK Zahn extra plus	GZZPremium Plus	KombiMed Zahn Tarife KDT85 + KDBE	Zahn-Zusatz	ZG7M+ZGBM
Kooperationspartner	KKH - Kaufmännische Krankenkasse	SBK	Barmer GEK	Deutsche BKK, Brandenbur- gische BKK, BIG direkt gesund, BKK Mobil Oil, Schwenninger Krankenkasse, BKK Pfalz, AOK Hessen, Vaillant BKK	Knappschaft	mhplus BKK
Vertragsbedingungen						
Punkte Sonderbed. f. GKV-Versicherte	13,00	10,00	10,50	12,00	11,25	6,00
Punkte Leistungsinhalte	18,00	21,00	20,00	16,50	16,50	20,50
Punkte Randbedingungen	10,75	10,50	8,50	9,00	9,50	10,00
Mindesterstattung in Prozent	90,00	85,00	82,50	85,00	75,00	70,00
Punktzahl Vertragsbedingungen ges.	37,58	35,28	32,18	31,88	27,94	25,55
Preis						
Beitrag 20-Jährige	27,69€ ¹⁾	18,90€	6,10€	12,53€	8,81€	9,46€
Beitrag 30-Jährige	27,69€	18,16€	23,20€	19,12€	15,21€	25,92€
Beitrag 40-Jährige	27,69€	23,08€	23,20€	25,56€	23,17€	25,92€
Beitrag 50-Jährige	27,69€	31,06€	23,20€	32,22€	27,86€	25,92€
Beitrag 60-Jährige	27,69€	37,19€	23,20€	34,09€	33,38€	25,92€
Beitrag 70-Jährige	34,59€	41,75€	23,20€	34,09€	35,86€	43,89€
Durchschnittsprämie	28,84€	28,36€	20,35€	26,27€	24,05€	26,17€
Gesamtwertung						
Prozentwert Preis	79,3%	80,7%	112,4%	87,1%	95,1%	87,4%
Prozentwert Vertragsbedingungen	142,7%	134,0%	122,2%	121,1%	106,1%	97,0%
Prozentwert gesamt	126,9%	120,6%	119,7%	112,6%	103,4%	94,6%
Note	sehr gut	gut	gut	gut	gut	befriedigend

Quelle: DfV ¹⁾Tarif-Kombi erst ab 21 Jahren wählbar