Häufig gestellte Fragen zum Tarif Dent90+

Stand 11.2017

Inhalt

1. Fragen zu den Zahn-Ergänzungstarifen allgemein 4

1.1 Warum ist eine Zahn-Ergänzungsversicherung sinnvoll? 4

1.2 Was versteht man unter dem Begriff „medizinische Notwendigkeit"? 4

1.3 Was ist bei der Rechnungsstellung hinsichtlich des Steigerungsfaktors durch den Zahnarzt zu beachten? 4

1.4 Sieht der Tarif Wartezeiten bei Neuabschluss vor? 4

1.5 Wie wird der Beitrag berechnet? 4

1.6 Begriffserklärung 5

2. Fragen zum Vertragsabschluss 6

2.1 Können fehlende Zähne mitversichert werden? 6

2.2 Kann der Tarif selbständig abgeschlossen werden? 6

2.3 Wie lange beträgt die Mindestvertragsdauer? 6

2.4 Gibt es eine Gesundheitsprüfung? 6

3. Allgemeiner Leistungsrahmen 7

3.1 Was ist hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit zu beachten? 7

3.2 Wie setzt sich der erstattungsfähige Betrag zusammen? 7

3.3 Gibt es Summenbegrenzungen in den ersten Jahren? 7

3.4 Sieht der Tarif Leistungen für eine Behandlung in einer zahnärztlichen Privatpraxis (d.h. bei einem Zahnarzt ohne Kassenzulassung) vor? 7

3.5 Sieht der Tarif Leistungen für eine Behandlung im Ausland vor? 7

4. Leistungsüberblick Tarif Dent90+ 8

4.1 Professionelle Zahnreinigung 8

4.1.1 Sieht der Tarif Leistungen für professionelle Zahnreinigung bei Erwachsenen vor? 8

4.1.2 Sieht der Tarif Leistungen für professionelle Zahnreinigung bei Kindern vor? 8

4.2 Zahnbehandlung 8

4.2.1 Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelung vor? 8

4.2.2 Sieht der Tarif Leistungen für einfache Kunststoff-Füllungen vor? 8

4.2.3 Sieht der Tarif Leistungen für hochwertige Kunststoff-Füllungen an bleibenden Zähnen vor? 8

4.2.4 Sieht der Tarif Leistungen für Kunststoff-Füllungen an Milchzähnen vor? 9

4.2.5 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelbehandlungen vor? 9

4.2.6 Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlungen vor? 10

4.2.7 Sieht der Tarif Leistungen für eine Schleimhaut-Transplantation vor? 10

4.2.8 Sieht der Tarif Leistungen für Speicheltests, Bakterientests usw. vor? 10

4.2.9 Sieht der Tarif Leistungen für Aufbiss-Schienen (Knirscherschienen) vor? 10

4.3 Zahnersatz 11

4.3.1 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor? 11

4.3.2 Sieht der Tarif Leistungen für Aufbaufüllungen vor? 11

4.3.3 Werden Seitenzahn-Verblendungen erstattet? 11

4.3.4 Sieht der Tarif Leistungen für Verblendschalen (Veneers) vor? 11

4.3.5 Sieht der Tarif Leistungen für Funktionsdiagnostik (Gnathologie) vor? 12

4.3.6 Sieht der Tarif Leistungen für Implantate vor? 12

4.3.7 Sieht der Tarif Leistungen für knochenaufbauende Maßnahmen bei Implantaten vor? 12
4.3.8 Sieht der Tarif Leistungen für eine Schleimhaut-Transplantation vor? 12

4.4 Inlays 13
4.4.1 Sieht der Tarif Leistungen für Inlays vor? 13

4.5 Kieferorthopädie 13
4.5.1 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahren) vor? 13
4.5.2 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie bei Erwachsenen (Personen ab 18 Jahren) vor? 13

4.6 Sonstigen Behandlungsmaßnahmen 14
4.6.1 Sieht der Tarif Leistungen für analoge Berechnungen von speziellen Arbeitsgeräten vor (z.B. Operationsmikroskop, Laser, Vector)? 14
4.6.2 Sieht der Tarif Leistungen für schmerzstillende Maßnahmen vor? 14
4.6.3 Sieht der Tarif Leistungen für kosmetische Maßnahmen vor? 14

4.7 Summenmäßige Begrenzung 14
4.7.1 Welche Summenbegrenzungen sieht der Tarif vor? 14

1. Fragen zu den Zahn-Ergänzungstarifen allgemein

1.1 Warum ist eine Zahn-Ergänzungsversicherung sinnvoll?

Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen beschränkt sich für Zahnersatz nur noch auf einen befundbezogenen Festzuschuss – unabhängig davon, für welche Art der Versorgung Sie sich entscheiden. Dieser Festzuschuss deckt im Allgemeinen nicht einmal die tatsächlich anfallenden Kosten im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung ab. Die Konsequenz: Sie erwartet eine hohe Eigenbeteiligung. Dies schon bei der Regelversorgung – und in höherem Maße natürlich bei einer Behandlung, die darüber hinausgeht. Auch in den Bereichen Zahnbehandlung und Kieferorthopädie ist mit hohen Eigenbeteiligungen zu rechnen.

1.2 Was versteht man unter dem Begriff „medizinische Notwendigkeit"?

Unsere Erstattung erfolgt nach dem Prinzip der so genannten medizinischen Notwendigkeit. Was ist darunter zu verstehen?
Eine Behandlung ist dann medizinisch notwendig, wenn sie geeignet und erforderlich ist, den möglichen Heilerfolg zu erzielen. Jedoch ist nicht jede Behandlungsmethode medizinisch erforderlich. Hier liegt dann die Grenze unserer Kostenübernahme.

1.3 Was ist bei der Rechnungsstellung hinsichtlich des Steigerungsfaktors durch den Zahnarzt zu beachten?

Das Honorar des Zahnarztes ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) geregelt. Den einzelnen Leistungen ist jeweils ein bestimmter Euro-Betrag zugeordnet. Je nach Schwierigkeitsgrad kann dieser Betrag variieren.

Regelsatz (1-fach bis 2,3-fach)

Bei einem durchschnittlichen Schwierigkeitsgrad ist der Faktor 2,3 üblich. Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.

Regelsatz bis Höchstsatz (2,3-fach bis 3,5-fach)

Besonderheiten wie erhöhte Schwierigkeit oder erhöhter Zeitaufwand – oder besondere Umstände bei der Ausführung – erlauben eine Steigerung über den 2,3-fachen Satz. Der Zahnarzt hat in dem Fall eine individuelle, patientenbezogene Begründung bei der Rechnungsstellung anzugeben.

Überschreitung des Höchstsatzes (über 3,5-fach)

Bei Behandlungen, die über dem 3,5-fachen Satz liegen, muss neben der entsprechenden Begründung – erhebliche krankheits- oder befundbedingte Erschwernisse – eine rechtsgültige Honorarvereinbarung zwischen Ihnen und dem Zahnarzt vorliegen.

1.4 Sieht der Tarif Wartezeiten bei Neuabschluss vor?

Nein.
Bei Neuabschluss gelten keine Wartezeiten.

1.5 Wie wird der Beitrag berechnet?

Der Beitrag richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter des Versicherten, welches sich aus dem aktuellen Kalenderjahr abzüglich des Geburtsjahrs ergibt.
Der Beitrag ist im Tarif Dent90+ nach folgenden Altersgruppen gestaffelt:

0 – 15 Jahre
16 – 20 Jahre
21 – 33 Jahre
34 – 40 Jahre
41 – 45 Jahre
46 – 50 Jahre
51 – 55 Jahre
56 – 60 Jahre
61 – 100 Jahre

Ist eine neue Altersstufe erreicht, wird automatisch der Beitrag für die neue Altersstufe angepasst. Gleichzeitig hat der Versicherte ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Umstellung erfolgt.

1.6 Begriffserklärung

GKV Gesetzliche Krankenversicherung/gesetzliche Krankenkasse

PKV Private Krankenversicherung

GOZ Gebührenordnung für Zahnärzte (Privatärztliche Gebührenordnung für den Zahnarzt)

2. Fragen zum Vertragsabschluss

2.1 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja.
Bis zu insgesamt 3 fehlende oder durch Prothesen ersetzte Zähne können Sie mit einem Risikozuschlag von 20 Prozent je Zahn mitversichern.

2.2 Kann der Tarif selbständig abgeschlossen werden?

Ja.
Voraussetzung ist die Mitgliedschaft in einer deutschen GKV. Für Personen mit Kostenerstattungsprinzip im Zahnbereich ist dieser Tarif jedoch nicht abschließbar.

2.3 Wie lange beträgt die Mindestvertragsdauer?

Die Mindestvertragslaufzeit beträgt 24 Monate.

2.4 Gibt es eine Gesundheitsprüfung?

Ja.

3. Allgemeiner Leistungsrahmen

3.1 Was ist hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit zu beachten?

Grundsätzlich gilt: Alle Behandlungen müssen auf der Grundlage kassenärztlicher Versorgung erfolgen. Das heißt, von einem Zahnarzt mit Kassenzulassung durchgeführt werden. Für die Abrechnung gilt die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Besteht ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), reichen Sie bitte Originalrechnungen mit einer Bestätigung über die erbrachten Leistungen ein. Die GKV leistet zuerst. Eine private Rechnung können wir nicht akzeptieren, wenn die GKV leistungspflichtig ist – weder zusätzlich noch ersatzweise. Ausnahmen können bei Parodontal-, Wurzel- und kieferorthopädischen Behandlungen möglich sein. Nähere hinzu finden sie unter Punkt 4.2.5, 4.2.6 und 4.5.

3.2 Wie setzt sich der erstattungsfähige Betrag zusammen?

Wir möchten Ihnen dies anhand eines Beispiels veranschaulichen.

Beispiel:

Keramikkrone mit zusätzlicher kosmetischer Zahnfarbenbestimmung. Der erstattungsfähige Betrag errechnet sich wie folgt:

Gesamtkosten:	400 Euro	
abzüglich Zahnfarbenbestimmung	50 Euro	(kosmetisch)
erstattungsfähiger Betrag	350 Euro	
davon 90 Prozent entspricht	315 Euro	
abzüglich GKV	115 Euro	
tarifliche Erstattung	200 Euro	

3.3 Gibt es Summenbegrenzungen in den ersten Jahren?

Ja.
Die maximale Leistung ist in den ersten Jahren begrenzt. Näheres hierzu finden Sie unter Punkt 4.7.

3.4 Sieht der Tarif Leistungen für eine Behandlung in einer zahnärztlichen Privatpraxis (d.h. bei einem Zahnarzt ohne Kassenzulassung) vor?

Nein.
Alle Behandlungen müssen auf der Grundlage kassenärztlicher Versorgung erfolgen. Behandlungen in einer Privatpraxis sind daher nicht erstattungsfähig.

3.5 Sieht der Tarif Leistungen für eine Behandlung im Ausland vor?

Der Tarif sieht nur Leistungen bei Zahnärzten mit Kassenzulassung vor. Wenn die GKV jedoch zur Zahnersatz-Behandlung im Ausland ihren Festzuschuss leistet, verzichten wir entgegenkommend auf die Kassenzulassung und beteiligen uns ebenfalls im tariflichen Rahmen an der Rechnung. Die Genehmigung durch die GKV reichen Sie dann bitte ein.

Für alle weiteren Leistungsarten (Zahnbehandlung, Kieferorthopädie) besteht kein Leistungsanspruch.

4. Leistungsüberblick Tarif Dent90+

Wir geben Ihnen im Folgenden einen detaillierten Überblick über die Leistungen in den verschiedenen Bereichen zahnärztlicher Behandlung.

4.1 Professionelle Zahnreinigung

4.1.1 Sieht der Tarif Leistungen für professionelle Zahnreinigung bei Erwachsenen vor?

Der Tarif Dent90+ erstattet für professionelle Zahnreinigung Kosten in Höhe von bis zu 80 Euro zweimal im Kalenderjahr.

Beispiel:

Gesamtbetrag PZR		101,36 Euro	(GOZ-Ziffer 1040)
erstattungsfähiger Betrag		101,36 Euro	
Erstattungssatz in %	100% bis zu	80,00 Euro	
Erstattungsbetrag		80,00 Euro	
abzüglich GKV		0,00 Euro	
tarifliche Erstattung		80,00 Euro	

4.1.2 Sieht der Tarif Leistungen für professionelle Zahnreinigung bei Kindern vor?

Nein.
Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren übernimmt die GKV Prophylaxemaßnahmen. Daher übernehmen wir diese Kosten nicht.

4.2 Zahnbehandlung

Sie finden hier eine Leistungsübersicht der verschiedenen Bereiche der Zahnbehandlung.

4.2.1 Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelung vor?

Ja.
Bei Erwachsenen werden die Kosten einer Fissurenversiegelung zu 100 Prozent vergütet.

Bei Kindern übernimmt der Tarif die Versiegelung der kleinen Backenzähne. Für die großen (bleibenden) Backenzähne leistet die GKV.

4.2.2 Sieht der Tarif Leistungen für einfache Kunststoff-Füllungen vor?

Nein.
Einfache Kunststoff-Füllungen übernimmt die GKV.

4.2.3 Sieht der Tarif Leistungen für hochwertige Kunststoff-Füllungen an bleibenden Zähnen vor?

Ja.
Hochwertige Kunststoff-Füllungen vergütet der Tarif zusammen mit der GKV-Leistung zu 100 Prozent. Es handelt sich um so genannte adhäsiv befestigte Mehrschicht-Rekonstruktionen.

Auch hier gilt: zunächst leistet die GKV. Sie übernimmt auch Begleitleistungen wie z.B. Anästhesie.

Beispiel:

Gesamtbetrag	120,00 Euro
erstattungsfähiger Betrag	120,00 Euro
tariflicher Erstattungssatz in %	100 %
Erstattungssatz inkl. GKV	120,00 Euro
abzüglich GKV	50,00 Euro
ARAG Anteil	70,00 Euro
Ihr Eigenanteil	0,00 Euro

4.2.4 Sieht der Tarif Leistungen für Kunststoff-Füllungen an Milchzähnen vor?

Nein.
Füllungen an Milchzähnen übernimmt die GKV. Sie sind daher nicht erstattungsfähig.

4.2.5 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelbehandlungen vor?

Ja.
Für die Wurzelbehandlung ist eine positive Prognose über den Erhalt des Zahnes von Bedeutung.

Die Wurzelkanalbehandlung ist in vielen Fällen eine 100-prozentige Kassenleistung. In bestimmten Fällen kann es jedoch vorkommen, dass eine Kassenabrechnung nicht möglich ist oder der Zahnarzt zusätzliche Maßnahmen erbringt. Der Patient erhält in diesen Fällen eine Privatrechnung.

Für die Behandlung an den großen Backenzähnen (Molaren) gelten folgenden Kriterien, damit die GKV leistet:

- Es muss eine geschlossen Zahnreihe erhalten werden oder
- Es muss eine so genannte einseitige Freiendsituation vermieden werden oder
- Es muss einzig durch die Wurzelbehandlung der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich sein.

Wie leistet hier der Tarif Dent90+?

Fall 1:

Die Behandlung entspricht einer der drei obigen Kassenkriterien und wird komplett über die GKV berechnet – ohne zusätzliche private Gebührenziffern. In diesem Fall ist keine Tarifleistung erforderlich, da der Zahnarzt keine private Rechnung erstellt.

Fall 2:

Die Behandlung entspricht einer der drei obigen Kassenkriterien und wird komplett über die GKV berechnet – aber der Zahnarzt berechnet zusätzliche GOZ-Ziffern anhand einer privaten Rechnung – so genannte Mehrkosten. Diese Ziffern sind nicht im Leistungsumfang der GKV enthalten. Der Tarif übernimmt diese Kosten zu 100 Prozent.

Gesamtbetrag	500,00 Euro	
abzüglich GKV-Anteil	200,00 Euro	
erstattungsfähiger Betrag	300,00 Euro	Mehrkosten
Erstattungssatz in %	100 %	
Erstattungssatz inkl. GKV	300,00 Euro	
ARAG Anteil	300,00 Euro	
Ihr Eigenanteil	0,00 Euro	

Fall 3:

Die Behandlung entspricht einer der drei obigen Kassenkriterien. Sie wäre also über die GKV abzurechnen, übersteigt jedoch das Maß einer ausreichenden, wirtschaftlichen und zweckmäßigen Versorgung. Das heißt, dass der Zahnarzt eine komplette Privatrechnung nach GOZ erstellt. Der Tarif übernimmt diese Kosten dennoch zu 50 Prozent.

Gesamtbetrag	600,00 Euro
erstattungsfähiger Betrag	600,00 Euro
Erstattungssatz in %	50 %
Erstattungssatz inkl. GKV	300,00 Euro
abzüglich GKV	0,00 Euro
ARAG Anteil	300,00 Euro
Ihr Eigenanteil	300,00 Euro

Fall 4:

Die Behandlung entspricht nicht den drei Kassenrichtlinien. Der Zahnarzt rechnet sie komplett als Privatleistung ab. Der Tarif übernimmt diese Kosten zu 100 Prozent.

Gesamtbetrag	600,00 Euro
erstattungsfähiger Betrag	600,00 Euro
Erstattungssatz in %	100 %
Erstattungssatz inkl GKV	600,00 Euro
abzüglich GKV	0,00 Euro
ARAG Anteil	600,00 Euro
Ihr Eigenanteil	0,00 Euro

4.2.6 Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlungen vor?

Die Parodontalbehandlung ist in vielen Fällen eine 100-prozentige Kassenleistung.
Sie ist ab einer Taschentiefe von 3,5 mm gegeben. Liegt die Taschentiefe darunter, leisten wir 100 Prozent bei medizinischer Notwendigkeit. In der Regel ist sie ab einer Taschentiefe von 3,0 mm gegeben.

In einzelnen Fällen kann es jedoch vorkommen, dass die GKV die Behandlungskosten nicht übernimmt – oder der Zahnarzt zusätzliche Kosten berechnet. Der Tarif leistet wie folgt:

Eine Erstattung erfolgt zu 100 Prozent, wenn der Zahnarzt über die Leistungen der GKV hinaus folgende Behandlungen durchführt: Keimtest, antibakterielle Therapie, Knochen- und Geweberegeneration, Knochenaufbau, Bindegewebs- und Schleimhaut-Transplantationen;

Beispiel:

Gesamtbetrag	800,00 Euro
erstattungsfähiger Betrag	800,00 Euro
tariflicher Erstattungssatz in %	100 %
Erstattungssatz inkl. GKV	800,00 Euro
abzüglich GKV	0,00 Euro
ARAG Anteil	800,00 Euro
Ihr Eigenanteil	0,00 Euro

4.2.7 Sieht der Tarif Leistungen für eine Schleimhaut-Transplantation vor?

Ja.
In Zusammenhang mit Zahnbehandlungsmaßnahmen (z.B. Parodontalbehandlung) erfolgt die Erstattung zu 100 Prozent.

4.2.8 Sieht der Tarif Leistungen für Speicheltests, Bakterientests usw. vor?

Bei Keimtests (z.B. DNA-Sondentest, Parotest) wird die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall anhand der Laborwerte geprüft. Reichen Sie bitte das Testergebnis und den Therapievorschlag zusammen mit der Rechnung ein.
Bei medizinischer Notwendigkeit erfolgt eine Erstattung zu 100 Prozent.

4.2.9 Sieht der Tarif Leistungen für Aufbiss-Schienen (Knirscherschienen) vor?

Nein.
Aufbiss-Schienen sind eine Leistung der GKV.

Die für die Neuanfertigung notwendige Funktionsdiagnostik (Gnathologie) erstatten wir zu 90 Prozent (nähere Erläuterungen siehe Punkt 4.3.5).

Für darüber hinausgehende Kosten (z.B. Material- und Laborkosten, DIR-Schiene, DROS-Schiene u.ä.) leistet der Tarif nicht.

4.3 Zahnersatz

Sie finden hier eine Leistungsübersicht der verschiedenen Bereiche für Zahnersatz.

4.3.1 Sieht der Tarif Leistungen für Zahnersatz vor?

Ja.
Zu Zahnersatz zählen: Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate, Knochenaufbau im Zusammenhang mit Implantaten, Bindegewebs- und oder Schleimhaut-Transplantationen im Zusammenhang mit Zahnersatz.

Die GKV kennt drei Versorgungsvarianten. Die Regelversorgung, die gleichartige Versorgung und die andersartige Versorgung.
Im Rahmen der Regelversorgung – der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält keine privaten Gebührenziffern – leistet der Tarif zusammen mit der GKV 100 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags. Es handelt sich um die Grundversorgung (z.B. Die Kronen an den großen Backenzähnen (Molaren) sind in metallischer Ausführung).

Im Rahmen der gleichartigen Versorgung – der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält teilweise private Gebührenziffern – leistet der Tarif zusammen mit der GKV 90 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags.
Es handelt sich um eine über die Regelversorgung hinausgehende so genannte gleichartige Versorgung (z.B. Die Kronen sind vollverblendet oder aus Zirkon)

Im Rahmen der andersartigen Versorgung – der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält ausschließlich private Gebührenziffern – leistet der Tarif ebenso zusammen mit der GKV 90 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags (z.B. Krone auf Implantat, festsitzender statt herausnehmbarer Zahnersatz).

Maßgeblich für die Erstattung von Versicherungsleistungen ist wiederum die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung. Rein kosmetische Maßnahmen (z.B. Zahnfarbenbestimmung, individuelles Charakterisieren der Keramik, Keramikschulter, Farbnahme, Fotodokumentation) sind nicht abgedeckt.

Übernimmt die GKV keinen Festzuschuss, prüfen wir ob wir leisten können.

Es empfiehlt sich, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan (Kostenvoranschlag) bei der ARAG einzureichen. Wir können dann über die zu erwartenden Leistungen Auskunft geben.

4.3.2 Sieht der Tarif Leistungen für Aufbaufüllungen vor?

Nein.
Aufbaufüllungen sind im Leistungsumfang der GKV enthalten.

Der Tarif leistet ausschließlich für die definitive Versorgung (d.h. Teilkrone, Krone, Brücke) des Zahnes.

4.3.3 Werden Seitenzahn-Verblendungen erstattet?

Ja.
Verblendungen vergütet der Tarif bis einschließlich Zahn 6. Für den 7. Und 8. Zahn (Weisheitszahn) vergütet der Tarif die Kosten für Keramikverblendungen nicht.

Oberkiefer rechts, bleibende Zähne								Oberkiefer links, bleibende Zähne							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Unterkiefer rechts, bleibende Zähne								**Unterkiefer links, bleibende Zähne**							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

4.3.4 Sieht der Tarif Leistungen für Verblendschalen (Veneers) vor?

Ja.
Bei Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit leistet der Tarif 90 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Bei Veneers übernimmt die GKV in der Regel einen Festzuschuss für eine Teilkrone. Reichen Sie bitte vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag sowie ein Foto der Frontzähne und ein Röntgenbild ein.
Für Veneers aus kosmetischen Gründen leistet der Tarif nicht.

4.3.5 Sieht der Tarif Leistungen für Funktionsdiagnostik (Gnathologie) vor?

Ja.
Der Tarif leistet 90 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages z.B. für umfangreichen Zahnersatz oder im Zusammenhang mit der Neuanfertigung einer Aufbiss-Schiene.
Ein umfangreicher Zahnersatz liegt vor, wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne des natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlussbissstellung auf andere Weise nicht mehr feststellbar ist.

4.3.6 Sieht der Tarif Leistungen für Implantate vor?

Ja.
Die Anzahl der Implantate ist tariflich nicht begrenzt. Sie richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit.
Der Tarif leistet 90 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Beispiele:

Implantat und Krone gesamt:

Gesamtbetrag	2.269,86 Euro
erstattungsfähiger Betrag	2.269,86 Euro
tariflicher Erstattungssatz in %	90 %
Erstattungssatz inkl. GKV	2.042,88 Euro
abzüglich GKV	340,08 Euro
ARAG Anteil	1.702,79 Euro
Ihr Eigenanteil	226,99 Euro

Implantat, nur chirurgischer Teil:

Gesamtbetrag	1.288,56 Euro
erstattungsfähiger Betrag	1.288,56 Euro
tariflicher Erstattungssatz in %	90 %
Erstattungssatz inkl. GKV	1.159,70 Euro
abzüglich GKV	0,00 Euro
ARAG Anteil	1.159,70 Euro
Ihr Eigenanteil	128,86 Euro

Zahnersatz, Krone auf Implantat:

Gesamtbetrag	981,30 Euro
erstattungsfähiger Betrag	981,30 Euro
tariflicher Erstattungssatz in %	90 %
Erstattungssatz inkl. GKV	883,17 Euro
abzüglich GKV	340,08 Euro
ARAG Anteil	543,09 Euro
Ihr Eigenanteil	98,13 Euro

4.3.7 Sieht der Tarif Leistungen für knochenaufbauende Maßnahmen bei Implantaten vor?

Ja.
Für knochenaufbauende Maßnahmen und die dazugehörigen chirurgischen Maßnahmen erfolgt die Vergütung ebenfalls zu 90 Prozent.

Ist eine derartige Behandlung bei Ihnen geplant, reichen Sie uns bitte vor Behandlungsbeginn einen Kostenvoranschlag und ein Röntgenbild ein. Wir prüfen damit die medizinische Notwendigkeit und geben Auskunft über die zu erwartende Leistung.

4.3.8 Sieht der Tarif Leistungen für eine Schleimhaut-Transplantation vor?

Ja.
In Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen (z.B. Implantatversorgung) erfolgt die Erstattung zu 90 Prozent.

4.4 Inlays

4.4.1 Sieht der Tarif Leistungen für Inlays vor?

Ein Inlay – eine Einlagefüllung – ist eine Alternative zu einer herkömmlichen plastischen Zahnfüllung.
Der Tarif leistet 90 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit der GKV. Die vergleichbare preisgünstigere plastische Füllung wird als GKV-Leistung angerechnet.

Die Begleitmaßnahmen (z.B. Kofferdam), die beim Einsetzen des Inlays anfallen, übernimmt der Tarif zu 90 Prozent.

Beispiel:

Gesamtbetrag	622,82 Euro
erstattungsfähiger Betrag	622,82 Euro
tariflicher Erstattungssatz in %	90 %
Erstattungssatz inkl. GKV	560,54 Euro
abzüglich GKV	50,00 Euro
ARAG Anteil	510,54 Euro
Ihr Eigenanteil	62,28 Euro

4.5 Kieferorthopädie

4.5.1 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahren) vor?

Ja.
Die GKV kennt fünf Einstufungsgruppen, so genannte kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG)
Unter KIG versteht man das befundbezogene kieferorthopädische Indikationssystem. Je nach Umfang des Behandlungsbedarfs wird die entsprechende Gruppe gewählt Die GKV übernimmt die Kosten für die Stufen 3, 4 und 5.

Für die KIG-Einstufungen 1 und 2 (kieferorthopädische Behandlungen außerhalb der GKV-Richtlinien) gilt folgendes:
Leistet die Kasse nicht, so prüfen wir die medizinische Notwendigkeit. In diesem Fall fällt die kieferorthopädische Behandlung in den Versicherungsschutz. Der Tarif leistet 90 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Bitte reichen die KIG-Einstufung, Fotos, Röntgenbilder, Kiefermodelle und einen Kieferorthopädischen Behandlungsplan ein.

Für die KIG-Einstufungen 3, 4 und 5 gilt folgendes:
Die Behandlung findet im Rahmen der GKV statt. Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen, so genannte Mehrleistungen, übernimmt die ARAG zu 90 Prozent, maximal bis zu 1.500 Euro während der gesamten Vertragslaufzeit. Zu diesen Mehrkosten zählen z.B. Materialien: Mini- oder Keramikbrackets, superelastische Bögen, Lingualtechnik, und Gebührenziffern: Bracketumfeld-Versiegelung, professionelle Zahnreinigung, Zwischendiagnostik, Funktionsanalyse, usw., die zusätzlich zur Kassenleistung berechnet werden.

Für rein kosmetische Korrekturen leistet der Tarif nicht. Das ist häufig bei KIG 1 der Fall.

4.5.2 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie bei Erwachsenen (Personen ab 18 Jahren) vor?

Ja.
Der Tarif leistet 90 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die kieferorthopädische Behandlung aufgrund eines Unfalls medizinisch notwendig ist.
Eine KIG-Einstufung für die Erwachsenenbehandlung gibt es nicht. Die Berechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Die so genannten Mehrkosten zur privaten kieferorthopädischen Behandlung bei Erwachsenen – dies betrifft nur die Materialien wie z.B. Mini- oder Keramikbrackets, superelastische Bögen, Lingualtechnik – umfasst der Versicherungsschutz nicht.
Für rein kosmetische Korrekturen leistet der Tarif ebenfalls nicht.

Bitte reichen Sie vor Behandlungsbeginn Fotos, Röntgenbilder, Kiefermodelle und einen Kieferorthopädischen Behandlungsplan ein. Wir geben dann Auskunft über die zu erwartende Leistung.

Wenn die kieferorthopädische Erwachsenenbehandlung kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert, ist dies eine Leistung der GKV und es sind keine Leistungen aus dem Tarif möglich.

4.6 Sonstigen Behandlungsmaßnahmen

4.6.1 Sieht der Tarif Leistungen für analoge Berechnungen von speziellen Arbeitsgeräten vor (z.B. Operationsmikroskop, Laser, Vector)?

Nein.
So genannte Analogberechnungen sind nicht erstattungsfähig.
Im Zusammenhang mit einer privatärztlichen Behandlung nach GOZ kann die Vergütung des Einsatzes von speziellen Arbeitsgeräten (z.B. Vector) über den Steigerungsfaktor der jeweiligen GOZ-Ziffern, erfolgen.

4.6.2 Sieht der Tarif Leistungen für schmerzstillende Maßnahmen vor?

Ja.
Der Tarif leistet hier 100 Prozent bis zu 250 Euro pro Kalenderjahr zum Beispiel für Akupunktur, Vollnarkose, Hypnose oder Lachgassedierung.

Die schmerzlindernden Maßnahmen kommen zusätzlich zur klassischen Zahnarzt-Anästhesie (Spritze) zum Einsatz. Diese Maßnahmen werden in Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahme erstattet. Sie können neben allen Behandlungsmaßnahmen anfallen: beispielsweise bei Weisheitszahnentfernungen (Dämmerschlaf), langen OP-Sitzungen (Vollnarkose) oder in der Kinderzahnheilkunde (Lachgas).

4.6.3 Sieht der Tarif Leistungen für kosmetische Maßnahmen vor?

Nein.

4.7 Summenmäßige Begrenzung

4.7.1 Welche Summenbegrenzungen sieht der Tarif vor?

Die maximale tarifliche Leistung im Tarif sieht folgendermaßen aus:

Im 1. Kalenderjahr liegt die Grenze bei 1.000 Euro,
in den ersten 2 Kalenderjahren zusammen bei 2.000 Euro,
in den ersten 3 Kalenderjahren zusammen bei 3.000 Euro,
in den ersten 4 Kalenderjahren zusammen bei 4.000 Euro,
in den ersten 5 Kalenderjahren zusammen bei 5.000 Euro,
ab dem 6. Kalenderjahr unbegrenzt.

Das Kalenderjahr entspricht dem Versicherungsjahr.

Die Begrenzungen in den ersten 5 Jahren entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.
Die maximale tarifliche Leistung halbiert sich, wenn bei Antragsprüfung ein individueller Leistungsausschluss vereinbart wird.

Weitere Erläuterung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
Maßgebend für alle Leistungen sind neben dem Tarif (Teil III der AVB) die Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MBKK 2009 (Teil I der AVB) und die Tarifbedingungen (Teil II der AVB).

Herausgeber: ARAG Krankenversicherungs-AG, Hollerithstraße 11, 81829 München