

Hintergrundinformationen zum Tarif ZGPlus (Zahnergänzungsversicherung)

Inhalt:

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

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

- Bei **Zahnersatz und Implantaten** besteht immer die Gefahr, auf hohen Zuzahlungen sitzen zu bleiben, denn die Leistungen der GKV sind hier sehr begrenzt.
- Bei vielen **Zahnerhalt- und Zahnprophylaxemaßnahmen** zahlt die GKV entweder überhaupt nicht oder nur bei ganz bestimmten Indikationen oder lediglich in einem sehr geringen Umfang.

Welche Kosten übernimmt die GKV bei Zahnersatz und Implantaten?

- 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).

Wie rechnet die Krankenkasse ab und welche Kosten verbleiben dem GKV-Versicherten bei Zahnersatz und Implantaten?

- 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 privat Zahnärztlichen 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 Seitenzahngebiet) – je Implantat Mehrkosten von 800 EUR bis 1.500 EUR eingeplant werden (ohne die Kosten für die darauf aufbauende Zahnersatzversorgung!).
- ➡ Rechnungs- und Erstattungsbeispiele zu Zahnersatz/Implantaten auf Seiten 4/5

Welche Kosten übernimmt die GKV bei Zahnerhalt- und Zahnprophylaxemaßnahmen?

- **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. 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.
➔ Rechnungs- und Erstattungsbeispiel auf Seite 5
- **Kunststofffüllungen** sind zahnfarben und fallen deshalb nicht auf. Und sie sind – im Vergleich z. B. zu laborgefertigten Inlays – preiswerter. Ebenfalls wichtig: Moderne Kunststofffüllungen halten, wenn sie eine bestimmte Größe nicht überschreiten, inzwischen fast so lange wie Amalgam-Füllungen. Außerdem sind sie im allgemeinen gut verträglich.
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. In allen anderen Fällen zahlen die gesetzlichen Krankenkassen nur einen Zuschuss, dessen Höhe sich an den Kosten für eine Amalgam-Füllung orientiert.
- **Aufbissschienen** (syn. Knischerschienen) werden angewendet bei Substanzverlust durch mechanischen Abrieb an den Zähnen. Sie sollen die Zähne vor weiterem Substanzverlust schützen. Die Kosten werden bei entsprechender Indikation von der GKV übernommen; liegt keine entsprechende Indikation vor, erfolgt keine Leistung der GKV.
- Bei einer **Wurzelbehandlung** (syn. Wurzelkanalbehandlung) wird das lebende, eventuell schmerzhaft entzündete oder auch abgestorbene Gewebe unter Anästhesie in dem betroffenen Zahnkanal entfernt, der Bereich gereinigt und zum Abschluss wieder aufgefüllt.
Die GKV übernimmt die Kosten für Wurzelbehandlungen nur in bestimmten Fällen. Besonders bei der Behandlung der hinteren Backenzähne gibt es Einschränkungen. Dann kann eine Wurzelbehandlung nicht auf Kosten der GKV durchgeführt werden – es besteht keine GKV-Leistungspflicht.
- **Parodontosebehandlung**: Eine rechtzeitige und richtige Behandlung der Parodontitis ¹ ist überaus wichtig. Falls die Parodontitis nicht oder nicht richtig behandelt wird, kann Zahnverlust mit all seinen Konsequenzen die Folge sein.
Die Parodontosebehandlung ist grundsätzlich eine Sachleistung der GKV; allerdings nur bei Vorliegen ganz bestimmter Indikationen. Hierbei spielt die Tiefe der entstandenen Zahnfleischtaschen eine wichtige Rolle. Liegt keine entsprechende Indikation vor, erfolgt keine Leistung der GKV.
- **Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie**: Dieses Verfahren der Naturheilkunde, wird häufig von ganzheitlich orientierten Zahnmedizinem angewendet. Die Kosten hierfür werden von der GKV nicht übernommen.
- **Zahnprophylaxemaßnahmen**: Hierbei handelt es sich um ein weites Feld an Zahnvorsorgemaßnahmen (herausragend ist hier die so genannte professionelle Zahnreinigung), deren Kosten von der GKV nicht übernommen werden.

¹ Bei der Parodontitis handelt es sich um eine bakteriell bedingte Entzündung. Das Ergebnis der Reaktion auf die Bakterien sind Zahnfleischbluten, Taschenbildung, Zurückgehen des Zahnfleisches und des Kieferknochens und schließlich Lockerwerden und Verlust der Zähne.

Sie sehen: Nicht nur bei Zahnersatz, Implantaten und Inlays besteht die Gefahr, auf hohen Zahlungen sitzen zu bleiben.

Welche Leistungen übernimmt der Tarif *ZGPlus* bei Zahnersatz, Implantaten, Inlays und Kunststofffüllungen?

Mit dem Barmenia-Tarif *ZGPlus* 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, Inlays und Kunststofffüllungen!**

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 737,52 EUR zu Grunde gelegt. Der Kunde erhält durch regelmäßige Zahnvorsorge einen Festzuschuss in Höhe von 65 % (= 479,39 EUR). Bei der Erstattung aus Tarif *ZGPlus* wird allerdings nur der 50 %ige Festzuschuss (= 368,76 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: 737,52 EUR**

Rechnungsbetrag EUR	GKV-Festzuschuss: 65 % EUR	Eigenanteil ohne Tarif <i>ZGPlus</i> EUR	Eigenanteil ohne Tarif <i>ZGPlus</i> %	<i>ZGPlus</i> -Erstattungsbetrag EUR	Eigenanteil mit Tarif <i>ZGPlus</i> EUR	Eigenanteil mit Tarif <i>ZGPlus</i> %
737,52	479,39	258,13	35,0	258,13	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 <i>ZGPlus</i> EUR	Eigenanteil ohne Tarif <i>ZGPlus</i> %	<i>ZGPlus</i> -Erstattungsbetrag EUR	Eigenanteil mit Tarif <i>ZGPlus</i> EUR	Eigenanteil mit Tarif <i>ZGPlus</i> %
1.539,63	479,39	1.060,24	68,9	939,93	120,31	7,8

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 ZGPlus EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZGPlus %	ZGPlus-Erstat- tungsbetrag EUR	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus EUR	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus %
3.342,59	479,39	2.863,20	85,7	2.472,44	390,76	11,7

- Inlay

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

Rechnungs- betrag EUR	GKV- Zuschuss EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZGPlus EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZGPlus %	ZGPlus-Erstat- tungsbetrag EUR	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus EUR	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus %
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 **ZGPlus**.

Welche Leistungen übernimmt der Tarif **ZGPlus** bei den anderen Zahnerhaltmaßnahmen und bei der Zahnprophylaxe?

Bei **Aufbissschienen, Wurzelbehandlungen und Parodontosebehandlungen**, für die **keine** Leistungspflicht der GKV besteht, beträgt die **ZGPlus-Erstattung 85 %**.

Ebenfalls **85 %** Kostenerstattung sieht Tarif **ZGPlus** bei der **Akupunktur zur Schmerztherapie und bei der Anästhesie** vor, die bei den genannten Zahnersatz- und Zahnerhaltmaßnahmen zum Einsatz kommt.

Schließlich leistet Tarif **ZGPlus 85 %** für **Zahnprophylaxemaßnahmen** (z. B. professionelle Zahnreinigung) – bis zu einem Erstattungsbetrag von 85 EUR pro Kalenderjahr.

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).

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 bei Zahnersatz die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen erstattet?

Ja.

Im Rahmen dieser Leistungen werden mit Hilfe ausgefeilter Techniken verschiedene Untersuchungen vorgenommen, die in der Regel recht komplex sind. Das Ziel ist, Bewegungen des Unterkiefers in unterschiedlichen Situationen (Sprechen, Kauen, Ruhestellung) festzuhalten und so Höhe und Form des Zahnersatzes (Kaurelief) zu bestimmen. Darüber hinaus soll die Funktionsanalyse dazu dienen, Vor- und Seitwärtsbewegungen des Kiefergelenks zu erkennen.

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 *ZGPlus*, 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 *ZGPlus* 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**

Rechnungsbetrag EUR	GKV-Festzuschuss: 50 % EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZGPlus EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZGPlus %	ZGPlus-Erstattungsbetrag EUR	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus EUR	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus %
1.539,63	368,76	1.170,87	76,1	939,93	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**

Rechnungsbetrag EUR	GKV-Festzuschuss: 65 % EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZGPlus EUR	Eigenanteil ohne Tarif ZGPlus %	ZGPlus-Erstattungsbetrag EUR	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus EUR	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus %
1.539,63	479,39	1.060,24	68,9	939,93	120,31	7,8

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.² Für eine Ergänzungsversicherung besteht also – anders als beim Zahnersatz, wo die GKV nur maximal 65 % der Kosten übernimmt – kein Raum.

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 aber sehr oft in erster Linie 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 ZGPlus besagt, dass als fiktive Vorleistung der GKV

- bei Zahnersatz 40 % und
- bei Inlays und Kunststofffüllungen 20 %

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

² 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 %.

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 %)	ZGPlus-Erstattungsbetrag	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus
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 %)	ZGPlus-Erstattungsbetrag	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus	Eigenanteil mit Tarif ZGPlus
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)?

Ja:

Der Tarif ZGPlus sieht für die ersten fünf Kalenderjahre eine Zahnstaffel vor; die Gesamtleistung pro versicherter Person beträgt (nach Abzug von GKV-Vorleistungen)

- im ersten Kalenderjahr maximal 1.000,00 EUR;
- in den ersten beiden Kalenderjahren zusammen maximal 2.000,00 EUR;
- in den ersten drei Kalenderjahren zusammen maximal 3.000,00 EUR;
- in den ersten vier Kalenderjahren zusammen maximal 4.000,00 EUR;
- in den ersten fünf Kalenderjahren zusammen maximal 5.000,00 EUR.

Diese Zahnstaffel kommt nicht zur Anwendung, wenn der Versicherungsfall nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen ist.

Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Ja, wenn bei Zahnersatz, Inlays und Kunststofffüllungen der voraussichtliche Rechnungsbetrag 1.000,00 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 *ZGPlus* in den ersten drei Jahren nach Versicherungsbeginn begrenzt. Ab vier fehlenden Zähnen muss der Antrag abgelehnt werden.

Kann der Tarif *ZGPlus* alleine abgeschlossen werden?

Ja.