

Index: Gesellschaften, die in diesem Beitrag erwähnt werden von A-Z:

Allianz – Arag – CSS – Gothaer – Hallesche – LKH – Nürnberger – Signal Iduna – Süddeutsche

## Makler Know-how I

# Private Krankenzusatzversicherungen als Ergänzung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes

Laut „Zahlenbericht der PKV“ wurden für das Geschäftsjahr 2007 über 20.009.400 Personen mit privater Krankenzusatzversicherung gezählt. An den Beitragseinnahmen hatten Zusatzversicherungen für GKV-Versicherte einen Anteil von 12,6%, solche für Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld und Pflegezusatz einen Anteil von 6,8%.



Von *Stephan Witte*

Gesetzlich Versicherte, die sich für einen Krankenzusatzschutz interessieren, denken in erster Linie an die Varianten „stationäre Ergänzung“, „Zahnersatz“, „Heilpraktiker“, „Krankentagegeld“ und „Auslandsreisekrankenversicherung“. Andere ergänzende Leistungen wie Erstattung für Sehhilfen, Vorsorgeuntersuchungen, Heil- und Hilfsmittel oder gar Kostenerstattungstarife folgen weit abgeschlagen. Generell bemerkt etwa die Hallesche einen Trend, wonach speziell

Tarife, die existentielle Risiken absichern, zunehmend gut verkauft werden. Insbesondere gilt dies, wenn diese entsprechend kundenfreundlich aufbereitet werden, wozu vor allem Kurzanträge mit vereinfachten Gesundheitsfragen einen wichtigen Beitrag leisten.

Speziell ambulante Ergänzungstarife werden gerne als **Paketlösung** verkauft, die etwa Zahnersatz, heilpraktische Leistungen, Sehhilfen und Auslandsreiseschutz miteinander kombinieren. Im

Zweifel kaufen Versicherte sich hiermit jedoch Leistungen ein, die sie gar nicht benötigen oder einzeln preiswerter, zumindest jedoch leistungsstärker einkaufen können. Zumal ist zu erwägen, dass Zahnersatz, Kieferorthopädie bei Kindern und Auslandsreiseschutz am ehesten Existenz bedrohend sein können, während ergänzende stationäre Leistungen oder eine Kostenübernahme für Sehhilfen oder Naturheilkunde zwar sinnvoll sein mögen, finanziell jedoch

wohl weniger bedrohend sein werden. Tarife, die die Absicherung nur auf ein einziges Risiko begrenzen (z.B. reine Heilpraktiker- oder Brillentarife) werden praktisch nicht angeboten, da sie ein unverhältnismäßig hohes subjektives Risiko aufweisen und damit Beitragserhöhungen programmiert wären.

„Tarife, die existentielle Risiken absichern, werden zunehmend gut verkauft.“

Allgemein gilt für die meisten Krankenzusatzversicherungen eine Wartezeit von 3 Monaten, bevor Leistungen in Anspruch genommen werden dürfen. Eine verlängerte Wartezeit von 8 Monaten ist üblich für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Einige Versicherer verzichten auf diese Wartezeiten, sofern Versicherte innerhalb einer tariflich festgelegten Frist entweder den Nachweis eines unproblematischen Zahnstatus oder eine ärztliche Untersuchung nachweisen, aus der hervorgeht, dass aktuell kein Behandlungsbedarf besteht. Allgemein auf Wartezeiten verzichten nur wenige Tarife und dies meist nur bei unfallbedingter stationärer Einweisung, unfallbedingtem Zahnersatz oder – hier allgemein üblich – im Rahmen der Auslandsreisekrankenversicherung. Eine verkürzte Wartezeit von nur 3 Monaten gilt bei der Gothaer für Zahnbehandlung.

Stationäre Ergänzungstarife bestehen vorrangig aus den Leistungsmerkmalen a) Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und b) Übernahme der Kosten für einen „Chefarzt“, korrekter „privatärztliche Behandlung“ benannt.

#### Vier Unterbringungs-Merkmale

Die aktuell am Markt befindlichen Tarife unterscheiden sich bezüglich der Unterbringung vorrangig durch folgende Merkmale:

- Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmer
- Unterbringung im Zweibettzimmer
- Unterbringung bei Unfällen im Ein-, sonst im Zweibettzimmer
- Unterbringung bei Unfällen im Zweibett-, sonst gesetzlich im Mehrbettzimmer

Wichtig bleibt die Feststellung, dass auch Patienten mit einem Anspruch auf verbesserte Unterbringung diesen nur durchsetzen können, wenn im Krankenhaus auch entsprechende Plätze zur Verfügung stehen. Üblich ist daher eine Entschädigungsleistung in Form eines Ersatzkrankentagegeldes bei Verzicht auf die „Wahl“ eines Ein- oder Zweibettzimmers.

Hilfreich kann auch die Feststellung sein, dass im Einzelfall nur Einbett- oder Zweibettzimmer zur Verfügung stehen, ohne dass Leistungen aus der Krankenzusatzversicherung hierfür in Anspruch genommen werden müssen. Einige Tarife sehen ergänzend Rooming-In-Leistungen vor. Diese zusätzlichen Kosten übernehmen beispielsweise die Tarife CSS.clinic2 der CSS für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder die Tarife CSA100/CSW1 und CSW2 der Hallesche für Kinder bis zum vollendeten 8. Lebensjahr.

„Problematisch bei älteren Krankenzusatztarifen ist, dass eine Kostenübernahme für ambulante Operationen unüblich war. Diese wurden in der Praxis kaum durchgeführt. Dies hat sich heute stark geändert. Dieser Entwicklung haben bisher nur wenige Tarife Rechnung getragen.“

Ein neuer Trend wird durch Tarife wie plusU der Hallesche, SZU der Nürnberger oder KlinikUNFALL der Signal Iduna eingeleitet. Diese leisten nur bei unfallbedingtem stationären Krankenhausaufenthalt im Ein- oder Zweibettzimmer (Hallesche) bzw. im 2-Bett-Zimmer (Nürnberger, Signal Iduna). Dafür verzichten sie auf oder erleichtern die sonst übliche Gesundheitsprüfung – bei der Nürnberger gilt der Verzicht wenigstens bis zum vollendeten 54. Lebensjahr – und kosten auch nur den Bruchteil eines herkömmlichen Schutzes. Diese wichtige Einschränkung sollten Vermittler dringend in der Beratungsdokumentation festhalten, da ein Kunde sich Jahre danach im Leistungsfall womöglich nicht mehr an diese Einschränkung erinnern wird.

Eine Variante dieser Tarifkonstruktion bietet der Tarif MediClinic der Gothaer. Hier steht dem Versicherten grundsätzlich eine Unterbringung nur im Zweibett-

zimmer zu. Erfolgt die Einlieferung ins Krankenhaus jedoch unfallbedingt, so besteht Anspruch auf eine Unterbringung im Einbettzimmer.

Ohne ergänzende Krankenzusatzversicherung kostet eine Unterbringung im Ein- bzw. Zweibettzimmer für gesetzlich Versicherte einen Aufschlag von ca. 65 bis 85 Euro bzw. 35 bis 45 Euro täglich auf die reguläre Kassenleistung:

Ein- bzw. Zweibettzimmerzuschläge nach Ländern

Einbettzimmerzuschläge <sup>1</sup> nach Ländern	2007 in Euro	2006 in Euro	Verränderung absolut	Verränderung in Prozent
Baden-Württemberg	84,15	83,22	+0,93	+1,12
Bayern	86,61	86,74	-0,13	-0,15
Berlin	89,75	90,02	-0,27	-0,30
Brandenburg	65,66	65,19	+0,47	+0,72
Bremen	86,09	89,84	-3,75	-4,17
Hamburg	84,94	86,33	-1,39	-1,61
Hessen	87,05	85,85	+1,20	+1,40
Mecklenburg-Vorp.	70,49	72,67	-2,18	-3,00
Niedersachsen	81,73	81,18	+0,55	+0,68
Nordrhein-Westfalen	85,31	84,94	+0,37	+0,44
Rheinland-Pfalz	88,00	86,87	+1,13	+1,30
Saarland	62,00	61,81	+0,19	+0,31
Sachsen	66,19	65,72	+0,47	+0,72
Sachsen-Anhalt	88,44	88,43	+0,01	+0,01
Schleswig-Holstein	82,11	81,97	+0,14	+0,17
Thüringen	76,68	77,81	-1,13	-1,45
alle Länder (mit Berlin)	86,50	83,84	+2,66	+3,17
neue Länder	65,46	66,76	-1,30	-1,95
bundesweit	84,07	81,87	+2,20	+2,69

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung, Mehrbettzimmer  
Quelle: Morgen & Morgen

Zweibettzimmerzuschläge <sup>1</sup> nach Ländern	2007 in Euro	2006 in Euro	Verränderung absolut	Verränderung in Prozent
Baden-Württemberg	41,24	40,80	+0,44	+1,08
Bayern	43,90	43,63	+0,27	+0,62
Berlin	41,84	41,67	+0,17	-0,41
Brandenburg	34,21	33,78	+0,43	+1,27
Bremen	41,33	42,25	-0,92	-2,18
Hamburg	40,28	41,33	-1,05	-2,54
Hessen	41,89	41,42	+0,47	+1,13
Mecklenburg-Vorp.	31,17	32,72	-1,55	-4,74
Niedersachsen	41,24	40,36	+0,88	+2,18
Nordrhein-Westfalen	45,42	45,03	+0,39	+0,87
Rheinland-Pfalz	44,25	43,62	+0,63	+1,44
Saarland	28,54	28,78	-0,24	-0,83
Sachsen	33,06	31,87	+1,19	+3,73
Sachsen-Anhalt	43,04	42,77	+0,27	+0,63
Schleswig-Holstein	43,02	42,59	+0,43	+1,01
Thüringen	37,68	38,38	-0,70	-1,82
alle Länder (mit Berlin)	43,51	43,28	+0,23	+0,53
neue Länder	33,41	31,81	+1,60	+5,03
bundesweit	42,34	41,94	+0,40	+0,95

1 Durchschnittswerte pro Tag bei Regelleistung, Mehrbettzimmer  
Quelle: Morgen & Morgen

## Makler Know-how zur stationären Absicherung

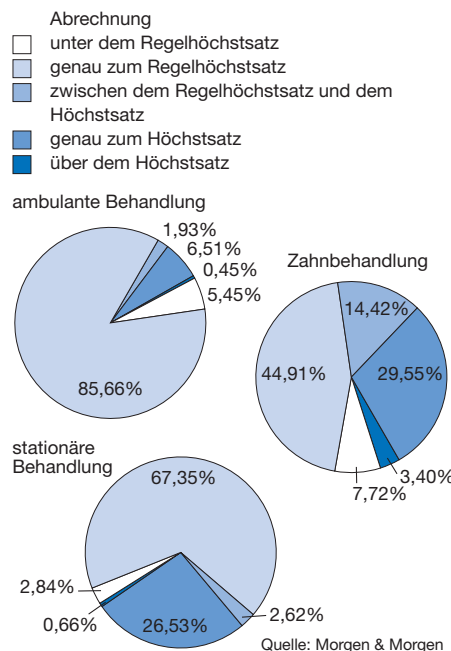
Grundsätzlich sollte beachtet werden, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen medizinisch notwendig sein muss. Wenn also eine Behandlung mit voraussichtlich gleichem Erfolg auch ambulant durchgeführt werden kann, so fehlt es an der medizinischen Notwendigkeit, weshalb der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet ist. Ist eine stationäre Unterbringung jedoch zwingend anzuraten, so besteht auch bei fehlender Notwendigkeit der Anspruch, vertraglich vereinbarte privatärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, wobei jedoch der Kostensatz in einem sachlichen Verhältnis zur Tätigkeit des Arztes stehen sollte. Eine medizinische Notwendigkeit kann auch vorliegen, wenn ambulante Behandlungsmethoden über einen längeren Zeitraum erfolglos geblieben sind oder die Durchführung ambulanter Operationen aus persönlichen Gründen nicht durchführbar ist. Einzig und allein der Versicherungsnehmer hat nachzuweisen, dass eine stationäre Unterbringung wie auch die hier angewandte Behandlungsmethode medizinisch notwendig waren. Es reicht dabei im Zweifel nicht aus, sich auf die Sichtweise des behandelnden Arztes zu berufen (z.B. OLG Düsseldorf vom

22.03.1983.- VersR 1984, 274). Wiewohl es sicher hilfreich ist, sich vor Beginn einer stationären Behandlung eine Kostenübernahmeerklärung des Versicherers schriftlich einzuholen, so besteht hierzu keine rechtliche Pflicht. Speziell im Zusammenhang mit „gemischten Anstalten“ kann dies nur dringend angeraten werden. Da es dem Versicherten obliegt, ein im Sinne der Bedingungen geeignetes Krankenhaus zu wählen, das unter ständiger ärztlicher Leitung stehen muss, macht auch hier eine vorherige Absprache Sinn. Nicht zulässig ist es übrigens, wenn ein Versicherer die stationäre Heilbehandlung mit dem Hinweis ablehnt, dass keine akute Erkrankung vorliege. Hierzu schreibt Rechtsanwalt Arno Schubach: „Schließlich wird in diesem Zusammenhang immer wieder übersehen, dass der BGH ausdrücklich entschieden hat, dass eine Krankenhausbehandlung nicht immer der **Behandlung akuter Erkrankungen** dienen muss. Eine medizinisch notwendige Behandlung von Risikofaktoren, die das Akutwerden oder Wiederauftreten einer Erkrankung verhindern soll, kann ebenfalls Anforderungen stellen, die eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich machen.“<sup>1</sup>

Privatärztliche Leistungen werden in den meisten leistungsstarken stationären Ergänzungstarifen ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbracht. Allerdings begrenzen beispielsweise die Tarife SZ1, SZ2, SZ2R und SZU der Nürnberger oder der Tarif KlinikUNFALL der Signal Iduna ihre Leistung auf den Höchstsatz der GOÄ (3,5fach). Voraussetzung für eine Leistung über dem Höchstsatz GOÄ ist stets eine gültige Honorarvereinbarung mit dem behandelnden Krankenhaus, woraus jedoch nicht in allen Tarifen deutlich genug hingewiesen wird. Dies ist insofern weniger tragisch, als dass Ärzte ohne ausdrückliche schriftliche Vereinbarung keine Leistungen oberhalb des Höchstsatzes der GOÄ abrechnen dürfen.

<sup>1</sup> Schubach, Arno: „Teil D. Personenversicherungen. § 22 Krankenversicherung“ in „Münchener Anwaltshandbuch Versicherungsrecht“ Hg.: Michael Terbill (C.H. Beck), 2004, S. 1643

### Struktur der GOÄ/GOZ-Multiplikatoren 2006



Zu beachten ist jedoch, dass ambulante Vor- und Nachuntersuchungen nicht allgemein üblich zum Versicherungsumfang gehören. Während etwa die Tarife 261 und 262 der Arag, CSS.clinic und CSS.clinic2 der CSS, SEK/SE1 und SEK/SE2 der Gothaer, CSA100/CSW1 und CSA100/CSW2 der Hallesche oder SZ1 und SZ2 der Nürnberger die Mehrkosten für entsprechende Honorarvereinbarungen mit dem Arzt übernehmen, sehen die Tarife 721 und 729E der Allianz, SZ2R der Nürnberger, SG100 der Signal Iduna oder SG1 und SG2 der Süddeutschen Krankenversicherung keine diesbezüglichen Mehrleistungen vor. Allerdings unterscheiden sich auch die Tarife mit Kostenübernahme noch voneinander. Während CSS, Gothaer, Hallesche oder Nürnberger keine besonderen Einschränkungen vorsehen, gilt bei der Arag folgende Einschränkung:

*„Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.“*

Problematisch gerade bei älteren Krankenzusatztarifen ist, dass eine Kostenübernahme auch für ambulante Operationen unüblich war, da diese in der Praxis kaum durchgeführt wurden. Dies hat sich heute stark geändert. Allerdings haben dieser Entwicklung bisher nur wenige Tarife Rechnung getragen, z.B. Tarife 261 und 262 der Arag, CSS.clinic und CSS.clinic2 der CSS, MediClinic der Gothaer oder SZ1 oder SZ2 der Nürnberger.

*„Vorsichtig sollten Versicherte auch bei der Wahl von Krankenhäusern sein, die gleichzeitig Rehaleistungen oder Kuren anbieten.“*

Wer sich für eine private Krankenzusatzversicherung entscheidet, macht dies oft auch deshalb, weil er sich wie ein Privatpatient fühlen möchte. Daraus resultiert, dass vielfach der Wunsch besteht, dass Versicherer auch die Mehrkosten für die Wahl eines anderen als des nächst gelegenen geeigneten Krankenhauses übernehmen (so

genannte „Einweisungsklausel“). Entsprechende Leistungen übernehmen beispielsweise Allianz (Tarife: 721, 729E), Arag (Tarife: 261, 262), CSS (CSS.clinic, CSS.clinic2) oder Signal Iduna (SG 100). Sinnvoll erscheint hier die Klarstellung, dass damit nicht unbedingt auch eine Kostenerstattung für reine Privatkliniken verbunden ist. Hierzu wäre dann schon die Zugehörigkeit zu einer privaten Krankenvollversicherung notwendig, da Versicherte sonst die allgemeinen Krankenhausleistungen aus eigener Tasche zahlen müssten. So heißt es etwa bei der Hallesche im Tarif CSA100 / CSW 1 wie folgt:

„Hat die GKV keine Leistungen erbracht, so werden Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Kann die Höhe der Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.“

Ähnliche Formulierungen finden sich auch bei vielen Wettbewerbern, so etwa bei der CSS:

„Leistungen der GKV werden unabhängig davon, ob diese wahrgenommen werden oder nicht, von den Leistungen gemäss vorliegendem Tarif in Abzug gebracht.“

Vorsichtig sollten Versicherte auch bei der Wahl von Krankenhäusern sein, die gleichzeitig Rehaleistungen oder Kuren anbieten. Ohne vorherige schriftliche Zusage besteht für solche „gemischten Anstalten“ meist kein Versicherungsschutz. Das Problem liegt darin, dass Patienten selbst diese praktisch kaum erkennen können und auch die Bewertung einer Klinik durch verschiedene Versicherer leicht voneinander abweichen kann. Inwiefern mit der Einführung von Fallpauschalen für stationäre Behandlungen die einschränkende Klausel vor dem Hintergrund der AGB-Transparenz noch standhalten kann, ist noch nicht abschließend rechtlich entschieden.

Positive Ausnahmen hinsichtlich dieser Klausel bieten beispielsweise die Arag (Tarife: 261, 262), CSS (Tarife: clinic, clinic2), Signal Iduna (Tarif: SG100) und Süddeutsche (Tarife: SG 1, SG 2). Während es bei der CSS einzig und allein darauf ankommt, dass bei fehlender

schriftlicher Zusage der Nachweis erbracht wird, dass es sich nicht um eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung gehandelt habe, kommt es bei der SDK nur darauf an, dass

- a) eine ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlung durchgeführt wurde, die eine stationäre Behandlung erforderte,
- b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte,
- c) das Krankenhaus die einzige in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten oder
- d) während des Aufenthaltes in der Krankenhaus eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

Bei der Arag reichen die Varianten b), c) und d), bei der Hallesche und der Signal Iduna die Varianten a) bis c). Unabhängig von der Ausgestaltung der Klausel sollte deren Wirksamkeit insgesamt vor dem Hintergrund von § 307 BGB in Zweifel gezogen werden.<sup>2</sup>

### Versicherungsschutz im Ausland

Nach § 1 Absatz 4 der MB/KK 2009 des PKV-Verbandes besteht regelmäßig nur Versicherungsschutz innerhalb Europas. „Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.“ Nach § 15 Abs. 3 endet der Versicherungsschutz bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb dieses Bereiches, sofern keine abweichende Vereinbarung mit dem Anbieter getroffen wird. Die Mehrzahl der privaten Krankenversicherer orientiert sich an dieser Verbandsempfehlung. Eine abweichende Schlechterstellung findet sich beispielsweise bei der CSS. Hier

<sup>2</sup> Siehe Schubert, Arno a.a.O., S. 1672

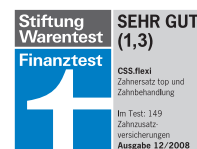
# Euroli.

Die erste Krankenzusatzversicherung mit Schadenfreiheitsrabatt ist nicht nur für Ihre Kunden besonders günstig.



beauftragt.de

Unsere kleinen Beiträge sind nur einer von vielen erfreulichen Gründen, um mit unseren Krankenzusatzversicherungen eifrig Courtagen zu sammeln. Denn für Stiftung Warentest und Öko-Test ist auch das Leistungspaket, das man dafür bekommt, einfach ausgezeichnet. Machen Sie damit viele Ihrer Kunden glücklich: Alles, was Sie dazu brauchen, finden Sie auf [www.CSSversicherung.com](http://www.CSSversicherung.com)



besteht der Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung nur für Deutschland. Außerhalb besteht innerhalb der EU Deckung, sofern es sich um unvorhergesehene Krankheiten und Notfälle handelt oder mit dem Versicherer vorab eine schriftliche Kostenzusage vereinbart wurde. Eine weltweite Auslandsdeckung für vorübergehende Aufenthalte gilt beispielsweise für die Tarife SE 1 + SEK sowie SE 2 + SEK der Gothaer.

### Die Welt der Zahnzusatzversicherungen

Neben stationären Leistungen sind **Zahnzusatzversicherungen** ein aktuell immer stärker werdender Trend in der Krankenzusatzversicherung. Für GKV-Versicherte besteht die Wahl zwischen eigenen Rücklagen für den oft unvermeidlichen Zahnersatz oder die kieferorthopädischen Leistungen der Kinder oder der Abschluss einer entsprechenden Zusatzversicherung.

Die gesetzlichen Leistungen im Bereich Zahnbehandlung (z.B. Füllung einsetzen, Zahnsteinentfernung), Zahnersatz (Prothesen/Dritte Zähne, Brücken, Stiftzähne, Vollkronen, Implantate) und Kieferorthopädie (Kieferregulierungsmaßnahmen, z.B. Zahnspangen) sind als Folge verschiedener Gesundheitsreformen sehr eingeschränkt. Zahnspangen für Kinder werden heutzutage oft nicht mehr übernommen, für Erwachsene nur noch dann, wenn eine Nichtbehandlung ernsthafte gesundheitliche Schäden zur Folge haben würde. Kommt ein Zahnarzt bei einem Kind dennoch zu der Überzeugung, dass eine medizinische Notwendigkeit<sup>3</sup> vorliegt (Einstufung nach KIG 3-5), so werden für das 1. Kind ca. 80%, für das 2. Kind ca. 90% der Kosten übernommen. Für die Restkosten müssen die Eltern jedoch in Vorleistung gehen und erhalten diese erst zurück, wenn die komplette Kieferregulierung abgeschlossen ist. Die Eigenleistung für eine Zahnspange kann dabei leicht bei rund 600 Euro liegen – handelt es sich um die

<sup>3</sup>Zur Definition der medizinischen Notwendigkeit siehe u.a. BGH vom 10.07.1996 – IV ZR 133/95 – VersR 1996,1224: „Eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen.“ Dies bemisst sich allein an der medizinischen Eignung der Therapie, nicht jedoch am tatsächlichen Behandlungserfolg, so dass auch eine erfolgreiche Behandlung als medizinisch nicht notwendig bewertet werden kann, was bei KIG 1 und 2 regelmäßig der Fall sein dürfte. Die Höhe der Kosten, die eine Behandlung konkret verursacht, spielt jedoch nach BGH-Urteil vom 12.04.2003 keine grundlegende Rolle.

Erbringung rein privatärztlicher Leistungen sind auch Beträge von weit über 4.000 Euro nichts Ungewöhnliches –, die ratierlich über den Behandlungszeitraum fällig wird. Eine Zahnprophylaxe wird nur noch bis zum vollendeten 18. Lebensjahr geleistet, danach übernehmen die gesetzlichen Kassen lediglich einmal jährlich die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, die jedoch nicht mit einer professionellen Zahnreinigung zu verwechseln ist. Letztere ist keine Kassenleistung.

Der befundbezogene Festzuschuss für Zahnersatz beträgt mindestens 50% der

*Die gesetzlichen Leistungen im Bereich Zahnbehandlung sind als Folge verschiedener Gesundheitsreformen sehr eingeschränkt.*

Regelversorgung. Darin sind Material- und Laborkosten bereits enthalten. Eine Erhöhung des Festzuschusses um 20 oder 30% setzt eine nachgewiesene jährliche Vorsorgeuntersuchung während der letzten 5 bzw. 10 Jahre voraus, die lückenlos nachgewiesen werden muss.

### Stationäre Ergänzungstarife auf Risikobasis Zwischen „Dumpingpreis“ & unbezahlbar

Von einigen Marktteilnehmern als Innovation gelobt, von anderen als mögliche Gefahr für die Zukunft der Branche gemieden, gelten die neuen stationären Ergänzungstarife auf Risikobasis. Bei diesen wird bewusst auf eine Bildung von Altersrückstellungen verzichtet, so dass anstelle einer theoretisch auf Dauer auskömmlich kalkulierten Prämie mit steigendem Lebensalter auch die Prämien steigen. Angenommen, ein 30jähriger würde eine Krankenzusatzversicherung bei der Gothaer (Tarife: SEK, SE1) für heute 35,99 Euro abschließen, so bliebe diese Prämie hier theoretisch – abgesehen von Inflation, medizinischem Fortschritt und steigender Lebenserwartung – auf Dauer stabil. Der gleiche Versicherte würde bei der CSS im Tarif CSS.clinic heute 15,62 Euro monatlich zahlen. Allerdings stiege die Prämie hier bis zum vollendeten 81. Lebensjahr auf 140,00 Euro monatlich an. Daraus resultiert das Argument der Gegner, dass Risikotarife heute einen leistungsstarken Schutz zum Dumpingpreis gewähren, während die Prämien im Alter unbezahlbar wären. Fairerweise ist jedoch zu ergänzen, dass der Tarif CSS.clinic mit dem vollendeten 49. Lebensjahr erstmals die Prämie der Gothaer übersteigt. Zählt man die zu leistenden Prämien zusammen, so übersteigen die nominellen Prämienaufwendungen der CSS erstmals zum vollendeten 73. Lebensjahr diejenigen der Gothaer. Bis dahin hätte man natürlich die monatliche Prämienersparnis gewinnbringend anlegen können. In der

Spitze beträgt die Ersparnis bis zum 55. Lebensjahr insgesamt 4.716,48 Euro. Die Gothaer und die meisten herkömmlich kalkulierten Tarife verzichten nur bei Kindern und Jugendlichen auf eine Bildung von Alterungsrückstellungen. Weitere Tarife auf Risikobasis sind neben allen Tarifen der CSS auch SZ2R und SZU der Nürnberger und KlinikUNFALL der Signal Iduna.

Wer davon ausgeht, dass höhere Prämien heute zwar bezahlbar wären, im Rentenalter aber der Gürtel enger geschnallt werden müsse, sollte auch über Tarifvarianten mit Vorsorgestufe nachdenken. So bezahlt ein heute 30jähriger in der Tarifvariante SEK V / SE 1V der Gothaer statt 35,99 Euro monatlich 38,13 Euro. Dafür würde die zum vollendeten 65. Lebensjahr erreichte Prämie um 1/3 gesenkt auf dann theoretisch 25,42 Euro monatlich. Ab dem vollendeten 72. Lebensjahr würden Versicherte nominell von den Auswirkungen der Vorsorgestufe profitieren. Dafür wären bis zum vollendeten 64. Lebensjahr insgesamt fast 900 Euro mehr gezahlt worden als bei normaler Tarifgestaltung. Kalkulationsunterschiede gibt es vielfach auch bei Ergänzungstarifen zur gesetzlichen Krankenversicherung im Unterschied zu solchen als Baustein im Rahmen einer privaten Krankenvollversicherung. Tendenziell sind die Schadenquoten in der reinen Zusatzversicherung höher als jene in der Vollversicherung, weshalb immer mehr Versicherer tariflich getrennte stationäre Welten für ihre Versicherten vorsehen.

Allerdings bezieht sich dieser Prozentsatz nur auf die Regelversorgung. Bei Implantaten oder privatärztlichen Leistungen für Zahnersatz macht dies vielfach nur 10 bis 30% des Gesamtrechnungsbetrages aus, während Inlays grundsätzlich eine privatärztliche Leistung bedeuten und somit nicht erstattungsfähig sind.

Für eine hochwertige Zahnkrone aus Gold und Keramikverblendung liegt der Eigenanteil daher leicht bei über 700 Euro; eine teilverblendete Zahnkrone ohne Edelmetall kann immer noch um die 400 Euro Restkosten bedeuten. Wer jedoch Inlays (Teilkronen oder Gussfüllungen; qualitativ hochwertiger, da aus Metall oder Keramik anstatt aus Kunststoff oder Amalgam) für sich in Anspruch nehmen will, der darf nur mit einem minimalen Kassenzuschuss rechnen. Ein zweiflächiges Goldinlay auf Basis nur privatärztlicher Leistungen kostete in einer zahnärztlichen Musterberechnung fast 600 Euro, von denen nur 33,40 Euro als Zuschuss für die zweiflächige Füllung gewährt wurden. Die Kosten für Zahnersatz und Kieferorthopädie betragen jedoch sehr häufig mehrere tausend Euro. So sind Kosten von drei oder viertausend Euro für kieferorthopädische Leistungen ohne Kassenzuschuss durchaus üblich.

### Zahntarif-Chaos

Tarife mit Erstattung bei Zahnersatz sind mittlerweile Legion, allerdings gerade für Laien oft kaum vergleichbar. Der Tarif CSS.flexi Baustein Zahnersatz top der CSS erstattet beispielsweise 80% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnersatz einschließlich Implantaten und Inlays nach Vorleistung der GKV. Kann ein Zahnbonusheft nachgewiesen werden, so erhöht sich die Leistung bei 5 Jahren nachgewiesener lückenloser Führung auf 85%, bei sogar 10 Jahren auf 90%. Insgesamt ist eine Erstattung von mehr als 90% nach Vorleistung der GKV jedoch ausgeschlossen. Wird nur die Regelversorgung in Anspruch genommen, so wird diese zu 100% übernommen. Bei Zahnärzten, die ihre Kassenzulassung abgeben haben, wird ein pauschaler Betrag als Leistung der GKV angerechnet. Dieser beträgt bei Zahnersatz 40%, bei Implantaten und Inlays 20% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags. Gleiches gilt für Behandlungen im Ausland, wenn die GKV keine Vorleistung

erbringt. Auf eine Begrenzung der Leistung in den ersten Jahren (Zahnstaffel) wird verzichtet. Auch funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen fallen unter den Versicherungsumfang, ebenso wie alle mit einer Implantation im Zusammenhang stehenden Weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen. Die CSS verzichtet bei unfallbedingtem Zahnersatz auf die Anrechnung einer Wartezeit. Die Leistung ist auf den Höchstsatz der GOZ (3,5fach) beschränkt.

Anders sieht die Erstattungspraxis im Tarif MediDent der Gothaer aus. Hier erfolgt unter Anrechnung der GKV-Vorleistung eine Erstattung für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung analog bis in Höhe von 100% des Rechnungsbetrages, sofern keine privatärztlichen Leistungen gesondert berechnet werden. In allen anderen Fällen ist die Leistung je nach Bonusheft auf 70, 75 oder 80% des Rechnungsbetrages im Rahmen der GOZ beschränkt.

In den ersten Jahren gilt eine Zahnstaffel mit Begrenzung der Leistungen auf insgesamt 750 Euro innerhalb der ersten beiden und insgesamt 1.500 Euro innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre. Allein bei unfallbedingtem Zahnersatz entfällt diese Staffelregelung. Maximal werden vier Implantate je Kiefer erstattet.

Nicht unter den Versicherungsumfang fallen im MediDent funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie die Aufwendungen für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial. Für solche Leistungen können jedoch in der Praxis durchaus Kosten von 180 bis zu 1.500 Euro anfallen. Sie fallen jedoch nur bei besonders schwierigen Fällen<sup>4</sup> an.

Es gilt die reguläre Wartezeit von 8 Monaten ab Beginn. Auch hier ist die Leistung auf den Höchstsatz der GOZ (3,5fach) beschränkt.

Nimmt man als dritten Tarif noch den Tarif DENT-FEST der Signal Iduna, so wird die Vergleichbarkeit noch weiter erschwert. Hier wird der Festzuschuss der gesetzlichen Kasse verdoppelt. Höchstens wird jedoch 100% des Rechnungsbetrages erstattet. Implizit werden damit auch Leistungen über dem Höchstsatz GOZ erbracht. In den ersten vier Jahren

<sup>4</sup>Siehe <http://www.implantate.com/was-kosten-zahnimplantate.html>

# »HIN UND HER MACHT TASCHEN LEER.«

Diese bittere Erfahrung machen viele Privatanleger, die versuchen, durch ständige Portfolio-Umschichtungen einen als Benchmark gewählten Index zu übertreffen. Doch was ist die Alternative?

2. Auflage 2007  
336 Seiten · € 29,90



gilt eine Zahnstaffel. Im ersten Jahr ist die Leistung auf 250 Euro beschränkt, in den ersten beiden Jahren auf 750 Euro, in den ersten drei auf 1.250 Euro und in den ersten 4 Jahren auf 1.750 Euro. Auf die Anrechnung einer Wartezeit wird komplett verzichtet. Dafür besteht für bei Vertragsabschluss fehlende oder noch nicht ersetzte Zähne kein Versicherungsschutz. Gleiches gilt für bereits vor Versicherungsbeginn angeratene oder begonnene Maßnahmen.

Analog zur Gothaer übernimmt auch die Signal Iduna nicht die Kosten für analytische und funktionstherapeutische Leistungen. Ein Ausschluss für Knochenaufbau ist hier ebenso wenig zu finden wie einer für Versorgung mit Inlays oder Implantaten. Aufgrund der fehlenden Nennung lässt sich schließen, dass zwar für den Knochenaufbau geleistet würde, Leistungen für Inlays und Implantate jedoch nicht eingeschlossen wären. Als Teilkrone oder harte Einlagefüllung für einen Zahn mit Karies oder anderweitigem Defekt, fallen Inlays nicht unter den Terminus Zahnersatz im engeren Sinne. Ähnliches gilt für Implantate: Da es sich bei einem Implantat um eine künstliche Zahnwurzel handelt, würde hier lediglich eine Erstattung für den darauf sitzenden Zahnersatz in Frage kommen.

Bezogen auf die oben benannten Tarife ergibt sich damit folgende Gesamterstattung (gesetzlicher Festzuschuss zzgl. private Leistungen) im konkreten Beispiel (Angaben einmal auf Basis des maximalen Bonus durch ein für 10 Jahre lückenlos geführtes Bonusheft und einmal auf Basis eines weniger als 5 Jahre vollständigen Bonusheftes):



■ Wer davon ausgeht, dass höhere Prämien heute zwar bezahlbar wären, im Rentenalter aber der Gürtel enger geschnallt werden müsse, sollte auch über Tarifvarianten mit Vorsorgestufe nachdenken.

- CSS flexi Baustein Zahnbehandlung + CSS.flexi Baustein Zahnersatz top 1.572,81 Euro (90%)/1.398,06 Euro (80%) = Restkosten: 174,76 Euro/ 349,51 Euro
- Gothaer MediDent 1.398,06 Euro (80%)/1.223,30 Euro (70%) = Restkosten: 349,51 Euro/ 524,27 Euro
- Signal Iduna DENT-FEST 684,33 Euro (39,16%) / 526,41 Euro (30,12%) = Restkosten: 378,90 Euro/ 694,75 Euro

Nach der jüngsten Untersuchung der Zeitschrift „Finanztest“ (Ausgabe 12/2008, S. 62-65) waren bezogen auf den dortigen Modellfall Krone mit privatem Extra die Tarife ZG der Barmenia, central.prodent der Central und flexiZETop+ZB der CSS die leistungsstärksten der untersuchten Tarife.

Beim Modellfall mit hochwertiger Implantatversorgung am leistungsstärksten

waren die Tarife central.prodent der Central, flexiZETop+ZB der CSS und ZG der Barmenia.

Nur wenige Tarife erbringen Leistungen auch für Zahnbehandlung. Besonders oft in Anspruch genommen wird in diesem Zusammenhang eine professionelle Mundhygiene. Solche Leistungen dürften aber kaum als Existenz bedrohend bewertet werden, kosten sie doch meist zwischen 50 bis 150 Euro je nach Region.

Entscheidender sind erhöhte Leistungen bei Kieferorthopädie. Solche werden nur von wenigen Anbietern erbracht und können nicht immer überzeugen. Vielfach ist die Erstattung auf 20 bis 40% der Gesamtkosten beschränkt.

Achtung: Nicht alle Tarife können ohne gleichzeitigen Abschluss anderer Tarife abgeschlossen werden, so z.B. der ZB 20 der Gothaer nur zusammen mit dem AE aus dem gleichen Hause oder der Z50/3 der Signal Iduna nur zusammen mit beispielsweise GE oder DENT-FEST.

## Kosten-Beispiel

Zur besseren Vergleichbarkeit der drei Beispieltarife sei eine Implantatversorgung mit Vollverblendung auf einer vollkeramischen Krone (Vollgusskrone) angenommen:

	Implantat getragene Krone	vollkeramische Krone
Zahnarzthonorar BEMA:	-----	13,90 Euro
Zahnarzthonorar GOZ:	320,01 Euro	283,66 Euro
Materialkosten und Labor:	750,00 Euro	380,00 Euro
Festzuschuss:	364,89 Euro	161,52 Euro
Gesamtrechnungsbetrag:	1.747,57 Euro	
Gesamtzuschuss:	526,41 Euro	
Restkosten:	1.221,16 Euro	

BEMA = Leistung auf Basis der gesetzlichen Versorgung; GOZ = Leistung auf Basis privatärztlicher Versorgung, hier mit einem Gebührensatz zwischen 2,3 und 3,0 für die Implantatversorgung bzw. zwischen 0,7316 und 2,5 für die Überkronung. Das Beispiel enthält keine funktionsanalytischen Leistungen, die jedoch im Rahmen einer Versorgung mit Zahnersatz durchaus üblich sind und leicht 20 % der Gesamtkosten ausmachen können.

## ■ Leser-Information

### Makler Know-how II:

Eine Fortsetzung des Beitrages, in dem u.a. auf Ergänzungstarife zur Absicherung heilpraktischer Leistungen, Auslandsreisekrankenversicherungen und Krankenhaustagegelder eingegangen wird, folgt in der nächsten Ausgabe.

Ein ausführlicher Bericht zum Thema Krankentagegeld fand sich auf Seite 35-46 der Zeitschrift „Rating-Sieger“ 3/2008. Eine Aktualisierung ist hier aktuell nicht geplant.

Fragen und Anregungen zum Thema Krankenzusatz-Tarife werden gerne aufgenommen.

# Private Krankenzusatzversicherungen

Versicherer	Tarif	Stand	Leistung für Kieferorthopädie	Leistung für Zahnersatz	Inlays	Implantate	Leistung für Zahnbehandlung	Zahnstafel	Bemerkungen	Monatsbeitrag für Kind, 10 Jahre
Arag	Z100	01.2009	80 % vom Rechnungsbetrag, sofern keine Vorleistung GKV	100 % des Rechnungsbetrags (nach Vorleistung GKV im Rahmen der Regelversorgung) / 80 % (nach Vorleistung GKV bei einer über die Regelversorgung hinausgehenden Versorgung)	80 % des Rechnungsbetrags nach Vorleistung GKV	80 % des Rechnungsbetrags nach Vorleistung GKV	100 % (nach Vorleistung GKV)	1. Jahr: 500 Euro; 2. Jahr: 1.000 Euro; ab dem 3. Jahr unbegrenzt (die Begrenzungen entfallen bei Unfall)	Behandlungen müssen vollständig im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung laufen; privatärztliche Leistungen müssen von Zahnärzten mit Kassenzulassung erbracht werden	7,17 Euro
Arag	Z70	01.2009	70 % vom Rechnungsbetrag, sofern keine Vorleistung GKV	70 % des Rechnungsbetrags (nach Vorleistung der GKV)	70 % des Rechnungsbetrags nach Vorleistung GKV	70 % des Rechnungsbetrags (nach Vorleistung der GKV)	nein	1. Jahr: 400 Euro; 2. Jahr: 800 Euro; ab dem 3. Jahr unbegrenzt (die Begrenzungen entfallen bei Unfall)	Behandlungen müssen vollständig im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung laufen; privatärztliche Leistungen müssen von Zahnärzten mit Kassenzulassung erbracht werden	5,75 Euro
CSS	CSS.flexi Zahnbehandlung + Zahnersatz Basis	06.2007	80 % des Rechnungsbetrags (sofern Vorleistung GKV nach KIG 3-5 erfolgt max. 600 Euro je Kiefer)	30, 35 oder 40% des Rechnungsbetrags (nach Vorleistung GKV max. 80%); bei Zahnärzten, die die Kassenzulassung abgegeben haben, wird eine fiktive Vorleistung von 40% angenommen	30, 35 oder 40% des Rechnungsbetrags (nach Vorleistung GKV max. 80%); bei Zahnärzten, die die Kassenzulassung abgegeben haben, wird eine fiktive Vorleistung von 20% angenommen	30, 35 oder 40% des Rechnungsbetrags (nach Vorleistung GKV max. 80%); bei Zahnärzten, die die Kassenzulassung abgegeben haben, wird eine fiktive Vorleistung von 20% angenommen	100%	nein	die Wartezeiten für Prophylaxe und Zahnbehandlung entfallen; Tarif ohne Altersrückstellungen	12,66 Euro
CSS	CSS.flexi Zahnbehandlung + Zahnersatz Top	06.2007	80 % des Rechnungsbetrags (sofern Vorleistung GKV nach KIG 3-5 erfolgt max. 600 Euro je Kiefer)	80, 85 oder 90% des Rechnungsbetrags nach Vorleistung GKV (je nach Zahnbonusheft); bei Zahnärzten, die die Kassenzulassung abgegeben haben, wird eine fiktive Vorleistung von 40% angenommen. Wird nur die Regelversorgung in Anspruch genommen, so beträgt die Erstattung 100% des Rechnungsbetrags	80, 85 oder 90% des Rechnungsbetrags nach Vorleistung GKV (je nach Zahnbonusheft); bei Zahnärzten, die die Kassenzulassung abgegeben haben, wird eine fiktive Vorleistung von 20% angenommen. Wird nur die Regelversorgung in Anspruch genommen, so beträgt die Erstattung 100% des Rechnungsbetrags	80, 85 oder 90% des Rechnungsbetrags nach Vorleistung GKV (je nach Zahnbonusheft); bei Zahnärzten, die die Kassenzulassung abgegeben haben, wird eine fiktive Vorleistung von 20% angenommen. Wird nur die Regelversorgung in Anspruch genommen, so beträgt die Erstattung 100% des Rechnungsbetrags	100%	nein	die Wartezeiten für Prophylaxe und Zahnbehandlung entfallen; Tarif ohne Altersrückstellungen	13,04 Euro
Gothaer	ZB 20	01.01.2009	20% des Rechnungsbetrags	"20% plus 20% aus Tarif AE des Rechnungsbetrags"	20% des Rechnungsbetrags	„20% plus 20% aus Tarif AE des Rechnungsbetrags“	20% des Rechnungsbetrags	„für Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt max. 511,29 im 1. Kalenderjahr, 613,55 Euro im 2. Kalenderjahr und 920,33 Euro im 3. Kalenderjahr, unfallbedingt entfallen diese Höchstsätze (= Rechnungsbeträge). Mit Ausnahme der Anfertigung einer Einzelkrone ist vom 4. Versicherungsjahr an ein Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn nachzuweisen, da die Leistungen sonst um bis zu 20 % gekürzt werden können. Tarif AE: für Zahnersatz insgesamt max. 536 Euro im 1. Versicherungsjahr, 643 Euro im 2. Versicherungsjahr, 964 Euro im 3. Versicherungsjahr, unfallbedingt entfallen diese Höchstsätze (= Rechnungsbeträge).“	„Vertrag kann nur zusammen mit dem Tarif AE oder bestimmten stationären Ergänzungsversicherungen abgeschlossen werden, der zusätzliche Kosten verursacht und zusätzliche Leistungen bietet Tarif AE sieht neben Zahnersatz, Leistungen für Heilmittelzuzahlungen, Sehhilfen, Behandlung durch Heilpraktiker sowie Behandlung im Ausland vor.“	2,93 kann nicht alleine abgeschlossen werden AE + ZB 20 = 5,37 „
Gothaer	MediTop 2	01.01.2009	100% für Kieferorthopädie im Rahmen privatärztlicher Behandlung, sofern die GKV nach den gültigen kieferorthopädischen Indikationsgruppen nachweislich nicht leistet (max. 1.500 Euro p.a.)	20, 30 oder 35% (je nach regelmäßig betriebener Vorsorge und entsprechendem Erstattungssatz der GKV) im Rahmen der Regelversorgung (= doppelter Festzuschuss ohne Bonus) nach Vorleistung der GKV	nein	„100 % für Implantate im Rahmen privatärztlicher Behandlung (Der befundbezogene Festzuschuss der GKV für Implantate ist von den Aufwendungen in Abzug zu bringen).,“	nein	im 1. Jahr (Zahnersatz: 250 Euro), in den ersten beiden Jahren (Zahnersatz: 500 Euro; Implantate & Kieferorthopädie: 1.000 Euro), in den ersten drei Jahren (Zahnersatz: 1.000 Euro; Implantate & Kieferorthopädie: 1.250 Euro), in den ersten vier Jahren (Zahnersatz: 2.000 Euro; Implantate & Kieferorthopädie: 1.500 Euro); ab dem 5. Jahr (Zahnersatz: keine Höchstsätze; Implantate & Kieferorthopädie: 1.500 Euro) diese Höchstsätze (= Rechnungsbeträge) für Zahnersatz entfallen bei Unfall, für Kieferorthopädie und Implantate sind sie auch in den ersten Jahren auf 1.500 Euro erhöht	Vertrag kann nur ergänzend zur GKV bestehen bleiben und beinhaltet neben den dargestellten Zahnleistungen auch solche für Sehhilfen, Behandlung durch Heilpraktiker sowie ein Krankenhaustagegeld für bis zu 28 Tage p.a und Behandlung im Ausland.	8,17 Euro
LKH	193E	12.2007	30% des Rechnungsbetrags (nach Vorleistung anderer Kostenträger min.70%)	30% des Rechnungsbetrags (nach Vorleistung anderer Kostenträger min. 70%)	30% des Rechnungsbetrags	30% des Rechnungsbetrags (nach Vorleistung anderer Kostenträger min. 70%). Die erhöhten Leistungen gelten nur für einen „implantatgetragenen Zahnersatz (Suprakonstruktionen)“	nein	in den ersten drei Jahren max. 900 Euro, ab dem 4. Jahr max. 4.500 Euro p.a., für Inlays max. 1.000 Euro p.a. Die Summenbegrenzungen entfallen bei Unfall	nur als Zusatz zu einer GKV möglich. Erstattet werden auch die Kosten für einen im Rahmen der Implantataufbau unmittelbar erforderlichen Knochenaufbau.	3,68 Euro



Versicherer	Tarif	Stand	Leistung für Kieferorthopädie	Leistung für Zahnersatz	Inlays	Implantate	Leistung für Zahnbehandlung	Zahnstapel	Bemerkungen	Monatsbeitrag für Kind, 10 Jahre
LKH	194E	12.2007	40% des Rechnungsbetrages (nach Vorleistung anderer Kostenträger min. 80%)	40% des Rechnungsbetrages (nach Vorleistung anderer Kostenträger min. 80%)	40% des Rechnungsbetrages	40% des Rechnungsbetrages (nach Vorleistung anderer Kostenträger min. 80%). Die erhöhten Leistungen gelten nur für einen „implantatgetragenen Zahnersatz (Suprastrukturen)“	nein	in den ersten drei Jahren max. 1.200 Euro, ab dem 4. Jahr max. 6.000 Euro p.a., für Inlays max. 1.000 Euro p.a. Die Summenbegrenzungen entfallen bei Unfall	nur als Zusatz zu einer GKV möglich. Erstattet werden auch die Kosten für einen im Rahmen der Implantataufbau unmittelbarer erforderlichen Knochenaufbau.	8,71 Euro
Münchener Verein	562, 768	01.01.2009	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 40% des Rechnungsbetrages	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 40% des Rechnungsbetrages	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 40% des Rechnungsbetrages	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 40% des Rechnungsbetrages	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 70% des Rechnungsbetrages für Prophylaxe	*1. VJ 500 EUR (ZE/FKO) bzw. 250 EUR (Inlays; Prophylaxe), 2. VJ 500 EUR (ZE/FKO) bzw. 250 EUR (Inlays; Prophylaxe), 3. VJ 1.000 EUR (ZE/FKO) bzw. 500 EUR (Inlays; Prophylaxe), 4. VJ 5.200 EUR (ZE/FKO) bzw. 500 EUR (Inlays; Prophylaxe), ab dem 5. VJ 5.200 EUR (ZE/FKO) bzw. 1.000 EUR (Inlays; Prophylaxe) ZE/KFO; Bei Unfall in den ersten 3 VJ je 5.200 EUR pro VJ Inlays; Prophylaxe; Bei Unfall in den ersten 4 VJ je 1.000 EUR pro VJ"	besondere Erstattungsregelungen bei unterjährigem Beginn	10,64 Euro
Münchener Verein	563, 768	01.01.2009	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 40% des Rechnungsbetrages	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 40% des Rechnungsbetrages. Ab dem 4. VJ zusätzlich 10% des Rechnungsbetrages, sofern in jedem der drei vorangegangenen Jahre eine Zahnprophylaxe-Behandlung durch die tariflich benannten Heilbehandler stattgefunden hat	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 70% des Rechnungsbetrages	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 40% des Rechnungsbetrages. Ab dem 4. VJ zusätzlich 10% des Rechnungsbetrages, sofern in jedem der drei vorangegangenen Jahre eine Zahnprophylaxe-Behandlung durch die tariflich benannten Heilbehandler stattgefunden hat	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 70% des Rechnungsbetrages für Prophylaxe	Tarif 768: 1. VJ 500 EUR (ZE/FKO) 2. VJ 500 EUR (ZE/FKO) 3. VJ 1.000 EUR (ZE/FKO) ab dem 4. VJ 5.200 EUR (ZE/FKO) p.a. ZE/KFO; Bei Unfall in den ersten 3 VJ je 5.200 EUR pro VJ Tarif 563 1. VJ 250 EUR (Inlays; Prophylaxe), 2. VJ 250 EUR (Inlays; Prophylaxe), 3. VJ 500 EUR (Inlays; Prophylaxe), 4. VJ 500 EUR (Inlays; Prophylaxe) bzw. 1.300 EUR (ZE) ab dem 5. VJ 1.000 EUR (Inlays; Prophylaxe) bzw. 1.300 EUR (ZE) Inlays; Prophylaxe; Bei Unfall in den ersten 4 VJ je 1.000 EUR pro VJ"	besondere Erstattungsregelungen bei unterjährigem Beginn	11,02 Euro
Münchener Verein	768	01.01.2009	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 40% des Rechnungsbetrages	100% der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 40% des Rechnungsbetrages	nein	100 % der erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung anderer Kostenträger; maximal 40% des Rechnungsbetrages	nein	im 1. VJ 500 EUR, im 2. VJ 500 EUR, im 3. VJ 1.000 EUR, ab dem 4. VJ bis 5.200 EUR p.a. Bei Unfall in den ersten 3 VJ je 5.200 EUR pro VJ"	besondere Erstattungsregelungen bei unterjährigem Beginn	4,71 Euro
Signal Iduna	DENT-FEST, Z50/3	01.01.2008	aus Z50/3: 50% der Restkosten nach Vorleistung der GKV bis max. 1.280 Euro p.a.	aus DENT-FEST: Verdoppelung des Festzuschusses in der GKV; aus Z50/3: 50% der Restkosten nach Vorleistung der GKV und des DENT FEST bis max. 1.280 Euro p.a.	aus Z50/3: 50% der Restkosten nach Vorleistung der GKV und des DENT FEST bis max. 1.280 Euro p.a.	aus Z50/3: 50 % der Restkosten nach Vorleistung der GKV und des DENT FEST bis max. 1.280 Euro p.a.	aus Z50/3: 50% der Restkosten nach Vorleistung der GKV bis max. 1.280 Euro p.a. (für Prophylaxe: höchstens 2,3 fach GOZ)	DENT-FEST: im ersten Jahr max. 250 Euro, in den ersten beiden Jahren max. 750 Euro, in den ersten drei Jahren max. 1.250 Euro und in den ersten fünf Jahren max. 1.750 Euro p.a. Unfallbedingt entfallen diese Höchstsätze	GE-DENT: kein Aufnahmehöchstalter, kann nur neben einer GKV bestehen; keine Wartezeit. Nicht erstattungsfähig sind u.a bereits bei Abschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne; Z 50/3: 8 Monate Wartezeit. kein Aufnahmehöchstalter	5,59 Euro
Signal Iduna	DENT-MAX	01.01.2008	80% des Rechnungsbetrages, sofern keine Vorleistung der GKV (max. 500 Euro p.a.); nach Vorleistung GKV bis 100% (max. 250 Euro p.a.)	85, 95 bzw. 100% im Rahmen der Regelversorgung (je nach Bonusheft; unfallbedingt stets 100%); bei auch nur teilweiser Berechnung nach GOZ sind 65, 75 bzw. 80% der Restkosten nach Vorleistung der GKV erstattungsfähig (je nach Bonusheft; unfallbedingt stets 80%)	85, 95 bzw. 100% im Rahmen der Regelversorgung (je nach Bonusheft; unfallbedingt stets 100%); bei auch nur teilweiser Berechnung nach GOZ sind 65, 75 bzw. 80% der Restkosten nach Vorleistung der GKV erstattungsfähig (je nach Bonusheft; unfallbedingt stets 80%) [zählen als Zahnersatz]	65, 75 bzw. 80 % der Restkosten nach Vorleistung der GKV erstattungsfähig (je nach Bonusheft; unfallbedingt stets 80 %), maximal jedoch bis 6 Implantate je Kiefer einschließlich bereits vorhandener Implantate und bis maximal 1.000 Euro je Implantat	im Rahmen der GOZ bis 500 Euro p.a.; für professionelle Zahnreinigung werden 50 % der Kosten bis maximal 60 Euro je Reinigung übernommen	für Zahnersatz und Implantate gilt: max. 1.000 Euro (1. Jahr), 1.500 Euro (2. Jahr), 2.000 Euro (3. Jahr) und 2.500 Euro (4. Jahr); unfallbedingt entfällt die Begrenzung der Leistungen	kein Aufnahmehöchstalter.	6,22 Euro
Signal Iduna	GE-DENT	01.01.2008	80% des Rechnungsbetrages, sofern keine Vorleistung der GKV (max. 500 Euro p.a.); nach Vorleistung GKV bis 100% (max. 250 Euro p.a.)	85, 95 bzw. 100% im Rahmen der Regelversorgung (je nach Bonusheft; unfallbedingt stets 100%); bei auch nur teilweiser Berechnung nach GOZ sind 45, 55 bzw. 60% der Restkosten nach Vorleistung der GKV erstattungsfähig (je nach Bonusheft; unfallbedingt stets 60%)	85, 95 bzw. 100% im Rahmen der Regelversorgung (je nach Bonusheft; unfallbedingt stets 100%); bei auch nur teilweiser Berechnung nach GOZ sind 45, 55 bzw. 60% der Restkosten nach Vorleistung der GKV erstattungsfähig (je nach Bonusheft; unfallbedingt stets 60%) [zählen als Zahnersatz]	45, 55 bzw. 60% der Restkosten nach Vorleistung der GKV erstattungsfähig (je nach Bonusheft; unfallbedingt stets 60%); maximal jedoch bis 6 Implantate je Kiefer einschließlich bereits vorhandener Implantate und bis maximal 1.000 Euro je Implantat	im Rahmen der GOZ bis 500 Euro p.a.; für professionelle Zahnreinigung werden 50% der Kosten bis maximal 60 Euro je Reinigung übernommen	für Zahnersatz und Implantate gilt: max. 1.000 Euro (1. Jahr), 1.500 Euro (2. Jahr), 2.000 Euro (3. Jahr) und 2.500 Euro (4. Jahr); unfallbedingt entfällt die Begrenzung der Leistungen	Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 Euro übersteigt, ist vorab ein Heil- und Kostenplan einzureichen. sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 Euro übersteigt, ist vorab ein Heil- und Kostenplan einzureichen; weitere Krankenzusatzversicherungen mit Zahnleistungen dürfen parallel nur bei der Signal Iduna bestehen und dies nur bis insgesamt max. 30% Erstattung für Zahnersatz	6,20 Euro