

1 Allgemeine Grundsätze

1.1 Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ / GOÄ (3,5-facher Satz)

1.2 Sind Summenbegrenzungen in den ersten Jahren vorgesehen?

Nein, keine Summenbegrenzungen in Form einer Staffell.

1.3 Zahnersatzleistung durch Zahnärzte ohne Kassenzulassung: Wie werden die fiktiven Beiträge der GKV ermittelt?

Es erfolgt eine fiktive Berechnung der GKV-Vorleistungen und dieser Betrag wird in Abzug gebracht.

1.4 Wie ist die Handhabung bei fehlenden Zähnen, die gemäß Zahnarzt nie ersetzt werden müssen ?

Mit Bestätigung des Zahnarztes (auf Kosten des Antragstellers) kann ein entsprechender Leistungsausschluss vereinbart werden.

1.5 Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Nein, für fehlende Zähne (kein Lückenschluss) wird ein Leistungsausschluss vereinbart.
Fehlen mehr als 3 Zähne, ist keine Versicherbarkeit gegeben.

1.6 Wie ist ein Leistungsausschluss formuliert, welche Erläuterung kann man bei Abschluss dafür geben?

Beispiel einer Definition des Leistungsausschlusses bei Fehlen des Zahnes Nr. 15:
"Leistungen für Schließung der Zahnücke 15, inklusive Behandlung der Zähne 14, x, 16, sowie der Ursachen und Folgen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen."

1.7 Wird ein Leistungsausschluss vereinbart, wenn eine Zahnmaßnahme läuft?

Das kommt auf den Befund an. Im Regelfall wird ein LA für die laufende Zahnbehandlung vereinbart. Dieser kann jedoch nach erfolgreichem Abschluss wieder aufgehoben werden, sofern der Zahnarzt dies bestätigt, oder der Antrag wird bis zur Beendigung der laufenden Zahnbehandlung zurückgestellt.

1.8 Wie sieht es aus, wenn zukünftig Kassenleistungen z.B. im Bereich Zahnersatz weiter gestrichen werden?

Falls die Zahnersatzleistungen aus dem Leistungskatalog der GKV einmal gestrichen werden sollten, würden die Leistungen der Tarife automatisch steigen. Dies wäre dann voraussichtlich nicht durch die Kalkulation abgedeckt.

1.9 Gibt es Besonderheiten ?

Der Tarif sieht keine Bildung von Alterungsrückstellungen vor. Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr. Führt die Erhöhung des erreichten Alters zu Beginn eines Kalenderjahres zu einem Wechsel in eine höhere Beitragsgruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres der für die höhere Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen. Diese Beitragsänderung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 13 Abs. 4.