

2 Tarif CSS.flexi / Baustein Zahnbehandlung

2.1 Allgemein

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. bis zu den Höchstsätzen der GOZ / GOÄ bei Zahnbehandlung 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eines sonstigen Kostenträgers max. 100 %.

Als sonstige Kostenträger gelten zum Beispiel Berufsgenossenschaften oder ähnliche Leistungserbringer. Ergänzungen einer privaten Krankenvollversicherungen sind nicht möglich.

2.2 Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Für Zahnbehandlung und Prophylaxe gibt es keine Wartezeiten.

Für Kieferorthopädie beträgt die Wartezeit 8 Monate.

Bei Unfall entfällt die Wartezeit.

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.

2.3 Ist ein Schadenfreiheitsrabatt vorgesehen?

Der Tarif sieht einen Schadenfreiheitsrabatt bis zu 25% vor. Zu Beginn erfolgt die Einstufung in SF 5 (100% des Tarifgrundbeitrages). Der Vertrag wird jeweils zum 1. Januar des Folgejahres in die nächst höhere Schadenfreiheitsklasse eingestuft (höchstens in SF 10), wenn die Versicherung zum 30.09. des laufenden Versicherungsjahres bestand und seit dem 01.10. des vorangegangenen Jahres keine Leistungen aus dem Tarif gezahlt wurden. Eine Stufe entspricht 5%. Wurden in diesem Zeitraum Leistungen aus einem der Bausteine des Tarifes CSS.flexi gezahlt, so erfolgt eine Rückstufung um 4 Schadenfreiheitsklassen (aber nicht tiefer als SF 0). Die Schadenfreiheitsklasse SF 0 entspricht 100% des Tarifgrundbeitrages.

Achtung: Vorgesehene Leistungen für Zahnprophylaxe im Tarif CSS.flexi Zahnbehandlung bleiben jedoch ohne Einfluss auf den Schadenfreiheitsrabatt.

2.4 Was fällt unter den Bereich Zahnbehandlung?

Als Zahnbehandlung gelten konservierende Leistungen (z.B. Füllungen, Wurzelkanalbehandlungen), chirurgische Leistungen (z.B. Wurzelspitzenresektion), parodontologische Leistungen (z.B. Taschentiefe < 3,5 mm, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime), Schienen- und Aufbissbehelfe

2.5 Sieht der Tarif Leistungen für Kieferorthopädie vor?

Ja. Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. bis zum Höchstsätzen der GOZ / GOÄ 80%, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Sofern für die Behandlung grundsätzlich ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, werden für nicht unter diesen Leistungsanspruch fallende Behandlungen aufgrund so genannter Mehrkostenvereinbarungen bei KIG 3-5 80% des Rechnungsbetrages bis max. 600,- Euro je behandeltem Kiefer für die gesamte kieferorthopädische Behandlung erstattet, d.h. max. können, wenn die KFO-Maßnahme 3 Jahre dauert, bis € 1,200 an Kosten erstattet werden.

Unter die Mehrkostenvereinbarung fallen kieferorthopädische Zusatzleistungen, sofern eine med. Notwendigkeit vorliegt, insbesondere Mini-Metall, Gold-, Keramik- und Kunststoffbrackets, unsichtbare Zahnspange, Lingualtechnik, festsitzender Retainer, konfektionierte herausnehmbare Geräte, festsitzender Lückenhalter, farbige, farblose Bögen/Teilbögen und funktionstherapeutische und funktionsanalytische Maßnahmen.

Weitere kieferorthopädische Zusatzleistungen, sofern eine medizinische Notwendigkeit besteht.

Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sogenannten Kieferorthopädische Indikationsgruppen. (KIG 1-5). Bei Einstufung in eine der Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen erfolgt die tarifliche Leistung für Mehrkostenvereinbarungen. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z.B. bei Einstufung in KIG 2 oder bei Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres – werden die Aufwendungen mit den dafür vorgesehen tariflichen Sätzen erstattet.

2.6 Welche Leistungen werden erbracht, wenn später eine weitere Kfo-Behandlung notwendig wird?

In diesem Fall werden für die neue KFO-Behandlung die Kosten für Mehrkostenvereinbarung erneut gezahlt, sofern es sich hier um eine neue KFO-Behandlung handelt, die mit der ursprünglichen nichts zu tun hat.

2.7 Was fällt unter den Bereich Zahnprophylaxe?

Als Zahnprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltests zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellen eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges.

2.8 Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelungen vor?

Ja. Unter Fissuren versteht man Vertiefungen, Furchen auf den Kauflächen der Seitenzähne. Die Fissurenversiegelung wird berechnet nach den GOZ-Nrn. 200 und ggf. 405, 204. Für die erweiterte Fissurenversiegelung kann die GOZ-Nr. 205 berechnet werden. Die CSS erstattet 100 % bis zum Höchstsatz der GOZ für Fissurenversiegelungen auch außerhalb der GKV Richtlinie. Dies gilt auch für Fissurenversiegelungen an Milchzähnen.

2.9 Fallen Fissurenversiegelungen an Milchzähnen unter den Bereich Zahnbehandlung?

Die Fissurenversiegelung ist im Tarif nicht auf bestimmte Zähne eingeschränkt. Damit sind auch Versiegelungen an Milchmolaren bei entsprechender Indikation versichert.

2.10 Sieht der Tarif Leistungen für Fluoridierung vor?

Ja. Fluoride sind natürliche Bausteine des Körpers, die an Knochenbildung und Wachstum maßgeblich beteiligt sind. Bezüglich der Kariesprophylaxe hat sich herausgestellt, dass eine ausreichende Versorgung mit Fluoriden das Auftreten von Karies deutlich verringert. Dabei wirkt das Fluorid vor allem lokal am Zahn, wenn es von außen an herankommt, und weniger von innen, durch mit der Nahrung aufgenommenes Fluorid.

Die CSS erstattet je nach Variante 100 % bis zum Höchstsatz der GOZ.

2.11 Sieht der Tarif Leistungen für das Erstellen eines Mundhygienestatus und die Kontrolle des Übungserfolges vor?

Ja. Die Kosten für das Erstellen eines Mundhygienestatus und die Kontrolle des Übungserfolges fallen in den Versicherungsschutz, allerdings nicht für Kinder und Jugendliche zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr. In dieser Zeit werden Mundhygienestatus und Kontrolle von der GKV bezahlt. Die Berechnung erfolgt im Regelfall nach GOZ-Nr. 100 oder 101. Die CSS erstattet 100 % bis zum Höchstsatz der GOZ, allerdings müssen die Abrechnungsbestimmungen beachtet werden. Die GOZ-Nr. 100 darf nur 1x in 12 Monaten, die GOZ-Nr. 101 3x in 12 Monaten berechnet werden.

2.12 Sieht der Tarif Leistungen für Speicheltests und Bakterientests vor?

Ja. Die Untersuchung zum Nachweis paropathogener Keime fällt unter den Versicherungsschutz. Beispiele hierfür sind: DNA-Sondentest, Padotest, Meridol DNS-Sondentest, Meridol Paro Diagnostik, IAI-Pado-Sondentest, micro IDent, micro IDentplus, Paro-Check

2.13 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelkanalbehandlungen vor?

Ja. Der Tarif leistet für Wurzelkanalbehandlung auch außerhalb der GKV Richtlinien. So werden z.B. Wurzelkanalbehandlungen an den grossen Backenzähnen nur unter bestimmten Voraussetzungen von der GKV bezahlt. Liegen die Voraussetzungen für eine GKV-Wurzelkanalbehandlung nicht vor, erstattet die CSS.

Erbringt der Zahnarzt im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung zusätzliche selbständige Leistungen neben den endodontischen Leistungen der GKV, kann er sie dem Patienten in Rechnung stellen.

2.14 Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelspitzenresektion vor?

Ja. Der Tarif leistet für Wurzelspitzenresektion auch außerhalb der GKV Richtlinien. So werden Wurzelspitzenresektionen an den großen Backenzähnen nur unter bestimmten Voraussetzungen von der GKV bezahlt. Liegen die Voraussetzungen für eine GKV-Wurzelspitzenresektion nicht vor, erstattet die CSS.

Die Frage, ob eine Wurzelspitzenresektion zu Lasten der GKV geht, entscheidet der Zahnarzt unter Berücksichtigung der Richtlinien im Einzelfall. Ist sie nicht als GKV-Leistung abrechnungsfähig, erstattet die CSS diese Leistung.

2.15 Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlung vor?

Ja, der Tarif leistet für Parodontalbehandlungen auch außerhalb der GKV Richtlinien (z.B. Taschentiefe < 3,5 mm).

2.16 Werden Mehrkosten bei Parodontalbehandlung (wie z.B. Anwendung eines Lasers oder Vectors, Operationsmikroskop, Vor- und Nachbehandlungen) erstattet?

Eine Mehrkostenberechnung im Bereich der Parodontalbehandlung ist unzulässig.