

Stiftung  
Warentest

Finanztest

# Mehr Geld für Zähne

**Zahnversicherung.** Rund 11 Millionen gesetzlich Krankenversicherte haben eine private Zahnzusatzversicherung. Doch nur drei Tarife im Test bieten „sehr gute“ Zahnersatzleistungen.

**P**rivatpolicen für Zahnersatz sind zum Verkaufsschlager der privaten Krankenversicherer geworden. Doch viele Angebote bieten nur geringe Leistungen.

Oft merkt der Patient erst im Leistungsfall, dass sein Versicherer viel weniger zahlt als erwartet. Die Verträge sind kompliziert und undurchsichtig. Das führt zur Verwirrung bei einzelnen Angeboten und zu grundsätzlichen Missverständnissen. Umfang und Grenzen der Leistungen der Zahnversicherungen sind vielen Kunden nicht klar:

- Die Anbieter der Policen beteiligen sich an den Kosten für medizinisch notwendi-

gen Zahnersatz, also Kronen, Brücken oder Prothesen. Kosmetische Leistungen wie zum Beispiel das Bleichen der Zähne sind nicht enthalten.

- Keine Versicherung übernimmt 100 Prozent aller erdenklichen Zahnersatzkosten. Gerade bei teuren Versorgungen bleibt fast immer ein Eigenanteil beim Patienten.

- Nur ein Teil der Tarife übernimmt neben Zahnersatz auch Kosten für Füllungen, Prophylaxe oder Kieferorthopädie.

- Es gibt keine Versicherungsleistungen für bereits geplante Behandlungen.

- Versicherer können Kunden ablehnen, weil ihr Zahnzustand zu schlecht ist.



Dennoch lohnt sich eine private Zusatzpolice für viele Kunden, die teureren Zahnersatz wollen, als die Kasse bezahlt.

Finanztest hat nun erstmals Urteile für die Zahnersatzleistungen der Zahntarife vergeben. Nur drei erhielten ein „Sehr gut“: Die Tarife central.prodent der Central, ZG der Barmenia und flexiZETop+ZB des Schweizer Versicherers CSS.

Für die Tarife central.prodent der Central und Barmenia ZG muss eine Frau, die den Vertrag mit 43 Jahren abschließt, rund 24 Euro im Monat zahlen. Ein gleich alter Mann zahlt 19 bis 21 Euro. Diese Beiträge steigen mit dem Lebensalter nicht mehr an. 20 Euro im Monat zahlt der 43-jährige Mann beim Vertragsschluss auch im Tarif flexiZETop+ZB der CSS. Doch sein Beitrag steigt jährlich und er muss zum Beispiel mit 58 Jahren 27 Euro und mit 73 Jahren 32 Euro monatlich zahlen.

Auch für um die 13 bis 16 Euro im Monat kann unser 43-jähriger Beispielkunde noch leistungsstarke Angebote erhalten, zum Beispiel den Tarif ZE50 der Debeka (siehe „Unser Rat“, S. 3).

### Kassenangebote nicht immer gut

Zahnzusatzversicherungen gibt es direkt bei den privaten Versicherungsgesellschaften oder sie werden von den gesetzlichen Krankenkassen vermittelt. Leider bietet nur die BIG Direktkrankenkasse ihren Versicherten einen Tarif mit „sehr guten“ Zahnersatzleistungen. Viele BKKs, IKKs sowie etliche Ersatzkassen und AOKs vermitteln zumindest teilweise Tarife, deren Leistungen nur „ausreichend“ sind. Bei der Auswahl sollten Kunden ihrer Krankenkasse also nicht blind vertrauen.

Dank der aktiven Verkaufshilfe durch die gesetzlichen Kassen zählten die privaten

Versicherer Ende 2007 fast 11 Millionen Zahnzusatzpolicen, mehr als doppelt so viele wie noch vier Jahre zuvor. Der rasante Anstieg hat noch einen Grund: Patienten müssen seit 2005 für Zahnersatz mehr selbst ausgeben. Nur 267 Euro zahlten die Kassen 2007 im Schnitt pro Zahnersatzversorgung. Das ist deutlich weniger als die 294 Euro im Jahr 2004. Und auf der Rechnung steht oft ein Vielfaches dessen, was die Kasse zahlt.

### Patienten müssen mehr privat zahlen

Der Kassenanteil beschränkt sich seit 2005 auf einen Festzuschuss, der sich nicht nach den Kosten richtet, sondern nur nach dem zahnmedizinischen Problem des Patienten. Für jeden Befund ist eine Regelversorgung festgelegt. Deren durchschnittliche Kosten deckt der Festzuschuss zur Hälfte. Die andere Hälfte muss der Patient zahlen.

## Zusatzversicherung von der Krankenkasse

### Kassenangebote nicht immer erste Wahl

Den privaten Versicherern beschert die Zusammenarbeit mit gesetzlichen Krankenkassen große Zuwächse. Den meisten Kunden bringen die über die Kasse vermittelten Zahntarife aber kaum Vorteile.

**Vertrag.** Die Zahnzusatzversicherungen, die gesetzliche Krankenkassen ihren Versicherten vermitteln, sind nichts Besonderes. Sie unterscheiden sich im Vertragsinhalt bis auf wenige Ausnahmen nicht von denen, die Kunden direkt bei den privaten Versicherern abschließen können. Vertragspartner des Kunden ist in beiden Fällen die private Versicherungsgesellschaft.

**Rabatt.** Kooperiert eine Kasse mit einem Privatversicherer, erhalten ihre Versicherten bestimmte Tarife dieses Anbieters in den meisten Fällen etwas günstiger, als wenn sie direkt beim Versicherer abschließen würden. Der Preisnachlass für unsere 43-jährigen Modellkunden beträgt etwa 0,50 bis 1,50 Euro im Monat.

So erhalten 43-jährige männliche Versicherte der BIG Direktkrankenkasse den „sehr guten“ Tarif ZG der Barmenia für 18 statt 19 Euro, gleich alte Frauen für 23 statt 24 Euro im Monat – allerdings nur über das Internet. Diesen Preisvorteil sollten sie nutzen.

Ein Grund für oder gegen den Wechsel der gesetzlichen Kasse sind Zusatzversicherungsangebote nicht.

**Nachteile.** Da die Krankenkassen meist nur Policen von ein oder zwei Versicherern vermitteln, ist das Risiko groß, ein weniger vorteilhaftes Produkt angeboten zu bekommen. Die AOKs Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland/Hamburg vermitteln zum Beispiel unter dem Namen AOK-ZahnOnTop den gemeinsamen Tarif ZahnOnTop der Bayerischen Beamtenkrankenkasse und der UKV, dessen Leistung wir nur mit „ausreichend“ bewertet haben. Der Preisnachlass von rund 50 Cent im Monat macht diesen Nachteil nicht wett.

**Bessere Angebote.** Viele gesetzlich Versicherte sind daher besser beraten, wenn sie sich unter den frei zugänglichen Angeboten eine Zusatzversicherung mit „guten“ oder „sehr guten“ Zahnersatzleistungen suchen. Bekommt jemand von seiner Krankenkasse Werbung für eine Zahnversiche-

rung, kann er die Angebote in den Tabellen ab Seite 10 unter dem Namen der privaten Versicherungsgesellschaft finden und selbst sehen, wie gut die Leistungen sind. In den Tabellen der frei zugänglichen Tarife kann er vergleichen, welche Beiträge für freie Tarife mit gleich guten Leistungen zu zahlen sind.

**Kassenwechsel.** Kassenmitglieder, die eine Zahnzusatzversicherung über ihre Kasse abgeschlossen haben, können trotzdem noch ihre Krankenkasse wechseln. Sie verlieren nur den Rabatt für ihre Zahnpolice und werden wie normale Kunden in dem Tarif weitergeführt.

Kunden der Techniker Krankenkasse, die ihre Zusatzpolice bei dem eigens für die Kassenkooperation gegründeten Versicherer Envisas haben, müssen nach einem Kassenwechsel ebenfalls etwas mehr Beitrag zahlen. Das gleiche gilt für Versicherte in den Tarifen BKKAZ und BKKAZ mit BKKAZ+ der Barmenia, wenn sie von einer Betriebskrankenkasse zu einer AOK, IKK, Ersatzkasse oder zur Knappschaft wechseln. Beim Wechsel von einer BKK in eine andere bleibt ihnen der Rabatt erhalten.

## Unser Rat

Für regelmäßige Zahnarztbesuche in der Vergangenheit erhält der Patient einen Bonus, mit dem der Kassenanteil an der Regelversorgung auf bis zu 65 Prozent steigt.

Teurere Versorgungen und höherwertige Materialien als in der Regelversorgung vorgesehen zahlt der Patient komplett selbst. Die Kosten für die Mehrleistungen des Zahnarztes, für Materialien und Arbeit des Dentallabors werden nach den privaten Gebührenverzeichnissen berechnet. Sie sehen höhere Preise vor als die kassenzahnärztliche Abrechnung. Im Kasten „Was zahlt die Kasse, was zahlt der Patient?“ auf Seite 5 zeigen wir das an Beispielen.

### Gute Klauseln, schlechte Klauseln

Eine Zusatzversicherung erstattet dem Patienten einen Teil seiner Kosten. Vor allem bei aufwendigem Zahnersatz mit hohem Eigenanteil lohnt sich das.

Das wichtigste Kriterium für eine Zusatzpolice ist deshalb, in welcher Höhe sie sich an den Kosten für Zahnersatz beteiligt. Wir haben dies für die wichtigsten Varianten von Zahnersatz einzeln verglichen. Denn es kommt vor, dass ein Kunde für Kronen und Brücken einen hohen Zuschuss bekommt, für Inlays oder für Implantate dagegen jedoch wenig.

Die Tarife ZEG von KarstadtQuelle und von Neckermann mit der Note „befriedigend“ (S. 8) erstatten zwar 35 Prozent des Rechnungsbetrags – für Implantate sogar 65 Prozent – Kosten für Inlays sind aber ausgeschlossen.

Häufig schränken Versicherer ihre Leistung außerdem durch Höchstgrenzen ein – auch diese Klauseln haben wir in der Bewertung berücksichtigt.

### 15 Tarife von KarstadtQuelle

In der Werbung sehen fast alle Tarife top aus. Doch die hohen Prozentzahlen täuschen oft. Wirbt ein Versicherer mit „100 Prozent Erstattung“, muss man stets fragen: 100 Prozent wovon?

Ein Tarif, dessen Leistung 100 Prozent des Kassen-Festzuschusses beträgt, leistet insgesamt weniger als ein Tarif, der 50 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages zahlt.

Verschiedene Tarife desselben Versicherers unterscheiden sich in ihren Leistungen oft stark: Allein die KarstadtQuelle Krankenversicherung ist in unserem Test mit 15 verschiedenen Tarifen vertreten. Hinzu kommen noch die Angebote für Versicherte in bestimmten Krankenkassen. Die Noten reichen von „gut“ bis „ausreichend“. Kunden sollten sich vergewissern, dass sie

**Testsieger.** Eine private Zusatzversicherung lohnt sich vor allem dann, wenn Sie Wert auf teure Zahnersatzversorgungen und Materialien legen. Dafür brauchen Sie einen Tarif mit umfangreichen Leistungen. „Sehr gut“ sind die Zahnersatzleistungen der Tarife **central.prodent** der **Central Krankenversicherung, ZG** der **Barmenia** (Tabelle S. 6) sowie **flexiZETop+ZB** der schweizerischen **CSS Versicherung** (Tabelle S. 8).

**Sparpreis.** Die günstigsten mit „gut“ bewerteten Angebote sind die Tarife **ZE 50** der **Debeka, EZ+EZE** der **HanseMerkur** und **GZE2** der **Inter** in der Tabelle ab Seite 6 sowie der **Tarif ZZ+** der **Huk-Coburg** in der Tabelle auf Seite 8. Die 43-jährigen Männer aus unserem Modell zahlen hier höchstens 13 Euro, Frauen 16 Euro im Monat.

**Kassenangebote.** Versicherte der **BIG Direktkrankenkasse** bekommen den „sehr guten“ Tarif **ZG** der **Barmenia** über ihre Kasse etwas günstiger, allerdings nur über das Internet. In den Tabellen ab Seite 10 sehen Sie, ob Ihre Kasse eine gute und günstige Zusatzversicherung vermittelt. Ist das Angebot Ihrer Kasse schlechter als „gut“, wählen Sie lieber eines aus den Tabellen für Versicherte aller Kassen.

**Regelversorgung.** Wenn es nur darum geht, den Eigenanteil an der Regelver-

sorgung der Krankenkassen gering zu halten, brauchen Sie nicht unbedingt eine Zusatzversicherung. Sie kann Ihnen aber helfen, finanzielle Engpässe zu vermeiden, zum Beispiel, wenn die Sanierung mehrerer Zähne ansteht. Entscheiden Sie sich dann für ein möglichst günstiges Angebot, das für die Regelversorgung mit „++“ bewertet wurde, zum Beispiel **dent100 (Deutscher Ring)** oder **Dent-Fest (Signal Iduna)** aus der Tabelle auf Seite 6 oder **ZEF (KarstadtQuelle/Neckermann)** aus der Tabelle auf Seite 8. Auch diese bekommen Versicherte einzelner Krankenkassen etwas günstiger. Die ebenfalls günstigen Tarife **Dent (Axa), ZR (Nürnberger)** und **560 (Münchener Verein)** empfehlen wir nicht, da der Versicherer den Vertrag in den ersten Jahren kündigen oder Tarifleistungen nachträglich ändern kann.

**Wechsel.** Haben Sie eine Zusatzversicherung mit schlechten Leistungen, können Sie mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres kündigen. Tun Sie dies aber nur, wenn der Leistungsunterschied zum neuen Tarif groß ist, wenn Sie sicher sind, einen neuen Vertrag zu erhalten und wenn in absehbarer Zukunft keine Behandlungen anstehen. Denn im neuen Vertrag gilt wieder die Wartezeit von acht Monaten. In den ersten Jahren gibt es außerdem bei fast allen Tarifen nur eingeschränkte Leistungen.

den gewünschten Vertrag bekommen.

Aufpassen sollten auch gesetzlich Versicherte, die sich bei ihrer Krankenkasse für einen Wahltarif mit jährlichem Selbstbehalt entschieden haben. Dadurch kann sich auch der Festzuschuss der Krankenkasse bei einer bestimmten Behandlung verringern. Da in manchen Zusatzversicherungen die Höhe der Leistung auch vom Kassenzuschuss abhängt, sollten Kunden klären, wie sich ihr Kassen-Selbstbehalt auf die private Zusatzversicherung auswirkt.

### Zahnbehandlung bezahlt die Kasse

Häufig betonen Versicherungsvertreter und Werbebroschüren Extraleistungen, die sich auf zahnerhaltende Behandlungen

und nicht auf Zahnersatz beziehen. Diese Extras sind jedoch nicht unbedingt notwendig.

Zahnbehandlungen wie das Auswechseln von Füllungen, das Ziehen von Zähnen oder die Parodontosebehandlung bezahlt in der Regel die Krankenkasse. Nur in Ausnahmefällen kann es sein, dass sie die Kosten für eine Wurzelbehandlung nicht übernimmt, zum Beispiel, wenn die Erfolgsaussichten unklar sind. Will der Patient den Rettungsversuch dann trotzdem, muss er ihn selbst bezahlen.

Eine Parodontosebehandlung bezahlt die Kasse erst ab einer bestimmten Schwere der Erkrankung, Kunststofffüllungen anstelle von Amalgam sind nur bei Frontzäh-



nen Kassenleistung. Eine umfangreiche professionelle Zahnreinigung oder die Versiegelung der Kauflächen mit Fluorid ist Privatsache des Patienten.

Diese Leistungen sind jedoch bei weitem nicht so teuer wie Zahnersatz, sodass es den Patienten nicht ruiniert wird, wenn er sie im Einzelfall aus eigener Tasche bezahlen muss. Es gibt jedoch Zusatzversicherungen, die solche Kosten zumindest bis zu bestimmten Obergrenzen erstatten. Diese Zusatzleistungen sind in den Tabellen in der Spalte „Weitere Tarifleistungen“ aufgeführt. In die Bewertung gingen diese Punkte nicht ein.

#### Zwei Arten von Angeboten

Die Ergebnisse unseres Tests sind in vier verschiedenen Tabellen dargestellt:

- Auf den Seiten 6 bis 9 finden sich in zwei Tabellen die Angebote, die Versicherten aller Krankenkassen zugänglich sind.
- Auf den Seiten 10 bis 15 folgen in zwei Tabellen die Angebote, die bestimmte Krankenkassen ihren Versicherten machen.

Meist vermitteln die Krankenkassen ihren Versicherten Tarife, die auch auf dem freien Markt angeboten werden, zu etwas günstigeren Beiträgen. Manchmal verwenden sie dafür einen anderen Handelsnamen (siehe „Kassenangebote nicht immer erste Wahl“, S. 2).

Die frei zugänglichen und die Kassenangebote gibt es in je zwei Varianten: Sie sind nach Art der Lebensversicherung oder der Schadenversicherung kalkuliert. Wie der Versicherer kalkuliert, kann dem Kunden eigentlich egal sein. Aber die rechtliche Form hat Folgen für die Höhe der Beiträge und die Verbindlichkeit des Vertrags.

Bei den nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarifen hängt der Beitrag vom Eintrittsalter des Kunden beim Vertragsabschluss ab. Danach bleibt er konstant – es

sei denn, ein Treuhänder stellt fest, dass die tatsächlichen Ausgaben dauerhaft höher sind, als der Versicherer kalkuliert hatte. Das kam bei Zahntarifen bislang selten vor.

Bei Tarifen nach Art der Schadenversicherung kann der Beitrag im Laufe des Vertrags mit zunehmendem Alter des Kunden steigen. Erhöhungen bei Ausgabensteigerungen können noch dazukommen.

Der Tarif flexiZETop+ZB der CSS ist nach Art der Schadenversicherung kalkuliert und für eine 43-jährige Kundin zunächst etwas günstiger als die ebenfalls „sehr gut“ bewerteten Angebote nach Art der Lebensversicherung von Central und Barmenia. Doch bei der CSS zahlt der Kunde jedes Jahr automatisch etwas mehr.

In Verträgen nach Art der Lebensversicherung stehen Kunden außerdem unter einem besonderen rechtlichen Schutz. Die Verträge dürfen vom Versicherer nicht gekündigt werden, und er darf die Bedingungen nur in seltenen Ausnahmefällen nachträglich verändern (siehe „Ausgewählt, geprüft, bewertet“, S. 7).

Bei Verträgen nach Art der Schadenversicherung dürfen Versicherer in den ersten drei Vertragsjahren kündigen oder nachträglich die Leistungen kürzen. Die meisten Anbieter verzichten ausdrücklich auf diese vom Gesetz zugelassenen Möglichkeiten. Einige halten sich jedoch die Option offen – zum Nachteil der Kunden.

Von solchen Angeboten, die in der Spalte Besonderheiten ein „A“, „C“ oder „D“ haben, raten wir ab. Das gilt selbst dann, wenn ihre Leistungen im Test ein „Gut“ erreicht haben.

#### Früher oder später erwischt es alle

Zahnersatz braucht jeder irgendwann – selbst bei eifriger Zahnpflege. Zähne mit Füllungen müssen irgendwann überkront werden, Zahnfleischerkrankungen oder Wurzelkaries führen zu Zahnverlust. Jedem Bundesbürger zwischen 35 und 44 Jahren fehlen im Schnitt bereits 2,7 Zähne, so die Mundgesundheitsstudie vom Institut der Deutschen Zahnärzte.

Karies ist durch bessere Mundhygiene zwar stark zurückgegangen, so dass viele Menschen auch in hohem Alter noch etliche eigene Zähne haben. Doch zugleich nehmen Zahnfleischerkrankungen wie Parodontose zu. Jeder fünfte zwischen 35 und 44 Jahren leidet an schwerer Parodontose, die langfristig zu Zahnverlust führt.

Ist ein Zahn durch eine Füllung nicht zu retten, muss Zahnersatz angefertigt werden. Der Zahnarzt erstellt einen Heil- und Kostenplan, in dem er den Befund und sei-

ne Therapieempfehlung darstellt. Diesen Plan muss die Krankenkasse genehmigen. Auch die meisten privaten Versicherer verlangen vor Behandlungsbeginn die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes.

Geht der geplante Zahnersatz über die Regelversorgung hinaus, erhält der Patient neben dem Formular des Heil- und Kostenplans ein weiteres Informationsblatt. Darin nennt der Zahnarzt die voraussichtlichen Gesamtkosten und den Eigenanteil des Patienten. Zusätzlich erfährt der Patient zum Vergleich die Kosten und den Eigenanteil, wenn er sich stattdessen mit der Regelversorgung begnügt.

Patienten haben das Recht, sich von einem anderen Zahnarzt über Alternativen beraten zu lassen. Sie können sich dafür auch an die Beratungsstellen der kassenzahnärztlichen Vereinigungen wenden. Unter [www.zahnarzt-zweitmeinung.de](http://www.zahnarzt-zweitmeinung.de) finden sie Informationen und Adressen regionaler Beratungsstellen.

#### Erst versichern, dann zum Zahnarzt

Beim Blick auf den Heil- und Kostenplan fährt manchem der Schreck in die Glieder. Sich jetzt schnell noch zu versichern, ist aber nicht sinnvoll. Denn für laufende Behandlungen zahlt kein Versicherer. Und eine Behandlung gilt als begonnen, sobald der Zahnarzt dem Patienten mitgeteilt hat, dass eine Behandlung notwendig ist.

Schummeln ist nicht möglich, denn der Patient muss seinen Zahnarzt auf dem Versicherungsantrag von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden. Der Versicherer kann in den Unterlagen des Zahnarztes sehen, wann welche Probleme erstmals aufgetreten sind.

Kommt heraus, dass jemand unwahre oder unvollständige Angaben gemacht hat, nützt ihm die Versicherung nichts mehr. Unter Umständen muss er sogar bereits erhaltene Leistungen zurückzahlen.

Selbst wenn ein Patient die Versicherung kurz vor dem Termin beim Zahnarzt abgeschlossen hat, nützt sie ihm für den akuten Fall nichts. Denn es gilt eine Wartezeit von acht Monaten ab Vertragsschluss. Erst danach darf der Kunde zum ersten Mal Leistungen in Anspruch nehmen.

Außerdem haben viele Tarife in den ersten zwei bis sechs Vertragsjahren geringere Erstattungsgrenzen als später. Patienten mit dem Allianz-Tarif ZahnPlus erhalten in den ersten vier Vertragsjahren für den gesamten Zeitraum maximal 1250 Euro vom Versicherer. Danach können sie binnen vier Jahren bis zu 4 000 Euro bekommen. ■

## Eigenanteil und Leistung der Zahntarife

## Was zahlt die Kasse, was zahlt der Patient?

Wählen Patienten Zahnersatz, der über die Regelversorgung hinausgeht, kann es teuer werden. Anhand von vier Leistungsbeispielen zeigen wir in den Tabellen auf den folgenden Seiten auf, wie viel Geld die Zahntarife im Test dem Patienten bringen.

**Beispiel 1:****Kassenkrone für 250 Euro**

(Vollgusskrone aus edelmetallfreier Legierung)

Für den Befund „1.1 Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone“ ist als Regelversorgung eine Krone aus einer Nichtedelmetall-Legierung (NEM) vorgesehen. Dieses Material ist kostengünstiger als goldhaltige Legierungen.

Da es sich um einen Seitenzahn im nicht sichtbaren Bereich (Unterkiefer, Zahn 6) handelt, übernimmt die Kasse keine Kosten für Verblendungen.

Die Regelversorgung wird nach Kassenzahnärztlicher Abrechnungsweise für Arztleistungen (Bema) und für Laborleistungen (BEL) abgerechnet.

**Gesamtkosten: 250 Euro**

**Kassenzuschuss: 153 Euro**

(Festzuschuss 2008 mit Höchstbonus, siehe S. 16)

**Eigenanteil: 97 Euro**

**Zahntarife decken 22 bis 97 Euro**

**Beispiel 2:**

**Krone plus privates Extra für 500 Euro**  
(Vollverblendete Metall-Keramik-Krone im nicht sichtbaren Bereich)

Es handelt sich um eine optisch schönere Versorgung für den gleichen Befund wie oben. Die Metallkrone wird mit zahnfarbener Keramik überzogen. Hier rechnet der Zahnarzt seine Leistung fast vollständig nach der privat-zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ) ab. Bei der privaten Abrechnung können Zahnärzte den einfachen Gebührensatz je nach Schwierigkeit der Behandlung steigern.

**Zusammensetzung der Kosten im Beispiel 2:**

- Material- und Laborkosten: 230 Euro (davon 120 Euro Regelversorgung, 110 Euro für die Verblendung)
- Zahnärztliche Leistungen: 270 Euro (davon 15 Euro Regelversorgung nach

Bema, 255 Euro private Leistungen, berechnet nach GOZ mit dem 3,5-fachen Gebührensatz)

**Gesamtkosten: 500 Euro**

**Kassenzuschuss: 153 Euro**

(Festzuschuss 2008 mit Höchstbonus)

**Eigenanteil: 347 Euro**

**Zahntarife decken 41 bis 307 Euro**

**Beispiel 3:**

**Inlay für 320 Euro**

(Zweiflächiges Keramik-Inlay)

Ein Inlay ist eine harte Einlagefüllung für ein Loch im Zahn, das normalerweise mit Amalgam gefüllt würde. Der Zahntechniker fertigt es nach einem Abdruckmodell zum Beispiel aus einer Goldlegierung oder aus Keramik an.

Den Befund „Loch im Zahn“ gibt es in der Festzuschuss-Liste

nicht, da Kariesbehandlung und Füllung nicht zum Zahnersatz zählen. Der Zahnarzt rechnet hier vollständig nach dem privat-zahnärztlichen System ab.

**Zusammensetzung der Kosten im Beispiel 3:**

- Material- und Laborkosten: 160 Euro
- Zahnärztliche Leistungen: 160 Euro (berechnet nach GOZ mit dem 3,5-fachen Gebührensatz)

**Gesamtkosten: 320 Euro**

**Kassenzuschuss: 30 Euro** (Kosten einer zweiflächigen Amalgamfüllung)

**Eigenanteil: 290 Euro**

**Zahntarife decken 0 bis 290 Euro**

**Beispiel 4:**

**Zahnersatz auf Implantat für 2300 Euro**

(Implantat mit vollständig verblendeter Metall-Keramik-Krone)

Der Befund heißt in diesem Beispiel „2.1 Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn“ Es handelt sich um Zahn 6 im Unterkiefer, also einen Seitenzahn im nicht sichtbaren Bereich. Die Regelversorgung wäre eine unverblendete Brücke aus einer Metalllegierung ohne Goldanteil, die an den Nachbarzähnen befestigt wird.

Ein Implantat ist eine künstliche Zahnwurzel, meist aus Metall, die in den Kieferknochen eingeschraubt wird. Darauf wird dann der Zahnersatz (Suprakonstruktion) befestigt.

Bei Implantatversorgungen werden sämtliche Leistungen nach dem privat-zahnärztlichen System abgerechnet.



**Zusammensetzung der Kosten im Beispiel 4:**

**Implantat 1600 Euro:**

Materialkosten 500 Euro, implantologische Leistungen 600 Euro (berechnet nach GOZ mit dem 3,5-fachen Gebührensatz), 500 Euro für einen einfachen Knochenaufbau (nach privatärztlicher Gebührenordnung GOÄ mit 2,3-fachem Satz)

**Suprakonstruktion 700 Euro**, davon Material- und Laborkosten 350 Euro (davon 110 Euro für Verblendung) und zahnärztliche Leistungen 350 Euro (berechnet nach GOZ mit dem 3,5-fachen Gebührensatz).

**Gesamtkosten: 2300 Euro**

**Kassenzuschuss: 363 Euro**

(Festzuschuss 2008 mit Höchstbonus)

**Eigenanteil: 1937 Euro**

**Zahntarife decken 0 bis 1707 Euro**



# Finanztest Zahnzusatztarife für Versicherte aller Krankenkassen – nach Art der Lebensversicherung

Bei Tarifen nach Art der Lebensversicherung hängt der Beitrag vom Alter des Kunden bei Vertragsschluss ab. Spätere Erhöhungen sind nur mit

Anbieter	Tarif	Monatsbeitrag (Euro)		Zahnersatz gesamt	Bewertung der Zahnersatzleistung				
		Eintrittsalter 43 Jahre Mann	Frau		Regelversorgung	Privatversorgung (ohne Inlays und Implantate)	Inlay	Implantatversorgung	Jährliche Obergrenzen für alle Tarifleistungen
Central	central.prodent	21	24	sehr gut (1,2)	+	++	++	++	++
Barmenia	ZG	19	24	sehr gut (1,3)	++	++	++	++	++
Arag	Z100	22	30	gut (1,6)	++	+	+	+	++
Nürnberger	ZP80	20	26	gut (1,6)	++	+	+	+	++
Deutscher Ring	dent+	21	26	gut (1,9)	○	+	+	+	+
KarstadtQuelle	ZEG+ZBB ⊕	21	23	gut (1,9)	++	○	++	+	++
KarstadtQuelle	ZEG+ZBB+ZBE ⊕	24	26	gut (1,9)	++	○	++	+	++
Neckermann	ZEG+ZBB ⊕	21	23	gut (1,9)	++	○	++	+	++
Neckermann	ZEG+ZBB+ZBE ⊕	24	26	gut (1,9)	++	○	++	+	++
Württembergische	ZG70	21	24	gut (1,9)	○	+	+	+	++
Debeka	ZE50	13	15	gut (2,0)	++	+	○	○	++
Hallesche	BISS80	20	23	gut (2,0)	++	+	+	○	+
Allianz	ZahnBest	23	26	gut (2,1)	○	+	+	+	⊖
LVM	ZG25+ZG30	20	24	gut (2,1)	++	+	○	⊖	++
Gothaer	MediDent	14	17	gut (2,2)	++	+	+	⊖	++
Münchener Verein	768+563	24	28	gut (2,2)	++	+	+	○	+
R+V	ZE50	20	22	gut (2,3)	+	+	○	⊖	++
Signal Iduna	Dent-Max	26	34	gut (2,3)	++	+	+	⊖	++
HanseMerkur	EZ+EZE	12	13	gut (2,4)	+	+	○	○	+
Münchener Verein	768+562	23	27	gut (2,4)	++	○	+	○	○
Württembergische	ZG50	15	17	gut (2,4)	○	+	○	○	+
Arag	Z70	13	18	gut (2,5)	⊖	○	+	+	++
Inter	GZE2	13	16	gut (2,5)	+	+	○	⊖	+
KarstadtQuelle	ZEG+ZEE ⊕	18	20	gut (2,5)	++	○	○	+	++
Neckermann	ZEG+ZEE ⊕	18	20	gut (2,5)	++	○	○	+	++
DKV	Optident O1D	20	22	befriedigend (2,6)	+	+	○	⊖	++
KarstadtQuelle	ZEG+ZEI ⊕	13	15	befriedigend (2,7)	++	○	⊖	+	++
Neckermann	ZEG+ZEI ⊕	13	15	befriedigend (2,7)	++	○	⊖	+	++
Allianz	ZahnPlus	12	14	befriedigend (2,8)	⊖	○	+	+	⊖
R+V	ZE40	14	15	befriedigend (2,8)	+	○	○	⊖	++
Signal Iduna	Dent-Fest+Z503	17	20	befriedigend (3,0)	++	+	-	○	+
Axa	EGZahnPlus	15	18	befriedigend (3,1)	+	○	○	○	○
Axa	EGZahnPlus+Prophy Dent	19	23	befriedigend (3,1)	+	○	○	○	○
Deutscher Ring	dent 100	10	10	befriedigend (3,2)	++	+	-	-	++
KarstadtQuelle	ZEG ⊕	11	13	befriedigend (3,2)	++	○	-	+	+
Neckermann	ZEG ⊕	11	13	befriedigend (3,2)	++	○	-	+	+
R+V	ZE30	10	11	befriedigend (3,3)	+	○	⊖	⊖	++
Signal Iduna	GE-Dent	19	25	befriedigend (3,3)	++	⊖	○	⊖	++
HanseMerkur	EZ	7	8	befriedigend (3,4)	+	○	⊖	⊖	+
LVM	ZG30	11	14	befriedigend (3,4)	+	○	⊖	⊖	+
Münchener Verein	768	12	13	befriedigend (3,4)	++	○	-	○	○
Württembergische	ZG30	9	10	befriedigend (3,4)	○	○	⊖	⊖	+
LVM	ZG25	8	10	ausreichend (3,7)	○	⊖	⊖	-	+
Signal Iduna	Dent-Fest	9	10	ausreichend (3,8)	++	○	-	-	+
VGH <sup>2)</sup>	ZE30	8	10	ausreichend (3,9)	+	○	⊖	-	⊖
Bayer. Beamten-KK/UKV	ZahnOnTOP <sup>1)</sup>	7	8	ausreichend (4,0)	+	⊖	⊖	-	+
Axa	EGZahn	7	8	ausreichend (4,4)	○	⊖	-	-	⊖
Axa	EGZahn+Prophy Dent	11	13	ausreichend (4,4)	○	⊖	-	-	⊖
Gothaer	ZEG	8	9	ausreichend (4,4)	+	-	-	-	+
Deutscher Ring	dent 50	3	3	ausreichend (4,5)	○	-	-	-	++

Bewertung: ++ = Sehr gut (0,5–1,5). + = Gut (1,6–2,5). ○ = Befriedigend (2,6–3,5). ⊖ = Ausreichend (3,6–4,5). – = Mangelhaft (4,6–5,5). Bei gleicher Note wurde alpha-

⊕ = Angebot im Direktvertrieb.

- 1) Gemeinsamer Tarif von Bayerischer Beamten-KK und UKV (ein gemeinsamer Versichertenbestand).
- 2) Geschäftsgebiet begrenzt auf die Länder Bremen und Niedersachsen.
- 3) Keine Kostenerstattung für Inlays.
- 4) Keine Erstattung für Implantate und implantatgetragenen Zahnersatz.

#### Weitere Tarifleistungen:

- Erstattung eines Teils der Kosten für ...
- a: Prophylaktische Leistungen (inklusive professionelle Zahnreinigung).
  - b: Professionelle Zahnreinigung (inklusive Zahnsteinentfernung und Fluoridversiegelung).
  - c: Zahnsteinentfernung und Fluoridversiegelung.
  - d: Zahnbehandlung (inklusive Füllungen, Parodontosebehandlungen, Wurzelbehandlungen, Schienen).
  - e: Kunststoff-Füllungen (Kompositfüllungen).

f: Knirscherschienen.

- g: Wurzelbehandlungen und Parodontosebehandlungen.  
h: Kieferorthopädische Leistungen.

#### Besonderheiten des Vertrags:

- A: Die Versicherungsgesellschaft kann den Vertrag innerhalb der ersten drei Vertragsjahre kündigen.  
B: Die Versicherungsgesellschaft unterliegt nicht der deutschen, sondern der Liechtensteiner Finanzaufsicht.

Zustimmung eines Treuhänders erlaubt. Versicherer dürfen den Vertrag nicht kündigen.

	Leistungsbeispiele (Erläuterungen siehe S. 5) (Euro)				Weitere Tarifleistungen	Besonderheiten des Vertrags
	Kassenkrone 250 € (Kassen- zuschuss 153 €)	Krone 500 € (Kassen- zuschuss 153 €)	Inlay 320 € (Kassen- zuschuss 30 €)	Zahnersatz auf Im- plantat 2300 € (Kassenzuschuss 363 €)		
	72	297	258	1 707	e	-
	95	307	242	1 676	-	-
	97	159	226	1 389	a, d, h	-
	97	247	226	1 477	-	K
	47	247	226	1 477	-	G
	88	175	290	1 495	a, e, f	G
	88	175	290	1 495	a, e, f, g	G
	88	175	290	1 495	a, e, f	G
	88	175	290	1 495	a, e, f, g	G
	47	247	224	1 477	-	-
	97	250	160	1 150	e	-
	97	247	226	1 477	b	-
	47	247	226	1 477	b	E
	97	215	176	875	b, e	-
	97	247	226	1 077	-	H
	97	250	224	1 150	a, h	J
	72	250	160	900	-	-
	97	247	226	997	a, d, h	-
	72	250	160	1 150	f	-
	97	200	224	920	a, h	J
	47	247	160	1 150	-	-
	22	120	194	1 170	h	-
	86	249	189	1 314	-	I
	88	175	160	1 495	a	G
	88	175	160	1 495	a	G
	63	154	189	798	b	-
	88	175	112	1 495	-	G
	88	175	112	1 495	-	G
	22	197	194	1 247	-	E
	72	200	128	720	-	-
	97	250	0 <sup>3)</sup>	1 150	a, d, h	-
	72	200	128	920	a	-
	72	200	128	920	a, c	-
	97	151	0 <sup>3)</sup>	0 <sup>4)</sup>	-	-
	88	175	0 <sup>3)</sup>	1 495	-	G
	88	175	0 <sup>3)</sup>	1 495	-	G
	72	150	96	540	-	-
	97	147	162	657	a, d, h	-
	72	150	96	690	f	-
	75	117	96	477	b, e	-
	97	200	0 <sup>3)</sup>	920	h	J
	47	150	96	690	-	-
	63	98	80	398	e	-
	97	153	0 <sup>3)</sup>	363	-	-
	72	150	96	450	-	-
	72	77	135	182	-	F
	63	125	0 <sup>3)</sup>	575	-	-
	63	125	0 <sup>3)</sup>	575	c	-
	82	82	0 <sup>3)</sup>	195	-	H
	41	41	0 <sup>3)</sup>	0 <sup>4)</sup>	-	-



## Ausgewählt, geprüft, bewertet

### Anbieter/Tarif

Finanztest hat Zahnzusatzversicherungen aller privaten Krankenversicherer untersucht, die auf dem deutschen Markt tätig sind und deren Angebot allen Personengruppen offen steht. Wir haben auch Tarife einbezogen, die ausländische Versicherer aus den Nachbarstaaten Deutschlands direkt vom Ausland aus anbieten, sofern das deutsche Versicherungsrecht gilt und deren Versicherungsbedingungen in deutscher Sprache erhältlich sind.

Zusätzlich haben wir Angebote berücksichtigt, die nur für die Versicherten in bestimmten allgemein geöffneten gesetzlichen Krankenkassen erhältlich sind.

Wir haben nur solche Tarife untersucht, die Leistungen für Zahnersatz bieten und die der Kunde einzeln abschließen kann. Paketangebote, in denen neben Zahnleistungen zum Beispiel auch die Kostenübernahme für Krankenhausbehandlungen, Brillen oder Heilpraktikerleistungen enthalten sind, haben wir nicht in die Untersuchung aufgenommen.

Die Tarife der **Continentalen Krankenversicherung** und der **Landeskrankenhilfe** fehlen in der Untersuchung, da diese Gesellschaften nicht bereit waren, uns die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

### Tarife nach Art der Lebensversicherung und nach Art der Schadenversicherung

Sowohl bei den allgemein zugänglichen Tarifen als auch bei den Angeboten für Versicherte in bestimmten gesetzlichen Krankenkassen gibt es zwei Arten von Tarifen: Tarife, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind, und solche, die nach Art der Schadenversicherung kalkuliert sind. Deshalb sind die Untersuchungsergebnisse in vier Tabellen dargestellt.

Bei den nach **Art der Lebensversicherung** kalkulierten Tarifen kann es nach Vertragsabschluss keine altersabhängigen Beitragssteigerungen geben. Der Versicherer kann den Vertrag nicht kündigen. Die Tarifleistungen sind garantiert und können nur in seltenen Ausnah-

### betisch sortiert.

- C: Die Versicherungsbedingungen (Tarifleistungen) können auch ohne Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders verändert werden.
- D: Die Versicherungsgesellschaft kann den Vertrag einmalig zum Ende des zweiten Versicherungsjahres kündigen.
- E: Höchst Eintrittsalter 64 Jahre – es gilt das vollendete Lebensjahr.
- F: Höchst Eintrittsalter 60 Jahre.
- G: Höchst Eintrittsalter 65 Jahre.

- H: Ab einem Eintrittsalter von 68 Jahren: Einzelfallentscheidung des Versicherers (Direktionsanfrage).
- I: Höchst Eintrittsalter 70 Jahre.
- J: Höchst Eintrittsalter 75 Jahre.
- K: Höchst Eintrittsalter 69 Jahre – es gilt das vollendete Lebensjahr.
- L: Höchst Eintrittsalter 59 Jahre.
- M: Mindest Eintrittsalter 61 Jahre.
- N: Mindest Eintrittsalter 66 Jahre.

Stand: 1. September 2008

## Bonusheft

### Sparbuch für die Zähne

Vorsorgen lohnt sich. Wer mindestens ein Mal jährlich zur Kontrolluntersuchung zum Zahnarzt geht, bekommt einen höheren Festzuschuss von der Krankenkasse.

Die Kassen belohnen Mitglieder, die Vorsorge für ihr Gebiss treffen. Alle Versicherten haben ein Bonusheft, in dem die Zahnärzte die jährlichen Vorsorgeuntersuchungen mit einem Stempel bestätigen.

Normalerweise beträgt der Festzuschuss von der Kasse 50 Prozent der für die Regelversorgung vorgesehenen Kosten. Wer Stempel für fünf aufeinanderfolgende Jahre gesammelt hat, bekommt ab dem sechsten Jahr einen Zuschuss von 60 Prozent. Ab dem elften Jahr erhöht sich der Festzuschuss auf 65 Prozent.

Da das einer Steigerung um 20 oder 30 Prozent des einfachen Festzuschusses entspricht, werden häufig auch diese Prozentzahlen genannt.

Für eine Brücke über zwei fehlende Backenzähne zum Beispiel macht der Bonus für die regelmäßige Vorsorge einen erheblichen Unterschied (Werte gerundet):

■ Gesamtkosten für die Regelversorgung	638 Euro
■ Festzuschuss 50 Prozent	319 Euro
■ Festzuschuss 60 Prozent	383 Euro
■ Festzuschuss 65 Prozent	415 Euro

Versicherte mit dem Höchstbonus reduzieren ihren Eigenanteil an der Regelversorgung in diesem Beispiel um 96 Euro.

Schon eine einzige Lücke im Bonusheft kann aber den Erfolg von zehn Jahren zunichte machen. Der Versicherte fängt dann wieder bei Null an.



**Tipp:** Hat ein Patient vergessen, sich einen Zahnarztbesuch bestätigen zu lassen, sollte er den fehlenden Stempel nachtragen lassen. Versicherte, die in einem Jahr erst den fünften oder den zehnten Stempel erhalten haben, sollten ihre Zahnersatzbehandlung wenn möglich ins neue Jahr verschieben. Nur dann erhalten sie den höheren Bonus.

## Höherer Festzuschuss

### Hilfe im Härtefall

Für Menschen mit sehr geringem Einkommen ist selbst der Eigenanteil an der Regelversorgung eine unzumutbare Belastung. Deshalb bezahlt die gesetzliche Krankenkasse in Härtefällen den doppelten Festzuschuss. Dann sind die Kosten für die Regelversorgung meist vollständig abgedeckt.

Diese Hilfe bekommen alle, die Arbeitslosengeld II, Bafög, Sozialhilfe, Grundversicherung oder Kriegsopferfürsorge beziehen oder auf Kosten des Sozialamts in einem Heim untergebracht sind. Den doppelten Festzuschuss erhalten außerdem allein lebende Versicherte, wenn ihr monatliches Bruttoeinkommen im Jahr 2008 höchstens 994 Euro beträgt. In einem Zweipersonenhaushalt darf das Gesamteinkommen höchstens 1366,75 Euro betragen, für jedes weitere im Haushalt lebende Kind oder andere Angehörige erhöht sich die Grenze um weitere 248,50 Euro.

Auch Versicherte, deren Einkommen etwas über diesen Grenzen liegt, können bei der Kasse einen erhöhten Zuschuss zu ihrem Zahnersatz beantragen. Wie hoch der ausfällt, hängt von ihrem Einkommen und vom Umfang der Zahnarztrechnung ab.

Die Einkommensgrenzen für die Härtefallregelung legt die Bundesregierung für jedes Jahr neu fest. Für 2009 gelten folgende Werte:

- Einzelperson: 1 008 Euro
- Zweipersonenhaushalt: 1 386 Euro
- für jeden weiteren im Haushalt lebenden Angehörigen plus 252 Euro.

Die Frau aus der Beispielrechnung muss im Jahr 2008 von 1 000 Euro Kosten 249,75 Euro selbst tragen. Bleibt ihr Einkommen gleich, wären es im Jahr 2009 für denselben Fall nur 192 Euro. Das ergibt sich, indem man den Rechenweg des Beispiels mit der neuen Einkommensgrenze von 1 386 Euro vollzieht.

#### Beispielrechnung

Eine alleinerziehende Mutter mit einem Kind verdient 1 500 Euro brutto im Monat. Sie war in den vergangenen zehn Jahren jedes Jahr beim Zahnarzt zur Vorsorge und hat daher Anspruch auf den Festzuschuss mit Bonus von 65 Prozent. Für ihren Befund sind 1 000 Euro als Kosten für die Regelversorgung vorgesehen.

Regelversorgung	1 000 Euro
Festzuschuss ohne Bonus 50 %	500 Euro
Festzuschuss mit Bonus 65 %	650 Euro

**Eigenanteil wäre normalerweise**  
1 000 Euro – 650 Euro = 350 Euro

Brutto-Monatseinkommen	1 500,00 Euro
Einkommensgrenze	1 366,75 Euro
Differenz 1 500 Euro – 1 366,75 Euro	= 133,25 Euro

Dreifaches der Differenz  
133,25 Euro x 3 = 399,75 Euro

<b>Zusätzlicher Kassenzuschuss</b>	
= Festzuschuss ohne Bonus – Dreifaches der Differenz	
500 Euro – 399,75 Euro =	<b>100,25 Euro</b>

<b>Gesamtzuschuss</b>	
650 Euro + 100,25 Euro =	<b>750,25 Euro</b>
<b>Verbleibender Eigenanteil</b>	
1 000 Euro – 750,25 Euro =	<b>249,75 Euro</b>