

Stolpersteine für Patienten

Teil I: Ein Antrag wird viel zu spät gestellt

Nicht immer übernehmen die Versicherer die Kosten für eine zahnmedizinische Behandlung. Manchmal wird sogar ein Aufnahmeantrag erst gar nicht akzeptiert. Auf welche Punkte Ihre Patienten bei der Wahl des Versicherungstarifes achten sollten, erkläre ich Ihnen in den folgenden Ausgaben.

Text Gabriele Bengel

Ihr Patient ist zur zahnärztlichen Vorsorge bei Ihnen und Sie stellen fest, dass zwei Zähne überkront werden müssen. Als Ihr Patient die voraussichtlichen Kosten hört, meint er: „Was, so teuer? Jetzt kümmere ich mich erst mal um eine Zahnzusatzversicherung, dann können wir die Behandlung machen.“ Damit ist der Ärger vorprogrammiert. „Brennende Häuser werden nicht mehr gegen Feuer versichert“, so die saloppe Erklärung dafür, dass Versicherungen nur für Schäden abgeschlossen werden können, die irgendwann in der Zukunft eintreten. Alle normalen Zahnzusatzversicherungen schließen eine Kostenerstattung für Maßnahmen aus, die bei beziehungsweise vor Antragstellung bereits angeraten waren. „Angeraten“ sind Maßnahmen nicht erst, wenn ein Heil- und Kostenplan erstellt ist. Bereits die Feststellung, dass Füllungen nicht mehr intakt, Kronenränder insuffizient oder Zähne kariös sind, führen zur Ablehnung des Leistungsfall.

Unterschiede in den Antragsformularen

Versicherer weisen die Patienten auf unterschiedliche Weise darauf hin, dass angeratene Behandlungen nicht mitversichert sind. So gibt es Versicherer wie die DKV, AXA oder HALLESCH, die im Antrag ausdrücklich die Frage stellen, ob derzeit eine Behandlung durchgeführt wird oder eine angeraten, geplant oder beabsichtigt ist. Antwortet der Antragsteller mit „ja“, wird der Antrag gar nicht erst angenommen. Andere Versicherer wie zum Beispiel die Bayerische, die Gothaer und die Württembergische haben im Antragsformular den Hinweis aufgenommen, man möge bitte beachten, dass laufende und angeratene Behandlungen nicht unter den Versicherungsschutz fallen.

Zahntarife ohne Gesundheitsfragen

Einige Versicherer werben mit „Versicherungsschutz ganz ohne lästige Gesundheitsfragen“. Das heißt aber nicht, dass angeratene Behandlungen bezahlt werden. Liest man die Versicherungsbedingungen durch, dann findet man natürlich auch bei diesen einen Paragraphen mit der Überschrift „Leistungsausschlüsse“. Wenn Ihr Patient die erste Rechnung einreicht, wird bei Ihnen nachgefragt, zu welchem Zeitpunkt die erfolgte

Behandlung erstmals angeraten beziehungsweise der Befund erstmals erhoben wurde.

Sofortschutz mit Haken

Aus der Fernsehwerbung kennen viele den Sofort-Schutz der ERGO Direkt. Hier wird eine Kostenerstattung versprochen, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Allerdings gilt der Sofort-Schutz nur für Zahnersatzmaßnahmen (also Kronen, Brücken, Prothesen und Suprakonstruktionen auf Implantate). Erstattet wird immer der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Festzuschuss bezahlt. Im genannten Beispiel wären das rund 400 Euro für zwei Kronen. Der monatliche Beitrag beträgt derzeit 33,90 Euro und Ihr Patient ist mindestens 24 Monate an den Vertrag gebunden. Er zahlt also etwas mehr als 800 Euro an Beitrag. Füllungen, Wurzelbehandlungen und vieles mehr erstattet der Sofort-Schutz gar nicht.

Fazit

Vollwertigen Versicherungsschutz können Patienten nur bekommen, wenn sie sich frühzeitig versichern – also bevor ein Befund erhoben wurde. Da außerdem alle Zahnzusatzversicherungen ihre Leistungen in den ersten drei bis fünf Jahren auf Höchstbeträge begrenzen, ist rechtzeitige Vorsorge wichtig.

Sie haben eine Frage zu Zahnzusatzversicherungen?

Dann senden Sie diese gerne per E-Mail an redaktion@dental-barometer.de. Die Antworten veröffentlichen wir in einer der nächsten Ausgaben.

Gabriele Bengel

to:dent.ta GmbH

—

Tel.: +49 711 69 306 435

E-Mail: gabriele.bengel@todentta.de

www.todentta.de