



verbraucherzentrale



ZAHNERSATZ: SO HABEN SIE DIE KOSTEN IM GRIFF

Abrechnung und Heil- und Kostenplan verständlich erklärt

ZAHNERSATZ: DAS ZAHLT DIE KASSE

❖ **Krone, Brücke, Prothese oder Implantat – beim Zahnersatz gibt es viele Möglichkeiten, um fehlende Zähne zu ersetzen.** Die richtige Wahl hängt von der Art der Zahnlücke und dem Zustand der Zähne ab. Und davon, wie teuer es werden darf.

Egal, ob der Zahnarzt eine Krone oder ein Implantat empfiehlt: Gesetzlich Krankenkassenversicherte können die Behandlungsmethode selbst wählen. Bis auf wenige Ausnahmen ist aber bei Zahnersatz ein Teil der Kosten stets selbst zu bezahlen.

Es gibt drei Versorgungsarten mit Zahnersatz: **die Regelversorgung, die gleichartige Versorgung und die andersartige Versorgung.** Zahnärzte rechnen dabei unterschiedlich ab.

Regelversorgung

Die Regelversorgung ist der Fachbegriff für die Standardtherapie (Kassenleistung) beim Zahnersatz. Laut Gesetz dürfen die Krankenkassen nur Leistungen bezahlen, die „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sind. Das heißt aber nicht, dass die Regelversorgung minderwertig ist. Tatsächlich entspricht sie dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und ermöglicht gute Behandlungsergebnisse.

Das betonen sowohl die Krankenkassen als auch die Standesvertreter der Zahnärzte.



Festzuschuss

Seit 2005 erhalten gesetzlich Versicherte feste Zuschüsse zum Zahnersatz. Die Festzuschüsse decken nur ungefähr die Hälfte der Kosten ab, die für die Regelversorgung (Kassenleistung) anfallen. Die Krankenkasse übernimmt die eine Hälfte der Kosten, der Patient die andere Hälfte. Die festen Zuschüsse werden jährlich neu aus Durchschnittswerten berechnet. Sie richten sich nach dem Untersuchungsergebnis (Befund).

Wer mehr als die Regelversorgung möchte, muss die zusätzlichen Kosten selbst bezahlen. Das nennt sich Eigenanteil und wird am Ende auf der Rechnung ausgewiesen.

Beispiel: Für eine Krone im Seitenzahnbereich ist eine Metallkrone aus Nicht-Edelmetall (NEM) die Regelversorgung. Dafür übernehmen die Kassen etwa 50 Prozent der Kosten. Den Rest zahlt der Patient als Eigenanteil selbst.

Wer eine optisch ansprechendere Krone haben möchte, erhält von der Krankenkasse trotzdem nur den Festzuschuss für die Regelversorgung – also für die reine Metallkrone. Unauffälliger wäre

eine Metallkrone mit Keramiküberzug (Verblendung genannt) oder eine Vollkeramikkrone ohne Metallgerüst. Die Mehrkosten in diesem Beispiel sind dann alleine zu tragen. Zudem sollte nicht allein der optische Aspekt eine Rolle spielen. Der Zahnarzt muss auch darüber aufklären, wie stabil und haltbar die Lösung ist.

Gut zu wissen: Im sichtbaren Zahnbereich bezuschussen die Kassen eine zahnfarbene Teilverblendung.



Führen Sie ein Bonusheft!

Ohne Bonus übernimmt die Krankenkasse 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung. Mit Bonusheft sind es nach fünf Jahren 60 Prozent dieser Kosten, nach zehn Jahren 65 Prozent. Voraussetzung: Sie haben jedes Jahr eine zahnärztliche Untersuchung im Bonusheft dokumentieren lassen.

Gleichartige Versorgung

Wünscht ein Patient mehr als die Standardvariante, wird er auch stärker zur Kasse gebeten. Die „gleichartige Versorgung“ ist eine Lösung, die die Kassenleistung beinhaltet, aber auch zusätzliche Leistungen. Wenn etwa eine Metall-Krone oder -Brücke im Seitenzahnbereich keramisch verblendet wird, ist das mehr als die Kassenleistung, aber „gleichartig“.

In diesem Fall müssen gesetzlich Versicherte nicht nur die 50 Prozent der Regelversorgung bezahlen, sondern zusätzlich die Kosten für die Verblendung. Nur diese Zusatzkosten werden privat abgerechnet, und zwar nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (mehr dazu auf S. 8 und S. 11).

Andersartige Versorgung

Noch teurer wird es bei einer „andersartigen Versorgung“. Wenn beispielsweise eine Zahnlücke nicht durch eine Brücke geschlossen werden soll (Regelversorgung), sondern durch ein Implantat, ist das eine gänzlich andere Art der Versorgung. In diesem Fall erhalten Versicherte zwar auch den Festzuschuss. Aber der Zahnarzt rechnet die gesamte Behandlung nach der privaten Gebührenordnung ab.

❖ Besondere Regeln im Härtefall

Für Patienten mit geringem Einkommen gibt es die Härtefallregelung. Dabei bezahlen die gesetzlichen Krankenkassen den doppelten Festzuschuss für die Regelversorgung. Die Kasse übernimmt also die gesamten Kosten dieser Standardtherapie. Einen Anspruch haben Patienten mit einem monatlichen Bruttoeinkommen bis maximal 1.190 Euro (Alleinstehende). Diese Einkommensgrenze erhöht sich, wenn Angehörige im gemeinsamen Haushalt leben. Für Versicherte mit einem Angehörigen (Kind, Ehegatte, eingetragener Lebenspartner) liegt die Einkommensgrenze bei 1.636,25 Euro. Für jeden weiteren Angehörigen erhöht sie sich um 297,50 Euro. (Zahlen für 2017)

Auch hier gilt: Wer mehr möchte als die Regelversorgung, muss die zusätzlichen Kosten selbst tragen.

TIPP Beim Zahnersatz gibt es sehr viele verschiedene Therapiemöglichkeiten – zu ganz unterschiedlichen Kosten. Lassen Sie sich deshalb mehrere Varianten erklären. Zahnärzte sind dazu verpflichtet, über Alternativen und mögliche Risiken aufzuklären.

Und: Ein Zahnarzt darf Patienten nicht zu einer Privatleistung drängen.



DER HEIL- UND KOSTENPLAN

Er ist unübersichtlich, aber Pflicht: Der sogenannte Heil- und Kostenplan ist ein Kostenvoranschlag für eine Zahnersatz-Planung. Das Formular ist kostenlos und besteht aus zwei Teilen. Der Patient muss vom Zahnarzt über Art, Umfang und Kosten der Zahnersatz-Behandlung aufgeklärt werden. Der Heil- und Kostenplan muss der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung zur Genehmigung vorgelegt werden – entweder durch den Patienten oder durch die Zahnarztpraxis. Und spätestens vor Beginn der Behandlung muss der Patient den Plan unterschreiben. Wer Alternativen bei Therapie oder Material abwägen möchte, sollte das vor einer Unterschrift tun.

TIPP Eine zweite Meinung kann vor bösen Überraschungen schützen. Ist dafür ein zweiter Heil- und Kostenplan nötig, ist auch dieser für gesetzlich Versicherte kostenfrei.

Möglich ist das beim eigenen Zahnarzt, über eine zweite Meinung oder eine externe Beratung. Adressen dazu finden Sie auf Seite 15.

Teil 1 des Heil- und Kostenplans ist für die gesetzliche Krankenkasse entscheidend. Hier trägt der Zahnarzt u.a. den Befund ein, die geplante Versorgung und die zu erwartenden Gesamtkosten.

Teil 2 – die Anlage – muss nur ausgefüllt werden, wenn eine gleichartige oder andersartige Versorgung ansteht. Dieser ist für den Patienten bestimmt, um Klarheit über die Kosten zu schaffen, die über die private Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden. Auf beiden Seiten, also in Teil 1 und in Teil 2, werden die Festzuschüsse der Kasse, die Eigenanteile des Patienten und die Gesamtsumme aufgeführt.

❖ Was darf es kosten?

Für Zahnersatz lassen sich keine allgemein gültigen Preise angeben. Selbst bei gleichem Befund und bei ähnlicher Planung können die Kosten sehr unterschiedlich sein. Entscheidend sind z.B.:

- Zustand der Zähne
- ästhetische Ansprüche des Patienten
- gewähltes Material, Laborkosten
- Art der Versorgung und Art der Abrechnung (Kassenleistung oder Privatleistung).

Erhebliche Preisunterschiede können durch die sogenannten Steigerungsfaktoren (auch Steigerungs- bzw. Gebührensatz genannt) in der privaten Gebührenordnung entstehen. Mehr dazu auf Seite 11.

Die richtige Reihenfolge:

- Wenn Sie den Heil- und Kostenplan nicht verstehen, fragen Sie direkt Ihren Zahnarzt.
- Fragen Sie, ob alle absehbaren Positionen im Heil- und Kostenplan enthalten sind, also etwa Vorbehandlungen oder bei Implantaten auch der tatsächliche Zahnersatz (Krone oder Brücke, „Suprakonstruktion“ genannt)
- Lassen Sie sich bei größeren Planungen ergänzend zum Heil- und Kostenplan einen eigenen Kostenvoranschlag für die Material- und Laborkosten geben.
- Falls Privatleistungen berechnet werden, fragen Sie Ihren Zahnarzt nach dem voraussichtlichen Steigerungsfaktor der privaten Gebührenordnung. Hier können erhebliche Mehrkosten entstehen.
- Vor Behandlungsbeginn können Sie sich auch extern beraten lassen,

etwa bei Ihrer örtlichen Verbraucherzentrale, bei Ihrer Krankenkasse oder bei den Patientenberatungsstellen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Zahnärztekammern.

- Unterschreiben Sie den Heil- und Kostenplan erst, wenn sämtliche Kosten- und Verständnisfragen geklärt sind.

i **Denn:** Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die empfohlene Behandlung ein. Außerdem bestätigen Sie, dass Sie über Art und Umfang der geplanten Behandlung, die Kassenleistung (Regelversorgung) und die Kosten aufgeklärt worden sind. Allerdings besteht auch nach einer Unterschrift keine Pflicht, genau diese Behandlung vornehmen zu lassen. Wer Zweifel hat, kann sich trotz eines bereits unterschriebenen Heil- und Kostenplans einen weiteren Vorschlag einholen oder gar keine Behandlung vornehmen lassen – solange der Zahnarzt noch nicht mit den Arbeiten begonnen hat.



TEIL 1 DES HEIL- UND KOSTENPLANS

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan											TP = Therapieplanung			R = Regelversorgung				B = Befund		
Art der Versorgung	TP										KM	KM	KM							
	R										KV	KV	KV							
	B										kw	ww	ww							
		18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38		
B																				
R																				
TP																				

Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)

II. Befunde für Festzuschüsse		IV. Zuschussfestsetzung		Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit	Interimsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone
Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	2	Anz.3	Betrag Euro	Versorgungsleiden	Immediatversorgung
						Alter ca. 8 Jahre
						<input checked="" type="checkbox"/> NEM

Die erste Seite ist für die Krankenkasse entscheidend und in verschiedene Abschnitte aufgeteilt.

Abschnitt I: Die abgebildete Tabelle gibt ein Zahnschema wieder, also die Nummerierung der Zähne. Hier ist der rechte obere Schneidezahn (11, sprich: eins-eins) weitgehend zerstört, aber erhaltungswürdig (Abkürzung „kw“ in der Zeile „B“ für „Befund“). Er soll mit einer Krone versorgt werden. Kassenleistung ist hier eine Metallkrone, die im sichtbaren Bereich zahnfarben überzogen ist (Kürzel „KV“ in der Zeile „R“ für „Regelversorgung“). Eine darüber hinaus gehende Versorgung steht in der Zeile „TP“ für „Therapieplanung“ – hier ein „KM“ für „Krone, vollkeramisch oder keramisch voll verblendet“.

Tipp Die Kürzel für die Befunde und die Behandlungsplanung sind auf jedem Heil- und Kostenplan erklärt, und zwar im Abschnitt „Erläuterungen“.

Erläuterungen

Befund

a = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)	r = Wurzelstiftkappe
b = Brückenglied	rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe
e = ersetzter Zahn	sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	t = Teleskop
f = fehlender Zahn	tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop
i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion	ur = unzureichende Retention
ix = zu entfernendes Implantat	ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
k = klinisch intakte Krone	x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
kw = erneuerungsbedürftige Krone	(= Lückenschluss
pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	

Behandlungsplanung:

A = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)	O = Geschiebe, Steg etc.
B = Brückenglied	PK = Teilkrone
E = zu ersetzender Zahn	R = Wurzelstiftkappe
H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung	S = implantatgetragene Suprakonstruktion
K = Krone	T = Teleskopkrone
M = Vollkeramische oder keramisch voll verblendete Restauration	V = Vestibuläre Verblendung

Heil- und Kostenplan

II. Befunde für Festzuschüsse			IV. Zuschussfestsetzung		Unfall oder Unfallfolgen/ Berufskrankheit	Interim
Befund Nr.1	Zahn/Gebiet	Anz. 3	Betrag Euro	Ct	Versorgungsleiden	Immed
1.1	11-22	3	835,98			
1.3	11-22	3	302,40			
1.4	11-21	2	120,04			
vorläufige Summe			- 1258,42			
Nachträgliche Befunde:						

Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.

9.NOV.2016

Sorglos Versicherung
Krankenkasse
Regionaldirektion Düsseldorf

Datum und Unterschrift und Stempel der Krankenkasse
9. Nov 2016 *Stein*

Hinweis

% Vorsorge-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten.

ja Es liegt ein Härtefall vor.

Abschnitt II: Für die Zähne, die behandelt werden sollen, tragen Zahnärzte die jeweilige Nummer des Befundes ein. Diese Befundnummern sind in einer Festzuschussrichtlinie festgelegt. In unserem Beispiel plant der Zahnarzt Kronen für die drei Schneidezähne 11, 21 und 22. Je nach Bonusanspruch erhält der Patient dafür verschiedene Festzuschüsse. Die konkreten Summen trägt die Krankenkasse in **Abschnitt IV** ein. Hier wird also das Bonusheft berücksichtigt und ob ein Härtefall vorliegt (siehe S. 4).

Abschnitt III: In dieser Tabelle (S. 9 oben) geht es um die Kostenkalkulation. Der Zahnarzt trägt hier vor Behandlungsbeginn die geschätzten Behandlungskosten ein. Sie bestehen

aus Material- und Laborkosten und aus dem zahnärztlichen Honorar. Letzteres berechnet sich für „Kassenleistungen“ nach dem sog. Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA), für Privatleistungen nach der oft teureren Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Heil- und Kostenpläne sind eine Schätzung der voraussichtlich entstehenden Kosten, keine Preisgarantie.

Allerdings müssen Zahnärzte die Kosten so genau wie möglich ermitteln, vor allem ihre eigenen. Eine Überschreitung um etwa 15 bis 20 Prozent ist zulässig.

Heil- und Kostenplan

III. Kostenplanung		1 Fortsetzung	Anz.	1 Fortsetzung	Anz.	Euro	Ct
1 BEMA-Nrn.	Anz.						
19	3						
18a	2	2 Zahnärztliches Honorar BEMA:				1 3 5	1 0
		3 Zahnärztliches Honorar GOZ: (geschätzt)				9 9 0	9 3
		4 Material- und Laborkosten: (geschätzt)				1 0 8 0	9 2
		5 Behandlungskosten insgesamt: (geschätzt)				2 2 6 0	9 5
						14.10.16	
Datum/Unterschrift des Zahnarztes							

Abschnitt V: Unter „Rechnungsbeträge“ (Tabelle unten) steht, was Patienten nach der Behandlung tatsächlich bezahlen müssen, aufgeteilt in das zahnärztliche Honorar je Gebührenverzeichnis (BEMA, GOZ) und in die Material- und Laborkosten. „Gewerblich“ heißt: Fremd-

labor, „Praxis“ heißt: eigenes Labor des Zahnarztes. Von der Gesamtsumme wird der Festzuschuss der Kasse abgezogen. Selbst zu zahlen ist das, was in der Zeile „Versichertenanteil“ steht. Darüber erhalten Patienten vom Zahnarzt eine Rechnung.

V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)		Euro	Ct
1	ZA-Honorar (BEMA siehe III)	1 3 5	1 0
2	ZA-Honorar zusätzl. Leist. BEMA	1 8 0	7
3	ZA-Honorar GOZ	9 9 0	9 3
4	Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.	6 0 4	6 9
5	Mat.- und Lab.-Kosten Praxis	6 3	7 0
6	Versandkosten Praxis		
7	Gesamtsumme	1 8 1 2	4 9
8	Festzuschuss Kasse	1 2 5 8	4 2
9	Versichertenanteil	5 5 4	0 7

Erst wenn die Kasse den Heil- und Kostenplan genehmigt hat, kann die Behandlung beginnen. Innerhalb von sechs Monaten muss der Zahnersatz eingesetzt werden.

Übrigens: Auch vor einer Zahnersatzbehandlung im europäischen Ausland muss ein Heil- und Kostenplan von der Krankenkasse genehmigt werden.

TIPP Wann der Zahnersatz eingesetzt wurde, wird mit Datum eingetragen (Eingliederungsdatum). Das ist wichtig, weil Patienten ab dann zwei Jahre lang ein Recht auf Gewährleistung haben, also auf eine kostenfreie Beseitigung nicht selbst verschuldeter Mängel.

Nach der Behandlung ist es ratsam, die Rechnung mit den Kosten zu vergleichen, die im Heil- und Kostenplan angegeben waren. Bei Unklarheiten empfiehlt es sich, zunächst in der Zahnarztpraxis nachzufragen. Hilft das nicht weiter, können Betroffene die Rechnung auch bei den Verbraucherzentralen oder einer Patientenberatung überprüfen lassen.

Wer beim Zahnersatz über die Regelversorgung hinaus gehen möchte, erhält zusätzlich **Teil 2** des Heil- und Kostenplans. Mehr als die Regelversorgung wäre z.B. ein Implantat statt einer Brücke oder eine Keramik- statt einer Metallkrone.



TEIL 2 DES HEIL- UND KOSTENPLANS

Hier werden die Kosten nach der privaten Gebührenordnung einzeln aufgeschlüsselt, idealerweise mit dem Steigerungsfaktor. Denn dieser zweite Teil soll Patienten klar über die Zusatzkosten informieren. Zusatzkosten entstehen, wenn die Planung von der Regelversorgung abweicht. In solchen Fällen spricht man von einer gleichartigen oder von einer andersartigen Versorgung. Dann wird teilweise oder ganz privat abgerechnet.

Ähnlich wie auf der ersten Seite des Heil- und Kostenplans trägt der Zahnarzt in den Tabellen die Zahnnummern ein, die dazugehörigen Gebührensätze und die Art der Therapie („Leistungsbeschreibung“).

❖ **Faktor:** Zahnärzte sind nicht verpflichtet, den Steigerungsfaktor einzutragen. Mit diesem Wert wird die Basisvergütung je nach Aufwand und Schwierigkeitsgrad multipliziert – deshalb beeinflusst der Steigerungsfaktor maß-

geblich die Kosten. Der einfache Faktor (1,0) steht für eine Leistung mit einem unterdurchschnittlich geringen Arbeitsaufwand und wird selten abgerechnet. Regelfall für einen durchschnittlichen Arbeitsaufwand und Schwierigkeitsgrad ist der 2,3-fache Faktor.

Der Steigerungsfaktor in der privaten Gebührenordnung ermöglicht Zahnärzten ein Honorar nach Schwierigkeitsgrad und Aufwand. Aber was über das Maß einer notwendigen medizinischen Versorgung hinausgeht, darf nur berechnet werden, wenn der Patient dies ausdrücklich verlangt.

Laut § 10 der privaten Gebührenordnung müssen Zahnärzte ein Überschreiten des 2,3-fachen Satzes begründen. Für ein Überschreiten des 3,5-fachen Satzes müssen Patient und Zahnarzt vor der Behandlung ein Zusatzdokument unterschreiben: die sogenannte **abweichende Vereinbarung**. Davon erhält der Patient eine Kopie. Der darin vereinbarte Steigerungsfaktor darf bei der Rechnung am Ende nur unter-, nicht überschritten werden.

Zahn/Gebiet	GOZ (Gebühren-Nr.)	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Faktor	Betrag EUR
11	2210	Versorgung Zahn d. Vollkrone	1	3,5	330,31
21	2210	Versorgung Zahn d. Vollkrone	1	3,5	330,31
22	2210	Versorgung Zahn d. Vollkrone	1	3,5	330,31

Die Aufschlüsselung aller Behandlungskosten (Beispielrechnung)

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP):	EUR 990,93
Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeilen III/1 und 2 HKP):	EUR 135,10
Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP):	EUR 1.080,92
Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP):	EUR 2.206,95
abzüglich Festzuschüsse:	EUR 629,21
Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen	EUR 1.577,74

i Für das zahnärztliche Honorar nach GOZ kann sich jedoch auch eine Kostenerhöhung ergeben, durch

- ❖ einen unvorhersehbaren Arbeitsaufwand/Schwierigkeitsgrad bei der Behandlung
- ❖ zusätzliche Kosten, die über die reine Versorgung mit Zahnersatz hinausgehen (z.B. bei Implantaten oder Kiefer-Funktionsdiagnostik)
- ❖ oder bei unvorhersehbaren Therapieabweichungen.

Bei einer erheblichen Überschreitung ist eine neue Genehmigung der Krankenkasse nötig.

Sollte sich nach Abschluss der Behandlung eine Kostensteigerung ergeben, muss der Zahnarzt dies schriftlich begründen.

Die im **Teil 2** des Heil- und Kostenplan aufgeschlüsselten Kosten sind identisch mit den Angaben auf dessen erster Seite. Insgesamt enthält auch dieser Teil die voraussichtlichen Gesamtkosten, die Zuschüsse der Krankenkasse und den Eigenanteil. Die Darstellung ist aber übersichtlicher. Ziel ist es, dem Patienten einen besseren Überblick über die voraussichtlichen Gesamtkosten für den Zahnersatz zu geben.

Die Material- und Laborkosten machen beim Zahnersatz in der Regel den größten Anteil an den Kosten aus. Sie liegen im Durchschnitt bei 60 bis 70 Prozent der Gesamtkosten. Abweichungen sind möglich: Wie in der Beispielrechnung ersichtlich, können das zahnärztliche Honorar und die Material- und Laborkosten auch fast gleich hoch ausfallen.

Nach der Behandlung müssen zahn-technische Laborleistungen mit einer eigenen Rechnung des Dentallabors ausgewiesen werden.

Informationen über die Kosten der Regelversorgung (Beispielrechnung)

Informationen über die Kosten der Regelversorgung	
Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des doppelten Festzuschusses.	
doppelter Festzuschuss	EUR 1.258,42
abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse	EUR 629,21
Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich EUR 629,21 zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.	

Das grau unterlegte Feld „**Informationen über die Kosten der Regelversorgung**“ soll die preiswerteste Alternative hervorheben. Denn hier sind die Kosten aufgeführt, die anfallen würden, wenn sich der Patient für die jeweilige Regelversorgung entschieden hätte.

In unserem Beispiel wären das voraussichtlich 629,21 Euro. Tatsächlich fällt der Eigenanteil hier aber mit 1.577,74 Euro, wie auf Seite 12 zu sehen, rund zweieinhalb mal so hoch aus.

Dieser Abschnitt auf der zweiten Seite des Heil- und Kostenplans dient als Anstoß, die Notwendigkeit teurerer Therapien zu hinterfragen. Bei der Wahl des Materials etwa muss Keramik nicht besser sein als Nicht-Edelmetall.

Sogenannte Leitlinien bieten wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse:

 www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/leitlinien.html



VERBRAUCHERPORTAL KOSTENFALLE-ZAHN

...❖ kostenfalle-zahn.de ist ein neues Informations- und Beschwerdeportal für Verbraucher.

Hier finden Sie zahlreiche unabhängige Informationen über Kassenleistungen und Spartipps zu kostenpflichtigen Zusatzleistungen beim Zahnarzt.

Zudem können Sie Beschwerden melden, etwa

- wenn Sie sich schlecht aufgeklärt fühlen
- oder unter Verkaufsdruck gesetzt werden
- wenn Ihnen Kassenleistungen verweigert
- oder solche als Privatleistung abgerechnet werden.

Ihre Beschwerde hilft uns, Missstände im Markt aufzudecken und dagegen vorzugehen. Bei Verstößen gegen Patientenrechte können die Verbraucherzentralen mit Rechtsmitteln gegen unlauteres Arztverhalten vorgehen.



...❖ Die regionalen Beratungsstellen der Verbraucherzentralen finden Sie im Internet unter:

www.verbraucherzentrale.de/beratung



☰ Weitere Informationen im „Ratgeber Zähne“ der Verbraucherzentrale NRW. Was Patienten wissen müssen: Behandlung, Kosten, Rechte 14,90 €

Erhältlich in unserem Shop unter:
www.ratgeber-verbraucherzentrale.de/DE-VZ/ratgeber-zaehne

BERATUNGSADRESSEN ZUM ZAHNERSATZ

...❖ Gesetzliche Krankenkassen

Die Krankenkassen informieren und beraten Versicherte zum Zahnersatz per Telefon oder in ihren Geschäftsstellen. Über einen E-Mail-Service können häufig Informationen zum Zahnersatz auf den Internetseiten der Kassen abgerufen werden.

...❖ Patientenberatungsstellen der Zahnärztekammern/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Patientenberatungsstellen mit Informationen rund um Zähne gibt es im gesamten Bundesgebiet. In Streitfällen können sich Ratsuchende an die Gutachter- und Schlichtungsstellen wenden.

👤 **Anschriften:**
Bundeszahnärztekammer
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon 030 - 400 05 - 0
www.bzaek.de

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Universitätsstraße 73
50931 Köln
Telefon 0221 - 40 01 - 0
www.kzbv.de



Die Öffnungszeiten und die Telefonnummern der regionalen Beratungsstellen können über folgende Internetseiten abgerufen werden:

@ www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de/patienten-im-mittelpunkt/
oder
www.informationen-zum-zahnersatz.de/beratung/beratungsstellen/

IMPRESSUM

Herausgeber:

Verbraucherzentrale
Nordrhein-Westfalen e.V.
Mintropstr. 27
40215 Düsseldorf
Tel.: (0211) 38 09-0
Fax: (0211) 38 09-216

E-Mail: kostenfalle-zahn@verbraucherzentrale.nrw

Internet: www.verbraucherzentrale.nrw

In Kooperation mit der Verbraucherzentrale Berlin e.V.
und der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V.

Fotos: fotolia.com

Grafiken: printgerecht, Düsseldorf

Gestaltung: die-druckberatung, Krefeld

Druck: Linsen Druckcenter GmbH, Kleve

Stand: März 2017

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier
ausgezeichnet mit dem „Blauen Engel“



Gefördert durch:



Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



verbraucherzentrale