

Häufige Fragen zu den Janitos Zahnzusatzversicherungen JA dental/JA dental plus

1. Fragen zu Antragsbearbeitung

Gibt es Beitragszuschläge bei fehlenden Zähnen?

Nein. Bei Fehlen von zwei bzw. drei Zähnen gelten innerhalb der ersten 48 Monate besondere tarifliche Leistungsstaffeln, die sich von der bei Fehlen von einem bzw. keinem Zahn betragsmäßig unterscheiden. Ab vier fehlenden Zähnen wird der Antrag insgesamt abgelehnt.

Als fehlende Zähne im Sinne der Tarifbedingungen gelten Zähne (außer Weißheitszähne/Milchzähne), die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht.

Sind Nichtanlagen von Zähnen versicherbar?

Besteht zum Zeitpunkt der Antragsstellung keine Zahnücke und ist gleichwohl eine Nichtanlage von bleibenden Zähnen bekannt, ist dies ohne Einschränkung versicherbar. Sollten allerdings schon Zähne fehlen (und kein physiologischer Lückenschluss bestehen), denen aufgrund der Nichtanlage keine bleibenden Zähne folgen, gelten diese als fehlend im Sinne der Tarifbedingungen.

Sind fehlende Zähne, die ersetzt wurden, versicherbar und spielt das Alter des Zahnersatzes eine Rolle?

Fehlende Zähne, die bereits ersetzt wurden, sind versichert. Das Alter des Zahnersatzes wird nicht bewertet.

Können fehlende Zähne mitversichert werden?

Ja, bei nicht mehr als drei fehlenden Zähnen kann eine Zahnzusatzversicherung bei Janitos abgeschlossen werden. Auch für diese fehlenden Zähne besteht dann Versicherungsschutz. Bei 2 bzw. 3 fehlenden Zähnen gelten jedoch jeweils strengere Leistungsstaffeln. Ab vier fehlenden Zähnen kann bei Janitos keine Zahnzusatzversicherung mehr abgeschlossen werden.

Als fehlende Zähne im Sinne der Tarifbedingungen gelten Zähne (außer Weißheitszähne/Milchzähne), die nicht durch Zahnersatzmaßnahmen ersetzt wurden und bei denen kein physiologischer Lückenschluss besteht.

Gelten fehlende Milchzähne bei Kindern als fehlende Zähne?

Nein! Milchzähne gelten nicht als fehlende Zähne, sofern eine Anlage des bleibenden Zahnes vorhanden ist.

Werden fehlende Zähne bei Lückenschluss (z.B. nach einer kieferorthopädischen Behandlung) bewertet?

Ist eine ehemals bestehende Zahnücke physiologisch geschlossen worden (z.B. aufgrund einer KFO-Maßnahme), müssen die „fehlenden“ Zähne nicht angegeben werden.

Wenn bis zu 3 fehlende Zähne im Antrag angegeben worden sind, wird dann später in jedem Fall für einen Ersatz des fehlenden Zahnes geleistet oder kann es passieren, dass dann im Rahmen der Leistungsprüfung eine Erstattung mit dem Hinweis abgelehnt wird, der "Versicherungsfall" sei bereits mit Entfernen des Zahnes eingetreten oder die Behandlung sei nicht medizinisch notwendig (z.B. Versorgung eines fehlenden endständigen 7ers mit Implantat)?

Bei der Leistungsprüfung ist entscheidend, ob zum Zeitpunkt der Beantragung eine Behandlung angeraten war. War dies nicht der Fall, besteht auch für fehlende Zähne Versicherungsschutz.

Sind Zähne mitversichert, bei denen eine provisorische Versorgung besteht?

Bei Zähnen mit einer provisorischen Versorgung (Interimsversorgung) besteht kein Versicherungsschutz. Folgender Leistungsausschluss wird vereinbart: „Für die angeratene oder begonnene Zahnersatzmaßnahme besteht kein Versicherungsschutz.“

Besteht Versicherungsschutz für Zähne, die durch eine Voll- oder Teilprothese (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt wurden?

Nein. Besteht bei Antragstellung bereits eine voll- oder teilprothetische Versorgung, erfolgt eine Ablehnung des Antrages.

Zählt auch eine Teleskopbrücke als "Prothese", selbst wenn diese z.B. nur einen einzelnen Zahn ersetzt?

Grundsätzlich ja, weil jede Teleskoparbeit auch aus einer herausnehmbaren Komponente besteht. Im angesprochenen Fall wäre aber eine individuelle Einzelfallprüfung durch Janitos möglich.

Muss eine abgeschlossene kieferorthopädische Behandlung bzw. Zahnbehandlung angegeben werden?

Eine abgeschlossene kieferorthopädische Behandlung bzw. Zahnbehandlung muss nicht angegeben werden. Besteht aber bspw. trotz abgeschlossener KFO-Maßnahme weiterhin eine Zahnfehlstellung, ist dies anzugeben.

Besteht Versicherungsschutz bei einer ärztlich festgestellten Zahnfehlstellung, einer Kieferanomalie oder angeratener oder begonnener kieferorthopädischer Behandlung?

Nein, es besteht kein Versicherungsschutz. Folgender Leistungsausschluss wird vereinbart: „Für Kieferorthopädie besteht kein Versicherungsschutz.“

Besteht Versicherungsschutz für angeratene oder begonnene Zahnersatzmaßnahmen bzw. bei Bestehen einer Versorgung mit provisorischem Zahnersatz?

Nein, es besteht kein Versicherungsschutz. Folgender Leistungsausschluss ist zu vereinbaren: „Für die angeratene oder begonnene Zahnersatzmaßnahme besteht kein Versicherungsschutz.“

Muss eine Parodontalerkrankung angegeben werden?

Eine Parodontalvorerkrankung wird derzeit nicht bewertet und muss nicht angegeben werden, es sei denn, dass sich die versicherte Person noch in Behandlung befindet oder eine Behandlung bereits angeraten ist.

2. Fragen zu den Annahmerichtlinien

Kann der Tarif JA dental bzw. JA dental plus auch von Kindern alleine (also ohne dass auch ein Elternteil versichert ist) abgeschlossen werden?

Ja. Voraussetzung ist lediglich die Mitgliedschaft einer jeden versicherten Person in einer deutschen GKV.

Können versicherte Personen, die bei der GKV das Kostenerstattungsprinzip gewählt haben, einen Zahntarif bei Janitos abschließen?

Ja, auch bei Kostenerstattung kann eine Janitos Zahnzusatzversicherung abgeschlossen werden.

3. Fragen zu den Leistungen

Welche Leistungen sind versichert?

Die Leistungen der Janitos Zahnzusatzversicherung im Überblick		
	Ja dental	Ja dental plus
Zahnersatz Regelversorgung (wenn die Rechnung keine Vergütungsanteile nach GOZ enthält)	100 %	100 %
Zahnersatz (inkl. Implantate), Inlays, Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen, Onlays, Brücken, Stiftzähne, Prothesen bei höherwertiger Versorgung) nur im JA dental plus: dentinadhäsive Konstruktionen (Kompositfüllungen) gelten als Zahnersatz	70/65/60 % je nach Vorsorge Bonusheft -----	90/85/80 % je nach Vorsorge Bonusheft
Zahnbehandlung: Ersetzt werden Aufwendungen für Wurzelbehandlung/Wurzelspitzenresektion, Parodontalbehandlung sowie für Aufbissbehelfe und Schienen, wenn die GKV für die Maßnahme insgesamt keine Leistungen erbringt	-----	100 %
Zahnmedizinische Individualprophylaxe (professionelle Zahnreinigung)	-----	90 % max. 100 € Rechnungsbetrag/ Vers.Jahr
Akupunktur zur Schmerzbehandlung sowie die Durchführung einer Vollnarkose	-----	250 € Rechnungsbetrag / Vers.Jahr zum prozentualen Erstattungssatz der Hauptleistung
Kieferorthopädie, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (in der Regel nur bei KIG 2) und die Behandlung vor dem 18. Geburtstag der versicherten Person begonnen wurde	-----	80 %, max. 5.000 € Leistungsgrenze gem. Zahnstaffel **
Bei nicht vorgelegtem Heil- und Kostenplan	50 % der tariflichen Leistungen für alle Kosten über 1.000 €	50 % der tariflichen Leistungen für alle Kosten über 1.000 €

Werden die Kosten für Zahnbehandlungen erstattet?

Ja, in Tarif JA dental plus. Als Zahnbehandlung gelten konservierende Leistungen (Wurzelkanalbehandlungen), chirurgische Leistungen (Wurzelspitzenresektion), parodontologische Leistungen (bei Taschentiefe 1,5 bis 3,4 mm, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime), Schienen- und Aufbissbehelfe. Zahnbehandlungen fallen in der Regel als Sachleistungen unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), d. h. die GKV übernimmt die Kosten dann vollständig. JA dental plus ersetzt Aufwendungen für die oben genannten Leistungen nur dann, wenn die Maßnahmen insgesamt nicht von der GKV erbracht werden.

Aufwendungen für Inlays und Kompositfüllungen (Kompositfüllungen **nur** Tarif JA dental plus) gelten aber als Zahnersatz und werden zu den jeweils maßgebenden Erstattungssätzen des Tarifes ersetzt.

Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelbehandlungen vor?

Ja, der Tarif JA dental plus leistet 100% für Wurzelbehandlungen, sofern die GKV die Leistung gänzlich ablehnt. So werden Wurzelbehandlungen z.B. an den großen Backenzähnen (6er, 7er und 8er Zahn) nur unter bestimmten Voraussetzungen von der GKV bezahlt. Liegen die Leistungsvoraussetzungen für eine Wurzelbehandlung von Seiten der GKV nicht vor, leistet Janitos aus Tarif JA dental plus. Privatärztliche Rechnungen nach der GOZ sind also nur dann erstattungsfähig, wenn für die medizinisch notwendige Behandlung durch die GKV keine Leistungen vorgesehen sind.

Bei Zahnbehandlungen (auch nicht bei Wurzelbehandlungen) werden **keine Mehrkosten** (z.B. für Längenbestimmung, medikamentöse Einlagen, Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden usw.) erstattet, wenn die Wurzelbehandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen kann. Tariflich ist die Erstattung zusätzlicher Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Wurzelbehandlung abgerechnet werden, nicht vorgesehen.

Im Bereich der Wurzelbehandlung leistet die GKV in folgenden Fällen nicht für eine Behandlung - würde hier Janitos "einspringen":

- der Zahn wurde bereits in der Vergangenheit zweimal wurzelbehandelt und gefüllt und muss erneut wurzelbehandelt werden um gerettet zu werden?

Ja, für diese Behandlung besteht Versicherungsschutz.

- der Zahn wurde zwar in der Vergangenheit noch nicht wurzelbehandelt, allerdings ist die Behandlungsprognose z.B. aufgrund anatomisch besonders schwieriger Wurzelkanäle sehr schlecht, so dass eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse nicht möglich ist bzw. der Zahnarzt Gefahr läuft, von der KZV in Regress genommen zu werden?

Ja, für diese Behandlung besteht Versicherungsschutz.

Sieht der Tarif Leistungen für Wurzelspitzenresektionen vor?

Ja, in Tarif JA dental plus. Wurzelspitzenresektionen werden z.B. an den großen Backenzähnen nur unter bestimmten Voraussetzungen von der GKV bezahlt. Liegen die Voraussetzungen für eine GKV-Indikation nicht vor, werden die Leistungen aus Tarif JA dental plus erstattet. Die Frage, ob eine Wurzelspitzenresektion als Sachleistung der GKV durchgeführt werden kann, entscheidet der Zahnarzt unter Berücksichtigung der GKV-Richtlinien im Einzelfall. Ist sie nicht als GKV-Leistung abrechnungsfähig, erstattet Janitos diese Leistung.

Sieht der Tarif Leistungen für Parodontalbehandlungen vor?

Ja, der Tarif JA dental plus (siehe Zahnbehandlung) leistet 100% für Parodontalbehandlungen, sofern die GKV die Leistung nicht zu erbringen hat und die Behandlung medizinisch notwendig ist. Ebenfalls mitversichert sind Lappenoperationen (offene Kürettage) und Knochenaufbaumaßnahmen (z. B. mit Emdogain). Mehrkosten, die zusätzlich zur Kassenleistung in Rechnung gestellt werden, fallen nicht in den Versicherungsschutz (z.B. Vor- und Nachbehandlungen).

Laut Tarifbedingungen wird für "Zahnbehandlungen" nur dann geleistet, wenn gegenüber der GKV generell kein Leistungsanspruch besteht. Im Bereich der Parodontologie ist das z.B. der Fall, wenn die Taschentiefe unter 3,5 mm liegt (ab 3,5mm Taschentiefe leistet i.d.R. die GKV für eine Parodontalbehandlung).

Zwei Fragen zu diesem Sachverhalt:

Ab welcher Mindest-Taschentiefe leistet Janitos für eine Parodontalbehandlung, d.h. ab welcher Taschentiefe wird von der Janitos eine medizinische Notwendigkeit für die Leistungspflicht anerkannt?

Eine medizinische Notwendigkeit außerhalb der GKV-Leistungsindikation liegt bei einer Taschentiefe zwischen 1,5mm und 3,5mm vor.

Was passiert, wenn die Voraussetzungen für eine Parodontalbehandlung auf Kosten der GKV nur an einigen Zähnen vorliegen? Können die "restlichen" Zähne, an denen eine - aus Sicht der GKV - zu "geringe" Taschentiefe vorliegt, über die Janitos abgerechnet werden, auch wenn die GKV die Kosten für die restlichen Zähne übernimmt?

Ja, es werden lediglich keine Mehrkosten für Leistungen an Zähnen, für die die GKV leistet, erstattet.

Sieht der Tarif Leistungen für Aufbissbehelfe und Schienen vor?

Ja in Tarif JA dental plus als Zahnbehandlung, wenn es sich bei dieser Behandlung nicht um eine kieferorthopädische Behandlung und um keine von der GKV zu tragende Leistung handelt. Dann leisten wir bei medizinischer Notwendigkeit zu 100 %.

So genannte „**Schnarcher-Schienen**„ fallen **nicht** unter den Versicherungsschutz, da hier kein Zusammenhang mit Zahnerkrankungen besteht. Eine Schnarcherschiene, auch Unterkiefer-Protrusionsschiene genannt, wird dazu verwendet, das harmlose Schnarchen zu beseitigen. Sie hilft auch in Fällen von leichter und mittelschwerer Schlafapnoe.

Werden funktionsdiagnostische Leistungen (FAL) auch in Zusammenhang mit einer notwendigen Schienentherapie erstattet (oder nur in Zusammenhang mit Zahnersatz)?

Ja, Aufwendungen für FAL werden über Tarif JA dental plus auch im Zusammenhang mit einer notwendigen Schienentherapie im Rahmen einer Zahnbehandlung erstattet, sofern für diese Behandlung keine Leistungspflicht der GKV besteht.

Sind auch aufwändige CMD-Schienen erstattungsfähig, welche zur Therapierung komplexer Kiefergelenksprobleme individuell angefertigt werden oder bezieht sich der Leistungsanspruch lediglich auf "einfache" standardisierte Knirscherschienen?

CMD-Schienen sind im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen nicht aufgeführt. Erstattet wird lediglich bis zu den dort aufgeführten Höchstbeträgen für standardisierte Schienen.

Sind auch sog. Schnarcher-Schienen erstattungsfähig?

Nein, diese fallen nicht in den Bereich der Zahnbehandlung.

Werden die Kosten für Zahnprophylaxe (professionelle Zahnreinigung) erstattet?

Ja, in Tarif JA dental plus besteht für diese Leistungen Versicherungsschutz. Akzeptiert werden neben Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) auch Pauschalbeträge, also Rechnungen, die nicht nach der GOZ erstellt wurden.

Als Zahnprophylaxe gelten professionelle Zahnreinigung, Versiegelung, Fluoridierung, Speicheltests zur Keimbestimmung, Kariesrisikodiagnostik sowie Erstellen eines Mundhygienestatus und weitere Kontrollen des Übungserfolges. Ersetzt werden 90% der Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 100,- Euro innerhalb eines Versicherungsjahres.

Hinweis: Die Kosten für professionelle Zahnreinigung bzw. Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren werden in der Regel von der GKV zu 100 % übernommen, denn Prophylaxemaßnahmen (2 mal pro Jahr; bei hohem Kariesrisiko bis zu 4 mal pro Jahr), das Entfernen von Zahnstein (einmal pro Jahr), das Entfernen von weichen Belägen, die Fluoridierung sowie die Versiegelung gehören für diesen Personenkreis zum Leistungsumfang der GKV. Soweit Leistungen nicht von der GKV zu tragen sind (z.B. das Versiegeln der kleinen Backenzähne), werden Aufwendungen von Janitos erstattet.

Die Leistungen für Prophylaxe sind jährlich begrenzt auf max. 90 Euro. Wird hier in der Praxis aufgrund der Begrenzung kulant auch geleistet, wenn der Zahnarzt einen Pauschalbetrag als "Verlangensleistung" gem. §2.3. der GOZ abrechnet? Oder werden nur bestimmte Abrechnungsmöglichkeiten gem. GOZ für eine "professionelle Zahnreinigung" akzeptiert (z.B. nur 405 GOZ)?

Ja, eine Pauschalabrechnung ist in diesem Fall ausreichend.

Sieht der Tarif Leistungen für Fissurenversiegelungen vor?

Ja, Tarif JA dental plus sieht hierfür Leistungen vor. Fissurenversiegelungen werden (außerhalb der GKV-Richtlinien) bei den bleibenden Zähnen erstattet (Fissuren sind Vertiefungen und Furchen auf den Kauflächen im Kauflächenrelief der Seitenzähne). Die GKV leistet bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren für die Fissurenversiegelung an den bleibenden Backenzähnen (6er und 7er Zahn). Versiegelungen an den kleinen Backenzähnen (4er und 5er Zähne) fallen bei Kindern dann unter den Versicherungsschutz. Es werden keine Leistungen für Fissurenversiegelungen an Milchzähnen erbracht.

Wird die Zahnreinigung auch bezahlt, wenn diese nicht medizinisch notwendig ist?

Ja!

Wie hoch ist die maximale Leistung?

Ersetzt werden 90% der Aufwendungen für zahnmedizinische Präventionsmaßnahmen (professionelle Zahnreinigung) bis zu einem Rechnungsbetrag von 100,- € innerhalb eines Versicherungsjahres.

Wie oft kann man die Zahnreinigung im Jahr durchführen?

Die Anzahl der Zahnreinigung ist nicht begrenzt. Empfehlenswert ist jedoch eine 1-2malige Behandlung im Jahr.

Sieht der Tarif Leistungen für Fluoridierung vor?

Ja! Leistungen für Fluoridierung fallen unter die zahnmedizinische Individualprophylaxe in Tarif JA dental plus. (siehe Zahnprophylaxe).

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 unter den Versicherungsschutz (siehe Zahnprophylaxe). Für Kinder und Jugendliche zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr werden das Erstellen des Mundhygienestatus und die Kontrolle des Übungserfolges von der GKV bezahlt.

Sieht der Tarif Leistungen für Speicheltests und Bakterientests vor?

Leistungen für Speicheltests und Bakterientests fallen unter die Leistungsbeschreibung „Zahnmedizinische Individualprophylaxe“ im Tarif JA dental plus (siehe Zahnprophylaxe). Auch die Untersuchung zum Nachweis paropathogener Keime fällt unter den Versicherungsschutz.

Was fällt unter den Bereich Zahnersatz?

Als Zahnersatz gelten

- Einlagefüllungen (Inlays), dentinadhäsive Konstruktionen, auch Kompositfüllungen genannt (jedoch nur in Tarif JA dental plus)
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur
- Implantate einschl. der damit im Zusammenhang stehenden chirurgischen Leistungen und der Suprakonstruktionen
- funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen
- Material- und Laborkosten

Zu den implantologischen Leistungen zählen die zahnärztlichen Leistungen der Diagnostik (implantatbezogene Analyse, Röntgenaufnahmen, Röntgenschablonen), die Implantation, die Freilegung des Implantates sowie alle mit der Implantation im Zusammenhang stehenden weichgewebs- und knochenbauenden Maßnahmen.

Welche Kosten übernimmt die GKV bei Zahnersatz, Implantaten und Inlays?

• Bei Zahnersatz leistet die GKV nur einen Zuschuss; dieser wird seit dem 01.01.2005 in Form von "befundbezogenen Festzuschüssen" gezahlt. Diese Festzuschüsse orientieren sich am konkreten Befund (z. B. 2 fehlende Zähne im Oberkiefer) und werden aus einem diesen Befund zugeordneten feststehenden Betrag (= Regelversorgungsleistung) errechnet. Die Festzuschüsse betragen 50%, 60% oder 65% der Regelversorgungsleistungen – je nachdem, über welchen Zeitraum der Versicherte zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen beansprucht hat. Dies bedeutet: Bei allen Versicherten wird bei gleichem Befund der gleiche Betrag für die Berechnung des Festzuschusses zu Grunde gelegt – unabhängig von den tatsächlichen Aufwendungen. Es spielt also grundsätzlich keine Rolle, welche Kosten der Zahnarzt tatsächlich in Rechnung stellt.

• Implantate sind "künstliche Zahnwurzeln", auf denen eine prothetische Versorgung (Kronen, Brücken, Prothesen) verankert wird. Die GKV beteiligt sich an den Kosten für die reine

Implantatversorgung nicht; sie zahlt lediglich den befundbezogenen Festzuschuss für den auf den Implantaten befestigten Zahnersatz (= so genannte Suprakonstruktion).

Die Anzahl der Implantate ist tariflich nicht begrenzt. Implantate werden aufgrund medizinischer Notwendigkeit erstattet, welche anhand eines Heil- und Kostenplanes festgestellt werden kann.

- Inlays sind Einlagefüllungen (Gold, Keramik), die rundherum von Zahnschubstanz umgeben sind und die außerhalb des Mundes angefertigt werden. Aus einem Werkstoff (z. B. Keramik oder Gold) wird eine feste Form gegossen oder gefräst, die haargenau in das für die Füllung vorbereitete "Loch" passt. Inlays sind keine Leistungen der GKV; immerhin zahlen die gesetzlichen Krankenkassen aber einen Zuschuss, dessen Höhe sich an den Kosten für eine vergleichbare Amalgam-Füllung orientiert. Der Unterschied zwischen Kunststoff-Füllungen und Inlays besteht darin, dass Kunststoff-Füllungen direkt im Mund des Patienten eingebracht und Inlays dagegen im Labor hergestellt werden.

Was leistet die GKV und welche Kosten verbleiben dem GKV-Versicherten?

- Im Zusammenhang mit der Zahnersatz-Neuregelung wurden in das Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) zum 01.01.2005 drei Begriffe neu eingeführt:

- Regelversorgung (= GKV-Standardtherapie)
- Gleichartige Versorgung (= Zahnersatz, der die Regelversorgung umfasst, jedoch zusätzliche Elemente aufweist)
- Andersartige Versorgung (= Zahnersatz, der von der Regelversorgung insgesamt abweicht, z. B. implantatgestützter Zahnersatz)

Während die Regelversorgung nach den "Kassensätzen" abgerechnet wird, werden bei der gleichartigen Versorgung die Mehrleistungen zwingend nach der privat Zahnärztlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet. Der andersartige Zahnersatz muss komplett nach der GOZ abgerechnet werden.

- Für eine Implantatversorgung müssen – abhängig von Material, Umfang und System des chirurgischen Eingriffs sowie Lage (Front- oder Seitenzahngelände) – je Implantat Mehrkosten von 800 EUR bis 1.500 EUR eingeplant werden (ohne die Kosten für die darauf aufbauende Zahnersatzversorgung!).

- Bei einem Inlay muss man – je nach Material und Größe – gegenüber dem Zuschuss der GKV für die vergleichbare Amalgam-Füllung mit Mehrkosten zwischen 250 EUR bis 800 EUR rechnen; auch hier spielt die Lage des behandelten Zahnes bei der Kostenhöhe eine Rolle.

Sie sehen: Bei Zahnersatz, Implantaten und Inlays besteht also immer die Gefahr, auf hohen Zuzahlungen sitzen zu bleiben.

Welche Kosten für Zahnersatz im JA dental plus (JA dental) werden erstattet?

Der Versicherer erstattet Aufwendungen im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen der GOZ / GOÄ. Es werden 90% (70%) für Zahnersatz erstattet, wenn der Versicherte die regelmäßige und durch ein Bonusheft der gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesene Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 10 Jahren vor Behandlungsbeginn belegen kann und er so auch grundsätzlich Anspruch auf die danach höchstmögliche Kassenleistung hat. Bei Nachweis von mind. 5 Jahren regelmäßiger Vorsorge reduziert sich die Erstattung auf 85% (65%), bei Nachweis von weniger als 5 Jahren regelmäßiger Vorsorge beträgt die Erstattung 80% (60%). Leistungen der GKV werden von den tariflichen Leistungen abgezogen. Werden zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen, z.B. weil ein Zahnarzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde, ist der Erstattungsbetrag für Zahnersatz auf 50% der tariflichen Leistungen begrenzt.

Wird nur die Regelversorgung der GKV in Anspruch genommen, werden in beiden Dentaltarifen 100% der Aufwendungen ersetzt.

Kann vorhandener festsitzender Zahnersatz (z.B. Kronen, Brücken, Implantate, etc.) generell mit versichert werden, sofern beim Abschluss keine Reparatur oder Neuversorgung angeraten/geplant war?

Ja.

Laut Tarifbedingungen werden von den Leistungen für Zahnersatz die zuvor erbrachten Leistungen der GKV abgezogen bzw. in Anrechnung gebracht. Des Weiteren ist geregelt, dass die Leistungen auf 50% begrenzt sind, sofern zustehende Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen worden sind (z.B. bei Zahnarzt ohne Kassenzulassung).

Zwei Fragen zu diesem Punkt:

- Sind auch Zahnersatz-Behandlungen durch Zahnärzte im Ausland (zu 50%) erstattungsfähig?
Ja, die Erstattung ist dann aber auf 50% der Tarifleistung begrenzt.

- Die Reduzierung auf 50% gilt explizit nur dann, wenn zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen werden - ist das korrekt?

Ja.

Im Falle einer von der GKV nicht zustehenden Leistung (z.B. Reparatur an vorhandenem Implantat oder z.B. Implantatversorgung eines endständigen 7er-Zahnes) würde kein Abzug von der tariflichen Leistungshöhe (80-90% in Tarif JA dental plus) vorgenommen?? Sehe ich das korrekt?

Ja.

Was versteht man unter „ Regelversorgung“?

Die Regelversorgung stellt eine absolute Grundversorgung sicher. Sie ist ein Kompromiss zwischen medizinisch Machbarem und kassenmäßig Bezahlbarem. Typisches Beispiel ist die Krone auf dem oberen ersten großen Backenzahn: Die Regelversorgung sieht dafür eine Metallkrone (Vollgusskrone) vor. Wird dieser nun mit einer weißen Schicht (zahnfarben) verblendet (Verblendkrone), entspricht dies nicht mehr der Regelversorgung. So gilt diese "weiße Krone" als Zusatzleistung zur Regelversorgung und deshalb als "gleichartiger Zahnersatz". Der Versicherte erhält dafür den "Festzuschuss Metallkrone" von seiner Kasse und trägt die anfallenden Mehrkosten für das zahnfarbene Aussehen.

Die Erstattung für Zahnersatz im Rahmen einer Regelversorgung (der gesetzliche Heil- und Kostenplan enthält keine GOZ-Anteile) beträgt in beiden Janitos Zahntarifen zusammen mit der GKV-Leistung 100%.

Was bedeutet das Bonussystem?

Das Bonussystem bei Zahnersatzbehandlungen regelt die Höhe des Festkostenzuschusses der GKV zu der Regelversorgung des Versicherten. D.h. das Bonussystem belohnt Versicherte, die Ihre Zähne regelmäßig pflegen und diese mindestens einmal im Jahr zahnärztlich untersuchen lassen.

Versicherte, die mit Hilfe eines Bonusheftes Ihre regelmäßigen jährlichen Besuche beim Zahnarzt nachweisen können, erhalten einen zusätzlichen Bonus zum Festkostenzuschuss. Wenn der Versicherte vor Beginn der Zahnersatzbehandlung in den letzten fünf Jahren regelmäßig einen Besuch beim Zahnarzt nachweisen kann, erhält er einen zusätzlichen Bonus von zehn Prozent. Wenn der Versicherte regelmäßige Besuche in den letzten zehn Jahren nachweisen kann, erhält er einen zusätzlichen Bonus von fünfzehn Prozent.

Wird regelmäßige Zahnvorsorge bei der Zahnersatz-Erstattung honoriert?

Ja! Die Tarife JA dental und JA dental plus honorieren diese Eigenverantwortung des Kunden. Im JA dental erhöhen sich die zu ersetzenden Aufwendungen von 60 % auf 65 % bzw. sogar auf 70 % und bei JA dental plus von 80 % auf 85 % bzw. 90 %.

Kann der Nachweis von regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen (zur Erhöhung der ZE-Leistung auf 85 bzw. 90%) auch anderweitig erfolgen oder muss zwingend ein Bonusheft vorgelegt werden (z.B. wenn jemand vor seiner Versicherungszeit in der GKV privat versichert war oder Anspruch auf freie Heilfürsorge hatte, wo üblicherweise kein Bonusheft geführt werden muss)?

Es sind auch andere Nachweise ausreichend (z.B. privatärztliche Rechnungen über die erfolgten Vorsorgeuntersuchungen).

Sieht der Tarif Leistungen für Inlays und Kunststoff-Füllungen vor?

Bei den Füllungen gibt es unterschiedliche Arten (plastische Füllungen, Einlagefüllungen). Grundsätzlich bezahlt die GKV eine plastische Standardfüllung (Amalgamfüllungen). Wünscht der Patient jedoch eine aufwendigere Füllung (Kompositfüllung oder Inlay), bezahlt die GKV nur bis zur Höhe der einfachen Füllung und der Patient trägt die Mehrkosten.

Aufwendungen für Inlays werden in den Tarifen Ja dental und JA dental plus, die Leistungen für Kompositfüllungen nur in Tarif JA dental plus als Zahnersatz definiert und zu den tariflichen Erstattungssätzen ersetzt.

Nicht erstattungsfähig sind sog. Verlangensleistungen – z.B. der Austausch verfärbter Frontzahnfüllungen aus ästhetischen Gründen oder ein Amalgamaustausch ohne medizinische Indikation.

Was sind Inlays und welche Kosten werden von der GKV bzw. von Janitos übernommen?

Als Inlay (Einlagefüllung) bezeichnet man eine im zahntechnischen Labor hergestellte Zahnfüllung.

- 1.) Welche Kosten werden von der GKV übernommen?
 - Das Inlay ist generell keine Kassenleistung.
 - Seit Ende 1996 kann man jedoch einen Zuschuss in Höhe einer vergleichbaren Amalgamfüllung von seiner Krankenkasse erhalten.
- 2.) Welche Kosten werden von Janitos übernommen?
 - Beim Tarif JA dental werden 60, 65 bzw. 70 % von den Gesamtkosten eines Inlays abzüglich der Kassenleistung übernommen.
 - Beim Tarif JA dental plus werden 80, 85 bzw. 90 % von den Gesamtkosten eines Inlays abzüglich der Kassenleistung übernommen.

Werden die Kosten für Onlays bzw. Overlays ersetzt?

Ja. Onlays und Overlays werden nach den gleichen Prinzipien wie Inlays hergestellt, jedoch sind sie nicht rundherum von Zahnschubstanz umgeben; vielmehr ragt hier die Füllung an mindestens einer Stelle des Zahnes über eine der Zahn-Höckerspitzen hinaus. Von daher sind Onlays und Overlays als Teilkronen anzusehen. Unabhängig von diesen Definitionen gelten Onlays und Overlay wie auch das Inlay in den Janitos Zahntarifen als Zahnersatz und werden zu den dort maßgebenden Prozentsätzen erstattet.

Können Amalgamfüllungen gegen Inlays bzw. Kompositfüllungen ausgetauscht werden?

Um Leistungen aus dem Zahnzusatztarif zu erhalten, muss der Austausch der Amalgamfüllungen medizinisch notwendig sein, was z.B. bei einer Randspaltenbildung der Fall ist. Der Zahnarzt hat die medizinische Notwendigkeit auf Nachfrage des Versicherers zu bestätigen.

Gibt es einen maximalen Betrag, der pro Inlay insgesamt als erstattungsfähig anerkannt wird?

Nein, der Tarif sieht insoweit keine Höchstbeträge vor.

Was ist der Unterschied zwischen plastischen Füllungen und Einlagefüllungen? Welche Füllungen stehen jeweils dahinter?

Plastische Füllmaterialien sind solche, die in verformbarem Zustand in den Zahn eingebracht werden und dort aushärten. Einlagefüllungen (starre Füllmaterialien) sind solche, die außerhalb des Mundes geformt und angefertigt werden (z.B. in einem Dentallabor) und anschließend im starren Zustand in den Zahn eingesetzt werden.

Plastische Füllmaterialien:

- Amalgam
- Komposite (Kunststoffe)
- Zemente

Einlagefüllungen (starre Füllmaterialien):

- Inlays (Gold-Inlays, Keramik-Inlays, Galvano-Inlays)
- Onlays

Wird die Anzahl der erstattungsfähigen Implantate je Kiefer im Tarif begrenzt?

Nein, die Janitos Zahntarife sehen eine solche Einschränkung nicht vor.

Werden die Kosten für chirurgische Maßnahmen im Zusammenhang mit Zahnersatz erstattet?

Ja. Aufwendungen für chirurgische Leistungen werden z.B. im Rahmen der Implantologie (knochenchirurgische Eingriffe) ersetzt.

Werden folgende Leistungen im Rahmen der Implantat-Behandlung anerkannt?

- implantatbezogene Analyse	Ja
- Röntgenaufnahmen	Ja
- Röntgenschablonen	Ja
- sog. "3D-Röntgen" (MRT)	Nein
- Implantation	Ja
- Freilegung des Implantates	Ja
- weichgewebs- und knochenbauende Maßnahmen	Ja

Werden auch teure Zirkon-Implantate erstattet bzw. die dazu notwendigen Schutzschienen während der Einheilphase?

Nein, diese sind nicht im Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt. Die Kosten werden aber bis zur Höhe der im Verzeichnis aufgeführten Höchstbeträge für Metall-Implantate anerkannt.

Gibt es einen maximalen Betrag, der pro Implantat insgesamt als erstattungsfähig anerkannt wird?

Nein, die Janitos Zahntarife sehen solche Einschränkungen nicht vor.

Werden keramische Verblendungen auf Kronen, Brücken, Implantaten usw. auch für die hintersten Backenzähne (7er) bzw. falls nötig für die Weisheitszähne (8er) erstattet? Falls ja, gilt dieser Erstattungsanspruch in jedem Fall einer solchen Verblendung auch für die hinteren Backenzähne oder bedarf es dazu einer separaten Begründung? Mit anderen Versicherern haben wir hier leider die (negative) Erfahrung gemacht, dass zwar offiziell bis zum 8er geleistet wird, aber ab dem 7er nur nach individueller Begründung (z.B. sehr große Mundöffnung)?

Ja, Verblendungen sind ohne Einschränkung auf bestimmte Zähne erstattungsfähig.

Sind auch Veneers erstattungsfähig (ggf. bei Nachweis einer medizinischen Funktion, z.B. abgebrochener Frontzahn)?

Ja, bei Nachweis einer medizinischen Funktion werden auch Aufwendungen für Veneers ersetzt. Veneers (Verblendschalen) werden heute nicht mehr nur aus ästhetischen Gründen hergestellt, sondern auch um substanzschonend eine Vollkrone im Frontzahnbereich zu vermeiden oder als Reparatur zur Wiederherstellung abgebrochener Frontzähne oder auch bei Bisslagekorrekturen. Medizinisch notwendige Veneers werden nach Ziffer 222 GOZ abgerechnet, gelten dann also als Teilkrone und werden bei medizinischer Notwendigkeit im tariflichen Umfang erstattet. Werden jedoch Veneers als reine Verlangensleistung nach § 2 Abs. 3 GOZ berechnet, ist davon auszugehen, dass es sich um eine rein kosmetische Maßnahme handelt, für die keine Erstattung erfolgt.

Werden die Kosten für Verblendungen erstattet?

Ja. Verblendungen – auch Vollkeramikverblendungen - werden für jeden Zahnbereich (auch für den hinteren Zahnbereich) gemäß dem tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis ersetzt.

Sieht der Tarif Leistungen für Funktionsdiagnostik im Zusammenhang mit Zahnersatz vor?

Die Funktionsdiagnostik wird bei medizinischer Notwendigkeit im tariflichen Umfang erstattet. Hierunter fallen die GOZ-Nrn. 800 – 810. Für Ziffer 800 muss der entsprechende Nachweis zusammen mit der Rechnung eingereicht werden.

Werden funktionsanalytische/funktionstherapeutische Maßnahmen (800er-Ziffern der GOZ) nur bei besonders umfangreichen Zahnersatzmaßnahmen erstattet, d.h. gibt es hier eine Mindestanzahl an Zähnen, welche gleichzeitig mit neuem Zahnersatz (z.B. Kronen o.Ä.) versorgt werden, damit die Janitos eine medizinische Notwendigkeit für diese Leistungen

anerkennt? Oder wären die 800er-Ziffern auch schon bei Behandlung eines einzelnen Zahnes mit einer Krone oder einem Inlay erstattungsfähig?

Es ist keine Mindestanzahl an Zähnen vorgesehen. Grundsätzlich müsste – sofern funktionsanalytische Leistungen bei einer Behandlung eines einzelnen Zahnes berechnet werden – vom Zahnarzt auf Nachfrage des Versicherers begründet werden, warum die funktionsanalytische Maßnahme im konkreten Fall erforderlich ist/war.

Sieht der Tarif auch Leistungen für eine Schleimhauttransplantation vor?

Schleimhauttransplantationen fallen häufig an im Bereich der Parodontologie und der Implantologie. Im Bereich der Parodontologie ist die Erstattung im Tarif JA dental plus unter „Zahnbehandlung“ geregelt, im Bereich der Implantologie unter „Zahnersatz“.

Sieht der Tarif Leistungen für Akupunktur und Vollnarkose vor?

Besondere Maßnahmen zur „Schmerzausschaltung“ wie die Akupunktur oder die Vollnarkose werden nur in Tarif JA dental plus erstattet, sofern eine medizinische Notwendigkeit besteht. Dies gilt auch bei nachweislicher „Zahnarzt-Angst“ (Zahnarztphobie). Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist begrenzt auf 250,- Euro innerhalb eines Versicherungsjahres. Die Maßnahmen müssen im direkten Zusammenhang mit einer Zahnbehandlung bzw. Zahnersatzmaßnahme stehen, für die Anspruch auf die tariflichen Leistungen besteht. Die Aufwendungen werden zum jeweils maßgebenden Erstattungssatz der Hauptleistung ersetzt.

Werden die Leistungen in den ersten Versicherungsjahren begrenzt (so genannte Leistungsstaffeln)?

Ja.

Leistungsstaffelung	Fehlen von bis zu 1 Zahn (FZ1)	Fehlen von 2 Zähnen (FZ2)	Fehlen von 3 Zähnen (FZ3)	Kieferorthopädie
12 Monate	1.000,- EUR	300,- EUR	150,- EUR	500,- EUR
24 Monate	2.000,- EUR	600,- EUR	300,- EUR	1.000,- EUR
36 Monate	3.000,- EUR	900,- EUR	450,- EUR	1.500,- EUR
48 Monate	4.000,- EUR	1.200,- EUR	600,- EUR	2.000,- EUR

Die Erstattung von Aufwendungen bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Behandlungen ist in den ersten 48 Monaten ab Versicherungsbeginn begrenzt. Die verschiedenen Leistungsstaffeln für Zahnersatz sind abhängig von der Anzahl der fehlenden Zähne. Die Leistungsstaffelung entfällt für Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Werden Kosten für Kieferorthopädie (KFO) erstattet?

Ja, Tarif JA dental plus sieht hierfür Leistungen vor.

Aus Tarif JA dental plus werden 80 % der Aufwendungen erstattet, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht und die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Die Indikationen für die GKV-Kostenübernahme der kieferorthopädischen Behandlung sind in den so genannten KFO-Richtlinien festgelegt. 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 sog. „Kieferorthopädische Indikationsgruppen“(KIG). Bei einer Einstufung in eine der Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV; in diesen Fällen sieht der Tarif **keine** Leistungen (auch nicht für entstehende Mehrkosten) vor. Bei einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung ohne Leistungsanspruch gegenüber der GKV – z.B. bei einer Einstufung in KIG 2 - werden 80 % der Aufwendungen erstattet. Der Ersatz von Aufwendungen ist während der Vertragslaufzeit auf einen Rechnungsbetrag von insgesamt höchstens 5.000,- Euro begrenzt.

Leistet Janitos generell auch bei einer Einstufung in KIG 1 für eine KFO-Behandlung oder i.d.R. nur bei einer Einstufung in die KIG 2?

In der Regel besteht Versicherungsschutz nur bei Vorliegen der KIG 2.

Kieferorthopädie und Zahnersatz! Wie wird die Leistungsstaffel der kieferorthopädischen Behandlung mit der Leistungsstaffel des Zahnersatzes miteinander angerechnet?

Die entsprechenden Leistungsstaffeln zu Kieferorthopädie und Zahnersatz werden separat betrachtet. Leistungen für Zahnersatz werden also nicht auf die KFO-Staffel angerechnet und Leistungen für KFO werden nicht auf Leistungen für Zahnersatz angerechnet.

4. Besonderheiten

Sehen die Janitos Zahntarife die Bildung von Alterungsrückstellungen vor?

Nein, die Tarife sehen keine Bildung von Alterungsrückstellungen vor. Die monatlichen Beitragsraten richten sich stets nach dem erreichten Alter der versicherten Person. 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.

Sieht der Tarif Wartezeiten vor?

Ja, die Wartezeit beträgt 8 Monate für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung bzw. werden Zahnarzt Honorare erstattet?

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen der GOZ/GOÄ.

Bis zu welcher Höhe werden Material- und Laborkosten erstattet?

Bis zur Höhe des dem Tarif beiliegenden Preis- und Leistungsverzeichnisses zum jeweils maßgebenden Erstattungssatz der Hauptleistung (60 bis 100%).

Kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zukünftig an Veränderungen angepasst werden?

Das Preis- und Leistungsverzeichnis kann an die Preisentwicklung angepasst werden.

Muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Ja, wenn der voraussichtliche Gesamtrechnungsbetrag bei Leistungen für Zahnersatz oder Kieferorthopädie 1.000,00 EUR übersteigt, ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Dies dient auch der Sicherheit des Kunden, da anhand des Heil- und Kostenplans eine Erstattungszusage gegeben und der voraussichtliche Erstattungsbetrag ermittelt werden kann.

Laut tariflichen Bedingungen muss zwingend bei Behandlungen über 1000 Euro "rechtzeitig" vor Behandlungsbeginn ein Kostenplan eingereicht werden. Welcher Zeitraum gilt hier als "rechtzeitig"?

Dem Versicherer ist vor Behandlungsbeginn die Möglichkeit einer Prüfung einzuräumen. Wir halten mindestens 2 Wochen für erforderlich.

Was passiert, wenn die Leistungen der GKV nicht in Anspruch genommen werden?

Werden die für die gewählte Versorgung grundsätzlich zustehenden GKV-Leistungen nicht in Anspruch genommen, ist der Erstattungsbetrag auf 50 % der tariflichen Leistungen begrenzt. Ein Anspruch auf Zahnersatzleistungen (Festzuschuss) der GKV besteht grundsätzlich immer. Die GKV erbringt diese Leistung aber nur dann, wenn die Behandlung von einem sog. Vertragszahnarzt durchgeführt wird. Erfolgt also eine Behandlung bei einem Nicht-Vertragszahnarzt (Privatzahnarzt) oder im Ausland, erbringt die GKV keine Leistungen, so dass die tariflichen Leistungen um 50% reduziert werden.