

## Behandlungskosten

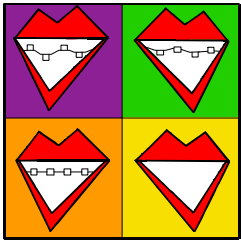
### Gesetzlich versicherte Patienten

Sie haben die Wahl:

Durch die bestehenden Verträge im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung werden nur die Kosten für eine *ausreichende, zweckmäßige* und *wirtschaftliche* kieferorthopädische Versorgung von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen (**SGB V § 12**).

Darüber hinaus gibt es aber einige zusätzliche Leistungen für ein sicheres Behandlungsergebnis! Diese Leistungen sind vom Patienten, falls er sie wünscht, selbst zu zahlen. Man unterscheidet dabei **Mehrleistungen** (z.B. Keramikbracket anstelle von Metallbrackets, superelastische oder zahnfarbene Bögen) von **außervertraglichen Leistungen** (z.B. Lingualtechnik, unsichtbare Zahnspange.) Die Abrechnung der Mehr- bzw. außervertraglichen Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte. Vor Behandlungsbeginn besprechen wir mit Ihnen ausführlich die verschiedenen Möglichkeiten und informieren Sie über die Preise.

Grundsätzlich ist beim derzeitigen Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung zu überlegen, welche je nach Versicherungsbedingungen die Leistungen übernimmt, die nicht vom gesetzlichen Kostenträger bezahlt werden. Das Leistungsangebot der verschiedenen Versicherer ist jedoch sehr unterschiedlich.



#### Kosten und Krankenkassenleistungen - Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen:

##### Kostenübernahme ja oder nein?

Seit dem 01. Januar 2002 gelten die neuen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG). Gemäß den neuen Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen besteht eine Leistungspflicht nur noch für Fehlstellungen, die das Atmen, Beißen, Kauen und Sprechen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen. Die Erstattung erfolgt für diejenigen Maßnahmen, die ausreichend und zweckmäßig sind.

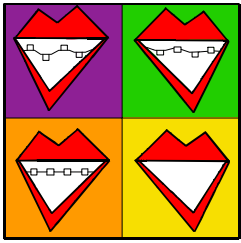
Dies hat für manche Kinder leider zur Folge, dass eine notwendige kieferorthopädische Behandlung gar nicht mehr von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird und bei Vorhandensein eines Leistungsanspruchs nur die Basiskosten erstattet werden.

##### Wie funktioniert KIG?

Die kieferorthopädischen Indikationsgruppen (Befunde) sind in fünf Behandlungsbedarfsgrade eingeteilt. Der Befund mit dem höchsten Behandlungsbedarf entscheidet über die Kostenübernahme. Nur bei den Graden 3, 4 und 5 hat der Versicherte einen Leistungsanspruch gegenüber seiner gesetzlichen Krankenkasse. Kosten für Behandlungen der Grade 1 und 2 werden nicht von der Krankenkasse übernommen. Die Befunde *ergeben dennoch in der Regel eine medizinische Notwendigkeit zur kieferorthopädischen Behandlung*. In diesem Fall wird der Kieferorthopäde Sie aufklären, welchen Umfang die Behandlung haben wird und mit welchen Kosten Sie rechnen müssen.

Es gibt verschiedene Varianten für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung Ihres Kindes. Diese bestehen nicht nur in den verschiedenen Geräten, sondern insbesondere auch im Behandlungsziel! In jedem Fall sollte gewährleistet sein, dass der Biss während der Wachstumsphase korrigiert wird, was in der Regel durch (lose) funktionskieferorthopädische Apparaturen erfolgt. Kosmetische Dinge wie z. B. kleine Lücken, leicht rotierte Zähne oder geringe Engstände könnten auch noch im Erwachsenenalter reguliert werden. Eine Bissregulierung ist jedoch nach abgeschlossenem Wachstum nur noch mittels chirurgischer Lagekorrektur der Kiefer möglich!

Fragen Sie uns nach den Unterschieden der durchführbaren Behandlungsmethoden und deren Kosten. Alle Patienten haben bei uns die Möglichkeit, Wahlleistungen bzw. außervertragliche Leistungen in 24-36 Raten per Einzugsermächtigung zu begleichen.



#### Privat versicherte Patienten

Grundsätzlich übernehmen private Kostenträger eine notwendige kieferorthopädische Behandlung, auch bei erwachsenen Patienten, sofern die Behandlung medizinisch indiziert ist. Es gibt jedoch so viele verschiedene Tarifformen innerhalb der PKV, dass genauere Aussagen über den individuellen Versicherungsumfang nur nach genauem Studium der Versicherungsunterlagen möglich sind.

Wichtig ist, dass nur das bei Vertragsabschluß unbekanntes Risiko ohne Risikozuschläge mitversichert ist. Daher sollte unbedingt **vor der kieferorthopädischen Erstberatung** der Versicherungsschutz überprüft und gegebenenfalls optimiert werden.

Behandlungen aus rein kosmetisch-ästhetischen Gründen werden nicht bezahlt.

Bei privat versicherten Patienten gilt der Leistungsumfang für den Bereich Kieferorthopädie auch über das 18. Lebensjahr hinaus. Allerdings rückt die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit analog zu den Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen immer mehr in den Vordergrund. Auch von den privaten Versicherern werden längst nicht mehr alle medizinisch sinnvollen Behandlungen bezahlt oder nicht in vollem Umfang der erbrachten Leistungen. Informieren Sie sich vor einer geplanten Behandlung bei Ihrem Versicherer über den tatsächlichen Umfang der Kostenübernahme im Bereich Kieferorthopädie.

Die Beihilfestellen richten sich seit einiger Zeit vollständig nach den Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Der beihilfeberechtigte Patient **muss also mit privaten Zuzahlungen rechnen**, da häufig nur der private Kostenträger kieferorthopädische Leistungen erstattet, nicht aber die Beihilfe.

Beihilfeberechtigte Patienten erhalten nur noch Erstattungen im Rahmen der Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen, d.h. **keine** Erstattung von Mehrkosten oder Zusatzleistungen. Diese hat im Falle der Inanspruchnahme der Patient zu tragen.

Auch bei privat versicherten Patienten ist es daher sinnvoll über den Abschluss einer Zusatzversicherung nachzudenken, den Umfang der Leistungen durch ein „Komfortpaket“ auszuweiten. Informieren sie sich bei Ihrem Kostenträger über bestehende Möglichkeiten.