



## Patienten-Information: Kosten

Vor Behandlungsbeginn erarbeiten wir für Sie einen Heil- und Kostenplan, den wir für Sie bei Ihrer Versicherung zwecks Kostenübernahme einreichen. Eine klar gegliederte Rechnung, aus der Sie die anfallenden Leistungen erkennen können, erhalten Sie vierteljährlich.

20 % beträgt der gesetzlich vorgegebene Eigenanteil, den Sie für sich bzw. das erste Kind – verteilt auf die gesamte Behandlungszeit – zunächst selbst tragen. Für jedes weitere Kind beträgt der Eigenanteil 10 %. Wird die Behandlung planmäßig beendet, erstattet die gesetzliche Krankenkasse diesen Betrag an Sie zurück. Bewahren Sie bitte Ihre Rechnungen auf, damit Sie Ihren Eigenanteil erstattet bekommen. Wir bieten Ihnen zur organisatorischen Erleichterung das Lastschriftverfahren an. Für Patienten, die älter als 18 Jahre sind, hat der Gesetzgeber eine versicherungstechnische Altersgrenze eingeführt. Die medizinische Indikation einer Behandlung ist davon nicht betroffen. Im Gesetz heißt es:

*„Nicht zur zahnärztliche Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.“*

Für Patienten, die jünger als 18 Jahre sind, wird entsprechend der Richtlinien und nach kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) entschieden, ob die Bezahlung der kieferorthopädischen Behandlung von den Krankenkassen übernommen wird. Auch in diesen Fällen ist die medizinische Indikation nicht in Frage gestellt.

### Deutsche Patienten gesetzlich versichert:

Nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch V. muss der behandelnde Zahnarzt ab 01.01.2002 eine Einstufung in die „Kieferorthopädischen Indikationsgruppen“ (KIG) vornehmen.

Die KIG sollen mit der Einteilung in fünf Schweregrade sicherstellen, dass die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) nur noch für die Behandlung solcher Zahn- und Kieferfehlstellungen aufkommen, die das Atmen, Beißen, Kauen und Sprechen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen.



Krankenkassen und Zahnärzte haben gemeinsam in den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien die Indikationsgruppen festgelegt, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten der Krankenkasse zu bejahen ist.

Dies trifft auf Fehlstellungen der Grade **3, 4 und 5** zu:

Nach der gesetzlichen Regelung: SGB V, § 12, nach der nur Kosten einer **ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen kieferorthopädischen Versorgung** übernommen werden dürfen. Diese müssen aus dem vom behandelnden Kieferorthopäden der Krankenkasse einzureichenden Heil- und Kostenplan hervorgehen und werden bei Bewilligung für das erste Kind zu 80 % und beim zweiten Kind zu 90 % übernommen. Die Eigenleistung in Höhe von 20 % bzw. 10 % (§ 29 Abs. 2 SGB V) erstattet die GKV nur nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung (§ 29 Abs. 3 SGB V). Bei Abbruch – seitens des Patienten oder seitens des Arztes – gibt es nichts zurück. Leistungen, die über dieses Angebot hinausgehen, sind vom Patienten selbst zu zahlen.

Kosten für die – medizinisch immer noch notwendigen – Behandlungen der **Grade 1 und 2** tragen nicht mehr die Krankenkassen, sondern der Patient bzw. seine Eltern selbst.

## **Was wird noch bezahlt ? – Die KIG im Überblick**

### **Grade 1-2**

#### **Behandlung als Privatleistung:**

- 1 leichte Zahnfehlstellung (ästhetische Gründe der Behandlung)
- 2 Zahnfehlstellung (Behandlung medizinisch angeraten, wegen geringer Ausprägung als Privatleistung zu erbringen)

### **Grade 3-5**

#### **Behandlung nach Kostenerstattungsprinzip der GKV**

- 3 ausgeprägte Zahn- oder Kieferfehlstellung (Behandlung medizinisch notwendig)
- 4 stark ausgeprägte Zahn- oder Kieferfehlstellung (Behandlung medizinisch dringend erforderlich)
- 5 extrem stark ausgeprägte Zahn- oder Kieferfehlstellung (Behandlung medizinisch unbedingt erforderlich)

#### **Behandlungs(bedarfs)befundgruppen:**

- A** Entwicklungsstörungen im Kopfbereich (im GKV-Leistungskatalog)
- U** Zahnunterzahlen (GKV-Leistungskatalog wenn Lückenschluss oder prothetische Versorgung erforderlich)
- S** Zahndurchbruchstörungen (GKV-Leistungskatalog ohne Weisheitszähne)
- D** Therapie distaler Bisslagen (GKV-Leistungskatalog bei Rücklagen >6mm)
- M** Mesiale Bisslage (GKV-Leistungskatalog)



**Zahnklinik  
Dreiländereck**



- O** Offener Biss (GKV-Leistungskatalog ab >4mm)
- T** Tiefbissfälle (GKV-Leistungskatalog bei Einbiss der unteren Frontzähne in Gaumen)
- B** Bukkal- oder Lingualokklusion (GKV-Leistungskatalog)
- K** Abweichende Kieferbreiten (GKV-Leistungskatalog nur bei Kreuzbiss)
- E** Kontaktpunktabweichungen (GKV-Leistungskatalog bei Engstand >3mm)
- P** Platzmangelsituation (GKV-Leistungskatalog bei Platzmangel >3mm)

### **Deutsche Patienten privat versichert**

Bei der privaten Krankenversicherung hängen die Erstattungsleistungen von den Bedingungen des individuell abgeschlossenen Versicherungsvertrages ab. Die Erstattungsprozentsätze liegen in der Regel bei 60 bis 80 Prozent, manchmal sogar bei 100 Prozent. Trotz "vollem" Versicherungsanspruch können jedoch Behandlungskosten auf Sie zukommen. Als Maß für die Höhe der Erstattung sehen manche Versicherungen heute die amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte von 1987 vor. Dieser Tarif wird allerdings der großen Bandbreite unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten auf zahnärztlichem Gebiet nicht annähernd gerecht.

### **Patienten aus der Schweiz**

Die Gesamtkosten einer Zahnbehandlung in Deutschland sind in der Regel niedriger als in der Schweiz. Das gilt auch im Bereich der Kieferorthopädie. Man kann ca. von einem 30% geringeren zahnärztlichen Honorar ausgehen. Die Materialpreise sind in beiden Ländern annähernd gleich.