

Patienteninformation Kieferorthopädie

Liebe Eltern, lieber Patient,

neben den fachlichen Fragen über die Art und den Schweregrad der Gebissanomalie, ob, und wenn ja, wie eine kieferorthopädische Korrektur möglich ist, gilt es auch verwaltungstechnische und finanzielle Fragen zu klären.

Wer hat Anspruch auf die Übernahme der Kosten als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse?

Der Gesetzgeber hat das Erreichen der Volljährigkeit als eine wesentliche Grenze festgelegt. Patienten, die zum Zeitpunkt des Beginns der kieferorthopädischen Behandlung bereits 18 Jahre alt sind, haben keinen Anspruch auf die Erstattung der Kosten. Hiervon gibt es eine Ausnahme: Die gesetzliche Krankenkasse ist dann zur Kostenübernahme verpflichtet, wenn die Gebissfehlbildung so ausgeprägt ist, dass nur eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie zum Erfolg führen kann.

Patienten, die zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns noch nicht volljährig sind, haben Anspruch auf die Erstattung der Kosten, wenn eine schwerwiegende Gebissanomalie vorliegt, die die Funktion des Kauens oder der Sprache erheblich beeinträchtigt. Was als schwerwiegend einzustufen ist, ist nicht der Belieben des Arztes überlassen, sondern wird nach einem Bewertungsschema errechnet, in dem die Zahn- und Kieferfehlstellungen nach dem Ausmaß und dem Schweregrad eingeteilt sind.

Da für die Diagnose und die Erarbeitung eines Therapieplanes oft nicht nur die klinische Untersuchung ausreichend ist, ist

die Erstellung grundlegender Befundungsunterlagen in diesen Fällen von der Kasse zu erstatten.

Wie geht es weiter, wenn die Befundungsunterlagen einen Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung innerhalb der gesetzlichen Krankenkasse anzeigen?

Wir werden Ihnen unsere Diagnose und den darauf aufbauenden Therapieplan erläutern und die Behandlung auch mit Ihrem Zahnarzt/Ihrer Zahnärztin absprechen. Wenn wir uns über den Weg und das Ziel geeinigt haben, legen wir, als ärztlicher Behandler, einen kieferorthopädischen Behandlungsplan für die Krankenkasse als Antrag nieder und reichen ihn bei der Krankenkasse ein. Der bearbeitende Angestellte Ihrer Krankenkasse kann den Antrag direkt genehmigen oder aber auch eine Begutachtung einleiten. Solche Gutachten werden regelmäßig, z.T. zufallsmäßig veranlasst, z.T. auch bei Besonderheiten wie Zweitbehandlungen, schwierigen und damit teuren Behandlungen, aber auch auffallend leichten Behandlungen.

Wir reichen die Unterlagen bei dem uns benannten Gutachter ein und warten seine Entscheidung ab. In der Regel brauchen Sie bei einer kieferorthopädischen Behandlung nicht persönlich beim Gutachter vorstellig werden. Sollten sich unsere Diagnose und Therapievorstellung ausnahmsweise in grundsätzlichen Fragen nicht mit der des Gutachters decken, besteht die Möglichkeit, ein Obergutachten zu beantragen. Dies werden wir tun, wenn wir an dem Therapiekonzept

trotz gutachterlicher Einwände festhalten wollen.

Es ist zu bedenken, dass ein Gutachter innerhalb des gesetzlichen Krankenversicherungswesens nicht nur über die Sinnhaftigkeit des Behandlungsantrags, sondern auch über die grundsätzlichen Bedingungen „wirtschaftlich, zweckmäßig und ausreichend“ zu entscheiden hat.

Wenn die Krankenkasse Ihnen und uns mitteilt, dass sie die Kosten für die Behandlung übernehmen wird, trägt sie dann alle Kosten?

Ja, aber...

... solange die Behandlung andauert – und dies ist bei normaler Behandlung 3 bis 4 Jahre (wobei das Sichern des Ergebnisses nach der aktiven Phase eingeschlossen ist) – zahlt die Krankenkasse nur 80 % der anfallenden Kosten. 20 % muss der Versicherte zunächst selbst zahlen (wenn Sie 2 oder mehr Kinder gleichzeitig in kieferorthopädischer Behandlung haben, reduziert sich der Eigenanteil auf 10 %).

Diesen Eigenanteil werden Sie von der Krankenkasse erstattet bekommen, wenn die Behandlung offiziell, d.h. durch Mitteilung des Behandlers an die Krankenkasse als abgeschlossen gemeldet wird. Gezahlte Eigenanteile dürfen von der Krankenkasse nicht erstattet werden, wenn die Behandlung durch ein Fehlverhalten des Patienten (Geräte nicht getragen, Termine nicht eingehalten, Abbruch der Behandlung, unzureichende Pflege der Zähne) nicht erfolgreich durchgeführt werden konnte. Als Kassenarzt sind wir verpflichtet, solche Unregelmäßigkeiten der Krankenkasse mitzuteilen. Zu

bedenken ist auch, dass die Krankenkasse nach erfolgter Abschlussmeldung Ihnen zwar den Eigenanteil erstattet, aber nicht mehr bereit ist, danach noch anfallende Kosten wie z.B. die Reparatur oder Neuanfertigung von Retentionsgeräten zu bezahlen.

Gibt es grundsätzliche, ergänzende Leistungen, die im Einzelfall notwendig sind und von der Krankenkasse nicht bezahlt werden?

Ja, wir beschreiben Ihnen im Folgenden Leistungen, die u.U. auch für Ihre Behandlung bzw. die Ihres Kindes privat zu bezahlen sind:

An die Innenfläche der Zähne geklebte Retentionsdrähte – was ist denn das?

Nach erfolgreicher Ausformung der Zahnbögen ist dafür Sorge zu tragen, dass die erreichte Zahnstellungskorrektur stabil bleibt. Die Tendenz zum Rückfall besteht z.B. bei zuvor stark gedrehten Zähnen, besonders im unteren Frontbereich. Der Knochen im unteren Frontbereich kann bei manchen Menschen so grazil sein, dass eine Stabilität ohne „Stütze“ nie zu erreichen ist.

Das „Festhalten“ der Zähne nach Abschluss der aktiven Behandlung hat sich bewährt, indem ein dünner Draht an die Innenfläche der Zähne geklebt und die Zahnstellung so auf Dauer stabilisiert wird. Ein solcher sog. Klebe-Retainer ist laut gutachterlicher Richtlinien keine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse. Die Krankenkassen haben eine herausnehmbare Retentionsapparatur zu bezahlen.

Solche speziellen „High-Tech-Apparaturen“, die die KFO-Behandlung vereinfachen und die Alternativen zu den üblichen Apparaturen darstellen, werden in aller Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Bei solchen Apparaturen handelt es sich zunächst um Systeme aus der festsitzenden Behandlungstechnik.

Greifen wir ein Beispiel heraus:

Bekannt ist bei den meisten kleinen und großen Patienten der Gesichtsbogen. Mit diesem Gerät, das nachts und stundenweise tagsüber getragen wird, werden meist einzelne obere Backenzähne nach hinten bewegt, um für engstehenden Frontzähne Platz zu schaffen und/oder eine große Frontzahnstufe zu beseitigen. Da der Gesichtsbogen eine Apparatur ist, die auch außerhalb des Mundes zu tragen ist, wird das Gerät von den Patienten meist schlecht akzeptiert. Dies nicht nur bei uns so, sondern weltweit. Erfindungsreiche Kieferorthopäden sind deshalb bemüht, Alternativen zu finden und, wenn gefunden, zu verkaufen. Solche Apparaturen können nicht zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden.

In sehr schwierigen Fällen kann es notwendig sein, Zähne innerhalb eines Zahnbogens zu einem „Felsen in der Brandung“ zu machen.

Solche „Ankerzähne“ dürfen sich unter der Belastung nicht bewegen. Wenn dies so absolut zu fordern ist, kann die Anwendung temporärer Implantate (kleine Schrauben aus Titan) hilfreich sein. Solche Implantate sitzen nicht verschiebbar im Knochen und verankern Zähne, die über einen Draht mit ihnen verbunden sind.

Das Setzen solcher Implantate wird von erfahrenen, kieferchirurgisch tätigen Kollegen/innen in einem kleinen Eingriff vorgenommen. Die Implantate werden meist nicht von der Krankenkasse getragen.

Welche festsitzenden Apparaturen gibt es?

Festsitzende Apparaturen sind in den letzten Jahren kleiner und kleiner geworden. Dies ist den Fortschritten in der Klebetechnik zu verdanken, sodass, die auf den einzelnen Zähnen aufgeklebten, Brackets miniaturisiert werden konnten. Gleichwohl sind die Metallelemente sichtbar und für einige Patienten nicht diskret genug. Als einfache Alternative haben sich im Front- und

Eckzahnbereich Keramikbrackets bewährt, die, zahnfarben oder durchsichtig, die Apparatur zwar nicht unsichtbar, aber wesentlich dezenter aussehen lassen. Die Keramikbrackets sind aber im Einkauf etwa dreimal so teuer wie Metallbrackets. Diese durch rein ästhetische Überlegungen bedingten Mehrkosten werden von der Krankenkasse nicht übernommen und privat in Rechnung gestellt.

Unsichtbare Apparaturen?

Auch der Forderung nach einer völlig unsichtbaren Apparatur kann u.U. nachgekommen werden. Es gibt die Möglichkeit, die Brackets auf die Innenflächen der Zähne zu kleben. Dieses Vorgehen hat bedeutungstechnisch viele Tücken. Als es in den 80er Jahren erstmals vorgestellt wurde, war die Euphorie groß. Die erzielten Ergebnisse konnten aber nicht den gewohnten Standard erreichen. In den letzten Jahren ist es nun gelungen, durch den Einsatz computergestützter Laborprozesse große Fortschritte in der sog. Lingualtechnik zu erzielen. Es ist verständlich, dass der Mehraufwand für diese kieferorthopädische Apparatur von einer gesetzlichen Krankenkasse nicht zu übernehmen ist.

Maßanzug oder Konfektionsware?

Gibt es auch bei der normalen, der auf den Außenflächen der Zähne fixierten, festsitzenden Apparatur Unterschiede? Der Zulieferermarkt bietet zunächst einmal hunderte unterschiedlicher Systeme an, wobei Billigprodukte neben Qualitätsprodukten zu finden sind. Es ist ähnlich wie im gutsortierten Baumarkt, wenn Sie eine Bohrmaschine erwerben wollen. Qualität hat ihren Preis! Die Krankenkasse zahlt uns, Ihrem Behandler, den gleichen Anteil, egal, welches Bracket wir geklebt haben. Aber keine Angst! Der Verführung zum Billigeinkauf sind wir nie erlegen, da ein optimales Werkzeug die Grundvoraussetzung für ein gutes Ergebnis ist.

Die von der Industrie hergestellten Brackets, seien sie auch von höchster Qualität, bleiben vom Grundsatz her aber „Konfektionsware“. Wir alle wissen, wie unterschiedlich die Größe und Form der Zähne sein können, sodass es wie beim Kauf einer Jacke Passungsprobleme geben kann. Ein vom Maßschneider angefertigte Jacke sollte tadellos passen. Solche maßgeschneiderten Apparaturen können wir heute auch anfertigen.

Wie machen wir dies?

Zunächst nehmen wir von Ihren Zahnbögen hoch präzise Abformungen und stellen entsprechende Gipsmodelle her. Meist werden diese Gipsmodelle durch entsprechende Vermessungen an einem Kausimulator fixiert, der die Funktion Ihres Kiefergelenkes ausführen kann. Entsprechend den Planungen wird an den Gipsmodellen die Anomaliekorrektur durch Aussägen der Zähne und geänderte Aufstellung in Wachs simuliert. Auf diese Zahnmodelle werden mit einer speziellen Bracketsetzmaschine Zahn für Zahn in einer bis dahin nicht möglichen Präzision geklebt. Wenn dies erfolgt ist, müssen Übertragungskapen hergestellt werden, mit denen die Brackets Zahn für Zahn im Mund aufgeklebt werden können.

Daraus ergeben sich zwei wesentliche Vorteile:

Die Ergebnisse sind erfahrungsgemäß so viel besser, dass auch der Laie es sieht, und die Behandlungszeit reduziert sich, da Nacharbeiten vermieden werden. Es gibt aber auch einen wesentlichen Nachteil: Das Lösen eines Brackets lässt meist keine einfache Reparatur zu. Es ist ein Nachkleben am Modell notwendig, das erneute Herstellen einer Übertragungskappe usw.

Die Verhaltensmaßregel, dass beim Tragen einer festsitzenden Apparatur das Kauen von klebrigen Speisen (Gummibärchen, Lakritze, „Plombenzieher“ ...) nicht angebracht ist, sollte eingehalten

werden. So gut dieses Verfahren ist, so aufwendig ist es. Wenn es angewandt wird, fallen Eigenleistungen an.

Funktionsanalytische Leistungen

Ob für die Herstellung einer Brücke oder einer Prothese durch Ihren Zahnarzt oder bei kieferorthopädische Änderungen im Kausystem – es ist unbedingt notwendig, zu wissen, wie der Patient den Unterkiefer an die obere Zahnreihe heranführt. Fehler in der Verzahnung können erhebliche Probleme verursachen, die sich in Schmerzen und Funktionsstörungen der Kaumuskulatur, der Kiefergelenke, Abnutzung der Zähne, Zerstörung des zahntragenden Gewebes und auch Instabilität der Zahnstellung äußern.

Die menschlichen Kiefergelenke haben einen hohen Freiheitsgrad. Sie können beim Kauen und Sprechen z.B. asymmetrisch eingesetzt werden. Die Bestimmung des Bisses durch das Einbeißen in eine Wachsplatte oder ähnlichem Material kann diese Zusammenhänge nicht darstellen. Jede wesentliche Veränderung im Kauorgan sollte deshalb die Funktion der Kiefergelenke einbeziehen. Diese speziellen Untersuchungen und Vermessungen werden unter dem Begriff funktionsanalytische Leistungen zusammengefasst. Da die kieferorthopädische Behandlung die Verzahnung grundsätzlich ändert, sind wir dazu übergegangen, schon bei der Erstbefundung die Kiefergelenkfunktion einzubeziehen. Gern händigen wir Ihnen eine Broschüre der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe aus, die Ihnen einen guten Überblick über die funktionsanalytischen Leistungen gibt. Dargelegt wird hierin auch, dass dies Leistungen sind, die die Krankenkasse nicht trägt.

Zahnkonturierung / Zahnaufbau

Die Natur ist nicht in jedem Punkt perfekt. Ein häufiges Problem am Schluss einer kieferorthopädischen Behandlung sind Zähne, die im

gegebenen Zahnbestand des Patienten zu klein oder zu groß ausgefallen sind oder eine atypische Zahnform haben. Auch kann es sein, dass zum Ausgleich eines nicht angelegten seitlichen Schneidezahnes ein Eckzahn diese Position einnimmt. Diese kieferorthopädischen Ergebnisse bedürfen der restaurativen Nachbesserung.

Als einfache Methode, da äußerst zahnschonend, hat sich das Umgestalten durch leichtes Beschleifen und Aufbauen mit Kunststoff bewährt. Aufwändiger und mit mehr Zahnschmelzverlust verbunden, ist das Aufkleben von Keramikschalen, sog. Veneers. Egal, ob diese Zahnformveränderungen wir oder Ihr Hauszahnarzt vornehmen, sie sind grundsätzlich kosmetisch begründet und sind nicht von einer gesetzlichen Krankenkasse zu erstatten.

Nun haben wir Ihnen bürokratische und finanzielle Hintergründe dargelegt. Die dargestellten Beispiele werden nicht bei jedem Patienten zutreffen. Sie werden nach der Befundungserstellung und -planung von uns ausführlich darüber informiert, welche Leistungen voraussichtlich zum Erreichen des gewünschten Ergebnisses notwendig sind und welche finanziellen Belastungen daraus erwachsen.

Vor allem sind wir aber auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen. Nur wenn Patient und Behandler zielstrebig zusammen an der Korrektur der Gebissanomalie arbeiten, wird sich der Erfolg einstellen. Mitarbeit setzt Verständnis für die Behandlungsabläufe voraus. Diese „Infomappe“ soll hierzu einen Beitrag leisten.

Ihr Praxisteam
Dr. Stefanie Marxkors