

Gesetzliche Krankenversicherung

Für die gesetzlich Krankenversicherten (es betrifft alle Krankenkassen gleichermaßen: AOK, BKK, GEK, BEK, DAK, TK, HEK, KKH usw. ...) hat der Gesetzgeber neue Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung ab 01. Januar 2002 beschlossen. (in unserer Praxis jederzeit nachlesbar) Danach muß der Kieferorthopäde bei allen neuen Patienten den Behandlungsbedarf anhand befundbezogener kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG) feststellen.

Eine Einstufung mindestens in den Behandlungsbedarfsgrad 3 der Indikationsgruppen ist erforderlich, damit der Kieferorthopäde einen Heil- und Kostenplan bei der Krankenkasse einreichen kann.

Die Patienten, bei denen der Kieferorthopäde feststellt, dass nur ein Behandlungsbedarfsgrad 1 oder 2 vorliegt, müssen die gewünschten Therapiemaßnahmen privat bezahlen. Nach dem derzeitigen Kenntnisstand läßt sich einschätzen, daß medizinisch notwendige, (d.h. wenn durch Kiefer- und/oder Zahnfehlstellungen funktionelle Beeinträchtigungen bestehen oder als Folge entstehen werden) Maßnahmen von den Krankenkassen auch zukünftig kostenmäßig übernommen werden. Ausgeschlossen sind natürlich rein ästhetische Korrekturen (z.Bsp. eine kleine Lücke zwischen 2 Zähnen) - dies war aber bisher auch keine Kassenleistung!

Die Kosten für eine erste allgemeine kieferorthopädische Untersuchung und Beratung wird für Kinder, aber auch für Erwachsene von allen Krankenkassen übernommen, auch wenn dabei festgestellt wird, dass die weitere Behandlung keine gesetzlich Krankenversichertenleistung (GKV-Leistung) ist. Für sehr umfangreiche Erläuterungen (über 10-15 min) hinsichtlich Material, Kosten usw. berechnen wir bei Patienten, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, zusätzlich ca. 10-20 € (je nach Zeitaufwand) privat.