



© Oleg Shelomentsev - Fotolia.com

„Gratiszahnspange“ – die neue kieferorthopädische Versorgung

Eine kurze Darstellung der Neuerungen ab 1. Juli 2015



Mag. (FH) Sven Arne Plaß ist Mitarbeiter der Abteilung „Vertragspartner Ärzte“ im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und hat maßgeblich an der Umsetzung der Bestimmungen über die Leistungen der kieferorthopädischen Behandlung für Kinder und Jugendliche mitgewirkt.

Mit Beschluss des Nationalrats vom 26. März 2014 (BGBl. I 2015/28) wurde ab dem 1. Juli 2015 durch die Einführung der neuen § 153a ASVG, § 94a GSVG, § 95a BSVG und § 69a B-KUVG der Leistungsbereich der kieferorthopädischen Versorgung für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr neu gestaltet. Die neuen Leistungen sind kostenfrei und ohne Zahlungen bzw. Leistung eines Behandlungsbeitrags durch Patienten und Patientinnen bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigte vorzusehen. Die neuen Leistungen kommen rund 30.500 Kindern eines jeden Jahrganges (= rund 33 Prozent) zugute. Etwa 22.500 Kinder werden eine festsitzende Zahnspange und 8.000 Kinder eine frühkindliche kieferorthopädische Behandlung erhalten.

Um die Versorgung sicherzustellen, hat der Gesetzgeber dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Zahnärztekammer den Auftrag (§ 343e ASVG) erteilt, einen Gesamtvertrag abzuschließen, der die Erbringung der neuen Leistung regelt und die Versorgung durch eine unter Bedachtnahme auf eine regional ausgewogene Versorgung festzusetzende Anzahl von Kieferorthopäden und Kieferorthopädin-

nen, die Einzelverträge nach diesem Gesamtvertrag abschließen und damit eine Sachleistungsverantwortung gewährleisten, sicherzustellen. Der Gesamtvertrag ist mit 1. Juli 2015 in Kraft getreten. In einem Vertragsverhältnis zu den Krankenversicherungsträgern stehen rund 180 Kieferorthopäden und Kieferorthopädinnen den Patienten(inn)en zur Inanspruchnahme zur Verfügung.

Zur Finanzierung der Leistungen aus diesem Vertrag werden vom Bund jährlich 80 Mio. Euro (40 Mio. Euro für 2015) zur Verfügung gestellt, die über den beim Hauptverband eingerichteten Zahngesundheitsfonds (§ 447i ASVG) entsprechend dem Leistungsumfang der einzelnen Krankenversicherungsträger auf diese verteilt werden.

Qualitätssicherung

Hervorzuheben ist die vom Gesetzgeber geforderte Qualitätsorientierung im Zusammenhang mit der neuen Kieferorthopädie. So beauftragt der Gesetzgeber durch § 153a Abs. 3 ASVG den Hauptverband „für die Leistungserbringung [...] ein Qualitätssicherungssystem vorzusehen. Die Krankenversicherungsträger haben die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, insbesondere die Struktur- und die

Ergebnisqualität (Behandlungserfolg) zu überprüfen und darüber dem Hauptverband zu berichten.“ Auf diese Qualitätsanforderungen wurde schon bei der Einzelvertragsvergabe besonders geachtet. Kieferorthopäden sind Zahnärzte, die durch zusätzliche Ausbildungen und weiterreichende Qualifikation (Strukturqualität) sowie durch den Nachweis einer ausreichenden Anzahl von Fällen, die mit der vertraglich vorgesehenen Qualität abgeschlossen wurden (Ergebnisqualität), ihre Eignung zur Erbringung der festsitzenden Kieferorthopädie nachgewiesen haben.

Darüber hinaus werden alle laufenden und zukünftig mit den Krankenversicherungsträgern abgerechneten Behandlungsfälle einer Überprüfung unterzogen. Als Messinstrument zur Qualitätssicherung der Ergebnisqualität in der Kieferorthopädie bei festsitzenden Behandlungen kommt dabei der Peer-Assessment-Rating(PAR)-Index zur Anwendung.

Durch die Behandlung soll eine Verbesserung der Fehlstellung im Querschnitt aller von einem Vertragskieferorthopäden erbrachten und in die Begutachtung einbezogenen Behandlungsfälle um *mindestens 70 Prozent* erreicht werden, wenn angenommen wird, dass die Erreichung des Idealzustands mit 100 Prozent ausgedrückt wird. Durch einen eigens vorgesehenen Sanktionsmechanismus soll sichergestellt werden, dass die Qualität der Leistungserbringung langfristig auf einem hohen Niveau sichergestellt ist.

Wer hat Anspruch auf die neuen Leistungen?

Anspruch auf Zahnsparungen im Rahmen der neuen kieferorthopädischen Versorgung haben alle behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Wird die Behandlung vor diesem Zeitpunkt begonnen, ist die Behandlung auch nach dem 18. Lebensjahr so lange durchzuführen, bis sie abgeschlossen wurde.

Zur Behandlungsbedürftigkeit hat der Gesetzgeber in den Erläuterungen zum Gesetz ausgeführt, dass diese nach dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft offenbar dann gegeben ist, wenn aufgrund einer erheblichen Zahn- oder Kieferfehlstellung ein großer oder sehr großer Behandlungsbedarf besteht, was bei Fällen, bei denen IOTN mit Stufe 4 bzw. 5 vorliegt, jedenfalls anzunehmen ist.

Der IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need/Index für kieferorthopädische Behandlung) ist ein international anerkannter klinischer Index, der in fünf Stufen eingeteilt, die Behandlungsnotwendigkeit in jeder einzelnen Stufe beschreibt:

- IOTN 1 – keine Behandlungsnotwendigkeit
- IOTN 2 – geringe Behandlungsnotwendigkeit
- IOTN 3 – gemäßigte Behandlungsnotwendigkeit

- IOTN 4 – große Behandlungsnotwendigkeit
 - IOTN 5 – sehr große Behandlungsnotwendigkeit
- Ob im Einzelfall tatsächlich IOTN 4 oder 5 vorliegt und ein Anspruch auf eine neue Zahnspange besteht, ist professionell zu beurteilen und durch einen Vertragskieferorthopäden festzustellen. Beispielhaft sollen hier trotzdem einige Zahn- oder Kieferfehlstellungen mit großem oder sehr großem Behandlungsbedarf angeführt werden. Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und kann die Prüfung und Feststellung durch einen Kieferorthopäden keinesfalls ersetzen:
- Nichtanlage von Zähnen,
 - Überbiss von mehr als 6 mm (der Unterkiefer liegt zu weit hinten; die oberen Schneidezähne stehen zu weit vor den unteren),
 - Rückbiss von mehr als 1 mm mit Kaustörungen bzw. Sprachbeeinträchtigungen (die oberen Schneidezähne beißen hinter den Schneidezähnen im Unterkiefer),
 - offener Biss von mehr als 4 mm (Ober und Unterkiefer haben beim Zubeißen keinen Kontakt) sowie
 - Kreuzbiss, Scherenbiss, Höcker-Höcker-Verzahnung bei entsprechend großer Abweichung von der richtigen Verzahnung.

Leistungen, die seit dem 1. Juli 2015 neu angeboten werden

Folgende Leistungen sind vertraglich neu vereinbart und können von den Vertragspartnern seit 1. Juli 2015 mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger abgerechnet werden.

a) Die kieferorthopädische Beratung

Leistungserbringer: Zahnärzte/-ärztinnen (keine Kieferorthopäden/-orthopädinnen)

Die kieferorthopädische (KFO) Beratung erfolgt zu jenem Zeitpunkt, zu dem beim Patienten in der Regel die vier oberen und die vier unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind, und umfasst folgende Leistungen:

- Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art, Dauer usw. der KFO-Behandlung
- Information über den Ablauf einer KFO-Behandlung
- Informationen über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten bei der kieferorthopädischen Behandlung wie z. B. Mundhygiene, Einhalten von Therapieempfehlungen und -maßnahmen
- Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung

Die KFO-Beratung ist bis zum vollendeten 18. Lebensjahr des Patienten nur einmal verrechenbar. Nach Inanspruchnahme dieser Leistung erfolgt eine

Anspruch auf Zahnsparungen haben alle behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Sperre über das e-card-System. Diese Leistung ist dann auch nicht mehr von andere Vertragszahnärzten verrechenbar.

b) Die IOTN-Feststellung

Leistungserbringer: Kieferorthopäde(inn)en

Die Feststellung des IOTN-Grades kann ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zum vollendeten 18. Lebensjahr insgesamt maximal zweimal pro Patient in Anspruch genommen werden. Eine über diesen Anspruch hinausgehende IOTN-Feststellung ist eine Privatleistung. Wird IOTN 4 oder 5 festgestellt, ist diese Leistung mit dem Pauschalhonorar (dem Kassentarif) einer allfälligen festsitzenden kieferorthopädischen Hauptbehandlung abgegolten und kann vom Kieferorthopäden auch nicht privat abgerechnet werden.

Diese Leistung kann der Kieferorthopäde nicht mit dem KV-Träger (Krankenversicherungsträger) verrechnen, wenn IOTN 1 und 2 vorliegt bzw. wenn eine kieferorthopädische Leistung als Privatleistung erbracht wird. Nach der erstmaligen Inanspruchnahme und Verrechnung dieser Leistung mit dem zuständigen KV-Träger kann eine weitere IOTN-Feststellung erst nach einem Jahr in Anspruch genommen werden.

c) Die interzeptive Behandlung

Leistungserbringer: Zahnärzte/-ärztinnen und Kieferorthopäde(inn)en

Wird die Leistung vom Zahnarzt erbracht, ist zuvor eine Bewilligung beim leistungszuständigen KV-Träger einzuholen. Diese Bewilligung entfällt bei Leistungserbringung durch einen Vertragskieferorthopäden.

Die interzeptive Behandlung (Frühbehandlung) dient der frühen Korrektur von Zahnfehlstellungen im Milch- und frühen Wechselgebiss, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu

ermöglichen und um eine Verschlechterung oder Folgeschäden zu vermeiden, die ohne eine solche Behandlung eintreten könnten. Sie ist daher in der Regel vor Vollendung des zehnten Lebensjahres zu beginnen und sollte im Regelfall innerhalb eines Jahres abgeschlossen sein. Eine solche Behandlung hat dabei eindeutig dokumentierte Vorteile gegenüber einer ausschließlichen (festsitzenden) Spätbehandlung (siehe unten). Ob sie erforderlich wird, bedarf zum gegebenen Zeitpunkt einer neuerlichen Überprüfung des Vorliegens von IOTN 4 oder 5. Voraussetzungen für die interzeptive Behandlung sind das Vorliegen von IOTN 4 oder 5 und eine der nachstehenden Indikationen:

- a. Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte und andere kraniofaziale Anomalien,
- b. skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne,
- c. seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne,
- d. ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss,
- e. frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss),
- f. bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig),
- g. progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe,
- h. Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionelle Probleme mit Verschlechterungstendenzen,
- i. Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm,
- j. Platzmangel in Stützzone > 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt,
- k. unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren,
- l. Tiefbiss bzw. Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt und
- m. verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z. B. nach einer Collumfraktur).

Platzmangel im Frontzahnbereich während der frühen Wechselgebissphase alleine oder Gingivakontakt der Zähne mit dem antagonistischen Parodontiumstellen dabei noch keine Indikation für eine interzeptive Behandlung dar.

Leistungsumfang der interzeptiven Behandlung als für Patienten und Patientinnen kostenfreie Leistung der sozialen Krankenversicherung:

- a. kieferorthopädische Diagnose (dreidimensional getrimmte Modelle, Fotos intra- und extraoral, Panoramaröntgen; bei Verdacht auf skelettale Abweichungen auch laterales Fernröntgen),

Die Feststellung des IOTN-Grades kann ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zum 18. Lebensjahr maximal zwei Mal pro Patient in Anspruch genommen werden.



© Robert Przybylsz - Fotolia.com

- b. Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme,
 - c. kieferorthopädische Behandlung,
 - d. Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis und
 - e. eine Reparatur (weitere Reparaturen sind vom Krankenversicherungsträger zu genehmigen).
- Mit der Behandlungspauschale sind sämtliche im Zusammenhang mit der Behandlung notwendigen Maßnahmen und Apparate abgegolten. Der Versicherte muss keine Zuzahlung leisten; Zu- oder Aufzahlungen für diese Vertragsleistung dürfen von den Vertragspartnern nicht eingehoben werden.

d) Die kieferorthopädische Hauptbehandlung – festsitzende Zahnspange

Leistungserbringer: Kieferorthopäd(-inn)en.

Die Prüfung und Feststellung, ob ein Anspruch auf diese Leistung besteht, obliegt dem Vertragskieferorthopäden. Die Anspruchsvoraussetzungen sind erfüllt, wenn der Behandlungsbeginn vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt und eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach IOTN 4 oder 5 gegeben ist. Ein gesonderter Bewilligungsantrag an den leistungszuständigen Krankenversicherungsträger ist bei Leistungserbringung durch einen Vertragspartner nicht mehr erforderlich.

Die kieferorthopädische Hauptbehandlung erfolgt in der späten Phase des Wechselgebisses zu einem Zeitpunkt, zu dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingegliedert sind. Das ist etwa ab dem 12. Lebensjahr. Zwischen dem Abschluss einer interzeptiven Behandlung und dem Beginn einer kieferorthopädischen Hauptbehandlung muss mindestens ein Jahr Behandlungsunterbrechung liegen.

Leistungsumfang der kieferorthopädischen Hauptbehandlung als für Patienten kostenfreie Leistung der sozialen Krankenversicherung:

Die Diagnostik umfasst die Behandlungsplanung, die klinische Inspektion der Mundhöhle und der Kiefer samt allenfalls notwendigen Überweisungen, Panoramaröntgen, laterales Fernröntgen, Fotos intra- und extraoral, Modelle, Bissregistrat sowie Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs. Diagnostische Maßnahmen, die zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs mittels der Vertragsleistung erforderlich sind, können auch mit Einverständnis des Patienten nicht privat verrechnet werden.

Die Therapie selbst erfolgt mit Metallbrackets, Bändern, Bogenfolgen, Gummizügen zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs und umfasst die Information und Instruktion zur Handhabung der kieferorthopädischen Apparaturen und zur Einhaltung einer optimalen häuslichen Mundhygiene sowie die erstmalige Anfertigung und Eingliederung von ge-



© overthill - Fotolia.com

eigneten Retainern zum Abschluss der Behandlung. Ferner umfasst sie auch notwendige Reparaturen, Serviceleistungen und chirurgische Eingriffe, die primär der Behandlungsverkürzung dienen. Therapeutische Maßnahmen, die zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs mittels der Vertragsleistung erforderlich sind, können auch mit Einverständnis des Patienten nicht privat verrechnet werden.

Wird auf Wunsch des Patienten ein kieferorthopädischer Apparat unter rein kosmetischen Aspekten erstellt (z. B. linguale Versorgung, Keramikbrackets, zahnfarbene Bögen) ist die kieferorthopädische Leistung in ihrer Gesamtheit eine Privatleistung.

Weil mit diesen Apparaten gegenüber der vertraglichen Versorgung keine besseren Behandlungsergebnisse erzielt werden, können diese Apparate nicht auf Kosten der Krankenkassen geleistet werden, da die Mittel der Krankenversicherungsträger ökonomisch einzusetzen sind. Bei gleichwertigen Behandlungsergebnissen ist das kostengünstigere Mittel zur Erreichung dieser Behandlungsergebnisse einzusetzen. Zudem entsprechen die gesamtvertraglich vorgesehenen Apparate mit Metallbrackets einer State-of-the-Art-Behandlung, die weltweit anerkannt und üblich ist.

Mit dem Pauschalhonorar, das der Krankenversicherungsträger dem Vertragspartner leistet, sind auch zwei Reparaturen zur Beseitigung von Beschädigungen des kieferorthopädischen Apparates abgegolten, deren Ursache in der Sphäre des Patienten gelegen ist. Liegt die Ursache für die Beschädigung in der Sphäre des Vertragskieferorthopäden, so ist jede Reparatur – unabhängig von ihrer Häufigkeit – jedenfalls ein Bestandteil der Vertragsleistung und mit dem Pauschalhonorar abgegolten. Nicht als Reparaturen gelten im Pauschalhonorar inkludierte Serviceleistungen zur Beseitigung von Schäden, die durch Abnutzung oder trotz sachgemäßen Gebrauchs innerhalb der Tragedauer üblicherweise entstehen. Weitere Reparaturen sind lediglich auf Kosten des KV-Trägers vorzunehmen, wenn dieser einer Kostenübernahme zustimmt, an-

Mit dem Pauschalhonorar, das dem Vertragspartner geleistet wird, sind auch zwei Reparaturen zur Beseitigung von Beschädigungen des kieferorthopädischen Apparates abgegolten, deren Ursache in der Sphäre des Patienten gelegen ist.

derfalls ist ein Behandlungsabbruch vorzunehmen. Mit dem Honorar ist auch die im Rahmen der Therapiefreiheit des Vertragskieferorthopäden vorgenommene einmalige Verwendung von Non-Compliance-Geräten abgegolten. Ist eine Reparatur dieses Geräts erforderlich, obliegt es dem Vertragskieferorthopäden zu entscheiden, ob er das Non-Compliance-Gerät im Rahmen des Behandlungspauschales ersetzt oder auf eine Behandlung ohne Non-Compliance-Geräte im Rahmen des Behandlungspauschales umstellt.

Der Ablauf einer kieferorthopädischen Behandlung ab dem 1. Juli 2015 bei Vertragspartnern

Fallbeispiel 1

1. Ein Kind mit 13 Jahren kommt zum/zur Zahnarzt/-ärztin.
2. Der/die Zahnarzt/-ärztin führt eine KFO-Beratung durch, wenn bisher noch keine vorgenommen wurde.
3. Wird eine KFO-Behandlungsnotwendigkeit festgestellt, wird zur weiteren Abklärung des Anspruchs an eine/n Kieferorthopäden/-in überwiesen.
4. Durch den/die Kieferorthopäden/-in wird die IOTN-Feststellung durchgeführt.
5. IOTN 4 oder 5 wird festgestellt (anderenfalls siehe Fallbeispiel 2, lit 6ff.).
6. Die Behandlung wird begonnen und durchgeführt – es ist keine Vorabewilligung notwendig.
7. Zum Behandlungsende Sicherstellung des Behandlungserfolgs durch Retentionsmaßnahmen (Schienen, die laufend weiter, vor allem in der Nacht, zu tragen sind).
8. Nach Behandlungsabschluss erfolgt die Qualitätsprüfung des Ergebnisses durch den zuständigen Krankenversicherungsträger.
9. Durch den/die Versicherte/n ist keine Zu- und Aufzahlung an den/die Kieferorthopäden/-in zu leisten.

Die Schritte 1 bis 3 entfallen, wenn gleich ein/e Kieferorthopäde/-in aufgesucht wird.

Fallbeispiel 2

1. Ein Kind mit zwölf Jahren kommt zum/zur Zahnarzt/-ärztin.
2. Der/die Zahnarzt/-ärztin führt eine KFO-Beratung durch, wenn bisher noch keine vorgenommen wurde.
3. Wird eine KFO-Behandlungsnotwendigkeit vermutet, wird zur weiteren Abklärung des Anspruchs an eine/n Kieferorthopäden/-in überwiesen.
4. Durch den/die Kieferorthopäden/-in wird die IOTN-Feststellung durchgeführt.

5. IOTN 4 oder 5 liegt nicht vor (liegt IOTN 4 oder 5 vor, siehe Fallbeispiel 1, lit 6ff.).
 6. Prüfung, ob ein Anspruch nach den vor 1. Juli 2015 geltenden KFO-Bestimmungen (Altsystem) gegeben ist.
 7. Der Antrag auf Vorbewilligung ist an den zuständigen KV-Träger zu stellen.
 8. Stimmt der zuständige Krankenversicherungsträger der Behandlung nach dem Altsystem zu, erfolgt diese wie bisher unter Zuzahlung des/der Versicherten.
 9. Bei Ablehnung durch den KV-Träger ist eine allfällige Behandlung als Privatleistung durchzuführen.
- Die Schritte 1 bis 3 entfallen, wenn gleich ein/e Kieferorthopäde/-in aufgesucht wird.

Fallbeispiel 3

1. Ein Kind mit acht Jahren kommt zum/r Zahnarzt/-ärztin.
2. Der/die Zahnarzt/-ärztin führt eine KFO-Beratung durch, wenn bisher noch keine vorgenommen wurde.
3. Wird eine KFO-Behandlungsnotwendigkeit vermutet, ist ein Anspruch auf interzeptive (frühkindliche) Behandlung durch den/die Zahnarzt/-ärztin zu prüfen (Vorliegen von IOTN 4 oder 5 und einer zusätzlichen Indikation zu einer Zahnfehlstellung) oder an eine/n Kieferorthopäden/-in zu überweisen.
4. Stellt der/die Zahnarzt/-ärztin einen positiven Anspruch fest, muss ein Antrag auf Bewilligung an den zuständigen KV-Träger übermittelt werden. Bei Überweisung an eine/n Kieferorthopäden/-in, ist durch diese/n der Anspruch selbst noch einmal zu überprüfen (kein Antrag auf Bewilligung erforderlich).
5. Eine positive Bewilligung durch den zuständigen KV-Träger liegt vor bzw. hat der/die Kieferorthopäde/-in das Vorliegen eines Anspruchs festgestellt.
6. Die Behandlung wird begonnen und durchgeführt.
7. Nach Behandlungsabschluss erfolgt die Qualitätsprüfung des Ergebnisses durch den zuständigen Krankenversicherungsträger.
8. Durch den/die Versicherte/n ist keine Zu- und Aufzahlungen an den/die Kieferorthopäden/-in zu leisten.
9. Zu einem späteren Zeitpunkt (in der Regel dem 12. Lebensjahr) kann geprüft werden, ob eine weitere KFO-Behandlung notwendig ist, weil IOTN 4 oder 5 vorliegt. Eine solche Behandlung erfolgt dann ausschließlich durch eine/n Kieferorthopäden/-in (siehe dazu Fallbeispiel 1).

Schritte 1 bis 3 entfallen, wenn gleich ein/e Kieferorthopäde/-in aufgesucht wird.

Kostenerstattung

Wird die Behandlung nicht bei einem/r Vertragspartner/-in durchgeführt, kann beim zuständigen Krankenversicherungsträger ein Antrag auf Kostenerstattung eingereicht werden. Infrage kommen dabei alle zuvor dargestellten Leistungen inklusive allfälliger Kosten für Reparaturen bei der Behandlung. Für die Kostenerstattung, die in der Regel 80 Prozent der gesamtvertraglich vereinbarten Tarife beträgt, sind folgende gemeinsamen Bestimmungen zu erfüllen:

- Für Leistungen, die Wahlkieferorthopäden/innen erbringen (IOTN-Feststellung, interzeptive Behandlung, festsitzende kieferorthopädische Hauptbehandlung), sind ebenso wie bei den Vertragskieferorthopäden der Gebietskrankenkasse im Bundesland die Ausbildungs- und Erfahrungsnachweise vorzulegen, mit denen die Qualifikation zur Leistungserbringung nachgewiesen wird.
- Die Leistung entspricht vollständig der Vertragsleistung.
- Es wurde ein positives Behandlungsergebnis erreicht. Dieses ist gegeben, wenn
 - bei der interzeptiven (frühkindlichen) Behandlung das vor Beginn der Behandlung definierte Behandlungsziel erreicht wurde und
 - bei der festsitzenden kieferorthopädischen Hauptbehandlung eine Verbesserung um mindestens 70 Prozent gegenüber dem Ausgangszustand erreicht wurde.
- Der/die Wahlkieferorthopäde/in hat seine/ihre Honorare auf Dauer im Internet veröffentlicht.
- Die bezahlte Honorarnote über die Kosten der Behandlung wird dem zuständigen Krankenversicherungsträger vorgelegt.

Darüber hinaus gilt: Für die interzeptive (frühkindliche) Behandlung ist immer vor Beginn der Behandlung durch einen Wahlbehandler (unabhängig davon, ob dieser als Zahnarzt oder Kieferorthopäde tätig ist) unter Angabe des Behandlungsplans und einer plausiblen Erfolgsannahme eine Genehmigung vom zuständigen KV-Träger einzuholen. Für die festsitzende kieferorthopädische Hauptbehandlung gibt es folgende Möglichkeiten:

- Es wird die Behandlung aufgrund einer plausiblen Erfolgsannahme und unter Vorlage eines Behandlungsplans samt IOTN-Feststellung vom zuständigen Krankenversicherungsträger genehmigt. Gegebenenfalls kann Kostenerstattung auch für Teilrechnungen, die während der Behandlung gestellt werden, erfolgen. Basisbetrag für die Teilbetragszahlungen sind 80 Prozent des



© gregorydean - Fotolia.com

Vertragstarifs für die kieferorthopädische Hauptbehandlung. Die Zahlungen erfolgen nach folgendem Schlüssel:

- 45 Prozent des Basisbetrags für jenen Zeitraum, in den der Behandlungsbeginn (= jener Zeitpunkt, zu dem die Behandlungsapparate im Mund des Patienten eingegliedert sind) fällt
- 25 Prozent des Basisbetrags für jenen Zeitraum, in dem das erste Behandlungsjahr abgeschlossen ist
- 30 Prozent des Basisbetrags für jenen Zeitraum, in den das Behandlungsende, zu dem die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden, fällt und in dem die geforderte Ergebnisqualität nachgewiesen ist
- Wird keine Vorabgenehmigung beim zuständigen Krankenversicherungsträger eingeholt, kann eine Kostenerstattung erst dann erfolgen, wenn durch die Behandlung eine Verbesserung des Ausgangszustands von zumindest 70 Prozent nach dem PAR-Index (Ergebnisqualität) erreicht wird, außer dies ist aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des/der Patienten/-in nicht möglich, und die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.

Durch das neue Leistungspaket wird ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen geleistet und eine Hürde beseitigt, die vor allem Familien mit mehreren Kindern belastet hat.

Schlussbemerkungen

Durch das neue seit 1. Juni 2015 geltende Leistungspaket wird ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen geleistet. Der Zugang zu einer kostenintensiven Leistung wurde erleichtert und so auch eine Hürde beseitigt, die vor allem Familien mit mehreren Kindern darin belastet hat, die Inanspruchnahme solcher Leistungen zu finanzieren. Ob und inwieweit das nunmehrige Angebot den Bedarf ausreichend deckt bzw. vielleicht sogar übererfüllt und die definierten Leistungsinhalte für eine qualitätsvolle, ergebnisorientierte Behandlung geeignet sind, ist nach einer gewissen Zeit zu evaluieren; sofern notwendig, sind in weiterer Folge Anpassungen vorzunehmen.