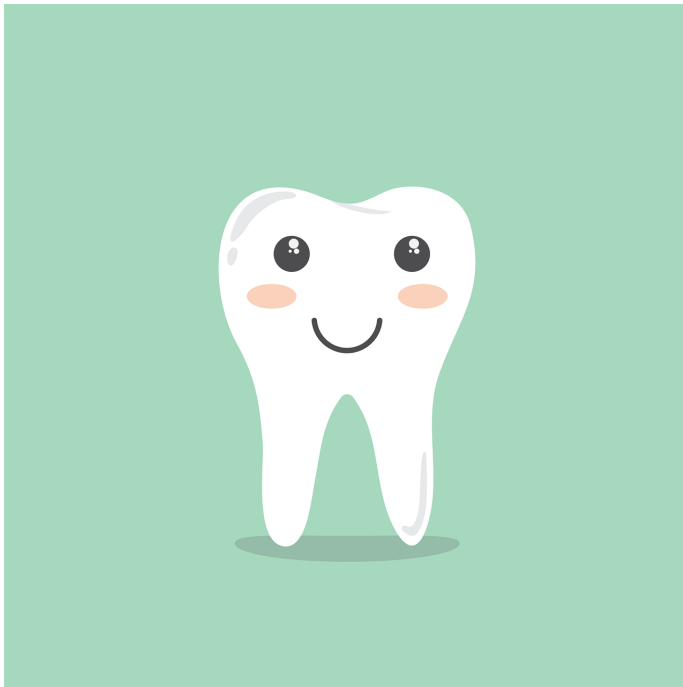




Kassenleistungen der Zahnmedizin im Überblick



Für die meisten Patienten heißt es nach einem Zahnarztbesuch: selbst zahlen! Nachfolgend finden Sie eine kurze Übersicht über die wichtigsten Leistungen der Krankenkassen für verschiedene Zahnbehandlungen.

Das Wichtigste
zusammengefasst:

Trotz der vielen Einschränkungen werden viele Leistungen von der Zahnsteinentfernung bis zur Kieferorthopädie ganz oder teilweise von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Gesetzliche Krankenkassen

übernehmen medizinisch notwendige Kosten. Zu bezahlende Zusatzangebote beinhalten in der Regel nur einen ästhetischen Mehrwert, keine medizinische Notwendigkeit. Einige Leistungen der Krankenkassen müssen vor Behandlungsbeginn schriftlich bei der Krankenkasse beantragt werden.

- Zahnvorsorge
- Zahnfüllungen
- Wurzelbehandlungen
- Behandlung von Parodontitis
- Behandlung von Zahnfehlstellungen (Kieferorthopädie)
- Zahnersatz
- Schnarchschiene

Zahnvorsorge

Bei Erwachsenen zahlt die gesetzliche Krankenkasse pro Jahr zwei zahnärztliche Kontrollen und eine Zahnsteinentfernung, also die Entfernung von hartem und weichem Zahnbelag. Die Krankenkassen zahlen alle zwei Jahre für die Früherkennung einer Parodontitis.

Auch viele Krankenkassen beteiligen sich mit einer Bezuschussung an der professionellen Zahnreinigung. Bei Kindern im Alter von 6 bis 18 Jahren sind zwei zahnärztliche Kontrollen und kariesprophylaktische Auffüllung von Zahnfurchen (Fissuren Versiegelung) in den ersten beiden bleibenden Backenzähnen vor den Weisheitszähnen erforderlich. Zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr zahlt die gesetzliche Krankenkasse 3 zahnärztliche Frühkontrollen. Die erste Untersuchung wird im Alter von 34 Monaten abgelegt, die beiden anderen im Alter von 6 Jahren. Zwischen den einzelnen Untersuchungen müssen mindestens 12 Monate liegen. Darüber hinaus haben Kinder mit hohem Kariesrisiko Anspruch auf Fluorid. Seit dem 1. Juli 2019 gibt es neue gesetzliche Leistungen zur Vorbeugung von Karies bei Kleinkindern. Daher haben Kleinkinder von 6 bis 34 Monaten Anspruch auf 3 Früherkennungsuntersuchungen.

Füllungen

Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt sogenannte farbige Kompositfüllungen im Frontzahnbereich (Schneide- und Eckzähne). In der letztgenannten Region erhalten Schwangere und Stillende sowie gesetzlich Versicherte mit Amalgamallergie, Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz und Kinder unter 15 Jahren kostenlos Füllungen.

Auch wenn sich ein Patient für ein kostenpflichtiges Medikament entscheidet, übernimmt die gesetzliche Krankenkasse weiterhin die Kosten der gesetzlichen Alternative, d. h. der Patient muss nur die Differenz zwischen zuzahlungsfreien und kostenpflichtigen Leistungen bezahlen. In diesem Fall kommt eine Vereinbarung über den Zuschlag zustande.

Bei Füllungsmängeln, die nicht vom Patienten verursacht wurden, gewähren die gesetzlichen Krankenkassen eine Gewährleistungsfrist von zwei Jahren. Der Zahnarzt muss den Defekt kostenlos beheben oder eine ganz neue Füllung einsetzen.

Wurzelbehandlung

Das Leistungsspektrum der Krankenkasse umfasst die Wurzelkanalbehandlung und Wurzelspitzenentfernung (Resektion) im Front- und Seitenzahnbereich, sofern der betroffene Zahn als konservativ behandlungswürdig eingestuft wird. Die Wurzelkanalreinigung und -füllung ist eine erstattungsfähige Leistung der Wurzelkanalbehandlung.

Grundsätzlich sollte der Wurzelkanal bis zum oder nahe dem Wurzelende aufbereitet und aufgefüllt werden können. Bei einer Zahnfehlstellung im Seitenzahnbereich übernimmt die Krankenkasse die Wurzelkanalbehandlung, wenn eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann, ein seitlicher Durchbruch der Zahnreihe verhindert wird oder die vorhandene Restauration erhalten werden kann.

Die Einzelheiten sind in den Richtlinien für Vertragszahnärztliche Versorgung der Gemeinsamen Bundeskommission geregelt.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Wurzelkanalbehandlung ist, dass der Kanal vor der eigentlichen Behandlung genau vermessen wird. Die von Versicherungen übernommene Standardmethode ist die Längenbestimmung mittels Röntgen.

Behandlung von Parodontitis

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten, wenn eine behandlungsbedürftige Parodontitis vorliegt. Das bedeutet, dass eine Zahnfleischtaschentiefe von 4,0 mm oder mehr besteht. Vor Behandlungsbeginn ist ein schriftlicher Antrag an die Krankenkasse zu richten. Hierzu erstellt der Zahnarzt oder die Zahnärztin einen Heil- und Kostenplan, den der Patient oder die Patientin zur Prüfung und Genehmigung bei der Krankenkasse einreicht. Bislang mussten von Parodontitis Betroffene die Vor- und Nachbehandlung selbst bezahlen. Das ist nun anders, denn seit dem 1. Juli 2021 übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen bei einer diagnostizierten Parodontitis nicht nur die Akutbehandlung, sondern auch eine umfangreiche Nachsorge, zu der auch die Reinigung aller Zähne gehört. Versicherte können zukünftig für den Zeitraum von zwei Jahren nach Abschluss einer aktiven Behandlung eine Nachsorge in Anspruch nehmen ("Unterstützende Parodontitistherapie" genannt). Unter bestimmten Voraussetzungen kann diese nochmals um sechs Monate verlängert werden.

Behandlung von Zahnfehlstellungen (Kieferorthopädie)

Bei Kindern bis 18 Jahren prüfen Kieferorthopäden den Schweregrad von Zahnfehlstellungen anhand von fünf kieferorthopädischen Indikationsgruppen, kurz KIGs. Ab KIG 3 übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Behandlungskosten. Das spezifische Leistungsspektrum umfasst je nach Anforderung abnehmbare Kunststoff-Abstandshalter mit Metallbügeln oder feste Abstandshalter mit Edelstahlbügeln.

Bei Erwachsenen ist eine kieferorthopädische Behandlung nur bei schweren Fehlstellungen akzeptabel, die auch eine orale Operation erfordern.

Bei Kindern müssen die Eltern zunächst 20 % der gesetzlichen Behandlungskosten selbst tragen, diese Kosten werden jedoch nach Abschluss der Behandlung erstattet. Werden zwei oder mehr Kinder gleichzeitig kieferorthopädisch behandelt, müssen die Eltern nur 10 % einzahlen.

Zahnersatz

Für Zahnersatz gelten andere Regeln als für die sonstige Zahnpflege. Die Krankenkasse beteiligt sich an der Behandlung von Zahnersatz durch einen pauschalen Zuschuss. Ausgangspunkt für die Förderung sind die Testergebnisse, der sogenannte Befund. Die Standardversorgung (Standardtherapie) wird für jeden Befund als medizinisch notwendig definiert. Die Krankenkasse trägt 60 % der Kosten dieser Regelleistung, auch Pauschalzuschuss genannt. Alle übrigen Kosten trägt der Patient (Ausnahme: siehe Krankenpflegeordnung).

Die Höhe der Gebühr hängt auch davon ab, ob Jahresschecks in das Prämienbuch eingetragen werden müssen. Wird die Kontrolle 5 Jahre lang einmal jährlich durchgeführt, erhöht sich der Krankenkassen-Fördergrad auf 70 %. Bei Nachweis von 10 Jahren erhöht sich die Förderung auf 75 %. Werden Kronen oder Brücken im Seitenzahnbereich benötigt, sind unedle Metalle die Standardquelle.

Schnarchschiene

Erwachsene, die unter einer behandlungsbedürftigen schlafbezogenen Atmungsstörung (obstruktive Schlafapnoe) leiden, können in der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2022 in den Genuss einer sogenannten Unter-Protrusionsschiene kommen – sofern eine vorangegangene Überdrucktherapie fehlgeschlagen ist.

Die obstruktive Schlafapnoe ist die häufigste Form der Atmungsstörung während des Schlafs. Die Schiene ist transparent und verbindet den Unter- und Oberkiefer miteinander und verhindert somit, dass die Atemwege von der Zunge frei bleiben.

