

## HILFEN zu Arztsuche und Kassenwechsel

### Freie Arztwahl ist Ihr gutes Recht

Aber wenn drei Kieferorthopäden Ihrem 9-jährigen Sohn einen Headgear verpassen wollen, oder Ihrer 5 Jahre kleinen Tochter eine Delaire-Maske (andere Außenspange), und frechweg behaupten, dass das von Kindern gut akzeptiert wird? Oder Ihrer 7-jährigen Tochter „die Gaumennaht erweitern“ oder Ihrem 11-Jährigen gegen Rückbisslage irgendetwas fest einbauen wollen?  
Oder nur mit 2000 Euro Zuzahlung behandeln wollen, obwohl die Kasse den Fall zahlt?  
Wenn ein Kassen-Gutachter einen sanften Behandlungsplan abwürgt?  
Oder wenn Sie als Selberzahler oder Privatpatient eine Art der Zahnkorrektur suchen, die Sie nicht so abhängig macht?  
Dann gilt es „Angebote“ einzuholen, bis eines dabei ist, das der genauen Prüfung auf die körperlichen und finanziellen Risiken standhält.

### Wie spürt man „herausnehmbare“ Kieferorthopädie auf?

Wieviel man vorab telefonisch herausfinden kann, ist verschieden. Manche Praxen wollen alle Patienten herlocken, andere lehnen Wechsel-Patienten pauschal ab.  
Man kann **Anbieter bestimmter Methoden** suchen. Aber VORSICHT, selbst in Listen finden sich nicht nur Puristen, sondern auch Ärzte, die die **gesuchte Methode nur passenden Fällen angedeihen lassen**, oder danach allen eine feste Spange einbauen.  
Zahnärzte mit kieferorthopädischem Angebot, neben anderen Standbeinen, behandeln jedoch oft moderater, als es Fach-Kieferorthopäden tun.

### Erkundungs-Möglichkeiten:

**(1a) Noch ohne Kontakt-**Aufnahme kann man den Praxiseingang observieren und herauskommende Patienten befragen (Art der Spangen, Beschwerden, Kosten usw.).

**(2)** Nicht alle Kieferorthopäden-**Webseiten** sind zu Behandlungsmethoden aussagekräftig. Kommen sie nicht zu „Bracket-Lastig“ daher, und stehen bei den Leistungen feste und herausnehmbare Spangen (nicht nur Funktionskieferorthopädie, sondern auch Einzelkieferspangen) gleichberechtigt nebeneinander, wären sie einen Versuch wert. AUSSER, wenn sie auch implantatgestützte Kieferorthopädie (Mini-Schrauben o.ä. „Knochen-Piercing“, mehr dazu im Alternativen-Kapitel), Außenspangen (Headgear, Gesichtsmaske) oder Gaumennaht-Aufbrechen bei Kindern präsentieren (GNE, Hyrax, verharmlosend „Kieferweitung“, „Schnelldehnung“ o.ä. genannt, siehe Extrakapitel [www.sanfte-zahnklammern.de/spangen/g\\_spreng/g\\_spreng.html](http://www.sanfte-zahnklammern.de/spangen/g_spreng/g_spreng.html)). Obacht: hinter der Bezeichnung „bioprogressiv“, „biofunktionell“ oder bisweilen auch „systemisch“ können Konzepte für frühzeitige feste Spangen stehen!

Vereinzelte Praxen zeigen im Internet noch wohlgeformte herausnehmbare Spangen, die sie real aber nicht mehr anbieten.

Weiterhin sollte man jene meiden, die den Standpunkt vertreten „Über die Art der Spange entscheidet allein der Arzt (anhand der Fehlstellung)“. **Schließlich sind, v.a. bei rechtzeitigem Behandlungsbeginn, gegen viele Fehlstellungen mehrere Methoden aussichtsreich.**

**(3)** Beim ersten Termin **Augen auf:** gibt es Anschauungsmaterial? Vorsicht bei übertrieben luxuriöser Einrichtung.

**(3b)** Sofern dafür Zeit bleibt, kann man Patienten im Wartezimmer **befragen**.

**(4)** VERHANDLUNGSSPIELRAUM: bietet die Praxis, von Problemfällen abgesehen, **mehrere Methoden** an, auch sanfte? Kann man erfahren, was für Spangen das wären?

**(5)** Wie sieht es mit **Zuzahlungen** aus? Moderat, transparent?

**(!!) Sofort weitersuchen** sollte man, wenn es heißt, man könnte erst anfangen, wenn alle Milchzähne weg sind. Das weist stark auf „feste Spangen für alle“ hin. Verschleppung bis zur Verschlimmerung führt zu teureren, belastenderen Behandlungen. *Einige Praxen behandeln auch Kinder - unter Missachtung ihres Wachstums - nur noch mit harten Erwachsenen-Methoden.*

**(!!!)** Ist von brachialen Maßnahmen wie Zähneziehen, Gaumennaht erweitern (GNE, s. o.) oder Außenspannen (Headgear, Gesichtsmaske) die Rede, kann man zwar gegenfragen:

**Würden Sie das bei Ihrem Kind auch machen?**

**Jedoch sind GNE & Co. die letzten Jahre so massiv als „modern“ vermarktet worden, dass manche Zahnärzte oder -techniker sie ihren eigenen Kindern als „wirkungsvolle Methode“ antun (lassen), egal wie frühzeitig! Um Behandlungsergebnisse termingerecht erzwingen zu können, wird auch hier das Vorsorgeprinzip, das Methoden nach Gefährlichkeit gewichtet, vom Risikoprinzip abgelöst. Kinder und erwachsene Verbraucher / Patienten werden kaltschnäuzig Gefahren für spätere Schäden ausgesetzt.**

Patientenfreundliche Praxen hätten Alternativen. Aber Vorsicht vor Stückwerk-Behandlung mit Festeinbauten als Privatleistung, wie z.B. Brackets im frühen Wechselgebiss, Pendulum, Distal Jet oder gar direkt an den Knochen geschraubten Dingen mit ähnlicher Funktion! Hingegen wären aktive Platten, die umfassender wirken könnten, Kassenleistung (evtl. eingeschränkt bei Spätfällen).

Manche Ärzte halten sich bedeckt, was sie vorhaben. Bei Unklarheiten sollte man den Behandlungsplan unabhängig „übersetzen“ lassen (z.B. von mir), oder sich die geplanten Behandlungsmittel als Muster oder (Katalog-)Bild zeigen lassen.

Aber auch ein Plan wird nicht immer eingehalten, oder lässt z.B. „bei ungünstiger Reaktionslage“ Optionen zur Verschärfung offen. Um Reibung mit Gutachtern vorzubeugen? Oder um in Salamtaktik die Behandlung auszuweiten?

**(o)** Man kann nach der Planung oder auch **später noch wechseln**, möglichst BEVOR – was auch schon im „Überraschungsangriff“ vorgekommen ist - eine feste Kundenbindung installiert wird: Termin auf Eis legen und Behandler suchen, der übernimmt. Was bei schon länger laufenden Behandlungen mancherorts aber nicht einfach ist.

**Kassen-Gutachter stellt sich quer: wechseln?**

Selbst wenn sanfte Behandlung gefunden ist, haben inzwischen viele Krankenkassen (außer der TK und alternativ orientierten) Gutachter, die „rein herausnehmbare“ Behandlungspläne abwürgen.

Schon zuvor haben GKVen Kieferorthopädie ab Einstufung KIG 3 maximal bis zum Alter von 18 gezahlt, aber nicht generell. So wurden späte Bisslagekorrekturen mit nur noch wenig Restwachstum abgelehnt, was insofern nachvollziehbar ist, als dieser Vorgang, wenn er mangels Wachstum auf halbem Wege stehen bleibt, die Ausgangssituation eher verschlechtern als bessern würde (seitlicher Kopfbiss, instabile Bisslage).

Zwar könnte man bei Ablehnung einen Obergutachter bemühen, trägt dabei aber ein Kostenrisiko und verliert wertvolle Zeit. Einfacher wäre ein Kassenwechsel, bei dem man die Bewilligung des Planes sanfter Methoden zur Vorbedingung macht. Einzelne Kassen zahlen auch privat angebotene ganzheitliche Kieferorthopädie, sofern die Behandler Mitglied in entsprechenden Verbänden sind. Mit Kündigungsfrist und Neubeantragung verstreichen aber oft 4 bis 6 Monate, in denen sich der Zustand verschlimmern kann. Ein [Kaukraft Kiefer-Former](#) kann derweil die Lage sichern oder bereits bessern.

**Selber zahlen?**

Wenn Zuzahlungen, die Kieferorthopäden für eigentliche Kassen-Behandlungen mit festen Spannen verlangen, 2000 € überschreiten, können zahnschonende Behandlungen mit herausnehmbaren Spannen, selbst wenn 100% selbst gezahlt, weniger kosten (bezogen auf eine Vollbehandlung; Frühbehandlungen sind in der Regel „kleiner“). Ob von ganzheitlichen Privatpraxen, oder mit aktiven Platten von Könnern, oder mit Korrekturschienen (Alignern).

Soll dagegen ein bestehender Behandlungsplan auf Selberzahlen umgestellt werden, kann sich Nachverhandeln lohnen. Manche Ärzte geben Selberzahlern Preisnachlass, weil sie dort nicht gedeckelt sind und weil sie ihr Honorar zeitnäher als von den Kassen erwarten können.

Einzelne Kieferorthopäden haben auch Behandlungen von Leuten, die z.B. in komplexen Fällen mit zu vielen - oft berechtigten - Fragen nervten, kalt abgebrochen, statt einen geordneten Wechsel z.B. wegen Vertrauensverlust zu bewirken. Nach so einem Behandlungsabbruch, der nicht durch Umstände wie z.B. lange Erkrankung bedingt ist, verliert der Kassenpatient nicht nur seine 20% vorläufigen Selbstbehalt, sondern wird fortan zum Kieferorthopädie-Selberzahler.

## VERHANDLUNGS-HILFEN:

### Eröffnungs-Fragen, am Telefon oder vor Ort:

„Wir würden Behandlung mit herausnehmbaren Spangen bevorzugen,“

1. Können geeignete Fälle bei Ihnen ausschließlich mit herausnehmbaren Spangen behandelt werden? (Alter bzw. Anzahl der Milchzähne kann dabei entscheidend sein)
2. Können geeignete Fälle funktionskieferorthopädisch behandelt werden? (Doppelkiefer-Spangen, die Mundraum-Muskelkräfte nutzen)
3. Mitbestimmung: können geeignete Fälle zwischen verschiedenen Zahnspangen-Arten wählen? (einer mag es lieber schnell, ein anderer lieber langsamer und schonender...)
4. **Konkreter**, falls man seinen Befund schon kennt, wie z.B. Platzmangel oder Unterkiefer-Rücklage: mit welchen Zahnspangen-Arten wird der dort *generell* behandelt (allgemein, ohne unzulässige Ferndiagnose)?

### Konter:

**A.** Herausnehmbare Spangen sind *nicht* durchweg veraltet.

**B.** Mit einem weniger perfekten Behandlungs-Ergebnis wären wir einverstanden. Welches Kind braucht schon ein Hollywoodgebiss?

**C. Behandlungsdauer:** „Feste Spangen sind schneller“: theoretisch ja, wenn auch häufig auf Kosten der Langzeit-Stabilität. Aber nur Könner, die an jedem Patienten dran bleiben, schaffen damit auch schwere Fälle zügig. Das Gros der Behandler schleppt hingegen auch leichtere Fälle, Kinder und Jugendliche mit 2 – 4 Jahren fester Spange dahin! Teils wird auf wirksame Funktionskieferorthopädie verzichtet, teils wurde mit minderwertig konstruierten losen Spangen „vorbehandelt“.

Indessen schließen Könner mit Herausnehmbaren viele Behandlungen, sofern sie zeitig begonnen wurden, bald nach Abschluss des Zahnwechsels ab. Sodann können die Spangen „ausgeschlichen“ werden: **Retentionsphase nach klassischer Art.**

**D.** Oft werden stattdessen (**Klebe-)**Retainer = hinter die Frontzähne geklebte Drähtchen als Privatleistung vermarktet, sogar nach Aligner-Kieferorthopädie. Sie sind nicht nur langfristig gefährliche Kariesfallen, da der rückwärtige Zahnschmelz dünner ist. Sondern sie fixieren eine künstlich erzwungene Zahnstellung, die oft instabil ist, und drängen Behandlungsmethoden ins Abseits, die mit dem Wachstum arbeiten und ein stabiles Kauorgan anvisieren.

### Nutzen Sie Ihre Macht als „mündiger Patient“:

Suchen Sie lieber mit 5 – 15 Telefonaten und ggf. mehreren Beratungen den „Richtigen“, als Gefahr zu laufen, dass Sie oder Ihr Kind jahrelang unnötig leiden, sich mit dem Behandlungsergebnis nicht wohl fühlen, oder zuviel dafür bezahlen.

**Frühbehandlungen:** Die Kassen zahlen sie bei Kreuzbiss oder offenem Biss, bei bloßem Platzmangel jedoch nicht mehr, obwohl sie auch hier sinnvoll wären. Herausnehmbare Spangen oder Kaukraft Kiefer-Former zur frühen Platzbeschaffung ermöglichen oft kostengünstig eine gesunde Gebissentwicklung.

### Über Erfolg oder Misserfolg herausnehmbarer Zahnspangen entscheiden

1. Technische Details, die nicht immer augenfällig sind. Diese Detailkenntnis wird heute kaum noch gelehrt, sondern liegt v.a. bei Zahnlabors, die auf herausnehmbare Spangen spezialisiert sind.

2. Die Kommunikationsfähigkeit zwischen Arzt und Patient. Man vergleiche hier mit Lehrern: a). die repressiven, b). die, denen dominante Schüler auf der Nase herumtanzen, und c). die, die respektiert werden, ohne Druck auszuüben: bei ihnen ist die Unterrichtsqualität am besten,

3. Die Einsicht und Gewissenhaftigkeit des Patienten. Irgendwann muss *jeder* lernen, dass gewisse Dinge Sorgfalt erfordern. Eine *moderate* Zuzahlung kann dies fördern (ohne damit für kostentreibende Methoden zu plädieren),

4. Genaue Kenntnis der Wachstumsprozesse. Z.B. wird oft verkannt, dass Zähne bei Kindern eine Tendenz zum Senkrechtstehen haben, wodurch „saubere“ Lückenschlüsse und -öffnungen mit Herausnehmbaren möglich werden. Oder dass eine lange Gesichtform, weil sie viele Korrekturen erschwert, bei der Auslegung von Aktivatoren, mit denen sie positiv beeinflusst werden kann, zu berücksichtigen ist. Dagegen erhöht gewaltsames In-Form-Zwingen der Zahnstellung, besonders unter Zähneziehen, bei fraglicher Langzeitstabilität das Risiko für spätere Beschwerden.

## Wie viele Ärzte muss man fragen?

Um so mehr, je seltener die gesuchte Behandlungsmethode und je verschleppter der Fall ist. Geduldig bleiben, die Kommunikation muss klappen. Ungewohnte Fachausdrücke sollten verständlich erklärt werden.

Die Tabelle gibt Finde-Wahrscheinlichkeiten an. Von oben nach unten wird das Gesuchte seltener. Für eine Anzahl von 1-...25 blind herausgepickten Ärzten in den Spalten geben die Tabellen-Zellen die Wahrscheinlichkeit in % dafür an, unter dieser Anzahl *einen* passenden Anbieter zu finden.

**Beispiel 1:** man sucht eine geläufige Methode, wie sie jeder 2. Arzt anbietet. Dann wird man beim ersten Arzt, den man fragt, schon mit 50% Wahrscheinlichkeit fündig. Fragt man zwei, wird man zu 75% fündig, d.h. man hat nur zu 25% zweimal „Pech“.

Das mag in Deutschland noch für die Platzmangel-Frühbehandlung mit Herausnehmbaren gelten, jedoch nicht mehr für die von seitlichem Kreuzbiss oder Progenie. Früher stand die hier als Beispiel, heute rangiert sie je nach Gegend zwischen „jeder 4.“ und „jeder 7.“ (s.u.)

**Beispiel 2:** seltene Methoden, wie z.B. Erwachsenenbehandlung mit aktiven Platten oder sanfte Progeniebehandlung, erfordern eine umfangreichere Suche. Wird eine Methode nur noch von jedem 20. Arzt praktiziert, dann würde ein auf's Geratewohl gefragter nur mit 1/20 =5% zutreffen (unterste Zeile). Für 40% Finde-Wahrscheinlichkeit müsste man dann 10, für 64% 20 Ärzte fragen!

Dieser Suchaufwand lässt sich reduzieren, indem man sich Ärzte, die das Gesuchte praktizieren könnten, empfehlen lässt. Kontakte dazu stehen in meiner [Partnerliste](#), [Linkliste](#) und umfangreichen privaten [Positivliste](#) und werden regelmäßig aktualisiert.

Da sanfte Methoden seltener Kontrollen brauchen, oft nur alle 6 – 10 Wochen, und kaum Notfälle machen (Reparaturen / wunde Stellen), werden längere Anfahrtswege dafür akzeptabler.

Die gefragte Methode hat:	Anzahl gefragte Ärzte, Finde-Wahrscheinlichkeit darunter in %								
	1	2	3	5	7	10	15	20	25
jeder 2.	50%	75%	88%	97%	99%				
jeder 4.	25%	44%	58%	76%	87%	94%	99%		
nur jeder 7.	14%	27%	37%	54%	66%	79%	90%		
nur jeder 10.	10%	19%	27%	41%	52%	65%	79%	88%	
nur noch jeder 20.	5%	10%	14%	23%	30%	40%	54%	64%	72%

**ACHTUNG:** neben schweren Fehlstellungen gibt es auch mäßige, die aber „verfänglich“ sind: für sie ist sanfte Behandlung mit langjährig bewährten Methoden rar geworden, weil Brutalmethoden lohnender sind. Z. B. bei:

- **oberem Schmalkiefer mit einseitigem, beidseitigem oder frontalem Kreuzbiss.** Hier droht schon **5-Jährigen** die Tortur der Gaumennaht-Sprengung und eventuell eine Außenspanne (Gesichtsmaske, Delaire-Maske)! Auch wenn Bionatoren im Sortiment sind, sollte man sich nicht in Sicherheit wiegen: kritische Eltern fanden dennoch erst beim 5. oder 6. gefragten KFO eine „herausnehmbare“ Behandlung. Allerdings korrigiert ein Bionator allein einen Schmalkiefer nur, wenn er von Fehlfunktionen kommt, wie z.B. Mundatmung, und wenn die Behandlung beizeiten beginnt. Ansonsten hilft z.B. ein Crozat-Gerät oder eine aktive Platte.

- **Platzmangel bei großen Zähnen: nicht in die Warteschlange zum Zähneziehen schieben lassen** (gesunde Milchzähne vor Enge zu ziehen bereitet dies oft vor)! Sondern langfristigen Platzgewinn suchen – auch hier kann man bei Ganzheitlichen eher fündig werden. Eine Individual-Indikation, ob Zähneziehen für ein stabiles Ergebnis besser wäre, wurde mit Wachstumskurven bei der alten Bimler-Methode gewonnen (siehe Fallbeispiele-Kapitel).

- **Nichtanlage von Zähnen** (meist 5er oder 2er; Fallbeispiele-Kapitel): wenn sich der nachfolgerlose Milchzahn erhalten lässt, wäre das die einfachste Lösung. Wenn nicht, dann können versierte Generalisten eher abwägen, ob man auf Lückenschluss, auf stabil verzahnte Restlücken (evtl. mit Zahnverbreiterung) oder auf Zähnersatz hin arbeitet (1- oder 2-flügelige Klebebrücke, Inlaybrücke, Implantat). Neben Platzangebot und Verzahnung wäre hierfür auch die individuelle Zahnbeweglichkeit zu beachten.