

HILFEN zu Arztsuche und Kassenwechsel

Freie Arztwahl ist Ihr gutes Recht

Aber wenn zwei Kieferorthopäden Ihrem 9-jährigen Sohn einen Headgear (Außenspange) verpassen wollen? Oder Ihrer 7-jährigen Tochter „die Gaumennaht erweitern“ oder Ihrem 10-Jährigen 4 gesunde neue Zähne ziehen lassen wollen? Ihrer 12-Jährigen ein „Scharnier“ fest einbauen wollen? Nur noch mit 2000 Euro Zuzahlung behandeln wollen, obwohl die Kasse den Fall zahlt, oder 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:

solche Listen enthalten nicht nur Puristen, sondern auch Ärzte, **die die gesuchte Methode nur passenden Fällen angedeihen lassen**, oder danach allen eine feste Spange einbauen.

Sollte kein „Spezial-Anbieter“ nah genug sein, kann man

A) eine „Ausschreibung“ auf Medizin-Gesuchsplattformen mit Kieferorthopädie-Rubrik platzieren wie z.B. www.medikompas.de (Deutschland; Partnerseiten in Holland und der Schweiz). Gesuche sind dort kostenlos und Angebote unverbindlich. Behandlungs-Alternativen am besten zunächst als Kennenlern-Gespräch suchen. Einzugsbereich wählbar, und manche sanften Methoden brauchen nur alle 6 – 10 Wochen Kontrollen und machen kaum Notfälle (Reparaturen / wunde Stellen), was längere Wege akzeptabler macht.

B) nahegelegene oder aus dem Telefonbuch gesuchte Ärzte erkunden.

Erkundungs-Möglichkeiten:

(1a) Noch ohne Kontakt-Aufnahme kann man sich unauffällig beim Eingang aufhalten 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 auch implantatgestützte Kieferorthopädie (Mini-Schrauben o.ä., de facto Knochen-Piercing, mehr dazu im Alternativen-Kapitel), Außenspangen (Headgear, Gesichtsmaske) oder Gaumennaht-Aufbrechen bei Kindern (GNE, Hyrax, verharmlosend „Kieferweitung“, „Schnelldehnung“ oder „forcierte Dehnung“ genannt, Extrakapitel auf o.g. Hauptseite) präsentiert wird. Obacht ist auch bei Bezeichnungen wie „bioprogressiv“ und „biofunktionell“ geboten: dahinter stehen oft Marketing-Konzepte für bestimmte feste Spangen.

Vereinzelte Praxen zeigen im Internet noch hilfreiche 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 die meisten Fehlstellungen mehrere Methoden aussichtsreich. **Viele Wege führen nach Rom!**

(3) Beim ersten Termin **Augen auf:** was für Anschauungsmaterial hängt an den Wänden, liegt aus, ist ggf. ausgestellt? Vorsicht bei übertrieben luxuriöser Einrichtung.

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

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

(5) Wie sieht es mit Zuzahlungen aus? Moderat und überschaubar?

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

(!!!) Ist von brachialen Maßnahmen wie Zähneziehen, Gaumennaht erweitern (GNE, s. o.) oder Außenspangen (Headgear, Gesichtsmaske) die Rede, kann man zwar gegenfragen: Würden Sie das bei Ihrem Kind auch machen?

Jedoch werden GNE & Co. heute so massiv als „modern“ vermarktet, dass einzelne Zahnärzte oder -techniker sie ihren eigenen Kindern antun (lassen), selbst wenn sie sie frühzeitig der Behandlung zuführen!

Dagegen bieten patientenfreundliche Praxen Alternativen. Aber Vorsicht vor Festeinbauten wie z.B. Pendulum oder Distal Jet, die voluminös und Privatleistung sind – während aktive Platten Kassenleistung wären (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), aber auch ein Plan wird nicht immer eingehalten.

(o) Man kann nach der Planung oder auch später noch wechseln, möglichst BEVOR eine feste Kundenbindung installiert wird: Termin auf Eis legen, Behandler suchen, der übernimmt - bei schon länger laufenden Behandlungen mancherorts aber nicht einfach.

GKV Kassen-Gutachter stellt sich quer? Wechseln!

Selbst wenn sanfte Behandlung gefunden ist, zeigt sich ein Trend, dass manche gesetzlichen Krankenkassen einschließlich der Securvita mancherorts Gutachter haben, die späte „rein herausnehmbare“ Behandlungspläne nicht bewilligen.

Schon zuvor haben GKVen Kieferorthopädie ab Einstufung KIG 3 maximal bis zum Alter von 18 gezahlt, und 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 aufhört, die Ausgangssituation eher verschlechtern als bessern würde (seitlicher Kopfbiss, instabile Bisslage).

Aber mittlerweile gilt bei manchen wohl die Devise, bereits ab 13 Jahren nur noch feste Spangen zu bewilligen. So wird das Zeitfenster der Kassen für „herausnehmbare“ Normalbehandlungen enger, das ja erst beginnt, wenn in jedem Kieferquadranten ein Seitenzahn wechselt (so zwischen 8 und 11 Jahre).

Zwar könnte man bei Ablehnung einen Obergutachter bemühen oder anderweitig den Rechtsweg beschreiten, aber hat dabei ein Kostenrisiko und verliert wertvolle Zeit. Einfacher wäre ein Kassenwechsel, bei dem man die Bewilligung des sanften Behandlungsplanes zur Bedingung macht. Mit Kündigungsfrist und Neubeantragung verstreichen aber auch dabei 4 bis 6 Monate, in denen sich der Zustand verschlimmern kann (ein [Kaukraft Kiefer-Former](#) kann derweil die Lage sichern oder bereits bessern).

Manche pflegen in ihre Behandlungspläne auch zu schreiben „Multibracket bei ungünstiger Reaktionslage vorbehalten“ (ggf. per Nach-Antrag). Ein Damoklesschwert, um Kollisionen mit Gutachtern vorzubeugen?

Selber zahlen?

Wenn Zuzahlungen, die Kieferorthopäden für eigentliche Kassen-Behandlungen mit festen Spangen verlangen, mancherorts schon 2000 € erreichen, können zahnschonende Behandlungen mit kostengünstigeren herausnehmbaren Spangen, selbst wenn sie 100% selbst gezahlt werden, bereits weniger kosten. Ob von ganzheitlichen Privatpraxen, mit aktiven Platten von Könnern oder mit Korrekturschienen.

Soll dagegen ein bestehender Behandlungsplan auf Selberzahlen umgestellt werden, kann sich Nachverhandeln lohnen. Manche Ärzte geben Selberzahlern Preisnachlass, weil sie bei diesen Einnahmen nicht gedeckelt sind und weil sie Selberzahler-Geld zudem zeitnah bekommen, und nicht erst Monate später als umgerechneten Punktwert von der Kasse.

Einzelne Kieferorthopäden haben auch Behandlungen von Leuten, die z.B. in komplexen Fällen mit zu vielen Fragen nervten, einfach abgebrochen, statt einen geordneten Wechsel z.B. wegen

Vertrauensverlust zu veranlassen. Solches Verhalten kann man auf Arztbewertungs-Plattformen (s.u. in Beispiel 2) sachlich publik machen. Denn 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? (Anteil - dabei aber deren Alter bedenken?)
2. Können geeignete Fälle funktionskieferorthopädisch behandelt werden? (Doppeldecker- oder Doppelplatten-Spangen, die Mundraum-Muskelkräfte nutzen)
3. Mitbestimmung: können geeignete Fälle zwischen verschiedenen Zahnspangen-Arten wählen? (einer mag es lieber schnell, ein anderer lieber langsamer, aber dafür weniger belastend...)
4. **Konkreter**, falls ihr euren Befund schon kennt, wie z.B. Platzmangel oder Unterkiefer-Rücklage: mit welchen Zahnspangen-Arten wird der dort *generell* behandelt (allgemein, keine unzulässige Ferndiagnose)?

Konter:

A. Herausnehmbare Spangen sind *nicht* durchweg veraltet.

B. Mit einem weniger perfekten Behandlungs-Ergebnis wären wir einverstanden (die Zähne verschieben sich im Laufe des Lebens sowieso oft wieder).

C. Behandlungsdauer: „Feste Spangen sind schneller“: theoretisch ja. Können, die an jedem (Privat-)Patienten dran bleiben, schaffen damit auch schwere Fälle in 2 Jahren. Das Gros schleppt aber 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“.

Können mit Herausnehmbaren schließen dagegen viele Behandlungen, sofern sie zeitig begonnen wurden, bald nach Abschluss des Zahnwechsels ab, d.h. die Spangen können „ausgeschlichen“ werden (Retentionsphase).

D. Zunehmend werden als Privatleistung (**Klebe-)Retainer** = hinter die Frontzähne geklebte Drähtchen vermarktet, sogar auch nach Aligner-Kieferorthopädie. Sie mögen für bestimmte Spätfälle sinnvoll sein, aber fixieren eine künstlich erzwungene und eventuell instabile und unphysiologische Zahnstellung. Sie 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, ggf. mehreren Beratungen oder einem Gesuch online (s.o.) den „Richtigen“, als Gefahr zu laufen, dass Sie oder Ihr Kind jahrelang unnötig leiden und / oder unnötig viel zuzahlen müssen.

Frühbehandlungen: zahlen die Kassen bei Kreuzbiss oder offenem Biss, bei „simplem“ Platzmangel jedoch nicht mehr, obwohl sinnvoll. Herausnehmbare Spangen oder Kaukraft Kiefer-Former zur frühen Platzbeschaffung ermöglichen hier 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 tonangebende 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 zunehmend 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, oder bei der Planung von Platzgewinn zu berücksichtigen ist. Dagegen erhöht gewaltsames In-Form-Zwingen der Zahnstellung mit 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 Felder der Tabelle die Wahrscheinlichkeit in % dafür an, unter dieser Anzahl *einen* passenden Anbieter zu finden.

Beispiel 1: man sucht eine noch recht häufige Methode, die jeder 2. Arzt anbietet (das könnte in Deutschland z.B. die Platzmangel-Frühbehandlung mit Herausnehmbaren sein). 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“.

Beispiel 2: seltenere Methoden, wie z.B. Erwachsenenbehandlung mit aktiven Platten oder sanfte Behandlung schwerer Indikationen, z.B. **erbliche Progenie**, erfordern eine umfangreichere Suche. Wird eine Methode nur noch von jedem 20. Arzt des Faches praktiziert, dann wird ein auf 's Geratewohl gefragter nur mit 1/20=5% passend sein (unterste Zeile). Für 40% Finde-Wahrscheinlichkeit müsste man dann 10, für 64% 20 Ärzte fragen! **Dies lässt sich reduzieren, indem man sich Ärzte, die das Gesuchte praktizieren könnten, empfehlen lässt. Kontakte dazu stehen in meiner Linkliste sowie meiner privaten Positivliste. Evtl. hilft auch ein Online-Gesuch oder Arztbewertungs-Plattformen. Die sind noch im Aufbau, und viele zeigten sich in einem ersten Test nicht zielführend.**

ACHTUNG: neben schweren Fehlstellungen gibt es auch mäßig schwere, aber „verfängliche“: für sie ist eine sanfte Behandlung ungeachtet ihrer Wirksamkeit rar geworden, weil brutale Methoden profitabler sind. Z. B. bei:

- **oberem Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss.** Hier droht schon **6-Jährigen** die Tortur der Gaumennaht-Sprengung! Kritische Eltern fanden erst beim 5. gefragten (konventionellen) KFO eine „herausnehmbare“ Behandlung. Ganzheitliche Behandler arbeiten in Deutschland sanfter (**in Österreich nicht unbedingt!**), aber aufpassen: ein Bionator allein korrigiert Schmalkiefer höchstens, wenn er von Mundatmung kommt und die Behandlung früh 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 ziehen bereitet dies oft vor)! Sondern langfristigen Platzgewinn suchen – auch hierfür kann man bei Ganzheitlichen eher fündig werden (aber nicht allein mit Bionator). Eine Individual-Indikation, ob Zähneziehen für ein stabiles Ergebnis besser wäre, lässt sich mit Wachstumskurven der klassischen Bimler-Methode gewinnen (siehe Fallbeispiele-Kapitel).

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

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%