



Zahnbehandlung - wann die Kasse dafür aufkommt

Zehn Euro, 40 Prozent oder die komplette Rechnung? Was Sie für Ihre Zahnbehandlung zahlen müssen, hängt von der Therapieform ab.

„Die 10 Euro Praxisgebühr habe ich schon beim Hausarzt bezahlt“ - offensichtlich ist nicht jeder ausreichend informiert, welche zahnärztlichen Leistungen - mit oder sogar ohne Praxisgebühr - von den Kassen übernommen werden, wann Zuschüsse gewährt werden und welche Therapieformen in voller Höhe dem Patienten in Rechnung gestellt werden.

Worum geht es im Einzelnen?

- Die **Praxisgebühr**: Die 10 Euro müssen **nicht bezahlt werden, wenn nur eine zahnärztliche Kontrolle erfolgt, eventuell auch mit Zahnsteinentfernung, Röntgenuntersuchung und Vitalitätsproben von Zähnen**. Sobald Behandlungsmaßnahmen anfallen, z.B. eine Füllung, ist die zahnärztliche Praxisgebühr zu entrichten, unabhängig von einem vorhergehenden Hausarztbesuch!
- Einschränkungen gibt es auch beim Zahnsteinentfernen: Wenn im Einzelfall erforderlich, haben die Kassen dies früher auch mehrfach pro Jahr übernommen. Heute gilt: **Einmal jährlich Zahnsteinentfernung ist Kassenleistung, jede weitere Zahnsteinbehandlung privat**.
- Entscheidet sich der Patient für eine **Füllung aus hochwertigem Komposit** (Kunststoff) oder gar für zahntechnisch hergestellte **Einlagefüllungen (Inlays) aus Gold oder Keramik**, zahlen die gesetzlichen Krankenkassen nur die Kosten, die eine Amalgamfüllung gleicher Größe verursacht.
- Auch **Wurzelbehandlungen**, insbesondere an mehrwurzeligen Backenzähnen, werden nicht in allen Fällen von den Krankenkassen gezahlt. Die Regelungen hierzu sind aber sehr kompliziert. Der behandelnde Zahnarzt wird im Einzelfall die Frage der Kostenübernahme genau erklären.
- **Parodontalbehandlungen** werden von den Krankenkassen vollständig übernommen, sofern die Therapie nicht das übliche Maß einer offenen oder geschlossenen Kürettage übersteigt. Unter Kürettage versteht man die Entfernung harter Ablagerungen von der Wurzeloberfläche innerhalb einer Zahnfleischtasche. Nicht im Budget der Kassen sind weiter gehende Behandlungsformen mit Membrantechnik, Enzymen und Knochenersatzmaterial.
- Die **Entfernung von Zähnen**, Behandlung von **Zysten**, **Wurzelspitzenresektionen** und andere Maßnahmen der **zahnärztlichen Chirurgie** sind im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten. **Ausnahme hiervon sind Zahnimplantate** (siehe unten).
- Eigenanteil bei **Zahnersatzbehandlung**: Bis vor wenigen Jahren haben sich die Krankenkassen mit 50, 60 oder 65 Prozent an den Behandlungskosten beteiligt. Die aktuelle Regelung sieht **Festzuschüsse** vor, die sich nicht an der Zahnersatzkonstruktion, sondern **an der Ausgangssituation im Mund orientieren**. So gibt es unterschiedliche Festzuschüsse für kleine Lücken, große Lücken, von Zähnen begrenzte Lücken oder überkronungsbedürftige Zähne - um nur einiges zu erwähnen. Das Interessante an dieser Regelung ist, dass der Zuschuss gezahlt wird, unabhängig davon, auf welche Zahnersatzplanung Patient und Zahnarzt sich verständigt haben. Bei einer preiswerten Konstruktion zahlt der Patient wenig drauf, bei einer aufwendigen in der Regel mehr.
- **Implantate sind Privatsache**: Werden in zahnlose Kieferabschnitte künstliche Wurzeln aus Titan eingepflanzt, also sogenannte Implantate, beteiligen sich die gesetzlichen Krankenkassen weder an den chirurgischen Kosten noch an den Materialkosten für die Implantate. Für den **späteren Zahnersatz** gibt es aber - wie im vorherigen Absatz erläutert - **einen Festzuschuss**, der sich aus der Mundsituation vor dem Einpflanzen der Implantate errechnet.
- Für **Privatpatienten** gibt es zahlreiche Möglichkeiten der Vertragsgestaltung. Deshalb sollten der Versicherung bei **aufwendigen Therapieplanungen Kostenaufstellungen vorgelegt** werden, damit vor Behandlungsbeginn Klarheit über die Höhe der Kostenübernahme besteht.