

Hilfe gegen Hasenzähne



Kieferorthopädie. Rund die Hälfte aller Kinder braucht eine Zahnspange. Für die Familien ein teurer Spaß.

Die Zahnspange ist für Jugendliche heutzutage schon fast selbstverständlich geworden. Etwa jedes zweite Kind muss kieferorthopädisch behandelt werden, um zum Beispiel einen Überbiss oder Zahnengstand zu korrigieren.

Die Behandlungen sind langwierig und teuer. Vier bis fünf Jahre Behandlungszeit sind keine Seltenheit, denn auf die aktive Umformung des Kiefers folgt eine sogenannte Retentionsphase, in der die neue Zahn- und Kieferstellung mithilfe spezieller Apparaturen gefestigt wird.

Die Kosten für eine solche Behandlung belaufen sich über die Jahre verteilt auf 4000 Euro oder mehr, je nach Dauer und Aufwand der Behandlung und nach verwendetem Material. Beteiligt sich die gesetzliche Kasse nicht an den Kosten, müssen diese komplett privat bezahlt werden. Auch bei einer Behandlung auf Kassenkosten müssen Familien häufig für eine aufwendigere Behandlungsform oder für teurere Materialien zuzahlen.

Private Zusatzversicherungen übernehmen einen Teil dieser Kosten. Für Kinder, die bei Vertragsschluss fünf Jahre alt sind, kosten die Tarife in unserem Test 4 bis 13 Euro monatlich. Einige Krankenkassen vermitteln ihren Kunden Angebote privater Versicherer. Der damit verbundene Beitragsrabatt beträgt allerdings nur wenige Cent.

Wichtiger als eine mögliche Beitragserparnis ist daher der Leistungsumfang einer Zusatzversicherung.

Sie sollte möglichst viel für die besonders teuren reinen Privatbehandlungen erstatten, aber auch für Behand-

lungen mit Kassenanteil leisten. Denn niemand weiß vorher, welche Behandlung das Kind später braucht.

Von hohen Prozentzahlen sollten sich Kunden nicht täuschen lassen. So erstatten die Tarife Dent-Max und GE-Dent der Signal Iduna zusammen mit der Kassenleistung zwar grundsätzlich 100 Prozent des Rechnungsbetrags. Doch unterm Strich bekommen Patienten weniger: Die Versicherung begrenzt ihre Leistung pro Jahr auf 250 Euro. Bei reinen Privatbehandlungen erstatten diese Tarife 80 Prozent der Rechnung – allerdings nur bis 500 Euro im Jahr.

Versicherung nur für Kinder sinnvoll

Eine private Versicherung für kieferorthopädische Behandlungen ist nur sinnvoll, wenn sie für Kinder abgeschlossen wird. Die Verträge sehen zwar auch Leistungen für Erwachsene vor, es dürfte aber schwierig sein, sie tatsächlich zu erhalten.

Eine Kieferkorrektur aus rein ästhetischen Gründen gilt nämlich nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung. Hat jemand hingegen eine behandlungsbedürftige Zahnfehlstellung, dann lag diese in vielen Fällen bereits bei Vertragsschluss vor – und ist damit vom Versicherungsschutz ausgenommen.

Schließen Eltern jedoch eine Zusatzversicherung für ihre Kinder bereits im Kindergartenalter ab, sind in der Regel noch keine Kieferprobleme festgestellt. Aus diesem Grund haben wir die Beiträge in unserem Test für Fünfjährige ausgewiesen.

Außerdem begrenzen die Tarife der Arag die Erstattung in den ersten zwei Vertragsjahren, die des Münchener Vereins in den ersten drei Jahren auf bestimmte Höchstsummen. Wer bei Behandlungsbeginn im Alter von acht Jahren die volle Leistung haben will, muss den Vertrag abschließen, wenn das Kind fünf Jahre alt ist.

Wann die Kasse zahlt

Am teuersten für Patienten ist die rein private Behandlung. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen nur dann Kosten für kieferorthopädische Behandlungen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein. Rein kosmetische Maßnahmen bezahlt weder die gesetzliche Krankenkasse noch eine private Versicherung.
- Die Behandlung muss vor dem 18. Geburtstag beginnen. Für Erwachsene ist Kieferorthopädie keine Kassenleistung, auch wenn sie medizinisch notwendig ist. Lediglich bei schweren Kieferanomalien oder

Unser Rat

Unfallfolgen zahlt die Kasse, wenn zugleich auch chirurgische Eingriffe in den Kiefer erforderlich sind.

■ Es muss eine erhebliche Zahn- oder Kieferfehlstellung vorliegen, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen behindert. Die für die gesetzlichen Kassen geltenden Richtlinien teilen die Fehlstellungen in fünf kieferorthopädische Indikationsgruppen, kurz KIG, ein. Für einen Befund der KIG 3 bis 5 zahlt die Kasse, für KIG 1 und 2 nicht.

Ein Überbiss kann beispielsweise erst ab 6 Millimetern auf Kosten der Kasse korrigiert werden. Stehen die oberen Schneidezähne 5,5 Millimeter vor der unteren Zahnreihe, zahlt die Kasse nichts. Als normal gelten 2 bis 3 Millimeter Abstand.

Dass Familien die Kieferregulierung ihrer Kinder komplett aus eigener Tasche bezahlen müssen, kommt gar nicht so selten vor. Eine Untersuchung von rund 1250 zehnjährigen Kindern in Hessen ergab, dass rund 60 Prozent von ihnen eine Zahnfehlstellung der KIG-Stufen 1 oder 2 hatten. Für die Behandlung einer solchen Fehlstellung (siehe Leistungsbeispiele auf Seite 60) könnten beispielsweise folgende Kosten auf die Familie zukommen:

Privatbehandlung eines leichten Überbisses	
Gesamtkosten	4 000 Euro
Private Kosten	4 000 Euro
Zahntarife decken	1 600 bis 3 200 Euro

Wird ein Kind hingegen in die Indikationsgruppe 3 bis 5 eingestuft, zahlt die Kasse. Doch auch dann können private Mehrkosten anfallen, zum Beispiel für höherwertige oder optisch ansprechendere Materialien. Beispielsweise werden für feste Zahnspangen Drähte aus superelastischem Metall angeboten, die die Behandlungsdauer verkürzen und weniger schmerzhaft machen. Ein anderes Extra sind zahnfarbene Brackets, die unauffälliger aussehen als die üblichen Metallbrackets.

Kassenbehandlung mit privaten Mehrkosten	
Gesamtkosten	4 200 Euro
Kassenanteil	3 000 Euro
Kassenzuschuss zunächst	2 400 Euro
Nach erfolgreicher Behandlung Rückzahlung des Eigenanteils von 20 Prozent:	600 Euro
Private Kosten	1 800 ¹⁾ oder 1 200 Euro
Zahntarife decken	0 bis 1 680 ¹⁾ Euro

1) Wenn die Kasse den Eigenanteil einbehält.

Vom Antrag bis zur Abrechnung

Bei den meisten Kindern zeigt sich im Alter zwischen acht und zehn Jahren, ob sie eine Zahnspange brauchen. Nur bei Kindern mit

Kinder. Eine Zusatzversicherung für kieferorthopädische Leistungen kann für Familien mit Kindern sinnvoll sein, um die Kosten im Rahmen zu halten. Schließen Sie die Versicherung frühzeitig ab, am besten solange die Kinder noch im Vorschulalter sind. Für Zahnfehlstellungen, die bei Vertragsschluss bereits vorhanden waren, bezahlt der Versicherer keine Behandlungskosten.

Auswählen. Wenn Sie Maximalleistungen wünschen, wählen Sie einen Tarif, der möglichst viel für reine Privatbehandlungen zahlt, aber auch einen Teil der privaten Zusatzkosten bei einer Kassenbehandlung deckt. Geeignet ist zum Beispiel der Tarif **flexiZEBasis+ZB** der **CSS**. Mittlere Leistungen erhalten Sie besonders günstig mit den Tarifen **768** des **Münchener Verein** und **Dent-Fest+Z503** der **Signal Iduna**.

Eigenanteil. Die **Signal Iduna** erstattet in den Tarifen **Dent-Max**, **GE-Dent** und **Dent-Fest+Z503** den vom Versicherten gezahlten Eigenanteil an den Kassenleistungen nachträglich. Der **Münchener Verein** übernimmt in den Tarifen **768**, **768+562** und **768+563** den Eigenanteil bei jeder Rechnung und fordert das Geld nur zurück, wenn der Versicherte es von seiner Krankenkasse tatsächlich erstattet bekommt.

Zweitmeinung. Lassen Sie sich vom Zahnarzt erklären, welchen Zusatznutzen teure private Extras für kieferorthopädische Behandlungen bringen können. Holen Sie eine zweite Zahnarztmeinung ein und lassen Sie sich auch von der Kasse beraten – insbesondere bei teuren Versorgungsmöglichkeiten oder wenn Ihrem Kind gesunde Zähne gezogen werden sollen.

Lippen-, Kiefer- oder Gaumenspalte muss die Behandlung schon früher beginnen.

Kommt bei der zahnärztlichen Untersuchung nur eine Fehlstellung der KIG 1 oder 2 heraus, teilt der Zahnarzt dies den Eltern mit und macht auf Wunsch einen privatärztlichen Therapievoranschlag mit einer Aufstellung der voraussichtlichen Kosten.

Die Krankenkasse hat damit nichts mehr zu tun – es sei denn, jemand zweifelt an den Messergebnissen des Zahnarztes und meldet dies der Kasse. Dann kann die Kasse eine gutachterliche Überprüfung veranlassen.

Ist die Zahnfehlstellung so stark, dass sie zu den Indikationsgruppen 3 bis 5 gehört, macht der Zahnarzt genaue Messungen und Röntgenbilder, um seinen Befund zu dokumentieren. Diese reicht er zusammen mit dem Behandlungsplan bei der Krankenkasse zur Genehmigung ein.

Hat die Kasse einen Behandlungsplan einmal genehmigt, ist sie für die gesamte Behandlungsdauer an diese Zusage gebunden, sofern die Behandlung im Rahmen des genehmigten Plans abläuft. Das gilt auch, wenn der Versicherte zwischenzeitlich die Kasse wechselt.

Der Zahnarzt schreibt jedes Quartal eine Rechnung. Diese fällt zu Behandlungsbeginn höher aus, wenn Röntgenbilder und Abdrücke gemacht werden und die Apparatur angefertigt und eingesetzt wird. In der

Retentionszeit am Ende der Behandlung sind fast nur noch Kontrolluntersuchungen nötig, die nicht mehr so viel kosten.

Versicherte müssen bei der Behandlung ihrer Kinder von dem Betrag für die Kassenleistungen zunächst einen Eigenanteil von 20 Prozent selbst an den Zahnarzt zahlen – das sind insgesamt mehrere Hundert Euro, verteilt über die Behandlungsdauer. Erst nach erfolgreich abgeschlossener Behandlung erstattet die Kasse diesen auf Antrag zurück. Familien, die mehrere Kinder gleichzeitig in kieferorthopädischer Behandlung haben, müssen je Kind nur 10 Prozent Eigenanteil zahlen.

Den Eigenanteil zahlen die Kassen erst zurück, wenn der Zahnarzt nach Abschluss der Retentionsphase schriftlich bestätigt, dass die Behandlung erfolgreich war. Hat der Patient jedoch seine Spange nicht regelmäßig getragen oder die Zähne während der Behandlung nicht genug gepflegt, behält die Kasse den Eigenanteil ein. Problematisch kann auch ein Wechsel des Zahnarztes werden. Versicherte sollten dies vorher mit der Kasse absprechen. Sobald eine Behandlung abgebrochen wird, verliert der Kunde seinen bereits bezahlten Eigenanteil. Aus welchem Grund er eine Behandlung nicht abgeschlossen hat, ist egal. Einige private Versicherer nehmen dem Kunden dieses Risiko ab (siehe „Unser Rat“).

Mit diesen Kosten haben wir gerechnet

Modell 1: Privatzahnärztliche Behandlung eines leichten Überbisses

Ein Kind hat einen Überbiss von 4 mm (Kieferorthopädische Indikationsgruppe 2). Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt keine Kosten für die Behandlung. Daher muss die Behandlung komplett privat bezahlt werden. Der Zahnarzt rechnet nach der privaten Gebührenordnung ab.

Die Behandlung beginnt im Alter von neun Jahren und dauert insgesamt vier Jahre: drei Jahre aktive Behandlung, danach ein Jahr Festigung der neuen Zahnstellung (Retentionszeit).

Behandlungsgeräte: Für die aktive Behandlung herausnehmbare Zahnspange (funktionskieferorthopädisches Gerät) für den Oberkiefer sowie für die anschließende Retention eine Retentionsplatte.

Gesamtkosten: 4 000 Euro

Kostenverteilung über die Behandlungszeit

1. Jahr:	
Kosten für private Leistungen:	1 000 Euro
2. Jahr:	
Kosten für private Leistungen:	1 000 Euro
3. Jahr:	
Kosten für private Leistungen:	1 000 Euro
4. Jahr:	
Kosten für private Leistungen:	1 000 Euro

Modell 2: Kassenbehandlung eines schweren Überbisses ergänzt durch private Mehrleistungen

Ein Kind hat einen Überbiss von mehr als 6 mm (Kieferorthopädische Indikationsgruppe 4). Die Krankenkasse beteiligt sich an den Behandlungskosten. Die Behandlung beginnt im Alter von acht Jahren und dauert fünf Jahre: drei Jahre aktive Behandlung, zwei Jahre Retentionszeit.

Behandlungsgeräte: Für das erste Jahr herausnehmbare Zahnspange in Standardausführung, dann für zwei Jahre festsitzende Multiband-Apparatur – in Sonderausführung mit superelastischen Drähten und durchsichtigen Keramikbrackets im sichtbaren Bereich. Für die Retentionszeit: Retentionsplatten, zusätzlich ein Lingualretainer für den Unterkiefer.

Zusätzlich ist die Versiegelung des Bracketumfeldes privat zu bezahlen.

Gesamtkosten: 4 200 Euro.

Davon betragen die Kosten für Kassenleistungen 3 000 Euro. Die Krankenkasse übernimmt zunächst 80 Prozent von 3 000 Euro, also 2 400 Euro. Nach erfolgreich abgeschlossener Behandlung erstattet sie den Eigenanteil von 20 Prozent (600 Euro) zurück.

Hinzu kommen Kosten von 1 200 Euro

für privat zu zahlende Mehrleistungen, zum Beispiel die Keramikbrackets. In unserem Fall zahlt die Kasse den Eigenanteil von 600 Euro wegen unzureichender Mitarbeit des Patienten nicht zurück. Die in der Tabelle ausgewiesenen Tarifleistungen enthalten daher auch den Eigenanteil.

Kostenverteilung über die Behandlungszeit

1. Jahr:	
Kosten für die Kassenbehandlung:	1 200 Euro
20 % Eigenanteil von 1 200 Euro =	240 Euro
Kosten für private Mehrleistungen:	1 000 Euro
Der Patient trägt:	
240 Euro + 1 000 Euro =	1 240 Euro
2. Jahr:	
Kosten für die Kassenbehandlung:	900 Euro
Der Patient trägt:	
20 % Eigenanteil von 900 Euro =	180 Euro
3. Jahr:	
Kosten für die Kassenbehandlung	450 Euro
Der Patient trägt:	
20 % Eigenanteil von 450 Euro =	90 Euro
4. Jahr:	
Kosten für die Kassenbehandlung:	300 Euro
20 % Eigenanteil von 300 Euro =	60 Euro
Kosten für private Mehrleistungen:	200 Euro
Der Patient trägt:	
60 Euro + 200 Euro =	260 Euro
5. Jahr:	
Kosten für die Kassenbehandlung:	150 Euro
Der Patient trägt:	
20 % Eigenanteil von 150 Euro =	30 Euro



Ausgewählt, geprüft, bewertet

Anbieter/Tarif

Finanztest hat Zahnzusatzversicherungen aller auf dem deutschen Markt tätigen privaten Krankenversicherer untersucht, deren Angebot allen Personengruppen offensteht. Darunter sind auch Tarife, die ausländische Versicherer aus den Nachbarstaaten Deutschlands direkt vom Ausland aus anbieten, sofern das deutsche Versicherungsrecht gilt und deren Versicherungsbedingungen in deutscher Sprache erhältlich sind.

Zusätzlich haben wir alle Angebote berücksichtigt, die nur für die Versicherten in bestimmten allgemein geöffneten gesetzlichen Krankenkassen erhältlich sind. In die Untersuchung aufgenommen wurden nur Zahnzusatztarife, die eine Kostenerstattung für Kieferorthopädie bieten, die ausschließlich Zahnleistungen enthalten und die der Kunde einzeln abschließen kann. Die Tarife 193E und 194E der **Landeskrankenhilfe** fehlen in der Untersuchung, da diese Ge-

sellschaft nicht bereit war, uns die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Monatsbeiträge

Dargestellt sind die Beiträge für Jungen und Mädchen im Alter von fünf Jahren. Beitragsrabatte für Versicherte bestimmter Krankenkassen sind in Fußnoten ergänzt.

Die ausgewiesenen Beiträge sind ohne Alterungsrückstellung kalkuliert, das heißt, sie können sich bis zum Erreichen des Erwachsenenalters altersabhängig verändern.

Ausnahmen: Die Tarife des Münchener Vereins

Finanztest Zahnzusatztarife für gesetzlich Versicherte aller Krankenkassen

Anbieter (Adressen S. 93)	Tarif	Monatsbeitrag (Euro) Alter 5 Jahre		Leistungsbeispiele (Euro)		Leistungen für Kieferorthopädie bei Vorleistung der gesetzlichen Kasse		Weitere Tarifleistungen	
		Junge	Mäd- chen	Private Behandlung von leichtem Überbiss (4 000 Euro)	Kassenbehandlung von schwerem Über- biss mit privaten Mehrleistungen (4 200 Euro)	Prozent von Basisbetrag (erstattungs- fähiger Betrag)	Einschränkungen		Prozent von Basisbetrag (erstattungs- fähiger Betrag)
Arag	Z100	7,17	7,17	3 200	0	–	–	80 von Rb	a, b, c ¹⁹⁾
Arag	Z70	5,75	5,75	2 800	0	–	–	70 von Rb	c ¹⁰⁾
CSS	flexi ZEBasis+ZB ¹⁾	12,66	12,66	3 200	960	80 von MI ²⁾	–	80 von Rb	a, b, c ¹¹⁾
CSS	flexi ZETop+ZB ¹⁾	13,04	13,04	3 200	960	80 von MI ²⁾	–	80 von Rb	a, b, c ¹²⁾
Münchener Verein	768 ⁹⁾	4,06 ²⁰⁾	4,92 ²⁰⁾	1 600	1 680 ⁴⁾	40 von Rb	Mit Kassenleistung max. 100 % der Kosten	40 von Rb	c ¹³⁾
Münchener Verein	768 + 562 ⁹⁾	9,99 ²¹⁾	11,97 ²¹⁾	1 600	1 680 ⁴⁾	40 von Rb	Mit Kassenleistung max. 100 % der Kosten	40 von Rb	a, c ¹⁴⁾
Münchener Verein	768 + 563 ⁹⁾	10,37 ²²⁾	12,37 ²²⁾	1 600	1 680 ⁴⁾	40 von Rb	Mit Kassenleistung max. 100 % der Kosten	40 von Rb	a, c ¹⁵⁾
Signal Iduna	Dent-Max	6,22 ²³⁾	6,22 ²³⁾	2 000	800 ⁸⁾	100 von Rb ⁷⁾	Anrechnung der Kassenleistung auf Leistung ³⁾	80 von Rb ⁶⁾	a, b, c ¹⁶⁾
Signal Iduna	GE-Dent	6,20 ²⁴⁾	6,20 ²⁴⁾	2 000	800 ⁸⁾	100 von Rb ⁷⁾	Anrechnung der Kassenleistung auf Leistung ³⁾	80 von Rb ⁶⁾	a, b, c ¹⁷⁾
Signal Iduna	Dent-Fest+Z503	4,03 ²⁵⁾	4,03 ²⁵⁾	2 000	900 ⁸⁾	50 von Re ⁵⁾	Anrechnung der Kassenleistung auf Leistung ³⁾	50 von Re ⁵⁾	a, b, c ¹⁸⁾

1) Vertrieb im Dienstleistungsverkehr aus Liechtenstein, die Gesellschaft unterliegt nicht der deutschen, sondern der Liechtensteiner Finanzaufsicht.

2) Maximal 600 Euro je behandelten Kiefer.

3) Der Eigenanteil von 20 Prozent bei kieferorthopädischen Behandlungen von Kindern gilt nicht als Kassenleistung.

4) Erstattet die gesetzliche Kasse den Eigenanteil, muss der Kunde diesen Teil der Leistung (hier 40 % von 600 Euro = 240 Euro) an den Versicherer zurückzahlen.

5) Maximal 1 280 Euro im Kalenderjahr.

6) Maximal 500 Euro im Kalenderjahr.

7) Maximal 250 Euro im Kalenderjahr.

8) Der Eigenanteil an der Kassenleistung wird nachträglich erstattet, wenn der Versicherte sie nach Abschluss der Behandlung nicht von der Kasse zurückerhält.

9) Bereits für Kinder kalkuliert mit Alterungsrückstellung (keine altersabhängigen Beitragssteigerungen).

Urteile für Zahnersatzleistungen dieser Angebote (siehe Untersuchung in Finanztest 12/08)

10) Zahnersatz „gut“ (Note 2,5).

11) Zahnersatz „befriedigend“ (Note 2,8).

12) Zahnersatz „sehr gut“ (Note 1,3).

13) Zahnersatz „befriedigend“ (Note 3,4).

14) Zahnersatz „gut“ (Note 2,4).

15) Zahnersatz „gut“ (Note 2,2).

16) Zahnersatz „gut“ (Note 2,3).

17) Zahnersatz „befriedigend“ (Note 3,3).

18) Zahnersatz „gut“ (Note 2,3).

19) Zahnersatz „gut“ (Note 1,6).

Reduzierter Beitrag für Versicherte folgender Kassen

20) 3,73 Euro für Jungen und 4,54 Euro für Mädchen, die in der IKK Thüringen oder Vereinigten IKK versichert sind.

21) 9,48 Euro für Jungen und 11,38 Euro für Mädchen, die in der IKK Thüringen oder Vereinigten IKK versichert sind.

22) 9,85 Euro für Jungen und 11,77 Euro für Mädchen, die in der IKK Thüringen oder Vereinigten IKK versichert sind.

23) 6,03 Euro für Jungen und Mädchen, die in einer der folgenden allgemein geöffneten Krankenkassen versichert sind: **Ersatzkassen:** HEK, hkk.

Innungskrankenkassen: Vereinigte IKK, IKK Baden-Württemberg und Hessen, IKK Nordrhein, IKK Niedersachsen, IKK Südwest-Plus, IKK Brandenburg und Berlin, IKK SüdwestDirekt, IKK Sachsen, IKK Nord, IKK gesund plus, IKK Thüringen, numIKK, IKK Hamburg, IKK Direkt, BIG.

Allgemein geöffnete Betriebskrankenkassen: BKK vor Ort, Signal-Iduna BKK, BKK IHV, BKK exklusiv, BKK Hoesch, Die Persönliche BKK, BKK Ost-Hessen, BKK futur, Deutsche BKK, BKK Achenbach-Buschhütten, BKK der Siemag, BKK Sauerland, BKK Ahlmann, BKK Steinbeis-Holcim (S-H), BKK Ford und Rheinland.

24) 6,01 Euro für Jungen und Mädchen, die in einer der in Fußnote 23 genannten Kassen versichert sind.

25) 3,91 Euro für Jungen und Mädchen, die in einer der in Fußnote 23 genannten Kassen versichert sind.

Rb = Gesamter Rechnungsbetrag (ggf. inkl. Kassenleistungen und privaten Mehrleistungen).

MI = Privatärztlich abzurechnende Mehrleistungen.

Re = Restkosten: Gesamter Rechnungsbetrag (ggf. inkl. Kassenleistungen und privaten Mehrleistungen) minus tatsächlicher Kassenleistung.

Weitere Tarifleistungen neben Kieferorthopädie

(teilweise Kostenerstattung für ...):

a: Prophylaktische Leistungen (inkl. professionelle Zahnreinigung).

b: Zahnbehandlung (inkl. Füllungen, Parodontosebehandlungen, Wurzelbehandlungen, Schienen).

c: Zahnersatz.

Stand: 1. September 2008

sind bereits für Kinder mit einer Alterungsrückstellung kalkuliert. Die Beiträge verändern sich hier mit zunehmendem Alter nicht mehr. Die CSS dagegen kalkuliert ihre Tarife auch für Erwachsene ohne Rückstellung. Ihre Beiträge verändern sich daher auch für Erwachsene altersabhängig.

Leistungsbeispiele (Modelle)

Ausgewiesen sind die Tarifleistungen in Euro für zwei kieferorthopädische Behandlungsbeispiele. Im einen Beispiel übernimmt die gesetzliche Krankenkasse keinerlei Kosten, im anderen Beispiel trägt sie den größten Teil.

Leistungen für Kieferorthopädie

Dargestellt ist die Höhe der Kostenerstattung für kieferorthopädische Behandlungen. Da diese bei einigen Tarifen davon abhängt, ob sich auch die gesetzliche Kasse an den Behandlungskosten beteiligt oder nicht, ist die Tarifleistung für beide Varianten getrennt aufgeführt.

Erstattet wird jeweils ein Prozentsatz von einem Basisbetrag, dem erstattungsfähigen Betrag:

■ 40 % von Rb bedeutet, der Tarif erstattet 40

Prozent des gesamten Rechnungsbetrags;

■ 80 % von MI bedeutet, der Tarif erstattet 80

Prozent der Kosten für privatärztlich abzurechnende Mehrleistungen;

■ 50 % von Re bedeutet, der Tarif erstattet die Hälfte der Restkosten, die beim Versicherten verbleiben, nachdem die Leistung der gesetzlichen Kasse von der Rechnung abgezogen wurde.

Weitere Tarifleistungen

Weitere Tarifleistungen neben der Kostenerstattung für kieferorthopädische Behandlungen haben wir mit den Buchstaben a bis c bezeichnet. Die Bedeutung der Buchstaben ist unterhalb der Tabellen erläutert.

