

## Kieferorthopädische Behandlung – Kassenzahnsperre

### Compliance (Mitarbeit) des Patienten

Gemäß § 21 des Gesamtvertrages zur Kassenzahnsperre ist der Patient **zur Compliance (Mitarbeit) verpflichtet und aufgefordert**, die Anweisungen des behandelnden Vertragskieferorthopäden zu befolgen. Ist der Patient „non-compliant“, d.h. missachtet er die Anweisungen des KFO-Behandlers, kann dies einen Behandlungsabbruch zur Folge haben.

### Ein Patient ist „non-compliant“ bei....

- mangelnder Mundhygiene** - diese muss unbedingt nahezu perfekt sein und sollte von einem Erziehungsberechtigten kontrolliert werden.
- laufender Terminversäumnis**, da es ansonsten zu einer Verschlechterung und damit Behandlungsverzögerung kommen kann. Wurden Behandlungstermine vereinbart, sind diese rechtzeitig, in der Regel 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls kann jede versäumte Ordinationsstunde mit dzt. € 175 (Tarif lt. AHR) verrechnet werden.
- Nichtbefolgung therapeutischer Maßnahmen**, z.B. Tragen von Gummizügen oder funktionskieferorthopädischen oder abnehmbaren Geräten oder Headgear etc.
- mutwilligem Zerstören von Behandlungsgeräten** (nur 2 Reparaturen) Sollte sich ein Halte- bzw. Führungselement aus welchem Grund auch immer, nach dem Einsetzen lösen, hat dies der Patient unverzüglich in der Ordination bekannt zu geben, damit ein möglichst rascher Reparaturtermin sichergestellt werden kann.

**Schritt 1:** Das Warnsystem bei Non-Compliance besagt, dass mit der zweiten dem Patienten ausgesprochenen und dokumentierten Warnung, der Krankenversicherungsträger über das e-Card-System informiert wird. (§ 21 Abs. 1)

**Schritt 2:** Nach erfolgter Information des Krankenversicherungsträgers durch den Vertragskieferorthopäden wird der Patient durch den Träger über die Konsequenzen fortgesetzter Non-Compliance aufgeklärt. (§ 21 Abs. 2)

**Schritt 3:** Ist der Patient trotz Aufklärung weiterhin non-compliant, ist der Behandlungsabbruch vorzunehmen. (§ 21 Abs. 3)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Compliance bei meiner KFO-Behandlung/ bei der KFO-Behandlung meines Kindes in der Ordination des Vertragskieferorthopäden Dr. ...., in..... aufgeklärt wurde und diese Aufklärung verstanden habe.

.....  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten und/oder des Erziehungsberechtigten