

## K O S T E N E R S T A T T U N G (NACH § 13 ABS. 2 SGB V)

Alle Mitglieder und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben seit dem 1. Januar 2004 die Möglichkeit, anstelle des sogenannten Sachleistungsprinzips die Erstattung vorverauslagter Kosten (Kostenerstattung) auf Basis der Gebührenordnung für (Zahn-) Ärzte zu wählen. Seit 1. April 2007 ist eine Einschränkung der Wahl unter anderem auf den Bereich der zahnärztlichen Versorgung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V möglich. Die Ausübung dieses Wahlrechts hat der Versicherte seiner Krankenkassen gegenüber vor der ersten Inanspruchnahme der Leistung anzuzeigen. Mit der Wahl der Kostenerstattung ist der Versicherte an seine Entscheidung für mindestens ein Jahr gebunden.

Für den Bereich der Zahnheilkunde und insbesondere für die Kieferorthopädie bedeutet dies:

Die im Bewertungsmaßstab für die gesetzlichen Krankenversicherungen definierten Leistungen sind unvollständig. Sie berücksichtigen nicht den aktuellen Stand und die neuesten Entwicklungen des Faches und lassen dem gesetzlich Versicherten nur eine ergänzungsbedürftige Grundversorgung zukommen.

Insbesondere eine dem Fall gerechte Planungs- und Verlaufsdagnostik, eine Berücksichtigung ganzheitlicher und funktioneller Zusammenhänge und die Anwendung aufwendiger und schonender Apparaturen und Materialien ist von der Vertragsleistung ausgeschlossen. Dies lässt sich seit Mitte 2007 für alle gesetzlich Versicherten umgehen:

Gesetzlich Versicherte können sich künftig wie Privatpatienten behandeln lassen. Ihre Wahl können sie auf einen bestimmten Sektor, beispielsweise die zahnärztliche und damit auch kieferorthopädische Versorgung beschränken. Beim Arzt oder im Krankenhaus werden Sie dann wie bislang – ohne die Kosten der Behandlung

vorstrecken zu müssen - mit Ihrer Versichertenkarte nach dem Sachleistungsprinzip behandelt.

Die Krankenkasse erstattet jedoch nicht die gesamten Kosten der Behandlung. Maßstab für die Erstattungshöhe ist der vertragszahnärztliche Bewertungsmaßstab, der durch Budgetierung und niedrigeren Leistungsstandard geprägt ist. Gegebenenfalls zieht die Krankenkasse zusätzlich einen Verwaltungskostenbeitrag ab.

Mit der Wahl der Kostenerstattung haben Sie Zugriff auf alle Leistungen einer zeitgemäßen Kieferorthopädie.

---

Nach ausführlicher Beratung über die mir im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V zustehenden Behandlungsmöglichkeiten habe ich beschlossen, eine qualitativ höherwertige Behandlung als sie durch die gesetzliche Krankenkasse vorgesehen ist, in Anspruch zu nehmen. Über den voraussichtlichen Mehraufwand in Höhe von ca. € \_\_\_\_\_ bin ich informiert.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Hinweis:

Gesetzlich Versicherte, welche Kostenerstattung an Stelle des Sachleistungsprinzips wählen sind grundsätzlich, wie jeder andere gesetzlich Versicherte, auf die Inanspruchnahme von zugelassenen oder ermächtigten Vertragszahnärzten beschränkt. Nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse können im Einzelfall jedoch auch nicht zugelassene Leistungserbringer von dem Versicherten in Anspruch genommen werden.