

Liebe Patienten und Eltern, sehr geehrte Versicherte!

Der Inhalt und die Abrechnung kieferorthopädischer Behandlungen für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen wird vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch V geregelt.

Damit eine kieferorthopädische Behandlung bezuschusst werden darf, muß der Patient / die Patientin jünger als 18 Jahre sein und eine Zahn- oder Kieferfehlstellung mit einem Schwierigkeitsgrad von mindestens 3 auf einer Skala von 1 bis 5 innerhalb der gesetzlich festgeschriebenen Kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) vorliegen.

Die Zuordnung zu den Indikationsgruppen ist in einer Tabelle in §29 des Gesetzes anhand im Mund meßbarer Werte in Millimetern festgelegt.

Wenn danach eine Behandlung mit Kostenübernahme der gesetzlichen Versicherung überhaupt möglich ist, hat der Patient, wie bei jedem Arzt, die Wahl zwischen zwei Abrechnungsverfahren: Sachleistung (über Chipkarte) oder Kostenerstattung (mit Rechnung).

In der reinen Sachleistungsbehandlung sind alle medizinischen, also auch die kieferorthopädischen, Leistungen zwingend nach dem sogenannten "Wirtschaftlichkeitsgebot" in §12 des Gesetzes zu erbringen und der Patient trägt dafür in der Kieferorthopädie nur einen vorläufigen Eigenanteil von 20% oder 10% (beim zweiten Kind) der Kosten.

§12 des Sozialgesetzbuches V lautet im Originaltext:

"Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen." Damit ist bei den individuellen Behandlungsaufgaben jeweils das wirtschaftlichste, d.h. für die Krankenkasse kostengünstigste, Vorgehen oder Gerät bindend vorgeschrieben.

Es besteht keine Wahl hinsichtlich möglicher unterschiedlicher Behandlungstechniken, Geräte oder Materialien. Die Befolgung dieses Wirtschaftlichkeitsgebotes wird streng kontrolliert, der Arzt muß darüber Rechenschaft ablegen, und ggf. Strafzahlungen bei Nichtbefolgung leisten.

Darüberhinaus ist der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen beschränkt.

Eine Reihe von wichtigen Leistungen, die in der gesetzlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) für Privatbehandlungen aufgeführt und bewertet sind, steht gesetzlich Versicherten in der Sachleistung gar nicht zur Verfügung.

Auch die letzte Fassung des Gesetzes vom 1.4.07 stellt in §13, Abs.2 des Sozialgesetzbuches V daneben eine andere Verfahrensweise zur Wahl, die Ihnen Auswahlmöglichkeiten in der Terminbetreuung, Behandlungsführung und Geräteauswahl und den Zugang zum gesamten zeitgemäßen zahnärztlichen – und ärztlichen - Leistungsspektrum eröffnet:

Die Kostenerstattung nach §13,2 SGB V

Danach haben Sie das Recht, mit dem Arzt einen normalen Behandlungsvertrag zu schließen, indem Sie eine Abrechnung nach der gesetzlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vereinbaren, Ihre Beratung und Behandlung ohne die für Sachleistungen vorgeschriebenen Einschränkungen durchführen zu lassen und mit Ihrem Arzt gemeinsam frei zu entscheiden, welche Methoden, Geräte und Materialien Sie persönlich nach ausführlicher Information für Ihre Behandlung wünschen. Ihre Krankenkasse ist dann nach §13 verpflichtet, Ihnen davon die Kosten zu erstatten, die sie bei einer Kassenbehandlung (Sachleistung) hätte zahlen müssen und kann davon lediglich gewisse Abzüge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung machen.

Der restliche Differenzbetrag fällt über die Dauer der Behandlungszeit als Ihre Investition in die bessere Behandlung an. Wenn Sie die Kostenerstattung gewählt haben, erhalten Sie vor der kieferorthopädischen Behandlung einen privaten Heil- und Kostenplan nach GOZ, den Sie Ihrer Krankenkasse für eine "Kostenzusageerklärung" einreichen können. In der Behandlung erhalten Sie dann direkte Rechnungen, von denen die Krankenkasse Ihnen die Kosten einer Behandlung in der Kassen-Grundversorgung erstattet.

Kostenerstattung – ist das neu?

Nein. Die Kostenerstattung gab es schon früher, gab es für freiwillige Mitglieder der Krankenkasse immer und ist der übliche Abrechnungsweg in den meisten Ländern der EU und der restlichen Welt.

Kostenerstattung – wie geht das praktisch?:

- Sie wählen den Abrechnungsweg wie ein Privatpatient und schließen damit einen normalen Behandlungsvertrag: Sie erhalten quartalsweise eine Rechnung, reichen diese bei Ihrer Kasse ein und haben Anspruch auf Erstattung der Kassensätze. Wenn Sie das anteilige Geld von Ihrer Kasse erhalten haben, überweisen Sie den Gesamtbetrag an den Arzt oder lassen wie gewohnt abbuchen.

- Bedingt durch den Zugriff auf andere Leistungen und Materialien, als sie vom Gesetzgeber für Kassenpatienten vorgesehen sind, entsteht eine finanzielle Differenz, die Sie selbst tragen.

(Bei Kostenerstattung in der gesamten ambulanten Medizin ohne vorherige Behandlungsplanung empfiehlt es sich, diese vorher durch eine Restkostenversicherung abzusichern.)

Das ist Ihre Investition in die bessere, bequemere oder ästhetischere Behandlung oder allgemeine Verbesserung Ihrer Gesundheitsversorgung über die eng beschränkte "Kassenleistung" hinaus. Der Eigenanteil in der Kieferorthopädie ist für die Gesamtbehandlung je nach gewählten Leistungen sehr variabel. Ihr Behandler kann Ihnen vorab Erfahrungswerte nennen und Sie werden schriftlich bereits in der Planung der Behandlung oder bei der Wahl spezieller Leistungen darüber im voraus informiert.

Kostenerstattung - wo ist "der Haken"?

- Die Krankenkasse kann Ihren Erstattungsbetrag - trotz Ihrer geleisteten Beiträge - um einen Verwaltungsabschlag kürzen für die fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Arbeit des Sachbearbeiters.

Ob oder wie hoch diese Kürzung erfolgt, hängt von der Kundenfreundlichkeit Ihrer Kasse ab und ist bei jeder Kasse anders.

- Die Krankenkasse kann verlangen, daß Sie alle zahnärztlichen Leistungen in Form der Kostenerstattung in Anspruch nehmen, das heißt, auch beim Zahnarzt. Die Festlegung gilt 1 Jahr.

Wie unbürokratisch und flexibel die Umsetzung der Kostenerstattung in der Kieferorthopädie für Sie wird, hängt von der Kundenfreundlichkeit Ihrer Kasse ab und ist bei jeder Kasse anders.



- Wenn Sie Kostenerstattung wählen möchten, müssen Sie dazu die Kasse vorher schriftlich informieren.

Ob und wie sehr ein Kassen-Kundenberater im Gespräch Ihre Interessen vor die der Krankenkasse stellt, hängt von der Kundenfreundlichkeit Ihrer Kasse ab und ist bei jeder Kasse anders.

Man könnte Ihnen abraten, weil:

- ▶ die Krankenkasse damit Arbeit hat
- ▶ Ihnen bei dieser Abrechnungsform im Vergleich deutlich sichtbar wird, was Sie in der Sachleistung alles nicht haben können, bzw. was tatsächlich gezahlt wird.
- ▶ man meint, sie müssten die Rechnungen komplett vorfinanzieren.

Ob die Krankenkasse für die Bearbeitung und Erstattung eingereicherter Rechnungen länger als die 6-wöchige Zahlungsfrist braucht, hängt aber von der Kundenfreundlichkeit Ihrer Kasse ab und ist bei jeder Kasse anders.

Der normale Ablauf ist so, daß Sie Ihre Rechnung nach Eingang der Kassenerstattung zahlen.

- ▶ man unterstellt, daß Ärzte Sie grundsätzlich zu unnötigem Luxus überreden, um Sie zu übervorteilen.

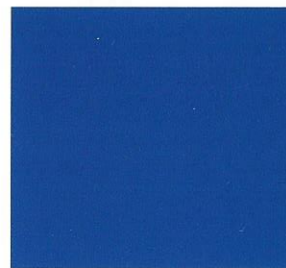
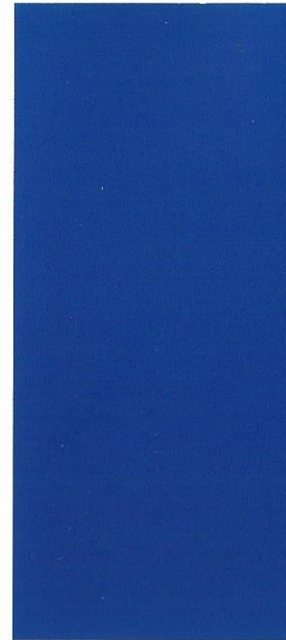
Kostenerstattung – für wen ist sie ungeeignet?

In der ambulanten medizinischen Versorgung beim Allgemein- und Fach-Arzt ist es für Menschen mit erheblichen chronischen Vorerkrankungen sehr schwierig oder unmöglich, das Restkostenrisiko für den Notfall mittels einer Versicherung sicher zu minimieren.

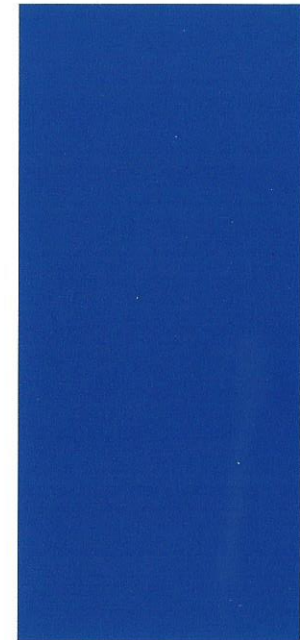
Das stellt einen Grund dar, dort auf Kostenerstattung eventuell doch zu verzichten.

Die Wahl zwischen Sachleistung und Kostenerstattung ist ein reines Patientenrecht.

Kasse oder Arzt können und dürfen Ihnen diese Entscheidung nicht abnehmen.



BDK
Berufsverband
der Deutschen
Kieferorthopäden



Patienten-Information zur Wahl von Kostenerstattung nach §13, Abs.2 SGB V

BDK
Berufsverband
der Deutschen
Kieferorthopäden

