

Im § 13 Abs. 2 SGB V werden folgende Regelung zur Kostenerstattung getroffen:

- Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben die Versicherten ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen.
- Der Behandler hat den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Wir raten dazu, dass Sie sich die erfolgte Beratung auch ohne gesetzliche Verpflichtung schriftlich bestätigen lassen, damit Sie im Zweifelsfall einen eindeutigen Nachweis führen können.
- Die Krankenkasse hat das Verfahren der Kostenerstattung in ihrer Satzung zu regeln. Die Abschläge für „Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ auf den Erstattungsbetrag werden jedoch auf maximal 5 % begrenzt.
- Die Versicherten sind an ihrer Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

Sofern für Leistungen, die im Rahmen der Kostenerstattung erbracht wurden, sogenannte "Punktmeldungen" der erstattenden Krankenkassen erfolgen, sind diese gem. § 85 Abs. 2 SGB V unverändert bis zum 10.05.2019 auf das Krankenkassenbudget und damit auch gem. § 85 Abs. 4 b SGB V auf Ihr Degressionspunktekonto anzurechnen.

Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Was ist Kostenerstattung?

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind Sie es gewohnt, in der Zahnarztpraxis Ihre Krankenversichertenkarte bzw. Gesundheitskarte vorzulegen. Der Zahnarzt erhält so Ihre Versichertendaten und rechnet die Behandlung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung mit der Krankenkasse ab. Allerdings übernimmt die Krankenkasse nur bestimmte Therapien. Für Behandlungsmethoden, die über das Ausreichende, Zweckmäßige und Wirtschaftliche hinausgehen, können auf Grundlage der gesetzlichen Regelungen keine Kosten übernommen werden. Einige Leistungen müssen vor der Behandlung genehmigt werden.

Wenn Sie von der Möglichkeit der Kostenerstattung Gebrauch machen, können Sie sämtliche zahnmedizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Sie brauchen ihre Versichertenkarte nicht mehr vorzulegen. Stattdessen erhalten Sie eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die Sie bei der Krankenkasse einreichen. Die Kasse erstattet die Kosten, die für die Behandlung über die Versichertenkarte angefallen wären. Sie kann vom Erstattungsbetrag Verwaltungskosten in Höhe von höchstens fünf Prozent abziehen. Etwaige Mehrkosten für aufwendige Behandlungen tragen Sie selbst. Haben Sie eine Zusatzversicherung, übernimmt diese unter Umständen auch einen Teil der Rechnung.

Wie wählen Sie Kostenerstattung?

Sie können die Kostenerstattung für sich selbst und/oder mitversicherte Familienangehörige für die Dauer von mindestens drei Monaten wählen. Dabei steht es Ihnen frei, die Kostenerstattung auf die zahnmedizinische Versorgung zu beschränken. Zuerst müssen Sie die Krankenkasse über Ihre Entscheidung informieren. Ihr Zahnarzt wird Sie über die Kostenerstattung aufklären.

Erklärung des Versicherten:

Als Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung habe ich Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten in Höhe des üblicherweise als Sachleistung von meiner Krankenkasse abgerechneten Betrages. Von diesem Recht möchte ich zukünftig Gebrauch machen und wünsche als Privatpatient auf der Grundlage der GOZ behandelt zu werden. Ich werde Kosten, die nicht von meiner Krankenkasse oder einer Zusatzversicherung übernommen werden, selbst tragen.

Ich wurde von meinem Zahnarzt umfassend über die Kostenerstattung informiert.

Außerdem bestätige ich, dass ich meine Krankenkasse bereits darüber informiert habe, dass ich Kostenerstattung für

- meine zahnärztliche Versorgung
- die zahnärztliche Versorgung von _____

Name des mitversicherten Familienmitglieds

(bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger