



Behandlungen auf Chip-Karte oder Rechnung?

Seit dem 01.07.1999 haben leider nur noch die Freiwillig Versicherten in der Gesetzlichen Krankenkasse das Recht, sich bei ihrem Arzt und Zahnarzt als "Privatpatient" behandeln zu lassen. Zusätzlich nur noch all jene Pflichtversicherte, die schon vor 1999 die Vorteile der Kostenerstattung erkannt haben und sich mindestens ein Mal über Kostenerstattung behandeln ließen (sog. "Bestandsrecht").

Freiwillig versichert sind alle Selbständigen und Freiberufler, dazu alle Angestellten oder Arbeiter, die über der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 4050,00 Euro brutto verdienen und deren mitversicherte Ehepartner und Kinder. Die damalige Bundesregierung hat das Recht, sich auf Rechnung statt auf Chip-Karte behandeln zu lassen, für die meisten Pflichtversicherten gestrichen. Wir halten das für einen Rückschritt und eine Beschneidung der persönlichen Freiheit der Bürger. Denn der größte Teil der Bevölkerung ist pflichtversichert, und diesen werden nun große Vorteile vorenthalten.

Es geht hier um die als "Kostenerstattungsverfahren" bezeichnete Abrechnungsart.

Für Sie als Patient bietet das Kostenerstattungsverfahren folgende Vorteile:

-> Wir können bei Ihnen alle Behandlungen mit aufwendigen Maßnahmen, Spezialgeräten und hochwertigen Materialien, entsprechend den Kriterien

einer **modernen hochqualifizierten Zahnheilkunde** durchführen. -> Für Sie und Ihre Zahngesundheit immer das Beste (= Note 1)

-> Wir können Ihnen **alle Leistungen** anbieten, die medizinisch notwendig sind. Das ist mehr als nur Schmerzbeseitigung und Reparaturmedizin, sondern schließt auch Leistungen zur Verbesserung Ihrer seelischen und sozialen Gesundheit nicht aus. Dazu zählen vor allem Maßnahmen zur Optimierung eines **strahlenden, gepflegten Gebisses**

. Ihre Zähne sollen nicht nur langfristig belastbare stabile Werkzeuge, sondern auch Schmuckstücke zur Verbesserung Ihrer Lebensfreude und Ihrer sozialen und beruflichen Chancen sein.

-> Wir können Ihnen mehr anbieten, als das Sozialgesetzbuch erlaubt. Als Kassenpatient im herkömmlichen Abrechnungsverfahren mit der Krankenversicherungskarte (- dieses Verfahren wird Sachleistung genannt -) dürfen wir bei Ihnen laut § 12 des Sozialgesetzbuches nur Leistungen erbringen, die ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig sind und das Maß des unbedingt Notwendigen nicht überschreiten. D.h. Schmerzbeseitigung, Erhaltung von unkritischen und nicht bereits stark vorgeschädigten Zähnen und die Wiederherstellung von Kau- und Sprechfähigkeit. Dies

wäre mit Schulnoten verglichen eine Note 4 (= ausreichend).

Die moderne Zahnheilkunde kann jedoch heute mehr bieten und eventuell auch Zähne erhalten, welche nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkasse "entfernt" (=gezogen) werden müssten.

-> Wenn Sie sich zur Kostenerstattung entschließen, verlieren Sie nicht Ihren Anspruch auf die ausreichende Kassenleistung. Das heißt, für die meisten Behandlungsmaßnahmen bezahlt die Krankenkasse die Grundleistung. Sie müssen für qualitätsverbessernde Maßnahmen sowie hochwertige Behandlungen und Materialien **nur den Differenzbetrag selber bezahlen**. Wie hoch dieser Differenzbetrag ist, wird Ihnen von uns vor einer Behandlung mitgeteilt. Sie können sich darauf verlassen, dass wir Ihnen für normale, durchschnittliche Leistungen keine überhöhten Gebühren in Rechnung stellen werden. Nur bei höherer Qualität oder größerem Umfang wird Ihre Behandlung teurer.

-> Sie haben die absolute **Kostentransparenz**, wissen also immer, was wir an welchem Tag für eine Leistung erbracht und Ihnen berechnet haben.

-> Wenn Sie eine private [Zusatzversicherung](#) haben, so

kann es sein, dass Sie durch das Kostenerstattungsverfahren von Ihrer privaten Zusatzversicherung mehr Kosten erstattet bekommen. Denn viele (nicht alle) Zusatzversicherungen zahlen "nur nach Vorleistung der Gesetzlichen". Diese Vorleistung in Höhe der Grundversorgung ist nur in dem Verfahren der Kostenerstattung möglich.

Erkundigen Sie sich bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse nach den Möglichkeiten der Kostenerstattung und der praktischen Durchführung. Stellen Sie vor allem folgende wichtige Fragen:

- * Muss vor der Kostenerstattung ein schriftlicher Antrag gestellt werden?
- * Muss ich mich für einen längeren Zeitraum zur Kostenerstattung verpflichten (falls ja - wie lange)?
- * Wenn ich mich einmal für die Kostenerstattung entscheide, muss ich die Kostenerstattung dann generell auch bei Ärzten, Krankenhausbehandlung etc. durchführen lassen? Die Krankenkassen können in ihrer Satzung über diese Details frei entscheiden. Natürlich wäre es ungünstig, wenn Sie sich für einen längeren Zeitraum binden müssten und auch bei Notfällen (Arzt, Krankenhaus) zur Kostenerstattung verpflichtet wären.

Dann könnten eventuelle Mehrzahlungen nicht vorher ausführlich und in Ruhe mit Ihnen besprochen werden.

Lassen Sie sich bitte nicht durch Pressemeldungen und eventuelle Äußerungen Ihrer Krankenkasse verunsichern. Häufig wird die Kostenerstattung als ungünstig für die Patienten bezeichnet, weil es "immer" zu "hohen" Eigenanteilen käme. Dies entspricht nicht der Wahrheit. Darüber hinaus darf ich Ihnen nochmals versichern, dass Sie über die Höhe des Eigenanteils vor der Behandlung informiert werden und Sie nicht bei jeder Leistung einen Eigenanteil haben. Sie entscheiden selber, ob Sie eine einfache Behandlung ohne Zuzahlung oder aufwendige bessere Behandlung mit Eigenanteil haben wollen.

Besser als für Ihre Gesundheit und ein strahlendes gepflegtes Aussehen können Sie Ihr Geld langfristig sicher nicht investieren!

Falls Sie weitere Fragen haben - wir beantworten Sie Ihnen gerne im persönlichen Gespräch.