

GOZ aktuell

Tarife und Erstattung

In der Serie „GOZ aktuell“ veröffentlicht das BZB Berechnungsempfehlungen und Hinweise zur GOZ 2012. Zur Weitergabe innerhalb der Praxis und zum Abheften können die Beiträge aus dem Heft herausgetrennt werden. Sie sind auch auf www.bzb-online.de abrufbar.

Viele Patienten vertreten die Meinung, Zahnarztrechnungen müssten entsprechend ihrem Versicherungsvertrag gestellt werden. Dem ist nicht so. Die Rechnungsstellung erfolgt grundsätzlich vollkommen unabhängig von einer möglichen Erstattung. Ein Rechtsverhältnis besteht lediglich zwischen dem Behandler und dem Privatpatienten einerseits sowie zwischen dem Patienten und dessen Versicherung andererseits.

Erstattungsbeschränkungen der Versicherung haben keine Auswirkungen auf die Abrechnungsmöglichkeiten des Behandlers, für den nur die Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte zwingende Abrechnungsgrundlage sind.

Eine korrekt erstellte Liquidation ist zur sofortigen Zahlung oder zum angegebenen Zahlungstermin (Zahlungsziel) fällig. Mögliche Differenzen zum erstatteten Betrag gehen deshalb zulasten des Versicherten.

Der Zahnarzt ist übrigens nicht verpflichtet, über mögliche Erstattungseinschränkungen aufzuklären. Denn es gibt zu viele verschiedene Versicherungstarife beziehungsweise -arten, die es dem Behandler unmöglich machen, jede Besonderheit zu kennen und auf sie aufmerksam zu machen. Sind Probleme bei der Erstattung bekannt (z.B. höhere Faktoren bei der Beihilfe), ist der Patient allerdings auf mögliche Kürzungen hinzuweisen.

Grundsätzlich können Versicherungen Erstattungsbeschränkungen festlegen, die im jeweiligen Vertrag festgelegt sein müssen. Ein Beispiel: Die Versorgung eines Zahns mit einer Krone zählt zu den konservierenden, also zahnerhaltenden Maßnahmen und nicht zum Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten nach der GOZ nur Brücken und Prothesen. Es ist aber durchaus möglich, dass Versicherungsunternehmen auch andere Leistungen als „Zahnersatz“ einstufen, Begleitleistungen entsprechend geringer bezuschussen oder eine prozentual geringere Erstattung für weitere Leistungen festlegen (z.B. Schienentherapien, funktionsanalytische und -therapeutische Maßnahmen etc.).

Ebenso kann die Erstattung an bestimmte Voraussetzungen geknüpft werden (Alter, Vorliegen bestimmter Indikationen etc.). Entsprechende Einschränkungen ergeben sich aus dem abgeschlossenen Versicherungstarif.

Keine Regel ohne Ausnahme: Besondere Tarife

Die nachfolgend aufgeführten Versicherungstarife wurden eingeführt, um auch eine Krankenversicherung für diejenigen zu garantieren, die nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abgesichert werden können. Es handelt sich dabei um brancheneinheitliche Tarife, das heißt, die Bedingungen sind bei allen Versicherungen gleich. Der Versicherte muss vor Beginn der Behandlung darauf hinweisen, dass er in einem dieser Sondertarife versichert ist. Wenn er dies versäumt, erhält er eine Liquidation nach den Bestimmungen der Gebührenordnungen.

Standardtarif

Die Liquidation für Tarifleistungen des Standardtarifes erfolgt nach der GOZ beziehungsweise – soweit für den Zahnarzt eröffnet – nach der GOÄ. Allerdings sind auch in diesem Tarif die Steigerungsfaktoren gesetzlich festgelegt und müssen eingehalten werden. Leistungen aus der GOZ können maximal mit einem 2,0-fachen Steigerungsfaktor berechnet werden, Leistungen aus der GOÄ, soweit sie für den Zahnarzt geöffnet sind, maximal mit einem 1,8- beziehungsweise 1,38-fachen Steigerungsfaktor. Für zahntechnische Leistungen gibt es eine eigene Sachkostenliste. Weitere Informationen:

www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen >>



Basistarif

Patienten, die im Basistarif versichert sind, haben Anspruch auf Leistungen, die mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (Bema) vergleichbar sind. Diese Leistungen müssen mit eingeschränkten Steigerungssätzen in Rechnung gestellt werden. Der Gesetzgeber schreibt vor, dass alle Leistungen aus der GOZ mit einem maximal 2,0-fachen Steigerungsfaktor und Leistungen aus der GOÄ mit einem maximal 1,8-fachen Steigerungsfaktor in Rechnung gestellt werden dürfen. Bei Leistungen nach Abschnitt O der GOÄ (Röntgenleistungen) dürfen Gebühren nur bis zum 1,38-fachen Steigerungsfaktor berechnet werden. Zahntechnische Leistungen müssen nach der BEL abgerechnet werden.

Zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung, den Beihilfekostenträgern und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wurden vom Tarif abweichende Erstattungssätze vereinbart, die Versicherungen oft als Erstattungsgrundlage heranziehen.

Die vereinbarten Steigerungsfaktoren gelten für Ärzte, nicht aber für Zahnärzte. Zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den oben genannten Kostenerstattern wurden keine entsprechenden Verträge geschlossen. Für Zahnärzte gelten die vom Tarif abweichenden Erstattungssätze also nicht! Ausschlaggebend für Faktorbegrenzungen ist daher nicht, ob eine Leistung nach der Gebührenordnung für Ärzte oder Zahnärzte berechnet wird, sondern, ob der Behandler Arzt oder Zahnarzt ist!

Weitere Informationen:

www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/mb-bt-2009.pdb.pdf



Notlagentarif

Aufgrund der Versicherungspflicht ist bei Nichtzahlung der Beiträge kein Ausschluss säumiger Beitragszahler mehr möglich. Deshalb führte die Bundesregierung zum 1. August 2013 den sogenannten Notlagentarif ein. In diesen Tarif werden alle privat versicherten Patienten umgestellt, die trotz Mahnungen in einem Zeitraum von sechs Monaten keine Beiträge bezahlt haben. Der Notlagentarif sieht ausschließlich eine Erstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Zusätzlich sind für versicherte Kinder und Jugendliche Aufwendungen für



Foto: Robert Kneschke/stock.adobe.com

Patienten, die im Standard-, Basis- oder Notlagentarif versichert sind, müssen ihren Zahnarzt vor der Leistungserbringung darauf hinweisen.

Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen durch die Versicherung zu erstatten.

Weitere Informationen:

www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/avb-nlt-2013.pdb.pdf



Hinweis ist Pflicht

Bitte beachten Sie, dass der Patient verpflichtet ist, den aufgesuchten Zahnarzt vor der Erbringung von Leistungen darauf hinzuweisen, im Standard-, Basis- oder Notlagentarif versichert zu sein. Ansonsten erhält er eine Liquidation nach GOZ beziehungsweise GOÄ – ohne Berücksichtigung der Besonderheiten des Versicherungstarifs. Grundsätzlich gilt, dass der Zahnarzt nur im Schmerzfalle verpflichtet ist, den Patienten zu den gesetzlich festgelegten Bestimmungen des Standard-, Basis- oder Notlagentarifs zu behandeln.



Christian Berger
Präsident und
Referent Honorierungssysteme der BLZK