

GKV-versicherte Patienten/Privatleistungen

In welchen Fällen ist einem Vertragszahnarzt erlaubt, gesetzlich versicherten Patienten Leistungen privat in Rechnung zu stellen?

Mit der Kassenzulassung verpflichtet sich der Vertragszahnarzt zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung (s. § 95 SGB V). Daraus folgt für ihn grundsätzlich die Verpflichtung, GKV-versicherte Patienten nach Vorlage der Versichertenkarte im Sachleistungssystem zu behandeln. Hiervon abzuweichen ist nur im gesetzlich vorgegebenen Rahmen (s. § 1 Abs. 1 GOZ) möglich.

Da in allen nachstehend beschriebenen Fällen davon ausgegangen werden muss, dass der gesetzlich versicherte Patient für die ihm entstehenden privaten Kosten keine Erstattung erhält, sollte er nach dem Patientenrechtegesetz (s. § 630 c Abs. 3 BGB) vorab eine **Kosteninformation in Textform*** erhalten.

* in Textform bedeutet schriftlich oder reproduzierbar gesprochen. Muss nicht die Form eines Heil- und Kostenplans haben

1. Kostenerstattung gemäß § 13 SGB V

Hat ein gesetzlich versicherter Patient Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewählt, werden die erbrachten zahnärztlichen Leistungen zwar nach der GOZ berechnet, die Erstattung der Behandlungskosten erfolgt jedoch nur für Leistungen, die im BEMA enthalten sind, bzw. nach den Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar wären.

Anmerkung:

§ 13 Abs. 2 SGB V (Auszug): "Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten Behandlung ist möglich. ..."

2. Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind

(z. B. funktionsanalytische u. - therapeutische Leistungen, Kfo bei Erwachsenen etc.) bzw. wegen der Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung nicht zu Lasten der GKV erbracht werden dürfen.

Der Patient ist darüber aufzuklären, dass es sich um Leistungen handelt, die gemäß Richtlinien nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Den Wunsch des Patienten, diese Leistungen auf privater Basis in Anspruch nehmen zu wollen, sollte der Zahnarzt aber unbedingt dokumentieren oder besser, sich schriftlich bestätigen lassen.

Anmerkung:

Soll eine Leistung erbracht werden, die nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung ist (s. o.), muss zunächst geprüft werden, ob die Leistung im Gebührenverzeichnis der GOZ bzw. der GOÄ zutreffend beschrieben ist. Wenn ja, dann ist bei der Berechnung die entsprechende GOZ- bzw. GOÄ-Gebühr anzusetzen.

Ist die Leistung nicht in den Gebührenverzeichnissen von GOZ bzw. GOÄ aufgeführt, kann für diese (selbständige) Leistung auf die Analogberechnung gem. § 6 Abs. 1 GOZ zurückgegriffen werden.

Wünscht der Patient eine Leistung, die das Maß des zahnmedizinisch Notwendigen (im Sinne der GOZ) überschreitet, muss vor der Behandlung hierüber eine schriftliche Vereinbarung in Form eines HKP gem. § 2 Abs. 3 GOZ getroffen werden. Diese Leistung ist auf der Liquidation als „Verlangensleistung“ zu kennzeichnen.

Achtung:

In vielen Kommentaren und „Abrechnungsempfehlungen“ wird auch für Leistungen, die generell keine Kassenleistung sind, die nachstehende Vereinbarung gem. § 4 Abs. 5d BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z verlangt. Dies ist dem Wortlaut der genannten Paragraphen nach, in welchen es jeweils um den Anspruch bzw. bewussten Verzicht des Kassenpatienten auf Leistungen der GKV geht, jedoch unsachgemäß (s. 3.)

3. Privatbehandlung gem. § 4 Abs. 5d BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z

Der Patient bzw. Zahlungspflichtige muss vor der Behandlung klar und deutlich verlangt haben, auf eigene Kosten behandelt zu werden, obwohl hierfür Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verfügung stehen (Leistungen, die eigentlich Kassenleistung wären, sollen privat erbracht bzw. privat in Anspruch genommen werden). Dies hat sich der Zahnarzt schriftlich bestätigen zu lassen. Also Schriffterfordernis!

§ 4 Abs. 5d BMV-Z:

Der Kassenzahnarzt darf von einem Berechtigten eine Vergütung nur fordern,
[...]

d. wenn und soweit der Berechtigte klar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden.

Wählt der Berechtigte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Kassenzahnarzt und dem Berechtigten zu treffen. Im übrigen soll sich der Kassenzahnarzt den Wunsch des Berechtigten, auf eigene Kosten behandelt zu werden, schriftlich bestätigen lassen.

§ 7 Abs. 7 EKV-Z:

Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Versicherten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der kieferorthopädischen Behandlung ab.

Darüber hinaus darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung für Leistungen, die im BEMA enthalten sind, nur fordern, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich wünscht, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen. Der Vertragszahnarzt soll sich den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen. Die gesetzlichen Mehrkostenregelungen bleiben unberührt.

4. Leistungen bei nicht oder nicht fristgerecht vorgelegter Versicherungskarte

Ein GKV-Patient ist verpflichtet, seinen Versicherungsanspruch durch Vorlage der Versichertenkarte oder eines gültigen Abrechnungsscheins nachzuweisen oder dies innerhalb einer Frist von 10 Tagen nachzuholen.

Der Patient ist darüber aufzuklären, dass er als Privatpatient angesehen wird (wirtschaftliche Aufklärungspflicht), es empfiehlt sich eine entsprechende Dokumentation auf einem Formblatt mit Datum und Unterschrift des Patienten.

Sofern die Versichertenkarte nicht fristgerecht nachgereicht wird, werden alle Leistungen komplett privat berechnet. Reicht er die Versichertenkarte fristgerecht nach, sind ihm evtl. bereits geleistete Zahlungen zurückzuerstatten.

5. Mehrkosten bei Füllungsalternativen gem. § 28 Abs. 2 SGB V

Wählt der Patient höherwertigere Füllungen, als sie die vertragszahnärztliche Versorgung vorsieht, sind Mehrkostenvereinbarungen nur zulässig bei ohnehin versorgungsbedürftigen Zähnen (Nicht für den Austausch intakter Amalgamfüllungen). Von den privaten Gebühren sind die entsprechenden Sachleistungen abzuziehen.

Die Kosteninformation erfolgt hier in Form der schriftlich abzuschließenden Mehrkostenvereinbarung.

6. Mehrkosten bei Kronen und Zahnersatz, auch Suprakonstruktionen bei Ausnahmeindikationen gem. § 55 SGB V.

Zu unterscheiden sind:

1. Regelversorgungen
2. gleichartige Versorgungen
3. andersartige Versorgungen

Die Berechnung erfolgt nach:

- BEMA
- BEMA/GOZ
- GOZ

Die Kosteninformation erfolgt hier über das HKP-Formular der GKV mit den zugehörigen Anlagen.

7. Eine Besonderheit bilden **implantologische Leistungen und Suprakonstruktionen bei seltenen Ausnahmeindikationen in besonders schweren Fällen** gem. § 28 SGB V. Hier ist zwar eine Erbringung als Sachleistung seitens der GKV vorgesehen, es bestehen aber keine verbindlichen Vorgaben, wie die Berechnung zu erfolgen hat. Daher erfolgen Planung und Berechnung nach GOZ. Dem Patienten ist Gelegenheit zu geben, seinen Erstattungsanspruch mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu klären.

Mustervereinbarungen finden Sie auf der Homepage der ZÄK-Berlin: www.zaek-berlin.de > Zahnärzte > GOZ > Musterformulare und Merkblätter.

GOZ-Referat der ZÄK Berlin

Stand: 30.03.2017