

PKV-Zahlenbericht 2012

PKV sieht neue GOZ als Grund für Ausgabenanstieg

Die privaten Krankenversicherungen (PKV) haben 2012 rund sieben Prozent mehr für Zahnleistungen aufwenden müssen als noch ein Jahr zuvor. Dies geht aus dem aktuellen Zahlenbericht des Verbandes der Privaten Krankenversicherung hervor. Lagen die Ausgaben 2011 noch bei rund 3,4 Millionen Euro, stiegen sie 2012 bereits auf knapp 3,65 Millionen Euro. Für zahnärztliche Behandlungen allgemein wurden danach knapp 93.000 Euro (+ 7,74 Prozent) mehr ausgegeben, für Zahnersatz fast 137.000 Euro (+ 6,9 Prozent), für Kieferorthopädie 11.000 Euro (+ 5,07 Prozent) und für „Sonstiges“ rund 7.000 Euro (+ 10,29 Prozent). Zahnärztliche Leistungen hatten an den gesamten Krankenversicherungsleistungen der PKV einen Anteil von 16,22 Prozent. Allein die Aufteilung dieser Zahnleistungen zeigt, dass Zahnersatz mit rund 58 Prozent den größten Anteil hat, gefolgt von Zahnbehandlungen (knapp 36 Prozent) und kieferorthopädi-

schen Leistungen mit gut sechs Prozent (siehe Diagramm 1). Während die Ausgaben insgesamt je Versicherten mit 1,97 Prozent weniger stark als im Vorjahr (2011: + 3,22 Prozent) stiegen und damit annähernd der allgemeinen Preissteigerung von 1,96 Prozent entsprechen, stiegen jedoch die Leistungen pro Kopf vor allem im zahnärztlichen Bereich stark an (2011: + 5,05 Prozent). Hierfür macht der PKV-Verband vor allem die zum Jahresbeginn 2012 in Kraft getretene neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) verantwortlich. Dies zeige sich besonders

Menschen über Zahntarife versichert gewesen – in der Regel nur gesetzlich Versicherte.

Honorarverteilung

Der Verband wertete eine Stichprobe der bei den Mitgliedsunternehmen eingereichten Arzt- und Zahnarztrechnungen aus – pro Jahr insgesamt 40.000 anonymisierte Rechnungen. Die Hälfte hiervon stammt aus dem Bereich der ambulanten Arztbehandlung. Jeweils 10.000 Rechnungen entfallen auf die Bereiche

Aufteilung der Zahnleistungen 2012

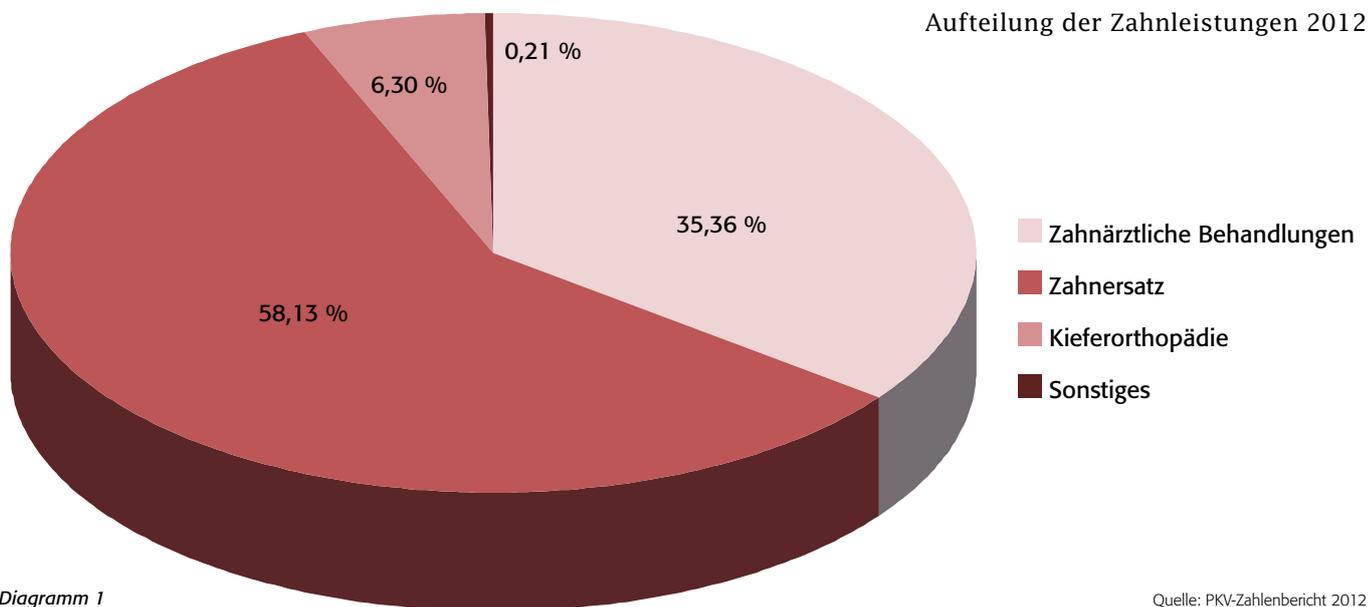


Diagramm 1

Quelle: PKV-Zahlenbericht 2012

ferorthopädie 11.000 Euro (+ 5,07 Prozent) und für „Sonstiges“ rund 7.000 Euro (+ 10,29 Prozent). Zahnärztliche Leistungen hatten an den gesamten Krankenversicherungsleistungen der PKV einen Anteil von 16,22 Prozent. Allein die Aufteilung dieser Zahnleistungen zeigt, dass Zahnersatz mit rund 58 Prozent den größten Anteil hat, gefolgt von Zahnbehandlungen (knapp 36 Prozent) und kieferorthopädi-

deutlich im Vergleich mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), für die ein Anstieg der Versicherungsleistungen je Versicherten von 0,92 Prozent gegenüber 6,72 Prozent bei der PKV angeführt wird. Bei den Zahntarifen im Zusatzversicherungsgeschäft verzeichneten die Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbands einen Zuwachs von 2,69 Prozent. Insgesamt sind laut PKV-Zahlenbericht 2012 mehr als 13 Millionen

der stationären Arztbehandlung und der Zahnarztbehandlung. Die Rechnungen wurden jeweils am 10. eines Monats bei den 19 größten Mitgliedsunternehmen aus dem Tageseingang gezogen. Bei der Auswertung im PKV-Verband wurden die Positionen der Rechnungen nach ihren Steigerungssätzen gemäß den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ/GOZ) zusammengefasst. Im aktuel-

len PKV-Zahlenbericht wurden hierzu Auswertungen von 2011 aufbereitet, nach denen 43,05 Prozent der abgerechneten Leistungen „genau zum Regelhöchstsatz“ abgerechnet wurden, 34,81 Prozent „genau zum Höchstsatz“. Nur 3,36 Prozent der Leistungen wurden mit einem höheren Steigerungsfaktor abgerechnet (siehe Diagramm 2).

Die Auswertung der anonymisierten Zahnarztrechnungen zeigt, dass äußerst selten unter dem Regelhöchstsatz abgerechnet wird. Fast die Hälfte der Rechnungen wurde 2011 genau zum Regelhöchstsatz erstellt. In etwa 35 Prozent der Fälle griffen Zahnärzte auf den Höchstsatz der GOZ zurück – im ambulanten ärztlichen Bereich waren es gut acht Prozent.

Unsäglicherweise arbeiteten hier die PKVen mit den vollkommen willkürlichen Begriffen der „Höchstsätze“ und „Regelhöchstsätze“, die weder faktisch richtig noch juristisch haltbar sind (siehe § 5 GOZ).

dauern würde, bis sich die Rechnungsersteller auf neue gebührenrechtliche Vorgaben eingestellt haben. Es gäbe aber schon erste Erkenntnisse, in welche Richtung sich die Dinge entwickeln. Es werde bereits deutlich, dass die Novellierung in einem wichtigen Punkt eine Enttäuschung sei. Für alle Beteiligten (Patienten, Zahnärzte und Kostenträger) sei es von großer Bedeutung, dass es möglichst wenige Auseinandersetzungen über die korrekte Auslegung und Anwendung der Gebührenordnung gebe. Wenn sich Kostenträger und Zahnärzte darüber streiten würden, sei der Patient der Leidtragende. Weiter heißt es, dass das Streitpotenzial durch die neue GOZ nicht massiv reduziert worden sei; zumindest nicht so viel, wie man es mit Blick auf die Entwicklung des zahnmedizinischen Leistungsspekt-

gen der neuen GOZ überbieten, die auf eine Optimierung der Rechnungsstellung im Sinne des Erreichens möglichst hoher Vergütungen abzielen. Dabei reiche

Das Streitpotenzial sei durch die neue GOZ kaum reduziert, so der PKV-Verband.

das Spektrum der Abrechnungsempfehlungen von subtil bis zum platten Ignorieren klarer gebührenrechtlicher Vorgaben. Ein Beispiel für letzteres sei: GOZ-Nr. 2197, vorgesehen für die adhäsive Befestigung, wird zusätzlich neben Gebührenpositionen angesetzt, in deren Leistungsbeschreibung eine solche Art der Befestigung ausdrücklich als Leistungsbestandteil aufgeführt ist, so der PKV-Verband.

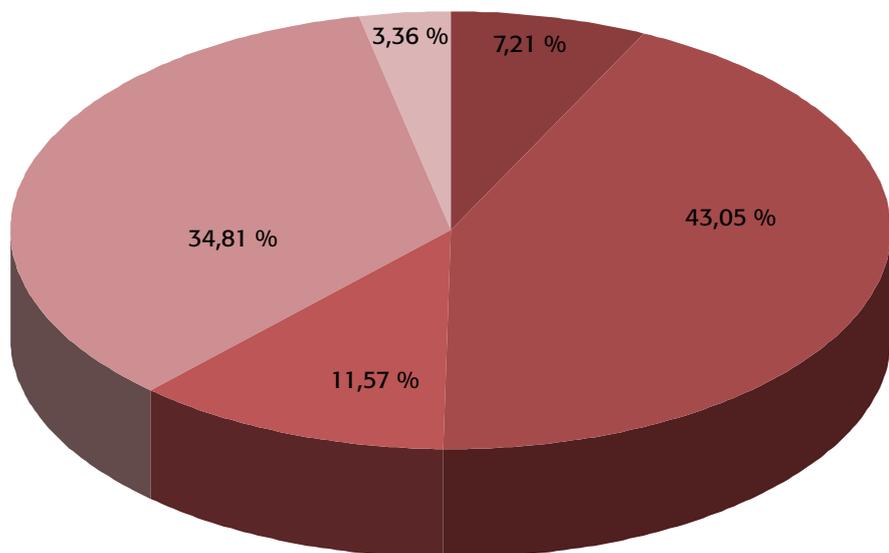


Diagramm 2

Struktur der GOZ-Multiplikatoren 2011

Abrechnung

- **unter dem Regelhöchstsatz**
(unter dem 2,3 fachen Steigerungssatz*)
- **genau zum Regelhöchstsatz**
(der 2,3 fache Steigerungssatz*)
- **zwischen dem Regelhöchstsatz und dem Höchstsatz**
(zwischen dem 2,3 und 3,5 fachen Steigerungssatz*)
- **genau zum Höchstsatz**
(der 3,5 fache Steigerungssatz*)
- **über dem Höchstsatz**
(über dem 3,5 fachen Steigerungssatz*)

*Erläuterungen in Klammern durch die Autoren

Quelle: PKV-Zahlenbericht 2012

Rechenschaftsbericht 2012

Deutliche Worte für die GOZ findet der PKV-Verband in seinem Rechenschaftsbericht 2012. Darin heißt es, dass es für eine abschließende Bewertung noch zu früh sei. Insbesondere würden noch keine aussagefähigen Zahlen zu den finanziellen Auswirkungen vorliegen. Außerdem lehre die Erfahrung, dass es eine Zeit lang

rum und den Erfahrungen mit Regelungen und Formulierungen der alten GOZ hätte erwarten dürfen. Es zeige sich, so heißt es im PKV-Bericht, dass zwar einige Problemfälle aus der alten GOZ gelöst wurden, aber eine Vielzahl neuer Streitpunkte hinzugekommen sind. Selbsternannte Gebührenrechtsexperten würden sich in Zeitschriften, Kommentaren und Abrechnungsseminaren mit Auslegun-

Problem Analogberechnung

Laut Bericht habe sich bereits die Warnung der PKV vor der Änderung der Vorschrift zur analogen Abrechnung der Leistungen, die nicht in der GOZ aufgeführt sind, als vollkommen berechtigt herausgestellt. Nach der alten Regelung (§ 6 Abs. 2 GOZ 1988) konnte eine zahnärztliche Leistung, die nicht im Gebührenver-

zeichnis der GOZ erfasst war, nur unter der Voraussetzung analog einer Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung (1. Januar 1988) aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt worden war. Dieser „Stichtagsvorbehalt“ ist in der neuen GOZ (die Regelung zur Analogabrechnung findet sich jetzt in § 6 Abs. 1 GOZ 2012) entfallen. Seither würden Listen mit weit mehr als hundert analog zu berechnenden Leistungen kursieren. Wären all diese Leistungen tatsächlich nicht in der GOZ enthalten, würde dies nichts anderes bedeuten, als dass die aktuelle Gebührenordnung weniger als zwei Drittel des zahnärztlichen Leistungsspektrums abbilde. Ihre Schutzfunktion für den Patienten könne die Gebührenordnung insoweit allenfalls noch partiell erfüllen. Denn bei der Auswahl der zur Abrechnung analog herangezogenen Gebührenposition hat der

Zahnarzt nur sehr allgemein formulierte Vorgaben (Gleichwertigkeit nach Art, Kosten- und Zeitaufwand) zu beachten. Für den PKV-Verband würden sich daraus Spielräume ergeben, die gerne im Eigeninteresse der Zahnärzte genutzt würden. Streit zwischen Rechnungssteller und Kostenträger sei die Folge.

Die PKVen arbeiten mit den vollkommen willkürlichen Begriffen „Höchstsätze“ und „Regelhöchstsätze“

Der PKV-Verband bedauert, davon ausgehen zu müssen, dass die neue GOZ das „Stresspotenzial“ unter den Beteiligten nicht verringern wird. Die PKV-Unternehmen sind im Interesse ihrer Versicherten auch weiterhin gehalten, zahnärztliche

Rechnungen einer genauen Prüfung zu unterziehen und sich gegenüber gebührenrechtswidrigen Abrechnungen zur Wehr setzen.

Vor dem Hintergrund, dass die neue GOZ wohl keine „Befriedungsfunktion“ im Hinblick auf gebührenrechtliche Auseinandersetzungen haben werde, sei es zu begrüßen, dass Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Beihilfe und PKV-Verband versuchen wollen, insbesondere auch praxisrelevante Auslegungsfragen der neuen GOZ einvernehmlich zu klären.

Es bleibt abzuwarten, welche Antworten die GOZ-Analyse der BZÄK zu diesem Thema bringt. – Daher, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist Ihre Mithilfe wichtig. Beteiligen Sie sich an der GOZ-Analyse, damit mit unseren eigenen evidenten Daten den PKVen der Wind aus den Segeln genommen werden kann.

Vanessa Hönighaus, Helmut Kesler

Inkrafttreten verschoben

Neue BEL II – 2014 erst ab 01.04.2014 gültig

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat aktuell alle Praxis- und Laborsoftwarehersteller darüber informiert, dass der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbart hat, das Inkrafttreten des BEL II – 2014 auf den 01.04.2014 zu verschieben.

Die von der KZBV an die Hersteller zahnärztlicher Praxisverwaltungssysteme (PVS-Hersteller) ausgelieferten neuen Module für die Abrechnung der ZE-, KBR- und KFO-Fälle enthalten diese Änderung nicht und gehen noch von einer Umstellung ab dem 01.01.2014 aus. Dies wird zur Folge haben, dass im ersten Quartal 2014 bei Abrechnung von zukünftig nicht mehr im BEL II – 2014 enthaltenen Leistungsnummern die Fehlermeldung:

„526 Unzulässige Laborposition oder für diese Abrechnungsart nicht vorgesehen“ ausgegeben wird.

Diese Fehlermeldung hat keinen Einfluss auf die rechnerische Prüfung sowie auf die Abrechnungsfähigkeit des gesamten Falles. Diese Leistungsnummern sind davon betroffen:

2022, 2023, 2024, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 3801, 3802, 3803, 3804, 3805, 3806, 3811, 3812, 3813, 3814, 4011, 4012, 4013, 4021, 4022, 4023, 4060, 7120, 7610, 7620, 7700 und 8110

Der Grund für die Verschiebung ist die späte Einigung zwischen dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) über die bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise für zahntechnische Leistungen beim Zahnersatz. Die Berechnung und Prüfung

der neuen Festzuschusshöhen kann erst jetzt erfolgen.

Es müssen mehrere formale Schritte eingehalten werden (schriftlicher Beschluss im Gemeinsamen Bundesausschuss, Prüfung dieses Beschlusses durch das BMG und dessen Veröffentlichung im Bundesanzeiger), sodass die neuen Festzuschussbeträge erst zum 1. April 2014 in Kraft treten können.

Somit wurde die Einführung der gesamten neuen BEL II auf den 1. April 2014 verschoben.

Für die Abrechnung gelten weiterhin die Leistungsnummern der BEL II – 2006 sowie die vereinbarten Preise für zahntechnische Leistungen vom 1. Juli 2013.

Sie haben Fragen? Ihre KZV-Ansprechpartner erreichen Sie unter der Sammelnummer 89004-405 (ZE) oder via E-Mail ze@kzv-berlin.de