



[die autorin]  
Gabi Schäfer

## Privatpatient – Nein danke!

Während die Kassenpunktwerte jährlich angepasst werden und selbst die GOÄ mehrere Novellierungen erlebt hat, ist die Gebührenordnung für Zahnärzte auf dem Stand von vor fast 20 Jahren festgefroren. Gabi Schäfer erläutert die Konsequenzen für die Zahnarztpraxis.

Unverändert geblieben ist auch die Anspruchshaltung der „Privatpatienten“, die als Helden einer Zweiklassenmedizin auf Privilegien beharren, die sie gar nicht mehr bezahlen. Dies wird unmittelbar klar am Beispiel eines einfachen Behandlungstermins, bei dem die Zähne 36 und 37 mit Füllungen versorgt werden. Diese stellt sich in der Gegenüberstellung der Abrechnung für einen Kassen- und einen Privatpatienten wie folgt dar:

AOK-Patient PW 0,85		Privatpatient Regelsatz	
Bema-Nr.	Punkte	GOZ-Pos.	Betrag €
01	18	001	12.92
36,37 R62	12	Ä5000	5.25
36,37 L1	12	010	9.06
36 F3 mod	49	209	38.8
37 F4 modl	58	211	49.15
bMF	10	203	8.41
<b>Summe</b>	<b>135.15 €</b>		<b>123.59 €</b>

Man sieht, dass bei einem Punktwert von 0,85 bei der abgerechneten Behandlung der AOK-Kassenpatient fast 10% mehr Honorar in die Kasse bringt als der anspruchsvolle Privatpatient – weswegen er wohl auch „Kassen“-Patient heißt. Nun kann in der GOZ über den Faktor die Liquidationshöhe verändert werden. Sollte es der Zahnarzt jedoch wagen, hier den Schwellenwert von 2,3 zu überschreiten, muss er diese Überschreitung begründen und wird dann in der Folge von den Kostenerstattern mit Schriftverkehr bestraft, der inhaltlich dem dargestellten Beispiel ähnelt.

### [ Gabi Schäfer ]

Als Seminarleiterin schulte sie während der letzten 13 Jahre in mehr als 1.800 Seminaren 56.000 Teilnehmer in allen Bereichen der zahnärztlichen und zahntechnischen Abrechnung. Ihre praxisnahe Kompetenz erhält sie sich durch bislang mehr als 650 Vor-Ort-Termine in Zahnarztpraxen, wo sie Dokumentations- und Abrechnungsdefizite aufdeckt und beseitigt und Zahnärzten in Wirtschaftlichkeitsprüfungen beisteht.

Tel./Fax: 07 00/07 96 23 62  
E-Mail: gs@synadoc.ch

**Hinweis 8:** Schwellenwertüberschreitungen im Rahmen der GOZ sind nur auf Grund von Besonderheiten des Behandlungsfalles gerechtfertigt. Gemäß § 5 Abs. 2 GOZ sind die Gebühren innerhalb des Gebühreintrahmens unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung der jeweiligen Leistungen nach billigem Ermessen zu bestimmen. In Betracht kommen Besonderheiten der Bemessungskriterien, welche sich konkret bei der Leistungserbringung sowohl aus der angewandten Verfahrensweise als auch aus dem Krankheitsbild, dem Zustand und Verhalten des Patienten ergeben.  
Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.02.1994 – 2 C 10.92 (BVerwGE 95, 117-123, NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung des Regelsatzes „den Charakter einer Ausnahme“. Gebühren bis zum Schwellenwert stehen danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwändige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung und decken in diesem Rahmen auch die schwierigeren und aufwändigeren Behandlungsfälle ab. Das Oberlandesgericht Köln hat im Urteil vom 21.08.1996 – 5 U 196/95 – (VersR 1997 S. 1362) und mit Urteil vom 16.07.1997 – 6 U 35/97 bestätigt, dass die Bemessung der Gebühr nach dem 2,3fachen

Seite 1 des Schreibens vom 21.03.2007

Der dargestellte Auszug aus einem Originalschreiben stammt übrigens aus der Erstattungsabsage einer Beihilfestelle. Beihilfepatienten lassen sich auch besonders gerne von den in den Beihilfescheiben dem Zahnarzt unterschwellig unterstellten Betrugsabsichten dazu motivieren, ihre Rechnung erst dann zu bezahlen, wenn die Erstattung eingetroffen ist und dann auch nur in der Höhe des Erstattungsbetrags. Der Zahnarzt darf sich für den Restbetrag mit der Beihilfestelle schriftlich herumschlagen oder muss hilfsweise den Betrag vom Patienten einklagen. Beides steht häufig in keiner Relation zu der Höhe der Beträge. Fest steht nur, dass Beihilfe für den Zahnarzt „Beihilfe“ zur Berufsverdrossenheit bedeutet. Leider sieht es bei den Privatversicherern nicht viel besser aus. Dort sind ganze Abteilungen mit Erstattungsverhinderung beschäftigt, wobei in der ersten Instanz zunächst auf Verdacht Textbausteine zusammengeschubst werden, die erst nach einer ausführlichen schriftlichen Stellungnahme des Zahnarztes in der zweiten Instanz einer sachlichen und fachlichen Prüfung unterzogen werden. Wie kann man sich als Zahnarzt nun vor solchem Zeitdiebstahl schützen? Zunächst einmal sollte vor jeder Arbeit ein ausführlicher Heil- und Kostenplan erstellt und vom Patienten unterschrieben werden. Dieser Plan muss sachlich und rechtlich einwandfrei formuliert sein und sollte z.B. nur Analogpositionen enthalten, die Gerichtsverfahren bereits standgehalten haben, wie etwa die GOZ 217§6 für dentinadhäsive Füllungen. Wenn der 2,3-fach-Satz überschritten werden soll, muss das im Plan bereits vermerkt sein. Außerdem wird man den 2,3-fach-Satz nur für die Positionen

überschreiten, die einen hohen Einzelsatz aufweisen, also die sogenannten Eckpositionen. Im Zweifelsfalle dingt man die Gebührenhöhe über den 3,5-fach-Satz nach § 2(1,2) GOZ ab und benötigt dann ein zusätzliches Formular. Dies ist besser, als kreativ irgendwelche Analogpositionen zu erfinden, für die man sich später zeitaufwendig rechtfertigen muss – und vier Briefe später bekommt der Patient sie ohnehin nicht erstattet. Gegen das Verlangen von Erstattungsstellen, bereits bei der Planung für Schwellenwertüberschreitungen Begründungen anzufordern, kann man sich mit geeigneten Formulierungen im Vorfeld wehren. Ganz wichtig ist die detaillierte und präzise Angabe von geschätzten Material- und Laborkosten.  
Viele Erstatter bezuschussen Laborkosten nur noch nach sogenannten „Sachkostenlisten“, die auf der Basis der BEL-Kassenpreise erarbeitet wurden. Nur wenn der Patient bei den unübersichtlichen Tarifstrukturen einen solchen detaillierten Heil- und Kostenplan für eine Erstattungszusage eingereicht und genehmigt bekommen hat, kann im Vorfeld sein Eigenanteil abgeklärt und Ärger vermieden werden. Bei der Rechnungslegung empfiehlt es sich, Vorbehandlungen und Begleitleistungen fortlaufend – am besten monatlich – abzurechnen und so den Erstattungsprozess schon mal in Gang zu bringen. Eine gute Hilfe beim Erstellen von Privatplänen ist die Synadoc-CD, die nach Eingabe eines Befundes blitzschnell einen druckreifen privaten Heil- und Kostenplan erstellt und auch die Laborkosten korrekt schätzt. Unter 0700/6733 4333 kann man sich kostenlos eine zeitlich begrenzte Vollversion zum Ausprobieren bestellen.