

# Berechnung von privat vereinbarten Leistungen

| Christine Baumeister

Seit dem 1.1.2004 gilt der aktuelle BEMA mit neuen Leistungsbeschreibungen, neuen Leistungsbewertungen, neuen Leistungspositionen und neuen Richtlinien. Gerade die Richtlinien sind entscheidend für die Beratung Ihrer Patienten bezüglich der möglichen vertragszahnärztlichen Versorgung. Hier ist die Abgrenzung bzw. Eingrenzung der Leistungen, die der gesetzlich versicherte Patient als Kassenleistung beanspruchen kann, sehr viel klarer geworden.

Um dem Anspruch des Patienten auf eine umfassende, dem derzeitigen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft basierende Therapie anbieten zu können – also auch Leistungen außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung, muss der Vertragszahnarzt gesetzliche Regelungen beachten und korrekte Vereinbarungen mit dem Patienten schließen. Mit jeder Vereinbarung, mit der sich Zahnarzt und Patient aus der vertragszahnärztlichen Versorgung lösen, begeben sich beide in den Bestimmungsbereich der GOZ. Auch hier finden sich wiederum Vereinbarungsmöglichkeiten, gibt es Formvorschriften, die zu beachten sind, um Rechtssicherheit zu bekommen und um im Streitfall eine einklagbare Forderung

vorliegen zu haben. Mit diesem Artikel wollen wir Ihnen die entsprechenden Bestimmungen in Erinnerung rufen und Ihnen anhand von Beispielen Unterstützung bei der Erstellung rechtssicherer Vereinbarungen anbieten. Wie entscheidend die korrekte Vereinbarung werden kann, ergibt sich auch aus einer Entscheidung des LG Hannover vom 29.07.99 (Az.: 19 S 21/98). In diesem Urteil hat das Landgericht klargelegt, welche rechtlichen Voraussetzungen eine Mehrkostenvereinbarung erfüllen muss (Abb. 1):

- Sie muss zunächst in der korrekten Schriftform erfolgen.
- Darüber hinaus muss sie erkennen lassen, in welcher Höhe Kosten für den Versicherten anfallen.
- Mehrere Schriftstücke müssen „do-

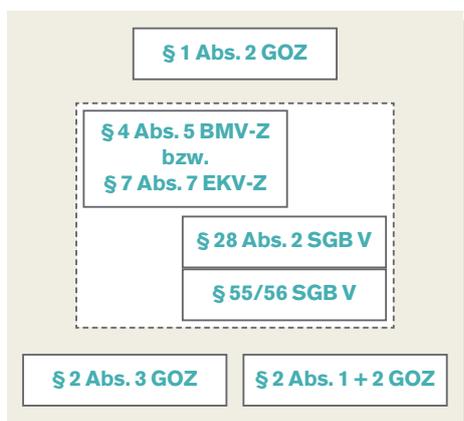
kumentenecht“ zusammengefügt sein.

- Die Vereinbarung muss vom Patienten und Zahnarzt unterschrieben sein.

## Mehrkostenberechnung bei gesetzlich versicherten Patienten

Grundsätzlich ergibt sich aus den Regelungen der §§ 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. 8 Abs. 2 EKV-Z ein generelles Zuzahlungsverbot zur Vertragsleistung. Was genau ist nun unter dem Begriff „Zuzahlung“ zu verstehen? Ein Beispiel mag diesen Begriff verdeutlichen: Bei einem Patienten müssen störende Schleimhautbänder durchtrennt werden (BEMA-Nr. 57 – sms). Nach eingehender Beratung wünscht der Patient die Durchführung dieser Maßnahme mittels Laser. In diesem Fall ist eine Zuzahlung für den Lasereinsatz nicht zulässig, vielmehr muss die gesamte Behandlung einschließlich aller Begleitleistungen privat vereinbart werden.

Eine Ausnahme von diesem generellen Zuzahlungsverbot finden wir in § 28 SGB V beschrieben. § 28 Abs. 2 lautet: „Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen.“ Der GKV-Patient hat Anspruch auf eine Füllung, wenn der Zahn kariös erkrankt oder die alte Füllung in-



**§ 1 Abs. 2 GOZ:**  
Medizinische Notwendigkeit

**§ 2 Abs. 1 + 2 GOZ:**  
Vereinbarung über die  
Gebührenhöhe

**§ 2 Abs. 3 GOZ:**  
Vereinbarung einer Verlangens-  
leistung

**§ 4 Abs. 5 BMV-Z bzw.  
§ 7 Abs. 7 EKV-Z:**  
Vereinbarung einer Privatliquidation  
bei gesetzlich Versicherten

**§ 28 Abs. 2 SGB:**  
Mehrkosten bei Füllungen

**§ 55/56 SGB V:**  
Festzuschüsse bei Zahnersatz

Abb. 1: Die Paragrafen der Abrechnung.