

Echte und unechte Privatpatienten

| Dr. Hendrik Schlegel

In Zeiten von Budgets, Degression, Wirtschaftlichkeit und Honorarverteilung ist es notwendiger denn je, über einen „gesunden Anteil“ an Privatpatienten, besser noch an Privatleistungen, zu verfügen. Es sollte ein Anteil an Privatleistungen von 50 Prozent der Umsätze langfristig angestrebt werden.

Mit Stand vom 1. Juli 2008 waren in der BRD 85,2% der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert. In den neuen Bundesländern betrug der Anteil der GKV-Versicherten 90,5% und in den alten Bundesländern 84,2% (vgl. KZBV Jahrbuch 2009).

Demgegenüber waren im Jahr 2008 15,8% der Bevölkerung in den alten Bundesländern PKV versichert, nicht versichert oder in einer besonderen Sicherungsform. In den neuen Bundesländern betrug dieser Anteil 9,5%.

Zur privaten Krankenversicherung Vollkostenversicherung

In 2009 waren in der Bundesrepublik 8.814.600 Personen vollversichert in der PKV. Dies entspricht einem Zuwachs von 2% gegenüber 2008.

Basistarif

2009 waren insgesamt 13.500 Personen im Basistarif versichert. Damit haben sich anfängliche Befürchtungen nicht bestätigt, wonach massenhaft privat Vollkostenversicherte in den Basistarif wechseln würden.

Private Zusatzversicherung

Privat zusatzversichert waren in 2009

21.461.400 Personen, was einen satten Zuwachs von 3,3% gegenüber 2008 bedeutet (vgl. Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2009, S. 13 und S. 17).

Der hohe Anteil an Personen mit privaten Zusatzversicherungen bringt vielfältige Probleme mit sich (s.u.).

„Echte“ und „unechte“ Selbstzahler

„Echte“ Selbstzahler sind solche, die als gesetzlich Krankenversicherte keine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben und Privatleistungen in Anspruch nehmen.

Zu den „unechten“ Selbstzahlern zählen die Privatversicherten – ggf. mit Beihilfeberechtigung –, da sie einen oder mehrere Kostenträger im Hintergrund haben.

Selbstzahler sind sie nur dort, wo sie sog. „kostenträgerfreie Leistungen“ in Anspruch nehmen. Das sind Leistungen, die über das zahnmedizinisch notwendige Maß hinausgehen (z.B. Maßnahmen der Ästhetik und Kosmetik) und deshalb von keinem Kostenträger übernommen werden.

Auch gesetzlich Krankenversicherte mit privater Zusatzversicherung sind nur im Bereich kostenträgerfreier Leistungen „echte“ Selbstzahler.

Probleme im Bereich der Privatleistungen

Fremd gemachte Probleme

a) Keine Anpassung der GOZ seit 1988

Es ist ein Skandal, dass es der Verordnungsgeber nicht für nötig befunden hat, die Grundlage der Berechnung von Privatleistungen (GOZ) seit 1988 fachlich und gebührentechnisch anzupassen. Die GOZ ist die älteste, niemals angepasste Gebührenordnung für einen freien Beruf in Europa. Nun soll voraussichtlich im Laufe des Jahres 2011 eine Novelle der GOZ erfolgen. Vor dem Hintergrund der galoppierenden Staatsverschuldung, der für das Jahr 2011 vorgesehenen Anhebung der Krankenkassenbeiträge auf 15,5% (plus Zusatzbeiträge), sind nur wenig Spielräume für die so dringend notwendige Gebührenanhebung im privatrechtlichen Bereich vorhanden. Das ganze Hin und Her der GOZ-Novelle und die Planlosigkeit der Gesundheitspolitik – auch auf Bundesebene – lassen nichts Gutes erwarten. Was immer noch – trotz erbitterten Widerstandes aus der Zahnärzteschaft (und Ärzteschaft) – auf der Agenda steht, ist eine Öffnungsklausel zu Einzel- oder Gruppenverträgen, die nicht dadurch besser wird, dass sie „beidseitig“ ausgestaltet sein soll. Die Musik spielt auf der Kostenträgerseite! Patienten werden



Weltklasse ContactWorld S/H/C

installieren > einschalten
> zufrieden sein:

- weltklasse in Zuverlässigkeit
- innovatives Design
- tragende Teile aus Metall
- deutsches Produkt

**Aktion bis
31.12.10**

Voll-Ausstattung:

Arztelement und Stuhl

1 x OP-Lampe LED

1 x Turbineneinrichtung mit Licht

2 x Micromotor Ritter mit Licht

1 x Zahnsteinentfernungsgerät **Satelec**

1 x orig. Ritter 3F-Spritze TopFlex

1 x orig. Ritter Fußanlasser, bewährte
und einfache Steuerung der
Hauptfunktionen

+ neues Touchpanel inkl. vier
Benutzerebenen

Designer-Patientenliege!

Helferinnenelement:

- integriertes Touchpanel zur Steuerung versch. Funktionen
- Speibecken, abnehmbar und desinfizierbar
- Spraynebelsauger und Speichelsauger
- **WEK Permanent-Entkeimungssystem** inkl. freier Auslauf
- + Mundspülbeckenventil
- + Einheit inkl. Montageblech
- + Ritter Spülhaube zur Instrumentenspülung



Made in Germany



Wahlweise
System H/S/C
(preisgleich)



~~anstatt 34.400,-~~

25.950,-

Basispreis EURO,
zzgl. der gesetz-
lichen MwSt.
Abb. ähnlich

Fragen Sie nach auch nach
unseren Zusatzpaketen!



Exklusivangebot - nur über die
dental bauer gruppe
www.dentalbauer.de

Ritter® Concept GmbH
Bahnhofstr. 65
08297 Zwönitz
Tel. 037754 / 13-400
Fax 037754 / 13-280
info@ritterconcept.com
www.ritterconcept.com

Coupon für einen kostenlosen Beratungstermin



Vereinbaren sie Ihren persönlichen Praxis-Beratungstermin!
Faxen sie uns einfach diesen Abschnitt unter 037754/13-280 zu.
Ihr zuständiges Depot freut sich auf Ihre Anfrage und nimmt Kontakt
mit Ihnen auf.

Name/Praxis

Ort/Straße/Hausnr.

Telefon

E-Mail

nur dann im Wege einer Vereinbarung mit dem Zahnarzt von der GOZ abweichen, wenn der Kostenträger bereit ist, Kosten zu erstatten. Eine Öffnungsklausel – auch zugunsten der Zahnärzte – bringt wenig bis nichts und schafft auch keine Waffengleichheit.

b) „Erzieherische Maßnahmen“ der Kostenträger

Kostenträger legen die GOZ z.T. sehr restriktiv, z.T. sehr eigenwillig aus. Zu den restriktiven Maßnahmen gehört die Erstattung nur bis zum 2,3-fachen Satz der GOZ, das routinemäßige Bezweifeln von Begründungen, die Verweigerung bestimmte Positionen oder Positionenkombinationen zu erstatten, Anfragen zur medizinischen Notwendigkeit geplanter oder bereits durchgeführter Behandlungsmaßnahmen, Einverlangen von umfangreichen Unterlagen beim Zahnarzt, Hinweise an die Patienten, erst nach Prüfung der Liquidation durch den Kostenträger zu zahlen, Erstattung zahntechnischer Leistungen nach Liste vorgeblich angemessener Preise, usw. Diese Maßnahmen haben im Laufe der letzten 22 Jahre Wirkung gezeigt.

Hausgemachte Probleme

a) Gestaltungsmöglichkeiten der GOZ werden nicht genutzt

Zu den hausgemachten Problemen zählt, dass die Zahnärzteschaft sich auch nach 22 Jahren GOZ-Anwendung nicht in der Lage sieht, die Gestaltungsmöglichkeiten der GOZ zu nutzen. Zu nennen sind hier:

- Wahl eines angemessenen Steigerungsfaktors (67,8% = 2,3-fach, 7,8% unter 2,3-fach, 12,7% zwischen 2,3-fach und 3,5-fach und 11,5% = 3,5-fach)
- freie Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 über die Gebührenhöhe (0,2%) und
- Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ (Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen) (Quelle: KZBV Jahrbuch 2009; GOZ-Analyse S. 178 ff.).

Besonders erstaunlich hieran ist, dass immer noch in 79,5% der Fälle lediglich unter oder zum 2,3-fachen Satz liquidiert wird und dass nur in 0,2% der Fälle eine Vereinbarung über den Steigerungsfak-

tor getroffen wird. Mit einer Vereinbarung über den Steigerungsfaktor wäre es aber möglich, die seit 1988 eingetretene gewaltige Kostensteigerung zu berücksichtigen. Hinzu kommt noch, dass durch höchstrichterliche Rechtsprechung die Möglichkeit zum Abschluss einer solchen Vereinbarung zwischenzeitlich wesentlich vereinfacht wurde.

b) Der Patient erhält großzügige Zahlungsziele

Trotz wirtschaftlich zunehmend schlechterer Rahmenbedingungen erhält der Patient im Rahmen der Privatversicherung/Beihilfeberechtigung häufig Zahlungsziele von bis zu drei Monaten und länger. Der Patient weiß dies zumeist gar nicht zu schätzen, weil er es für „normal“ hält, dass der Zahnarzt ihm dies auf eigene Kosten (Zinsverlust, Zwischenfinanzierung, usw.) einräumt. Des Weiteren wird dadurch dem Privatpatienten/Beihilfeberechtigten die Möglichkeit verschafft, zunächst einmal die Liquidation bei seinen Kostenträgern einzureichen und abzuwarten, ob und wie viel diese zu leisten bereit sind.

Kürzen dann die Kostenträger die Liquidation, werden diese Kürzungen (meist zu Unrecht) an den Zahnarzt weitergegeben. So entstehen aus „Erstattungsproblemen“ „Berechnungsprobleme“. Der Erfolg von Factoringunternehmen beruht im Wesentlichen darauf, dass ein sehr zügiger Forderungseinzug betrieben wird. Der Patient ist gezwungen die Forderung zu begleichen, bevor sein Kostenträger geleistet hat. Dadurch entsteht für den Patienten ein Erstattungsproblem, wenn seine Kostenträger trotz Berechnung des Zahnarztes nach vertretbarer Auslegung der GOZ nicht oder nicht vollständig leisten. Es ist also auch für den Zahnarzt sinnvoll, ein geeignetes Forderungsmanagement einzuführen.

c) Vorauszahlungsvereinbarungen nicht genutzt

In zu seltenen Fällen wird auch die Möglichkeit einer Vorauszahlungsvereinbarung mit dem Patienten genutzt. Diese ist insbesondere da sinnvoll, wo im Bereich der prothetischen Versorgung hohe Kosten für zahntechnische Leistungen zu erwarten sind.

Der Anspruch des Zahntechnikers gegenüber dem Zahnarzt wird nämlich ab Abnahme des Zahnersatzstücks durch den Zahnarzt (Eingliederung) fällig, egal ob der Patient an den Zahnarzt zahlt oder nicht.

In manchen Fällen ist auch die Bereitschaft des Patienten zum Abschluss einer Vorauszahlungsvereinbarung ein Test auf ernsthafte Zahlungsbereitschaft.

d) Ausrichtung der Berechnung nach Anforderungen der Kostenträger

Die restriktive Erstattungspolitik von Kostenträgern hat dazu geführt, dass Zahnärzte (um Ärger zu vermeiden) zumeist nur bis zum 2,3-fachen Satz der GOZ berechnen oder bestimmte Leistungskombinationen gar nicht mehr wählen.

Beispiel:

Berechnung einer auf vier Teleskopen abgestützten Modellgussprothese im Unterkiefer (es sind nur noch die Zähne 33, 43, 37 und 47 vorhanden).

Berechnung nach vertretbarer Auslegung der GOZ:

- 4 x 504 GOZ (Teleskopkrone)
- 4 x 508 GOZ (Verbindungselement)
- 3 x 507 GOZ (Spanne oder Friendsattel)
- 1 x 521 GOZ (Modellgussprothese)

Da Beihilfestellen lediglich die 504 und die 521 erstatten, wird auf die Berechnung der Gebührennummer 508 (neben der 504) und der Gebührennummer 507 (neben der 521) verzichtet.

Zudem wird jeweils nur der 2,3-fache Satz berechnet, weil nach den restriktiven Beihilfebestimmungen die Mehrzahl der aufwendigeren und schwierigeren Behandlungsfälle vom 2,3-fachen Satz erfasst werden, was dazu führt, dass praktisch keine Erstattung über dem 2,3-fachen Satz erfolgt.

Tipps:

- Nutzen Sie die Gestaltungsmöglichkeiten der GOZ, insbesondere auch die Möglichkeit einer freien Vereinbarung, weil Sie mit dieser auch die seit 1988 um mehr als 50% gestiegene Teuerungsrate berücksichtigen können.

- Richten Sie Ihre Berechnung nicht nach den Kostenträgern aus.
- Sorgen Sie für ein zügiges Forde-
rungsmanagement
- Nutzen Sie im Bereich prothetischer
Versorgungen die Möglichkeit von
Vorauszahlungsvereinbarungen für
die Kosten der Zahntechnik.

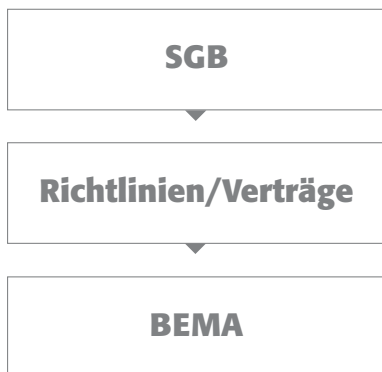
Privatleistungen nicht nur für Privatversicherte

Privatleistungen nehmen nicht nur die
privat Krankenversicherten in Anspruch,
sondern insbesondere auch gesetzlich
Krankenversicherte, deren Anzahl ja
weit höher ist. Bei gesetzlich Kranken-
versicherten ist wegen der vielfältigen
Einschränkungen des Sozialrechts eine
befundadäquate Therapie z.T. über-
haupt erst dann möglich, wenn alter-
nativ oder zusätzlich zu Vertragslei-
stungen ergänzende oder zusätzliche
Privatleistungen nach GOZ/GOÄ er-
bracht werden.

Formalien beachten

Sollen mit gesetzlich Krankenversi-
cherten Privatleistungen erbracht wer-
den, sind eine Reihe von Formalien zu
beachten. Des Weiteren muss man zu-
nächst einmal ermitteln, auf welche
Leistungen der gesetzlich Krankenver-
sicherte einen Anspruch zulasten der
GKV hat (Sachleistungen) und welche
Leistungen er nur auf eigene Kosten
(privat) erhalten kann.

Ermittlung von Privatleistungen



Bei gesetzlich Krankenversicherten er-
geben sich Privatleistungen aus dem

- SGB V (§ 12 Wirtschaftlichkeitsge-
bot, § 28 Ärztliche/zahnärztliche
Behandlung inklusive Mehrkosten-
vereinbarung, § 29 Kieferorthopädi-
sche Behandlung)

- aus den Richtlinien/Verträgen und
 - dem BEMA.
- Alles, was danach nicht GKV-Leistung
ist, ist Privatleistung.

Von der Vertragsleistung zur Privatleistung

Der Vertragspatient hat zunächst ein-
mal einen Anspruch auf Erhalt der
Vertragsleistung. Die Vertragsleistung
ist dem Patienten daher zu benennen.
Wünscht der Patient nach Aufklä-
rung über die Vertragsleistung und Aufklä-
rung über ergänzende, alternative oder
zusätzliche Privatleistungen diese in
Anspruch zu nehmen, ist mit Ausnahme
der Mehrkostenvereinbarung bei Fül-
lungstherapie eine Vereinbarung nach
§ 4 Abs. 5b BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z
abzuschließen.

Für eine solche Vereinbarung existiert
kein vorgeschriebenes Muster, sodass
man sich ein eigenes Muster erstellen
kann. Demgegenüber gibt es ein ver-
tragliches Muster für die Mehrkosten-
vereinbarung.

Hinweis:

Entsprechende vertragliche Muster sind
als Lagerformular Bestandteil kommer-
zieller Abrechnungssoftware oder kön-
nen über die zuständige KZV bezogen
werden.

Nachdem mit dem Vertragspatienten
entweder eine Mehrkostenvereinba-
rung oder eine Vereinbarung nach § 4
Abs. 5b BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKV-Z ab-
geschlossen wurde, erfolgt die weitere
Berechnung auf der Grundlage von GOZ/
GOÄ. Dabei kann es unter Umständen
nötig sein, zusätzliche Vereinbarungen
nach GOZ zu treffen, so z.B. eine freie
Vereinbarung über die Gebührenhöhe,
wenn der 3,5-fache Satz der GOZ über-
schritten werden muss.

Es sind also 3 Schritte notwendig:

- 1) Aufklärung über die Vertragslei-
stung inklusive Aufklärung über
ergänzende/alternative Privatlei-
stungen.
- 2) Mehrkostenvereinbarung bzw. Ver-
einbarung nach § 4 Abs. 5b BMV-Z,
§ 7 Abs. 7 EKV-Z (raus aus der Ver-
tragsleistung).
- 3) Berechnung der fraglichen Leis-
tungen nach GOZ/GOÄ, ggf. unter Ein-



2011 MULTIDENT
**THEMEN
FORUM**

28. MAI 2011
**HANNOVER
IM EXPOVAL**

**Inspiration,
Information
und interessante
Angebote:**

**Ein ganzer Tag für
Sie persönlich.**

- **Der ideale Termin für alle
Zahnärzte, Praxisteams und
Labore.**
- **Hochkarätiges Angebot mit
Seminaren, Workshops,
Vorträgen und weiteren
punktwerten Fortbildungs-
kursen.**
- **Faszinierendes Rahmenpro-
gramm, attraktive Angebo-
te, Kaufen in entspannter
Atmosphäre.**



schluss weiterer Vereinbarungen nach GOZ/GOÄ.

Tipp:

Die Einhaltung der Formalien ist unabdingbar und schon im eigenen Interesse sowie aus Beweisgründen nötig.

Einsatz der Mehrkostenvereinbarung

Die Mehrkostenvereinbarung wird bei Füllungstherapie eingesetzt (vergleiche §28 Abs. 2 SGB V), so z.B., wenn der Patient Inlays wünscht oder SDA-Rekonstruktionen. Nicht über die Mehrkostenvereinbarung, sondern über eine Vereinbarung nach § 4 Abs. 5b BMV-Z, § 7 Abs. 7 EKV-Z läuft der Austausch intakter Füllungen.

Einsatz der Vereinbarung nach § 4 Abs. 5b BMV-Z, § 7 Abs. 7 EKV-Z

In allen anderen Bereichen, z.B. Endo, KFO, PAR ist keine Mehrkostenvereinbarung möglich (Zuzahlungsverbot). Hier ist vor der Behandlung eine Vereinbarung nach § 4 Abs. 5b BMV-Z, § 7 Abs. 7 EKV-Z zu treffen. Patient und Zahnarzt müssen unterschreiben. Der Patient erhält ein Exemplar der Vereinbarung, eins verbleibt beim Zahnarzt.

Beispiele:

- Entfernung von Raucher- und Teebelägen mit Airflow (zusätzliche Vereinbarung nach §2 Abs. 3 GOZ sinnvoll)
- Private Wurzelkanalbehandlung (z.B. beim 8er)
- Kariesrisikobestimmung, z.B. über Testverfahren nach GOÄ
- Fissurenversiegelung von Milchzähnen oder anderen Zähnen als bleibende 6er und 7er
- IP-Leistungen außerhalb des IP-Programms oder außerhalb der entsprechenden Altersstufen
- Endodontische Behandlung bei unsicherer Prognose oder ab bestimmten Lockerungsgraden
- Durchtrennen eines Lippen- oder Zungenbändchens auf Wunsch
- Professionelle Zahnreinigung
- Systemische Antibiotika-Behandlung
- Parodontalbehandlung unter Einsatz eines Lasers
- Taschensterilisation

- Kleine orthodontische Maßnahmen im Bereich der KFO (z.B. Schließen eines Diastemas) oder Maßnahmen unter KIG-Gruppe 3 oder Erwachsenen-KFO.
- Andersartige Leistungen im Bereich der Prothetik
- Funktionsanalytische, funktionstherapeutische Leistungen
- Implantatbehandlungen, wenn keine Ausnahmeindikation vorliegt.

Ein Wort zu privaten Zusatzversicherungen

Negativ ist zu bewerten, dass gesetzlich Krankenversicherte im zunehmenden Maße in private Zusatzversicherungen gedrängt werden, wobei ihnen die Hoffnung gemacht wird, dadurch höhere Zuschüsse zu Vertragsleistungen zu erhalten oder Leistungen erstattet zu bekommen, die nicht mehr zum Katalog der Vertragsleistungen zählen.

Allerdings trägt diese Hoffnung häufig! Private Zusatzversicherungen wollen sehr viel wissen, aber wenig leisten. Sie ersparen sich eine adäquate Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss und holen dies dann bei erstmaliger Leistungsbeurteilung durch extensive Anfragen beim Zahnarzt nach. Hier soll der Zahnarzt zum kostenfreien „Versicherungsdetektiv“ „befördert“ werden, indem er z.B. dazu aufgefordert wird, die gesamte Karteikarte in Kopie einzureichen, Angaben zum Versicherungsverhältnis zu machen, usw. Hintergrund ist, dass private Zusatzversicherungen keine Erstattung für Krankheitsbilder/Erkrankungen vornehmen, die bereits bei Abschluss der Zusatzversicherung angelegt waren.

Beispiel:

Gesetzlich Krankenversicherter

- 2.01.2008 > Extraktion der Zähne 45 und 46 bei vorhandenen 44 und 47.
- Der Zahnarzt weist den Patienten darauf hin, dass die entstandene Lücke möglicherweise durch spätere Versorgung geschlossen werden müsse, um Okklusionsstörungen zu vermeiden oder eine Elongation der Gegenbeziehung.
- 1.09.2009 > Patient schließt eine private Krankenzusatzversicherung ab, die z.B. auch Kosten für Implantate übernimmt.

- Am 1.07.2010 (Ablauf der Wartefrist von acht Monaten für Prothetik) wird die Lücke durch zwei Einzelkronen auf Implantaten versorgt.

Keine Einstandspflicht der privaten Krankenzusatzversicherung – trotz Ablauf der achtmonatigen Wartefrist für Prothetik –, da die Ursache für die jetzige Versorgung auf die Extraktion im Jahre 2008 zurückgeht!

Eine private Krankenzusatzversicherung ist im Grunde genommen nur für Versicherte mit naturgesunden oder vollständig saniertem Gebiss anzuraten. Für andere Patienten käme eher ein verzinslicher Sparvertrag infrage.

Beantwortung von Anfragen privater Zusatzversicherungen

Lassen Sie sich als Zahnarzt nicht zum „Versicherungsdetektiv“ degradieren. Fragen zum Versicherungsverhältnis kann der Versicherte selbst beantworten. Fragen zur medizinischen Notwendigkeit einer geplanten oder durchgeführten Behandlung können Sie auf Wunsch des Versicherten beantworten, wenn der Kostenträger begründete Zweifel geäußert hat.

Aber auch dann sollte die Beantwortung nur an den mit Name und Adresse benannten Beratungszahnarzt der Versicherung erfolgen und auch nur, wenn die Versicherung bereit ist, Kosten für die Beantwortung zu übernehmen. Um eine Schweigepflichtsproblematik zu vermeiden, sollten Sie die Beantwortung der Fragestellung dem Versicherten zukommen lassen, damit dieser entscheiden kann, ob er Ihre Beantwortung an den Kostenträger weiterleitet oder nicht.

autor.

Dr. Hendrik Schlegel

Geschäftsführender Zahnarzt
der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Auf der Horst 29
48147 Münster
Tel.: 02 51/5 07-5 10
E-Mail: Dr. H.Schlegel@zahnaerzte-wl.de
www.zahnaerzte-wl.de



2011 MULTIDENT
**THEMEN
FORUM**

28. MAI 2011
HANNOVER
IM EXPOVAL



JETZT NOTIEREN!



MULTIDENT

Höchst persönlich.

www.multident.de/themenforum

MULTIDENT
MULTIDENT

Hannover Berlin Düsseldorf-Ratingen Frankfurt/Main Göttingen Hamburg Oldenburg Paderborn
Wolftratshausen Schwerin Rostock Steinbach-Hallenberg