Information, Formular, Differenzberechnung:

Wie ging das nochmal genau mit der Vereinbarung von Mehrleistungen?

© Bohdan – stock.adobe.com

© Annie Spratt/unsplash.com

Ein Beitrag von RA Stephan Gierthmühlen.

Nun sind sie also da, die „neuen" Regelungen zu Mehrleistungen. Diejenigen von Ihnen, die schon 2016 mit dabei waren, werden am Ende dieses Artikels vielleicht sagen: „Weiß ich doch längst, mach ich doch schon lange!" Gerade die Einführung des neuen verbindlichen Formulars führt da und dort zu Verunsicherung und wirft Fragen auf, die vielleicht im Folgenden beantwortet werden können.

RA Stephan Gierthmühlen

Das Wichtigste vorneweg: Mehr- und Zusatzleistungen können angeboten und gewählt werden. Kein Kassenpatient muss aber Mehr- oder Zusatzleistungen in Anspruch nehmen. Wird diese freie Wahl insbesondere des Patienten beeinträchtigt, drohen mitunter harte Sanktionen. Die Sozialgerichte haben in der Vergangenheit mehrfach sogar Zulassungsentziehungen bestätigt, die damit begründet waren, dass eine vertrags(zahn)ärztliche Behandlung von Zuzahlungen abhängig gemacht wurde.

Die Leistungen des BEMA-Z mögen nicht den „letzten Schrei" der kieferorthopädischen Technik abbilden, aber sie erlauben nach wie vor eine standardgerechte Behandlung und ordentliche Behandlungsergebnisse. Die ehemalige Präsidentin der DGKFO Prof. Ursula Hirschfelder brachte es auf den Punkt: „Man muss es nur können!"

„Das Wichtigste vorneweg: Mehr- und Zusatzleistungen können angeboten und gewählt werden. Kein Kassenpatient muss aber Mehr- oder Zusatzleistungen in Anspruch nehmen."

Die Aufklärung über Behandlungsalternativen

Diese Ausgangssituation determiniert auch die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärung. § 29 SGB V greift dabei die auch zivilrechtlich vorgeschriebene Aufklärung über Behandlungsalternativen auf, wenn gefordert wird, dass der Versicherte „vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen mündlich aufzuklären" ist. Diese Aufklärung muss als Behandlungsalternative auch eine „zuzahlungsfreie Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen" umfassen. Dabei muss die Darstellung der Regelleistung neutral erfolgen. Eine Herabwürdigung der Kassenbehandlung ist mit den vertragszahnärztlichen Pflichten nicht vereinbar.

Die Aufklärung muss natürlich – es geht schließlich um die Entscheidungsfreiheit des Patienten – „vor Beginn der Behandlung" stattfinden. Dies bedeutet nun nicht, dass möglichst schon vor der Erstellung des Behandlungsplanes über Mehr- und Zusatzleistungen aufzuklären ist, sondern so rechtzeitig vor der Erbringung der Leistung, dass der Versicherte die Möglichkeit hat, sich frei für oder gegen eine bestimmte Behandlungsalternative zu entscheiden.

Die Vereinbarung

Hat sich der Patient nach erfolgter Aufklärung entschieden, Mehr- oder Zusatzleistungen in Anspruch zu nehmen, ist, so das SGB V, „eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden. Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist."

Für diese Vereinbarung einschließlich der Dokumentation der Aufklärung wird zukünftig zwingend das nun vereinbarte Formular verwendet werden müssen. Da dieses Formular aber Bestandteil der Bundesmantelverträge ist, wird es herstellerseitig in die Praxis-EDV integriert, sodass die Handhabung recht einfach werden dürfte.

Auf der ersten Seite des Formulars ist zunächst zu kennzeichnen, ob es sich um eine Erst- oder eine Folgevereinbarung handelt. Bereits dies macht deutlich, dass durchaus im Laufe der Behandlung mehrere Vereinbarungen über unterschiedliche Leistungen geschlossen werden können. Im Rahmen der Anfangsdiagnostik kann sich der Patient also z. B. bereits für einen Intraoralscan entscheiden, ohne aber schon wissen zu können, ob er im weiteren Verlauf der Behandlung Keramikbrackets, ein Pendulum oder einen festsitzenden Retainer wählen wird. Auch dann, wenn z. B. mehr Brackets oder Bögen als zunächst geplant erforderlich werden, kann eine Folgevereinbarung nötig werden. Wichtig ist, dass nicht die bestehende Vereinbarung rückwirkend geändert, sondern diese durch Abschluss einer entsprechenden Folgevereinbarung „fortgeschrieben" wird. Dementsprechend werden auch sämtliche Vereinbarungen, die während der gesamten Dauer der KFO-Behandlung getroffen werden, mit einer fortlaufenden Vereinbarungsnummer gekennzeichnet. Das gilt natürlich nur dann, wenn eine Vereinbarung

bereits geschlossen ist. Während der Entscheidungsphase kann der Umfang der zu vereinbarenden Leistungen natürlich stets verändert werden, wenn sich die Wünsche oder Erfordernisse verändern.
Die folgende Angabe der Stammdaten entspricht dem üblichen Muster. Zu beachten ist aber, dass die Vereinbarung sodann zwischen dem Zahlungspflichtigen – in der Regel die Eltern des Versicherten – und dem Versicherten differenziert. Diese Differenzierung ergibt sich zwar aus dem Gesetzestext nicht unmittelbar, ist aber notwendig, um die Schnittstelle zwischen GKV und privatzahnärztlicher Behandlung adäquat zu bewältigen, da der (zivilrechtliche) Behandlungsvertrag bei Minderjährigen regelmäßig durch die Eltern geschlossen wird. Auch hier gilt, dass Kongruenz zwischen dem Zahlungspflichtigen und dem Rechnungsempfänger bestehen muss.

„Die Aufklärung muss natürlich – es geht schließlich um die Entscheidungsfreiheit des Patienten – ‚vor Beginn der Behandlung' stattfinden."

Der wohl interessanteste Teil der ersten Seite des Formulars ist sodann die Kostenaufstellung, die bereits die Differenzberechnung vorwegnimmt. In dem Formular sind die voraussichtlichen Kosten für die privatzahnärztlichen Leistungen anzugeben sowie der voraussichtlich abzuziehende Anteil der BEMA-Leistung. An anderer Stelle weist das Formular ausdrücklich darauf hin, dass die Kostenaufstellung auf den aktuellen, also zum Zeitpunkt der Vereinbarung geltenden Vergütungen für zahnärztliche Leistungen beruht, die sich im Lauf der Behandlung, z. B. durch Punktwertänderungen, verändern können.
Im Anschluss findet sich sodann die vorgegebene und damit vollständig rechtssichere Dokumentation der erfolgten Aufklärung.
Auf der zweiten Seite des Formulars sind sodann die einzelnen Leistungen anhand der GOZ- bzw. GOÄ-Positionen aufgeschlüsselt anzugeben und die jeweils abzuziehende BEMA-Position anzugeben. Dabei ist auch die Art der Leistung anzugeben. Während das Gesetz nur zwei Arten der Leistung kennt, nämlich:

Mehrleistungen: Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden und

Zusatzleistungen: Nicht im Bewertungsmaßstab enthaltene kieferorthopädischen Leistungen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind,

greift das Formular die in der Vereinbarung 2016 verwendete dritte Kategorie, nun „Andere Leistungen" genannt, auf. Da es sich bei den Zusatzleistungen eben um kieferorthopädische Leistungen handelt, sind andere Leistungen also nicht kieferorthopädische Leistungen, die nur im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung stehen.

„Die Leistungen des BEMA-Z mögen nicht den ‚letzten Schrei' der kieferorthopädischen Technik abbilden, aber sie erlauben nach wie vor eine standardgerechte Behandlung und ordentliche Behandlungsergebnisse."

In der Vereinbarung ist nun auch der Steigerungsfaktor der GOZ-Position anzugeben. Denken Sie daran, dass ggf. parallel zur Mehrleistungsvereinbarung auch eine Vereinbarung gem. § 2 GOZ geschlossen werden muss, wenn ein Steigerungssatz über 2,3 und jedenfalls, wenn ein Steigerungssatz über 3,5 abgerechnet werden muss, um die Mehrkosten nach Abzug der BEMA-Leistung abzubilden.
Da der Versicherte mit der Vereinbarung von Mehr- und Zusatzleistungen nun ein „halber Privatpatient" ist, müssen also die Mehr- und Zusatzleistungen auch nach der GOZ abgerechnet werden. Auch hierfür ist bekanntlich ein Formular zu verwenden. In diesem Rechnungsformular kann der notwendige Abzug der BEMA-Leistung mit dem dann geltenden Punktwert entweder als Abzugsposten in die Auflistung der Leistungen einfließen oder als „Vorleistung anderer Kostenträger", wie es der von der Bundeszahnärztekammer bereitgestellte Liquidationsvordruck vorsieht. Auch hier dürften die PVS-Hersteller allerdings Lösungen anbieten.
Eigentlich ist es also ganz einfach, Mehr- und Zusatzleistungen zu vereinbaren: Der Patient (bzw. seine Eltern) ist über die Möglichkeit einer zuzahlungsfreien Behandlung und die darüber hinausgehenden Möglichkeiten aufzuklären. Entscheidet sich der Patient für Mehr- und Zusatzleistungen, sind diese unter Berücksichtigung des erforderlichen Steigerungsfaktors mit dem neuen Formular zu vereinbaren. Die Abrechnung des BEMA-Teils erfolgt über die KZV, der Rest ganz normal nach der GOZ, jedoch unter Abzug der BEMA-Anteile.

© christianchan – stock.adobe.com

Also keine Sorge, es bleibt fast alles beim Alten.

Der Artikel wurde erstmals im BDK.info 2/2023 veröffentlicht.

Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V.
gs@bdk-online.org
www.bdk-online.org

ANZEIGE

ZWP ONLINE
www.zwp-online.info/newsletter

Hol dir dein
#insiderwissen!

Mit dem
Newsletter Kieferorthopädie

© custom scene – stock.adobe.com

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0 · info@oemus-media.de