
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die zum 1. Januar 2012 novelliert wurde, regelt die Rechtsgrundlage für die Honorargestaltung Ihrer Behandlung. Die bisherigen Erfahrungen zeigen leider, dass bei der Kostenerstattung durch private Krankenversicherungen häufig Schwierigkeiten auftreten. Die Gründe hierfür liegen in den meist nicht bekannten Differenzen der beiden im Rahmen der Privatbehandlung zu berücksichtigenden und streng voneinander zu trennenden Rechtsbeziehungen. Zum einen handelt es sich um die Rechtsbeziehung zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt. Zum anderen besteht eine davon unabhängige, zweite Rechtsbeziehung zwischen Ihnen und Ihrer kostenerstattenden Stelle (Private Krankenversicherung), über die wir Sie mit diesem Merkblatt näher informieren wollen.

WELCHE VERTRAGSBEZIEHUNGEN GIBT ES?

Wenn Sie als privat Versicherter Leistungen in Anspruch nehmen, besteht zwischen Ihnen und dem Behandler ein Vertrag (**Behandlungsvertrag**): Leistungen, die Ihr Zahnarzt oder einer seiner Mitarbeiter in diesem Rahmen erbringen, werden auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung (GOZ/GOÄ) abgerechnet. Sofern Sie privat versichert sind, besteht ein weiteres, davon unabhängiges „Vertragsverhältnis“ mit Ihrer Versicherung (**Versicherungsvertrag**) zur Deckung der Kosten der zahnärztlichen Behandlung. Zu diesem Zweck reichen Sie nach Bezahlung der Rechnung diese zur Erstattung an Ihre private Krankenversicherung weiter.

Die Erstattung erfolgt nur für diejenigen Leistungen, über die Sie einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben. In zahlreichen Verträgen wird die Erstattung bestimmter Leistungen durch die private Krankenversicherung ausgeschlossen. Dies entbindet Sie als Patient jedoch nicht von der Pflicht, die erbrachten Leistungen zu bezahlen.

ERSTATTUNGSANSPRÜCHE DES PATIENTEN

Private Krankenversicherungsunternehmen erstatten Kosten nach ihren Versicherungsbedingungen. Der Patient kann wählen, in welchem Ausmaß er sein Krankheitsrisiko absichert.

Der Zahnarzt ist nicht verpflichtet jeden Patienten dahingehend zu beraten, inwieweit seine Aufwendungen für die

Zahnbehandlung über die Privatversicherung des Patienten erstattungsfähig sind, insbesondere weil die einzelnen Versicherungsverträge erheblich differieren. Lesen Sie bitte das Kleingedruckte in Ihrem Versicherungsvertrag. Fragen Sie Ihren Versicherer inwieweit er bereit ist, die Kosten zu übernehmen. Im Falle von nicht vertragskonformen Leistungserstattungen ist es nicht möglich, dass Liquidationen nach den Vorstellungen von kostenerstattenden Stellen ausgefertigt werden.

ANALOGLEISTUNGEN

Selbstständige Leistungen und Behandlungsmethoden, die nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hinterlegt sind, können gemäß § 6 Abs. 1 GOZ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung berechnet werden.

Eine Erstattung dieser Leistungen wird von einigen privaten Kostenträgern ganz oder teilweise abgelehnt. Ein guter Versicherungsschutz sollte jedoch bei ständig aktualisierten Beitragssätzen auch Behandlungen auf dem aktuellen Stand der Zahnheilkunde einschließen.

ZIELLEISTUNG

Gelegentlich behaupten die Versicherungsgesellschaften, einzelne Gebührenpositionen könnten nicht nebeneinander abgerechnet werden. Sie seien entweder als selbstständige Leistung zusammen mit anderen Positionen nicht abrechnungsfähig oder Bestandteil einer anderen Leistung. Wenn jedoch die kostenerstattenden Stellen bestimmte Leistungen unter Hinweis auf das Zielleistungsprinzip ausschließen möchten, so ist dies nicht rechtens. Die GOZ und die GOÄ enthalten Einzelleistungen und keine Pauschalen.

LABORKOSTEN / SACHKOSTENLISTEN

Die Laborkosten sind nach der Preisliste der Zahnzahnkerinnung für aufwendige, hochwertige Zahntechnik mit besten Materialien und Goldsorten (BEB) kalkuliert. Eine mit gesetzlichen Kassen vereinbarte Niedrigpreisliste (BEL) kann keine Anwendung finden, da sie die vorgesehenen Laborleistungen in Art und Umfang nicht abzudecken vermag.

Bei den neueren Versicherungsverträgen – etwa ab dem 1. Januar 1998 – haben einige Versicherungen Preis- und Sachkostenlisten zum vertraglichen Bestandteil einschlägiger Zahntarife gemacht. Die bei Zugrundelegung dieser Listen nicht berücksichtigten zahntechnischen Leistungen machen oftmals die Hälfte der berechneten Laborkosten aus. Dies zeigt, dass der Inhalt der Sachkostenlisten mehr oder weniger willkürlich und auch nicht mit dem Grundsatz vereinbar ist, dass die angemessenen Heilbehandlungsaufwendungen zu erstatten sind. Der Versicherer kann sich daher nur dann auf die Sachkostenliste berufen, wenn sie in Kenntnis des Versicherten bei Abschluss des Vertrages dem Versichertentarif zu Grunde lag.

Im Falle solcher Widersprüche kann der Patient jedoch von seinem Zahnarzt nicht erwarten, dass er seine Liquidation

nach den Vorstellungen der kostenerstattenden Stellen ausfertigt. Denn Liquidationserstellung und Liquidationserstattung sind zwei von einander rechtlich getrennt zu sehende Vorgänge.

Für Sie bedeutet dies, dass in oben genannten Fällen keine oder auch keine vollständige Erstattung der in der zahnärztlichen Liquidation aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch Ihre private Krankenversicherung gewährleistet ist. Eine Erstattungskürzung hat keinen Einfluss auf die Fälligkeit der Rechnung!

Bei Fragen werden wir Sie gerne ausführlich beraten.

Ihr Praxisteam