

LESERFORUM

Privatliquidation: Sie fragen – wir antworten!

| In diesem Beitrag beantwortet PA wie gewohnt Fragen von Lesern. |

Geänderter Heil- und Kostenplan: Was gilt nun?

FRAGE: „Sie haben auf Ihrer Website über den geänderten Heil- und Kostenplan berichtet. Wir haben diesen neuen HKP nicht in der Praxis. Was wurde konkret geändert und gibt es dazu weitere Informationen?“

ANTWORT: Die Vertragspartner – die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband – haben am 22. Januar 2016 eine Änderung des Heil- und Kostenplans beschlossen. Sie ist am 1. Februar 2016 in Kraft getreten. Die folgende „Erklärung des Versicherten“ wurde ergänzt um die Aufklärung des Versicherten über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes.

■ Erklärung des Versicherten

Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung sowie über den voraussichtlichen Herstellungsort bzw. das voraussichtliche Herstellungsland des Zahnersatzes _____ aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend dieses Kostenplanes.

Datum/Unterschrift des Versicherten

Die Angabe des Herstellungsorts und Herstellungslandes ist wie folgt vorzunehmen (Beispiele): D – Königswusterhausen (Deutschland – Ort); CHN – Shenzhen (China – Ort).

Im Rahmen der Übergangsregelung wurde vereinbart, dass die Heil- und Kostenpläne, die diese Änderungen noch nicht berücksichtigen und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens bereits vorliegen, bis zum 30. Juni 2016 aufgebraucht werden können.

Metallbasis vergolden – wie abrechnen?

FRAGE: „Wie rechnen wir das Vergolden einer Modellgussbasis ab? Die Patientin weist eine allergische Reaktion auf.“

ANTWORT: Hierbei handelt es sich um absolute Ausnahmefälle, die leider auch nicht in den Zahnersatz-Richtlinien beschrieben sind. Sofern es sich bei der Modellgussprothese um eine Regelversorgung handelt, wird diese nicht zur gleichartigen Versorgung, nur weil ein anderes Metall verwendet wird. Die Modellgussprothese bleibt Regelversorgung. Allerdings dürfen bei der Modellgussprothese keine BEB-Leistungen anfallen, was eine gewisse

Herstellungsort des
Zahnersatzes muss
angegeben werden

Schwierigkeit darstellt. Damit der Patient überhaupt die Chance auf einen Zuschuss wegen des Vergoldens erhält, muss die Allergie nachgewiesen und belegt werden. Die Mehrleistungen beim Vergolden sind dann als außervertragliche Leistungen zu kennzeichnen. Damit es auch bei der Abrechnung für die KZV nachvollziehbar ist, muss der Grund für das Vergolden der Metallbasis in jedem Fall im Bemerkungsfeld eingetragen werden.

Eine weitere Möglichkeit wäre eine zusätzliche Rechnung – eventuell auch nur mit den zusätzlichen Laborkosten – zur regulären Abrechnung. Hiermit könnte sich der Patient direkt an seine Krankenkasse wenden, um eine Zuschussung zu erhalten. Außerdem wäre möglichen Komplikationen bei der Abrechnung (Fehlermeldungen des Prüfmoduls) vorgebeugt. Allerdings handelt es sich hierbei nicht um die offizielle Vorgehensweise, die jedoch oft von der KZV toleriert wird. In der Regel sollen alle Leistungen (Honorar und zahntechnische Leistungen) bei der Zahnersatz-Versorgung auf einer Rechnung aufgeführt sein. Ggf. ist eine Absprache mit Ihrer KZV ratsam.

Ist neben einer Untersuchung keine GOZ-Nr. 1010 abrechenbar?

FRAGE: „Die Beihilfe bemängelt die Abrechnung der GOZ-Nr. 1010 mit der Begründung, dass neben einer Untersuchung keine 1010 abrechenbar sei. Stimmt das? Der Patient hatte den Termin zur Prophylaxe und Untersuchung. Folgende Leistungen sind berechnet worden: Ä1, Ä5, 1040, 2130, 4005 und 1010.“

ANTWORT: Ob die Beanstandung der Beihilfestelle gerechtfertigt ist oder nicht, hängt davon ab, ob die Regelung der Nebeneinanderberechnung eingehalten wurde. Die GOZ-Nr. 1010 ist auch neben Untersuchungsleistungen berechnungsfähig. Allerdings gibt es hierzu eine Abrechnungsbestimmung, die in der Leistungsbeschreibung nachzulesen ist: „Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 sind Leistungen nach den Nummern 0010, 4000 und 8000 sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.“

Im Kommentar der Bundeszahnärztekammer zur Nr. 1010 heißt es außerdem: „Sollen also Untersuchungen und Beratungen in derselben Sitzung erfolgen, dürfen diese nur dann berechnet werden, wenn sie nicht Prophylaxezwecken, sondern anderen Zwecken dienen. Dies muss in der Rechnung begründet werden. So könnte beispielsweise vermerkt werden, die an demselben Tag berechnete Untersuchungsleistung habe der Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und nicht Prophylaxezwecken – also Unterweisung bzw. Kontrolle des Übungserfolgs – gedient.“

Selbstverständlich ist es dem Zahnarzt gestattet, Begründungen zur Rechnung auch nachträglich zu ergänzen und dem Patienten zwecks Nacherstattung zur Verfügung zu stellen. Mit entsprechender Begründung sollte einer Nacherstattung aus rein gebührenrechtlicher Sicht dann nichts im Wege stehen. Falls dennoch nicht erstattet wird, handelt es sich vermutlich um beihilfeinterne Vorschriften, die nicht zur Kürzung der Rechnung berechtigen.

Zusätzliche Rechnung, mit der sich der Patient an die Kasse wendet?

Leistungen müssen anderen Zwecken dienen und Begründung ist erforderlich

Begründungen können nachträglich ergänzt werden