



Aktuelle Informationen rund um die zahnärztliche Praxis /-verwaltung

März 2015

Liebe CB NEWS-Leser,

die IDS ist vorbei und damit stehen mir wieder zeitliche Kapazitäten für CBNEWS zur Verfügung. Aktuellstes Thema – zumindest in Nordrhein ist derzeit wieder die Problematik rund um die Berechnung der GOZ-Nr. 2197 neben der Kompositfüllung. Bekannt ist derzeit von der DKV, dass sie die Rechnung der Patienten vollständig erstattet, sich gleichzeitig aber eine Rückforderung gegen den Zahnarzt abreten lässt. So tauchen in einigen Praxen derzeit Rückforderungen in Höhe von einigen 1000 € auf. Zahnärzten und Zahnärztinnen, die ein entsprechendes Schreiben der DKV wegen der GOZ-Gebührenziffer 2197 erhalten, empfiehlt der DZV, sich in dieser Angelegenheit eine anwaltliche Beratung einzuholen.

Haben Sie Fragen zur Abrechnung, ein scheinbar unlösbares Problem auf Ihrem Schreibtisch? Zögern Sie nicht: Unsere Hotline steht Ihnen zur Verfügung. Außer mir sind auch meine Mitarbeiterinnen Tamara Kraft und Maia Koch in allen Bereichen fit und können kompetente Auskünfte erteilen.

Wollen Sie mehr wissen? Unsere Seminare sind aktuell, lebendig und vor allem interaktiv – damit jeder genau das Wissen mitnehmen kann, was er für seine tägliche Arbeit benötigt. Bonussystem und Staffelpreise sind dabei ganz nebenbei ein interessantes Investitionskonzept. Fragen Sie einfach nach – Sabine Krüger informiert Sie gern!

Aktuelle Seminare:

GOZ-Master

20./21.03.2015 in Haltern am See

GOZ-Arbeitskreis Haltern

13.05.2015 in Haltern am See

Anmeldung per Mail/FAX:

info@ch-baumeister.de

FAX 02364-60 68 30



Behandlungsfehler: ZE ohne Funktionsanalyse

Wenn bei Bestehen einer objektiven craniomandibulären Dysfunktion (CMD) keine funktionelle Therapie erfolgt und eine endgültige prothetische Versorgung durchgeführt wird, stellt dies nach Auffassung des OLG Hamm einen groben Behandlungsfehler dar. (04.07.2014, Az.: I-26 U 131/13, 26 U 131/13). Aufgrund des objektiven Vorliegens einer CMD hätte der Kläger vor Eingliederung des Zahnersatzes eine funktionelle Therapie zur Behebung der CMD durchführen müssen, um den Erfolg der späteren Behandlung nicht zu gefährden. Das Unterlassen dieser erforderlichen Therapie stellt nach Auffassung des Gerichts einen elementaren Fehler dar.

Die häufigsten Probleme bei der Kostenerstattung Analogberechnung

Die meisten Leistungskürzungen privater Krankenversicherungen beziehen sich auf berechnete Analogpositionen, insbesondere im Zusammenhang mit endodontischen Leistungen. Die Neuregelung zur Analogberechnung findet bei der PKV keine Freunde!

Zahntechnische Leistungen gem. § 9 GOZ

Hier gilt es insbesondere zu beachten, dass es zum einen Versicherungstarife gibt, die die Erstattungsleistung bei den Laborkosten durch entsprechende Preis- und Leistungsverzeichnisse begrenzt haben. Hier erfolgt die eingeschränkte Erstattung zu Recht. Der Patient hat sich für einen günstigeren Tarif entschieden und daher im Schadensfall einen höheren Eigenanteil. Bei den leistungsstarken Altverträgen nehmen Versicherer aber auch oft unberechtigte Leistungskürzungen vor, indem sie die Erstattung auf angeblich „angemessene Kosten“ reduzieren. In diesem Fall kann der Patient sich gegen die Kürzung verwahren. Wir haben ein Musterschreiben.

Medizinische Notwendigkeit

Kostenerstatter behaupten – insbesondere bei aufwändigen Versorgung – die geplante Behandlung insgesamt oder einzelne Leistungen seien medizinisch nicht notwendig. Grundsätzlich gilt: Wenn tariflich nichts vereinbart ist, muss sich der Patient nicht mit einer kostengünstigen Behandlung zufrieden geben (BGH, 12.03.2003, Az. IV ZR 278/01). Der privat versicherte Patient darf unter mehreren medizinisch notwendigen Therapiemöglichkeiten frei wählen. Wir haben Musterschreiben für Sie!

Überschreiten von Faktor 2,3

Die Reduzierung der Erstattung auf den 2,3fachen Gebührensatz ist insbesondere ein Problem bei Beihilfberechtigten. Nach wie vor kürzen Sachbearbeiter – und zwar rechtswidrig, wie der BGH festgestellt hat. Wie Sie reagieren können, steht in unserem Begründungskatalog

Abtretungsverbot als Schutz vor Rückforderungen der PKV

Private Krankenversicherer lassen sich Ansprüche auf Honorarrückforderung gegenüber Zahnarztpraxen oder Abrechnungsstellen durch eine Abtretungsvereinbarung von ihren Privatversicherten übertragen – leisten gegenüber den Versicherten aber vollumfänglich. Die Strategie der Krankenversicherer ist es, die Rechtslandschaft zu prägen, indem sie bei strittigen Fragen von den Amtsgerichten zur Entscheidung führen. Sie überzeugen die Amtsgerichte mit einer gut vorbereiteten Argumentation mit dem Ziel, für sie günstige Urteile zu erlangen.

Die einzige Möglichkeit für die Praxis, einem solchen Vorgehen vorzubeugen, besteht darin, mit dem Patienten ein Abtretungsverbot zu vereinbaren, d.h. der Zahnarzt vereinbart mit seinem Patienten, dass Forderungsabtretungen an Dritte nicht erfolgen dürfen (gem. § 399 BGB).

Die Vereinbarung sollte vor Beginn der Behandlung bereits getroffen werden. Es muss sich um eine individuelle Vereinbarung handeln, die auf einem gesonderten Formular getroffen wird. Eine Vereinbarung nach der Behandlung ist auch möglich. Ein Muster ist bei uns erhältlich!

Zahnersatz und Aufbissbehelfe: Abrechnung bei Verwendung des Gesichtsbogens unterschiedlich!

1. Abrechnung von Aufbissbehelfen

Schienen bzw. Aufbissbehelfe sind als Sachleistung im BEMA und BEL II beschrieben. Wenn die Modellmontage mithilfe eines Gesichtsbogens erfolgt, sind die in diesem Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen gesondert mit ihm zu vereinbaren.

Das führt zu einer getrennten Abrechnung:

- Schiene nach BEMA und BEL II über das Kieferbruchformular und
- funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen einschließlich der Modellmontage mithilfe eines Gesichtsbogens nach GOZ und BEB.

2. Abrechnung von Zahnersatz

Hier führt die Modellmontage mithilfe eines Gesichtsbogens in einen Artikulator insgesamt zu einer gleichartigen Versorgung. Der Zahnarzt rechnet die funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen nach GOZ gesondert gegenüber dem Versicherten ab.

Der Zahnersatz selbst wird allein durch den Artikulator nicht gleichartig und gegebenenfalls als Regelversorgung nach BEMA abgerechnet. Der Techniker rechnet den zahntechnischen Mehraufwand privat ab (zum Beispiel nach BEB) und das Werkstück selbst nach BEL II. Nur dann, wenn ein herstellungsbedingter zahntechnischer Mehraufwand für das Werkstück selbst anfällt, greifen die bekannten Regelungen für gleich- oder andersartigen Zahnersatz.

Der Begründungskatalog –
Das ORIGINAL

Preis: 21,50 € zzgl. 7% MWSt

Rücksendung per Post

Christine Baumeister-Henning
Heitken 20
45721 Haltern am See

Praxis	
Straße PLZ / Ort oder Praxisstempel	

Hiermit melde ich mich/uns verbindlich zu folgendem Seminar an:

Termin	Kurs	Name/Vorname

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Rückantwort: Fax: 02364 / 60 68 30