

Hinweise für Privatversicherte, Beihilfeberechtigte und privat zusatzversicherte Patienten



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) regelt die Rechtsgrundlage für die konkrete Abrechnung Ihrer Behandlung. Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes (Ausnahme: abweichende schriftliche Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 + 2 GOZ über den Faktor 3,5).

Die GOZ wie auch die GOÄ haben eine Grundsystematik, nach der eine konforme Rechnung erstellt wird.

Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der für die komplette GOZ einheitliche Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Für Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis für Ärzte (GOÄ) beträgt der Punktwert 5,82873 Cent.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild/bei Ihrer Behandlung zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht abstrakt vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistung besitzt, welchen Zeitaufwand sie erfordert und welche Umstände bei der Ausführung berücksichtigt werden müssen.

Beispiel:

| Zahn/Gebiet | Geb.Nr. | Leistungsbeschreibung | Faktor | Anzahl | Betrag € |
|-------------|---------|---|--------|--------|----------|
| | Ä 1 | Beratung, auch mittels Fernsprecher | 2,3 | 1 | 10,72 |
| 27 | 0100 | Intraorale Leitungsanästhesie | 2,3 | 1 | 9,05 |
| 27 | 3010 | Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes, überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand aufgrund starker und extremer Blutung und äußerst starker und dichter Knochenkompakta | 3,5 | 1 | 21,65 |

Erstattungsansprüche:

In dem Rechtsverhältnis zu Ihrem Zahnarzt gelten für die Honorargestaltung ausnahmslos die Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass es nicht die Aufgabe Ihres Zahnarztes ist, Sie dahingehend zu beraten, inwieweit Aufwendungen für die Behandlung bei Ihrer Privatversicherung oder Beihilfestelle erstattungsfähig sind. Dies gilt insbesondere, weil die einzelnen Versicherungsverträge und Beihilfavorschriften erheblich differieren. Zur Klärung von Erstattungsfragen wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Krankenversicherung und/oder Beihilfestelle. Ihre Entscheidung zu einer Behandlung sollte jedoch unabhängig von der Erstattung Ihres Kostenträgers sein und sich stets an den konkreten Gegebenheiten und Ihren ganz individuellen Bedürfnissen orientieren.

Die Beihilfavorschriften von Bund und Ländern regeln ausschließlich die Erstattungsansprüche des Beihilfeberechtigten gegenüber dessen Dienstherrn und haben auf das vertragsrechtliche Verhältnis zwischen Arzt/Zahnarzt und Patient und damit auf die Liquidation durch Ihren Arzt/Zahnarzt keinen Einfluss.

Für die Auslagen bei zahntechnischen Arbeiten kann ein Kostenplan des Fremd- oder Eigenlabors notwendig werden. Ihr Zahnarzt muss Ihnen bei voraussichtlichen Laborkosten über 1.000,00 € einen Kostenvoranschlag anbieten und ggf. schriftlich vorlegen. Wir empfehlen Ihnen, diesen grundsätzlich, wie auch jeden anderen Kostenvoranschlag, vorab bei Ihrer Erstattungsstelle einzureichen. Nur so können Sie erfahren, in welchem Umfang Ihr Kostenträger sich an den Kosten beteiligt.

Nach einem Urteil des BGH aus dem Jahre 2006 sind viele Versicherer dazu übergegangen, ihre Erstattungsverpflichtung für Sachkosten einzuschränken (Sachkostenliste). Bitte beachten Sie, dass dies nicht bedeutet, dass Ihr Zahnarzt bzw. das Labor an die Sachkostenlisten gebunden sind. Die Sachkostenliste Ihres Kostenträgers hat ausschließlich Einfluss auf Ihren Erstattungsanspruch diesem gegenüber.

Mögliche Selbstbehalte, die aus nicht ausreichenden Versicherungs- und/oder Beihilfeleistungen resultieren, sind deshalb von Ihnen als Patient/in selbst zu tragen.