

13 Regressansprüche vermeiden

Regressansprüche vermeiden bei Kassenpatienten:

1. Häufige Bracket- oder Bandreparaturen

Einer der häufigsten Gründe für einen Berichtigungsantrag durch die Krankenkasse sind die vermehrte Abrechnung von Bändern oder Brackets über die beantragten Leistungen hinausgehend. In der Regel sollte jeder Zahn innerhalb einer Multibandbehandlung 1 x bebandert oder mit einem Bracket versehen werden.

Werden aus medizinischen Gründen Umpositionierungen notwendig, so ist das im besten Fall bereits auf dem Plan zu vermerken.

Bei überdurchschnittlich häufigen Bracket- oder Bandverlusten ist die Krankenkasse schriftlich über den unplanmäßigen Verlauf der Behandlung zu unterrichten.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Versicherten insbesondere auf ihre Mitwirkungspflicht beim sorgfältigen Umgang mit den Behandlungsgeräten hinzuweisen. Dies gilt auch bei Multibandbehandlungen.

Die Mitteilung des Kieferorthopäden an die Krankenkasse des Patienten, über besondere Vorkommnisse bei hohen Band-/Bracket-Reparaturen, ist auch im Hinblick auf eventuelle Regressansprüche (Wirtschaftlichkeitsprüfung) unverzichtbar.

2. Diagnostische Leistungen zu 100 % abgerechnet

Diagnostische Leistungen werden zu 100% abgerechnet, obwohl ein genehmigter Kfo-Plan vorliegt.

Es kann vorkommen, dass ein Versicherter, obwohl eine KIG-Einstufung vorliegt und der Kfo-Plan durch die Krankenkasse genehmigt wurde, von der Behandlung zurücktritt. Hier tritt eine gesetzliche Regelung in Kraft: Gemäß § 29 Abs. 2 SGB V müssen Versicherte zur kieferorthopädischen Behandlung einen Eigenanteil in Höhe von 20 % bzw. 10 % der entstandenen Kosten leisten.

SGB V § 29 Kieferorthopädische Behandlung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.
- (2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.
- (3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

Dies gilt auch für die Kosten der diagnostischen Leistungen sowie der BEMA-Nr. 5, wenn ein bewilligter Kfo-Behandlungsplan vorliegt und die weitere Kfo-Behandlung nicht mehr durchgeführt wird. Die Praxis muss die Patienten bzw. deren gesetzliche Vertreter vor der Einreichung des Kfo-Behandlungsplanes bei der Krankenkasse umfassend darüber aufklären, dass bei anschließendem Rücktritt vom Behandlungsvertrag bzw. Behandlungsabbruch immer die Eigenanteile zu zahlen sind und diese **nicht** von der Krankenkasse erstattet werden. Rechnet der Behandler diese Leistungen zu 100 % zu Lasten der Krankenkasse ab, kann er mit Regressansprüchen seitens der Krankenkasse rechnen.

Regressansprüche vermeiden

3. Vertretungspositionen

Bei Abrechnung von typischen Vertretungsleistungen, wie z. B. die BEMA-Nrn. 122a–c und BEMA-Nr. 125 und den damit zusammenhängenden Material- und Laborkosten, ist zu beachten, dass die kieferorthopädische Hauptbehandlung eine Vertragsleistung im Sinne der GKV sein muss.

Nur wenn ein genehmigter kieferorthopädischer Heil- und Kostenplan vorhanden ist, sind die Vertretungsleistungen über die gesetzliche Krankenkasse als Vertragsleistungen abrechenbar. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, sind die erbrachten Leistungen privat im Sinne der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) in Rechnung zu stellen.

Eine besonders gute Dokumentation schützt bei Leistungen nach BEMA-Nr. 129 vor Regressansprüchen. Die Leistung ist auf keinen Fall für das Wiedereingliedern desselben Bogens berechnungsfähig, es sei denn, an diesem Bogen wurde eine Reparaturmaßnahme durchgeführt. Sie ist zum Beispiel für das Wiedereingliedern nach Behebung einer Deformierung (z. B. Knick) berechnungsfähig.

Da es sich um eine Reparaturleistung handelt, die nicht genehmigungspflichtig ist, sollte durch die Dokumentation die durchgeführte Maßnahme nachvollziehbar sein.

4. Erhöhte Material- und Laborkosten

Ein weiterer häufiger Grund für Berichtigungsanträge sind erhöhte Material- und Laborkosten, die ca. 30 % über den auf dem kieferorthopädischen Plan beantragten Laborkosten liegen. Hier kann nur eine rechtzeitige Nachbeantragung oder ggf. eine Mitteilung über z. B. häufige Reparaturmaßnahmen vor Schaden bzw. Regressen schützen.

Regressansprüche vermeiden bei Privatpatienten:

Bei Privatpatienten kommt es zwar zu keinen Regressansprüchen durch den Kostenträger, wohl aber sollten die Patienten bei wesentlich erhöhten Kosten, die ca. 25 % über dem kieferorthopädischen Behandlungsplan liegen, rechtzeitig aufgeklärt werden.

Bei der Leistungsprüfung durch den privaten Kostenträger kommt es zudem immer wieder zu Leistungskürzungen.

Hier bedarf es ebenso eines ausführlichen Gespräches mit dem Patienten, der mit Vertrauen in die Behandlung geführt werden soll. Oft wird der Eindruck ermittelt, dass Leistungen, die nicht medizinisch notwendig sind, auf dem Heil- und Kostenplan aufgeführt werden.

Hier können schon vor Einreichung bei dem Kostenträger ein entsprechendes Informationsgespräch und eine Unterstützung durch die Praxis stattfinden.

Leistungen, die immer wieder Konfliktpotenzial bei der Erstattung auslösen, sind:

- Analogleistungen
- GOZ-Nrn. 8000 ff.
- Beratungsleistungen Ä 1, Ä 3, Ä 4 ff.
- Individueller Löffel
- Laborpreiskalkulationen und beb-Positionen
- Begründungen für Steigerungsfaktoren
- GOZ-Nr. 2197
- Retainer-Positionen