!

Bei der Rechnungslegung sind Verlangensleistungen gemäß § 10 Abs. 3 Satz 7 als solche zu kennzeichnen. Der Hinweis „Verlangensleistung gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2“ bei der betroffenen Leistung reicht aus. Die Vereinbarung selbst muss nicht beigefügt werden.

Formvorschriften

Grundsätzlich enthält die GOZ keine Formvorschriften für Heil- und Kostenpläne. Aufgrund des Patientenrechtegesetzes (vgl. § 630c BGB) ist es zur Schaffung einer höchstmöglichen Transparenz empfehlenswert, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan für den Patienten zu erstellen, durch den eine möglichst genaue Kostenschätzung abgegeben wird.

Schriftliche Privatvereinbarung

Loslösung aus dem Kassenvertrag

Wünscht ein Patient eine Behandlung auf eigene Kosten, muss mit dem Patienten vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Privatvereinbarung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z geschlossen werden (Loslösung aus dem Kassenvertrag). Der Patient bestätigt, dass ihm bekannt ist, dass er als GKV-Patient das Recht hat, nach den Bedingungen der GKV behandelt zu werden.

Die Vereinbarung enthält des Weiteren den ausdrücklichen Wunsch des Patienten, auf der Grundlage eines ihm bekannten Heil- und Kostenplans privat behandelt zu werden.

Der Patient bestätigt, dass die Kosten der geplanten Behandlung gemäß GOZ berechnet werden, und verpflichtet sich, die anfallenden Kosten selbst zu tragen. Ferner bestätigt er, dass ihm bekannt ist, dass eine Erstattung oder Bezuschussung durch seine Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

➥ Muster „Privatvereinbarung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z“ (KZBV) siehe Anhang, Seite 336.

Das zusätzliche Vereinbaren von privaten Leistungsbestandteilen bei Bezuschussung der eigentlichen Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist nur in Ausnahmefällen möglich, z. B. wenn zur Anfertigung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche gemäß der BEMA-Nr. K1a funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen notwendig werden (GOZ-Nrn. 8000 ff.). Die zusätzliche Berechnung privater Leistungen zur Kassenabrechnung ist jedoch nur möglich, sofern der angefertigte

Aufbissbehelf einer Relaxierungsschiene entspricht. Wird mit der Schiene Funktionstherapie betrieben, ist die gesamte Behandlung privat.

Keine Bezuschussung

In § 28 Abs. 2 Satz 8 SGB V wird die Berechnung von Funktionstherapiegeräten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich ausgeschlossen. Dort heißt es:

§

„Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden."

Damit wird neben der Kostenübernahme auch die Bezuschussung ausgeschlossen. Es ist insofern im Sinne des SGB V nicht möglich, eine Schiene mit adjustierter Oberfläche gemäß BEMA-Nr. K1a zu Lasten der GKV abzurechnen und erbrachte Zusatzleistungen mit dem Patienten privat zu vereinbaren.

!

Sobald mit einer Schiene Funktionstherapie betrieben wird, ist die komplette Behandlung privat nach der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen.

Vollständig inklusive aller vorbereitenden Maßnahmen, Begleit- und Folgeleistungen privat zu vereinbaren sind neben Funktionstherapiegeräten auch

- Schienen, die nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind,
- medizinisch nicht indizierte Schienen (z. B. Bleachingschienen) und
- Schienen, die im CAD/CAM-Verfahren hergestellt worden sind (z. B. 3D-Druck).

Beachte

In Bezug auf im CAD/CAM-Verfahren hergestellte Schienen ist die Entwicklung im Fluss. In einigen KZV-Bereichen sind schon jetzt Schienen, die mittels CAD/CAM-Verfahren hergestellt werden, nach BEMA und BEL abrechenbar. Die Möglichkeit ist bei der zuständigen KZV zu erfragen.