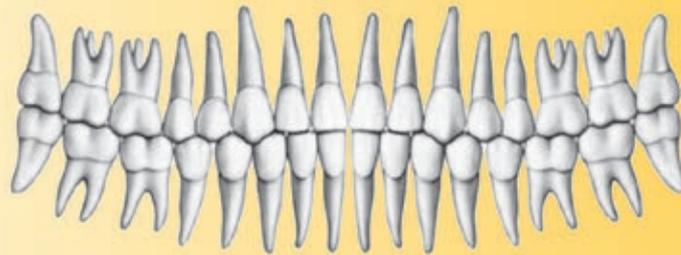


**BAGP-
PatientInnenstellen
Broschüre Nr. 2**

5. Auflage 2015



Informationen rund um die Versorgung mit Zahnersatz

Kompakt-
infos
aus der
Patienten-
beratung

4,00 €

Impressum

Herausgeberin und V.i.S.d.P.:

Adelheid Schulte-Bocholt
BAGP Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
Waltherstr. 16a
80337 München
Tel: 089 / 76 75 51 31
Fax: 089 / 725 04 74
mail@bagp.de
www.bagp.de

Bezug: BAGP-Geschäftsstelle und alle lokale Stellen (siehe vorletzte Seite)

Text und Ausarbeitung:

Team BAGP

Satz und Gestaltung:

Peter Friemelt und Adelheid Schulte-Bocholt

Quellen:

Festzuschussrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
Sozialgesetzbuch (SGB) I, V und X
Zivilprozessordnung (ZPO)
Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)
Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)
Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z)
Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z)
Gerichtsurteile

Druck: Ulenspiegel, Andechs

Stand: Februar 2015

Kosten der Broschüre: 4 €

Hinweise:

Alle Informationen sind sorgfältig recherchiert, jedoch ohne Gewähr.

Für Inhalte der genannten Links sind die Betreiber der jeweiligen Website verantwortlich.

Alle Informationen dieser Broschüre sind ausschließlich zur freien Verwendung für private Nutzung bestimmt. Nachdruck oder Verwendung für kommerzielle Zwecke in digitaler oder gedruckter Form bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung des Herausgebers.

Die BAGP nutzt keine einheitliche Schreibweise für die geschlechtliche Form. Wenn nicht ausdrücklich anders erwähnt, sind immer beide Geschlechter gemeint. Ziel ist gute Lesbarkeit und Berücksichtigung beider Geschlechter im Text.



Inhalt

Einleitung	5
Erklärung der Symbole	5
1. Allgemeine Informationen	6
2. Notwendige Informationen im Vorfeld der Behandlung.....	7
2.1 Gesetzliche oder private Leistung?	7
2.1.1 Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV).....	8
2.1.2. Privatleistungen für Kassenpatienten.....	9
2.1.3 Gebührenverzeichnisse: BEMA-Z und GOZ	
2.2 Mehrkosten	11
2.3 Behandlungs- und Kostenplanung	12
2.4 Wann darf Zahnarzt GKV-Patienten eine Privatrechnung stellen?...	13
2.5 In der Praxis - Das Gefühl: „Da stimmt was nicht!“	16
2.6 Unzufriedenheit mit Behandlungsvorschlag oder Kosten	16
2.7 Zahnarztwechsel.....	17
2.8 Behandlungsabbruch durch den Zahnarzt	17
2.9 Professionelle Zahnreinigung und Funktionsanalyse	18
2.9.1 Professionelle Zahnreinigung.....	18
2.9.2 Funktionsanalyse.....	21
2.10 Termine rechtzeitig absagen.....	23
3. Versorgung mit Zahnersatz	24
3.1 „Befundorientierter Festzuschuss“ – Das geltende Bezuschussungssystem der gesetzlichen Krankenkassen	24
3.1.1 Heil- und Kostenplan (HKP)	25
3.1.2 Bonusregelung	29
3.1.3 Härtefallregelung	29
3.1.4 Gleitende Härtefallregelung.....	31
3.1.5 Gewährleistung	31
3.1.6 Zahnersatz: Versorgungsmöglichkeiten und ihre Kosten	31
3.2 Was tun, wenn der Zahnersatz nicht passt?	34
3.2.1 Nachbesserung innerhalb der Gewährleistungsfrist.....	34
3.2.2 Mängelregelung der gesetzlichen Krankenkassen.....	34
3.2.2.1 Mängelregelung bei Regel- und gleichartiger Versorgung	35
3.2.2.2 Mängelregelung bei andersartiger Versorgung.....	37
3.3 Die Zahnarztrechnung	38
4. Privatversicherte und Selbstzahler	41
3.1 Probleme mit Zahnersatz.....	41
3.2 Probleme mit der Privatrechnung.....	42
5. Basistarifversicherte.....	43



6. Verdacht auf Behandlungsfehler.....	45
6.1 Anrufung der Schlichtungsstelle der zuständigen LZÄK.....	46
6.2 Selbstständiges Beweisverfahren.....	47
7. Günstiger Zahnersatz?	48
7.1 Behandlung in Uni-Zahnklinik.....	48
7.2 Sparen über Laborkosten.....	49
7.2.1 Zahnersatzanfertigungen in einem Labor im Ausland	49
7.2.2 Billigeres Labor in Deutschland	49
7.3 Komplette Behandlung im EU-Ausland	49
7.4 Zahnersatzauktionen im Internet	51
7.5 Zahnersatz über Discountanbieter.....	52
7.6 Kostenvorteile im Rahmen der Integrierten Versorgung.....	52
8. Beschwerden über Entscheidungen der GKV.....	53
9. Beschwerden über Entscheidungen der PKV	55
10. Beratungs- und Prozesskostenhilfe	56
11. Rechtsanwaltsuche	57
12. Zahnzusatzversicherungen	58
13. Was sonst noch wichtig ist.....	59
14. Empfehlenswerte Links	59
15. Anhang (Gesetzestexte etc.).....	60
Wirtschaftlichkeitsgebot.....	60
Auskunftspflicht der gesetzlichen Krankenkassen	60
Kostenerstattung.....	60
Patientenrechtegesetz BGB	60
Patientenrechtegesetz SGB V.....	61
Mehrkosten.....	61
Härtefallregelung	62
Gewährleistung.....	62
Schriftliche Vereinbarung.....	62
Kosten Heil- und Kostenplan.....	63
Zahntechnische Leistungen.....	64
Selbständiges Beweisverfahren	64
Prozesskostenhilfe.....	64
Fälligkeit der Vergütung	64
Verjährung und Verwirkung von Rechnungen.....	65
Nichterfüllung/Schlechterfüllung nach Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB).....	65
Schriftform zwingend.....	66
Behandlungsvertrag gekündigt.....	66
BAGP - Beratung und Politik	67



Einleitung

Mit der aktuellen Neuauflage 2015 der erstmals 1997 erschienenen Schrift „Informationen bei Problemen der zahnärztlichen Behandlung“ kommen wir dem an uns herangetragenen Bedarf an unabhängiger PatientInneninformation und Orientierung nach. Anregung für die hier angesprochenen Themen erhielten wir aus der täglichen Beratungsarbeit in den Patientenberatungsstellen der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und den dort vorgetragenen Problembereichen.

Immer neue Gesetze und Änderungen des Krankenkassenrechts tragen zu einer Verunsicherung der Versicherten bei. Das Gesundheitssystem ist komplex und wird immer undurchschaubarer. Der Bedarf an Orientierungshilfen und anbieterunabhängiger Beratung ist groß.

Wir wünschen uns, dass mit den hier gegebenen Informationen, Hinweisen und Tipps einige potentielle Probleme im Vorfeld vermieden und vorhandene Probleme handhabbar werden.

Die vorliegende Broschüre erhebt nicht den Anspruch, auf sämtliche Problemfelder rund um die zahnärztliche Versorgung einzugehen. Sie bietet Orientierungshilfe für vorinformierte PatientInnen und Berater und nennt einige Grundlagen, wie Sie als PatientIn Ihre Rechte wahrnehmen und durchsetzen können. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt auf Regelungen rund um die Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten. Wir haben uns bemüht, die angesprochenen Themen verständlich darzustellen. Sollten Sie dennoch Verständnisprobleme haben, liegt es nicht an Ihnen, sondern am komplizierten Thema. In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an uns.

Gestalten Sie Ihre zahnärztliche Versorgung aktiv mit. Schließlich geht es um Ihre Zahngesundheit! Die Beratungsstellen der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen unterstützen Sie gerne dabei!

Adelheid Schulte-Bocholt

Erklärung der Symbole:



Achtung!



Tipps



Berechnungsbeispiele



Rechtsprechung und Gesetzestexte

Seitenverweis

Hinweis:

Alle in dieser Broschüre genannten Paragraphen und Gesetzestexte finden Sie im Anhang aufgelistet.



1. Allgemeine Informationen

<p>GOZ 2012</p>	<p>Seit dem 1. Januar 2012 ist die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Kraft. Die GOZ regelt die Vergütung für privat Zahnärztliche Leistungen und ist gesetzlich festgelegt. Häufig erbrachte zahnärztliche Leistungen (wie z.B. Kunststofffüllungen und die sogenannte professionelle Zahnreinigung) sind nun in das Gebührenverzeichnis aufgenommen. Die Gebührensätze sind seitdem vierstellig. Die Reform der GOZ führte in einigen Versorgungsbereichen (vor allem bei Zahnersatz) zu Mehrkosten für Patienten. Für gesetzlich Krankenversicherte greift die Verordnung nur bei der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen.</p>
<p>Professionelle Zahnreinigung</p>	<p>Mit Inkrafttreten der neuen GOZ ist die Professionelle Zahnreinigung als eigenständige Gebührensatz GOZ Nr. 1040 im Gebührenteil B „Prophylaktische Leistungen“ aufgeführt. Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen bzw. gingivalen Beläge, die Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.</p>
<p>Kosten- erstattung</p>	<p>Seit dem 1.4.2004 können alle gesetzlich Versicherten die sogenannte Kostenerstattung wählen. Hier stellt die Zahnärztin dem Patienten eine (Privat-) Rechnung, die zur Erstattung bei der Kasse eingereicht wird. Das Kostenerstattungsverfahren kommt PatientInnen häufig wesentlich teurer. Aus unserer Sicht profitieren in erster Linie die Zahnärzte von dieser Regelung. Lassen Sie sich nicht von Ihrem Behandler zur Kostenerstattung drängen. Informieren Sie sich unbedingt ausführlich und im Vorfeld über die Vor- und Nachteile des Verfahrens. Ihre Krankenkasse ist zur Beratung verpflichtet.</p>
<p>Zahnersatz seit 2005</p>	<p>Seit dem 1.1.2005 beteiligt sich die gesetzliche Krankenversicherung mit einem „befundorientierten Festzuschuss“ an den Behandlungskosten für die Versorgung mit Zahnersatz. Demnach bekommen GKV-Versicherte zur Versorgung eines bestimmten durch den Zahnarzt festgestellten Befund einen festen Zuschuss und zwar unabhängig von der tatsächlich gewählten Versorgung und den entstehenden Kosten. Es gibt eine Bonus- und Härtefallregelung.</p>
<p>Aufklärungs- und Informationspflichten</p>	<p>Jeder Zahnarzt hat die Pflicht, Sie umfassend über Versorgungsmöglichkeiten und die von ihm vorgeschlagene Behandlung aufzuklären. Zur Aufklärung gehört auch die Information über die Kosten, die im Rahmen der geltenden Gebührenordnungen als Kassenleistung über die Kasse und als Privatleistung mit Ihnen abgerechnet werden. Bestehen Sie auf eine umfassende und für Sie verständliche Information. Aufklärungs- und Informationspflichten sind seit 26.2.2013 in den §§ 630 c und e des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) geregelt.</p>
<p>Frist zur schnelleren Entscheidung der Krankenkasse</p>	<p>Wenn eine Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang (bei Gutachterverfahren im zahnärztlichen Bereich sechs Wochen) entscheidet, muss sie den Grund der Antragstellerin mitteilen. Unterläßt sie dies, so gilt der Antrag als genehmigt.</p>



Weitere
Details zum
Zahnersatz
finden Sie
ab Seite 24



2. Notwendige Informationen und Entscheidungen im Vorfeld der Behandlung

2.1 Gesetzliche oder private Leistung?

Ein Großteil der zahnmedizinischen Behandlungen sind Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) und werden über die Versichertenkarte abgerechnet (= Sachleistungssystem).

Für Leistungen innerhalb des Sachleistungssystems gilt grundsätzlich das Verbot von privaten Zuzahlungen, es sei denn, dieses Zuzahlungsverbot wird durch gesetzliche Regelungen oder bundesmantelvertragliche Ausnahmen durchbrochen.

Das heißt, über die Krankenversichertenkarte sind die Kosten der richtliniengemäßen Behandlung grundsätzlich abgedeckt. Nur wenn gesetzliche Regelungen es ausdrücklich erlauben, darf der Zahnarzt der Patientin zusätzliche Mehrkosten (z.B. für aufwendigere Versorgung) in Rechnung stellen.

Bei der Versorgung mit Zahnersatz gilt die Festzuschussregelung: Die Kasse zahlt „nur“ einen Festzuschuss und die PatientIn hat im Regelfall immer einen Eigenanteil zu tragen.

Leistungen über das medizinisch Notwendige hinaus müssen von den Versicherten selbst getragen werden. Kassen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot, nach dem ihre Leistungen **ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** erbracht werden müssen (§ 12 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V Wirtschaftlichkeitsgebot.)

Die gesetzliche Grundlage für Leistungen der GKV ist das 5. Sozialgesetzbuch (SGB V). Die zahnärztlichen/-technischen Grundleistungen, die auch den medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt berücksichtigen müssen, werden dort im § 28 Abs. 2 beschrieben:

„... Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. ...“

Welche konkreten Leistungen von der GKV zu übernehmen sind, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen, Krankenhäusern und Patientenvertretung (letztere ohne Stimmrecht). Seine Aufgabe ist es, zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum „Leistungskatalog“ der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Hinweis:

Unter www.g-ba.de finden Sie unter anderem sämtliche für die zahn- und kieferorthopädische Versorgung relevanten Richtlinien.



Sachleistungssystem

Leistungen sind nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu erbringen

SGB V = Gesetzliche Grundlage für Kassenleistungen

Gemeinsamer Bundesausschuss legt Leistungen fest



Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen

2.1.1 Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen

Zu den Leistungen der GKV gehören zum Beispiel:

- normale Untersuchungen
- zwei Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr
- eine Zahnsteinentfernung pro Jahr
- Röntgenaufnahmen
- Spritzen zur lokalen Betäubung
- Amalgamfüllungen
- Kompositfüllungen (= zahnfarbene Füllungen) an Schneidezähnen
- Ziehen von Zähnen
- Zahnersatz (Befundorientierter Festzuschuss)
- chirurgische Maßnahmen
- Zahnfleischbehandlung (z.B. Parodontitis)
- Prophylaxemaßnahmen für Kinder und Jugendliche
- Kieferorthopädie bei Kindern und Jugendlichen, Eigenanteil ausgenommen (wird später von der Kasse zurückgezahlt)

Hinweis:

Die Abrechnung dieser Leistungen geschieht über die Krankenkasse, die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Zahnärztin. Der Patient legt dazu lediglich seine Versicherungskarte vor. Abrechnungsgrundlage für die zahnärztliche Kassenleistung ist der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (siehe Seite 10).



Auch reine Kassenleistungen bieten eine anerkannte Versorgung!

Ist die Kassenleistung tatsächlich ausreichend?

Die Begriffe **ausreichend**, **zweckmäßig** und **wirtschaftlich** sind vom Gesetzgeber definiert. Es kann gut sein, dass Ihr Zahnarzt seine persönliche Vorstellung von einer Behandlung anders definiert und sein Behandlungsvorschlag darüber hinausgeht. Tatsächlich ist jeder kassenzugelassene, sogenannter „Vertragszahnarzt“ dazu verpflichtet, die Kassenleistung als solche zu erbringen. Er darf Ihnen Kassenleistungen nicht als unzureichend darstellen, um Ihnen eine teurere Leistung zu verkaufen.

Es gibt in der Zahnmedizin ein riesiges Angebot an zusätzlichen oder ergänzenden Privatleistungen, die PatientInnen von Zahnärzten zunehmend und mit mehr oder weniger Nachdruck angeboten werden. PatientInnen sind daher mehr und mehr verunsichert, ob ihnen die Kassenleistung noch eine vertretbare medizinische Lösung bietet.

Tatsache ist: Kassenleistungen stellen nach wie vor und grundsätzlich eine vertretbare medizinische Lösung dar. Kassenleistungen sind medizinisch korrekt zu erbringen und bieten eine wissenschaftlich nachgewiesene und anerkannte Versorgung.

Darüber hinaus gibt es:

- qualitativ hochwertigere und ästhetisch ansprechendere Versorgungsmöglichkeiten,
- einzelne, zusätzliche Leistungen, die im Einzelfall eine sinnvolle Ergänzung zu einer Kassenleistung sein können.

Hier ist entscheidend, dass Sie als PatientIn nach einer ausführlichen und auf Ihre individuelle Situation bezogenen Beratung eine Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme einer zusätzlichen Leistung treffen.

- ➡ Wenn eine Leistung zwar wünschenswert oder qualitativ hochwertiger ist, Sie diese aber nicht zahlen können, ist das Grund genug, sie abzulehnen!



2.1.2. Privatleistungen für KassenpatientInnen

Keine Leistungen der GKV sind z.B.:

- Mehrkosten für aufwendigere Füllungen (siehe Seite 11)
- Kieferorthopädische Leistungen bei Erwachsenen (mit wenigen Ausnahmen)
- Professionelle Zahnreinigung (PZR) (siehe Seite 18 ff)
- Funktionsanalytische Maßnahmen (siehe Seite 21 ff)
- Implantologische Leistungen (mit wenigen Ausnahmen)
- elektrometrische Längenbestimmung der Zahnwurzel

Hinweis:

Da diese Leistungen **nicht wirtschaftlich im Sinne der gesetzlichen Krankenkasse** sind und **über das medizinisch Notwendige hinausgehen**, muss der Patient diese privat zahlen. Vorgeschriebene Abrechnungsgrundlage für jede Privatleistung ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (siehe Seite 10).

Angebot einer zahnärztlichen Versorgung mit Zuzahlung oder einer reinen Privatleistung

Wenn Ihr Zahnarzt eine Leistung mit Zuzahlung einfordert oder eine komplette Privatleistung anbietet, können Sie sich folgendermaßen verhalten:

- ➔ Fragen Sie den Arzt, warum er die Leistung nicht über die Krankenkasse abrechnet.
- ➔ Verlangen Sie einen genauen Kostenvoranschlag.
- ➔ Lassen Sie sich Zeit für die Entscheidung zu einer Privatleistung. Nehmen Sie zu unterschreibende Dokumente und Behandlungsverträge immer erst mit nach Hause.
- ➔ Lassen Sie sich beraten (Krankenkasse, PatientInnenberatungsstelle), bevor Sie unterschreiben.

Gründe für eine Privatleistung:

- Es handelt sich tatsächlich um eine Leistung, die nicht Teil des „Leistungskatalogs“ für die vertragszahnärztliche Versorgung ist.
- Die Krankenversicherung würde die Leistung bezahlen, der Arzt aber spekuliert auf einen höheren Gewinn.

In diesem Fall macht es Sinn, die Planung prüfen zu lassen. Es ist verboten Kassenleistungen privat abzurechnen.

Wichtig:

Kassenleistungen dürfen nur dann vom Zahnarzt privat in Rechnung gestellt werden, wenn der Patient weiss, dass es sich eigentlich um eine Kassenleistung handelt, aber dennoch ausdrücklich eine private Abrechnung möchte. Die Initiative muss vom Patienten ausgehen und es muss darüber **vor** Behandlungsbeginn eine schriftliche Vereinbarung getroffen werden (siehe Seite 13 ff).

Kassen- oder Privatleistung?

- Anspruch auf Beratung durch gesetzliche Krankenkasse

Wenn Sie unschlüssig sind, ob es sich um eine Kassenleistungen oder um eine Privatleistung handelt (die Sie selbst bezahlen müssen), haben Sie die Möglichkeit, sich bei Ihrer Krankenkasse beraten zu lassen. Dies ist ein Recht, das Ihnen aus dem Sozialgesetzbuch 1. Buch (§§ 13 bis 15 SGB I) zusteht.

Berät Sie die Krankenkasse fehlerhaft und Sie schließen deswegen mit dem Zahnarzt eine Vereinbarung, wonach Sie die Leistung als Privatleistung selbst bezahlen müssen (obwohl Sie diese als Kassenleistung hätten erhalten können), dann können Sie die Korrektur dieses Zustandes auch von der Krankenkasse fordern. Sie haben einen sogenannten „Herstellungsanspruch“ gegenüber der Krankenkasse. Das bedeutet, dass Sie so gestellt werden müssen, als wäre die Leistung Kassenleistung. Die Krankenkasse hat die Kosten der Behandlung als Sachleistung zu übernehmen.



Weitere Infos zu Mehrkosten auf S. 11
Zahnreinigung ab S. 18 ff
Funktionsanalyse ab S. 21 ff

Klären, warum Leistung privat zu zahlen ist!

Kassenleistung darf nicht privat abgerechnet werden!



Anspruch auf Beratung durch Kasse

Broschüre
Zahnersatz
9



2.1.3. Gebührenverzeichnisse: BEMA-Z und GOZ

Für die Vergütung zahnärztlicher Behandlungen gibt es in Deutschland zwei Gebührenverzeichnisse: den **Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen** (BEMA-Z) und die **Gebührenordnung für Zahnärzte** (GOZ).

**Bewertungsmaßstab
für zahnärztliche
Leistungen**

Die **BEMA-Z** ist die Basis für die Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier sind die Behandlungen aufgeführt, deren Kosten die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen ihrer Leistungspflicht ganz oder teilweise übernehmen.

**Gebührenordnung
für Zahnärzte**

Die **GOZ** ist die Basis für alle Leistungen, die mit dem Patienten privat vereinbart werden. Sie wird für die Abrechnung mit Privatpatienten ebenso genutzt wie für den Fall, dass gesetzlich Krankenversicherte Leistungen in Anspruch nehmen, die ihre Krankenkasse nicht übernimmt. Sie ist für jede Privatleistung die vorgeschriebene Abrechnungsbasis.

Der § 1 GOZ bestimmt, dass der Zahnarzt nur Vergütungen für Leistungen berechnen darf, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er demnach nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind. Die novellierte Gebührenordnung für Zahnärzte ist seit dem 01.01.2012 gültig.

Die GOZ konkret:

Jeder ärztlichen Leistung ist in der GOZ eine bestimmte Punktzahl zugeordnet. Sehr aufwendige Leistungen haben hohe, einfache Behandlungen niedrige Punktzahlen. Multipliziert wird diese Punktzahl dann mit einem Punktwert von 5,62421 Cent (§ 5 GOZ). Damit ergeben sich Gebührensätze, die den „Grund-“ Preis für zahnärztliche Leistungen darstellen.

Der Zahnarzt errechnet das Honorar endgültig, indem er den Gebührensatz mit einem Steigerungsfaktor multipliziert (Punktzahl x einheitlicher Punktwert = Gebührensatz). Den Steigerungsfaktor legt der Zahnarzt in Abhängigkeit von der Schwierigkeit der Behandlung und dem Zeitaufwand im individuellen Fall selbst fest. Der Steigerungssatzrahmen erstreckt sich vom 1fachen bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes.

Beispiel aus der Gebührenordnung

Nummer	Leistung	Punktzahl	1,0-fach €	2,3-fach €	3,5-fach €
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	5,62	12,94	19,68
0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	200	11,25	25,87	39,37

Der Steigerungssatz für zahnärztliche Leistungen liegt im Regelfall zwischen dem einfachen und dem 2,3fachen Satz. Für medizinisch-technische Leistungen und Laboruntersuchungen gelten abweichende, niedrigere Steigerungssätze.

In bestimmten Fällen darf der Arzt die Regelhöchstsätze überschreiten, wenn die Leistung besonders schwierig und zeitaufwendig ist, also deutlich vom Regelfall abweicht. Bei persönlichen zahnärztlichen Leistungen ist eine Überschreitung bis zum 3,5fachen möglich. Im Kostenplan/In der Rechnung muss der Zahnarzt die Überschreitung schriftlich und für den Patienten verständlich und nachvollziehbar begründen (§ 10 Absatz 3 und 4 GOZ).

Will der Arzt auch diese Höchstsätze überschreiten, so muss vor Erbringung der Leistung mit dem Patienten eine sogenannte „abweichende Vereinbarung“ (§ 2 GOZ) über eine höhere Vergütung schriftlich getroffen werden.

Steigerungssatz

**abweichende
Vereinbarung**

**Broschüre
Zahnersatz
10**



2.2 Mehrkosten

Bestimmungen zur Mehrkostenvereinbarung bei Füllungen und die Regelungen im Festzuschussystem für Zahnersatz sehen Ausnahmen zum „Zuzahlungsverbot“ im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Versorgung (siehe Seite 7) vor. Bei diesen Sonderregelungen behält der Versicherte seinen Anspruch auf die Kassenleistung gegenüber seiner Kasse und hat „nur“ die darüber hinausgehenden Mehrkosten privat zu tragen.

Diese Mehrkosten sind laut Sozialgesetzbuch V **schriftlich und vor Behandlungsbeginn** zu vereinbaren. Nur mündlich geschlossene Mehrkostenvereinbarungen sind unwirksam (§§ 125, 126 BGB).

Abrechnungsgrundlage für die Mehrkosten ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Füllungen

§ 28 Abs. 2 Satz 4, 5, 6 SGB V:

„... Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von der Kasse die vergleichbar preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. ...“

Das heißt: Werden Ihnen über den Rahmen der Kassenleistung hinausgehende Füllungsleistungen angeboten, **muss** der Arzt Sie über diese privat zu tragenden Kosten informieren und Ihre **schriftliche Einwilligung** einholen.

➔ Treffen Sie diese Vereinbarung nur, wenn Sie die Leistung auch tatsächlich wünschen und Ihnen die zu erwartenden Kosten klar sind und akzeptabel erscheinen.

Beispiel:

Die Patientin wünscht im Backenzahnbereich eine Kunststoff- statt der Kassenleistung Amalgamfüllung. Die Kunststofffüllung ist teurer als die Amalgamfüllung. Die entstehenden Gesamtkosten darf der Zahnarzt der Patientin nach schriftlicher Vereinbarung privat in Rechnung stellen. Den Betrag für die Kassenleistung muss er vom Rechnungsbetrag abziehen; diesen rechnet er direkt mit der Kasse ab.

Zahnersatz

§ 55 Abs. 4 SGB V: „... Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung ... hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten ... selbst zu tragen.“

Wünscht der Versicherte eine gleich- oder andersartige Versorgung, ist nach erfolgter Aufklärung durch den Zahnarzt Teil 2 des Heil- und Kostenplans vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter spätestens **vor** Behandlungsbeginn zu unterschreiben (siehe: *Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen B - Teil 2* des Bundesmantelvertrags - Zahnärzte und des Ersatzkassenvertrags - Zahnärzte vom 1.4.2014). Nur wenn der Patient **vor der Behandlung** die zweite Seite des Heil- und Kostenplans unterschrieben hat, ist eine wirksame Vereinbarung über die privat abzurechnenden Leistungen entstanden und der Zahnarzt darf sie in Rechnung stellen.

Das heißt: Wählen Sie eine Versorgung, die über die Regelversorgung (das ist die Versorgung, die allen gesetzlich Versicherten aufgrund der Gesetzeslage und entsprechenden Richtlinien zusteht) hinaus geht, so haben Sie zusätzlich zum Eigenanteil weitere Kosten privat zu tragen. Die Zustimmung zu dieser Mehrleistung geben Sie schriftlich.

➔ Treffen Sie diese Vereinbarung auch hier nur dann, wenn Sie über mögliche Alternativen aufgeklärt wurden, Sie die Leistung auch tatsächlich wünschen und Ihnen die zu erwartenden Kosten klar sind und akzeptabel erscheinen.

Beispiel:

Der Patient wünscht im Backenzahnbereich eine vollverblendete Krone statt einer Nicht-Edelmetall-Krone, was die Regelversorgung wäre. Die Mehrkosten aufgrund der aufwendigeren Versorgung hat er -nach schriftlicher Vereinbarung- alleine zu tragen, denn der Zuschuss seiner Kasse bleibt gleich.

Mehrkostenvereinbarungen bedürfen der Schriftform

Mehrkosten bei Füllungen



IMMER: Vereinbarung erst, wenn Leistung und Kosten klar sind!

Mehrkosten bei Zahnersatz



2.3 Behandlungs- und Kostenplanung

Bitte unterscheiden Sie wegen der unterschiedlichen Kostenfolgen immer die jeweiligen Heil- und Kostenpläne:

1. den **Heil- und Kostenplan** über die Versorgung mit **Zahnersatz** (kassenbezuschusst)
2. die **Kostenplanung** als Grundlage für Ihre (private) **Mehrkostenvereinbarung** mit dem Zahnarzt wegen Mehrleistung wie z.B. aufwendige Füllung
3. die **Kostenplanung** für privat zu zahlende **zusätzliche Leistungen** wie z.B. die elektrometrische Längenbestimmung bei der Wurzelbehandlung
4. den **Behandlungs- und Kostenplan** über eine **reine Privatleistung** wie z.B. das Setzen von Implantaten

Alle vier Varianten geben Ihnen und ggf. Ihrer Kasse oder Zusatzversicherung Orientierung über die geplante Versorgung und die zu erwartenden Kosten.

Kosten für die Planung

Gesetzlich Krankenversicherte

Für gesetzlich Versicherte entstehen für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans über Zahnersatz **keine** zusätzlichen Kosten. „...**Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig.** ...“ (§ 85 Abs. 2, Satz 6 SGB V).

Eine Abbildung eines Heil- und Kostenplans finden Sie auf den Seiten 27/28.

Das Beratungs- und Aufklärungsgespräch, bei dem Ihnen die Alternativen (einschließlich Implantat-Möglichkeit) vom Zahnarzt erklärt und erläutert werden, darf Ihnen im Nachgang nicht als Privatleistung berechnet werden.

Selbstzahler oder Privatversicherte

Dies verhält sich bei Privatversicherten oder gesetzlich Versicherten im Rahmen einer Privatbehandlung anders. Hier **darf** der Zahnarzt für die Erstellung des Kostenplanes und die dazugehörige Beratung entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) **eine Gebühr berechnen.**

Beispiel:

Die konkrete Untersuchung, die Beratung und den Heil- und Kostenplan über eine Versorgung mit Implantaten darf der Zahnarzt/Implantologe der Kassenpatientin in Rechnung stellen.

Da die Implantatversorgung keine Kassenleistung sondern eine reine Privatleistung ist, sind Untersuchungs- und Beratungsleistungen und die Erstellung des Heil- und Kostenplanes rund um diese Versorgung auch Privatleistungen.

Untersuchung und Aufstellung Kostenplan, Gebührenpositionen aus der GOZ:

Nummer	Leistung	Punktzahl	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
			€	€	€
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	5,62	12,94	19,68
0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	200	11,25	25,87	39,37

Beratungsleistung, Gebührenposition aus der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ):

Nummer	Leistung	Punktzahl	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
			€	€	€
1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66	10,72	16,31

Behandlungs-
und
Kostenplanung

Gesetzlich
Versicherte zahlen
keine Gebühr
für Planung von
Zahnersatz!

Aber: Gebühr für
Planung von
Privatleistungen!

Beispiel für
Gebührenpositionen



2.4 Wann darf der Zahnarzt gesetzlich Versicherten eine Privatrechnung stellen?

Mit seiner Kassenzulassung verpflichtet sich der Zahnarzt, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über dessen Versichertenkarte im Sachleistungssystem zu behandeln. Wenn er Ihre Krankenversicherungskarte einliest, muss er jede Behandlung ohne Zahlungen von Ihnen mit der Krankenkasse abrechnen.

Hiervon darf der Zahnarzt nur abweichen, wenn das gesetzliche Regelungen oder bundesmantelvertragliche Ausnahmen ausdrücklich erlauben.

Dass heißt, der Zahnarzt darf von Ihnen eine Privatrechnung nur fordern:

1. Bei aufwendigeren Füllungen oder aufwendigerem Zahnersatz, wenn dadurch Mehrkosten entstehen.

Siehe Ausführungen unter Punkt 2.2. Mehrkosten.

Darüber hinausgehende vertragliche Grundlagen:

§ 4 Abs. 5 b) und c) Bundesmantelvertrag Zahnärzte 2014 (BMV-Z):

b) ... „wenn Versicherte bei Zahnfüllungen eine über das ausreichende und zweckmäßige hinausgehende Versorgung wählen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen und vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen.“ ...

c) ... „wenn Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz wählen, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 SGB V abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.“

Hier wird eine schriftliche Vereinbarung nicht explizit vorausgesetzt, es gibt aber die Informationspflicht der voraussichtlichen Kosten in Textform nach § 630 c Abs. 3 BGB.

2. Bei Leistungen, die nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen gehören (wie z. B. funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, Kieferorthopädie bei Erwachsenen, ...).

Hier hat der Zahnarzt den Patienten darüber aufzuklären, dass es sich um Leistungen handelt, die gemäß Richtlinien nicht zum „Leistungskatalog“ der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Den Wunsch des Patienten, diese Leistungen auf privater Basis in Anspruch nehmen zu wollen, sollte der Zahnarzt dokumentieren oder sich schriftlich bestätigen lassen.

Ist die hier zu erbringende Leistung:

- im Gebührenverzeichnis der GOZ aufgeführt, ist sie vom Zahnarzt in der Rechnung als „Verlangensleistung“ zu kennzeichnen.
- nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ aufgeführt, kann sie analog gem. § 6 GOZ berechnet werden. Wünscht der Patient eine solche nicht in der GOZ aufgeführte Leistung, die das Maß des zahnmedizinisch Notwendigen überschreitet, muss vor der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung in Form eines Heil- und Kostenplans gem. § 2 Abs. 3 GOZ getroffen werden.

Vertragliche und gesetzliche Grundlagen

§ 4 Abs. 5 Bundesmantelvertrag Zahnärzte 2014 (BMV-Z):

d) ... „Im Übrigen soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen.“

Patient „wünscht“
aufwendigere
Versorgung

Patientin „wünscht“
Privatleistung



§ 7 Abs. 7 Ersatzkassenvertrag Zahnärzte 2014 (EKV-Z)

... „Der Vertragszahnarzt soll sich den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen.“ ...

§ 6 Abs. 1 Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ)

„Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden.“ ...

§ 2 Abs 2 Gebührenordnung (GOZ)

... „Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen können Leistungen (...), die weder im Gebührenverzeichnis (...) noch im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, und ihre Vergütung abweichend von dieser Verordnung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muß vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muß die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, daß es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist.“ ...

Behandlung ohne
Versicherungsnachweis

3. Wenn Sie keine Versicherungskarte oder keinen gültigen Versicherungsnachweis zur Behandlung vorlegen und auch nicht innerhalb von 10 Tagen nachreichen.

Vertragliche Grundlage:

§ 4 Abs. 5a Bundesmantelvertrag Zahnärzte 2014 (BMVZ)

„Der Vertragszahnarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern:

a) im Falle des § 8 Abs.2,“

Dieser § 8 Absatz 2 BMVZ besagt: „Solange die Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nicht nachgewiesen worden ist, darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Wird die Krankenversichertenkarte oder die Anspruchsberechtigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.“

Patient „wünscht“
auf eigene Kosten
behandelt zu werden
trotz Kassenleistung

4. Wenn Sie eine Behandlung auf eigene Kosten verlangt haben, obwohl es sich um eine Kassenleistung handelt.

Vertragliche Grundlagen:

§ 4 Abs. 5d Bundesmantelvertrag Zahnärzte 2014 (BMV-Z)

„d) wenn und soweit der Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten zu treffen.

Im Übrigen soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen.“

§ 7 Abs. 7 Satz 2 und 3 Ersatzkassenvertrag Zahnärzte 2014 (EKV-Z)

„Darüber hinaus darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung für Leistungen, die im Bema enthalten sind, nur fordern, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich wünscht, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen. Der Vertragszahnarzt soll sich den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen.“



5. Wenn Sie bei Ihrer Krankenkasse das Prinzip der Kostenerstattung gewählt haben.

Dadurch werden Sie ohne Einschränkung vom Zahnarzt als Privatpatientin betrachtet.

Gesetzliche Grundlage:

§ 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

“... Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. ...“

Wichtig:

- Sie müssen darüber aufgeklärt werden, dass Sie als gesetzlich versicherte/r PatientIn das Recht haben, nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Wenn Sie dennoch, obwohl Ihnen die Leistungen als Kassenleistungen zustehen, ausdrücklich eine Behandlung auf der Grundlage eines privaten Behandlungsvertrags wünschen, müssen Sie dies vor der Behandlung klar und deutlich zum Ausdruck gebracht haben. Den Nachweis, dass eine Privatvereinbarung vorliegt, kann der Zahnarzt ohne schriftliche Vereinbarung nur schwer führen.
- Ob eine Vereinbarung privater Leistungen zwingend immer schriftlich zu erfolgen hat, ist durch die vertraglichen Regelungen nicht eindeutig geklärt. Im Hinblick auch auf gerichtliche Beweis Zwecke wird Zahnärzten jedoch dringend angeraten, die private Kostenübernahmevereinbarung schriftlich abzuschließen.
- Leistungen, die ausschließlich kosmetischen Zwecken dienen oder aus anderen Gründen nicht zu Heilzwecken erbracht werden, müssen vom Patienten ausdrücklich verlangt und nach § 2 Abs. 3 GOZ in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden (siehe GOZ-Kommentar der BZÄK, Anmerkung 3 zu § 1 GOZ, Stand 25.04.2014).
- Eine von der GOZ abweichende Gebührenhöhe (also eine Anrechnung mit einem Steigerungssatz über 3,5) kann nur dann abgerechnet werden, wenn es darüber eine gesondert schriftliche Vereinbarung zwischen Patient und Zahnarzt gibt (§ 2 Abs. 1 und 2 GOZ).
- Alle anderen privat abgerechneten zahnärztlichen Behandlungen bedürfen natürlich auch der Vereinbarung, siehe Behandlungsvertrag gemäß § 630 a BGB.
Der Zahnarzt muss auf jeden Fall den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung schriftlich informieren (§ 630 c Abs. 3 BGB).



Tipps:

- Lassen Sie sich Zeit mit der Zustimmung zu einer Privatleistung oder dem Abschluss einer Privatvereinbarung. Unterschreiben Sie nichts, ohne es sich in Ruhe angeschaut zu haben. Beseitigen Sie mögliche Unklarheiten.
- Vor Beginn der Behandlung sollte Ihnen also klar sein, was an (Mehr-)Kosten insgesamt auf Sie zukommt. Gegebenenfalls können Sie diese Kosten auch mit Ihrer Krankenkasse abklären.
- Keinesfalls dürfen Sie zu einer Privatabrechnung gedrängt werden. Das Vertrauensverhältnis zwischen Ihrem Arzt und Ihnen darf nicht missbraucht und Sie als hilfsbedürftige/r PatientIn überrumpelt werden!



Das Gefühl: „Da stimmt was nicht!“ ernst nehmen!

2.5 In der Zahnarzt-Praxis **Das Gefühl: „Da stimmt was nicht!“**

Tritt beim Besuch der Zahnarztpraxis ein ungutes Gefühl auf, nehmen Sie ihr Gefühl ernst. Versuchen Sie, für sich zu klären, was der Grund dafür sein kann: Angst vor der Behandlung, eine schlechte Atmosphäre, unsaubere Praxisräume oder unfreundliches Personal. Ein Grund kann auch sein, dass Ihnen eine Versorgung angeboten wird, die Sie nicht möchten, oder dass die Aufklärung durch den Arzt unzureichend ist.

Sie können mit dem Personal oder dem Zahnarzt über Ihre Bedenken sprechen. Damit erhalten der Zahnarzt und das Personal die Möglichkeit, Stellung zu beziehen und Ihre Bedenken können in einem klärenden Gespräch eventuell ausgeräumt werden. Ist Ihr ungutes Gefühl auf den Zahnarzt oder das Personal zurückzuführen, unterscheiden Sie bitte zwischen Unfreundlichkeiten und erheblichen Verhaltensauffälligkeiten (z.B. durch Alkoholmissbrauch). Für das Letztgenannte empfehlen wir die Praxis zu verlassen.

Bei Unfreundlichkeiten reicht es gegebenenfalls aus, diese anzusprechen. Eventuell müssen Sie über Konsequenzen nachdenken und sich möglicherweise eine andere Praxis suchen.

Beschimpfungen, massives unter Druck Setzen oder Übergriffe durch Ihren Zahnarzt sind ein eindeutiges Indiz dafür, dass das Verhältnis massiv gestört ist.

Sollte das Vertrauen zu der Zahnarztpraxis erheblich gestört sein, sollten Sie vor Behandlungsbeginn (Zahnersatz) die Praxis verlassen. In diesem Fall können Sie auch schriftlich Beschwerde bei Ihrer Krankenkasse und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (Adresse siehe ggf. beiliegenden lokalen Adressteil) einlegen.

Manche Patienten wählen für Ihre Behandlung einen ausgewiesenen naturkundlich tätigen Zahnarzt. Besonders wenn eine Unverträglichkeit gegen bestimmte Zahnmaterialien vorliegt, kann es sinnvoll sein, einen Zahnarzt aufzusuchen, der sich mit dem Thema auskennt und Ihre Probleme ernst nimmt. Aber auch hier sollten Sie achtsam sein; nicht alles was der Zahnarzt Ihnen anbietet, muss sinnvoll sein. Bevor weitreichende Maßnahmen z.B. zur „Entgiftung“ oder zur womöglich vollständigen Neuanfertigung von bestehendem Zahnersatz eingeleitet werden, sollten Sie sich unbedingt eine zweite Meinung einholen. Sie können sich auch unabhängig bei einer Beratungsstelle informieren.

Tipps:

- ➔ Lassen Sie sich unerwünschte, obskure Behandlungen nicht gefallen und ziehen Sie Konsequenzen, wenn sich die Situation nicht klären lässt. Sprechen Sie eine PatientInnenberatungsstelle oder/und Ihre Krankenkasse auf das unangemessene Verhalten Ihres Zahnarztes an.
- ➔ Auch wenn Sie bereits auf dem Behandlungsstuhl sitzen, dürfen Sie in den Behandlungsvorgang eingreifen und ihn gegebenenfalls abbrechen.
- ➔ Lassen Sie sich nicht im Behandlungsstuhl liegend eine bestimmte Behandlung aufschwätzen. Sie müssen ihre Entscheidung -nach umfassender Aufklärung- in Ruhe überlegen können.

Bei
Unzufriedenheit:
Zweitmeinung

2.6 Unzufriedenheit mit dem Behandlungsvorschlag oder den Kosten

Sind Sie mit der von Ihrem Zahnarzt vorgeschlagenen Behandlung oder den damit verbundenen Kosten nicht einverstanden, sollten Sie zunächst mit dem Arzt hierüber sprechen. Endet ein solches Gespräch nicht zufriedenstellend, können Sie eine weitere zahnärztliche Meinung einholen. Kosten entstehen Ihnen hierfür nicht, soweit es sich um eine Kassenleistung handelt.



2.7 Zahnarztwechsel

Aufkündigung des Behandlungsvertrages

Wenn Sie kein Vertrauen mehr zu Ihrem Zahnarzt haben oder sich aus anderen Gründen umorientieren möchten, haben Sie das Recht, den Behandlungsvertrag mit Ihrem Zahnarzt aufzukündigen und zu wechseln.

Auch Ihr Zahnarzt kann das Behandlungsverhältnis mit Ihnen beenden. Dieses muss er der Krankenkasse gegenüber gegebenenfalls begründen, z.B. durch: Nichtbefolgung seiner Empfehlungen, häufiges und selbstverschuldetes Nichteinhalten vereinbarter Termine oder nachhaltige Schwächung des Vertrauens.

Liegt ein Notfall vor hat er aber die Verpflichtung, Sie zu behandeln.

Einschränkung während laufender Versorgung mit Zahnersatz

Der Versicherte beantragt den Zahnersatz, die GKV genehmigt einen Heil- und Kostenplan. Mit Beginn der Behandlung (also z.B. wenn der Zahnarzt die Zähne beschleift, damit darauf eine Krone befestigt werden kann) wird das Wechseln schwierig. Nach Fertigstellung des Zahnersatzes muss der Zahnarzt zwei Jahre für die Funktionstüchtigkeit garantieren. Innerhalb dieser Zeit können Sie den Zahnarzt meist nur mit zusätzlichen eigenen Kosten wechseln. Siehe auch die folgenden Hinweise:

Achtung bei Wechsel des Zahnarztes während der Behandlung mit Zahnersatz!

- ➔ Bei Unzufriedenheiten oder von Ihnen vermuteten Mängeln sollten Sie zur Weiterbehandlung nicht sofort zu einem anderen Zahnarzt wechseln. Besprechen Sie Ihre Beschwerden und Probleme zunächst mit ihrem Zahnarzt. Nach gescheitertem Gespräch nehmen Sie Kontakt mit Ihrer Krankenkasse auf, und bitten diese um eine Mängelbegutachtung. Erst danach sollte sich die Frage stellen, ob Sie den Zahnarzt wechseln.
- ➔ Bemühen Sie sich um das Einverständnis Ihrer Krankenkasse den Zahnarzt wechseln zu können. Es könnte sein, dass die Kasse Ihre Behandlungskosten bei dem zweiten Zahnarzt nicht übernimmt und Sie zudem einen neuen Eigenanteil bezahlen müssen.
- ➔ Auch bei glaubhaft gestörtem Vertrauensverhältnis zum behandelnden Zahnarzt, das eine Weiterbehandlung nicht zumutbar macht, ist erst in Absprache mit der Krankenkasse die Weiterbehandlung bei einem anderen Zahnarzt möglich, ohne Gefahr zu laufen, die Kostenübernahme durch die Kasse zu verlieren.
In der Patientenberatung machen wir die Erfahrung, dass die Krankenkassen besonders im Rahmen der laufenden Versorgung mit Zahnersatz das Argument „gestörtes Vertrauensverhältnis“ kaum gelten lassen. Dokumentieren Sie die Vorfälle und Ihre Beweggründe zu wechseln und informieren Sie in jedem Fall Ihre Kasse.
- ➔ Sie können natürlich auch ohne oder bei verweigerter Zustimmung der Kasse den Zahnarzt wechseln. Es besteht dann aber die Gefahr, dass Sie die sich anschließende Auseinandersetzung mit der Kasse und dem ersten Zahnarzt verlieren. Sie müssen dann die zusätzlichen Behandlungskosten des neuen Zahnarztes komplett allein tragen.

2.8 Behandlungsabbruch durch den Zahnarzt

Bricht der Zahnarzt von sich aus die laufende Behandlung ab, muss er Ihre Weiterbehandlung sicherstellen, d.h. dafür sorgen und garantieren, dass Sie bei einem dafür geeigneten Zahnarzt Ihre Behandlung so schnell wie erforderlich weiterführen können. Je nach Fall, muss er den möglicherweise bereits bezahlten Eigenanteil an Sie sowie den Kassenanteil an die Krankenkasse zurückerstatten.

Behandlungsvertrag ist aufkündbar!
(§ 627 BGB)

Aber:
Achtung bei laufender Zahnersatzbehandlung



Zahnarztwechsel nicht während laufender Zahnersatz-Behandlung!

Gefahr zusätzlicher Kosten!

Zahnarzt muss Weiterbehandlung sicherstellen!



2.9 Professionelle Zahnreinigung und Funktionsanalyse

Zwei in der Zahnarztpraxis häufig angebotene Privatleistungen sind die **Professionelle Zahnreinigung** (PZR) und die **Funktionsanalyse**. Zu beiden Bereichen werden in der Patientenberatung viele Fragen an uns gerichtet. Es ist hilfreich, sich im Vorfeld der Behandlung damit zu beschäftigen. Deshalb gehen wir im Folgenden auf diese beiden Privatleistungen ausführlicher ein.

2.9.1 Professionelle Zahnreinigung

Unter **Professioneller Zahnreinigung** versteht man ein Paket spezieller Zahnhygienemaßnahmen, das in der Zahnarztpraxis angeboten wird. Die PZR soll die Patientin bei der häuslichen Zahnpflege unterstützen.

Die Leistungen der PZR sind nicht eindeutig festgelegt, dadurch kommt es in den Zahnarztpraxen auch zu unterschiedlichen Angeboten.

Zentraler Bestandteil der PZR ist die Entfernung von harten und weichen Belägen auf den Zahnoberflächen, in den Zahnzwischenräumen und in den Zahnfleischtaschen mit speziellen Instrumenten nach einer gründlichen Untersuchung des Gebisses. Die Zahnoberflächen werden anschließend poliert und/oder fluoridiert. Beratung zur individuellen häuslichen Zahnpflege und Kontrolltermine ergänzen diese Maßnahmen.

Ziel:

Die **PZR** soll eine Ausgangsbasis für eine gute Mundhygiene schaffen und die Patienten zu ihrem persönlichen Hygieneverhalten beraten. Sie soll dabei die tägliche, selbst durchgeführte Mundpflege ergänzen und unterstützen. Sie ersetzt sie nicht!

Wo und Wer?

Sie findet in einer zahnärztlichen Praxis statt und kann durch den Zahnarzt selbst oder besonders ausgebildetes Personal für Prophylaxe oder Dentalhygiene unter Aufsicht des Zahnarztes erfolgen.

Mögliche Leistungen einer PZR:

- Überprüfung und/oder Unterweisung in der häuslichen Mundhygiene mit speziellen Maßnahmen (z.B. Anfärben), Inspektion der Zähne und des Zahnfleisches.
- Gründliche Zahnreinigung (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und Reinigung der Zahnzwischenräume.
- Politur der Zähne, der Füllungen und Kronenränder.
- Fluoridierung der Zähne mit konzentrierten Präparaten.
- Beratung zur effektiven häuslichen Zahnpflege und zahngesunden Lebensführung.
- Entwicklung eines Zahnpflegekonzepts, das individuellen Risiken für die Mundgesundheit zuverlässig entgegenwirkt.
- Regelmäßige Kontrolltermine mit dem Ziel der Optimierung des Pflegekonzepts.

Kosten:

Die PZR ist **keine** Leistung der gesetzlichen Krankenkasse. Für ihre Abrechnung steht seit 2012 eine eigene Position (1040) der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zur Verfügung. **Seit 2012 ist eine Pauschalberechnung nicht mehr zulässig.**

Nach wie vor sind die Preise je nach Umfang der Behandlung sehr unterschiedlich. Kosten belaufen sich bei der **GOZ-Position 1040** auf ca. 44 € - 156 € (je nach Anzahl der vorhandenen Zähne, Brückenglieder oder Implantate und vom Zahnarzt verwendeten Steigerungsfaktor).

Allerdings berichten uns Patienten auch über weit höhere Kosten, gerade wenn weitere Leistungen hinzukommen. Sie sollten sich daher unbedingt vorher einen schriftlichen

Professionelle
Zahnreinigung
(PZR) ist
Privatleistung

Leistungen der
PZR sind nicht
überall gleich

Kosten



Kostenüberblick geben und erklären lassen. (§ 630c Abs. 3 BGB bestimmt, dass der Behandelnde den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren soll.)

Für einen Preisvergleich können Sie bei weiteren Zahnärzten nachfragen.

Streitfrage PZR

Viele Zahnärzte empfehlen die PZR im Abstand von sechs Monaten als ideale Ergänzung zum gründlichen Putzen und um Zähne und Zahnfleisch gesund zu erhalten.

Der IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) bewertet die professionelle Zahnreinigung bei Erwachsenen ohne Parodontitis (Abbau des Zahnhalteapparats) als „unklar“. Er begründet dies Ende 2012 damit, dass sich keine aussagekräftige Studie finden ließ, die tatsächlich einen zusätzlichen Nutzen der professionellen Zahnreinigung belegt.

PZR als Voraussetzung für die Parodontitisbehandlung (PAR)?

Anfragende schildern uns immer wieder, dass ihr Zahnarzt die PZR (= Privatleistung) zur Voraussetzung für die sich anschließende Parodontitisbehandlung (= Kassenleistung auf Antrag) macht. „Ist das denn zulässig?“ Eine schwierige Frage.

Die Parodontitisbehandlung setzt eine große Bereitschaft des Patienten voraus seine Zahnhygiene zu verändern, ansonsten ist die Rückfallgefahr groß, die Behandlung gegebenenfalls „nicht wirtschaftlich“.

Die PAR umfasst die Reinigung der tiefen Zahnfleischtaschen und nicht die Reinigung des gesamten Zahnes. Bei schlechter Mundhygiene ist aber oft der gesamte Zahn „behandlungsbedürftig“. Eine Vorbehandlung des gesamten Zahnes auf Kosten der GKV gibt es aber nicht. (Auf Kassenkosten gibt es nur die Zahnsteinentfernung 1 x pro Jahr.)

Viele Zahnärzte bezeichnen die PZR als vom Patienten zu erbringenden Nachweis für eigene Bemühungen zur Verbesserung der Mundhygiene, weil eine Vorbehandlung nicht bezahlt wird und die Richtlinie die Eigenverantwortung des Patienten betont.

Wichtig:

- ➔ Putzen Sie zweimal täglich Ihre Zähne, reinigen Sie die Zahnzwischenräume mit Zahnseide und gegebenenfalls Interdentalbürstchen. Pflegen und reinigen Sie auch die Zunge. Zusammen mit einer gesunden und zuckerarmen Ernährung ist dies die kostengünstigste Prophylaxe.
- ➔ Hinweis: Die Reinigung durch eine PZR hält 48 Stunden an. Danach bilden sich wieder neue Beläge.
- ➔ Das Wichtigste bei der PZR aus unserer Sicht ist das Gespräch über die eigene Mundhygiene, damit der Patient die Möglichkeit bekommt, diese verbessern zu können.
- ➔ PZR sollte immer eine individuelle Entscheidung sein. Wenn die Mundhygiene gut ist, keine Beläge vorhanden sind und sonst keine Probleme vorliegen, braucht es auch keine PZR.
- ➔ PZR wird in fast jeder Zahnarztpraxis und mit unterschiedlichem Nachdruck angeboten. Ob Sie eine PZR machen lassen, entscheiden immer Sie selbst nach ausführlicher Beratung durch Ihren Zahnarzt.
- ➔ Eine PZR kann auch mit Nebenwirkungen und Risiken verbunden sein: Durch die intensive Zahnreinigung können beispielsweise die Zahnhäse vorübergehend überempfindlich reagieren, Pulverstrahlgeräte verursachen im Vergleich zu anderen Methoden einen vergleichsweise hohen Abrieb und können beim Auftreffen auf das Zahnfleisch Verletzungen hervorrufen.
- ➔ Sie dürfen selbstverständlich, wie jede andere Behandlung auch, die PZR ablehnen.
- ➔ Zu unterscheiden sind:

Zahnsteinentfernung: 1 Mal im Jahr Kassenleistung

Professionelle Zahnreinigung: Privatleistung

Parodontitisbehandlung: Kassenleistung, wenn die medizinische Notwendigkeit nach den Kassenrichtlinien gegeben ist. Beantragung durch den Zahnarzt nötig.

**Zusätzlicher
Nutzen
umstritten**



**Entscheidung nach
ausführlicher
Beratung**



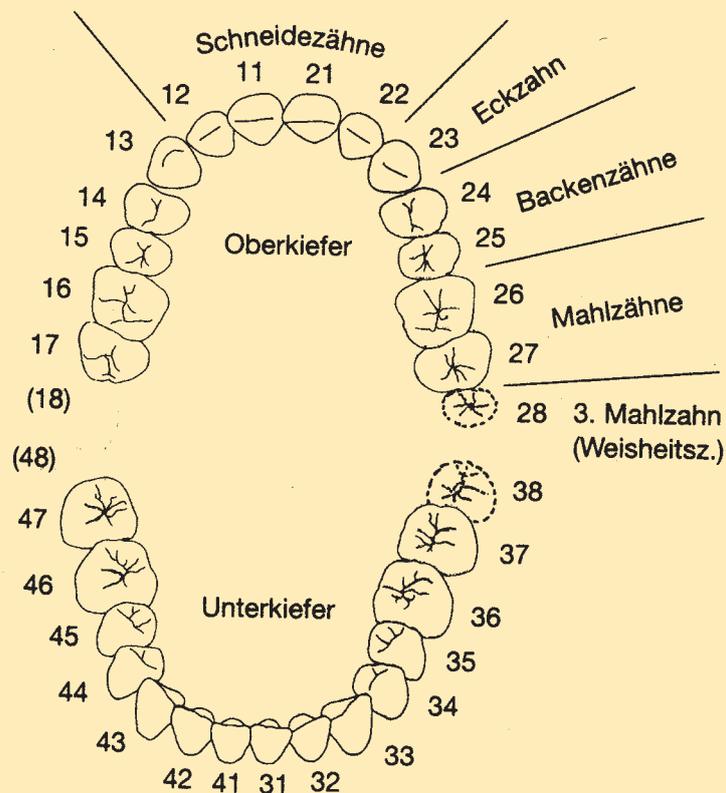
Entscheidungs-
grundlage ist die
individuelle Situation
des/r Patienten/in

Zahnschema

Tipps:

- ➔ Besprechen Sie Ihren individuellen Mundhygienestatus mit Ihrem Zahnarzt. Besprechen Sie auch, welche konkreten Leistungen und zusätzlichen Kosten durch eine PZR auf Sie zukommen.
- ➔ Die PZR ist keine medizinisch notwendige, sondern eine im Einzelfall möglicherweise sinnvolle zusätzliche Leistung, die sich sehr individuell gestalten kann. Auch wenn sie Ihnen nahe gelegt wird, können Sie sie selbstverständlich ablehnen.
- ➔ Informieren Sie sich, ob Ihre Krankenkasse sich an den Kosten im Rahmen von Bonusprogrammen oder Satzungsleistungen beteiligt.
- ➔ Die PZR wird je Zahn, je Implantat oder Brückenglied abgerechnet. Welche Zähne bei der PZR in Ihrem Fall behandelt werden, können Sie anhand des folgenden Zahnschemas nachvollziehen.

Zahnschema mit international gültiger Nummerierung (aus Sicht des Zahnarztes):



Zum Verständnis:
Der Kiefer ist in
vier Quadranten
aufgeteilt. Die
Zähne werden
von der Mittel-
achse des Kiefers
aus nach hinten
gezählt. Beispiel
für Oberkiefer:
11,12,13 ... oder
21, 22, 23 ... Dabei
wird nicht elf,
zwölf, dreizehn
gesprochen, son-
dern die Zahlen-
ziffernfolge: 1.1,
1.2, 1.3...

➔ Weitere Infos zu PZR z.B. über:

- www.agz-rnk.de Ein für die Stadt Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis (AGZ-RNK) betriebener sehr informativer patientenorientierter Webauftritt. Stichwort: „professionelle Zahnreinigung“.
- www.verbraucherzentrale-rlp.de Einige interessante Verbraucherinformationen der Verbraucherzentrale Rheinland Pfalz unter dem Stichwort „professionelle Zahnreinigung“.
- www.igel-monitor.de Stichwort „professionelle Zahnreinigung“; Ziel des Portals ist eine Bewertung von Individuellen Gesundheitsleistungen. Auftraggeber des Portals ist der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Finanziert wird der MDS vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV).



2.9.2 Funktionsanalyse

Die Funktionsanalyse ist eine diagnostische Methode der zahnmedizinischen und kieferorthopädischen Befunderhebung, Behandlungsvorbereitung und Therapiekontrolle. Ziel der Funktionsanalyse ist Zahn- und Kieferverhältnisse exakt zu ermitteln. Sie ist eine reine Privatleistung.

Es wird unterschieden zwischen der klinischen und der instrumentellen Funktionsanalyse.

Ziel der **klinischen Funktionsanalyse** ist es, genauere Informationen über das Wechselspiel von Zähnen, Muskeln, Nerven und Kiefergelenk zu erhalten. Durch Abtasten und Betrachten der Unterkieferbewegungen werden Muskeln, Bänder und Kiefergelenk untersucht und das Zusammenspiel von sensiblen und motorischen Nerven beim Kauen und sonstigen Kontakten der Zähne festgestellt, um krankmachende Veränderungen im Kiefergelenk und Zahnhalteapparat herauszufinden.

Die **instrumentelle Funktionsanalyse** soll der weiteren Diagnostik und Analyse von Fehlfunktionen dienen, die durch Fehlstellungen oder Verlust von Zähnen bzw. Einschränkungen der Kaufunktion bei mangelhafter Gestaltung der Kauflächen verursacht werden. Dafür werden entsprechende „Instrumente“ eingesetzt.

Mit einem **Gesichtsbogen** (auch Übertragungsbogen genannt), wird die dreidimensionale Beziehung des Oberkiefers zum Gesichtsschädel festgestellt. Mit diesem Gesichtsbogen und mit Hilfe von sogenannten Bissregistratorn werden sodann Gipsmodelle der Ober- und Unterkieferzähne in einen individuell einstellbaren **Artikulator** übertragen. Dieser „Gelenksimulator“ wird mit Hilfe der Registrare eingestellt, sodass die individuellen Kaubewegungen nachgeamt werden können.



Gesichtsbogen

Bei der instrumentellen Funktionsanalyse können zusätzlich computergestützte Verfahren angewendet werden, die die Kaubewegung analysieren und in Bezug auf die Position der Kiefergelenke erfassen können.

Auf diese Weise kann der Zahntechniker in Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt die Kauflächen der neuen, künstlichen Zähne so gestalten, dass sie störungsfrei zusammenwirken und keine abnormen Kontraktionen der Kaumuskeln das Kiefergelenk und den Zahnhalteapparat schädigen.



Artikulator

Gesichtsbogen: Hilfsmittel, welches an bestimmten Punkten des - meist an der Nasenwurzel und in den Gehörgängen - angelegt wird und dazu dient, schädelbezügliche Verhältnisse von Kiefermodellen in einem Artikulator zu gewährleisten.

Artikulator: Gerät zur mechanischen Simulation von Stellung und Bewegungen des Unterkiefers gegenüber dem Oberkiefer an eingespannten Modellen; auch Gelenksimulator genannt.

Die Funktionsanalyse (auch funktionsanalytische Maßnahme genannt) hat in den letzten Jahren zunehmend Einzug in die Praxen von Kieferorthopäden und Zahnärzten genommen. Kieferorthopäden bieten sie für die „Umstellung“ von Zähnen im Rahmen kieferorthopädischer Maßnahmen an. Von Zahnärzten werden sie zunehmend auch bei der Planung und Herstellung von Zahnersatzkonstruktionen und sogar Einzelkronen angeboten und durchgeführt.

Klinische und instrumentelle Funktionsanalyse

Funktionsanalyse wird zunehmend angeboten

Broschüre
Zahnersatz
21



**Kosten: Zwischen
80 € und 450 €
je nach Umfang.**



**Nicht erlaubt:
Funktionsanalyse
ohne Beratung und
Zustimmung!**

**Erst Beratung,
dann Entscheidung!**

Keine Kassenleistung

Die Funktionsanalyse ist aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Es gilt die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die Funktionsanalyse wird unter dem „Abschnitt J Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen“ der GOZ und den Leistungsnummern 8000 ff abgerechnet. Jede Funktionsanalyse ist also eine zusätzliche Einnahme für den Anbieter, die je nach Aufwand und Steigerungssatz (siehe Seite 10) zwischen ca. 80 € und 450 € einbringt.

Achtung:

In der Patientenberatung zeichnen sich zunehmend folgende Problemfelder ab:

1. Kieferorthopäden und Zahnärzte bieten ihren PatientInnen diese Leistung immer häufiger mit dem Argument an, dass nur die Ergebnisse der Funktionsanalyse die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg schaffen. PatientInnen wird suggeriert, dass ein Behandlungserfolg grundsätzlich von der vorherigen Durchführung einer Funktionsanalyse abhängig ist.
Die Erbringung der Kassenleistungen (Zahnersatz oder kieferorthopädische Maßnahme bei Kindern) wird von der vorherigen Inanspruchnahme der Privatleistung „Funktionsanalyse“ abhängig gemacht.
2. PatientInnen finden, ohne von ihrem Zahnarzt vorher informiert und beraten worden zu sein, 8000er Leistungs- und Abrechnungspositionen der GOZ in ihrem Heil- und Kostenplan sowie in der Rechnung.
► Beides ist nicht zulässig! Der Zahnarzt darf Sie nicht zu einer Funktionsanalyse drängen oder diese grundsätzlich zur Voraussetzung für die Kassenleistung machen. Zudem ist er verpflichtet, Sie über zusätzliche Leistungen, deren Funktion, Sinn und Kosten ausführlich zu informieren und Ihre ausdrückliche Zustimmung zu deren Erbringung einzuholen.



Alles verstanden?

Funktionsanalyse ja oder nein?

Die Frage, ob Sie die Funktionsanalyse ausführen lassen sollen oder nicht, kann im Rahmen dieser Broschüre nicht beantwortet werden.

Funktionsanalyse ist ein diagnostisches und zusätzliches Verfahren, dessen Einsatz (je nach Einzelfall) seine Berechtigung haben kann oder auch als Überdiagnostik (= ein Zuviel an Diagnostik) bezeichnet werden muss. Zunehmend wird das Verfahren von Zahnärzten und Kieferorthopäden angeboten, und zwar unter der Prämisse der Optimierung des angestrebten Behandlungserfolges.

Grundsätzlich wird ein derartiger Einsatz bei Restaurationen einzelner Zähne oder kleineren Zahngruppen als zu aufwendig angesehen.

Liegen bereits Beschwerden vor (z.B. Kiefergelenksbeschwerden, Muskel- oder Gesichtsschmerzen und stressbedingte Verspannungen), soll die Funktionsanalyse helfen, die Ursachen dieser Beschwerden zu finden, um diesen in der Folge entgegenwirken zu können.

**Entscheidung:
Funktionsanalyse
ja oder nein?**



Bei vorliegenden Beschwerden, wie z.B. Kiefergelenkbeschwerden, Zahnbett-erkrankungen als Folgen von möglichen Fehlbelastungen oder bei der Planung von umfangreichem Zahnersatz können die ausgewerteten Daten der Funktionsanalyse wichtige Angaben liefern, um zusätzlichen Belastungen vorzubeugen oder diese zu vermeiden. In diesen Fällen ist beispielsweise laut Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde eine Funktionsanalyse indiziert.

In der wissenschaftlichen Literatur ist die Sinnhaftigkeit der Funktionsanalyse aber auch umstritten. Hauptkritikpunkt ist dabei der Umstand, dass zwei Messungen vom selben Zahnarzt mit denselben Instrumenten am selben Patienten häufig unterschiedliche Ergebnisse liefern. Somit fehle der Nutzensbeweis.

Tatsächlich stehen Sie als PatientIn in dem Konfliktfeld, dass auch in jenen Fällen, in denen Funktionsanalyse hilfreich ist, Sie diese privat bezahlen müssen.

Tipps:

- ➔ Besprechen Sie Ihre individuelle Gebissituation ausführlich mit Ihrem Zahnarzt/Kieferorthopäden!
- ➔ Wünschen Sie keine Funktionsanalyse, dürfen Sie diese selbstverständlich ablehnen.
- ➔ Für den Fall, dass Ihnen Ihr Zahnarzt entgegenhält, dass er einen Behandlungsfehler begeht, wenn er **keine** Funktionsanalyse vornimmt, können Sie ihn mit folgendem Urteil konfrontieren:

OLG Köln: Entscheidung vom 06.06.2011 - 5 U 10/11

Titel: Notwendigkeit einer Funktionsanalyse

Leitsatz:

„Auch bei umfangreichen bzw. umfassenden Zahnersatzbehandlungen ist eine Funktionsanalyse im Regelfall nicht zu fordern. Das Unterlassen einer Funktionsanalyse ist allenfalls fehlerhaft bei Bestehen funktioneller Störungen und Erkrankungen, wie insbesondere einer CMD- Problematik.“

- ➔ Lassen Sie sich gegebenenfalls eine schriftliche Kostenaufstellung geben und verhandeln Sie mit Ihrem Zahnarzt.
- ➔ Sind Sie nicht über eine Funktionsanalyse informiert worden und haben ihrer Durchführung nicht zugestimmt, finden aber Abrechnungspositionen in Ihrer Rechnung, sprechen sie Ihren Zahnarzt darauf an!

Weiterführende Infos:

Wissenschaftliche Stellungnahmen zur Funktionsanalyse von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde (DGZMK). Sie sind abrufbar unter: <http://www.dgzmk.de>

2.10 Termin rechtzeitig absagen!

Wenn Sie einen vereinbarten Zahnarzttermin nicht wahrnehmen können und absagen müssen, empfiehlt es sich, dies rechtzeitig zu tun - spätestens 24 Stunden vorher! Damit vermeiden Sie finanzielle und menschliche Unannehmlichkeiten und möglicherweise gerichtliche Auseinandersetzungen.

Funktionsanalyse kann, muss aber nicht hilfreich sein. Ist aber immer privat zu zahlen!



Leitsatz OLG Köln zur Funktionsanalyse



Terminabsage



3. Versorgung mit Zahnersatz

Die Versorgung mit Zahnersatz ist Teil des „Leistungskatalogs“ der gesetzlichen Krankenkassen. Zahnersatz bezeichnet den Ersatz und die Reparatur von Zähnen durch Kronen, Brücken (festsitzend) und Modellgussprothesen (herausnehmbar), Teleskopversorgungen (kombiniert) sowie Implantaten. Ziel ist es, das „Kauorgan“ wieder herzustellen. Füllungen aus Amalgam, Komposit (Kunststoffverbindung) oder anderen Materialien sind hier **nicht** gemeint.

3.1 „Befundorientierter Festzuschuss“ – Das geltende Bezuschussungssystem der gesetzlichen Krankenkassen

Seit 2005 gibt es das Zuschuss-System auf der Basis sogenannter „befundorientierter Festzuschüsse“. Dieses war mit erheblichen Änderungen bezüglich der Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden.

Während die Krankenkassen bis dahin einen prozentualen Anteil der genehmigten Versorgung mit Zahnersatz übernommen haben, gibt es seitdem feste Zuschüsse orientiert am individuellen Befund* des Patienten.

* Befund = Ergebnis der zahnmedizinischen Untersuchung: Gebisszustand, vorhandene Kronen, Brücken, Zahnlücken, zu ziehende Zähne etc...

Befundorientierter Festzuschuss: Regelversorgung als „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche“ Versorgung

Die Leistung der Krankenkasse richtet sich heute also nicht mehr nach der individuell durchgeführten Therapie, sondern nach einer für den jeweiligen Befund vorgesehenen Regelversorgung. Diese Regelversorgung beschreibt die **ausreichende, zweckmäßige** und **wirtschaftliche** Versorgung mit Zahnersatz. Diese wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt.

Der Festzuschuss der Kasse für den jeweiligen Befund soll ca. 50 % der Kosten für die Regelversorgung mit all seinen notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen abdecken.

Die Höhe der Festzuschüsse wird jedes Jahr an Preissteigerungen angeglichen. Der Betrag errechnet sich aus statistischen Mittelwerten der Kosten für die jeweilige Regelversorgung.



**Festzuschussbeispiel
Brücke: 319,77 €
(2015)**



Beispiel für einen Festzuschuss:

Für den Befund: „**zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn**“ ist die Regelversorgung eine **metallische Endpfilerbrücke**. Für diesen Befund zahlt die Kasse einen Festzuschuss von **319,77 €** (Stand: Januar 2015).

Es spielt keine Rolle, wie die Lücke tatsächlich versorgt wird. Ob mit einer festen Brücke, einer herausnehmbaren Teilprothese oder mit einem Implantat, der Festzuschuss bleibt gleich.

Tipps:

- ➔ Die im G-BA zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbarten Regelversorgungen für alle Befunde innerhalb der Mundhöhle und die dazugehörigen und jeweils aktuell geltenden Festzuschüsse sind nachzulesen unter www.g-ba.de Stichwort: „Richtlinien“ und der Auswahloption „Festzuschuss-Richtlinie“.
- ➔ Wenn Sie die Erfahrung machen, dass bei Ihnen die Regelversorgung nicht möglich ist, melden Sie sich bei der BAGP. Dort werden diesbezügliche Rückmeldungen gesammelt. Die BAGP kann gegebenenfalls über die Patientenvertretung einen Antrag zur Änderung der Richtlinien stellen!



3.1.1 Heil- und Kostenplan (HKP)

Voraussetzung für den Zuschuss der Kasse ist ein genehmigter Heil- und Kostenplan (HKP). Unabhängig davon, welche Versorgungsform beabsichtigt ist, hat der Zahnarzt einen ein- bis zweiseitigen HKP zu erstellen, der **vor** Behandlungsbeginn von der Krankenkasse zu prüfen und zu **genehmigen** ist.

Im **ersten Teil des HKP** hat der Zahnarzt auf einem dazu vorliegenden Vordruck den Befund, die **Regelversorgung** und die tatsächlich geplante Versorgung (Therapieplanung) nach Art, Umfang und Kosten darzulegen. Es sind auch Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen, wenn geplant ist, dass der Zahnersatz im Ausland hergestellt wird.

Sind **Privatleistungen** vorgesehen, das heißt Sie haben eine von der Regelversorgung abweichende Behandlung gewählt, erhalten Sie zusätzlich mit einer weiteren Seite den **zweiten Teil** des HKP. Hier, in der sogenannten „Anlage zum Heil- und Kostenplan“, gibt es eine detaillierte Aufstellung des privatärztlichen Honorars und der Bezifferung Ihres voraussichtlichen Eigenanteils an der Versorgung. Mit der Unterschrift auf dieser „Seite 2 Heil- und Kostenplan“ bestätigen Sie, dass Sie „eine Versorgung entsprechend dem Heil- und Kostenplan nebst Anlage“ wünschen. Zusätzlich erhalten Sie am Ende dieser Seite noch die Information über die Kosten der Regelversorgung.

Achtung:

- Im HKP werden die voraussichtlich entstehenden Material- und Laborkosten häufig nur geschätzt. Hier orientiert sich der Zahnarzt an Durchschnittskosten vergleichbarer Behandlungen.
- Bei größeren Arbeiten empfiehlt es sich einen schriftlichen Kostenplan vom Zahn-techniker geben zu lassen.
- Wird eine gleichartige Versorgung gewählt, bei der die zahntechnischen Leistungen mehr als 1.000€ kosten sollen, haben Sie sogar ein Recht auf einen schriftlichen Kostenvorschlag (§ 9 Absatz 2 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen GOZ).
- Sollten größere Änderungen in der Therapieplanung nötig sein, muss der Zahnarzt Sie informieren und die erneute Genehmigung durch die Kasse einholen.

Der Heil- und Kostenplan der Gesetzlichen Krankenkasse ist **kostenlos** vom Zahnarzt aufzustellen und Ihnen in der Regel auszuhändigen, um ihn bei Ihrer Kasse einzureichen.

Die Kasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Sie überprüft nicht die Höhe des Kosten. Sie kann ihn genehmigen (was in der Regel geschieht) oder auch ablehnen.

Die Genehmigung und damit die **Festzuschuss-Zusage ist ein halbes Jahr gültig**, das heißt innerhalb dieser Zeit muss die Behandlung abgeschlossen sein.

Wenn diese Halbjahresfrist nicht eingehalten werden kann (z.B. aus gesundheitlichen Gründen) kann bei der Kasse ein Antrag auf Verlängerung dieser Frist gestellt werden.

Wird der HKP abgelehnt, ist das weitere Vorgehen von der Begründung der Ablehnung abhängig. Besprechen Sie dies mit Ihrem Zahnarzt. Es ist dann ein neuer HKP zu erstellen, gegebenenfalls durch einen anderen Zahnarzt.

Kostenplan ist von der Kasse zu genehmigen!



Hinweis:
Kostenplanformular finden Sie auf den Seiten 27/28

2. Teil des Kostenplans bei zusätzlichen Leistungen



Bei zahntechnischen Leistungen über 1000 €: Recht auf Kostenvorschlag

Kostenplan ist kostenfrei und kann von der Kasse begutachtet werden!

Kostenzusage ist 1/2 Jahr gültig!



Tipps:

- ➔ Auf dem Heil- und Kostenplan sind die geplante Versorgung mit Zahnersatz und die geschätzten Kosten beschrieben. Grundlage ist der durch den Zahnarzt festgestellte Gebisszustand. Bei Schwierigkeiten, allgemeinem Klärungsbedarf und Unklarheiten über die Kosten, klären Sie Ihre Fragen unbedingt mit Ihrem Zahnarzt.
- ➔ Vor allem bei größeren Versorgungsmöglichkeiten empfehlen wir, sich vom Zahntechnik-Labor einen detaillierten Kostenvoranschlag für die Labor- und Materialkosten geben zu lassen. Ab Kosten von mehr als 1.000 € haben Sie ein Recht auf einen schriftlichen Kostenvoranschlag (§ 9 Abs. 2 GOZ).
- ➔ Wenn Sie sich nichts unter den Versorgungsmöglichkeiten vorstellen können, lassen Sie sich diese von Ihrem Zahnarzt oder von einem Zahnlabor zeigen.
- ➔ Unterschreiben Sie den HKP erst, wenn Sie sicher sind, dass Sie die geplante Versorgung verstehen und auch wünschen.
- ➔ Bei Unsicherheiten über die geplante Versorgung und/oder die Kosten, die mit Ihrem Zahnarzt nicht zu klären sind, können Sie selbstverständlich einen weiteren HKP bei einem anderen Zahnarzt einholen. Die Erstellung des HKP ist grundsätzlich kostenfrei. Eine weitere Meinung kann gerade bei größeren Versorgungsmöglichkeiten eine Entscheidungshilfe sein.
- ➔ Wenn Sie Fragen zu Ihrem HKP haben, können Sie auch das kostenfreie Zweitmeinungs-Beratungsangebot der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (<http://www.zahnarzt-zweitmeinung.de>) in Anspruch nehmen.
- ➔ Lassen Sie den Zahnarzt mit der Versorgung nicht beginnen, bevor die Festzuschuss-Zusage von Ihrer Krankenkasse vorliegt, da die Kasse die Versorgungsnotwendigkeit und die Versorgungsplanung grundsätzlich in Frage stellen und eine Bezuschussung nach Gutachten ablehnen kann.
- ➔ Wenn die Versorgung begonnen hat, gehen Sie nicht ohne Absprache mit der Kasse zur Vollendung der Zahnersatzversorgung zu einem anderen Zahnarzt!

Erläutert: Kürzel im Heil- und Kostenplan

Heil- und Kostenplan: Erläuterung verwendeter Kürzel

Befund:

a = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)	r = vorhandene Wurzelstiftkappe
b = vorhandenes Brückenglied	rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe
e = bereits ersetzter Zahn	sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion
ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn	t = vorhandenes Teleskop
f = fehlender Zahn	tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop
i = vorhandenes Implantat mit intakter Suprakonstruktion	ur = unzureichende Retention
ix = zu entfernendes Implantat	ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung
k = vorhandene klinisch intakte Krone	x = nicht erhaltungswürdiger Zahn
kw = erneuerungsbedürftige Krone) (= Lückenschluss
pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten	

Behandlungsplanung:

A = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)	O = Geschiebe, Steg etc.
B = Brückenglied	PK = Teilkrone
E = zu ersetzender Zahn	R = Wurzelstiftkappe
H = kompl. gegossene Halte- und Stützvorrichtung	S = Implantatgetragene Suprakonstruktion
K = Krone	T = Teleskopkrone
M = Vollkeramische oder keramisch vollverblendete Restauration	V = Vestibuläre Verblendung



Zahnarzt (Briefkopf)

Patient (Adresse)

Anlage zum Heil- und Kostenplan vom

Für Ihre prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn/Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP): EUR

Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeilen III/1 und 2 HKP): EUR

Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP): EUR

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP): EUR

abzüglich Festzuschüsse: EUR

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen: EUR

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

Ich wünsche eine Versorgung entsprechend
des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage

.....

Unterschrift Zahnarzt

.....

Datum/Unterschrift Versicherter

Information über die Kosten der Regelversorgung

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des doppelten Festzuschusses.

doppelter Festzuschuss EUR

abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse EUR

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich EUR zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.



3.1.2 Bonusregelung

Auch im Festzuschusssystem gibt es die (im Jahr 1989 bereits eingeführte) Bonusregelung:

- Für **5 Jahre** ununterbrochenen Nachweis der jährlichen Kontrolluntersuchung gibt es einen **Bonus von 20%**.
- Für **10 Jahre** ununterbrochenen Nachweis der jährlichen Kontrolluntersuchung gibt es einen **Bonus von 30%**.

Berechnungsgrundlage für den Bonus ist der Festzuschuss.

Beispiel:

Der Festzuschuss für eine metallische Vollkrone im nicht sichtbaren Bereich beträgt **134,87 €**.

Mit einem Bonus von 20% beträgt er **161,84 €**.

Mit einem Bonus von 30% beträgt er **175,33 €**. (Stand: Januar 2015)

- ➔ Führen Sie unbedingt Ihr Bonusheft und sprechen Sie Ihren Zahnarzt darauf an!
- ➔ Der Bonusnachweis liegt in **Ihrer** Verantwortung.
- ➔ Der Zahnarzt ist verpflichtet, Ihnen das Bonusheft kostenlos auszustellen.

3.1.3 Härtefallregelung

Wenn Sie durch den Eigenanteil unzumutbar belastet würden (die unzumutbare Belastung ist beschrieben im § 55 Abs. 2 SGB V), haben Sie auf Antrag und mit detailliertem Nachweis über Ihre finanzielle Lage gegenüber der Kasse den Anspruch auf den **doppelten Festzuschuss**.

(Diese Regelung gilt auch für Privatversicherte im Basistarif (siehe Seite 43 ff).)

Achtung:

Reicht bei einem **Härtefall** und **ausschließlicher Regelversorgung (!)** der doppelte Festzuschuss nicht aus, sind die Kassen verpflichtet, auch die Kosten zu übernehmen, die die doppelte Festzuschuss Höhe überschreiten.

Hierbei ist zu beachten, dass lediglich die Kosten für Nichtedelmetall-Legierungen (NEM) berücksichtigt werden. Mehrkosten für Edelmetalle (z.B. Gold), die hierüber hinausgehen, sind von Härtefall-Berechtigten selbst zu tragen.

Bezieher von Sozialleistungen

Unter diese Härtefallregelung fallen Versicherte, ohne weitere Prüfung der Einkommenssituation, wenn sie eine der nachfolgenden Leistungen beziehen:

- Sozialhilfe (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialgesetzbuch XII),
- ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge,
- bedarfsorientierte Grundsicherung (Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Sozialgesetzbuch XII),
- Arbeitslosengeld II (Hartz IV, Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II),
- BAföG (Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz),
- Ausbildungsförderung im Rahmen der §§ 59 ff. des Sozialgesetzbuch III (Arbeitsförderung),
- Ausbildungsförderung nach den Regelungen für die Arbeits- und Berufsförderung behinderter Menschen (Sozialgesetzbuch IX) oder
- wenn die Kosten der Unterbringung des Versicherten in einem Heim oder in einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge übernommen werden.

Tipps:

- ➔ Wenn Sie sicher stellen wollen, dass Sie **keinen Eigenanteil** zahlen müssen, erklären Sie dem Zahnarzt, dass Sie die **reine Regelversorgung** wünschen.
- ➔ Wählen Sie kein aufwändigeres Material und unterschreiben Sie keine Vereinbarungen über zusätzliche Privatleistungen.

In der
Verantwortung
des Patienten:
Bonusnachweis



Doppelter
Festzuschuss
bei Härtefall



Doppelter
Festzuschuss für
Bezieher von
Sozialleistungen
z.B. Sozialhilfe,
Arbeitslosengeld II ...



Grenzbetrag (2015)
für einen
1-Personen-Haushalt:
1134 € brutto/Monat

für einen
2-Personen-Haushalt:
1559,25 € brutto/Monat



**Grenzbetrag 4-köpfige
Familie (2015):**
2126,25 €

**Bruttoeinnahmen zum
Lebensunterhalt**

**Unberücksichtigte
Einnahmen**



**Broschüre
Zahnersatz**
30

Versicherte mit Einnahmen unter dem Grenzbetrag

Eine unzumutbare Belastung besteht, wenn die **monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt** in einem Gesamthaushalt/einer Familie unter einem festgesetzten Grenzbetrag liegen.

Zu einem Haushalt können Ehegatten/Lebenspartner, familienversicherte Kinder, sonstige Angehörige und mitarbeitende Familienangehörigen ohne Arbeitsvertrag gehören.

Rechengrößen 2015:

Grenzbetrag für einen Versicherten:	1134,00 €
Freibetrag für einen Angehörigen:	425,25 €
Freibetrag für jeden weiteren Angehörigen:	283,50 €

Diese Beträge gelten für das Jahr 2015 und werden jährlich angepasst.

Beispiel Grenzbetrag 2015 für eine Familie (zwei Erwachsene, zwei Kinder):

	1134,00 €	
+	425,25 €	Freibetrag Ehefrau/-mann
+	2 x 283,50 € = 567,00 €	Freibeträge Kinder
=	2.126,25 €	

Der Grenzbetrag einer vierköpfigen Familie (zwei Erwachsene, zwei Kinder) liegt demnach bei **2.126,25 €**

Tipp:

➔ Die aktuellen Rechengrößen (Grenzbetrag, Freibeträge) können Sie bei Ihrer Krankenkasse erfragen.

Was zählt zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt?

Zu den zu berücksichtigenden Einnahmen des Versicherten und gegebenenfalls seiner Angehörigen gehören alle Bruttoeinnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann, also insbesondere:

- Einnahmen aus nichtselbstständiger Tätigkeit,
- Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit,
- Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
- Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (Bei buchführenden Betrieben wird zur Berechnung des Einkommens aus der Land- und Forstwirtschaft der Einkommenssteuerbescheid herangezogen. Bei nicht buchführenden Betrieben, bei denen der Gewinn aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 a des Einkommenssteuergesetzes zu ermitteln ist, wird der gesetzlich vorgesehene modifizierte Wirtschaftswert berücksichtigt),
- Einnahmen aus Kapitalvermögen (z. B. Zinsen), wobei die steuerlichen Freibeträge bei der Einkommensberechnung nicht abgesetzt werden können,
- Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung,
- Renten, Versorgungsbezüge,
- Bezüge aus Hofübergabe (Barbeträge, Sachbezüge – bei Altenteilen bleibt die Wohnung als Sachbezugswert unberücksichtigt),
- sonstige Einnahmen (z. B. Leibrente, Sozialleistungen wie z.B. Sozialhilfe, Arbeitslosengeld).

Unberücksichtigt bleiben z.B.: Kindergeld, Grundrenten für Kriegsbeschädigte und Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung sowie Renten und Beihilfen für Körperschäden, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz gezahlt werden, und zwar bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz.

3.1.4 Gleitende Härtefallregelung

Gering Verdienende, die nicht unter die Voraussetzungen des § 55 Abs. 2 SGB V fallen, können je nach (nachgewiesenem) Einkommen zu ihrem Festzuschuss und gegebenenfalls ihrem Bonus ebenfalls einen **zusätzlichen**, anteiligen Zuschuss bis maximal zum doppelten Festzuschuss bekommen (§ 55 Abs. 3 SGB V). Dies gilt allerdings nur bis zur Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten.

Liegen also die monatlichen Bruttoeinnahmen der o.g. Beispielfamilie mit 2.200,00 € geringfügig über dem Grenzbetrag von 2.126,25 €, gibt es eine Berechnungsformel, die zumutbare Belastung dieser Familie festzustellen, um dann, je nach Festzuschusshöhe, einen möglichen zusätzlichen Zuschuss der Krankenkasse zu errechnen.

Beispiel:

2.200,00 €	Bruttofamilieneinkommen
- 2.126,25 €	Grenzbetrag
= 73,75 €	Unterschiedsbetrag x 3
= 221,25 €	zumutbare Belastungsgrenze

Die zumutbare Belastungsgrenze der Familie beträgt 221,25 €. Beträgt der Festzuschuss für die geplante Versorgung 600 €, bekäme die Familie einen weiteren Zuschuss von (600 € - 221,25 € =) **378,75 €**.

Insgesamt bekäme die Beispielfamilie also für die Versorgung mit Zahnersatz einen Zuschuss von 600 € zuzüglich 378,75 € = **978,75 €**

- ➔ Der Härtefallantrag wird bei der Krankenkasse gestellt.
- ➔ Versicherte mit geringem Einkommen sollten sich zur Abklärung ihrer Härtefallberechtigung an ihre Kasse wenden.

3.1.5 Gewährleistung

Für Zahnersatz gilt, wie bei Füllungen, gegenüber den GKV-Versicherten eine gesetzliche Gewährleistungspflicht von zwei Jahren. **Das ist in § 137 Abs. 4 Satz 3 SGB V geregelt. Diese Frist beginnt am Tag der Eingliederung des Zahnersatzes durch den Zahnarzt.**

In diesem Zeitraum hat der Zahnarzt Mängel, notwendige Korrekturen und Ausbesserungen für Sie und Ihre Kasse kostenfrei vorzunehmen.

3.1.6 Zahnersatz: Versorgungsmöglichkeiten und ihre Kosten

Die Wahl der Versorgungsart wirkt sich auf die Ihnen entstehenden Kosten und die Abrechnungsmodalität aus. Bei den Versorgungsmöglichkeiten wird unterschieden:

- 1. Regelversorgung** = Standardversorgung, auf die die Versicherten einen gesetzlichen Anspruch haben
- 2. Gleichartige Versorgung** = Standardversorgung + zusätzliche Leistungen mit Mehrkosten
- 3. Andersartige Versorgung** = andere Versorgungsoption, die die Regelversorgung nicht enthält, Versorgung als Privatbehandlung.

Zusätzlicher Zuschuss bei gleitendem Härtefall



GKV:
Gewährleistung
von 2 Jahren

Versorgungsmöglichkeiten:
Regelversorgung,
gleichartige und
andersartige
Versorgung

Broschüre
Zahnersatz
31



Im Folgenden finden Sie eine kurze Beschreibung und ein Beispiel für die jeweilige Versorgungsform. Ausgangssituation ist der Befund:

Befundbeispiel
zahnbegrenzte
Lücke:
Festzuschuss ist
(2015) 319,77 €

Befund: „Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn“

im nicht-sichtbaren Bereich.

(„Zahnbegrenzt“ bedeutet: Die Lücke ist unmittelbar von zwei Zähnen umschlossen, die sich als Pfeiler für eine Brücke eignen.)

Der Festzuschuss ohne Bonus beträgt 319,77 € (Stand Januar 2015) und ist der Beitrag, den die Kasse bezahlt, unabhängig davon, welche Versorgungsart Sie wählen.



Beispiel für
Regelversorgung:
Metallische
Endpfeilerbrücke

1.) Regelversorgung

Unter Regelversorgung versteht man die Versorgung, die allen gesetzlich Versicherten aufgrund der Gesetzeslage und entsprechenden Richtlinien zusteht. Die **Regelversorgung** für die Beispieldiagnose ist eine **metallische Endpfeilerbrücke**.

Eine Gebührenliste, die von den gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (in Vertretung der Zahnärzte) verwendet wird, bildet die Abrechnungsgrundlage für die Regelversorgung und den zugeordneten Kassenzuschuss. Diese Gebührenliste wird „BEMA-Z“ (siehe Seite 10) genannt.

Der Festzuschuss wird vom Zahnarzt über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Ihren Eigenanteil rechnet der Zahnarzt nach „BEMA-Z“ direkt mit Ihnen ab.

2.) Gleichartige Versorgung

Unter **gleichartiger Versorgung** versteht man eine Leistung, die die Regelversorgung beinhaltet und durch weitere Leistung(en) ergänzt wird.

Im Beispielfall wird die Regelversorgung „metallische Endpfeilerbrücke“ durch die gleichartige Versorgung „**mit vollständiger Verblendung**“ ergänzt.

Eine Verblendung im nicht-sichtbaren Bereich wird gemäß den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkasse weder als notwendig noch als wirtschaftlich eingestuft. Bei der „vollständigen Verblendung“ kann der Zahnarzt alle Honorarteile, die mit der Erstellung der Brücke zusammenhängen, privat nach GOZ abrechnen; der Zahntechniker rechnet ebenfalls nach einem privaten Gebührenkatalog ab.

Beispiel für
gleichartige
Versorgung:
Endpfeilerbrücke mit
Verblendung

Wichtig:

Alle Leistungen, die auch bei der Regelversorgung anfallen, werden nach dem Kassensatz abgerechnet, also z.B. die Betäubung sowie die provisorische Versorgung.

Vorsicht bei Mehr- und Zusatzkosten

Besondere Versorgungsarten über die Regelversorgung hinaus haben ihren Preis. Die Mehrkosten sind immer komplett aus eigener Tasche zu zahlen. **§ 55 Abs. 4 SGB V: „Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung ... hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten ... selbst zu tragen.“**

Der Zahnarzt ist berechtigt und verpflichtet, die Abrechnung dieser Mehrkosten nach dem privaten Leistungsverzeichnis der GOZ vorzunehmen. Die Preise liegen in der Regel deutlich über den Kassensätzen. Ihre Eigenleistungen können sich in der Folge deutlich erhöhen. Zu den Mehrkosten siehe Ausführungen auf der Seite 11.



Mehrkosten

Tipp:

➔ Nehmen Sie im Zweifelsfall **vor** der Unterschrift auf einem privaten Behandlungsvertrag Kontakt zu einer PatientInnenberatungsstelle oder Ihrer Krankenkasse auf. Holen Sie gegebenenfalls eine Zweitmeinung oder ein Alternativangebot ein!



3.) Andersartige Versorgung

Mit **andersartiger Versorgung** ist ein Zahnersatz gemeint, der gänzlich von der Regelversorgung (Kassenleistung) abweicht. Im Beispielfall „**zahnbegrenzte Lücke, mit einem fehlenden Zahn**“ im nicht-sichtbaren Bereich wäre eine andersartige Versorgung ein **Implantat**.

Im Heil- und Kostenplan hat der Zahnarzt die „D“-Kennzeichnung vorzunehmen, sofern es sich um eine andersartige Versorgung handelt oder um einen Mischfall, bei dem mehr als die Hälfte des vorausberechneten zahnärztlichen Honorars auf Leistungen der andersartigen Versorgung entfällt: „D“ steht für **Direktabrechnung**. In einem solchen Fall erstellt der Zahnarzt für die Gesamtleistung eine Privatrechnung auf der Grundlage der GOZ. Die Rechnung geht direkt an Sie. Sie haben gegenüber Ihrer Kasse lediglich einen Anspruch auf Erstattung des bewilligten Festzuschusses im Nachhinein.

Wichtig:

- ➔ Geht die Behandlung über die starr definierte Standardtherapie der Regelversorgung hinaus, hat der/die PatientIn die Mehrkosten auf der Grundlage der GOZ zu tragen. Die Differenz zu einem Eigenanteil bei einer Regelversorgung kann recht groß sein.
- ➔ Alle Vertragszahnärzte sind verpflichtet, die Regelversorgung zu erbringen. Alle zusätzlichen Leistungen sind private Vereinbarungen und ausdrücklich zu vereinbaren und bedürfen der Zustimmung der Versicherten (siehe Ausführungen auf den Seiten 13 ff).
- ➔ Manchmal schlagen Zahnärzte Versorgungsformen vor, die nicht richtliniengemäß sind und deshalb von der Kasse nicht bezuschusst werden. Dies sind z.B. Freibrücken, bei denen ein dicker Backenzahn (Molar) schwebend ersetzt wird oder sog. Inlaybrücken. Diese Leistungen wurden aus gutem Grund als nicht zuschussfähig klassifiziert: Sie halten oft nicht lange und sind daher unwirtschaftlich. Wenn Sie sich trotzdem eine solche Versorgung machen lassen, zahlen Sie diese komplett selbst und Sie haben auch keine Gewährleistung nach § 137 SGB V.

Tipps:

- ➔ Bestehen Sie auf eine gründliche, für Sie verständliche Aufklärung! ZahnärztInnen sind verpflichtet, Sie über medizinische Sachverhalte sowie die zu erwartenden Kosten aufzuklären.
- ➔ Lassen Sie sich genau erklären:
 - welche Versorgungsalternativen es gibt,
 - welche Vor- und Nachteile diese haben,
 - wie die Regelleistung, auf die sich der Festzuschuss bezieht, aussieht und
 - wie hoch der Preisunterschied zu einer gleich- oder andersartigen Leistung ist?
- ➔ Wenn der Zahnarzt die Regelleistung als nicht ausreichend bezeichnet, fragen Sie nach den Gründen.
- ➔ Unterschreiben Sie keine Vereinbarungen, ohne sie in Ruhe zu Hause geprüft zu haben – also nicht auf dem Behandlungsstuhl! So vermeiden Sie vorschnelle, nicht gewollte und kostenträchtige **Privatbehandlungen**.
- ➔ Bei Zweifeln oder bleibenden Unklarheiten können Sie sich eine zweite ärztliche Meinung einholen und /oder fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse oder einer PatientInnenberatungsstelle nach!
- ➔ Fangen Sie erst mit der Behandlung an, wenn alles geklärt ist und die Genehmigung Ihrer Kasse vorliegt!
- ➔ Achtung: Der Zahnarzt ist erst nach Abschluss der Behandlung (Prothese, Kronen, Brücken, Suprakonstruktionen) berechtigt, den Festzuschuss mit der Kasse abzurechnen und Ihnen den Eigenanteil in Rechnung zu stellen. Teil-Abrechnungen müssen vereinbart werden. Schließen Sie diese nur ab, wenn Sie dies tatsächlich auch wollen - wir raten davon ab!

Beispiel für
andersartige
Versorgung:
Implantat



Entscheidung
erst nach
ausführlicher
Beratung!



3.2 Was tun, wenn der Zahnersatz nicht passt?

Neuer Zahnersatz (vor allem umfangreiche Versorgungen) kann Ihre Gebissituation massiv verändern und ist immer gewöhnungsbedürftig. Lassen Sie sich etwas Zeit, damit Ihr Körper sich an das neue „Ersatzteil“ gewöhnen kann.

Bei Missempfindungen, Schmerzen oder anderen Schwierigkeiten mit dem Zahnersatz, sprechen Sie Ihren Zahnarzt auf Ihre Beschwerden an. Dieser kann gegebenenfalls durch einfache Nacharbeiten Ihre Beschwerden beheben.

3.2.1 Nachbesserung innerhalb der Gewährleistungsfrist

Der Vertrag mit dem Zahnarzt über die Versorgung mit neuem Zahnersatz ist ein Behandlungsvertrag. Dieser hat, bezogen auf die Anfertigung des Zahnersatzes, werksvertragliche Elemente.

Der Gesetzgeber hat für **gesetzlich Versicherte** eine zweijährige Gewährleistung für Füllungen und Zahnersatz vorgeschrieben. Dies ist im § 137 Abs. 4 SGB V geregelt. Die Gewährleistungsfrist beginnt mit dem Tag, an dem der Zahnersatz eingegliedert wird (Eingliederungsdatum). Entsprechend muss der Zahnarzt innerhalb dieser zweijährigen Frist für Sie und die Kasse kostenfrei nachbessern. Aus diesem Grund müssen Sie dem Zahnarzt die Gelegenheit zur Nachbesserung geben. Häufig kann der Zahnarzt helfen, die Beschwerden zu beseitigen.

Wie oft der Zahnarzt nachbessern darf und Sie das erdulden müssen, hängt von den konkreten Umständen ab, eine bestimmte Höchstzahl ist derzeit nirgendwo festgelegt.

Achtung:

Sofern Sie Ihrem Zahnarzt die Gelegenheit zur Nachbesserung nicht geben, verlieren Sie unter Umständen den Anspruch auf Zuschuss durch die Kasse und auf einen möglichen Schadensersatz bei fehlerhaftem Zahnersatz.

Sie sollten die Behandlung erst abbrechen:

- wenn die notwendigen Maßnahmen vom Zahnarzt abgelehnt werden (z.B. die kostenfreie Nachbesserung oder die Nachbesserung endgültig abgelehnt wird) oder der Zahnersatz wegen einer schlechten Planung oder Ausführung unbrauchbar ist;
- wenn dieser Umstand von Ihrer Kasse bestätigt wurde und Sie grünes Licht erhalten haben, den Zahnarzt zu wechseln.

Wie oft Sie dem Zahnarzt die Möglichkeit zur Nachbesserung geben müssen, ist nicht konkret festgelegt. Die Angaben hierzu schwanken je nach Komplexität des Falles und Art des Zahnersatzes zwischen zwei bis fünf Mal. Aber auch eine größere Anzahl ist schon von Gerichten für akzeptabel erklärt worden.

3.2.2 Mängelregelung der gesetzlichen Krankenkassen

Bestehen die Probleme trotz Nachbesserungen des Zahnarztes weiter und ist er zudem nicht bereit, weitere Nachbesserungen bzw. eine Neuanfertigung zu übernehmen, dann wenden Sie sich vor Ablauf der zweijährigen Gewährleistungsfrist an Ihre Krankenkasse. Diese kann Ihren Zahnersatz im Rahmen einer Mängelbegutachtung von einem Gutachter prüfen lassen. Die Gutachter werden von den Kassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gemeinsam bestellt. Das Verfahren ist für Versicherte kostenfrei.

In der Regel bekommt man einen Termin beim Gutachter innerhalb von zwei Wochen und ein Gutachten nach max. sechs Wochen. Die Bearbeitungsfrist der Kasse unterliegt dem Patienten-Rechte-Gesetz (§ 13 Abs. 3a SGB V).

Das Mängelregelungsverfahren richtet sich nach der Art der Versorgung (Regel- und gleichartige sowie andersartige Versorgung).

**Behandlungsvertrag:
§§ 630a - 630h BGB**

**Pflicht zur
Nachbesserung nach
der Eingliederung
innerhalb der
Gewährleistungszeit**



**Mängelbegutachtung
durch die Kasse**



**Broschüre
Zahnersatz
34**

3.2.2.1 Mängelregelung bei Regel- und gleichartiger Versorgung

Allgemeines

Die Mängelbegutachtung dient der Kasse zur Prüfung, ob sie den Zahnarzt für fehlerhaften Zahnersatz in Regress nehmen kann. Je nach Ergebnis des Gutachtens kann sie den Zahnarzt zur kostenlosen Nachbesserung auffordern oder den Kassenanteil an der Versorgung (Festzuschuss) zurückfordern. Dieses Geld steht dann der Versicherten für einen weiteren, neu anzufertigenden Zahnersatz zur Verfügung.

Vorteile:

- Das Gutachten ist für Sie kostenlos.
- Der Zahnarzt wird von der Kasse zu Korrekturarbeiten aufgefordert.
- Sie bekommen gegebenenfalls grünes Licht von der Kasse und können sich bei einem anderen Zahnarzt weiterbehandeln lassen.
- Bei einem für Sie positiv ausfallenden Gutachten, können Sie Ihren Eigenanteil leichter zurückfordern und eventuell das eigene juristische Vorgehen daran ausrichten.

Nachteile:

- Sie haben keinen Einfluss auf die Wahl des Gutachters.
- Unsicherheit: Ist der Gutachter tatsächlich unabhängig?

Fällt das erstellte Gutachten in Ihrem Sinne aus, kümmert sich die Kasse lediglich um die Rückforderung des Festzuschusses, nicht um den von Ihnen bezahlten Eigenanteil. Diesen müssen Sie mit einer schriftlichen Aufforderung selbst vom Zahnarzt oder - sollte das erfolglos bleiben - durch eine zivilrechtliche Klage zurückfordern. Fordert die Kasse den gewährten Zuschuss zurück, haben auch Sie gute Chancen, die Rückerstattung Ihres Eigenanteils durchzusetzen. Gegenüber Ihrer Kasse besteht kein Anspruch auf juristische Unterstützung bei der zivilrechtlichen Verfolgung von Schadensersatz.

Bitte beachten:

Sie dürfen auf **keinen** Fall eine Korrektur Ihres Gebisszustandes vornehmen, bevor Sie zum Gutachter gehen, selbst wenn Sie Schmerzen haben. Der Gutachter muss **den ursprünglichen Zustand vorfinden**, sonst kann er kein Mängelgutachten gegen den verursachenden Zahnarzt schreiben! Erlaubt ist bei akuten Schmerzen lediglich eine Schmerzbehandlung.

Wichtig:

- ➔ Sollten Sie (massive) Schmerzen haben, weisen Sie Ihre Krankenkasse darauf hin und bitten diese um einen schnellstmöglichen Termin.

Mögliche Ergebnisse der Begutachtung

I. Der Gutachter findet keine Mängel

Sollten Sie mit diesem Ergebnis nicht zufrieden sein, können Sie bei Ihrer Kasse auf eine weitere Begutachtung (je nach Kassenart Obergutachten oder Einschaltung des Prothetikausschusses, siehe folgende Seite) beantragen.

II. Der Gutachter stellt einige Mängel fest,

die aber behoben werden können und macht Verbesserungsvorschläge.

Hier müssen Sie dem Zahnarzt die Möglichkeit zur kostenfreien Ausbesserung geben. Schwierig wird es, wenn Sie nicht mehr bereit sind, zur Nachbesserung zu Ihrem Zahnarzt zu gehen. Wir machen die Erfahrung, dass die Krankenkassen darauf bestehen und Argumente, wie z.B. Bruch des Vertrauensverhältnisses von Seiten des Patienten, nur selten gelten lassen. Wenn Sie sich weigern, setzen Sie aufs Spiel, dass Sie die Nachbesserung und mögliche Folgekosten von der Kasse bezahlt bekommen. Der Zahnarzt hat nicht nur die Pflicht, sondern auch das Recht auf Ausbesserung und wird dies gegebenenfalls einfordern.

Mängelregelung bei Regel- und gleichartiger Versorgung

Vor- und Nachteile der Mängelbegutachtung aus Sicht der Versicherten



Keine Korrektur ohne Gutachten!

Gutachter findet keine Mängel

Gutachter bestätigt Mängel



Gutachter bestätigt: Unbrauchbarkeit



Zahnarztwechsel bei Pfusch?

Wegweisendes Urteil des Landessozialgerichts

III. Der Gutachter bestätigt die Unbrauchbarkeit des Zahnersatzes

Wenn Ihr Vertrauensverhältnis zum Zahnarzt so sehr gestört ist, dass Sie von diesem keinen weiteren Zahnersatz mehr wollen, können Sie (**nach Absprache mit Ihrer Kasse!**) den Behandlungsvertrag kündigen und den Behandler wechseln. Beachten Sie bitte die Hinweise, die wir auf Seite 17 gegeben haben und die wir auf der folgenden Seite geben!

Die Kasse holt sich in diesem Fall den gezahlten Festzuschuss für die unbrauchbare Versorgung vom Zahnarzt zurück. Den von Ihnen gezahlten Eigenanteil müssen Sie sich selbst vom Zahnarzt zurückholen. Die Kasse unterstützt Sie dabei leider nicht.

Recht auf Wechsel des Zahnarztes bei Pfusch?

Wenn neuer Zahnersatz so nachlässig hergestellt wurde, dass ein komplett neuer erstellt werden muss und ein Mängelgutachten dies bestätigt, dürfen Patienten den Arzt wechseln – so die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Az.: 6 R KA 25/89) von 1991, das u. a. zweimal 1999 (Az.: L 5 KA 3253/98) und 2001 durch das Landessozialgericht Baden-Württemberg bestätigt wurde. Hiernach ist die außerordentliche Kündigung des Dienstvertrages und damit ein Wechsel des Zahnarztes möglich. Das gleiche gilt, wenn der Zahnarzt die Weiterbehandlung ablehnt.

Das Landessozialgericht Schleswig-Holstein bestätigte die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in seinem sofort rechtskräftigen Urteil vom 16.1.08 (Az.: L 5 KR 57/06). Demnach liegt eine Unzumutbarkeit der weiteren Behandlung für den Patienten unter zwei Voraussetzungen vor, von denen die zweite alternativ ausgestaltet ist:

1. Der Zahnersatz muss unbrauchbar sein.
2. Die Mängelbeseitigung muss eine Neuanfertigung erforderlich machen oder die Nachbesserung für den Patienten unzumutbar sein. (Die Unzumutbarkeit muss allerdings dargelegt werden.)

Dieses Urteil ist in seinem Inhalt nichts komplett Neues, aber dennoch wegweisend. Es sollte den Patienten zukünftig erleichtern, bei massiven Problemen mit dem Zahnersatz, den Zahnarzt wechseln zu können.

Tatsächlich wird im Zweifelsfall immer durch eine Einzelfallprüfung entschieden, ob der Zahnarztwechsel möglich ist.

Unzufrieden mit dem Mängelgutachten oder Nachbesserung misslungen?

Ist das Ergebnis des Erstgutachtens für Sie unbefriedigend, können Sie mit einer schriftlichen Begründung gegenüber der Krankenkasse auf eine weitere Begutachtung bzw. Prüfung hinwirken; dies kann auch der Zahnarzt.

Das Vorgehen ist je nach Krankenkasse (Stand Januar 2015) unterschiedlich.

Achtung:

Die Begutachtungsverfahren werden in den nächsten Jahren aneinander angeglichen. Ziel ist es, dass alle Krankenkassen in Zukunft nach dem Gutachter/Obergutachterprinzip arbeiten. Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Kasse nach dem geltenden Mängelrügeverfahren.

Mängelregelung (Stand Januar 2015):

Wenn Sie **Mitglied einer Primärkasse (AOK, BKK, Landwirtschaftliche Krankenkasse...)** sind,

- ➔ kann Ihre Kasse bei weiter bestehenden Problemen des Zahnersatzes den **Prothetikausschuss der Kassenzahnärztlichen Vereinigung** anrufen.

Wenn Sie **Mitglied einer Ersatzkasse (BEK, TKK, DAK...)** sind,

- ➔ kann Ihre Kasse ein **Obergutachten** anfordern.

Danach hat Ihre Krankenkasse gegebenenfalls weitere Möglichkeiten, die Qualität des Zahnersatzes prüfen zu lassen, bis hin zur Klage gegen den Zahnarzt vor dem Sozialgericht.

Ihr Einfluss auf das Verfahren beschränkt sich darauf, die Kasse davon zu überzeugen, dass Sie mit Ihren Beschwerden im Recht sind.



Angleichung der Gutachtenverfahren geplant

**Broschüre
Zahnersatz
36**



3.2.2.2 Mängelregelung bei andersartiger Versorgung

Wenn Sie Schwierigkeiten mit einer andersartigen Versorgung (siehe Seite 33) haben, bekommen Sie leider nur eingeschränkt oder keine Unterstützung durch Ihre Krankenkasse - je nachdem bei welcher Sie versichert sind. Es gibt kein einheitliches Vorgehen. Eine Entscheidung des Bundesschiedsamtes von 2006 sollte Klarheit schaffen. Ergebnis der Sitzung war, dass Mängelbegutachtung in begründeten Einzelfällen auch bei andersartigen Versorgungen von den Kassen durchgeführt werden kann. Anträge für derartige Gutachten können innerhalb von 36 Monaten gestellt werden.

Protokollnotiz „Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen ab 01.01.2007“:

Zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungen und sogenannten Mischfällen, ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- und/oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Zahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird („Kombi-Gutachter“).

Die oben genannte Protokollnotiz wird aber von den beteiligten gesetzlichen Krankenkassen nach wie vor unterschiedlich ausgelegt.

Aus diesem Grund sollten Sie sich bei Problemen mit dem andersartigen Zahnersatz unbedingt an Ihre Kasse wenden und sich über Unterstützungsmöglichkeiten durch diese informieren.

Lassen Sie sich nicht vorschnell abweisen und fragen Sie nach der Begründung, warum Ihnen die Kasse hier die Unterstützung durch ein Gutachten verweigert.

Als wesentlicher Grund für die Untätigkeit und „Nicht-Zuständigkeit“ vieler Kassen wird die privatrechtliche Vertragsgestaltung der andersartigen Versorgung genannt. Über das Kostenerstattungsverfahren sei keine eigene vertragliche Beziehung der Kasse zum Zahnarzt begründet.

Tipp:

- ➔ Wir empfehlen, diese Begründung nicht zu akzeptieren. Wenn die Krankenkasse Zahnersatz bezuschusst, sollte sie auch ein Interesse daran haben, dass z.B. die von Ihnen privat bezahlten Implantate korrekt eingebaut wurden.
- ➔ Wenn die Krankenkasse kein Mängelgutachten wie oben beschrieben erstellen will, hilft es womöglich, die Krankenkasse auf eine andere Pflicht anzusprechen: Nach § 66 SGB V ist die Krankenkasse verpflichtet, Sie beim Verdacht auf Behandlungsfehler zu unterstützen (siehe Seite 45). In diesem Zusammenhang kann ein Gutachten durch den Medizinischen Dienst erstellt werden, das auch die Qualität der gesetzten Implantate untersucht.

Ob nun mit oder ohne Begutachtung durch Ihre Kasse sind Sie als unmittelbarer Vertragspartner des Zahnarztes gefordert, sich mit ihm zu einigen und etwaigen Mängelansprüchen privatrechtlich nachzugehen.

Mängelregelung bei andersartiger Versorgung ist „anders“

Protokollnotiz der Sitzung des Bundesschiedsamtes

Unterschiedliche Auslegung und Umsetzung durch die Krankenkassen



3.3 Die Zahnarztrechnung

Fälligkeit und Verjährung von Rechnungen

Fälligkeit einer Rechnung

Eine Rechnung wird fällig, wenn die Leistung erbracht wurde (§ 614 BGB) und wenn der Patientin eine der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Rechnung gestellt worden ist (§ 10 GOZ).

Verjährung von Rechnungen

Die regelmäßige Verjährungsfrist für Ansprüche aus Verträgen beträgt seit der Schuldrechtsreform 2002 **drei Jahre** (§ 195 BGB).

Die Verjährung von Zahnarztrechnungen beginnt mit dem Ende des Kalenderjahres, in dem die Rechnung gestellt worden ist. Der Anspruch wird nämlich erst mit der Rechnungsstellung fällig (§10 GOZ) nicht schon mit dem Abschluss der Behandlung (siehe oben).

Beispiel:

Die Zahnarztrechnung vom 2.11.2012 verjährt am 31.12.2015.

Zahnarzt stellt keine Rechnung

Wenn keine Rechnung kommt?

Schickt der Zahnarzt keine Rechnung, kann der Vergütungsanspruch auch nicht verjähren!

Der Anspruch kann aber unter Umständen nach § 242 BGB verwirkt sein, das heißt, dass der Zahnarzt seine Forderung nicht mehr geltend machen kann. Dafür ist allerdings nicht nur ein längerer Zeitablauf (zwei bis drei Jahre) entscheidend, in dem der Zahnarzt keine Rechnung gestellt hat. Dazu kommen muss, dass sich der Patient nach dem gesamten Verhalten des Zahnarztes darauf einrichten durfte und auch eingerichtet hat, dass dieser sein Recht (auf Vergütung) auch in Zukunft nicht geltend machen wird.

Man kann sich also nicht darauf verlassen, dass der Zahnarzt nach längerer Zeit sein Geld mit einer dann erst gestellten Rechnung nicht mehr fordern kann. Aber man kann in diesem Fall prüfen lassen, ob der Honoraranspruch nicht „verwirkt“ ist.

Erhalten Sie lange nach der Behandlung keine Rechnung, können Sie den Zahnarzt auffordern, innerhalb einer bestimmten Frist (z.B. binnen 3 Wochen) die Leistung abzurechnen und Ihnen die Rechnung zu übermitteln. Schickt der Zahnarzt hierauf keine Rechnung, kann der Vergütungsanspruch wegen **Verstoß gegen Treu und Glauben** für den Zahnarzt verloren gehen (siehe Urteil des Landgericht München vom 28.11.2002, Az. 9 S 12869/01).

Probleme mit der Rechnung

Übersteigt die Rechnung über Ihren Eigenanteil den im Heil- und Kostenplan veranschlagten Betrag, prüfen Sie die Rechnung. Sie können eine Erklärung vom Zahnarzt einfordern und Ihre Krankenkasse um Überprüfung bitten!

Überschreitungen dürfen Ihnen nur dann zusätzlich in Rechnung gestellt werden, wenn tatsächlich weitere Leistungen erbracht wurden und der Zahnarzt ihre Notwendigkeit begründen kann. Mögliche Gründe wären z.B. eine notwendige, nicht absehbare Erweiterung der Behandlung oder **nicht vorhersehbare** Komplikationen.

Übersteigt die Rechnung über die zusätzlichen, privaten Leistungen die von Ihnen unterschriebene Anlage zum Heil- und Kostenplan wesentlich, kann ein Abrechnungsfehler vorliegen. Sprechen Sie Ihren Zahnarzt darauf an und bitten Sie ihn mündlich und schriftlich um Korrektur.

Liegt aus Sicht des Zahnarztes kein Abrechnungsfehler vor und ist er nicht bereit, die Rechnung in Ihrem Sinne zu korrigieren, wird er auf Begleichung der Rechnung in voller Höhe bestehen, nötigenfalls vor Gericht.

Überschreitungen des Kostenplanes nur, wenn dies gut begründbar ist!



Sie können versuchen, auf Zahlungsaufschub hinzuwirken, um die Rechnung durch z.B. die Kassenzahnärztliche Vereinigung, die Zahnärztekammer oder den eigenen Rechtsanwalt prüfen zu lassen. Aber: Der Zahnarzt **muss nicht** Zahlungsaufschub gewähren.

Beispiele für Rechtsprechung bei Überschreitung der Kostenplanung:

Grundsätzlich wird unterschieden, ob es sich bei Überschreitungen um die Honorar- oder die Laborkosten handelt.

Überschreitung der Honorarkosten

In einem Urteil des **Oberlandesgerichts (OLG) Brandenburg vom 14.09.2006 (Az.: 12 U 31/06)** wurde festgestellt, dass das zahnärztliche Honorar im Heil- und Kostenplan als verbindlich angesehen wird, demgegenüber die für den Patienten erkennbar geschätzten (Fremd-) Laborkosten nicht. Nach diesem Urteil ist der Zahnarzt „...vor **Beginn der geplanten Behandlung und bei Aufstellung des Heil- und Kostenplanes regelmäßig in der Lage, die von ihm zu erbringenden Leistungen zu überblicken. Er ist dem Patienten gegenüber verpflichtet, das zahnärztliche Honorar, das für seine Leistungen anfallen wird, so genau wie möglich im Vorhinein aufzuschlüsseln.**“

Überschreitung der Laborkosten

Bei den Laborkosten handelt es sich um sogenannte „durchlaufende Kosten“. Danach reicht der Zahnarzt die beim „Fremd-“Labor angefallenen und ihm in Rechnung gestellten Kosten lediglich an den Patienten weiter, der diese zu erstatten hat.

Hierbei ist aber zwischen Kosten eines Fremdlabors (also eines Labors, das nicht Labor des Zahnarztes ist) oder eines Eigenlabors des Zahnarztes zu unterscheiden.

Fremdlaborkosten

Beim Fremdlabor hat das OLG Brandenburg ausgeführt: „... **Eine Verbindlichkeit des Heil- und Kostenplanes ist bereits deshalb nicht gegeben, weil es sich bei dem dort genannten Betrag von 5.000 € erkennbar um eine Schätzung gehandelt hat. In der Regel, wenn - wie hier - der behandelnde Zahnarzt nicht über ein eigenes Labor verfügt, können die voraussichtlichen Material- und Laborkosten nicht genau angegeben werden, vielmehr erst nach Herstellung des Zahnersatzes ermittelt werden. Mehraufwendungen für Material- und Laborkosten gehen daher grundsätzlich nicht zulasten des Zahnarztes. Da für den Patienten ersichtlich ist, dass es sich lediglich um eine Schätzung handelt, kann er sich auch darauf einrichten, dass insoweit höhere Kosten anfallen können (vgl. LG Hannover NJW-RR 1999, 198). ...**“

Insoweit werden die angefallenen Laborkosten vom Zahnarzt an den Patienten weitergereicht.

Anders verhält es sich bei Kosten eines Eigenlabors.

Eigenlaborkosten

Zu den Material- und Laborkosten führt das **OLG Köln**

(Az.: 5 U 35/97 vom 16.06.1997) zum Hinweis eines Zahnarztes, dass „Laborkosten nur geschätzt werden könnten“ aus: **„Dieser Hinweis ist (...) nicht nachvollziehbar, weil nicht ersichtlich ist, weshalb ein Zahnarzt, insbesondere ein solcher, der über ein eigenes Labor verfügt, nicht in der Lage sein sollte, die für die ... geplante umfassende Sanierung des Gebisses zu erwartenden Laborkosten einigermaßen exakt im Vorhinein zu bestimmen.“**

Wichtig bei der Klärung, wann Rechnungsüberschreitungen rechtmäßig sind, ist in jedem Fall die Antwort auf die Frage, inwieweit die Rahmenbedingungen der zahnärztlichen und zahntechnischen Kostenaufstellung zum Zeitpunkt der Heil- und Kostenplanerstellung absehbar und klar sein konnten. In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, inwieweit Sie als PatientIn über mögliche weitere Kosten informiert wurden.

Fragwürdige Rechnungen prüfen lassen!

Rechtsprechung zur Überschreitung der Kostenplanung!

Honorarkosten

Laborkosten

Unterscheidung: Kosten Fremd- und Eigenlabor



Verständliche
Information
über Kosten
einfordern!



Weitere Infos
zum Thema
Rechtsanwalt,
Beratungshilfe
etc. siehe
Seiten 56 ff

Kein
Vergütungs-
anspruch bei
nutzloser
Leistung

Mögliches Leistungs-
verweigerungsrecht
prüfen!

Broschüre
Zahnersatz
40

Tipps zur Vermeidung von möglichen späteren Rechnungs-Überraschungen:

- Lassen Sie sich von Ihrem Zahnarzt im Vorfeld und vor Behandlungsbeginn eine detaillierte Kostenaufstellung vom Labor geben. Bei den Laborkosten handelt es sich um durchlaufende Kosten, d.h. der Zahnarzt reicht lediglich die Kosten des Labors an Sie weiter.
- Klären Sie im Vorfeld, wovon es abhängig sein kann, dass die Honorar- und Laborkosten möglicherweise noch höher werden können.
- Besprechen Sie mit Ihrem Zahnarzt den Steigerungssatz seiner Honorarbemessung, (s. S. 10). Diesen legt er selbst fest.

Wenn die Leistung erbracht ist und die Eigenanteilrechnung oder Privatrechnung bereits vorliegt:

- Sprechen Sie Ihren Zahnarzt auf die Ihrer Meinung nach zu hohe Rechnung an. Bitten Sie ihn um Überprüfung und Korrektur der fraglichen Positionen.
- Beharrt der Zahnarzt aber auf der Höhe der Rechnung und Sie können sich nicht mit ihm einigen, gibt es folgende Möglichkeiten:
 - Sie wenden sich schriftlich mit der Bitte um Überprüfung der Rechnung an die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) oder Landeszahnärztekammer (siehe ggf. beiliegenden lokalen Adressteil).
Hinweis: Beide Stellen prüfen nur die korrekte Abrechnung, nicht ob die Leistung wirklich erbracht wurde.
 - Sie schalten zur Überprüfung der Rechnung und Vertretung Ihrer Interessen gegenüber dem Zahnarzt einen Rechtsanwalt ein. Dies liegt nahe, wenn Sie eine Rechtsschutzversicherung haben, die die Kosten übernimmt.
Aber Vorsicht, die meisten Rechtsschutzversicherungen übernehmen erst die Kosten, wenn es um einen Streit vor Gericht geht.
 - Sie lassen es auf eine juristische Auseinandersetzung ankommen. Auch hier sollten Sie erwägen, eigenen juristischen Beistand zu suchen.
 - Sie zahlen die Rechnung.

Vergütungsanspruch, wenn die Zahnersatzleistung nicht oder nur mangelhaft erbracht wurde?

Der Vergütungsanspruch kann gegebenenfalls ganz entfallen oder gemindert sein, wenn der Zahnarzt die geschuldete Leistung nicht erbringt oder mangelhaft gearbeitet hat und die erbrachte Leistung für den Patienten unbrauchbar ist.

Das OLG Frankfurt am Main hat mit Urteil vom 27.11.2012 (Az. 14 U 8/12) festgestellt, dass in dem vorliegenden Fall ein möglicher Vergütungsanspruch der Kläger (zahnärztliche Gemeinschaftspraxis) gemäß § 628 BGB erloschen war.

Der Patient hatte den Behandlungsvertrag gekündigt, was gemäß § 627 BGB auch ohne Angabe von Gründen jederzeit möglich ist. Nach § 628 Abs.1 Satz 1 BGB behält der Zahnarzt zwar im Falle der Kündigung durch den Patienten grundsätzlich den Vergütungsanspruch für die bis dahin erbrachten Leistungen. Nach § 628 Abs.1 Satz 2, 2. Fall BGB steht ihm jedoch ein Vergütungsanspruch insoweit nicht zu, als seine bisherigen Leistungen in Folge der Kündigung für den Patienten kein Interesse mehr haben. Das wird angenommen, wenn der Zahnersatz unbrauchbar und funktionsunfähig ist und neu angefertigt werden muss.

Ob in Ihrem individuellen Fall ein Leistungsverweigerungsrecht besteht, ist damit nicht gesagt und gegebenenfalls anwaltlich zu überprüfen.

Tipp:

- Bitten Sie Ihren Zahnarzt um eine Rückstellung der Forderung oder einen Zahlungsaufschub bis zur Klärung der Angelegenheit durch z.B. einen Gutachter.



4. Privatversicherte und Selbstzahler

Für PrivatpatientInnen und Selbstzahler unterscheidet sich bei Schwierigkeiten mit Zahnärzten der Weg grundlegend von dem gesetzlich Versicherter.

4.1 Probleme mit Zahnersatz

Unterstützung von der privaten Krankenversicherung?

In der privaten Krankenversicherung (PKV) gibt es keine gesetzlich festgelegte Gewährleistung und deshalb auch keine Mängelbegutachtung. Ihre private Versicherung wird vermutlich eine Zuständigkeit ablehnen und damit auch eine Unterstützung. Die Gutachtenfrage ist also Ihre Sache.

Das OLG Oldenburg stellte mit Urteil vom 27.02.2008 (Az. 5U 22/07) fest:

„Bei Mängeln an feststehendem Zahnersatz kommt bei privatversicherten Patienten die Anwendung des Gewährleistungsrechts des Werkvertrags grundsätzlich nicht in Betracht. Liegt ein Behandlungsfehler vor, so ergeben sich die Rechte des Patienten vielmehr aus schadensrechtlichen Normen. Dem privatversicherten Patienten steht alternativ zum Anspruch auf Erstattung der Nachbehandlungskosten ein Anspruch auf Rückerstattung des gezahlten Honorars zu, soweit der Zahnersatz aufgrund eines Behandlungsfehlers unbrauchbar ist. Hiervon ist auszugehen, wenn eine Nacharbeitung nicht möglich ist, sondern eine Neuanfertigung erfolgen muss. Nach Beendigung des Behandlungsverhältnisses hat der Zahnarzt bei privatversicherten Patienten keinen vertraglichen Anspruch darauf, dass ihm zur Mängelbeseitigung Gelegenheit gegeben wird. Dem Patienten kann allerdings aufgrund seiner Schadensminderungspflicht u.U. zuzumuten sein, ein Mängelbeseitigungsangebot des Zahnarztes anzunehmen.“

Nichtsdestotrotz sprechen Sie wegen Ihrer Probleme bei Ihrer privaten Krankenversicherung vor. Nachfragen schadet nichts. Einen Anspruch auf Unterstützung haben Sie jedoch nicht.

Privatgutachten

Sie können ein Privatgutachten in Auftrag geben, das für Sie kostenpflichtig ist. Die Kosten sind sehr unterschiedlich, etwa 250 - 500 €. Eine Liste von anerkannten Privatgutachtern bekommen Sie z.B. bei der zuständigen Landes Zahnärztekammer. Holen Sie immer vor der Vergabe des Auftrags einen Kostenvoranschlag beim Gutachter ein, damit Sie ungefähr abschätzen können, wie teuer Sie das Gutachten voraussichtlich kommt. Bei der Gutachterwahl sollten Sie den Gutachter direkt auf mögliche Beziehungen zu dem zu begutachtenden Zahnarzt ansprechen.

Rechtsanwalt

Ob Sie sofort einen Rechtsanwalt einschalten, ist Ihnen freigestellt. Sind Sie rechtsschutzversichert, fragen Sie bei Ihrer Versicherung nach, ob sie die Anwaltskosten übernimmt. Es ist oft hilfreich, hier einen Fachanwalt für Medizinrecht zu wählen. Sind Sie nicht rechtsschutzversichert, entstehen Ihnen die Rechtsanwaltskosten.

Kaum Unterstützung durch die PKV

Gutachten muss selbst eingeholt und privat gezahlt werden



Weitere Infos zum Thema Rechtsanwalt siehe Seite 57



Vorgehensweise

Als PrivatpatientIn können Sie sich bei Problemen mit dem Zahnersatz, mehrfach erfolglosen Nachbesserungsversuchen und keiner gütlichen Einigung, sowie bei sonstigen Problemen an die zuständige Landes Zahnärztekammer wenden oder gleich vor Gericht gegen den Zahnarzt klagen.

Hinweise:

- Nach der Auswahl des Gutachters aus der Liste anerkannter Gutachter, die über die Landes Zahnärztekammer zu beziehen ist, wenden Sie sich direkt an den Gutachter und geben das Gutachten privat in Auftrag.
(Wichtig: Ein Privatgutachten wird vor Gericht nicht den Ausschlag geben, Gerichte holen eigene **unabhängige** Gutachten ein.)
- Nach Erstellung des Privatgutachtens wenden Sie sich damit direkt an Ihren behandelnden Zahnarzt.
- Wird auf der Grundlage des Gutachtens keine Einigung erzielt, kann mit Ihrem Einverständnis und dem des Arztes die Schlichtungsstelle der Zahnärztekammer tätig und ein Schlichtungsverfahren durchgeführt werden (siehe Seite 46).
- Wollen Sie sich nicht an die Schlichtungsstelle wenden, können Sie direkt zivilgerichtlich gegen den Zahnarzt vorgehen.

- ➔ Sie sollten sich im Klaren sein, dass bei Schadensersatz- oder Schmerzensgeldforderungen der Zahnarzt in der Regel die Angelegenheit sofort an seine Versicherung abgibt. Sie haben von da an nur noch mit Versicherungsvertretern und Anwälten zu tun, die darin geübt sind, Ansprüche abzuweisen.

4.2 Probleme mit der Privatrechnung

Wenn Sie Schwierigkeiten mit Ihrer Privatrechnung haben (überhöht, unklar...), die nicht mit Ihrem Zahnarzt zu klären sind, können Sie sich mit der Bitte um Überprüfung schriftlich an die zuständige Landes Zahnärztekammer (LZÄK, siehe im ggf. beiliegenden lokalen Adressteil) wenden. Diese Möglichkeit gibt es für privat versicherte PatientInnen, SelbstzahlerInnen und für gesetzlich Versicherte mit Privat- oder Mehrkostenrechnungen!

Schicken Sie Ihre Rechnung mit Begleitschreiben an diese Stelle; soweit vorhanden mit einer Stellungnahme Ihrer privaten Versicherung oder der Zusatzversicherung. Das zuständige Referat der Landes Zahnärztekammer prüft dann, ob die Rechnung sachlich und fachlich in Ordnung ist. Es kann hier aber nicht geklärt werden, ob die einzelnen abgerechneten Leistungen in der Behandlung tatsächlich erbracht wurden. Es entstehen Ihnen hier keine Kosten.

Achtung:

- ➔ Bitte lesen Sie auch unsere Ausführungen zum Thema Zahnarztrechnung auf den Seiten 38 ff.
- ➔ Bei Schwierigkeiten mit der Ersatzungsstelle (Private Krankenversicherung oder der Zusatzversicherung) können Sie sich an den Ombudsmann für private Krankenversicherungen wenden (siehe Seite 55).

Möglich:
Prüfung durch
LZÄK



5. Versicherte im Basistarif

Seit dem 1.1.2009 gibt es in der Privaten Krankenversicherung (PKV) den sogenannten Basistarif, der den Standardtarif ablöste.

In den Basistarif besteht Aufnahmezwang, d.h. die Krankenversicherungsunternehmen dürfen niemanden zurückweisen, der sich in diesem Tarif versichern darf. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind **nicht erlaubt**.

Den Basistarif können wählen:

- Nichtversicherte, die ehemals privat versichert waren oder typischerweise gewesen wären, etwa weil sie selbständig tätig sind oder waren,
- alle bisher privat Krankenversicherten, die in finanzielle Not geraten sind (Hilfebedürftigkeit im Sinne des Grundsicherungsrechts),
- PKV-NeukundInnen

Die Versicherte im Basistarif gilt als Privatversicherte, allerdings mit eingeschränktem Leistungsniveau. Die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen hat auf der Grundlage der GOZ zu erfolgen. Das Honorar für die erstattungsfähigen Leistungen ist allerdings auf den maximal 2,0-fachen Steigerungssatz der GOZ begrenzt.

Festlegung des Steigerungssatzes:

Der 2,0-fache Satz der GOZ wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz als gebührenentsprechend zum Kassentarif, dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA-Z), festgesetzt.

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung, hat der Versicherte im PKV-Basistarif einen **Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung**. Die Leistungen müssen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen für GKV-Versicherte vergleichbar sein und wie diese die Kriterien ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erfüllen.

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den Basistarif wurden Leistungen hinsichtlich Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie konkretisiert.

Tarifleistungen im Basistarif:

- Tätigkeiten zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
- konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden,
- die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
- die kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen,
- Prophylaxeleistungen,
- Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern.

Im PKV-Basistarif besteht -wie bei gesetzlich Versicherten- kein Anspruch auf funktionstherapeutische Leistungen, Implantatversorgungen, aufwendigere Füllungen etc.

Versorgung mit Zahnfüllungen

Wie der gesetzlich Versicherte, hat der Basistarifversicherte bei Zahnfüllungen Mehrkosten für aufwendigere Füllungen selbst zu tragen. Übernommen werden nur die Kosten für die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung. Orientierung geben die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Es werden nur medizinisch notwendige Füllungen erstattet. Der Austausch einer intakten Amalgamfüllung gegen eine Kunststofffüllungen wird z. B. nicht bezahlt, auch nicht teilweise, siehe Allgemeine Vertragsbedingungen für den Basistarif Abschnitt C.

**Aufnahmezwang
in Basistarif**

**Steigerungsfaktor
durch Gesetz
vorgegeben**

**Konkretisierung
der Leistungen:
„AVB für den
Basistarif“**

**Leistungen
im Basistarif**

Zahnfüllungen

**Broschüre
Zahnersatz
43**



Zahnersatz

Versorgung mit Zahnersatz

Zahnersatz muss vor Erbringung beantragt und von der Versicherung genehmigt sein. Die geplante Versorgung muss einer Methode entsprechen, die vom G-BA für den vorliegenden Befund anerkannt ist. Erstattungsfähig sind damit Aufwendungen für Leistungen, die der Regelversorgung (siehe Seiten 31 ff) entsprechen. Wählt die Basistarifversicherte einen über diese Versorgung hinausgehenden aufwändigeren Zahnersatz, hat sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

Kosten für Zahnersatz werden in Höhe von 50 % der erstattungsfähigen Aufwendungen übernommen. Es besteht eine Bonus- und Härtefallregelung:

Bonusregelung

Bonusregelung (ähnlich der Regelung in der GKV):

Die Kasse zahlt:

- ➔ 60%, wenn der Versicherte regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sich seit 5 Jahren mindestens einmal im Kalenderjahr hat untersuchen lassen
- ➔ 65%, wenn die Versicherte regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sich seit 10 Jahren mindestens einmal im Kalenderjahr hat untersuchen lassen

Härtefallregelung

Härtefallregelungen - wie in der GKV siehe Seiten 29 ff:

Bei unzumutbarer Belastung werden die erstattungsfähigen Aufwendungen von der Versicherung zu 100 % ersetzt. Auch gibt es eine „gleitende Härtefallregelung“.

Problem: Wie finde ich einen Zahnarzt?

Schwierigkeit, einen Zahnarzt zu finden

Häufig wird uns von Versicherten im Basistarif mitgeteilt, dass es für sie schwierig ist, einen Zahnarzt zu finden, der zu den Bedingungen des Basistarifs (Abrechnung nur bis zum 2,0 fachen Satz) behandelt.

Die Versorgung von Basistarifversicherten sicherzustellen ist gemäß § 75 Abs. 3 a Satz 1 SGB V die Aufgabe der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die Vertragszahnärzte sind von dieser gesetzlichen Regelung nicht unmittelbar betroffen, das heißt es entsteht für sie (außer in Notfällen) keine unmittelbare Behandlungspflicht. Der Zahnarzt darf die Behandlung eines Basistarifversicherten (bis auf die Notfallbehandlung) ablehnen.

Was können Sie tun, wenn Sie keinen Zahnarzt finden?

- ➔ Wenden Sie sich an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV). Diese hat für die zahnärztliche Versorgung der Basistarifversicherten den Sicherstellungsauftrag und muss dafür sorgen, dass Sie von einem Zahnarzt in zumutbarer Entfernung zu den Bedingungen des Basistarifs behandelt werden.
- ➔ Bitten Sie die KZV um die Nennung entsprechender ZahnärztInnen.

Allerdings kann Ihnen die KZV auch nicht garantieren, dass die von ihnen genannten Zahnärzte tatsächlich zu den Basistarifbedingungen arbeiten. Deshalb unsere Tipps:

Tipps:

- ➔ Wenn Sie einen Zahnarzt gefunden haben, weisen Sie ihn auf Ihren Versichertenstatus im Basistarif hin.
- ➔ Machen Sie ihm gegenüber deutlich, dass Sie nur zu den Konditionen, die vom Basistarif abgedeckt sind, behandelt werden möchten.
- ➔ Lassen Sie sich von ihm bestätigen, dass er nur entsprechend dem Basistarif abrechnet (zum Beispiel durch Vermerk in der Patientenakte).

Akzeptiert der Zahnarzt die Behandlung zu den Basistarifbedingungen und erfolgt die Behandlung ohne zusätzliche Behandlungsvereinbarung, so werden die Bestimmungen des Basistarifs verpflichtend zum Bestandteil des Behandlungsvertrages und somit auch zur Grundlage der Rechnungslegung.



Schwierigkeiten mit dem Zahnersatz oder der Rechnung?

Es gibt keine Gewährleistung bei Zahnersatz, die private Krankenversicherung unterstützt bei Problemen daher nicht. Somit gelten für Basistarifversicherte dieselben Regelungen wie für Privatversicherte (siehe Seite 41/42).



6. Verdacht auf Behandlungsfehler

Wenn die Beschwerden auch nach mehrfachen Ausbesserungsversuchen nicht besser werden, das Mängelregelungsverfahren erfolglos war oder nicht (mehr) durchgeführt werden kann, kann eine Behandlungsfehlerprüfung (Achtung Verjährung!) in Erwägung gezogen werden.

Gelingt es der Patientin, einen Fehler zu beweisen, muss der Arzt gegebenenfalls für diesen haften.

Diese Möglichkeit besteht sowohl für gesetzlich Versicherte als auch Privatversicherte.

Beweise sichern

Für die Klärung und Geltendmachung von Behandlungsfehlern im Zusammenhang mit der Eingliederung von Zahnersatz sollten Sie alles aufheben und sammeln, was mit Ihrer Zahnbehandlung zusammenhängt. Es kann unter Umständen auch ratsam sein, Modelle und zahntechnische Arbeitsunterlagen, die vom Zahnarzt oder Techniker gemacht wurden, sicherzustellen, weil diese später eventuell als Beweismittel verwendbar sind. Eine schriftliche Formulierung Ihrer Beschwerden mit dem Zahnersatz ist in allen Fällen zur Rekonstruktion des Sachverhalts und als Entscheidungsgrundlage ratsam. Spätestens beim ersten Verdacht auf einen Behandlungsfehler sollte über die weitere Behandlung „Buch geführt“ und über das Geschehene ein Gedächtnisprotokoll erstellt werden. Formulieren Sie mögliche Beschwerden oder Klärungen von Sachverhalten an Ihren Zahnarzt schriftlich, das dient der späteren Beweislage.

Verjährung

Bei Schadensersatz- beziehungsweise Schmerzensgeldansprüchen gilt die regelmäßige Verjährungsfrist von 3 Jahren (§ 195 BGB).

Sie beginnt mit Schluss des Jahres (also immer am 31.12.), in dem der Anspruch entstanden ist und Sie davon Kenntnis erlangt haben oder „ohne grobe Fahrlässigkeit“ hätten erlangen können (§ 199 BGB).

Wenn Sie keine Kenntnis von dem Behandlungsfehler erlangen, also die Verjährungsfrist deshalb noch gar nicht beginnt, verjähren die Ansprüche jedoch spätestens nach 30 Jahren ab dem schädigenden Ereignis (Verjährungshöchstfrist).

Während laufender Verhandlungen zwischen den Anspruchsgegnern ist die Verjährungsfrist gehemmt, läuft also für diese Zeit nicht weiter. Dasselbe gilt für das laufende Verfahren vor der Gutachterkommission beziehungsweise Schlichtungsstelle, das zivilrechtliche Klageverfahren und das selbständige Beweisverfahren.

Gesetzlich Versicherte

Laut § 66 SGB V **soll** die Krankenkasse ihre Versicherten bei Verdacht auf Behandlungsfehler unterstützen. Dieses geschieht häufig über die Erstellung eines Gutachtens mit der Klärung der Fragestellung: Liegt ein Behandlungsfehler vor? Hierzu beauftragt die Kasse den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK). Das Verfahren ist kostenfrei für den Versicherten. Das hier erstellte Gutachten kann dann vom Versicherten genutzt werden. Mit der Erstellung des Gutachtens endet die Unterstützung durch die Krankenkasse.

Privat Versicherte

haben gegenüber ihrer Versicherung keinen Anspruch auf ein kostenfreies Gutachten. Sie müssen ein Gutachten privat in Auftrag geben und auch zahlen.

Beide, gesetzlich und privat Versicherte, haben dann gegebenenfalls die Möglichkeit mit dem Gutachten Ansprüche gegen den Zahnarzt zu erwirken.

Mögliche weitere Wege:

Anrufung des Schlichtungsstelle der Zahnärztekammer (siehe Seite 46) oder auch zivilrechtliche Klage.



**Beweismittel
sichern**



Verjährung

**Unsere ausführliche
Infos zum Thema
Behandlungsfehler:**



**Broschüre
Zahnersatz
45**



6.1 Anrufung der Schlichtungsstelle der zuständigen Landes Zahnärztekammer

Privat- oder Kassenpatienten, die außervertragliche Leistungen in Anspruch genommen haben, steht der Weg zum Schlichtungsverfahren der zuständigen Landes Zahnärztekammer (siehe Adressen im ggf. beiliegenden Lokalteil) offen.

Eine Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren: Gutachten

Die Schlichtungsstelle wird tätig:

- Bei Vorlage eines Gutachtens, das nicht zur Streitbeilegung geführt hat.
- Bei Vorlage der endgültigen Ablehnung der Schadensregulierung durch die Haftpflichtversicherung.
- Wenn der Zahnarzt und Sie als PatientIn dem Schlichtungsverfahren zugestimmt haben.
- ...

Die Schlichtungsstelle wird nicht tätig:

- Bei Verjährung.
- Bei einem anhängigen oder entschiedenen Ermittlungs- oder Gerichtsverfahren.
- Bei laufendem Verfahren vor dem Prothetikausschuss der Kassenzahnärztlichen Vereinigung mit derselben Fragestellung.
- ...

Wer schlichtet?

Die Schlichtungsstellen setzen sich in der Regel zusammen aus dem Vorsitzenden, der die Befähigung zum Richteramt besitzen muss und zwei Zahnärzten als Beisitzern, die aus dem Pool der Gutacher der zuständigen Landes Zahnärztekammer bestimmt werden. Nach Aufklärung des Sachverhalts entscheidet die Schlichtungsstelle im schriftlichen Verfahren durch einen Schlichtungsspruch.

Kosten?

Die Kosten für das Schlichtungsverfahren sind in einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. In einigen Bundesländern ist das Verfahren kostenfrei. Bitte erkundigen Sie sich diesbezüglich bei der örtlich zuständigen Schlichtungsstelle.

Kosten?

Ergebnis

Das Schlichtungsverfahren endet mit einem Schlichtungsspruch, der eine Aussage über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers trifft. Durch eine Entscheidung oder einen Schlichtungsvorschlag der Schlichtungsstelle wird der Rechtsweg nicht ausgeschlossen. Dieser Schlichtungsvorschlag hat nur empfehlenden Charakter (z.B. Nachbesserung oder Neubehandlung durch den Zahnarzt).

Die Beteiligten haben Zeit, den Schlichtungsspruch zu beraten und müssen dann erklären, ob sie ihn als Vergleichsvorschlag annehmen. Mit Annahme des Schlichtungsspruches kommt ein außergerichtlicher Vergleich zustande.

Ergebnis: Schlichtungsspruch mit empfehlendem Charakter

Kommentar zum Thema Schlichtungsstellen

Alle bestehenden Schlichtungsstellen sind bei den Zahnärztekammern angesiedelt und werden von diesen finanziert.

Viele PatientInnen vermissen Objektivität und Unparteilichkeit.

Aus Sicht der BAGP bedeutet Unabhängigkeit die weitestgehende Parteiferne, was hier nicht gewährleistet wird. Viele PatientInnen haben den Eindruck, dass Zahnärzte, durch die Zusammensetzung der Schlichtungsstelle, über sich selbst zu Gericht sitzen. PatientInnen benötigen unabhängige Schlichtungsstellen mit paritätischer Besetzung durch Krankenkassen, Ärztevertreter, Patientenvertreter, unter beratender Stimme der Gesundheitsbehörde und der Moderation eines unabhängigen Richters. Die Finanzierung sollte durch die Akteure im Gesundheitswesen und öffentliche Mittel sichergestellt sein. Hiermit könnte ein deutlich unabhängigeres Verfahren möglich werden.

Kommentar: Schlichtungsstelle ist nicht unabhängig



6.2 Selbständiges Beweisverfahren

In den Fällen, in denen Ursache und Ausmaß eines Personen- oder Sachschadens im Unklaren liegen und dies nur mit sachverständiger Hilfe beurteilt werden kann, kann es hilfreich sein, den Sachverhalt zunächst in einem selbständigen Beweisverfahren zu klären. Hier wird z.B. die schriftliche Begutachtung durch einen Sachverständigen bei Gericht beantragt. Das Gericht holt dann ein Sachverständigengutachten ein, das den gegenwärtigen Zustand des „Kauorgans“ und Ihre Beschwerden dokumentiert und damit Beweise sichert.

Wann sinnvoll?

Das Beweisverfahren ist sinnvoll, wenn befürchtet werden muss, dass das Beweismittel verloren geht oder seine Benutzung erschwert wird, wenn z.B. wegen akuter Schmerzen eine zahnärztliche Nachbehandlung in der nächsten Zeit geboten ist und dadurch Beweismittel über den Behandlungsfehler verloren gingen.

Vorteile dieses Verfahrens:

- Sicherung von Beweisen, die drohen verloren zu gehen, z.B. durch die Veränderung oder der Herausnahme des bemängelten Zahnersatzes.
- Unterbrechung der Verjährung von Gewährleistungsansprüchen für die am Verfahren beteiligten Parteien.
- Es kann durchgeführt werden, ohne dass der Gegner verklagt werden muss.
- Es dauert als Eilverfahren nicht so lange wie eine Klage.
- Ist die Sachfrage (z.B. „Liegen Mängel vor und welche?“) im Gutachten geklärt, ist der Weg zu einer gütlichen Einigung oftmals leichter.
- Nötigenfalls kann im Beweisverfahren selbst schon ein Vergleich protokolliert werden. Kommt es im Beweisverfahren zu keiner Einigung, kann das Ergebnis des Beweisverfahrens (der erhobene Beweis mit dem Gutachten) im späteren gerichtlichen Rechtsstreit wieder verwendet werden.

Aber:

- Am Ende des Verfahrens steht weder ein Urteil noch sonst eine gerichtliche Entscheidung, welche die Ansprüche abschließend regelt, und es ergeht keine Entscheidung über die Verfahrenskosten.
- Wenn es zu keiner gütlichen Einigung kommt, hätte ein sofort eingeleitetes Klageverfahren möglicherweise schneller zu einer Entscheidung geführt.

Kosten

Das selbständige Beweisverfahren ist für den Antragsteller mit Kosten verbunden. Die Kosten bemessen sich nach dem Streitwert und umfassen Gerichtskosten und Auslagen, z. B. für Sachverständige. Sofern vom Gericht ein Sachverständiger mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt wird, was fast immer der Fall ist, muss der Antragsteller den Kostenvorschuss auch hierfür leisten. Die Kosten sind niedriger als für eine Klage und werden auf ein sich möglicherweise anschließendes Klageverfahren angerechnet. Kosten für den eigenen Rechtsanwalt kommen gegebenenfalls noch dazu.

Für das Beweisverfahren kann Prozesskostenhilfe (siehe Seite 56) gewährt werden.

Antrag

Der Antrag auf selbständiges Beweisverfahren ist schriftlich beim zuständigen Gericht einzureichen oder mündlich dem Urkundsbeamten der Geschäftsstelle des zuständigen Gerichts vorzutragen.

Der Antrag sollte gut vorbereitet sein, insbesondere die Fragen an den Sachverständigen. Welches Gericht zuständig ist (Amts- oder Landgericht), hängt vom Streitwert ab.

Hinweise:

- ➔ Bitte erkundigen Sie sich ausführlich beim zuständigen Gericht.
- ➔ Das selbständige Beweisverfahren ist in den **§§ 485 ff** der Zivilprozessordnung (ZPO) abgehandelt.

**Eilverfahren zur:
Beweissicherung und
Mängelfeststellung**

**Mit Kosten
verbunden!**



**Prozesskosten-
hilfe siehe
Seite 56**

**Broschüre
Zahnersatz
47**



7. Günstiger Zahnersatz?

Informieren,
bedenken,
vergleichen,
verhandeln...

Vergleichen und verhandeln

Wenn Sie umfangreicheren Zahnersatz brauchen, lohnt es sich in jedem Fall, Vergleichsangebote unterschiedlicher Zahnarztpraxen einzuholen. Der Zahnarzt darf an die Erstellung des Heil- und Kostenplanes keine Bedingungen knüpfen und diesen auch nicht in Rechnung stellen, solange es sich um eine grundsätzlich kassenbezuschusste Versorgung handelt.

Lassen Sie sich immer eine nachvollziehbare Behandlungs- und Kostenaufstellung geben, sowie den Kostenvoranschlag des Zahnlabors.

Bitte beachten Sie aber:

Auch wenn Zahnersatz zunehmend zu einer Preisfrage wird, ist ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Ihnen als Basis des Behandlungsvertrages aus unserer Sicht nicht weniger wichtig.

- ➔ **Sprechen Sie daher immer auch mit Ihrem eigenen Zahnarzt über die Kosten. Vielleicht ist es ihm möglich, Ihnen ein kostengünstigeres Angebot zu unterbreiten.**

Billiger aber
wie und wo?

Möglichkeiten,

ein kostengünstigeres Angebot über die Versorgung mit Zahnersatz zu erhalten, sind beispielsweise:

- eine Behandlung in der Uni-Zahnklinik
- die Einsparung von Laborkosten
- eine komplette Behandlung im EU-Ausland
- das Einholen von Angeboten aus dem Internet und Versteigerungen
- Zahnersatz über Discountanbieter

Im Folgenden eine kurze Darstellung dieser Möglichkeiten:

7.1 Behandlung in der Uni-Zahnklinik

Eine preiswerte Alternative zum niedergelassenen Zahnarzt kann eine Behandlung in einer Universitätsklinik sein. Wer in der Nähe einer Uniklinik lebt (z.B. München oder Regensburg) und bereit ist, einen höheren Zeitaufwand in Kauf zu nehmen, kann so zu preisgünstigerem Zahnersatz kommen.

Die Behandlungen werden im Rahmen von Studentenkursen von Studenten der Zahnmedizin in höheren Semestern durchgeführt. Die Studenten stehen unter der ständigen Aufsicht und Kontrolle von erfahrenen Zahnmedizinern. Das Sparpotential kann enorm sein, variiert aber von Klinik zu Klinik. Manchmal werden nur die reinen Materialkosten in Rechnung gestellt, manchmal zusätzlich noch verminderte Anfertigungskosten. Da diese Kurse nur während der Semester stattfinden, gibt es zeitlich klare Einschränkungen.

- ➔ Lassen Sie sich hier einen Heil- und Kostenplan erstellen und vergleichen Sie.

Zahn-Unikliniken in Deutschland über das Internet:

www.der-zahnersatz.de/zahnkliniken/zahnkliniken-bundesweit-49.php

Studentenkurse:
preisgünstig aber
zeitaufwendig



7.2 Sparen über Laborkosten

7.2.1 Zahnersatzanfertigungen in einem Labor im Ausland

Da die hohen Kosten für Zahnersatz häufig mit den Kosten für die Zahntechnik zusammenhängen, kann hier ein nicht unwesentliches Sparpotential liegen.

Einige Zahnärzte arbeiten deshalb mit Zahnlaboren im Ausland (z.B. China) zusammen, die Zahnersatz, unter anderem wegen der geringen Lohnkosten, viel preisgünstiger (bis zu 60 %) herstellen können. Zahnersatz im Ausland herstellen zu lassen, ist zulässig, solange Sie als Patient über diesen Anfertigungsort informiert sind und **Sie** vom geringeren Preis profitieren. Grundsätzlich kann nicht pauschal gesagt werden, dass im Ausland hergestellter Zahnersatz qualitativ minderwertiger ist, als in Deutschland angefertigter. Sie sollten sich allerdings schriftlich bestätigen lassen, dass Material verwendet wird, das den hiesigen DIN-Normen entspricht.

Sprechen Sie Ihren Zahnarzt auf diese Option an. Manchmal nennen sogar Krankenkassen „günstige Zahnlabore“. Ihr Zahnarzt ist allerdings nicht dazu zu zwingen, sein Labor zu wechseln und er hat dafür möglicherweise auch triftige Gründe, z.B. dass er schon lange und gut mit diesem zusammenarbeitet.

Entscheiden Sie sich für diese Variante, sollten Sie Gewährleistungsfragen klären und die Frage: Was ist, wenn der Zahnersatz nicht passt oder Mängel aufweist?

Zahnlabore im Ausland, z.B.:

www.die-endverbraucher.de

www.zahnarzt-planet.com/zahnlabore.php

Achtung: Mit der Nennung von Links ist KEINE Qualitätsaussage der BAGP verbunden!

7.2.2 Günstigeres Labor in Deutschland

Zunehmend gibt es auch Labore in Deutschland, die kostengünstige Laborarbeiten anbieten. Diese können Sie über Ihre Krankenkasse in Erfahrung bringen oder auch über das Internet.

Wichtig: Auch hier können Sie Ihren eigenen Zahnarzt nur überzeugen, das Zahnlabor zu wechseln und nicht zwingen.

Laborsuche über das Internet, z.B.:

www.die-endverbraucher.de

Achtung: Mit der Nennung von Links ist KEINE Qualitätsaussage der BAGP verbunden!

7.3 Komplette Behandlung in einem Land der Europäischen Union (EU)

Nach einem Urteil des europäischen Gerichtshofes vom 13.05.2003 (Rechtssache C-385/99), über die ärztliche Behandlung in der europäischen Union haben Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen seit dem 01.04.2004 das Recht, sich in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) ohne vorherige Genehmigung behandeln lassen. **(Achtung bei Zahnersatz gilt dies nicht, siehe nächste Seite.)**

Sie bekommen von der Krankenkasse den Betrag zurückerstattet, den diese Behandlung in Deutschland, reduziert um einen Verwaltungsaufwandsbeitrag, gekostet hätte.

Dass die komplette Behandlung im Ausland wesentlich günstiger sein kann, erklärt sich durch niedrigere Löhne, geringere Raumkosten und günstigere Labore, gerade in den östlichen EU-(Neu-) Mitgliedsstaaten.

Seit diesem Urteilspruch ist also auch die ambulante Versorgung mit Zahnersatz im EU-Ausland relativ unproblematisch möglich, ohne auf den Anspruch einer Kostenbeteiligung durch die gesetzliche Krankenversicherung zu verzichten.

Sparpotential
über Laborkosten

... im Ausland

... und Inland!

Ambulante
Behandlung
ohne
Genehmigung

Broschüre
Zahnersatz
49





Zahnersatz
ist immer
genehmigungs-
pflichtig!!!

Informieren,
bedenken,
vergleichen,
verhandeln...

Ansprechstelle:
Das Europäische
Verbraucher-
schutzzentrum



Behandlung
in einem nicht
EU-Land

Broschüre
Zahnersatz
50

Vorgeschriebener Ablauf bei der Versorgung mit Zahnersatz im EU-Ausland:

- Sie müssen Ihrer Kasse einen Heil- und Kostenplan vorlegen, der den in Deutschland gültigen Anforderungen entspricht.
- Die Kasse muss diesen **vor Behandlungsbeginn** genehmigen (**Zahnersatz ist immer genehmigungspflichtig!**)!
- Nach Fertigstellung des Zahnersatzes im EU-Ausland, reichen Sie die Ihnen gestellte Rechnung bei der Kasse ein, die Ihnen den Festzuschuss – reduziert um Abzüge – erstattet.

Bedenkenswertes im Vorfeld:

Entscheiden Sie sich für diesen Weg, sollten Sie Grundsätzliches bedenken und klären, beispielsweise:

- Die Erstellung von Zahnersatz kostet Zeit. Zählen Sie zu Ihren Berechnungen auch die Kosten für Anfahrt, Unterkunft etc...
- Sie kennen (wahrscheinlich) weder Zahnarzt noch die Praxis.
- Entspricht das Material dem in Deutschland zugelassenen?
- Was ist, wenn der Zahnersatz nicht passt? Müssen Sie dann jedes Mal wieder nach Polen, Ungarn fahren? Klären Sie dies und Fragen der Gewährleistung etc. vorher vertraglich mit dem Zahnarzt. Indem Sie zur Behandlung Deutschland verlassen, verlassen Sie auch den geltenden Rechtsraum und die hiesige Mängelregelung. Das heißt: **Im Mängelfall bekommen Sie keine Unterstützung von Ihrer Kasse und müssen gegebenenfalls mit dem Zahnarzt, in einem Ihnen unbekanntem Rechtssystem, um Ihr Recht streiten.**
- Gerade in grenznahen Gebieten gibt es einen zunehmend organisierten Zahntourismus. Reiseagenturen bieten Reisen zur Zahnersatzerstellung an, zum Teil als „Komplettangebot: Urlaub und Zahnersatz“. Was davon zu halten ist, muss jeder für sich selber entscheiden. Bitte bedenken Sie aber, dass solche Angebote nichts über die Qualität des zu erstellenden Zahnersatzes aussagen und letztendlich jeder Beteiligte daran mitverdient!
- Erkundigen Sie sich vor diesem Schritt ausführlich und umfassend, damit Ihre Entscheidung nicht zu einem Zuschussgeschäft wird.

Tipp:

Eine empfehlenswerte und unabhängige Informationsquelle rund um das Thema Auslandsbehandlung ist das europäische Verbraucherzentrum. Diese ist auch Ansprechstelle bei grenzübergreifenden Verbraucherfragen und -problemen.

Europäisches Verbraucherzentrum Deutschland
c/o Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.
Bahnhofplatz 3
77694 Kehl

Tel. 07851 / 99148-0, Fax 07851 / 99148-11

Email: info@cec-zev.eu, web:<http://www.eu-verbraucher.de>

Zahnbehandlungen im Ausland, Hinweise über das Internet, z.B.:

www.zahnarzt-planet.com

www.die-endverbraucher.de

Achtung: Mit der Nennung von Links ist KEINE Qualitätsaussage der BAGP verbunden!

Achtung

Wenn Sie sich für eine Behandlung in einem Nicht-EU-Land entscheiden (z.B. in der Türkei) haben Sie **keinen** Anspruch auf den Festzuschuss. Sämtliche Behandlungskosten sind von Ihnen zu tragen und Sie müssen auch hier selbst Gewährleistung und Regelungen zur Mängelbeseitigung vor Ort mit dem Zahnarzt vereinbaren.



7.4 Zahnersatzauktionen im Internet

Den Heil- und Kostenplan im Internet zu versteigern, ist eine weitere Möglichkeit, an günstigen Zahnersatz zu kommen. Hier stellen Sie Ihren Heil- und Kostenplan ins Internet und warten auf ein kostenmäßig günstigeres Angebot durch einen anderen Zahnarzt. Bei dieser unkonventionellen, aber zeitgemäßen Variante unterbieten sich Zahnärzte aus Ihrer Region anonym. Unter den günstigsten können Sie als PatientIn dann auswählen und ihn anschließend aufsuchen. Es kann hier eine Ersparnis von bis zu 50 % erzielt werden. Sie als PatientIn zahlen für den Heil- und Kostenplan nur eine geringe Gebühr oder gar nichts. Der Zahnarzt verpflichtet sich vertraglich bei Zuschlag beispielsweise 10 % des Vertragserlöses an den Betreiber des Portals zu zahlen. Wie auch immer man zu diesen Angeboten stehen mag, deutlich wird hier die vorhandene enorme Preisspanne im eigenen Land.

Beispiele pro und contra Zahnersatzauktion

Zahnärztekammern und Kassenzahnärztliche Vereinigungen liefen Sturm gegen diese Angebote. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern bewirkte im November 2006 gerichtlich, dass das Internetportal „2te-zahnarztmeinung.de“ mit seinen Versteigerungen von Zahnarztleistungen gestoppt werden sollte (Landgericht München, Az. 1HK 0 7890/06). Die Begründung: „Sie verstoße gegen das Berufsrecht mit der „Aufforderung zum unlauteren Wettbewerb“ und „Preisdumping“. Das Internetportal legte Berufung ein.

Das Oberlandesgericht bestätigte Mitte März 2008 das Landesgerichtsurteil: Das Zahnersatz-Auktionsportal war demnach berufs- und wettbewerbsrechtlich unzulässig (Oberlandesgericht München, AZ: 6 U 1623/07).

Gegen diese Entscheidung legte die Betreiberin des Auktionsportals Nichtzulassungsbeschwerde beim Bundesgerichtshof (BGH) ein. Der BGH gab der Beschwerde am 01.10.2009 (AZ. I ZR 55/08) statt und entschied Ende 2010, dass Portale, auf denen Patienten Kostenvoranschläge von Arzt und Zahnarzt einholen, per se nicht verboten sind. Damit billigt der BGH die Internetplattform „2te-zahnarztmeinung.de“, die damit auch zukünftig für PatientInnen und Ärzte nutzbar ist.

Entgegen der Meinung der Standesvertretungen waren und sind einige Krankenkassen (beispielsweise viele BKKen, die AOK Niedersachsen, die Knappschaft, die HKH, die HEK...) vom Angebot „2te-zahnarztmeinung.de“ offensichtlich überzeugt. Diese bewerben die „2te-zahnarztmeinung.de“ und deren Nutzung ist für ihre Versicherten kostenlos. Auch die Stiftung Warentest war 2006 (eine aktuellere Warentest Testung liegt bisher nicht vor) mit der fachgutachterlichen Bewertung von Testergebnissen von 19 stichprobenhaft ausgewählten Heil- und Kostenplänen sehr zufrieden. Die Einsparungen der getesteten Heil- und Kostenpläne lagen meistens zwischen 20 und 50 % und begründeten sich überwiegend durch Einsparungen bei den Material- und Laborkosten. (Tests der Stiftung Warentest unter dem Stichwort: **Auktionsportale für Zahnersatz**: <http://www.test.de/themen/gesundheit-kosmetik/test>).

Tipps:

- ➔ Sollten Sie sich für eines dieser Angebote entscheiden, so gilt auch hier: Infos einholen, und Preise vergleichen.
- ➔ Beachten Sie bitte: Sie suchen damit einen Zahnarzt auf, den Sie überhaupt nicht kennen und einschätzen können.
- ➔ Lesen Sie die Allgemeinen Geschäftsbedingungen; dies besonders auch vor dem Hintergrund der Frage: Wem vertraue ich meine Daten an? Auch die Frage ob die Übermittlung sensiblen Patientendaten sicher ist, sollte mitbedacht werden.

Zahnersatzauktionen, Informationen über das Internet, z.B:

www.2te-zahnarztmeinung.de
www.medikompas.de
www.zahngelot.de

Achtung: Mit der Nennung von Links ist KEINE Qualitätsaussage der BAGP verbunden!



Heil- und Kostenplan wird im Internet versteigert

Pro und contra Zahnersatzauktionen



Zulässigkeit langwierig gerichtlich geprüft und Ende 2010 durch BGH-Entscheidung bestätigt



Zahnärzte lassen
Zahnersatz im
Ausland
anfertigen



Zahnersatz zum
Nulltarif: Nur bei
Regelversorgungen!

7.5 Zahnersatz über Discountanbieter

Zunehmend gibt es Anbieter, die unter dem Slogan „Zahnersatz zum Nulltarif“ günstigen Zahnersatz anbieten. Dazu werden Inlays, Kronen und Brücken im Ausland (z.B. China) hergestellt.

Ende 2006 warben beispielsweise Zahnärzte der McZahn-AG Patienten damit, PatientInnen „zum Nulltarif“ zu versorgen. Bis 2009 sollten in ganz Deutschland 400 Filialen nach einem Franchise-System aufgebaut werden. Stattdessen ging McZahn Ende 2008 in Insolvenz. Eine kurzlebige Erscheinung, die zu denken gibt.

Wichtig bei Nulltarif-Angeboten:

- Ob Sie hier als Patient gar nichts zu zahlen haben, ist tatsächlich abhängig von der Art Ihrer Versorgung. **Nulltarif-Angebote gelten ausschließlich für Regelversorgungsleistungen.** Häufig wird hier auch ein Anspruch auf Bonus von 30% gegenüber der Krankenkasse vorausgesetzt!
- Auch bei Nulltarif-Angeboten ist Vorsicht geboten. Sie haben keine Garantie, dass Sie hier das kostengünstigste Angebot bekommen, also holen Sie sich auch hier Vergleichsangebote ein. Auch hier kennen Sie Ihren zukünftigen Zahnarzt nicht.
- Über die Qualität dieser Anbieter liegen uns bisher keine Untersuchungen vor.
- Was in diesem Zusammenhang von Discountanbietern zu halten ist, muss jede/r letztendlich für sich persönlich entscheiden.

Discountanbieter Zahnersatz über das Internet sind z.B:

www.dentaltrade-zahnersatz.de

www.flair-dent.de

www.prodentum.de

**Achtung: Mit der Nennung von Links ist KEINE
Qualitätsaussage der BAGP verbunden!**

Kostenvorteile über
Vernetzung von
Krankenkassen,
Partner-Zahnärzten
und Dental-Labor



Zahnersatz ist mehr
als nur eine
Kostenfrage!

7.6 Kostenvorteile im Rahmen der Integrierten Versorgung

Einige Kassen (viele Betriebskrankenkassen, die HEK, BIG, ...) bieten im Rahmen der Integrierten Versorgung Kostenvorteile an. Wenn Sie sich an diesem Programm beteiligen, erhalten Sie Zahnersatz (Regelversorgung) sowie Prophylaxe ohne Zuzahlung. Bedingungen und Infos unter: www.zahnersatz-zuzahlungsfrei.de, deren kostenfreie Service-Nummer 0800 - 46393360 und der eigenen Kasse.

Kommentar zum Thema: Günstiger Zahnersatz

Zahnersatz ist mehr als nur eine Kostenfrage, dies stellen wir immer wieder in den Patientenberatungen fest. Allerdings stellen wir genauso fest, dass der gewünschte Zahnersatz, insbesondere nach Einführung der „Festzuschussregelung“ 2005, für einen größer werdenden Teil der Bevölkerung zunehmend unerschwinglich wurde. Patientinnen und Patienten suchen daher nach kostengünstigeren Angeboten.

Als unabhängige PatientInnenberatungsstellen begrüßen wir die Entwicklungen in Sachen günstigere Angebote für Patienten. Hiermit kommt endlich Bewegung in den bisher fast wettbewerbsfreien Markt der zahnärztlichen Versorgung.

Auf der anderen Seite bedeuten die Angebote für die potentiellen Nutzer eine hohe Anforderung, nämlich: unterschiedliche Angebote einholen, vergleichen, verhandeln, Vertragsbedingungen aushandeln und einfordern, sich erkundigen und informieren.

Es gibt keine Garantie, dass die Behandlung gut läuft. Es gibt auch keine Garantie, dass das Billigangebot im Ergebnis für Sie günstiger ist.

Eine gute Vorbereitung und Vorinformation, sowie eine eigenverantwortliche Mitgestaltung des Behandlungsverhältnisses und -vertrages helfen aber, böse Überraschungen zu vermeiden.



8. Beschwerden über Kostenentscheidungen der gesetzlichen Krankenkassen

Wenn Sie Schwierigkeiten mit den Kostenentscheidungen Ihrer Krankenkasse haben, die sich nicht mit dieser klären lassen, können Sie:

- ➔ Widerspruch einlegen
- ➔ Klage vor dem Sozialgericht erheben
- ➔ die Aufsichtsbehörde anrufen.

Widerspruch

Sind Sie mit einer Kostenentscheidung Ihrer Krankenkasse nicht einverstanden, haben Sie die Möglichkeit, Widerspruch gegen diese Entscheidung einzulegen. Vorsorglich sollte um die Erteilung eines rechtsmittelfähigen, schriftlichen Bescheids gebeten werden. Sonst besteht die Gefahr, dass die Kasse Ihren Widerspruch als bloße Beschwerde versteht, die je nach SachbearbeiterIn „individuell“ behandelt wird. Es empfiehlt sich, den Widerspruch schriftlich zu begründen. Achtung: Fristen!

Klage vor dem Sozialgericht

Gegen den ablehnenden Bescheid (sog. Widerspruchsbescheid) mit Rechtsmittelbelehrung können Sie innerhalb einer Monatsfrist Klage auf die beantragte Leistung beim Sozialgericht einreichen. Das gerichtliche Verfahren ist noch gerichtskostenfrei, allerdings haben Sie gegebenenfalls Ihre eigenen Anwaltskosten zu tragen. Gewinnen Sie den Prozess oder auch bei einem für Sie positiven Vergleich, wird eine Kostenentscheidung des Gerichts gefällt, die Sie als klagende PatientIn von den Anwaltskosten befreit.

Es besteht kein Anwaltszwang, dennoch ist eine vorbereitende Rechtsberatung unter Umständen sinnvoll.

Bei fehlender Rechtsmittelbelehrung kann noch innerhalb eines Jahres Klage erhoben werden.

Zur Klageerhebung reicht die bloße Mitteilung, dass und weswegen Klage erhoben wird, wenn Sie in Zeitnot sind. Die Begründung der Klage kann dann noch innerhalb eines Monats ab Klageerhebung nachgereicht werden.

Anrufung der Aufsichtsbehörde

Die Rechtsaufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen haben das Bundesversicherungsamt oder die jeweils zuständigen Landesbehörden.

Das **Bundesversicherungsamt** hat die Aufsicht über die bundesweit tätigen gesetzlichen Krankenkassen (Ersatzkassen, Innungskrankenkassen, Bundesknappschaft und die See- und landwirtschaftliche Krankenkasse):

Bundesversicherungsamt

Referat II

Friedrich-Ebert-Allee 38

53113 Bonn

Tel.: (0228) 619 - 0

Fax: (0228) 619 - 1870

E-Mail: poststelle@bva.de

<http://www.bundesversicherungsamt.de>

**Widerspruch:
Fristen
beachten!**

**Klage vor dem
Sozialgericht
gerichtskostenfrei**

**Beschwerde bei
der zuständigen
Rechtsaufsichts-
behörde**



Die Aufsicht über die landesweit tätigen Krankenkassen (z.B.: AOKen, BKKen) haben die jeweils zuständigen Gesundheits- oder Sozialministerien (Adressen im ggf. beiliegenden Lokalteil).

Diese Instanzen können Sie z.B. anrufen, wenn Sie vermuten, dass Ihre Kasse gegen geltendes Recht verstößt. Das Verfahren ist ausschließlich schriftlich.

Tipp

Weitere Infos in der „Gesundheitsladeninfo 2: **Was tun bei Konflikten mit der gesetzlichen Krankenkasse?**“, Hrsg. Gesundheitsladen München e.V., 50 Cent

Info:
„Was tun bei
Konflikten
mit der GKV?“

<http://www.gesundheitsladen-muenchen.de>

Gesundheitsladen Info 2



Was tun bei Konflikten mit der gesetzlichen Krankenkasse?

Sollten sich Konflikte mit Ihrer Kasse auftun, so versuchen Sie zunächst diese im Gespräch mit der zuständigen SachbearbeiterIn und deren Vorgesetzten zu klären. Manchmal hilft es schon, sich mit der Beschwerde an die Hauptgeschäftsstelle Ihrer Krankenkasse zu wenden.

Sie können sich mit Ihrem Problem auch an die Patientenstelle im Gesundheitsladen München wenden. Hier können Sie sich grundsätzlich informieren und finden Unterstützung bei den notwendigen nächsten Schritten. Wenn Sie nicht aus München sind, bekommen Sie dort auch die Ihnen nächstgelegene Patientenberatungsstelle genannt.

Leider sind Konflikte aber nicht immer im Gespräch zu klären. Wenn also das Verhalten des Sachbearbeiters/der Umgang der Krankenkasse Anlass für Beschwerden birgt, Sie vermuten, dass Leistungsprüfungen und -entscheidungen hinausgezögert werden, Ihnen zu Unrecht eine Leistung verweigert wird oder Sie vermuten, dass von Ihrer Krankenkasse geltende Rechtsnormen nicht eingehalten werden, ... gibt es folgende offizielle Beschwerdemöglichkeiten:

- ☞ Dienstaufsichtsbeschwerde
- ☞ Widerspruch gegen Entscheidungen
- ☞ Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde
- ☞ Beschwerde bei der Patientenbeauftragten der Bundesregierung
- ☞ Petition

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Beschwerdemöglichkeiten kurz skizziert und entsprechende Ansprechpersonen/-stellen genannt. Mit der hier vorliegenden Reihenfolge ist nicht notwendigerweise eine einzuhaltende Reihenfolge des Beschwerdeweges vorgegeben. Der Beschwerdeweg ist immer abhängig vom Grund der Beschwerde und dem Ziel des Beschwerdeführers/der Beschwerdeführerin.

GESUNDHEITSLADEN
MÜNCHEN e.V.
INFORMATIONS-
UND
KOMMUNIKATIONS-
ZENTRUM

WALTHERSTRASSE 16A
80337 MÜNCHEN

TELEFON
089 / 77 25 65
Zentrales FAX
089 / 725 04 74

www.gesundheitsladen-muenchen.de
email: mail@gesundheitsladen-muenchen.de

Infothek:
Mo - Fr 10 - 13 Uhr
Mo, Do 17 - 19 Uhr

**PatientInnenstelle
München:**
Tel: 089/77 25 65
Mo 16 - 19 Uhr
Mi, Do, Fr 10 - 13 Uhr

**Unabhängige
Patientenberatung
München für
Oberbayern:**
Tel: 089/18 91 37 22
Mo 9 - 13, Di 14-18,
Mi 15-19, Do 10-14 Uhr

**Unabhängige
Patientenberatung
Schwaben:**
Afrwald 7,
86150 Augsburg
Tel: 0821/20920371
Mo 9 - 12 Uhr,
Mi (nur Tel.) 13 - 16 Uhr
schwabet@gl-m.de

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft
Blz: 700 205 00
Kontonummer
88 87 800

50 Cent



9. Beschwerden über Kosten- entscheidungen der Privaten Krankenkasse (PKV)

Wenn Sie Schwierigkeiten mit den Kostenentscheidungen Ihrer PKV haben, die sich nicht mit dieser klären lassen, können Sie:

- ➔ sich an den Ombudsmann für Private Kranken- und Pflegeversicherungen wenden
- ➔ die Aufsichtsbehörde anrufen
- ➔ zivilrechtlich gegen die PKV klagen.

Ombudsmann für Private Kranken- und Pflegeversicherungen (PKV-Ombudsmann)

An den PKV-Ombudsmann können Sie sich mit Beschwerden über Ihre private Kranken- und Pflegeversicherung wenden, soweit diese Mitglied im Verband der privaten Krankenversicherung e.V. ist. Bei diesem Verfahren handelt es sich um einen außergerichtlichen Streitschlichtungsversuch.

Nicht zuständig ist der Ombudsmann, wenn die gleiche Streitfrage bereits von einem Gericht, einer anderen Schiedsstelle oder einer sonstigen Einrichtung, die sich mit der Bearbeitung von Verbraucherbeschwerden befasst (beispielsweise die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), behandelt wird oder wurde.

Das schriftliche Verfahren vor dem Ombudsmann ist für die Versicherten kostenfrei. Kosten, die dadurch entstehen, dass ein Anwalt hinzugezogen wird, sowie persönliche Auslagen müssen Sie aber selbst tragen, und zwar auch dann, wenn der Ombudsmann zu Ihren Gunsten entscheiden sollte.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

Telefon: (0800) 2 55 04 44 (kostenfrei aus dem dt. Festnetz)

Telefax: (030) 20 45 89 31

Tipp:

Sie können sich ausführlich über das Verfahren erkundigen über:

<http://www.pkv-ombudsmann.de>



Anrufung der Aufsichtsbehörde der PKV

Die staatliche Aufsicht über die privaten Versicherungsunternehmen mit Sitz, Niederlassung oder Geschäftsstelle im Bundesgebiet hat die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (kurz: BaFin).

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn

Tel: (0228) 4108-0

Fax: (0228) 4108-1550

eMail: poststelle@bafin.de

Homepage: <http://www.bafin.de>

Verbrauchertelefon: (0228) 299 70 299

Klageerhebung

Gegen einen ablehnenden Bescheid der privaten Krankenversicherung können Sie Klage vor dem zuständigen Zivilgericht erheben. (Mit Kosten verbunden!)

PKV-Ombudsmann
als Streitschlichter

Aufsichtsbehörde
einschalten

Kostenpflichtige Klage
vor dem Zivilgericht

Broschüre
Zahnersatz
55



10. Beratungs- und Prozesskostenhilfe

**Beratungshilfeantrag
beim
Amtsgericht**

**Beratungsschein
gegen Gebühr von
10 €**

**Prozesskostenhilfe
für Menschen mit
nachgewiesen
geringem Einkommen**

Beratungshilfe

Sind Sie bedürftig, nicht rechtschutzversichert und benötigen Sie einen Rechtsbeistand, können Sie Beratungshilfe beantragen. Sie wird entweder direkt beim Amtsgericht beantragt oder über einen Anwalt, den Sie aber gleich ausdrücklich darauf hinweisen sollten, dass Sie ihn zunächst nur mit der Beantragung (Verdienstbescheinigungen mitbringen!) von Beratungshilfe beauftragen. Wird die Kostenübernahme für die Beratungshilfe abgelehnt, müssen Sie dem Anwalt das Honorar für die Beantragung zahlen. Mit dem Berechtigungsschein vom Amtsgericht können Sie dann gegen eine Gebühr von 10 € eine Erstberatung bei einem Rechtsanwalt in Anspruch nehmen. Diese 10 € Gebühr kann Ihnen erlassen werden, wenn Sie diese als rechtsuchende Person nur schwer aufbringen können.

➔ Leider machen wir die Erfahrung, dass viele Fachanwälte nur ungern oder gar nicht auf Beratungsschein beraten.

Prozesskostenhilfe

Wenn Sie nur ein geringes Einkommen haben, können Sie bei der Geschäftsstelle des zuständigen Gerichts oder über Ihren Anwalt Prozesskostenhilfe beantragen.

Grundsätzlich steht Ihnen nach dem Gesetz Prozesskostenhilfe zu, wenn

- der von Ihnen beabsichtigte Prozess (oder die von Ihnen beabsichtigte Verteidigung gegen Ansprüche eines anderen) Aussicht auf Erfolg hat,
- wenn überdies die Prozessführung nicht mutwillig ist und
- Sie nach Ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht, nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen können.

Zur Beantragung müssen Sie eine Erklärung über ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse mit Belegen einreichen. Es kann sein, dass Sie Prozesskostenhilfe nur unter der Auflage gewährt bekommen, den vom Staat vorgestreckten Betrag ganz oder teilweise in Raten zurückzuzahlen.



Wichtig:

Prozesskostenhilfe wird nur für die Kosten des Gerichts, des Sachverständigengutachtens und Ihres Anwalts gewährt, nicht aber für die des gegnerischen Anwalts. Verlieren Sie den Prozess, müssen Sie den gegnerischen Anwalt selber bezahlen!

Tipp:

Eine ausführliche Info des Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz zum Thema Prozesskostenhilfe und Beratungshilfe finden Sie zum Herunterladen oder Bestellen unter: www.bmjv.de; Stichwort Publikationen.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

Mohrenstraße 37

10117 Berlin

Tel. Publikationsversand: (030) 18 27 22 721

mail: publikationen@bundesregierung.de

Hinweis:

Die rechtlichen Grundlagen der Prozesskostenhilfe finden Sie in den §§ 114 ff der Zivilprozessordnung (ZPO).

**Empfehlenswert:
Info „Beratungs- und
Prozesskostenhilfe“**

**Broschüre
Zahnersatz
56**



11. Rechtsanwaltsuche

Die Suche nach einem guten Anwalt ist ähnlich schwierig wie die Suche nach einem guten Zahnarzt. In beiden Fällen sind die Fachkompetenz und die Bereitschaft zur guten, vertrauensvollen Zusammenarbeit von herausragender Bedeutung. Es stehen sich jeweils Experten und Laien gegenüber, was zu Missverständnissen und Problemen führen kann. Sie sollten sich auch bewusst sein, dass Sie den Rechtsanwalt nicht so schnell wechseln können.

Wenn Sie einen Anwalt suchen, der sich mit Medizin- beziehungsweise Arztrecht auskennt, können Sie folgende Möglichkeiten nutzen:

- ➔ Im Telefonbranchenbuch finden Sie unter den Stichworten: Arzthaftungs-, Arzt-, Medizin-, Schadensersatz-, Schmerzensgeldrecht usw. Adressen von Rechtsanwälten, die die Bearbeitung dieser Gebiete als Interessensschwerpunkt oder Tätigkeitsschwerpunkt angeben. Letzteres erfordert – allerdings nur nach ungeprüfter eigener Selbsteinschätzung – eine mindestens zweijährige Tätigkeit auf diesem Gebiet.
- ➔ Inzwischen gibt es auch eine Fachanwaltschaft Medizinrecht.
- ➔ Die gemeinnützige *Stiftung Gesundheit* bietet bundesweit eine kostenlose Erstberatung bei ausgewählten Vertrauensanwälten an: Tel. 0800 – 073 2483 (Infos unter: www.medizinrechts-beratungsnetz.de oder www.stiftung-gesundheit.de).
- ➔ Über die Anwaltskammern, die Listen von Fachanwälten führen, können Sie Anwälte genannt bekommen. (Die jeweils örtlich zuständige Rechtsanwaltskammer entnehmen Sie bitte dem ggf. beiliegenden Lokalteil.)

Über das Internet gibt es weitere Adressen. Die eigene Internetrecherche ist kostenfrei.

www.medizinrechts-beratungsnetz.de
www.anwaltauskunft.de
www.medizinrecht.de
www.anwalt.de
www.anwaltssuchdienst.de

Eine Auskunft über die tatsächliche Qualifikation (bis auf die Fachanwaltschaft) und Erfahrung im Medizinrecht haben Sie damit noch nicht. Außerdem können Sie über eine Adresse auch noch nicht feststellen, ob der Anwalt eher für die Arzt- oder Patientenseite arbeitet.

Sie sollten die in Frage kommenden Anwälte immer nach ihrer Qualifikation befragen und im Vorfeld die Kosten für eine Erstberatung (verhandelbar!) klären.

Rechtsberatung online?

Zunehmend gibt es auch die Möglichkeit, kurze Rechtstipps online gegen Gebühr einzuholen. Dies ist eine bequeme, erste Orientierung in Sachen Rechtsfragen. Für eine vergleichsweise geringe Gebühr (z. B. zwischen 25 € und 50 €) bekommt man relativ schnell eine kurze juristische Einschätzung oder die Beantwortung einer Frage von einem Rechtsanwalt. Auch besteht dort die Möglichkeit, kostenfrei die Liste der bereits gestellten Fragen einzusehen. Ein interessantes Angebot, wobei Sie sich die jeweiligen Geschäftsbedingungen immer vorher genau anschauen sollten. Auch die Kosten können höher sein!

Anbieter für Online Rechtsberatung sind z.B.:

www.frag-einen-anwalt.de
www.123recht.net

Achtung: Mit der Nennung von Links ist KEINE Qualitätsaussage der BAGP verbunden!

Die Suche nach einem „guten“ Rechtsanwalt ist genauso schwierig wie die Suche nach einem „guten“ Arzt

Anwälte sind über unterschiedliche Wege in Erfahrung zu bringen

Suchmöglichkeiten auch über das Internet

Rechtsberatung online: Mögliche erste Orientierung in Rechtsfragen



Hinweis:

Stiftung Warentest testete Online-Rechtsberatung und stellte 2008 große Unterschiede in Preis und Qualität fest (Finanztest 2/2008, www.test.de). Auch wenn dieser Artikel schon älter ist, kann er wegen der dort aufgeführten Kriterien hilfreich sein. Auch vor der Nutzung von Online-Rechtsberatung empfiehlt es sich, genau hinzuschauen.

Broschüre: „Tipps für die Anwaltsuche im Medizinrecht“

Tipp zur Rechtsanwaltsuche:

Weitere Infos gibt es in der vierseitigen Information „**Tipps für die Anwaltsuche im Medizinrecht**“, Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen,

c/o Gesundheitsladen München e.V., 50 Cent

BAGP Info 8

Informationen der
Bundesarbeitsgemeinschaft der
PatientInnenstellen und -Initiativen



BUNDEARBEITSGEMEINSCHAFT
DER
PATIENTENSTELLEN UND
-INITIATIVEN
(BAGP)
Waltherstr. 16a
80337 München
TELEFON
089 / 76 75 51 31
FAX
089 / 725 04 74
internet:
patientenstellen.de
mail@patientenstellen.de
Sie erreichen uns:
Di - Do
13 - 14 Uhr
und AB

Tipps für die Suche nach einem Anwalt für Medizinrecht

Wenn sich das Arzt-Patienten-Verhältnis negativ entwickelt, wenn Sie mit der Behandlung unzufrieden sind und zum Beispiel einen Behandlungsfehler vermuten, kann es sinnvoll sein, sich von einer Rechtsanwältin beraten und unterstützen zu lassen. Das ersetzt jedoch nicht die eigene Auseinandersetzung, das heißt die intensive Beschäftigung mit dem Fall, den Sie als Betroffene am besten kennen. Der Anwalt ist auf Ihre Mitarbeit angewiesen, um Ihre Interessen erfolgreich zu vertreten. Die Suche nach einem guten Anwalt ist ähnlich schwierig wie die Suche nach einem guten Arzt. In beiden Fällen ist die Sachkompetenz von großer Bedeutung, aber ebenso die Bereitschaft zu einer guten vertrauensvollen Zusammenarbeit. Denn da, wo sich Experten und Laien gegenüber stehen, kann es zu Missverständnissen und Problemen kommen.

(Wir verwenden abwechselnd die weibliche und männliche Schreibweise, der Text gilt für beide Geschlechter.)

50 Cent

12. Ist eine Zusatzversicherung für Zahnersatz sinnvoll?

Ob es sinnvoll ist, eine Zusatzversicherung für die Versorgung mit Zahnersatz abzuschließen, ist eine sehr individuelle Entscheidung und kann im Rahmen dieser Broschüre nicht beantwortet werden.

Info der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)

Hinweisen möchten wir auf eine 5-seitige Information unseres Kooperationspartners Unabhängige Patientenberatung Deutschland mit dem Titel: „Ist eine Zusatzversicherung für Zahnersatz sinnvoll?“

Diese Information ist kostenfrei bei allen PatientInnenstellen zu beziehen.

Beratung und Hilfestellungen

bieten unabhängige Versicherungsberater oder einige Verbraucherzentralen (siehe Adressen im ggf. beiliegenden Lokalteil).

Weitere hilfreiche Informationen über Zahnzusatzversicherungen:

- Stiftung Warentest: Test Zahnzusatzversicherungen, 15.7.2014
abrufbar unter www.test.de (kostenpflichtig) oder zur Einsicht in jeder Verbrauchertentrale



Unabhängige
Patientenberatung
Deutschland | UPD

Ist eine Zusatzversicherung für Zahnersatz sinnvoll?

Antworten auf die häufigsten Fragen

Viele Menschen fragen sich, ob sie eine Zusatzversicherung für Zahnersatz brauchen. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen Festzuschüsse zum Zahnersatz für eine sogenannte Regelversorgung. Wer sich aufwenden und damit teuren Zahnersatz wie z.B. Implantate wünscht, wird sich überlegen, ob eine zusätzliche Absicherung sinnvoll ist. Die folgenden Fragen und Informationen sollen Ihnen helfen, Ihre Bedürfnisse zu klären und eine Entscheidung zu erleichtern:

- „Brauche ich eine Zusatzversicherung für Zahnersatz?“**
Wenn Sie sich für eine Zahnzusatzversicherung interessieren, sollten Sie sich zunächst einmal überlegen, ob Sie Zahnersatz in größerem Umfang und in absehbarer Zeit benötigen. Aufgrund der stark verbesserten Vorgabe und der langen Haltbarkeit von Zahnersatz ist dies längst nicht in jedem Fall gegeben.
- „Wofür bezahlt die gesetzliche Krankenkasse?“**
Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen einen Festzuschuss, der ungefähr 50 % der Kosten für die Regelversorgung abdeckt. Wenn Sie das Bonusheft führen, erhöht sich der Zuschuss bis auf 85 % der Kosten. Die Regelversorgung gilt als medizinisch ausreichende und wirtschaftliche Versorgung. Das bedeutet zum Beispiel, dass Zahne nur im vorwiegend Bereich verbleiben sind. Teilprothesen werden mit Klammern gehalten, die geschnitten werden können.
Voricht: Viele Versicherungsangebote bieten nur Zuschüsse zur Regelversorgung an. Sie werden aber damit, zusammen mit der Kassenleistung, werden bis zu 90 oder gar 100 % der Kosten abgedeckt werden. Wer aufwändigeren Zahnersatz wünscht, hat von diesen Versicherungen nur wenig, da die Kosten für solchen Zahnersatz oft ein Vielfaches der Regelversorgung kosten.
Beispiel: Eine Krone wird in der Ausführung als Kassenleistung aus Nichtmetall (Vollkeramik, kein Gold eingeleitet). Ohne Versicherung kostet das ca. 262 €. Eine Keramikkrone („weißer Zahn“) gibt es ab 600 €. Der Krankenkassenzuschuss beträgt in beiden Fällen zwischen 121 € – 180,64 € (bonusabhängig). Der Eigenanteil ist also sehr unterschiedlich hoch (hängt bei der Kassenleistung bei ca. 84 € an und geht hoch bis ca. 480 €).

Tipps: Wer sich mit Zahnersatz auf Krankenkassenbasis (keine Implantate!) zufrieden gibt, braucht eigentlich keine Zusatzversicherung. Besonders für Menschen mit:

Impressum
Stand: 30.07.2010
Herausgeber: Unabhängige Patientenberatung Deutschland – UPD gGmbH
Büro: Gesundheitsstraße 10 | 10119 Berlin
www.upd.de
UPD ist ein eingetragenes
Vereinsmitglied der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

UPD-Patienteninformation

13. Und was sonst noch wichtig ist

Hinweisen möchten wir Sie auf ein aktuelles Urteil des Bundessozialgerichts vom 02.09.2014 (Az. B 1 KR 3/13 R):

„Sollte bei bestehenden Allergien (Anm.: auf Amalgam, TEGDMA und Hydrochinon) eine zahnärztliche Behandlung durch Versorgung mit Einlagefüllungen, und seien es auch Goldinlays, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und zahnmedizinischen Erkenntnisse alternativlos sein, muss das Leistungsspektrum auch entsprechende Einlagefüllungen umfassen. Nur eine Versorgung mit solchen Einlagefüllungen ist in einem solchen Fall ausreichend und zweckmäßig i.S.v. § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V.“

Inwieweit dieses Urteil gegebenenfalls auch übertragen werden kann bei Allergien auf Zahnersatz-Materialien, ist uns nicht bekannt.

BGH-Urteil 2014
zu Allergien auf
Zahnfüllungen

14. Empfehlenswerte Links

www.gesundheitsinformation.de

Die Website des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Sie enthält unabhängige, sich auf wissenschaftliche Publikationen stützende Informationen für Verbraucher und Patienten. Stichwort: Themengebiet Zähne.

www.agz-rnk.de von der Arbeitsgemeinschaft Zahngesundheit

Ein für die Stadt Heidelberg und den Rhein-Neckar-Kreis (AGZ-RNK) betriebener, sehr informativer, patientenorientierter web-Auftritt rund um das Thema „Zahn“.

www.test.de/themen/gesundheit-kosmetik/test

Über die Stiftung Warentest sind auch Testergebnisse aus zahnmedizinisch relevanten Bereichen abrufbar (kostenpflichtig). Themen sind beispielsweise: Füllungsmaterialien, Zahnersatz, Zähne und Kosten, Zahnersatz im Ausland, Aktionsportale für Zahnersatz ...

www.zahnwissen.de

Ein von einem Zahnarzt betriebenes Online-Nachschlagewerk rund um das Thema Zahnmedizin. Auf Initiative der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.

www.die-endverbraucher.de

Ein Unternehmen, das die Erfahrungen von Patienten mit Zahnärzten und Ärzten in Europa sammelt und in einer Datenbank zusammenfasst. Mit Informationen zur Vorbereitung und Durchführung einer Zahnbehandlung im In- und Ausland.

www.kzbv.de/rechtsgrundlagen.56.de.html

Hier können die wesentlichen Rechtsgrundlagen, Gesetze und Verordnungen für die Tätigkeiten in der Zahnarztpraxis als pdf-Dateien heruntergeladen werden.

www.g-ba.de

Über den Web-Auftritt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bekommt man den Zugang zu sämtlichen aktuellen Richtlinien und Regelungen rund um die vertragszahnärztliche Versorgung.

(Der G-BA ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern. Er hat die Aufgabe zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und somit zum „Leistungskatalog“ der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.)

www.juris.de

Über das Rechtsportal werden die wichtigsten Gesetze und Verordnungen des Bundes in der aktuell gültigen Fassung kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Empfehlenswerte
Infoquellen



14. Anhang (Gesetzestexte, etc.)

Wirtschaftlichkeitsgebot

Wirtschaftlichkeitsgebot

§ 12 SGB V

Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

...

Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflicht der GKV

§ 13 SGB I

Aufklärung

Die Leistungsträger, ihre Verbände und die sonstigen in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch aufzuklären.

§ 14 SGB I

Beratung

Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

§ 15 SGB I

Auskunft

(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskünfte zu erteilen.

(2) Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger, sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftsuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist.

...

Kostenerstattung

§ 13 Abs. 2 SGB V

Kostenerstattung

...

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten Behandlung ist möglich. ..."

...

Patientenrechtegesetz (BGB)

§ 630c BGB

Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.

(3) **Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren.** Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

Aufklärungs-, Beratungs- und Auskunftspflicht im SGB V

Kostenerstattung

Mitwirkung und Informations- pflichten im BGB



§ 630e BGB

Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,

2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,

3. für den Patienten verständlich sein. Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 gilt entsprechend.

Patientenrechtegesetz (SGB V)

§ 13 Abs. 3a SGB V

Kostenerstattung

...

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

...

§ 66 SGB V

Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern

Die Krankenkassen **sollen** die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 des Zehnten Buches auf die Krankenkassen übergehen, unterstützen.

Mehrkosten

§ 28 SGB V

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. **Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen.** Die Mehr-

Aufklärungspflichten im BGB

Bearbeitungsfristen in der GKV

Unterstützung bei Behandlungsfehlern

Mehrkosten



kostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegenden Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Härtefallregelung

§ 55 SGB V

Leistungsanspruch

...

(2) Die Satzung hat bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch in Höhe der nach § 57 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 entstandenen Kosten, vorzusehen, wenn Versicherte ansonsten unzumutbar belastet würden. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundversicherung, Arbeitslosenhilfe nach dem Dritten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

Gewährleistung

§ 137 Abs 4 Satz 3 ff SGB V (Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung)

...

(4)... Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen....

Schriftliche Vereinbarung bzw. Verlangensleistung

§ 4 Absatz 5 BMV-Z (Bundesmantelvertrag Zahnärzte)

Rechte und Pflichten des Kassenzahnarztes

...

(5) Der Vertragszahnarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern:

- a) im Falle des § 8 Abs. 2,
- b) wenn Versicherte bei Zahnfüllungen eine über das ausreichende und zweckmäßige hinausgehende Versorgung wählen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen und **vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen**. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden,
- c) wenn Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz wählen, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse in den Fällen

Härtefallregelung

Gewährleistung bei gesetzlich Versicherten

Schriftliche Vereinbarung



zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 SGB V abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird,
d) wenn und soweit der Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Im Übrigen soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen.

...

§ 7 EKV-Z (Ersatzkassenvertrag Zahnärzte) **Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte**

...

(7) Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Versicherten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie der kieferorthopädischen Behandlung ab. Darüber hinaus darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung für Leistungen, die im BEMA enthalten sind, nur fordern, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich wünscht, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen. Der Vertragszahnarzt soll sich den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen. Die gesetzlichen Mehrkostenregelungen bleiben unberührt.

...

§ 1 Abs. 2 GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) **Anwendungsbereich**

...

(2) Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

...

Abweichende Vereinbarung

§ 2 GOZ **Abweichende Vereinbarung**

(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem ist vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muß die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen können Leistungen im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2, die weder im Gebührenverzeichnis (Anlage) noch im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, und ihre Vergütung abweichend von dieser Verordnung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muß vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muß die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, daß es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 2 bleibt unberührt.

Kosten Heil- und Kostenplan

§ 85 SGB V **Gesamtvergütung**

...

(2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart vereinbart. Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen. Sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. Die Vertragsparteien sollen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. **Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig.** Soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart wird, ist der Betrag des Ausgabenvolumens nach Satz 2 zu bestimmen sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 4 und Ausgaben auf Grund der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 3 sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen.

Abweichende Vereinbarung

Heil- und Kostenplan



Zahntechnische Leistungen

Zahntechnische Leistungen

§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen GOZ (Gebührenordnung Zahnärzte)

(1) Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.

(2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1.000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1.000 Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. **Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.**

Selbständiges Beweisverfahren

Selbständiges Beweisverfahren

§ 485 Zivilprozessordnung (ZPO)

Zulässigkeit

(1) Während oder außerhalb eines Streitverfahrens kann auf Antrag einer Partei die Einnahme des Augenscheins, die Vernehmung von Zeugen oder die Begutachtung durch einen Sachverständigen angeordnet werden, wenn der Gegner zustimmt oder zu besorgen ist, dass das Beweismittel verloren geht oder seine Benutzung erschwert wird.

(2) Ist ein Rechtsstreit noch nicht anhängig, kann eine Partei die schriftliche Begutachtung durch einen Sachverständigen beantragen, wenn sie ein rechtliches Interesse daran hat, dass

1. der Zustand einer Person oder der Zustand oder Wert einer Sache,
2. die Ursache eines Personenschadens, Sachschadens oder Sachmangels,
3. der Aufwand für die Beseitigung eines Personenschadens, Sachschadens oder Sachmangels festgestellt wird. Ein rechtliches Interesse ist anzunehmen, wenn die Feststellung der Vermeidung eines Rechtsstreits dienen kann.

(3) Soweit eine Begutachtung bereits gerichtlich angeordnet worden ist, findet eine neue Begutachtung nur statt, wenn die Voraussetzungen des § 412 erfüllt sind.

Prozesskostenhilfe

Prozesskostenhilfe

§ 114 ZPO

Voraussetzungen

(1) Eine Partei, die nach ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht, nur zum Teil oder nur in Raten aufbringen kann, erhält auf Antrag Prozesskostenhilfe, wenn die beabsichtigte Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint. Für die grenzüberschreitende Prozesskostenhilfe innerhalb der Europäischen Union gelten ergänzend die §§ 1076 bis 1078.

(2) Mutwillig ist die Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung, wenn eine Partei, die keine Prozesskostenhilfe beansprucht, bei verständiger Würdigung aller Umstände von der Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung absehen würde, obwohl eine hinreichende Aussicht auf Erfolg besteht.

Rechnungen

Fälligkeit der Vergütung

§ 614 BGB

Fälligkeit der Vergütung

Die Vergütung ist nach der Leistung der Dienste zu entrichten. Ist die Vergütung nach Zeitabschnitten bemessen, so ist sie nach dem Ablauf der einzelnen Zeitabschnitte zu entrichten.

Fälligkeit

§ 10 Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ)

Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen, berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnarztes sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für stationäre privat Zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,
4. bei Wegegeld nach § 8 den Betrag und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 den Betrag und die Art der einzelnen Auslage sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen,



6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien.

(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Abs. 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatz 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistung anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

(5) Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

Verjährung von Rechnungen

§ 195 BGB

Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Verwirkung

§ 242 BGB

Verwirkung

Der Schuldner ist verpflichtet, die Leistung so zu bewirken, wie Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern.

Nichterfüllung beziehungsweise Schlechterfüllung nach BGB

§ 280 BGB

Schadensersatz wegen Pflichtverletzung

(1) Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

(2) Schadensersatz wegen Verzögerung der Leistung kann der Gläubiger nur unter der zusätzlichen Voraussetzung des § 286 verlangen.

(3) Schadensersatz statt der Leistung kann der Gläubiger nur unter den zusätzlichen Voraussetzungen des § 281, des § 282 oder des § 283 verlangen.

§ 281 BGB

Schadensersatz statt der Leistung wegen nicht oder nicht wie geschuldet erbrachter Leistung

(1) Soweit der Schuldner die fällige Leistung nicht oder nicht wie geschuldet erbringt, kann der Gläubiger unter den Voraussetzungen des § 280 Abs. 1 Schadensersatz statt der Leistung verlangen, wenn er dem Schuldner erfolglos eine angemessene Frist zur Leistung oder Nacherfüllung bestimmt hat. Hat der Schuldner eine Teilleistung bewirkt, so kann der Gläubiger Schadensersatz statt der ganzen Leistung nur verlangen, wenn er an der Teilleistung kein Interesse hat. Hat der Schuldner die Leistung nicht wie geschuldet bewirkt, so kann der Gläubiger Schadensersatz statt der ganzen Leistung nicht verlangen, wenn die Pflichtverletzung unerheblich ist.

(2) Die Fristsetzung ist entbehrlich, wenn der Schuldner die Leistung ernsthaft und endgültig verweigert oder wenn besondere Umstände vorliegen, die unter Abwägung der beiderseitigen Interessen die sofortige Geltendmachung des Schadensersatzanspruchs rechtfertigen.

(3) Kommt nach der Art der Pflichtverletzung eine Fristsetzung nicht in Betracht, so tritt an deren Stelle eine Abmahnung.

(4) Der Anspruch auf die Leistung ist ausgeschlossen, sobald der Gläubiger statt der Leistung Schadensersatz verlangt hat.

(5) Verlangt der Gläubiger Schadensersatz statt der ganzen Leistung, so ist der Schuldner zur Rückforderung des Geleisteten nach den §§ 346 bis 348 berechtigt.

§ 282 BGB

Schadensersatz statt der Leistung wegen Verletzung einer Pflicht nach § 241 Abs. 2

Verletzt der Schuldner eine Pflicht nach § 241 Abs. 2, kann der Gläubiger unter den Voraussetzungen des § 280 Abs. 1 Schadensersatz statt der Leistung verlangen, wenn ihm die Leistung durch den Schuldner nicht mehr zuzumuten ist.

Verjährung

Verwirkung

Schlecht erbrachte Leistung



Schriftform zwingend

§ 283 BGB

Schadensersatz statt der Leistung bei Ausschluss der Leistungspflicht

Braucht der Schuldner nach § 275 Abs. 1 bis 3 nicht zu leisten, kann der Gläubiger unter den Voraussetzungen des § 280 Abs. 1 Schadensersatz statt der Leistung verlangen. § 281 Abs. 1, Satz 2 und 3 und Abs. 5 findet entsprechende Anwendung.

§ 311a BGB

Leistungshindernis bei Vertragsschluss

(1) Der Wirksamkeit eines Vertrags steht es nicht entgegen, dass der Schuldner nach § 275 Abs. 1 bis 3 nicht zu leisten braucht und das Leistungshindernis schon bei Vertragsschluss vorliegt.

(2) Der Gläubiger kann nach seiner Wahl Schadensersatz statt der Leistung oder Ersatz seiner Aufwendungen in dem in § 284 bestimmten Umfang verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner das Leistungshindernis bei Vertragsschluss nicht kannte und seine Unkenntnis auch nicht zu vertreten hat. § 281 Abs. 1, Satz 2 und 3 und Abs. 5 findet entsprechende Anwendung.

Schriftform zwingend bei Mehrkosten

§ 125 BGB

Nichtigkeit wegen Formmangels

Ein Rechtsgeschäft, welches der durch Gesetz vorgeschriebenen Form ermangelt, ist nichtig. Der Mangel der durch Rechtsgeschäft bestimmten Form hat im Zweifel gleichfalls Nichtigkeit zur Folge.

§ 126 BGB

Schriftform

(1) Ist durch Gesetz schriftliche Form vorgeschrieben, so muss die Urkunde von dem Aussteller eigenhändig durch Namensunterschrift oder mittels notariell beglaubigten Handzeichens unterzeichnet werden.

(2) Bei einem Vertrag muss die Unterzeichnung der Parteien auf derselben Urkunde erfolgen. Werden über den Vertrag mehrere gleichlautende Urkunden aufgenommen, so genügt es, wenn jede Partei die für die andere Partei bestimmte Urkunde unterzeichnet.

(3) Die schriftliche Form kann durch die elektronische Form ersetzt werden, wenn sich nicht aus dem Gesetz ein anderes ergibt.

(4) Die schriftliche Form wird durch die notarielle Beurkundung ersetzt.

Behandlungsvertrag gekündigt

§ 627 BGB

Fristlose Kündigung bei Vertrauensstellung

(1) Bei einem Dienstverhältnis, das kein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 ist, ist die Kündigung auch ohne die in § 626 bezeichnete Voraussetzung zulässig, wenn der zur Dienstleistung Verpflichtete, ohne in einem dauernden Dienstverhältnis mit festen Bezügen zu stehen, Dienste höherer Art zu leisten hat, die auf Grund besonderen Vertrauens übertragen zu werden pflegen.

(2) Der Verpflichtete darf nur in der Art kündigen, dass sich der Dienstberechtigte die Dienste anderweit beschaffen kann, es sei denn, dass ein wichtiger Grund für die unzeitige Kündigung vorliegt. Kündigt er ohne solchen Grund zur Unzeit, so hat er dem Dienstberechtigten den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.

§ 628 BGB

Teilvergütung und Schadensersatz bei fristloser Kündigung

(1) Wird nach dem Beginn der Dienstleistung das Dienstverhältnis auf Grund des § 626 oder des § 627 gekündigt, so kann der Verpflichtete einen seinen bisherigen Leistungen entsprechenden Teil der Vergütung verlangen. Kündigt er, ohne durch vertragswidriges Verhalten des anderen Teiles dazu veranlasst zu sein, oder veranlasst er durch sein vertragswidriges Verhalten die Kündigung des anderen Teiles, so steht ihm ein Anspruch auf die Vergütung insoweit nicht zu, als seine bisherigen Leistungen infolge der Kündigung für den anderen Teil kein Interesse haben. Ist die Vergütung für eine spätere Zeit im Voraus entrichtet, so hat der Verpflichtete sie nach Maßgabe des § 346 oder, wenn die Kündigung wegen eines Umstands erfolgt, den er nicht zu vertreten hat, nach den Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung zurückzuerstatten.

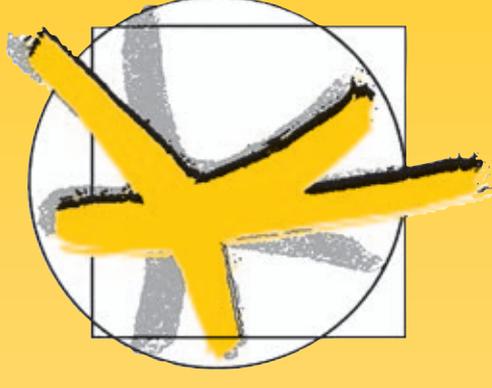
(2) Wird die Kündigung durch vertragswidriges Verhalten des anderen Teiles veranlasst, so ist dieser zum Ersatz des durch die Aufhebung des Dienstverhältnisses entstehenden Schadens verpflichtet.

Behandlungsvertrag gekündigt



Beratungsstellen der BAGP-Mitglieder:

<p>Hamburg: Unabhängige Patientenberatung Deutschland Beratungsstelle Hamburg Träger: Patienten-Initiative e.V. Alsterdorfer Markt 8 (U-Bhf. Sengelmannstraße) 22297 Hamburg Tel: 040/51315795, Fax: 040/50790978 Beratung: Mo 9 - 13, Di 14 - 18, Mi 9 - 13 + Do 13 - 17 Uhr u.n.V.</p>	<p>Bremen: PatientInnenstelle Bremen Träger: Gesundheitsladen Bremen e.V. Braunschweigerstr. 53b, 28205 Bremen Tel: 0421/493521, Fax: 0421/6991862 Beratung: Di + Fr 10 - 12 Uhr u.n.V.</p>
<p>Bielefeld: Unabhängige Patientenberatung Deutschland Beratungsstelle Bielefeld Träger: Gesundheitsladen Bielefeld e.V. Breite Straße 8, 33602 Bielefeld Tel: 0521/133561, Fax: 176106 Beratung: Mo + Mi 14 - 18, Di + Do 10 - 14 Uhr u.n.V.</p>	<p>Dortmund: Unabhängige Patientenberatung Deutschland Beratungsstelle Dortmund Träger: Die Paritätische Förderverein für soziale Arbeit Ennepe-Ruhr/Hagen e.V. Ostenhellweg 49, 44135 Dortmund Tel: 0231/20 64 87-0, Fax: 206487-29 Beratung: Di 14 - 16, Mi 9 - 13 und 14 - 16, Do 14 - 18, Fr 9 - 13 Uhr u.n.V.</p>
<p>Göttingen: Unabhängige Patientenberatung Deutschland Beratungsstelle Göttingen Träger: Gesundheitszentrum Göttingen e.V. Albanikirchhof 4-5, 37073 Göttingen Tel: 0551/488778-0, Fax: 0551/488778-19 Beratung: Mo 14 - 18, Di + Do 10 - 14, Mi 14 - 18 Uhr u.n.V.</p>	<p>Barnstorf: PatientInnenstelle Barnstorf Träger: Gesundheitsladen IGEI e.V. Dr. Rudolf Dunger Str. 1, 49406 Barnstorf Tel: 05442/803670, Fax: 991984 Beratung: Mo 9 - 11 Uhr u.n.V.</p>
<p>Köln: Unabhängige Patientenberatung Deutschland Beratungsstelle Köln Träger: gesundheitsladen köln e.v. und Sozialverband VdK - Landesverband Nordrhein-Westfalen Venloerstr. 46, 50672 Köln Tel: 0221/4740555, Fax: 0221/29460061 Beratung: Mo 9 - 12, Di 9 - 14, Mi + Do 15 - 19 Uhr u.n.V.</p>	<p>Tübingen: Patientenberatung Tübingen e.V. Träger: Unabhängige Patientenberatung Tübingen e.V. Europaplatz 3, 72072 Tübingen Tel: 07071/254436 Beratung: Mo 16 - 19, Do 10 - 13 Uhr</p>



BAGP

BundesArbeits-Gemeinschaft der PatientInnenstellen

Geschäftsstelle:

Gesundheitsladen München e.V.
 Waltherstr. 16 a
 80337 München
 Fax: 089/7250474

Infotelefon:

089/76 75 51 31

(Di - Do 13 - 14 Uhr und AB)

www.bagp.de

mail@bagp.de

Magdeburg:
Unabhängige Patientenberatung Deutschland
Beratungsstelle Magdeburg
 Träger: WOHl und Wehe e.V. Sachsen-Anhalt und Verbraucherzentrale Sachsen-Anhalt e.V.
 Breiter Weg 228, 39104 Magdeburg
 Tel: 0391/56283710, Fax: 0391/56283722
 Beratung: Mo 14 - 18, Di, Mi 9 - 13, Do 13 - 17 Uhr u.n.V.

Mannheim:
Patientenberatung Rhein-Neckar
 Träger: Gesundheitstreffpunkt Mannheim e.V.
 Alphonstr. 2a, 68169 Mannheim
 Tel: 0621/3369725, Fax: 3363261
 Beratung: Di 9 - 11, Do 14 - 16 Uhr u.n.V.

München 1: PatientInnenstelle München
 (für Ratsuchende aus München)
 Träger: Gesundheitsladen München e.V.
 Waltherstr. 16a, 80337 München
 Tel: 089/772565, Fax: 7250474
 Beratung: Mo 10 - 13 und 16 - 19 Uhr, Mi bis Fr 10 - 13 Uhr u.n.V.

München 2: Unabhängige Patientenberatung Deutschland
Beratungsstelle München für Oberbayern
 (für Ratsuchende aus der Region)
 Träger: Gesundheitsladen München e.V.
 Waltherstr. 16 a, 80337 München
 Tel: 089/18913722, Fax: 7250474
 Beratung: Mo 9 - 13, Di 14 - 18, Mi 15 - 19, Do 10 - 14 Uhr u.n.V.

Augsburg: Unabhängige Patientenberatung Schwaben
 (für Ratsuchende aus Schwaben)
 Träger: Gesundheitsladen München e.V., VdK Bayern Bezirk Schwaben
 Alfrwald 7, 86150 Augsburg
 Tel: 0821/20920371
 Beratung: Mo 9 - 12, Mi 13 - 16 Uhr (nur telefonisch)

Nürnberg:
Unabhängige Patientenberatung Deutschland
Beratungsstelle Nürnberg
 Träger: Förderverein Unabhängige Patientenberatung Nürnberg e.V.
 Königstr. 56/58 (Eingang Klaragasse), 90402 Nürnberg
 Tel: 09 11/2427172, Fax: 2427174
 Beratung: Mo + Do 9 - 13, Di 13 - 17, Mi 14 - 18 Uhr u.n.V.
 Beratung, Russisch: Tel: 0911/56902348, Di 13-17+ Do 9-13 Uhr

Email-Adressen der ordentlichen Mitglieder:

xxx@patientenstellen.de
 (xxx ersetzen durch den jeweiligen Ort)



Weitere Infos

zur BAGP bekommen Sie im Internet unter www.bagp.de oder bei der **BAGP-Geschäftsstelle im Gesundheitsladen München e.V.**
 Waltherstr. 16a, 80337 München
 Tel: 089/76755131, Fax: 089/7250474
 mail@bagp.de. Bitte legen Sie Ihrer Anfrage einen mit 1,45 € frankierten Rückumschlag bei.



BAGP – unabhängige „PatientInnenlobby“

Die BAGP ist eine Dachorganisation für neutrale und unabhängige Einrichtungen der Patientenberatung und Interessenvertretung für PatientInnen.

Sie wurde 1989 von PatientInnenstellen und -initiativen gegründet, um Ressourcen und Kompetenzen zu bündeln und um gemeinsam effektiver agieren zu können.

Schwerpunkte der Arbeit liegen in den Bereichen:

- Patienteninformation
- Patientenberatung
- Patientenvertretung
- Patientenbeschwerde
- Patientenunterstützung

Ziele der BAGP sind u.a.:

- Stärkung der PatientInnensouveränität und des PatientInnenschutzes
- Abbau von Hierarchien im Gesundheitswesen
- gesundheitspolitische Beteiligung
- Verbesserung der Patientenfreundlichkeit von Kostenträgern und Anbietern

Dies geschieht über u.a.:

- unabhängige und qualitätsgesicherte Beratung
- Veröffentlichung von qualitätsgesicherten Informationen und Stellungnahmen
- Auswertung der Arbeit und Rückmeldungen ins System
- Mitwirkung in gesundheitspolitischen Gremien, Öffentlichkeitsarbeit, Lobbyarbeit

Die Finanzierung der Beratungsstellen erfolgt über Spenden und Regelförderung (z.B. Kommunen, § 65 b Sozialgesetzbuch V).

Die BAGP vertritt - als eine der im §140f SGB V benannten Organisationen - Patienteninteressen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Den vereinsrechtlichen Rahmen der BAGP bildet die gemeinnützige GesundheitsAkademie e.V. Bielefeld.



Unabhängigkeit...

... von Ärzten, Industrie und Kostenträgern, von weltanschaulichen oder therapeutischen Richtungen. Sie ist Voraussetzung für ein neutrales und patientengerechtes Informations-, Beratungs- und Vertretungsangebot.



Was machen PatientInnenstellen ?

Die Mitgliedsorganisationen (Adressen siehe Rückseite) der BAGP bieten vor Ort Anlaufstellen für ratsuchende BürgerInnen und PatientInnen.

Seit 2006 bieten die meisten PatientInnenstellen der BAGP Beratung im Rahmen der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an.

Arbeitsinhalte der PatientInnenstellen sind:

- Kostenlose, qualitätsgesicherte Information und Beratung bei Problemen mit dem Gesundheitswesen und bei Beschwerden über Mängel in der Gesundheitsversorgung, über Ärzte und Krankenkassen, z.B. bei Verdacht auf Behandlungsfehler
- Aufklärung über PatientInnenrechte und Stärkung der Gesundheitskompetenz der PatientInnen
- Kooperation mit anderen Einrichtungen der PatientInnen-Unterstützung (z.B. Selbsthilfe oder PatientenfürsprecherInnen), kommunalen Institutionen, Krankenkassen u.a.



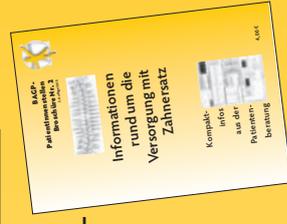
Die Geschäftsstelle der BAGP...

...hat ihren Sitz im Gesundheitsladen München e.V. Sie bietet ein bundesweites Infotelefon und ist erste Ansprechpartnerin für überregionale Anfragen sowohl von Einzelpersonen, als auch der Presse, Verbänden, Politik und Verwaltung.

Eine Auswahl von Veröffentlichungen:



„PatientInnenrechte/Ärztlichkeiten“, Informationen zur ärztlichen Behandlung und zum Thema Verdacht auf Behandlungsfehler, München 2013, 3,- €



„Informationen rund um die Versorgung bei Zahnersatz“, Schwierigkeiten, Rechtsfragen, München 2015, 4 €

Infos der BAGP zu folgenden Themen:

0,50 € (+ Porto + Verpackung 1,-€)

- Zahnersatz 2005:
- Befundorientierte Festzuschussregelung
- Tipps für die Anwaltssuche im Medizinrecht
- Einsichtsrecht in Patientenunterlagen
- Die ärztliche Aufklärung
- Gesetzlich versichert - privat bezahlen?
- Gesundheitsreform 2007
- Konflikte mit der Krankenkasse
- Gesundheitsfonds 2009
- Arbeitsunfähig - was tun? (1 €)
- Gesundheitsreform 2011 (1 €)
- Gesundheitsreform 2012

