

Behandlungsfall: Die privaten Versicherer prüfen mehr als GOZ

„Mit den Versicherern hat man nur Ärger. Es ist unglaublich, wie viel Schriftwechsel zu führen ist, bis der Patient endlich sein Geld bekommt. Manchmal geht er auch leer aus. Die Versicherer kassieren gerne Beiträge, aber zahlen wollen sie nicht.“ So ist der Eindruck in vielen Praxen.

Text Gabriele Bengel

In diesem Zusammenhang wird oft vergessen, dass die Mehrzahl der Leistungsfälle problemlos erledigt wird. In Erinnerung bleiben nur Fälle, bei denen der Versicherer mehrfach Unterlagen anforderte, ein Gutachten beauftragte oder die Leistung ganz verweigerte. Im Folgenden bekommen Sie Hintergrundinformationen, damit Sie künftig Einzelfälle leichter nachvollziehen können.

Gleiches Prüfungsschema bei allen Versicherern

Grundsätzlich dürfen Versicherer nur Leistungen erbringen, die in den allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Tarifbedingungen festgelegt sind. Geprüft werden die folgenden fünf Punkte:

1. Besteht überhaupt Versicherungsschutz?
2. Gehört die Behandlung zum versicherten Leistungsbereich?
3. Sind die Antragsfragen korrekt beantwortet?
4. Ist die Behandlung medizinisch notwendig?
5. Entspricht die Abrechnung den GOZ-Bestimmungen?

Prüfung der Deckung ist einfach

Zur Deckungsprüfung gehören die Punkte 1 und 2. Hier prüfen die Sachbearbeiter, ob der Patient versichert ist. Wenn es der Versicherte versäumt hat seinen Beitrag zu bezahlen und auch nicht auf eine Mahnung des Versicherers reagiert, dann hat er den Versicherungsschutz verloren und der Leistungsfall wird ohne weitere Prüfung abgelehnt. Auch die Prüfung, ob eine Behandlung grundsätzlich versichert ist, ist einfach. Es gibt vier Leistungsbereiche: Zahnersatz, Zahnbehandlung, Prophylaxe und Kieferorthopädie. Hat Ihr Patient zum Beispiel nur den Teilbereich Zahnersatz versichert, kann er für die professionelle Zahnreinigung keine Leistung erwarten.

Verletzung der Anzeigepflicht

Diese Prüfung wird in der Regel bei Behandlungsfällen in den ersten fünf Jahren nach Vertragsabschluss vorgenommen. Der Versiche-

rer kann vom Vertrag zurücktreten, wenn Ihr Patient Antragsfragen falsch beantwortet hat. Außerdem ist er leistungsfrei, wenn falsch angezeigte Umstände ursächlich für den Behandlungsfall sind. Immer wieder versichern sich Patienten erst dann, wenn die Behandlungsbedürftigkeit bereits dokumentiert ist. Zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor Betrug sind die Versicherer verpflichtet solche Fälle zu prüfen. Dafür brauchen sie die Auskunft der Praxis beziehungsweise Einsicht in die Patientenakte.

Streitfall: Medizinische Notwendigkeit

In allen Versicherungsbedingungen steht, dass medizinisch notwendige Behandlungen versichert sind. Dazu gehören nicht rein kosmetische Maßnahmen. Zweifelt der Versicherungsmitarbeiter an der medizinischen Notwendigkeit, wird er Unterlagen, wie Röntgenbilder, anfordern und diese einem Zahnarzt zur Einschätzung vorlegen. Manchmal wird auch ein Gutachter eingeschaltet.

Zuletzt: GOZ-Prüfung

Nach positiver Prüfung der ersten vier Punkte wird die Abrechnung mit der GOÄ und GOZ abgeglichen. Auch hier kann es Unstimmigkeiten geben - besonders nach Verabschiedung einer neuen GOZ. Dann braucht es zwei bis drei Jahre, bis Unklarheiten beseitigt sind.

Mehrzahl der Fälle reibungslos

In Deutschland wurden 13,5 Millionen Zahntarife abgeschlossen und private Versicherer haben 2012 rund 3,6 Milliarden Euro an Leistungen ausbezahlt.¹ Das zeigt die Bedeutung der privaten Versicherung für Kassenpatienten und relativiert die Vermutung, Versicherer würden ihrer Leistungspflicht nicht nachkommen wollen.

Die Autorin steht für Fragen per E-Mail zur Verfügung. *re*

¹: PKV-Zahlenbericht 2012

gabriele.bengel@todentta.de