

# Grundzüge der Abrechnung

Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen stellt eine neue Herausforderung für Existenzgründer dar. Sinnvoll ist, sich schon zu Beginn intensiv mit der Abrechnungsmaterie zu beschäftigen – denn die Leistungspotenziale sind überraschend hoch. Grundsätzlich ist zwischen der Abrechnung von Kassenleistungen nach BEMA (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) und Privatleistungen nach GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) zu unterscheiden.

Thomas Voeste, Geschäftsführer der voeste+kollegen GmbH

Kassenleistungen werden in einzelnen Gebührenpositionen aufgeführt und über eine Praxissoftware erfasst. Die Eintragung erfolgt meist schon während der Behandlung. In jedem Fall ist es aber sinnvoll, spätestens zum Ende des Leistungstages die Vollständigkeit der Erfassung zu kontrollieren.

## Abrechnung von Kassenleistungen nach BEMA

Der Praxisinhaber hat seine Kassenleistungen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu erbringen. Die Leistungen müssen gemäß § 12 SGB V in ausreichender, wirtschaftlicher und zweckmäßiger Art und Weise erbracht werden.

### Der Punktwert

Im BEMA sind die Behandlungen aufgelistet, deren Kosten die gesetzliche Krankenkasse im Rahmen ihrer Leistungspflicht ganz oder teilweise übernimmt. Dabei hat jede Leistung eine bestimmte Punktzahl, die mit dem jährlich neu festgesetzten Punktwert multipliziert wird. Der Punktwert wird zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) eines jeden Bundeslandes und den gesetzlichen Krankenkassen verhandelt und festgelegt. Daraus ergibt sich das Honorar des Zahnarztes.

### Leistungsarten

Die Abrechnung des BEMA ist in unterschiedliche Leistungsarten unterteilt. Diese sind konservierende und chirurgische Leistungen (Kons-Chir), Parodontalbehandlungen (PAR), Kieferbruchbehandlungen (KBR) und Zahnersatz (ZE).

Konservierende und chirurgische Leistungen werden je Behandlung dokumentiert

und quartalsweise bei der KZV eingereicht. Parodontal- und Kieferbruchbehandlungen werden vorab bei der Krankenkasse mit Hilfe eines Planes eingereicht und von der Krankenkasse genehmigt. Die Genehmigung muss vor Behandlungsbeginn in der Praxis vorliegen. Bei den Leistungsarten handelt es sich fast ausschließlich um budgetierte Leistungen. Ausgenommen sind Individualprophylaxe (IP) und Früherkennungsleistungen (FU). Diese müssen als Privatleistungen abgerechnet werden.

Die Leistungsarten Kons-Chir, PAR und KBR werden pro Quartal in einer Gesamtvergütung zusammengefasst. Die Vergütung erfolgt insgesamt in vier Abschlägen und wird stetig überprüft und angepasst. Dreimal im Quartal erhält der Zahnarzt einen monatlichen Abschlag von jeweils 25 Prozent der Abschlagsbasis. Im ersten Monat des übernächsten Quartals erfolgt die Rest-Zahlung des zu vergütenden Honorars.

Die Zahnersatz-Abrechnung verläuft etwas anders. Zahnersatz und Reparaturen werden durch die gesetzliche Krankenkasse fest bezuschusst. Die Ermittlung des Festzuschusses erfolgt auf Basis des Befundes und orientiert sich dabei am Wirtschaftlichkeitsgebot. Bei der Bestimmung des Festzuschusses sind auch die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahnung zu berücksichtigen. Wünscht der Patient höherwertige Leistungen, die über diese Regelversorgung hinausgehen, muss er die zusätzlichen Kosten selbst tragen. In welcher Form der Zahnersatz und die Thera-

**Maximen der KKV-Abrechnung**

1. Lernen Sie Ihre Honorarverteilungsmaßstäbe kennen.
2. Erfassen Sie alle erbrachten Leistungen genau und prüfen Sie dieses nach.
3. Überprüfen Sie die KZV-Abrechnung nach Eingang.
4. Bauen Sie Ihr Leistungsangebot für Zahnersatz aus.
5. Prüfen Sie, welche Zuzahlerleistungen für Sie möglich sind.
6. Nutzen Sie Beratungsangebote der KZV.

pieplanung schlussendlich geplant werden, liegt an der Beratung des Zahnarztes und den Wünschen des Patienten. Der Zahnarzt ist verpflichtet, dem Patienten die verschiedenen Alternativen der Versorgung vorzustellen.

Bei der Abrechnung werden alle Begleitleistungen, die auch bei einer Regelversorgung anfallen, nach BEMA und Bundeseinheitlichem Leistungsverzeichnis (BEL) abgerechnet. Alle Leistungen, die durch die höherwertige Versorgung entstehen, werden nach GOZ und Bundeseinheitlicher Benennungsliste (BEB) abgerechnet. Dadurch entsteht je nach Versorgungsart eine Mischabrechnung oder eine reine Privatabrechnung. Eine Versorgung, die über die Regelversorgung hinaus geht, nennt man gleichartig oder andersartig.

Grundsätzlich muss der Heil- und Kostenplan vor der Behandlung bei der gesetzlichen Krankenkasse eingereicht und genehmigt werden. Die Abrechnung erfolgt, außer im Falle einer Direktabrechnung, monatlich über die KZV. Die Festzuschüsse sind unbudgetierte Honorare, die Mehrkosten trägt der Patient.

**Der Honorarverteilungsmaßstab**

Das Gesamtbudget wird auf Basis des festgesetzten Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) von der KZV an die Vertragszahnärzte verteilt. Dieser ist in § 85 Abs. 4 SGB V geregelt.

Der HVM ist KZV-individuell. Jedoch sind die budgetierten und unbudgetierten Leistungen in jeder KZV gleich. Zu den budgetierten Leistungen zählen Kons/Chir, PAR, KBR, sowie KFO ohne Material und Laborkosten. Unbudgetierte Leistungen sind Festzuschüsse, IP/FU, alle Leistungen „sonstige Kostenträger“ (Polizei, Feuerwehr etc.) und Privat-Leistungen.

Das individuelle HVM-Praxisbudget lässt sich mit verschiedenen Maßnahmen verbessern: So kann etwa ein Recall-System eingeführt werden, um die Fallzahl zu erhöhen. Auch die Aufsplittung umfangreicher Sanierungsfälle auf zwei oder mehr Quartale ist möglich.

Grundsätzlich sollten Praxisinhaber das HVM-Praxisbudget stets beobachten, um einerseits eine gute Auslastung sicherzustellen und andererseits hohe Budgetkürzungen zu vermeiden.

**Hinweis:** Für Praxisgründer existiert in manchen KZVen eine sogenannte Jungzahnarztregelung. Diese ist im Detail bei der jeweiligen KZV zu erfragen.

**Die Abrechnung nach GOZ**

Zahnärztliche Leistungen, die nicht im BEMA enthalten sind, sowie Behandlungen von Privatversicherten werden nach der GOZ abgerechnet. Vereinzelt verwendet man auch Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

**Kalkulation des Honorars**

Die private Gebührenordnung weist für jede Behandlung einen Basisbetrag zur Kalkulation des Honorars aus, den sogenannten Einfachsatz (1,0). Er liegt deutlich unter den Sätzen des BEMA, jedoch ist es möglich, den individuellen Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad einer Behandlung bei der Abrechnung zu berücksichtigen.

Dazu sind Steigerungsfaktoren angegeben, mit denen der Einfachsatz multipliziert wird. Der 2,3-fache Gebührensatz bildet eine Behandlung ohne Komplikationen ab. Für schwierige Behandlungen kann der Faktor bis zu 3,5 betragen, in Ausnahmefällen sogar darüber liegen.

Wird der 3,5-fache Satz überschritten, muss dies mit dem Patienten gemäß einer Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 schriftlich vereinbart werden. In der Vereinbarung müssen neben § 2 Abs. 1 und 2, die Nummer und Bezeichnung der Leistung, der vereinbarte Steigerungssatz und der sich daraus ergebende Betrag sowie die Feststellung enthalten sein, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Da der Behandlungsvertrag mit dem Patienten unabhängig von dessen Versicherungsstatus entsteht, ist, juristisch gesehen, die Höhe der Rückerstattung für den Patienten irrelevant. Dennoch sind viele Zahnärzte dazu übergegangen, die mögliche Kostenerstattung in der Abrechnung zu berücksichtigen. Dies wiederum ist in der Berufspolitik umstritten, da durch diese Form der Selbstzensur letztlich eine Verbilligung der zahnärztlichen Leistung entsteht.

### **Abrechnung von Privatleistungen für gesetzlich Versicherte**

In der Abrechnung von Privatleistungen für gesetzlich Versicherte liegen entscheidende Ertragspotenziale für die Praxis. Denn die GOZ enthält einen umfangreichen Leistungskatalog, in dem nicht nur Standardleistungen zu finden sind, sondern auch aufwändige Diagnose- und Therapiemethoden. Aus Kostengründen kann die gesetzliche Krankenkasse diese aufwändigen Behandlungen

nicht anbieten. Gesetzlich Versicherten steht es jedoch frei, diese dennoch in Anspruch zu nehmen. Der Zahnarzt ist sogar verpflichtet, diese Leistungen in der Beratung anzubieten. Entscheidet sich der Kassenpatient für eine Behandlung, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, dann ist die Privatbehandlung schriftlich mit dem Patienten zu vereinbaren. Der Patient zahlt die Rechnung dann direkt an den Zahnarzt.

### **Einbindung von privaten Verrechnungsstellen**

Grundsätzlich gelten in der Privatabrechnung die gleichen Regeln wie in der Kassenabrechnung, insbesondere was die sorgfältige Dokumentation in der Praxissoftware betrifft. Hinzu kommt in diesem Bereich, dass private Verrechnungsstellen wesentliche Unterstützung in der Privatabrechnung anbieten und die Abrechnungssumme häufig bevorschussen. So hat der Existenzgründer deutlich höhere Sicherheit und schnelleren Zahlungsfluss.