

Formvorgaben aus dem BMV-Z

AUTOR: DR. CHRISTIAN ÖTTL

Der gangbare Weg. Seit dem 1. Juli 2018 gilt der neue Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z). Der alte BMV-Z und der Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z) wurden zusammengefasst, die Formalia überarbeitet und teilweise neu gestaltet. Deshalb muss man im Hinblick auf die Patientenrechte der wirtschaftlichen Aufklärungsverpflichtung nachkommen.



BMV-Z § 8 Abs. 7: „Der Vertragszahnarzt rechnet gegenüber dem Versicherten die Eigenanteile an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen und der kieferorthopädischen Behandlung sowie die Mehrkosten für Zahnfüllungen nach § 28 Absatz 2 Satz 2 SGB V und für Zahnersatz und Zahnkronen nach § 55 Absatz 4 und 5 SGB V ab.

Im Übrigen darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, solange der Versicherte die gültige elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht vorlegt oder die Anspruchsberechtigung nicht auf andere Weise nachweist, oder wenn und soweit der Versicherte ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden.

Verlangt der Versicherte eine Behandlung auf eigene Kosten, soll hierüber vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versi-

cherten getroffen werden; darin soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, bestätigen lassen.“

Es geht um Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten sind, wenn die Behandlungsmaßnahme gesetzlich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist, also zum Beispiel KFO-Behandlung für Erwachsene, Individualprophylaxe für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, professionelle Zahnreinigung, FAL/FTL und Implantologie (soweit keine Ausnahme nach § 28 Abs. 2 SGB V).

Auf der nächsten Seite sehen Sie ein Formblatt, dass Sie benutzen können, wenn die Behandlung als Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen nicht als vertragszahnärztliche Leistung

Vereinbarung einer Privatbehandlung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z

Ich bin von meiner(m) Zahnärztin/Zahnarzt über die ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlungsmethoden im Rahmen der Kassenversorgung und über Behandlungsalternativen aufgeklärt worden. Ich wurde von meiner(m) Zahnärztin/Zahnarzt darauf hingewiesen, dass die nachfolgend beschriebenen zahnärztlichen Leistungen

- nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen enthalten sind *¹
- nicht den Richtlinien der vertragszahnärztlichen Versorgung entsprechen *²
- über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistung hinausgehen (nicht richtlinienkonform) *³
- auf Wunsch des Patienten erbracht werden *⁴

und deshalb nicht von der Krankenkasse übernommen bzw. bezuschusst werden. Ich wünsche daher, diese Leistungen auf eigene Kosten in Anspruch zu nehmen und vereinbare hiermit mit der Zahnärztin/dem Zahnarzt, dass sie/er folgende Leistungen gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen soll:

Zahn	GOZ-Nr. GOÄ-Nr. GOZ analog GOÄ analog	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Steigerungsfaktor	Euro-Betrag
Zuzüglich zahntechnische Leistungen, Labor- und Materialkosten, Auslagen					
Voraussichtliche Gesamtkosten ca					

Bei den aufgeführten Leistungen (falls zutreffend bitte ankreuzen)

- gemäß beigefügten Heil- und Kostenplan wie oben vereinbart
- handelt es sich um:
- medizinisch nicht notwendige Leistungen gem. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ § 2 Abs. 3 GOZ (Verlangensleistung, ggf. analog)
- eine selbständige zahnärztliche Leistung gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 GOZ (Analogleistung nach der GOZ)
- eine selbständige zahnärztliche Leistung gem. § 6 Abs. 1 Satz 2 GOZ (Analogleistung nach der GOÄ)

Ich verpflichte mich, die aufgeführten Kosten selbst zu tragen, wobei ich von meinem Zahnarzt darüber unterrichtet worden bin, dass eine Erstattung der Bezuschussung der Vergütung oben genannter Leistungen durch meine Krankenkasse oder sonstige Erstattungsstellen nicht gewährleistet ist.

Ort/Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Unterschrift Versicherte/r

*1 NICHT IM LEISTUNGSKATALOG DER GESETZLICHEN KASSEN ENTHALTEN SIND

- Wenn die Behandlungsmaßnahme gesetzlich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist
 - z. B. KFO-Behandlung für Erwachsene, Individualprophylaxe für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben,
 - Professionelle Zahnreinigung,
 - Gnathologie,
 - Implantologie (soweit keine Ausnahme nach § 28 Abs. 2 SGB V).
- Wenn die Behandlungsmaßnahme als neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen noch nicht als vertragszahnärztliche Leistung anerkannt ist,
 - (z.B. Speicheltest, Membrantechnik, DVT).
- Wenn die Behandlungsmaßnahme in den Beschreibungen und Bewertungen der abrechnungsfähigen vertragszahnärztlichen Leistungen im BEMA nicht enthalten sind:
 - obsolete Leistungen (z.B. Oberflächenanästhesie)
 - ohnehin nicht im Bema enthalten (z.B. Elektrometrische Längenbestimmung)
 - weder in der GOZ noch in der GOÄ enthaltene Leistungen (z.B. Bleaching).

*2 NICHT DEN RICHTLINIEN DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG ENTSPRECHEN

Wenn die Behandlung gegen die Richtlinien der vertragszahnärztlichen Versorgung verstößt

- z. B. Wurzelbehandlung bei ungünstiger Prognose,
- Freidendbrücken in Schatlücken im Molarenbereich,
- grundsätzlich mikrobiologische Diagnostik,
- lokale Antibiotikatherapie

*3 ÜBER DAS MASS DER AUSREICHENDEN, ZWECKMÄSSIGEN UND WIRTSCHAFTLICHEN LEISTUNG

HINAUSGEHEN (NICHT RICHTLINIENKONFORM)

- Wenn die Behandlungsmaßnahme dem in den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen konkretisierten Wirtschaftlichkeitsgebot nicht entspricht.
- z. B. mehr als 3 medikamentöse Einlagen (Nr. 34 – Med) bei Wurzelbehandlung)
- Anästhesie, die nicht dringend erforderlich ist
- Zahnsteinentfernung mehr als einmal pro Kalenderjahr

Achtung:

Wenn die Behandlungsmaßnahme unter eine der gesetzlichen Mehrkostenregelungen fällt, ist nicht das All-in-One-Formular anzuwenden, sondern für diese Sonderkonstellationen gilt das Mehrkostenformular für Füllungen (Füllungstherapie), das Mehrkostenformular (HKP Teil 2) für prothetische Leistungen, das Mehrkostenformular für endodontische Leistungen (siehe IKK und (neu) AOK, das Mehrkostenformular für Kieferorthopädie (AOK, IKK, LKK)

*4 AUF WUNSCH DES PATIENTEN ERBRACHT WERDEN

Wenn und sofern der Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden (Verlangensleistungen, d. h. zahnmedizinisch nicht notwendige Leistungen)

- z.B. Austausch von intakten Amalgamfüllungen
- Bleaching soweit ohne medizinische Indikation
- Veneer aus ästhetischen Gründen