

## **Erläuterungen zum Kostenvoranschlag**

Die vorliegenden Erläuterungen erfolgen insbesondere, um schon vor Beginn der Behandlung die Grundlagen für eine vernünftige Abwicklung der Behandlungsabrechnung Ihnen, als auch gegenüber Ihrer Versicherung zu erläutern, um damit unnötige und zeitaufwendige Diskussionen im nachhinein zu vermeiden. Wir bitten Sie daher diese aufmerksam durchzulesen und am Ende zu unterschreiben.

Im Einzelnen erscheinen uns folgende Punkte daher als Hinweis wichtig:

### **1. Notwendigkeit der hier vorliegenden Behandlung:**

Der beiliegende Kostenvoranschlag stellt das Ergebnis einer genauen Überprüfung Ihrer Situation dar und wurde in Zusammenarbeit mit Ihnen sowie und unserer persönlichen Erörterung erstellt. Die hier vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen sind nach unserer Analyse medizinisch notwendige Maßnahmen, um Ihnen auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, als auch unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen, die bestmögliche Behandlung zur Verfügung zu stellen.

Der Kostenvoranschlag (Heil- und Kostenplan) wurde außerdem aufgrund der vorliegenden Befunde und der geplanten Behandlung erstellt. Alle soweit vorhersehbaren Leistungen sind aufgeführt. Nicht vorher zu erkennende Umstände bei der Behandlung sowie im Laufe der Behandlung zusätzlich notwendige Leistungen werden zusätzlich gesondert berechnet. Dieser Kostenvoranschlag enthält nicht nur obligate, sondern auch fakultative Leistungen, welche zur genaueren Kostenanalyse in die Therapieplanung mit einbezogen wurden.

Wir legen besonderen Wert darauf, dass hier nicht schlicht die teuerste Behandlung angesetzt wurde, sondern die Methode und Behandlungsart, die Ihrer persönlichen Situation unter Berücksichtigung aller wesentlichen Kriterien am besten Rechnung trägt. Insbesondere soll auch nicht nur höchste Präzision, sondern auch eine nach derzeitigem Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft und Technik bestmögliche Langzeitprognose realisiert werden.

Wie Sie sicher wissen, besteht hier bei Privatpatienten gegenüber dem bei der gesetzlichen Krankenkasse versicherten Patienten ein größerer Spielraum, der dennoch in gewissen Bindungen verläuft. Diese haben wir berücksichtigt. Die von uns ausgewählten Behandlungsmethoden sind unserer Ansicht nach notwendig, aber auch am optimalsten geeignet, um Ihre Versorgung, soweit medizinisch möglich, abzusichern.

### **2. Rechtsverhältnis:**

Zwischen dem privat krankenversicherten Patienten und dem Versicherungsgeber (PKV) besteht eine privatrechtliche Beziehung, der sogenannte Versicherungsvertrag. Aus diesem Versicherungsvertrag schuldet der Versicherungsgeber (PKV) dem Patienten bei Eintritt des Versicherungsfalles als vertragliche Hauptpflicht den Ersatz von Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen (Kostenerstattung, Tarifleistungen). Der Versicherte (Patient) schuldet seiner PKV als vertragliche Hauptpflicht den sogenannten Versicherungsbeitrag. Daneben bestehen eine Reihe von Nebenpflichten, z.B. Auskunfts- und Mitwirkungspflichten. Die Höhe der Kostenerstattung ist unter anderem auch abhängig vom Umfang des vereinbarten Versicherungsschutzes zwischen Ihnen und Ihrer Versicherung.

Wir müssen Sie jedoch darauf hinweisen, dass wir auf Ihr Rechtsverhältnis zu Ihrem Kostenträger keinen Einfluss nehmen können. Oben genanntes entspricht den Rechtsbeziehungen zwischen Patient und PKV. Ein Rechtsverhältnis zwischen Zahnarzt und PKV gibt es nicht.

Zurückliegende Erfahrungen zeigen leider, dass bei der Kostenerstattung durch private Krankenversicherungen und durch Beihilfestellen sehr häufig Schwierigkeiten auftreten. Die Gründe hierfür liegen in der Verschiedenheit der beiden im Rahmen der Privatbehandlung zu berücksichtigenden und streng voneinander zu trennenden Rechtsbeziehungen.

Das führt dazu, dass von Seiten der kostenerstattenden Stellen mitunter abweichende Interpretationen, Forderungen und teilweise subjektive Aussagen im Rahmen der Bearbeitung von Liquidationen und Behandlungsplänen getroffen werden, die dann häufig im Widerspruch zu den zahnärztlichen Auffassungen zur Gebührenordnung stehen. Das Bundesaufsichtsamt für Versicherungswesen, das diesbezüglich von der Zahnärztekammer hierzu angeschrieben wurde, teilte

dazu mit: "Dies ist sicherlich unschön, entzieht sich jedoch weitgehend der Einflussnahme durch die Aufsichtsbehörde".

Im Falle solcher Widersprüche kann der Patient von seinem Zahnarzt jedoch nicht erwarten, dass dieser seine Liquidation nach den Vorstellungen der kostenerstattenden Stellen ausfertigt. Denn, wie bereits erwähnt, sind Liquidationserstellung und Liquidationserstattung zwei voneinander rechtlich getrennt zu sehende Vorgänge.

Für Sie bedeutet dies, dass in Einzelfällen unter Umständen leider keine oder nur eine teilweise Erstattung der in der zahnärztlichen Liquidation aufgeführten Honorare und Gebührenpositionen durch Ihre private Krankenversicherung oder Ihre Beihilfe gewährleistet ist.

Oft wird hierbei - beabsichtigt oder nicht, sei dahingestellt - von kostenerstattender Seite der Eindruck erweckt, es sei falsch oder unzulässig berechnet oder die Höhe des Honorars sei auf unzulässige Weise bestimmt worden. Diese Einsprüche belasten überflüssiger Weise das Vertrauensverhältnis zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt.

Wichtig für Sie ist, dass die Regelungen der Kostenerstattung durch private Krankenversicherungen oder durch Beihilfestellen keinesfalls bei der Erstellung einer zahnärztlichen Liquidation berücksichtigt werden können. Die Verschiedenheit der Rechtsbeziehungen ist hierfür maßgeblich

### **3. Abrechnungsgrundlage und Steigerungsfaktoren:**

Die Kosten der Behandlung sind gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ-1988) innerhalb des dort vorgesehenen Rahmens vorausberechnet.

Im Kostenvoranschlag ist eine Überschreitung des Regelsatzes (2,3) nur geschätzt. Der jeweilige Steigerungssatz der einzelnen Leistung kann erst nach der Erbringung endgültig festgelegt werden. Innerhalb des Gebührenrahmens können die Steigerungssätze / Faktoren je nach Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung variieren. Da der Faktor 2,3 lediglich dem einfachen, nicht individuellen Standard entspricht, berechnen wir nach unserem Qualitätsanspruch oder erhöhten Aufwand bzw. Schwierigkeitsgrad bis zum 3,5-fachen Steigerungsfaktor. Besondere Umstände bei der Behandlung wie z.B. die Anwendung aufwendiger und/oder neuer Methoden oder außergewöhnlich teurer Materialien führen zu einer Erhöhung des Steigerungssatzes. Im Behandlungsverlauf kann sich daher der Faktor nach oben oder unten verändern. Wir werden selbstverständlich zu zahnärztlichen Leistungen, bei denen der 2,3-fache Satz überschritten wird, wie in § 10 Abs. 3 GOZ vorgesehen, in der Liquidation eine entsprechende Begründung angeben. Allerdings werden Faktorbegründungen gemäß § 5 Abs. 1 u. 2 GOZ nach billigem Ermessen individuell vom Zahnarzt festgelegt.

Einige Patienten haben aus Kostengründen mit ihrer Privatkrankenversicherung einen Vertrag abgeschlossen, welcher lediglich nur bis zum 1,8- oder 2,3-fachen Faktor eine vollständige Kostenübernahme vorsieht. In diesem Fall kann es zu einem Differenzbetrag zwischen der Rechnungssumme und der Kostenübernahme durch Ihre Beihilfestelle kommen, welcher dann von Ihnen selbst zu bezahlen ist.

### **4. Analog-Positionen:**

Zum weiteren Verständnis ist auszuführen, daß die zugrundeliegenden Gebührenordnungen, (GOZ und GOÄ) zwar zwischenzeitlich auch in Teilbereichen abgeändert oder dem Stand der modernen zahnmedizinischen Wissenschaft angepasst wurden, jedoch zwangsläufig als bundeseinheitliche Regelung für alle Behandlungsmaßnahmen nicht jede Detailproblemstellung berücksichtigen können. Dem steht außerdem eine rasante Entwicklung der Technologien, insbesondere im operativen Bereich der Implantologie, entgegen. Da dieser Bereich, verglichen mit dem Gesamtfeld medizinischer Behandlungsmaßnahmen, sehr klein und andererseits hochspezialisiert ist, können die hier notwendigen Besonderheiten in solchen Gebührenordnungen nicht individuell und vollständig berücksichtigt werden.

Die Analogberechnung ist also für neue, wissenschaftlich abgesicherte Leistungen, welche in der GOZ aus dem Jahre 1988 nicht enthalten sind, vorgeschrieben. Die Analogabrechnung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ besagt, dass eine solche Leistung entsprechend einer Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der GOZ berechnet werden sollte. Hiermit wird eine leistungsgerechte Liquidation unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben insoweit möglich, als daß gleichwertige Leistungen des Gebührenverzeichnisses analog verwendet werden. Wenn Ihnen Ihre Krankenkasse die Erstattung auf diese gesetzlich vorgeschriebene Analogberechnung für wissenschaftlich neu entwickelte Leistungen verweigert, koppelt sie Sie damit vom zahnmedizinischen Fortschritt ab.

## 5. Besonderheiten zur Implantatversorgung:

Die Anzahl der von uns geplanten Implantate orientiert sich an der bei Ihnen vorliegenden Knochenmenge und – Qualität und erfüllt, auch unter Berücksichtigung der hier ausgewählten Behandlungsmethode, einerseits die Kriterien einer optimalen Langzeitprognose und andererseits den Grundsatz der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Hierbei ist hervorzuheben, daß das Ziel Ihrer Behandlung nicht sein kann, mit möglichst geringem Aufwand und möglichst wenigen Implantaten eine Notlösung zu erarbeiten, die nach relativ kurzer Zeit mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu dem Erfordernis einer Nachbehandlung führen kann. Vielmehr ist unser Ziel eine möglichst dauerhafte, beschwerdefreie Versorgung eines implantatgetragenen Zahnersatzes, der hohe Folgekosten dank der hier gewählten prothetischen Konstruktion, vermeidet.

## 6. Materialkosten

Grundsätzlich ist das übliche Sprechstundenmaterial mit den allgemeinen Gebühren abgedeckt und kann nicht gesondert geltend gemacht werden.

Anders die Arzneimittel, Verbandsmittel und sonstige Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind ( § 3 GOZ, § 10 GOÄ ).

Das bei Ihnen voraussichtlich verwendete **Camlog- Implantatsystem** der **Firma Altatec-Biotechnologies** zeichnet sich hinsichtlich seiner besonderen Qualität und Langzeiteffizienz aus. Wegen der damit verbundenen Erfordernisse an subtilster chirurgischer Technik, sorgfältigster steriler Oberflächenbehandlung, chirurgischem Vorgehen unter sterilen Bedingungen wie in der allgemeinen Chirurgie, muß auch die Ausstattung entsprechenden Erfordernissen genügen.

So rechnen wir üblicherweise, als nicht pauschal mitberücksichtigt, ein „steriles OP - Abdeckset“ und „Kosten für Implantatmaterialien und Einmalbohrer bzw. Bohrer“ ab. Dieses OP-Set ist auf die speziellen Erfordernisse individuell zusammengestellt, was für jeden Patienten die bestmögliche Sterilität sichert und somit den Erfolg der Behandlung verstärkt.

Des weiteren stellen wir entsprechend § 3 GOÄ einen Materialnebenkostenzuschlag in Rechnung. Dies deswegen, da wir die genannten Materialien entsprechend bevorraten, verwalten und finanzieren müssen. Dies ist schon deshalb nötig, um abzusichern, daß im Rahmen implantologischer Eingriffe auf verschiedene Implantattypen und Materialien zurück gegriffen werden kann. Ferner soll immer garantiert werden, daß durch Veränderungen während der Implantation stets auf die neue Situation mit dem jeweils entsprechenden optimalen Material reagiert werden kann.

Die damit verbundenen Mehrkosten sind unterschiedlich und werden als Nebenkostenaufschlag – nicht gewinnbringend sondern kostendeckend - zwischen 5% und 25% - hinzu gesetzt. Dies ist in den aufgeführten Kosten für Implantatmaterialien und Einmalbohrer bereits enthalten.

Etwaige Kürzungen von Materialkosten (wie z. B. Anästhesiemittel, sterile Einmalmaterialien, Fräsen, Bohrer und dergleichen) durch den Versicherungsträger gehen nicht zu Lasten des Zahnarztes und müssen dann gegebenenfalls von Ihnen selbst getragen werden.

## 7. Fälligkeit der Rechnungen und Rechnungslegung:

Unsere Rechnungsstellungen erfolgen nach Beendigung der jeweiligen Behandlungsschritte oder am Ende der Gesamtbehandlung. Diese sind 2 Wochen nach Rechnungsstellung zur Zahlung durch Sie fällig.

Die Höhe oder der Bestand des zahnärztlichen Honoraranspruchs ist unabhängig davon, ob und in welcher Höhe der Versicherer dem Patienten Kosten erstattet. Mit der Erfüllung des Behandlungsvertrages und mit ordnungsgemäßer Liquidationserstellung – und nicht erst nach Abwicklung des Kostenerstattungsverfahrens durch die Privatversicherung! – ist die Honorarforderung des Zahnarztes fällig. Für seine Auslagen an den Zahntechniker oder an das Eigenlabor darf der Zahnarzt schon vorab eine Akontozahlung (Vorauszahlung) in Höhe der im Heil- und Kostenplan bzw. Kostenvoranschlag (KVA) ausgewiesenen Material- und Laborkosten mit dem Patienten vereinbaren. Die von uns erstellte Privatliquidation wird gewissenhaft nach den Vorschriften der geltenden Gebührenordnung zusammengestellt und behält daher auch bis auf Widerruf durch uns Ihre Gültigkeit.

## 8. Zur ärztlichen Verschwiegenheit / Schweigepflicht:

Wir dürfen Sie darauf hinweisen, daß wir bekanntlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, was auch strafbewehrt ist. Wir werden also Angaben jedweden Dritten gegenüber nur nach schriftlicher Einwilligung von Ihnen machen. Dies auch deswegen, weil Sie möglicherweise Interesse daran haben, daß Details aus unseren Gesprächen oder der Behandlung eben nicht an Dritte weitergegeben werden.

Sollten also Unterlagen oder Stellungnahmen uns gegenüber angefordert werden, würden wir Sie jeweils vorher um Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht mit gesonderter schriftlicher Erklärung bitten müssen.

## 9. Zur Auswahl von Gutachtern:

Sollte es bei der Abstimmung mit Ihrer Versicherung bzw. Beihilfestelle Einwände hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit Ihrer Behandlung geben, so dürfte diese Fragestellung jederzeit durch einen objektiven und neutralen Sachverständigen im Sinne unserer obigen Ausführungen bestätigt werden. Hierbei ist jedoch zu beachten, daß im Gegensatz zu dem sog. Gefälligkeitsgutachten des von einer Versicherung engagierten Beratungszahnarztes - ein einzuschaltender Sachverständiger selbstverständlich neutral sein sollte. Das heißt also, dass der Gutachter entweder von der zuständigen Zahnärztekammer oder von einem Gericht auszuwählen und einzusetzen ist.

Sinnvoll ist es hierbei, daß sich solch ein objektiver Gutachter mit den Ausführungen eines möglicherweise von der Versicherung schon eigenständig eingeschalteten Parteigutachters (Beratungszahnarzt) auseinandersetzen kann, weswegen die von der Versicherung eingeholte Stellungnahme eines eigenen Gutachters Ihnen zur Verfügung gestellt werden sollte und von uns dann lt. § 178 m VVG angefordert wird.

## 10. Korrespondenz mit Erstattungsstellen:

Manche Erstattungsstellen sind dazu übergegangen, sich schon im Zusammenhang mit dem Kostenvoranschlag oder dann auch mit der Rechnungsstellung in umfangreichen Schriftsätzen hierzu zu ergehen. Nicht wenige Patienten lassen sich dadurch beeindrucken und bestehen dann nicht mehr auf Erstattung kritischer Positionen. Bedauerlicherweise ist es so, daß Versicherer im Zeitalter der EDV mit Textbausteinen arbeiten und grundsätzlich bei verschiedenen Gebührenpositionen oder Behandlungsplänen automatisch ohne weitere Prüfung diese ablehnenden Kommentare einfügen, um erst einmal zu versuchen, die Erstattungsansprüche im Vorfeld argumentativ einzuschränken.

Meist wird hier mit medizinischen Argumenten vorgegangen, die nur durch einen Sachverständigen, also Zahnarzt oder ggf. Arzt, überprüft werden können.

Wir als Ihre behandelnden Zahnärzte werden die Rechnungen in den entsprechenden Positionen im üblichen und erforderlichen Umfang in solchen Fällen für Sie kommentieren. Haben Sie aber bitte Verständnis, daß wir nicht in der Lage sind, mehr Zeitaufwand mit der Korrespondenz mit Ihrer Versicherung zu verbringen, als mit der Behandlung von Ihnen selbst! Dies ist sicherlich auch in Ihrem Interesse, da die Kostenstruktur einer Zahnarztpraxis es im Verhältnis zu den zu erlangenden Gebühren nicht zuläßt, statt der bestmöglichen Patientenversorgung, schriftliche Stellungnahmen zu erstellen.

Sollten Sie daher dennoch über die übliche Kommentierung hinaus eine Stellungnahme zu Ausführungen oder Einwänden der Versicherung von unserer Seite aus medizinischer Sicht wünschen, so müssen wir hierfür eine angemessene, zusätzliche Vergütung von Ihrem Versicherer oder von Ihnen verlangen, die zumindest den Zeitaufwand und die Kosten für das Schreiben je nach aufgewendeter Zeit, für Kopien von Röntgenaufnahmen, Behandlungsunterlagen und dergleichen berücksichtigt.

Bei der Erteilung derartiger Auskünfte in einem Versicherungsfall handelt es sich nämlich nicht um eine berufliche Leistung eines Arztes/Zahnarztes (nach § 1GOÄ). Da diese Auskunft an den Versicherer lediglich der Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers dient, müssen die entstehenden Kosten nach den §§ 612 und 670 BGB in Rechnung gestellt werden.

## 11. Abschließender Hinweis:

Abschließend erlauben Sie uns den Hinweis, daß wir Sie nicht mit Detailinformationen über medizinische Eingriffe überfrachten wollen. Über bestimmte, immer wiederkehrende Fragestellungen sollte nicht nur eine mündliche, sondern auch zum nochmaligen Nachlesen und zur Vorlage bei Ihrer Versicherung eine bestmögliche Aufklärung auch schriftlich vorliegen.

Inwieweit im Rahmen Ihres Versicherungsverhältnisses die im Raume stehenden Aufwendungen erstattet werden, können wir natürlich nicht abschließend beurteilen. Im Zweifelsfall muß mit gewissen Differenzen, die von Ihnen getragen werden müssen, gerechnet werden.

Wir sind aber überzeugt, daß dies bei der vorgesehenen Behandlungsmethode und dem damit Verbundenen, insbesondere dem Langzeiterfolg, mit Sicherheit nicht nur eine sinnvolle, sondern auch notwendige Investition im Sinne Ihrer Gesundheit darstellt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. K. Langowsky  
MSc. Dr. O. Tzscharnke

---

## Einverständniserklärung

Obige Ausführungen habe ich gelesen, verstanden und habe dazu keine weiteren Fragen mehr. Ich bestätige hiermit mit meiner Unterschrift die Kenntnisnahme und Anerkennung der Behandlungsvertragsbedingungen.

Ich wurde aufgeklärt, dass die Kosten für die Erstellung dieses Behandlungsplanes sowie für die Vorbehandlungen / Voruntersuchungen auch dann fällig werden, wenn die Behandlung nicht durchgeführt wird.

Ich bestätige hiermit, dass ich – entsprechend dem Urteil des OLG Köln vom 21.08.96, AZ: U 196/95 – auf die gegebenenfalls notwendige Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes hingewiesen wurde. Eine Behandlung zum 2,3-fachen Steigerungssatz ist wirtschaftlich und qualitativ hochwertig nicht immer möglich, da die GOZ-Punktwerte seit 1988 nicht angepasst wurden und somit der Schwellenwert bereits bei 3,4 – also am Höchstsatz – tangiert.

Der Abrechnung von Analogpositionen stimme ich ausdrücklich zu, da ansonsten durchzuführende Behandlungsschritte nicht vollbracht werden können.

Da möglicherweise eine Gesamterstattung durch meine Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle nicht in vollem Maße gewährleistet ist, verpflichte ich mich unabhängig vom Erstattungsbetrag, die entstehenden Kosten in voller Höhe zu übernehmen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_  
oder des Gesetzlichen Vertreters