

So prüfen Versicherer die Leistungsfälle

Gabriele Bengel über Wissenswertes und Hintergründe zum Umgang mit privaten Kranken- und Zusatzversicherungen (7)

Versicherer prüfen nicht nur privatärztliche Rechnungen. Sie prüfen auch Heil- und Kostenpläne (HKP), um dem Versicherten bereits vor Behandlungsbeginn mitteilen zu können, welche Erstattung er zu erwarten hat. In manchen Versicherungsbedingungen ist sogar vorgeschrieben, ab welchen voraussichtlichen Kosten vorab ein HKP vorzulegen ist. So verlangen zum Beispiel Barmenia und Janitos den HKP ab einem voraussichtlichen Gesamtaufwand von 1.000 Euro, die Württembergische will den HKP ab 1.500 Euro.

Alle drei Unternehmen haben in den Versicherungsbedingungen festgelegt, was bei Nichtvorlage passiert: Barmenia und Janitos kürzen ihre Erstattung für den über 1.000 Euro liegenden Betrag, die Württembergische halbiert für die gesamte Behandlung den Erstattungssatz. Andere Versicherer wie Allianz, DKV und CSS schreiben in ihren Versicherungsbedingungen nur, dass sie die Vorlage eines HKP vor Behandlungsbeginn empfehlen beziehungsweise „dringend anraten“. Für den Patienten ist es immer von Vorteil, wenn er den HKP einreicht. So hat er schon vor Behandlungsbeginn die Sicherheit, welchen Anteil an den Gesamtkosten er als Erstattung erwarten darf.

Prüfungsschema

Obwohl die einzelnen Versicherungsgesellschaften unterschiedliche Größe und Organisationsstruktur haben, werden Leistungsfälle grundsätzlich nach gleichen Gesichtspunkten geprüft (siehe Abb.).

PKV INSIDE

1. Prüfung der „Deckung“: Die erste Frage ist immer: Besteht überhaupt Versicherungsschutz? Das heißt, ist der Patient versicherte Person? Besteht der Vertrag noch oder ist er storniert (zum Beispiel wegen Kündigung durch den Versicherungsneh-

mer)? Ist der Beitrag bezahlt? Im Falle der Nichtzahlung ist der Versicherer nach Ablauf von bestimmten Fristen leistungsfrei. Und schließlich ist noch wichtig zu prüfen, ob die Wartezeiten erfüllt sind. Nur wenige Versicherer verzichten auf Wartezeiten in der Zahnzusatzversicherung. Die meisten Tarife haben Wartezeiten zwischen sechs und acht Monaten für Zahnersatz und drei Monaten für Zahnbehandlung.

2. Prüfung der Anzeigepflicht: In den ersten fünf Jahren nach Vertragsschluss prüft der Versicherer in der Regel, ob bei Antragstellung alle Fragen zum Zahnstatus richtig beantwortet wurden. Warum das erforderlich ist, haben wir in Folge 6 (DZW 12/13) erläutert.

3. Prüfung, ob Behandlung unter den Versicherungsschutz fällt: Die Versicherungsbedingungen regeln ganz genau, für welche Behandlungen Versicherungsschutz gewährt wird. Hat der Patient einen Tarif gewählt, der nur für Zahnersatzmaßnahmen leistet, dann wird die Erstattung von Parodontitis- und Wurzelbehandlungen ebenso abgelehnt wie die Professionelle Zahnreinigung. Böse Überraschungen erlebt auch der Patient, der einen besonders günstigen Tarif wählte, ohne dass ihn jemand darauf aufmerksam machte, dass Implantate nicht mitversichert sind. Die Implantatversorgung muss er aus eigener Tasche bezahlen – oder er verzichtet auf das Implantat und lässt sich stattdessen eine Brücke machen.

Die Versicherer wollen ihre Kunden nicht mit Ablehnungen verärgern. Sie sind aber verpflichtet, die Leistungsfälle entsprechend ihren Versicherungsbedingungen zu regulieren. Deshalb ist jeder Patient gut beraten, sich

über den Umfang des Versicherungsschutzes zu informieren, bevor er den preisgünstigsten Tarif wählt. „Schnäppchenjäger“ haben oft das Nachsehen.

Es ist auch gar nicht schwierig, sich einen Überblick über den Versicherungsschutz zu verschaffen, wenn man weiß, dass es vier Kernleistungen gibt: Zahnersatz, Zahnbehandlung, Zahnvorsorge- und Kieferorthopädie. Letztere ist nicht in allen Zahntarifen enthalten. Und wenn sie bezahlt beziehungsweise bezuschusst wird, dann häufig nur für Fälle, bei denen die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wird. Eltern, die nicht nur sich selbst, sondern auch ihre Kinder zahnzusatzversichern wollen, sollten

Anzeige



daher prüfen, bei welchem Versicherer KfO mitversichert ist.

Neben den Kernleistungen gibt es noch anderes, was erstattet wird, soweit es die Versicherungsbedingungen ausdrücklich vorsehen. Dazu gehören beispielsweise funktionsanalytische Maßnahmen, Kosten für Narkose, Kosten

Die Autorin dieser kleinen Serie, Gabriele Bengel, war viele Jahre lang in der Versicherungsbranche tätig. Sie hat sich bereits während ihres BWL-Studiums auf das Versicherungswesen konzentriert und die Materie von der Pike auf gelernt. Inzwischen hat sie sich auf Krankenversicherung spezialisiert und kennt Produkte und ihre Besonderheiten ebenso wie Vertragsgestaltung und Leistungsbearbeitung.

Bengel ist Geschäftsführerin der To:dent.ta GmbH (Hamburg) und hat sich unter anderem vorgenommen, mit ihrer Dienstleistung Licht ins Dunkel der Zahnversicherungstare zu bringen und Zahnärzten und Patienten aufzuzeigen, dass „Versicherung“ auch einfach gehen kann. Bengel hält auch Vorträge bei Patientenver-



anstaltungen sowie für Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Die Autorin steht für Fragen zu den einzelnen Inhalten dieser Serie gerne zur Verfügung und freut sich über Anregungen und Themenwünsche. Sie erreichen Sie per E-Mail an leserservice@dzw.de oder direkt an gabriele.bengel@todentta.de.

der Versicherungsvermittler sind und zum anderen auch nicht die Versicherungsbedingungen der einzelnen Gesellschaften im Detail kennen können. Und an den Versicherungsbedingungen kommt nun mal keiner vorbei.

Sagen die Versicherungsbedingungen zum Beispiel, dass Versicherungsschutz nur für Zähne besteht, die bei Abschluss des Vertrags vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren, dann nützt es nichts, wenn Sie das Schließen einer Zahnücke, die der Patient bei Antragstellung schon hatte, als medizinisch notwendig erachten und entsprechende Begründungen an den Versicherer schreiben. Einen Rechtsanspruch auf die Erstattung der Kosten hat Ihr Patient in diesem Fall einfach nicht.

Entscheidung beim Sachbearbeiter

Die bislang beschriebenen Prüfungen im Leistungsfall werden von den Sachbearbeitern der Leistungsabteilungen vorgenommen. Vielfach haben die Versicherer innerhalb der Leistungsabteilung eine spezielle „Zahngruppe“, die nur Zahnleistungen prüft. Dafür wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter speziell ausgebildet. Oder die Versicherer haben gezielt Zahnmedizinische Fachangestellte eingestellt, die schnell eingearbeitet sind und die Bearbeitung kompetent erledigen. Inwieweit die Bearbeitung maschinell unterstützt wird, hängt von der Ausstattung und Organisation des einzelnen Versicherers ab.

Streitfall medizinische Notwendigkeit

Wenn es im Behandlungsfall zu Unstimmigkeiten kommt, dann steht häufig die Frage im Raum: Ist die Behandlung medizinisch notwendig? Welche Kriterien dabei eine Rolle spielen, und wer diese Prüfung vornimmt, lesen Sie in der nächsten Folge.

Gabriele Bengel, Esslingen

(wird fortgesetzt)

So prüft der Versicherer im Leistungsfall

1. • Besteht grundsätzlich Deckung?
2. • Ist vorvertragliche Anzeigepflicht zu prüfen? (nur bei neueren Verträgen)
3. • Gehört Behandlung zu den tariflichen Leistungen?
4. • Ist Behandlung medizinisch notwendig?
5. • Ist die Abrechnung GOZ-konform?

Kongress und mehr

Schwerpunkt innovative Zahnheilkunde und die richtige Versorgung für jeden Patienten

München, den 31. Mai bis 2. Juni 2013: Am Wochenende nach Fronleichnam lädt Flemming Dental zum „Flemming Kongress & Mehr“ in das Münchner Westin Grand Hotel. Als Nachfolger von „Implantologie & Mehr“ verdeutlicht der neue Name nach Informationen der Veranstalter auch eine neue Ausrichtung des Traditionskongresses: Erstmals geht das Themenspektrum der Fachvorträge über die Implantologie hinaus.

„Innovative Zahnheilkunde – für jeden Patienten, schmerzfrei, minimal-invasiv, wiederherstellend... und die richtige Versorgung“ ist das Motto, unter dem zwei Tage lang renommierte Referenten den Nutzen einer innovativen Zahnheilkunde für den Patienten und dessen Anwendbarkeit in der Praxis diskutieren. So sprechen unter der Federführung des wissenschaftlichen Leiters Prof. Wolf-Dieter Grimm unter anderem Dr. Steffen Köhler, Prof. Jörg Strub,



Flemming Dental Hamburg lädt ein zum „Kongress & Mehr“ in das Münchner Westin Grand Hotel.

Prof. Wilfried Wagner und Prof. Joachim Jackowski zu aktuellen Themen der Zahnmedizin. Die Veranstaltung wird laut Flemming mit 12 Fortbildungspunkten bewertet.

„Wie es unsere Kunden kennen und mögen, bieten wir auch bei diesem Kongress vielfältige Möglichkeiten sich auszutauschen“, erklärt Vorstand Tobias Kiesewetter. „Eine davon ist die beliebte Abendveranstaltung.“ Passend zum Veranstaltungsort München gehe es nach zwei Fortbildungstagen am 1. Juni in den Löwenbräukeller. Dort erwartet die Gäste laut Pressemeldung eine echt bayerische Party mit herzhaften Spezialitäten und der legendären Oktoberfest-Band aus dem Hippodrom „Simmisamma“. Darüber hinaus haben alle Teilnehmer die Möglichkeit, am Sonntagvormittag eine Führung durch die Allianz Arena mitzumachen. Informationen und Anmeldemöglichkeit unter www.flemming-dental.com.

Es gibt nur ja oder nein

Die Entscheidung, ob eine Behandlung grundsätzlich unter den Versicherungsschutz fällt oder nicht, ist einfach, sofern der Versicherer gut durchdachte und klar ausformulierte Bedingungen hat. Und genau darauf achten die Versicherungsgesellschaften zunehmend. Außerdem werden Versicherungsbedingungen einem juristischen Treuhänder vorgelegt, der ebenfalls auf Klarheit im Regelwerk achtet.

Für diese Frage ist auch keine Hilfe der Zahnarztpraxis erforderlich. Sicherlich kommen Patienten mit Ablehnungsschreiben zu Ihnen und hoffen, Sie könnten helfen, den Versicherer zur Erstattung zu bewegen. Doch hier muss dem Patienten klargemacht werden, dass Sie zum einen nicht