

UMGANG MIT ERSTATTUNGSSTELLEN NACH PLANUNG EINER KIEFERORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNG

Im Gegensatz zu vielen medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen werden kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen nur selten (Vertretung, Prävention oder dgl.) direkt nach Erbringung und ohne voran gegangene Behandlungsplanungen in Rechnung gestellt. Für eine mehrjährige Therapie mit herausnehmbaren oder festsitzenden Apparaturen wird durch den Ordnungsgeber eine fundierte Planung, sowie eine begründbare Schätzung der zu erbringenden Leistungen und Kosten verlangt. Damit wird der Versicherte zum einen vor den Unbilden unbekannter Rechnungshöhen geschützt und zum anderen bereits zu Beginn einer Behandlung eine transparente Übersicht der voraussichtlichen Kosten vertraglich vereinbart.

Der Versicherte sollte den Behandlungsvertrag seiner privaten Versicherung und anderen Kostenerstatter vorlegen und eine Aussage zur Übernahme der Kosten erwirken. Inzwischen ist es leider fast zur Ausnahme geworden, dass eine Erstattungszusage vollständig und ohne Einschränkungen erfolgt. In diesem Artikel werden beispielgebend die häufigsten Probleme mit den Erstattungsstellen wiedergegeben.

MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT (Allgemein)

Erstattungsstellen (Private Krankenkassen und Beihilfestellen) bezweifeln oft die medizinische Notwendigkeit der gesamten Behandlung oder aber bestimmte diagnostische oder therapeutische Teilleistungen.

Die PKV ist nach ihren Versicherungsbedingungen - § 5 Abs. 2 der Musterbedingungen 2009 - und die Beihilfestellen nach den Beihilfevorschriften berechtigt, bei Behandlungen, die nicht mehr unter die medizinische Notwendigkeit fallen, ihre Leistung entsprechend zu kürzen oder die Leistungen gar nicht zu erbringen. In den Einwänden der Kostenerstatter heißt es dann, die Behandlung sei „nicht notwendig“. Hierzu hat der BGH bereits 1978 (AZ: IV ZR 175/77) festgestellt, dass eine medizinische Maßnahme dann als notwendig anzusehen ist, wenn sie „fachlich vertretbar“ ist.

Zusätzlich hat der Bundesgerichtshof ein für die Erstattungspflicht privater Krankenversicherer wegweisendes Urteil gefällt (AZ: IV ZR 278/01). Demnach gibt es bei der Kostenerstattung keine Rechtfertigung für die Einbeziehung von Kostengesichtspunkten.

Trotz allem werden in jüngster Zeit vermehrt kieferorthopädische Behandlungspläne begutachtet und durch den Kostenerstattungsträger mit dem Verweis auf eine fehlende medizinische Notwendigkeit abgelehnt. Das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Kieferorthopäden und Patienten hat dadurch bereits eine erste ernsthafte Bewährungsprobe zu bestehen. Denn alle Bemühungen gegen diese Ablehnung müssen durch den Versicherten selbst vorgenommen werden und erfordern Einiges an Kraft.

Wie ist nun gegen die Behauptung der medizinischen Nichtnotwendigkeit vorzugehen?

Grundsätzlich sind folgende Informationen von der Erstattungsstelle durch den Versicherten zu erfragen:

- 1. Wer hat die Aussage der medizinischen Notwendigkeit oder Nichtnotwendigkeit getroffen? - Ein medizinischer Laie (Sachbearbeiter der Erstattungsstelle) oder ein von der Erstattungsstelle berufener parteilicher Arzt oder Zahnarzt?*
- 2. Wie lautet der Name des von der Erstattungsstelle berufenen parteilichen Arzt oder Zahnarzt?*
- 3. An welchen diagnostischen Unterlagen wurde diese Leistungsausgrenzung getroffen?*
- 4. Welche Qualifikation hat der von der Erstattungsstelle berufene parteiliche Arzt oder Zahnarzt? Ist er wirklich in der Lage diese Behauptungen aufzustellen?*
- 5. Mit welchen Argumenten wurde die Nichtnotwendigkeit begründet?*

Unter Berufung auf das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 11.6.2003 (IV ZR 418/02) muss der Kostenerstattungsträger Einsicht in das Gutachten gewähren: Dem Versicherten muss es möglich sein, von dem Inhalt des Gutachtens Kenntnis zu erlangen selbst wenn keine körperliche Untersuchung stattgefunden hat. Gleiches gilt zur Identität und Qualifikation des Gutachters.

Erst die umfassende Kenntnis des Gutachtens – so der BGH – einschließlich seines Urhebers erlaubt dem Versicherten eine sachgerechte Beurteilung der Frage, ob eine Kostenerstattung beansprucht werden kann bzw. bei einer Klage Aussicht auf Erfolg bestünde.

Ablehnung der Abrechnung der Position 2197 parallel zur 6100.

Nach Einführung der neuen GOZ wird in der Kommentierung der Bundeszahnärztekammer die zusätzliche Abrechenbarkeit der Position 2197 bei Insertion eines Brackets vorgeschlagen. Um eine transparente Darstellung der zu erwartenden Kosten und zur Vermeidung von Problemen bei der Erstattung der Leistungspositionen ist eine Aufstellung nach Anzahl der Klebestellen im Behandlungsplan zu empfehlen, obwohl diese Leistung 2197 nicht im kieferorthopädischen Gebührenteil enthalten ist. Allerdings erfolgt häufig eine Ablehnung der Kostenübernahme mit der Begründung, dass nach dem Zielleistungspinzip (§4 GOZ) die Leistung 2197 in der Leistung der 6100 enthalten wäre. An dieser Stelle muss auf den exakten Inhalt der Leistungsbeschreibung 6100 verwiesen werden:

Der Verordnungsgeber hat sowohl bei der verbalen Leistungsbeschreibung „Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel“ als auch bei der monetären Bewertung die Adhäsivtechnik (Reinigung des Zahnes, Schmelzkonditionierung mittels Schmelzätztechnik, Absprayen mit Luft-Wassergemisch, Trocknen und Darstellen des Mikroretentionsmusters, Kontrolle des Mikroretentionsmusters, Auftrag des Primers zur Nutzung der Mikroretention, Verblasen des Lösungsmittels im Primer und Reduktion der Schichtstärke und schliesslich Aushärten des Primers) nicht in die Leistungsposition 6100 einfließen lassen. Der Vorwurf der Doppelabrechnung von Teilleistungen gemäß §4 Absatz 2 Satz 2 und 4 der GOZ 2012 trifft nicht zu!

Hätte der Verordnungsgeber die adhäsive Befestigung als Leistungsinhalt der Gebührenposition 6100 gewollt, wäre die adhäsive Befestigung auch im Gebührenteil unter der Position 6100 beschrieben worden.

Als ein Beispiel für den im Gebührenteil manifestierten Willen des Verordnungsgebers zur Transparenz können hier die Gebührenpositionen 2050 und 2060 aus dem Bereich der Zahnerhaltung dienen. In beiden Fällen wird in eine einflächige Kavität ein plastisches Füllungsmaterialien eingebracht– im Fall der 2050 ohne Adhäsivtechnik und in der Position 2060 mit Adhäsivtechnik. In der Leistungsbeschreibung und in der Bewertung der Gebührenposition 2050 wird die Adhäsivtechnik auch nicht genannt, noch fließt deren zusätzlicher Aufwand in die monetäre Bewertung ein. Ganz anders bei der Gebührenposition 2060 - sie enthält den Verweis auf die Teilleistung „... in Adhäsivtechnik“ und die ergänzende Beschreibung in Klammern „konditionieren“. Auch in der Bewertung der Leistungen ist ein dem Aufwand entsprechender Unterschied deutlich. Gebührenposition 2050 mit dem Faktor 2,3 = 27,55 und Gebührenposition 2060 mit dem Faktor 2,3 = 68,17. Da in beiden Fällen die Materialkosten des Füllungsmaterials etwa gleich sind, resultiert der Unterschied von 40,62 in der Spezifität der Leistungsausführung. Diese zusätzlich beschriebene Teilleistungen ist die Adhäsivtechnik zur Verankerung und die Mehrschichttechnik bei der Polymerisation des Komposits, welche die höhere Bewertung mehr als nur rechtfertigen.

Ein weiteren Aspekt stellt auch die Punktezahl der Gebührenpositionen dar. Hier wird die Position 6100 mit 165 Punkten bewertet. Die Position 2197 mit 130 Punkten. Die Differenz von 35 Punkte stellt einen monetären Wert von 1,97 Euro (Einfachsatz) dar. Dem gegenüber stehen aber Kosten für ein Standardbracket lt. IFH Studie (Grundlage des BEMA 2004) in Höhe von ca. 5,60 Euro.

Quellen:

- 1. GOZ-Kommentar der BZAEK vom September 2012 S. 216 Satz 2*
- 2. Liebold/Raff/Wissing- Der Kommentar GOZ quick&easy S. 50 Absatz 10*
- 3. Kieferorthopädische Nachrichten Ausgabe 6/2012 S. 16 und 17*

Ablehnung der Analogpostition 2702 oder 2204 für die Entfernung von Bögen

Eine vergleichbare Ablehnungspraxis ergibt sich bei Beantragung der Gebührenposition 2702 oder 2204 als Analogleistung, um den Aufwand für die Entfernung eines kieferorthopädischen Bogens erstattet zu bekommen. Durch die Kostenerstatter wird mit dem Verweis auf das Zielleistungsprinzip argumentiert, dass diese Verrichtung mit der Gebührenposition 6150 bzw. 6140 abgegolten ist.

Der Verordnungstext spricht allerdings vom Einbringen eines Teilbogens bzw. eines ungeteilten Bogens. Das Ausligieren ist nicht explizit erwähnt! Der Widerspruch sollte sich daran orientieren, dass das Kleben und das Entfernen eines Brackets in der Gebührenordnung beschrieben wurde. Die Abrechnung der erbrachten Leistung zur Entfernung eines Bogens kann wegen einer fehlender Beschreibung nur nach §6 (analog gleichwertiger Leistungen der GOZ oder GOÄ) durchgeführt werden.

Ablehnung festsitzender Retentionsgeräte

Die Anwendung festsitzender Retentionsgeräte stellt eine anerkannte Methode zur Sicherung des Behandlungsergebnisses dar. Die medizinische Notwendigkeit richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten des Patienten (Schwierigkeit der Behandlung, Art der Zahnbewegung, Wachstumsmuster, ungünstige Weichteilrelationen etc pp.). Kann der Behandler bereits während der Planung abschätzen, dass der Einsatz eines Retainer am Ende der Behandlung geboten erscheint, so ist die Aufnahme der Gebührenpositionen 2197 und 6140 in den Kostenvoranschlag notwendig.

Die Kostenerstatter lehnen sehr häufig die Zusage der Kostenübernahme ab. Es wird wiederum auf das Zielleistungsprinzip verwiesen. Die Erbringung eines Kleberretainers ist bereits mit der Abrechnung der Abschlagspositionen enthalten. Hier hilft nur eine klare und deutliche Abgrenzung:

Wann eine Leistung „methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung“ ist, definiert § 4 Absatz 2 Satz 4 wie folgt: Eine Leistung methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist. Erforderlich ist daher, dass zum einen die Leistungsbeschreibung der „Zielleistung“ ausdrücklich die andere Leistung zu ihrem Bestandteil macht. Zusätzlich muss die Leistung auch in der Bewertung der Leistung berücksichtigt worden sein. Das ist stets dann nicht der Fall, wenn die Vergütung des möglichen Leistungsbestandteils außer Verhältnis zur Vergütung der vermeintlichen Zielleistung steht. Ist nur eine der beiden in Satz 4 genannten Voraussetzung nicht erfüllt, verbleibt es bei der gesonderten Berechenbarkeit beider Leistungen.

Ablehnung der DVT und dessen Auswertung

Die Fragestellung der medizinischen Notwendigkeit oder nicht Notwendigkeit einer Röntgenuntersuchung darf nur ein Arzt oder Zahnarzt an Hand von umfangreichen

diagnostischen Unterlagen (z.B. Befunde der körperlichen Untersuchung, Abdruck der Kiefer, vorher gegangenen Röntgenuntersuchungen, Intra- und extraoralen Fotos) überprüfen.

Wenn die Indikation zur Röntgenuntersuchung durch einen Arzt oder Zahnarzt festgestellt wurde ist lt. Röntgenverordnung die "rechtfertigende Indikation" der geplanten Röntgenuntersuchung zu prüfen. Hierbei ist festzustellen, ob das zu erwartende Wissen aus der Röntgenuntersuchung therapieentscheidend ist und es kein "schonenderes" Verfahren zur Erlangung dieses Wissens gibt (lt. Röntgenverordnung §2a Absatz 2, §2b und §23). Um diese Entscheidung für eine DVT (Digitale Volumentomographie) treffen zu können, ist ein mindestens vierteljähriger spezieller Röntgenkurs, der ständig aufgefrischt werden muss, notwendig. Ausserdem schreibt der Verordnungsgeber verbindlich vor: „...die rechtfertigende Indikation darf nur gestellt werden, wenn der die rechtfertigende Indikation stellende Arzt den Patienten vor Ort persönlich untersuchen kann...“

Sehr wahrscheinlich magt sich hier ein medizinische Laie (Sachbearbeiter des Kostenerstatters) an, über die medizinische Notwendigkeit zu entscheiden. Bitte hinterfragen Sie die Begründung der Ablehnung und welches bildgebende diagnostische Verfahren in diesem konkreten Fall geeigneter sein soll.

Nichtanerkennung der indirekten Klebetechnik

Die indirekte Klebetechnik ist ein Verfahren in dem die Brackets nicht direkt im Munde des Patienten inseriert werden. Bei der indirekten Klebetechnik werden die Brackets mittels eines zahnärztlichen Kunststoffes auf Zahnmodellen des Patienten fixiert. Im zahntechnischen Labor wird dann ein Tray zur Übertragung der Bracketposition auf den Zahn gefertigt.

Diese Technik kommt zum Einsatz, wenn beim Patienten auf Grund einer Untersuchung ein konkreter Hinweis auf eine craniomandibuläre Dysfunktion (Schädigung des Kiefergelenkes) besteht. Symptome wie Kiefergelenkknacken oder -reiben, Kopfschmerz oder Muskelschmerzen geben hier einen zusätzlichen Hinweis auf eine mögliche Vorschädigung des Kiefergelenkes.

Durch die indirekte Klebetechnik wird die Zeit in der durch die weite Mundöffnung ein eventuell schädigender starker Zug auf den Bandapparat der Kiefergelenkes und eine erhöhte Druckbelastung des Gelenkknorpels auf ca. 1/4 der Zeit beim direkten Kleben reduziert. Durch diese sanfte Technik, können somit auch Patienten kieferorthopädische Behandelt werden, deren Behandlung sonst auf Grund der CMD nicht möglich wäre.

Nichtanerkennung von Analogpositionen generell

Einige private Erstattungsstellen versuchen sich mit dem Wortlaut: „...für analog berechnete Leistungen zahlen wir auf freiwilliger Basis, wenn für uns erkennbar eine nach Art-, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung des Gebührenverzeichnisses

berechnet wurde. Die Voraussetzungen liegen hier nicht vor...“ aus der Erstattungspflicht zu mogeln. Warum und welche Voraussetzung für den Kostenerstatter nicht erkennbar ist, bleibt im Dunkeln. Hier hilft oftmals nur eine detailliertere Darstellung der erbrachten Leistung und der Verweis, dass der Verordnungsgeber in der GOZ 2012 mit dem Gebührenteil explizit nicht eine umfassende und abschließende Beschreibung der zahnmedizinisch notwendigen Leistungen vorgibt. Im Wortlaut heisst es: „Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden.“ Dies ist in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gelebte Realität und für die Erstattungsstellen nicht neu!

Quellen:

- 1. GOZ-Kommentar der BZAEK vom September 2012*
- 2. Liebold/Raff/Wissing- Der Kommentar GOZ quick&easy S. 50 Absatz 10*
- 3. Kieferorthopädische Nachrichten Ausgabe 6/2012 bis 12/2012*
- 4. Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung - RöV)*