Behandlung von Mehr- und Zusatzleistungen durch die DKV

Stand Juni 2022

Die DKV lehnt derzeit offenbar systematisch die Übernahme von Mehrleistungen ab und stützt sich dabei auf Argumentationen, die aus Sicht des BDK unvertretbar und falsch sind. Im Folgenden möchten wir deshalb zur Information der Versicherten die Aussagen der DKV bewerten und richtigstellen.

1. Es gäbe keine gesetzliche Regelung für Mehrleistungen in der Kieferorthopädie

Aussage der DKV:

> ***„Mehrkostenvereinbarungen sind – anders als bei den im SGB V geregelten Ausnahmen – in der Kieferorthopädie grundsätzlich nicht vorgesehen."***

Bewertung:

Die Aussage ist offenkundig falsch und demonstriert ein erschreckendes Maß an Unwissenheit.

Die Frage, ob Mehrleistungen in der Kieferorthopädie zulässig sind, war viele Jahre lang umstritten. Mit dem am 19.05.2019 in Kraft getretenen TSVG hat der Gesetzgeber dies jedoch klargestellt und § 29 Abs. 5 ins SGB V aufgenommen:

> *„Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen."*

Der Gesetzgeber hat also die Vereinbarung von Mehrleistungen un der Kieferorthopädie eindeutig und ausdrücklich zugelassen.

2. Bei einer Differenzberechnung GOZ – BEMA liege eine unzulässige Doppelberechnung vor

Aussage der DKV:

> ***„Unzulässige Doppelberechnungen treten immer dann in Erscheinung, wenn der Patient in KIG 3 oder höher eingestuft und die kieferorthopädische Behandlung nach der GOZ privat liquidiert wird, weil dem Kieferorthopäden die GKV-Vergütung zu gering ist. Auch wenn die niedriger bewerteten BEMA-Positionen bei der Rechnungsstellung abgezogen werden, ist dieses Vorgehen dennoch grundsätzlich nicht legitim."***

Bewertung:

Die Differenzberechnung bei der Erbringung von Mehrleistungen ist gesetzlich vorgesehen und nicht ver-, sondern vielmehr ausdrücklich geboten.

So ordnet das Gesetz an, die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen haben (s.o.). Weiter heist es in § 29 Abs. 5 SGB V:

> *„In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen."*

Die Abrechnung der Sachleistung und die Tragung der Mehrkosten muss also bereits nach dem Gesetzeswortlaut stets nebeneinander („In diesem Fall…) erfolgen.

Auch die Gesetzesbegründung ist eindeutig, wenn ausgeführt wird:

> *„Für den Versicherten bedeutet dies, dass die ihm gestellte Rechnung für die kieferorthopädische Behandlung nur den Differenzbetrag zwischen den Kosten der vom Versicherten gewählten kieferorthopädischen Leistung und den Kosten für die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete Leistung ausweisen darf.*

Da aber die Vergütung für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte jenseits der gesetzlich Krankenversicherung zwingend nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abzurechnen ist, muss für die Berechnung der Mehrkosten die Differenz zwischen GOZ und BEMA gebildet werden.

3. Mehr- und Zusatzleistungen seien nicht medizinisch notwendig

Aussage der DKV:

> ***„Da bereits gegenüber der GKV alle notwendigen Leistungen beantragt werden können, ist es aus medizinischen Gründen nicht erforderlich, privat zu zahlende Mehrleistungen mit dem Kieferorthopäden zu vereinbaren."***

Bewertung:

Die Aussage der DKV ist bestenfalls irreführend.

Richtig ist zunächst, dass auch mit den im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthaltenen Leistungen eine standardgerechte kieferorthopädische Behandlung möglich ist, die gute Behandlungsergebnisse erlaubt.

Richtig ist auch, dass § 12 SGB V den Begriff der Notwendigkeit verwendet:

> *„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich*

sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen."

Allerdings hat der Begriff der Notwendigkeit im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung eine gänzlich andere Bedeutung als in dem für die DKV geltenden Recht der privaten Krankenversicherung. So hatte das BSG mit seinem Urteil vom 26.10.1982 (Az.: 3 RK 16/81) die medizinische Notwendigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches V wie folgt definiert:

„Die Leistung ist notwendig, wenn gerade sie nach Art und Ausmaß zur Zweckerzielung zwangsläufig, unentbehrlich, unvermeidlich ist."

Für die private Krankenversicherung gilt dabei folgende Definition des BGH z.B. aus dem Urteil vom 12.03.2003, Az.: IV ZR 278/01:

„Eine Heilbehandlungsmaßnahme ist nach ständiger Rechtsprechung des Senats medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Das ist im Allgemeinen dann der Fall, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen oder zu lindern."

Der BGH hat weiter deutlich gemacht hat, dass die Regelungen des Sozialversicherungsrechts vollkommen andere Ziele verfolgen, als die Regelungen des primär medizinisch ausgerichteten Rechts der privaten Krankenversicherung. Sie geben daher keinen tauglichen Beurteilungsmaßstab für andere Rechtsgebiete dar, die nach ihrem eigenen Regelungszweck zu beurteilen sind (vgl. hierzu auch BGH, Urteil vom 18. 1. 2006 - IV ZR 244/04, Rn. 16).

Mehrleistungen können also durchaus im Sinne der GKV entbehrlich sein, auch wenn sie aus aus medizinischer Sicht notwendig oder sinnvoll ist. Auch Mehrleistungen, die ggf. die Behandlung angenehmer machen, sind wissenschaftlich anerkannt und zur Behandlung geeignet – als medizinisch notwendig – auch wenn sie im Rahmen einer GKV-Behandlung nicht zwingend sind.

Wäre die Haltung der DKV an dieser zutreffend, würde sich auch die Frage stellen, für welche Leistungen in einigen Tarifen Beiträge gezahlt werden müssen, da in einigen Tarifen ausdrücklich Leistungsversprechen für unter 18jährige in den KIG 1-5 gemacht werden. Wären also tatsächlich alle medizinisch notwendigen Leistungen im Rahmen einer KFO-Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen, blieben keine medizinisch notwendigen Leistungen übrig.

4. Mehrkosten seien auf Materialmehrkosten beschränkt

Aussage der DKV:

„Es können nur Materialmehrkosten berechnet werden, jedoch kein zusätzliches privates Honorar."

Bewertung:

Die Aussage ist falsch. Anhaltspunkte ergeben sich weder aus dem Gesetzeswortlaut, der Gesetzesbegründung oder der zwischen BDK und KZBV geschlossenen Vereinbarung.

Der Gesetzgeber sieht in § 29 Abs. 5 SGB V (s.o.) neben anderen Behandlungsmitteln ausdrücklich auch eine andere Durchführungsart als geschriebenes Tatbestandsmerkmal einer Mehrleistung vor. Eine andere Durchführungsart führt aber nicht notwendigerweise zu Materialmehrkosten. Wäre die Aussage der DKV zutreffend, wäre eine von zwei möglichen Arten der Mehrleistung ein gesetzgeberisches Versehen. Die Gesetzesbegründung weist ausdrücklich darauf hin, dass mit der Möglichkeit, Mehrleistungen zu vereinbaren, die Eigenverantwortung gestärkt und die Wahlmöglichkeit der Versicherten bei der Auswahl der kieferorthopädischen Behandlungsalternativen erweitert werden sollen. Auch dies wäre mit der Vorstellung, es könnten nur Materialmehrkosten vereinbart werden, nicht vereinbar.

Auch das von der DKV sogar als verbindlich angesehene und damit offenbar bekannte Musterformular ist insoweit eindeutig, da gerade auch die voraussichtlichen privatzahnärztlichen Leistungen in einer eigenen Spalte neben den Material- und Laborkosten aufgeführt werden. Mit der Vereinbarung von Mehrleistungen soll gerade der erhöhte zahnärztliche oder zahntechnische Aufwand einer über die BEMA-Leistung hinausgehende Maßnahme abgebildet werden.

5. Zwischendiagnostik, Zahnreinigung und Prophylaxe können nicht als Zusatzleistung erbracht werden

Aussage der DKV:

> *„Ebenso sind Röntgen-, Modelle und Zahnreinigung (außer PZR) sowie IP-Leistungen nach BEMA zu erbringen und abzurechnen.“*

Bewertung:

Richtig ist, dass Röntgenuntersuchungen, die Anfertigung und Auswertung von Modellen, Zahnreinigung und Prohylaxemaßnahmen grundsätzlich im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten sind – aber eben nicht unbegrenzt.

So dürfen im Rahmen der GKV-Behandlung zum Beispiel in der Regel nur zwei Fernröntgenseitbilder gemacht werden. Die Anfertigung und Auswertungen von Modellen ist in den meisten Fällen nur dreimal während der gesamten Behandlung erlaubt. Die Entfernung von harten Zahnbelägen ist einmal im Kalenderjahr zulasten der Krankenkasse erbringbar. Leistungen der Individualprohylaxe können teilweise nur entweder durch den Hauszahnarzt oder den Kieferorthopäden abgerechnet werden. All diese Leistungsausschlüsse sind nicht medizinisch begründet, sondern folgen dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der GKV. Entscheidet sich der Patient für solche medizinisch notwendigen, aber über das Ausreichende, Zweckmäßige und Wirtschaftliche hinausgehende Leistungen, können diese nicht „nach dem BEMA erbracht und abgerechnet“ werden.
Gerade für solche Leistungen unterhalten gesetzlich Versicherte Zahnzusatzversicherungen.

6. Verwendung von Musterformularen

Aussage der DKV:

> ***„Im Behandlungsfall von [Name der versicherten Person] wurden die gemeinsam von der KZBV und dem BDK entwickelten Musterformulare nicht verwendet."***

Bewertung:

Es ist nicht ansatzweise nachvollziehbar, aus welchen Gründen die Verwendung von Muster(!)formularen, die keine Rechtsverbindlichkeit haben können, die Leistungspflicht der DKV berühren könnte. Eine Verbindlichkeit in gebührenrechtlicher Sicht kann bereits deshlab nicht bestehen, da BDK und KZBV insoweit eine Regelungsbefugnis fehlte. Der Gesetzgeber hat bei der Schaffung des § 29 SGB V vorgesehen, dass die Bundesmantelvertragspartner ein Formular für die Vereinbarung von Mehrleistungen vereinbaren und den Zeitpunkt bestimmen, ab dem dieses verbindlich zu verwenden ist. Dies ist bislang nicht geschehen. Ein bestimmtes Formular muss daher nicht verwendet werden. Vielmehr erfüllt derzeit jede schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten die Voraussetzungen des § 29 SGB V, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden und die eine Erklärung des Versicherten enthält, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist.