

In dieser Ausgabe widmet sich der PKV-Verband dem Thema „Mehrleistungen in der Kieferorthopädie“¹

Stand: 15. November 2022

1 Einleitung

Die Nachfrage nach kieferorthopädischen Leistungen ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Jeder möchte ein ebenmäßiges harmonisches Gebiss mit geraden Zähnen. Insbesondere Eltern möchten ihren Kindern die bestmögliche Behandlung zukommen lassen; hier ist die Bereitschaft für den Griff in den eigenen Geldbeutel besonders hoch. Das Vertrauen in die zuzahlungsfreie Kassenleistung scheint nachhaltig erschüttert zu sein, nicht zuletzt durch die Berichterstattung in den Medien, vor allem aber durch die Beratung in der kieferorthopädischen Praxis, bei der den Eltern vielfach eingeredet wird, dass die Kassenleistung bestenfalls noch als ausreichend (Schulnote 4) durchgeht. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) rät ihren Lesern in ihrer Ausgabe vom 1. Oktober 2015, dass wenn deren Kinder eine Zahnspange benötigten, sie sich genau über Kosten und andere Behandlungsmöglichkeiten informieren sollten. Sie berichtet unter Bezugnahme auf eine DAK-Studie, dass oft unnötige Mehrkosten entstünden, weil die gesetzlich vorgesehene kostenfreie Behandlung „jeder vierten Familie“ von ihrem Kieferorthopäden gar nicht erst angeboten werde. Die privaten Kosten summierten sich im Laufe der mehrjährigen Behandlung bei fast jeder zweiten zuzahlenden Familie auf mehr als 1.000 Euro. Das Ergebnis sei alarmierend. Denn bei einer merklichen Fehlstellung der Zähne oder des Kiefers hätten Kinder Anrecht auf eine kostenfreie kieferorthopädische Versorgung, wenn diese erfolgreich abgeschlossen werde. Tatsächlich erhalte ein Viertel der Patienten aber gar kein kostenfreies Angebot. Vielmehr rieten Kieferorthopäden häufig zu speziellen Apparaturen, die in der Kassenversorgung nicht enthalten seien, etwa sogenannten Speed- oder Keramik-Brackets sowie thermo-elastischen Bögen für festsitzende Spangen. Das mache die Behandlung nicht unbedingt wirkungsvoller, aber teurer (vgl. FAZ, 01.10.2015, Nr. 228, S. 8, „Zahnspangen nicht selten zu teuer“). Zuvor hatte die FAZ bereits berichtet, dass Kieferorthopäden die zuzahlungsfreie Behandlung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren verweigern würden, obwohl sie ihnen rechtlich zustehe (vgl. FAZ 17.01.2015, abrufbar unter <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/zuzahlung-bei-zahnspangen-kieferorthopaeden-schroepfen-eltern-13375996.html>).

Der Hintergrund scheint die Beibehaltung der kieferorthopädischen Honorarhöhen im Zuge der GOZ-Novelle 2012 zu sein. Die Beibehaltung der Punktzahlen in Abschnitt G (Kieferorthopädische Leistungen) bezeichnet der BDK als relative Abwertung kieferorthopädischer Leistungen und damit eine zusätzliche Minderbewertung der kieferorthopädischen Leistungen im Verhältnis zu den anderen zahnärztlichen Bereichen. Diese „gefühlte Benachteiligung“ führt offensichtlich dazu, dass im Bereich der Kieferorthopädie Schlupflöcher in der GOZ 2012 gesucht und zur Honorar-Optimierung genutzt werden. Ein Beispiel ist die Berechnung der GOZ-Nr. 2197 neben der GOZ-Nr. 6100 (Eingliederung eines Klebebrackets). Das für die GOZ-Novelle federführende Bundesministerium für Gesundheit beabsichtigte mit der Neueinführung der GOZ-Nr. 2197 v. a. den Fortschritt in der Dentin-Adhäsivtechnik bei der Füllungslegung mit Komposit abzubilden. Im Zusammenhang mit der Bracketklebung entspricht die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 2197 nicht der Intention des Verordnungsgebers (so das BMG in seinem Schreiben vom 31. Oktober 2013, Az.: 221-20222-01). Dies wurde inzwischen höchstrichterlich durch Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 5.3.2021 (Az.: 5 C 11.19) bestätigt. Trotzdem wird diese Leistung noch vielfach weiterhin berechnet.

Diese Grundhaltung der Kieferorthopäden – nämlich bei der Honorarerhöhung der Zahnärzte im Zuge der GOZ-Novelle 2012 leer ausgegangen zu sein – ist vor dem Hintergrund, dass die Ausgaben für KFO-Leistungen seit Jahren überproportional stark ansteigen (siehe Abb. 1) nicht ansatzweise nachvollziehbar. Auch der Anteil an den analog berechneten Leistungen – also den Leistungen, die

¹ Dieser Artikel ersetzt den Beitrag „Unzulässige Doppelabrechnungen in der Kieferorthopädie“ aus der Rubrik „Auslegungsfragen der GOZ 2012“ Ausgabe Nr. 2 März 2018

nicht in der GOZ beschrieben sind – ist im Bereich der Kieferorthopädie mit teilweise über 10 Prozent auffällig hoch, obwohl der Ordnungsgeber nach Prüfung des Abschnitts G keine Regelungslücken und somit folgerichtig auch keine Notwendigkeit für die Schaffung zusätzlicher Gebührenpositionen erkannt hat.

Jahr	Versicherungsleistungen Kieferorthopädie [▪]
2020	311,6
2019	306,4
2018	296
2017	284,4
2016	278,1
2015	267,3
2014	255,9
2013	244,4
2012	230,1
2011	219
2010	210,1

Abb. 1 Versicherungsleistungen in Mio. Euro

Hinzu kommt, dass nicht nur die Notwendigkeit von kieferorthopädischen Privatleistungen im Fokus steht, auch der Nutzen der kieferorthopädischen Behandlung selbst wird vom Bundesrechnungshof (BRH) angezweifelt.

Aus aktuellen Prüfergebnissen des BRH als Ergänzung zum Jahresbericht 2017 geht hervor, dass die fehlende Versorgungsforschung und darauf beruhende Bewertungen des medizinischen Nutzens kieferorthopädischer Behandlungen beanstandet wird.

Der BRH meldet Ausgaben pro Jahr von mehr als eine Milliarde Euro für kieferorthopädische Behandlungen, obwohl deren medizinischer Nutzen den Rechnungsprüfern zufolge „nur unzureichend erforscht“ sei. Dem Gesundheitsministerium und den Krankenkassen fehlten wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über Wirkung und Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen (vgl. Arzteblatt.de, Bundesrechnungshof kritisiert Kosten für kieferorthopädische Behandlungen, 24. April 2018).

2 Die kieferorthopädische Behandlung gemäß § 29 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

Die kieferorthopädische Behandlung gehört gemäß § 29 Abs. 1 SGB V zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Jedoch schreibt § 12 SGB V für die Leistungen der Krankenkassen das Wirtschaftlichkeitsgebot vor. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie sind im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z) abgebildet. Es gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)⁵. Zur Einstufung des Behandlungsbedarfes werden Gebiss- und Kieferfehlentwicklungen in fünf Schweregrade – sogenannte kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1-5) – unterteilt. Nur bei einer erheblichen Beeinträchtigung des Kauens, Beißens, Sprechens oder Atmens, die nach der vom G-BA festgelegten Indikationsgruppe bemessen wird – erforderlich ist mindestens Behandlungsbedarfsgrad 3 – besteht der Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung. Eine weitere Voraussetzung ist, dass der gesetzlich Versicherte zu Beginn der Behandlung sein 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben darf. Sofern diese Voraussetzungen erfüllt sind, hat der Versicherte Anspruch auf eine kieferorthopädische Behandlung, die ihm als Sachleistungen und nicht als „Privatleistungen“ zu gewähren sind. Auch die im Zusammenhang mit den kieferorthopädischen Leistungen erbrachten konservierend-chirurgischen und Röntgenleistungen sind als Sachleistungen („in natura“) zu Lasten der GKV zu erbringen (vgl. §

29 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Der Versicherte hat Anspruch auf alle notwendigen kieferorthopädischen Leistungen.

3 Mehrkosten in der kieferorthopädischen Behandlung

Da der Leistungskatalog der GKV nur diejenigen Maßnahmen abbildet, die nach dem Stand der Zahnmedizin ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig sind (vgl. § 12 SGB V), kann der gesetzlich Versicherte (bzw. dessen gesetzliche Vertreter) eine aufwendigere kieferorthopädische Versorgung verlangen. Sollte sich der Patient im Falle einer grundsätzlich bestehenden Leistungspflicht der GKV für eine über die gesetzliche Versorgung hinausgehende Behandlung entscheiden, dann muss er die Mehrkosten selber tragen. Patienten mit einer Zahn-Zusatzversicherung (s. u.) werden die Mehrkosten für medizinisch notwendige Leistungen von den privaten Krankenversicherungen im tariflichen Umfang erstattet. Das ist etwa bei der Verwendung von höherwertigen Materialien (z.B. programmierten Brackets) der Fall. Diese Mehrkosten sind gesondert als Materialkosten unter Abzug der Standardmaterialien berechnungsfähig (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 30.1.2018, Az.: 23 U 87/17).

3.1.1 Transparenzvereinbarung Kieferorthopädie zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) und dem BDK

Weil es bis zum Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG, s.u.) keine gesetzliche Regelung zur Berechnungsfähigkeit von Mehr- und Zusatzleistungen in der Kieferorthopädie gab und um dem immer wieder in der Presse und auch von einzelnen gesetzlichen Krankenkassen angeprangerten Missstand einer Übervorteilung von gesetzlich Versicherten bei der Inanspruchnahme kieferorthopädischer Behandlungen (siehe oben unter 1.) entgegenzuwirken, hatten sich im November 2016 die KZBV und der BDK, wissenschaftlich begleitet durch die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie e. V. (DGKFO) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), auf eine Transparenzvereinbarung bei der kieferorthopädischen Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten geeinigt². Diese Vereinbarung unterstreicht den grundsätzlichen Anspruch gesetzlich Versicherter auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung.

Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang, dass der BDK bei Nachfragen nach den von ihm mitentwickelten Musterformularen als Vertragsgrundlage für zusätzliche oder alternative Leistungen betont, dass diese keine Rechtsverbindlichkeit haben könnten, da es an einer Verbindlichkeit in gebührenrechtlicher Sicht mangelt. Dies ist zwar grundsätzlich richtig, jedoch angesichts der noch immer fehlenden verbindlichen Regelung und der medienwirksamen Darstellung als „Transparenzvereinbarung“ erscheint diese Betonung widersprüchlich und nicht nachvollziehbar (vgl. https://BDK-online.org/user_downloads/InformationsblattMehrleistungenDKV.pdf).

Die über die Kassenleistung hinausgehenden Leistungen werden nach der Anlage 1 der Transparenzvereinbarung von KZBV und BDK nach „möglichen Mehrleistungen“ und „möglichen Zusatzleistungen“ unterschieden. Daneben existieren „außervertragliche Leistungen“, die nicht im BEMA-Z beschrieben sind.

Mehrleistungen sind gemäß der Vereinbarung von KZBV und BDK solche zahnärztlich-kieferorthopädischen Leistungen, die nach ihrer Art im BEMA-Z erfasst sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel von der darin beschriebenen Leistung der Regelversorgung unterscheiden. Die Kosten für die Regelversorgung sind vom Vertragszahnarzt über die jeweilige KZV gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse des Versicherten abzurechnen. Die Mehrkosten sind vom Versicherten bzw. dessen Sorge-/Vertretungsberechtigten selbst zu tragen.

Zusatzleistungen sind solche zahnärztlich-kieferorthopädischen Leistungen, die von den im BEMA-Z beschriebenen Leistungen in einem Maße abweichen, dass mit ihrer Durchführung die Leistungsbeschreibung des BEMA-Z nicht mehr erfüllt wird. Zusatzleistungen sind ferner Leistungen,

² Vereinbarung zur „Gewährleistung einer geordneten und transparenten Vereinbarung, Erbringung und Abrechnung von zahnärztlichen Mehr- und Zusatzleistungen sowie außervertraglicher Leistungen im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung“

die aufgrund ausdrücklicher Regelung oder unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes im Einzelfall nicht zu Lasten der GKV erbracht werden dürfen. Die Kosten für diese Leistungen sind vom Versicherten bzw. dessen Sorge-/Vertretungs-berechtigten in voller Höhe selbst zu tragen.

Außervertragliche Leistungen sind solche Leistungen, die nicht im BEMA-Z beschrieben sind und auf der Grundlage einer privatrechtlichen Vereinbarung mit dem Versicherten bzw. dessen Sorge-/Vertretungsberechtigten während einer kiefer-orthopädischen Behandlung oder unabhängig davon erbracht werden (z.B. PZR, Glattflächenversiegelung, funktionsanalytische und funktions-therapeutische Leistungen).

3.1.2 Beispiele für mögliche Mehrleistungen

- Selbstligierende Brackets

Neben den in der GOZ beschriebenen Leistungen, für die es keine Entsprechung in der kassenzahnärztlichen Versorgung gibt, kennt die Kieferorthopädie auch Leistungen, die zwar im BEMA-Z abgebildet sind, aber in Anzahl oder Materialbeschaffenheit über die GKV-Leistungen hinausgehen. Diese Leistungen können die Behandlung komfortabler, effektiver und schonender machen – und zwar nicht nur für den Patienten, sondern insbesondere für den Kieferorthopäden. Das wird dem Patienten gegenüber aber häufig verschwiegen, um die zusätzlich geforderten Honorare nicht zu gefährden. Ein Beispiel sind die sogenannten selbstligierenden Brackets. Das sind Schlösschen, an denen der Kieferorthopäde nicht wie bei herkömmlichen Brackets mit Gummi- oder Drahtligaturen den Drahtbogen befestigen muss, sondern in die Befestigungsklammern integriert sind. Aufgrund der einfacheren Handhabung ergeben sich Verkürzungen der Behandlungszeiten im Vergleich zu konventionellen Brackets.

Hier kann der Kieferorthopäde im Rahmen der möglichen Mehrleistungen bei der Eingliederung eines Brackets lediglich die Materialkosten für die teureren Brackets zusätzlich geltend machen, wobei die Kosten für die Standardmaterialien in Abzug zu bringen sind (s. Allgemeine Bestimmung zu Abschnitt G). Diese Brackets kosten den Patienten Hunderte Euro zusätzlich, er profitiert nur indirekt von der Reduzierung der Behandlungszeit. Die wissenschaftliche Literatur gibt keinen Hinweis auf die Überlegenheit dieser Brackets gegenüber den konventionellen Methoden oder Apparaturen. Somit profitiert der Kieferorthopäde von der Zeitersparnis, jedoch auf Kosten seines Patienten.

- Lingualtechnik

Grundsätzlich entspricht die Lingualtechnik der Multibrackettechnik. Sie unterscheidet sich von der „herkömmlichen“ Technik dadurch, dass die Brackets nicht außen (vestibulär), sondern innen (lingual/palatal) auf die Zähne geklebt werden. Die beiden Methoden unterscheiden sich jedoch nicht hinsichtlich des Behandlungsergebnisses, sondern durch die Ästhetik während der Tragezeit der Apparaturen und dem sich daraus ergebenden höheren technischen Aufwand sowohl im zahntechnischen Labor als auch beim Kleben der Brackets und Wechseln der Bögen im Verlauf der gesamten kieferorthopädischen Behandlung. Diesen höheren Aufwand berechnet der Kieferorthopäde beim gesetzlich Versicherten außervertraglich im Rahmen einer Mehrkostenvereinbarung. Diese Mehrkostenvereinbarung ist aber nur zulässig in Bezug auf die Material- und Laborkosten.

Im Übrigen wird die Lingualtechnik von den Gerichten überwiegend als medizinisch nicht notwendig angesehen (vgl. AG Hamburg, Urteil vom 30. Januar 2014, Az.: 8 b C 60/12, VG Münster, Urteil vom 17. Februar 2016, Az.: 5 b K 1880/15), es sei denn, es liegt eine besondere Ausnahme-indikation für die Lingualtechnik vor (vgl. AG Mülheim, Urteil vom 11. Januar 2017, Az.: 13 C 167/16).

3.1.3 Beispiele für mögliche Zusatzleistungen

- UK-Frontzahn-Retainer

Maßnahmen zur Retention sind bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalenderquartals, für das die letzte Abschlagszahlung geleistet worden ist, Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, längstens bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention. Ein festsitzender Unterkieferfrontzahn-Retainer ist in der GKV nur bei bestimmten Indikationen angezeigt (vgl. KFO-Richtlinien des G-BA, S. 5). Außerhalb der vertragszahnärztlichen Indikation kann der UK-Frontzahn-Retainer als private Zusatzleistung berechnet werden.

- Zusätzliche Modelle für zusätzliche Diagnostik

Wenn der Kieferorthopäde mehr als die vertraglich vereinbarten Abformungen/Modelle vorschlägt, sind diese als Zusatzleistung privat in Rechnung zu stellen.

3.1.4 Beispiele für mögliche außervertragliche Leistungen

Wenn der Patient Mehrleistungen wünscht, die nicht dem gesetzlichen Leistungskatalog entsprechen, dann werden die Kosten von seiner Krankenkasse nicht übernommen, auch wenn eine Einstufung in KIG 3 oder höher erfolgt ist. Der Kieferorthopäde rechnet diese Mehrleistungen rein privat nach der GOZ ab. Klassische Beispiele für außervertragliche Leistungen sind die funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen, die PZR und die Glattflächenversiegelung.

Auch auf die Kostenübernahme alternativer Therapien – wie z.B. der Invisalign®-Methode – die als gesamtes Behandlungskonzept nicht im BEMA-Z enthalten sind, hat der gesetzlich Versicherte keinen Anspruch, auch wenn eine Einstufung in KIG 3 oder höher erfolgt ist. Er hat auch keinen Anspruch auf Erstattung derjenigen Kosten, die im Falle der Anwendung einer vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten kieferorthopädischen Behandlungsmethode entstanden wären. Gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der G-BA auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Abs. 2 Satz 2 SGB V, einer kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V eine Empfehlung über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung abgegeben hat (vgl. LSG NRW, Urteil vom 24. Mai 2017, Az.: L 1 KR 660/15).

4 Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Mit dem am 19.5.2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber das Sozialgesetzbuch (SGB) V geändert und klargestellt, dass Mehrleistungen in der KFO grundsätzlich möglich sind. Damit ist die Vereinbarung von Mehrleistungen in der Kieferorthopädie nun gesetzlich geregelt, aber weder hat der G-BA bislang einen Katalog von Mehr- und Zusatzleistungen und deren konkrete Berechnungsweise vorgelegt, noch haben die Bundesmantelvertragspartner verbindliche Formularvordrucke für eine schriftliche Vereinbarung und für die Erklärung des Versicherten vereinbart und den Zeitpunkt bestimmt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind. Die Regelung ist somit zum jetzigen Zeitpunkt unvollständig, sodass aktuell diesbezüglich weiterhin Rechtsunsicherheit herrscht.

Die hierzu relevanten Absätze 5-8 § 29 SGB V lauten [Hervorhebungen durch den Autor]:

„5) 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. 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 Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(6) Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2022 einen Katalog von Leistungen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung.

(7) Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen mündlich aufzuklären und ist eine schriftliche oder elektronische Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen gegenübergestellt werden. Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen aufgeklärt worden ist. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 1 und für die Erklärung des Versicherten nach Satz 2 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind.

(8) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus Absatz 7 Satz 1. Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf Verlangen die Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und die Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 vorzulegen. Soweit es zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist, kann die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung auch behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur Übermittlung der behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 1 und der Erklärung nach Absatz 7 Satz 2 enthaltenen Daten sowie die Daten, die in den ihnen übermittelten behandlungs- und rechnungsbegründenden Unterlagen enthalten sind, nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfung nach Satz 1 erforderlich ist.“

Darüber hinaus ist eine Mehrkostenvereinbarung nur zulässig, wenn und soweit der gesetzlich Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Nur dann darf eine Privatabrechnung erfolgen. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem gesetzlichen Versicherten zu treffen. Im Übrigen soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen (vgl. § 8 Abs. 7 BMV-Z). Diese hohen formalen Hürden belegen, dass der Vertragszahnarzt den Anspruch des gesetzlich Versicherten nach dem Sachleistungsprinzip zu erfüllen hat. Eine Privatliquidation ist grundsätzlich ausgeschlossen und nur ausnahmsweise dann erlaubt, wenn der Wunsch bzw. das Verlangen nach Mehrleistungen oder einer Privatbehandlung mit der Folge einer Privatabrechnung eindeutig vom Versicherten ausgeht. Sie darf nicht vom Kieferorthopäden, sondern muss eindeutig und „klar erkennbar“ vom Patienten ausgehen. Die Beeinflussung des Versicherten durch Falschberatung und gezieltes Schlechtreden des kassenzahnärztlichen Leistungsanspruchs zwecks Abschlusses einer Privatvereinbarung verstoßen gegen die kassenzahnärztlichen Pflichten, wegen derer ein Disziplinarverfahren eingeleitet werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 14. März 2001, Az.: B 6 KA 36/00 R). Diesen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten stellt der Gesetzgeber in § 128 Abs. 5a SGB V – gemäß dem Antikorruptionsparagrafen im SGB V – korruptivem Verhalten gleich. Darin heißt es, dass „Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten [verstoßen]“. In letzter Konsequenz kann ein schwerer und fortgesetzter Verstoß gegen dieses Beeinflussungsverbot zum Entzug der kassenzahnärztlichen Zulassung führen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, denen diese Fälle zu melden sind, haben diese Pflichtverstöße zu verfolgen und zu ahnden.

5 Problem der Doppelabrechnung in der Praxis

Wenn eine Kostenübernahme im Sinne der Richtlinien des G-BA festgestellt (Einstufung in KIG 3 oder höher) und keine über die GKV-Versorgung hinausgehende Behandlung gewählt wurde, dann ist der Fall eigentlich klar: Der Kieferorthopäde rechnet mit der zuständigen Kassenzahnärztlichen

Versorgung (KZV) die kieferorthopädischen Leistungen nach BEMA-Z ab. Ebenso einfach ist die Abrechnung bei einer Einstufung in KIG 1 oder 2. Hier gilt, dass die gesamte Behandlung über die GOZ berechnet und dem Patienten privat in Rechnung gestellt wird. 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 offenbar zu gering ist. Auch wenn die niedriger bewerteten BEMA-Positionen bei der Rechnungsstellung abgezogen werden, ist dieses Vorgehen dennoch unzulässig, da im Falle einer Regelversorgung das Sachleistungsprinzip gilt. Es kommt aber auch vor, dass die BEMA-Positionen gar nicht in Abzug gebracht werden. In dem folgenden Ausschnitt eines anonymisierten Heil- und Kostenplanes (KIG D4) ist die BEMA-Nr. 126a (Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten) 20-mal aufgelistet. In der zugehörigen Privatvereinbarung ist die GOZ-Nr. 6100 (Eingliederung eines Klebebrackets) auch 20-mal aufgelistet, jedoch ist die Honorarsumme der „gesetzlichen“ Brackets nicht in Abzug gebracht worden (Spalte „Abzüglich GKV-Leistung“). Dabei handelt es sich eindeutig um eine unzulässige Doppelberechnung und somit Versicherungsbetrug:

Bisslage Intermaxillär Klasse I Relation einstellen; dentofrontale Relation verbessern

Verwend. Geräte FKO, MB, Retention

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

Ä 925 a	b	c	d	Ä 928	Ä 934 a	b	Ä 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
					2					3	1	3	4	4
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	
3	2	20	8	28	2	2	6	6	13	1				

16
voraussich der Behan Quartale

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
OK 119	3	1	5	1	3	13	c
UK 119	3	3	5	2	3	16	d
120	5	3	3	3	<input checked="" type="checkbox"/>	14	d

Sonstige Leistungen: Geb.-Nr. Anz.

650,00
Geschätzte Material- u. Laborkosten EUR

33
vorauss Gesamt

Abb. 2 Vordruck 4a des BMV-Z in Anlage 14 a: KFO-Behandlungsplan

Kostenvoranschlag							
Leistung/	GOZ/GOÄ-Position	Faktor	Begründung	Anzahl	Preis Euro	Abzüglich GKV-Leistung	Endpreis Euro
Speed, Selbstligierende Brackets							
Qualitätsbrackets o.ä.	6100	3,0		20	556,80 €	0,00 €	556,80 €
Qualitätsbrackets o.ä.	6110	3,0		20	236,40 €	0,00 €	236,40 €
entfernen							
						Summe:	793,20 €
Superelastischer Bogen							
Superelastischer Bogen	615	0,0		0	0,00 €	0,00 €	0,00 €
						Summe:	0,00 €

Abb. 3 Kostenvoranschlag Privatleistungen ohne Verrechnung GKV-Leistungen

6 Zahn-Zusatzversicherung

Da in einigen Bereichen der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen restriktiv ist, entscheiden sich immer mehr Patienten für eine Zahn-Zusatzversicherung. Im Jahr 2020 gab es laut Zahlenbericht der PKV 17.044.000 Zahn-Zusatzversicherungen. Der Zuwachs zum Vorjahr betrug 3,95 Prozent. Vor der Novelle im Jahr 2011 waren es noch 13.218.800 Zahn-Zusatzversicherungen. I.

d. R. beinhalten solche Tarife Leistungen für Zahnersatz, manchmal zusätzlich auch für Zahnbehandlung, Inlays und Kieferorthopädie. Die Erstattung erfolgt z.B. als Zuschuss, der prozentual bis zu einer festgelegten Höchstgrenze bezahlt wird. Im Bereich der Kieferorthopädie wird dann je nach Tarifbedingungen der Eigenanteil reduziert. Bei einer Einstufung in KIG 1 und 2 (bis zum 18. Lebensjahr) können erhebliche Kosten für den gesetzlich Versicherten entstehen, da die GKV die Behandlungskosten in diesen Fällen gar nicht erstattet. Aber auch für medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen, die nicht Teil des gesetzlichen Leistungskatalogs sind, kann eine Zusatzversicherung je nach Tarifgestaltung leisten.

Die Kenntnis über das Bestehen einer Zahn-Zusatzversicherung kann den Kieferorthopäden dazu verleiten, die gesamte Behandlung – trotz Einstufung des Patienten in KIG 3 oder höher – über die für ihn lukrativere GOZ zu berechnen. Hier ist der Kieferorthopäde verpflichtet, nach dem gesetzlichen Abrechnungssystem über die KZV abzurechnen. Wie bereits ausgeführt, stellt sich die Beeinflussung des gesetzlich Versicherten zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihm zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung als Verstoß gegen vertragszahnärztliche Pflichten dar (§ 128 Abs. 5a SGB V). Das ergibt sich auch aus den einschlägigen Vorschriften des BMV-Z.

Doch auch wenn der Versicherte bzw. dessen gesetzlicher Vertreter eine Privatbehandlung klar und ausdrücklich verlangt, muss der Kieferorthopäde ihn darüber aufklären (sog. wirtschaftliche Aufklärungspflicht), dass die private Zahn-Zusatzversicherung nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstatten muss, sondern der Krankenversicherer bei der Feststellung einer KIG 3 oder höher ggf. berechtigt ist, Vorleistungen der GKV abzuziehen.

Außerdem ist zu beachten und der Versicherte darüber aufzuklären, dass auch bei ausdrücklichem Wunsch nach einer Privatbehandlung die Rechnungshöhe nicht beliebig gesteigert werden kann. Das AG Riedlingen (Urteil vom 15. April 2017, Az.: 1 C 209/15) hat unter Bezugnahme auf § 192 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz festgestellt, dass bei einer Überschreitung der GKV-Leistung um mehr als das Doppelte, selbst wenn schwierige Behandlungen betroffen waren, von einem auffälligen Missverhältnis auszugehen ist (Übermaßvergütung). Der Krankenversicherer kann die Erstattung der Kosten verweigern, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

7 Fazit

Dem BDK ist darin zuzustimmen, dass jeder gesetzlich Versicherte im Rahmen der GKV-Versorgung Anspruch auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung hat und diese seitens des Kieferorthopäden nicht von privaten Zuzahlungen abhängig gemacht werden darf. Selbstverständlich kann sich der Patient nach entsprechender medizinischer und wirtschaftlicher Aufklärung für eine Behandlung entscheiden, die über die GKV-Versorgung hinausgeht. Um das Risiko echter, zahnmedizinisch notwendiger Zusatzleistungen abzusichern, können gesetzlich Versicherte private Zahn-Zusatzversicherungen vor Eintritt des Versicherungsfalles abschließen. Der Patient darf dann aber trotzdem nicht zur Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen anstatt der ihm zustehenden Leistungen der GKV beeinflusst und verleitet werden. Andernfalls verstößt der Kieferorthopäde gegen vertragszahnärztliche Pflichten (vgl. § 128 Abs. 5a SGB V), die disziplinarrechtlich geahndet werden können.

Die Vereinbarung der KZBV und des BDK zur kieferorthopädischen Behandlung gesetzlich Versicherter war aus Patientensicht grundsätzlich begrüßenswert, weil sie die Rechte des Patienten stärkte und eine Planungssicherheit über die anfallenden Mehr- und Zusatzkosten bot. Da allerdings wegen einer fehlenden Rechtsverbindlichkeit viele Kieferorthopäden die Transparenzvereinbarung nicht beachteten, war die Ergänzung der Abs. 5 bis 8 im § 29 des SGB V im Rahmen des TSVG dringend notwendig. Bedauerlicherweise gibt es auch drei Jahre nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung noch immer keine verbindlichen Vorgaben. Wünschenswert ist, dass der im Gesetz genannte Termin zum 31.12.2022 für die Fertigstellung des Katalogs von Leistungen, die als Mehrleistungen vereinbart und abgerechnet werden können, eingehalten wird um die bestehende Rechtsunsicherheit zu beenden.