

Der private Heil- und Kostenplan (Teil 1)

Ein Beitrag von RA Michael Zach, Kanzlei für Medizinrecht, Mönchengladbach.



Eine Verpflichtung zur Erstellung eines Heil- und Kostenplanes sehen das Gesetz und auch der private Krankenversicherungsvertrag nicht vor, dennoch findet kaum eine KFO-Behandlung ohne vorangehenden Heil- und Kostenplan statt. Seit dem am 1.1.2012 in Kraft getretenen GOZ-Novelle (GOZ vom 22. Oktober 1987, BGBl. I S. 2316, zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011, BGBl. I S. 2661) müssen jedoch Laborkosten, die voraussichtlich 1.000 Euro übersteigen, vor Behandlungsbeginn durch einen Laborkostenvoranschlag gegenüber dem Patienten ausgewiesen werden (§9 Abs. 2 S. 1 GOZ).

Dieser Laborkostenvoranschlag wird dem Heil- und Kostenplan beigelegt und dem Patienten ausgehändigt. Wie stark beide Kostenvoranschläge miteinander verbunden sind, wird dann erkennbar im Rahmen der späteren zahnärztlichen Abrechnung, in der die Laborkosten als Teil des zahnärztlichen Honorars geltend gemacht werden und die Fälligkeit der Forderung nur eintritt, wenn die Laborabrechnung mit der zahnärztlichen Honorarliquidation im engeren Sinne dem Patienten zugeht (§ 10 GOZ). Gelegentlich sehen jedoch Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen vor, dass eine Erstattungspflicht entfällt oder auf einen Bruchteil beschränkt wird, wenn der Patient seiner Versicherung einen Heil- und Kostenplan nicht vorlegt. Hierdurch wird freilich der Zahnarzt nicht verpflichtet, einen sol-

chen Plan zu erstellen. Er wird es jedoch regelmäßig im Rahmen seines Reimbursement-Managements tun, um seinen Patienten in seiner Anspruchsverfolgung gegenüber seinem Kostenträger zu unterstützen.

Auch ohne eine gesetzliche Kodifizierung ist das Institut des Heil- und Kostenplanes inzwischen von der Rechtsprechung in allen Facetten geprüft und durchdrungen, sodass er heute nicht nur als etablierter Bestandteil einer jeden privaten Behandlungsplanung angesehen werden kann, sondern auch geradezu das zentrale Element und die Verkörperung des kieferorthopädischen Behandlungsvertrages darstellt. So finden sich heute in der Regel in einem solchen Plan auch eine Fülle von Vertragsklauseln, die nicht mehr nur die eigentliche Leistungserbringung und -abrechnung betreffen, sondern Vorsorge für etwaige Vertragsstörungen treffen und der Absicherung des Privatpatienten im Hinblick auf Debatten im Rahmen der Kostenerstattung dienen sollen.

Bevor eine Auseinandersetzung hiermit erfolgen soll, erscheint es ratsam, sich zunächst die verschiedenen Funktionen des Heil- und Kostenplanes nebst denkbarer Gestaltungsformen vor Augen zu führen (I.), sodann einzelne typische GOZ-Positionen zu diskutieren (II.) und schließlich eine Bewertung der Chancen und Probleme eines Heil- und Kostenplanes auch unter Berücksichtigung statistischer Auswertungen zu diskutieren (III.).

I. Funktionen des Heil- und Kostenplanes

In der Gestaltung des Heil- und Kostenplanes ist der Kieferorthopäde weitgehend frei: Schriftlichkeit, Vollständigkeit und eine angestrebte Verständlichkeit und Verbindlichkeit für den durchschnittlichen Verbraucher sind hier kennzeichnende Gestaltungsmerkmale, auch wenn Adressat letztlich der Sachbearbeiter des Kostenträgers ist, der im Umgang mit Abkürzungen und Kürzeln geübt ist. Je nach Gestaltungsform lassen sich die Themen einer künftigen Erstattungsdebatte akzentuieren, zum Teil auch vermeiden, ganz ausschließen lassen sich derartige

Auseinandersetzungen freilich nie.

1. Konkretisierungsfunktion

Die primäre Funktion des Heil- und Kostenplanes ist die Beschreibung, Eingrenzung und Abgrenzung der vorgesehenen Behandlung auf der Grundlage einer fixierten Diagnose und Skizzierung des verfolgten Therapieziels. Bei der Auslegung dieser Merkmale ist zu berücksichtigen, dass es sich bei dem Heil- und Kostenplan um eine Prognose handelt, die insbesondere im Hinblick auf die Kostenansätze unter dem Vorbehalt der Überprüfung bei Behandlungsabschluss/Rechnungsstellung stehen.

a) Im HKP soll die Diagnose ausgewiesen werden, die aufgrund der Eingangsdiagnostik getroffen wird. Die Eingangsdiagnostik wird ohne vorausgehenden HKP erstellt und sie wird zuvor liquidiert. In diesem Rahmen erbrachte Leistungen werden im HKP oft weder durch Angabe einer GOZ-Position noch durch die Nennung eines Eurobetrages ausgewiesen. Da KFO-Rechnungen zuweilen bei erwachsenen Patienten dem Einwand der PKV ausgesetzt sind – es handele sich nur um kosmetisch motivierte, nicht aber um medizinisch indizierte Behandlungen – sollte erwogen

Fortsetzung auf Seite 24 KN

ANZEIGE



Die neue Generation – TRIOS® 3 Ortho

Abdrücke, die Eindruck hinterlassen

3Shape's dritte Generation intraoraler Scanner ist in Stiftform, mit Griff und als Integration in eine Behandlungseinheit erhältlich.

TRIOS® 3, TRIOS® Color und TRIOS® Standard für die digitale Abformung in kieferorthopädischen Praxen.

TRIOS® 3 – in Kürze bei uns erhältlich.

Besuchen Sie uns auf der DGKFO, Stand O 07.

TRIOS® Color und Standard



DentaCore GmbH

Bessemmerstraße 16
12103 Berlin
Deutschland

Tel +49 (0)30 / 710 96 19 00
Fax +49 (0)30 / 710 96 19 05

Rothaus 5
79730 Murg
Deutschland

Tel +49 (0)7763 / 927 31 05
Fax +49 (0)7763 / 927 31 06

mail@dentacore.com
www.dentacore.com



d.tec, d.lab und d.dev sind Unternehmungen der DentaCore GmbH.

KN Fortsetzung von Seite 23

werden, den Befund unter Benennung der Position im ICD-Katalog der WHO (<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/index.htm>) anzugeben. Auf diesem Weg vermag die subjektive Befundbewertung des Kieferorthopäden in ein objektiv bestehendes Klassifizierungssystem eingeordnet werden, sodass der Einwand des Kostenträgers abgeschwächt wird, dass die Bewertung des Behandlers subjektives Votum eines in den Behandlungsvorgang verstrickten Beteiligten sei, bei dem ein eigenes wirtschaftliches Interesse im Vordergrund stehe.

- b) Diagnose und Therapie sind Kategorien einer medizinisch indizierten Behandlung. Kosmetische oder ästhetische Überlegungen sind hier fehl am Platze. Auch wenn kieferorthopädische Behandlungen immer auch kosmetische Aspekte zu berücksichtigen haben, insbesondere was das Therapieziel anbelangt, bleibt es bei einer medizinischen Behandlung. Nur wenn ausschließlich kosmetische Zielsetzungen verfolgt werden, kann dies einmal anders sein. Dann wäre gemäß § 2 Abs. 3 Satz 2 GOZ im HKP deutlich hervorzuheben, dass es sich insgesamt um eine Planung und Behandlung auf Verlangen des Patienten handelt, für die eine Erstattung durch einen Kostenträger ausgeschlossen ist.
- c) Höchst problematisch erscheint die Ausweisung von bloßen Verdachtsdiagnosen. Verdachtsdiagnosen sind Zwischenschritte der Differenzialdiagnostik, die weder verifiziert noch verworfen sind und die somit keine geeigneten Bestandteile einer Therapiegrundlage sein können. Mit der Mitteilung „V. a. CMD“ im HKP erklärt der Behandler, Probleme erkannt, aber nicht abgeklärt zu haben und gleichwohl eine mehrjährige, in das Humanmedizinische ausstrahlende, Therapie einleiten zu können. Hierdurch wird der Patient

zur Geltendmachung von Haftungsansprüchen eingeladen, auch in den Fällen, in denen vor Behandlungsbeginn eine CMD allenfalls latent vorhanden gewesen war, wenn diese sich – evtl. auch nur in der Vorstellung des Patienten – während der mehrjährigen KFO-Behandlung verdichtet oder manifestiert.

- d) Sofern Anlass für funktionsdiagnostische/-therapeutische Maßnahmen besteht, sind auch diese im HKP auszuweisen, falls nicht sogar die Erstellung eines separaten FAL-HKP erfolgt. Dieser ist im Rahmen der GOZ-Novelle – zulässig war er als solcher bereits zuvor – durch explizite Nennung in Pos. 0040 GOZ aufgewertet worden. Dieser Plan sollte dann den Hinweis enthalten, dass es sich insofern lediglich um die Planung einer Vorbehandlung handelt, der die eigentliche KFO-Behandlung angeschlossen wird. Diese Klarstellung liegt im Obligo des Behandlers, da sowohl der Patient wie auch seine Kostenträger davon ausgehen dürfen, dass ein HKP in dem Sinne vollständig ist, dass vor, nach oder neben ihm keine weiteren Planungen/Behandlungen desselben Kieferorthopäden durchgeführt werden. Soll ausnahmsweise etwas anderes gelten, wäre dies vor Behandlungsbeginn hervorzuheben, zu konkretisieren und von dem Planungsinhalt des KKO-HKP deutlich abzugrenzen.

- e) Abweichend von dem Grundsatz, dass im Rahmen der Diagnose ausschließlich der Ist-Befund anzugeben ist, sollte auch auf die Progredienz einer Erkrankung hingewiesen werden, da bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Planung auch die absehbare Befundentwicklung und -verschlechterung in die Betrachtung einzubeziehen ist. So kann auch die Therapie einer heute erst geringfügigen Zahnfehlstellung als medizinisch notwendig



gewertet werden, wenn dem Patienten das beobachtende Zuwarten bis zum Abschluss der pathologischen Entwicklung nicht zugemutet werden kann. Wenn immer möglich, sollte die Diagnose die Ausgestaltung des therapiewürdigen Bisses benennen – zum einen, weil so die Erkrankung des Gesamtsystems erkennbar wird, und zum anderen, weil auch den Beurteilern des HKP so der Weg in eine gewisse Einordnung als Behandlungsfall erleichtert wird. So liegen zu sämtlichen pathologischen Bissituationen Rechtsprechungen vor, auf die bei der Beurteilung des jeweiligen Falles zurückgegriffen werden kann.

- f) Die vorgesehenen Behandlungsgeräte sollten im Plan konkret angegeben werden, da dies besonders gut das therapeutische Konzept erkennen lässt und die Prüfbarkeit beschleunigt. Die fehlende Benennung wird umso eher zur Anforderung eines separaten Laborkostenanschlages führen. Eine Therapieänderung oder der Wechsel des Behandlungsgerätes mag nicht stets die Erstellung eines neuen HKP erfordern, sollte dem Kostenträger aber doch aus eigenem

- g) Das Therapieziel ist im HKP häufig selbst nicht benannt (als solches käme die Herstellung einer Neutralokklusion in Betracht), sondern allenfalls ableitbar aus den zur Verwendung vorgesehenen Behandlungsmitteln, die zur Beseitigung oder Verbesserung der unerwünschten Befund eingesetzt werden (z.B. Auflösung des Engstandes). In der Regel lässt sich eine Therapie im Rahmen eines Zeitraumes von vier Jahren umsetzen, wie dies von den GOZ-Positionen 6100–6300 als Planungsrahmen angesetzt ist. Die Therapiedauer ist im HKP anzugeben. Sofern eine erhebliche Reduzierung der Therapiedauer durch den Einsatz spezieller Apparate erreichbar ist, ist dies selbst wiederum medizinisch notwendig, da so das krankheitsbedingte Leiden quantitativ gemindert wird.

Bei sogenannten Frühbehandlungen besteht die Problematik, dass im Zeitpunkt der Planung noch gar nicht abgesehen werden kann, welches Behandlungsgerät nach Durchbruch der bleibenden Zähne zu favorisieren ist und von den Eltern später tatsächlich gewählt werden wird. Hier besteht ein Dilemma: Entweder der Behandler verabschiedet sich von dem Postulat einer vollständigen Kostenerfassung und einer abschließenden Planung in einem HKP oder aber er beschränkt sich auf einen Planungstorso, der im „HKP“ offen lässt, ob ggf. eine Folgebehandlung erforderlich ist und mit welchen Behandlungsmitteln diese später erfolgt oder angeraten werden wird.

Die Beschränkung auf einen Planungstorso, der nur die sicher absehbaren Maßnahmen enthält, vermeidet Angriffspunkte, enttäuscht aber die Erwartung der Patienteneltern, bereits vor Behandlungsbeginn die voraussichtlich anfallenden Gesamtkosten vollständig in Erfahrung bringen zu können. Letzteres ist kein Problem, sofern der Patient sachgerecht informiert ist. Im Rahmen einer Feststellungsklage hatte ein Sachverständiger die medizinische Notwendigkeit einer solchen Gesamtplanung, also einschließlich der

nach Durchbruch der Zähne anstehenden Behandlung, zu beurteilen, und er kam zu der Bewertung, derzeit ließe sich noch seriös keine Aussage darüber treffen, ob überhaupt eine Weiterbehandlung erforderlich werde und ob die alternativ angegebene Multiband- bzw. Invisalign®-Planung geeignet sei, das Therapieziel zu erreichen. Hier ist wahrscheinlich die Erstellung zweier HKP – zeitlich nacheinander – die beste Lösung, wobei im Plan der Frühbehandlung anschließend auf die ggf. erforderliche Weiterbehandlung hinzuweisen ist.

Im Ergebnis dauerte der Rechtsstreit über den Durchbruch der bleibenden Zähne dieses Kindes hinaus an, sodass im Rechtsstreit erklärt werden konnte, dass eine Fortsetzung der KFO-Behandlung nicht mehr erforderlich sei, und die PKV wurde vollständig zur Tragung der Behandlungskosten in Höhe von 3.935,87 Euro verurteilt, nebst der Verfahrenskosten in Höhe von 9.790,74 Euro (OLG Düsseldorf, Urt. v. 24.3.2015, I-4 U 179/11, eine Invisalign®-Behandlung betreffend) **KN**

Fortsetzung in KN 12/15 **KN**

KN Kurzvita



RA Michael Zach
[Autoreninfo]



KN Adresse

Kanzlei für Medizinrecht
Rechtsanwalt Michael Zach
Volksgartenstraße 222a
41065 Mönchengladbach
Tel.: 02161 6887410
Fax: 02161 6887411
Mobil: 0172 2571845
info@rechtsanwalt-zach.de
www.rechtsanwalt-zach.de



Antrieb mitgeteilt werden. Im Falle eines Therapiewechsels (häufig verbunden mit einem Behandlerwechsel) fürchten die Kostenträger zu Recht eine Verdoppelung der Kosten. Sofern der Wechsel aber medizinisch veranlasst und geboten ist, sind die Kosten zu erstatten, da der Patient nicht aus Gründen der Kostenbegrenzung an einer einmal getroffenen Wahl festgehalten werden kann, wenn aus klinischen Gründen nicht mehr festgehalten werden sollte (LG Dortmund, Urt. v. 27.10.2011, 2 O 29/10, betreffend die Umstellung von einer festsitzenden Apparatur auf Invisalign® nach dem Auftreten von Zahnfleischrezessionen und -schwellungen).