

Tipps zur Kostenerstattung der Privaten Krankenversicherung für die kieferorthopädische Behandlung

Wir freuen uns über ihr Interesse an einer kieferorthopädischen Behandlung.

Grundsätzlich kann Ihr Kieferorthopäde eine kieferorthopädische Behandlung mit Ihrer privaten Krankenversicherung (PKV) abrechnen. Ob die Behandlungskosten jedoch tatsächlich in voller Höhe von Ihrer PKV übernommen werden, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Daher sollten Sie vor Behandlungsbeginn mit Ihrer PKV klären, wie hoch die Erstattung für die geplante kieferorthopädische Behandlung sein wird.

Um Ihnen dabei zu helfen, haben wir für Sie Fragen und Antworten rund um das Thema Kostenerstattung zusammengestellt. Wichtige rechtliche Grundlagen (beispielsweise Gerichtsurteile), auf die im Text verwiesen wird, sind am Ende aufgelistet.

1. Welche Information benötigt meine PKV?

Heil- und Kostenplan: Die Voraussetzung für die Kostenerstattung durch die PKV ist in der Regel der Heil- und Kostenplan Ihres behandelnden Arztes. Der Heil- und Kostenplan gibt Auskunft über die bei Ihnen oder Ihrem Kind geplante kieferorthopädische Therapie und die dabei voraussichtlich entstehenden Kosten. Die Kosten sind von Patient zu Patient verschieden und hängen davon ab, wie komplex der jeweilige Fall ist und wie die Therapie verlaufen soll.

Bitte reichen Sie als ersten Schritt den Heil- und Kostenplan Ihres behandelnden Arztes bei Ihrer PKV ein.

Behandlung- und Befundunterlagen: Eventuell fordert Ihre PKV von Ihnen oder Ihrem behandelnden Arzt noch zusätzliche Informationen an, wie z. B. Gipsabdrücke, Modelle oder Röntgenbilder.

In diesem Fall ist Ihre PKV verpflichtet, Ihnen die Kosten für die Anfertigung der Kopien (in angemessener Höhe) zu erstatten. ¹

Schweigepflichtentbindung: Möglicherweise beauftragt Ihre PKV einen Gutachter mit der Prüfung Ihrer geplanten kieferorthopädischen Behandlung. Damit Ihr behandelnder Arzt dem Gutachter zusätzliche Informationen über Ihren Fall zuleiten darf, müssen Sie Ihren behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Ihrer PKV entbinden.

Stellen Sie Ihren behandelnden Arzt lediglich für die anstehende kieferorthopädische Behandlung von seiner Schweigepflicht frei. Geben Sie ihm keine unbefristete oder unbeschränkte Schweigepflichtentbindung. Das ist nicht zulässig und könnte sich nachteilig für Sie auswirken. ²

2. Was hat mein Versicherungstarif mit der Kostenerstattung zu tun?

Die Grundlage für die Kostenübernahme durch Ihre PKV ist der von Ihnen gewählte Versicherungstarif. Dieser Versicherungstarif enthält bestimmte Vereinbarungen zur Erstattung der Behandlungskosten von

kieferorthopädischen Leistungen. Beispielsweise ist festgelegt, welche Kosten überhaupt von Ihrer PKV übernommen werden und in welcher Höhe. Im Folgenden finden Sie einige typische Beispiele für solche Vereinbarungen, die sich auf die Höhe der Kostenerstattung durch Ihre PKV auswirken können:

Prozentuale Erstattung: Sie haben für kieferorthopädische Leistungen eine anteilige Erstattung zu einem bestimmten Prozentsatz vereinbart (z. B. 75 % des Rechnungsbetrages).

Selbstbehalt: Sie haben für kieferorthopädische Leistungen einen Selbstbehalt vereinbart, der zunächst vom Rechnungsbetrag abgezogen wird (z. B. 900 Euro pro Kalenderjahr).

Höchstbetragsgrenzen: Sie haben für die Erstattung von kieferorthopädischen Leistungen bestimmte Höchstbeträge vereinbart, möglicherweise gestaffelt nach der Anzahl der Jahre, die Sie bereits bei Ihrer PKV versichert sind (z. B. max. 1.000 Euro im 2. Versicherungsjahr, max. 2.000 Euro im 3. Versicherungsjahr etc.).

Begrenzter Steigerungsfaktor: Sie haben für die Erstattung von kieferorthopädischen Leistungen eine Begrenzung des sogenannten Steigerungsfaktors vereinbart, mit dem Ihr behandelnder Arzt seine Gebührensätze multiplizieren kann, um diese an den Schwierigkeitsgrad, den daraus resultierenden Zeitaufwand und die Umstände Ihrer Behandlung anzupassen (z. B. auf das 2,3-fache begrenzt).

Gedeckelte Material- und Laborkosten: Sie haben für die Erstattung der kieferorthopädischen Material- und Laborkosten bestimmte Höchstbeträge vereinbart (z. B. Kostenerstattung lediglich auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenkassen oder gemäß einer sogenannten Material- und Laborkostenliste).

Einzelheiten dazu können Sie in der Tarifübersicht Ihres Versicherungsvertrages nachlesen. Oder Sie wenden sich mit dieser Frage einfach direkt an Ihre Versicherung.

3. Meine PKV hat eine Kostenzusage erteilt. Muss ich noch etwas beachten?

Nein, dann gibt es nichts mehr zu beachten.

Wenn Ihnen eine schriftliche Kostenzusage von Ihrer PKV vorliegt, können Sie sofort mit der kieferorthopädischen Behandlung beginnen.

4. Meine PKV will die Kostenerstattung kürzen. Was kann ich tun?

Kürzungen bei der Kostenerstattung können in manchen Fällen möglicherweise berechtigt sein, in anderen eher nicht:

Ihre PKV verweist auf Ihren individuellen Versicherungstarif: Sie haben in Ihrem persönlich gewählten Versicherungstarif eventuell Vereinbarungen getroffen, die die Kostenerstattung durch Ihre PKV begrenzen. Informationen hierzu finden Sie weiter oben in der Antwort zu Frage 2.

Sehen Sie in Ihrem Versicherungstarif nach und prüfen Sie in Zweifelsfällen, ob Ihnen nicht doch eine höhere Kostenerstattung zusteht.

Ihre PKV bemängelt die Abrechnung Ihres Arztes: Ihr behandelnder Arzt rechnet Ihre kieferorthopädische Behandlung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ab. Diese Gebührenordnung ist nicht immer ganz eindeutig und wird manchmal unterschiedlich ausgelegt. Deshalb kann es passieren, dass Ihre PKV die Berechnung einzelner Behandlungsleistungen durch Ihren behandelnden Arzt nicht akzeptiert.

Sprechen Sie Ihren behandelnden Arzt darauf an, und legen Sie ihm den Bescheid Ihrer PKV vor. Denn er kennt Ihren Fall ganz genau und kann seine Abrechnung begründen.

Die PKV grenzt die Erstattung der Material- und Laborkosten für die Erstellung der lingualen Bracketapparatur aus: Die PKV kürzt die Erstattung der Lingualbehandlung auf die Höhe der Kosten der „traditionellen“ Verfahren (Vestibulärtechnik = feste Zahnsperre von „außen“).

Zu diesem Vorgehen ist die PKV in aller Regel berechtigt, da mit den zahnärztlichen Leistungen nach den Geb.-Nr. 6100 – 6150 die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien z. B. unprogrammierte Edelstahlbrackets abgegolten sind. Mehrkosten für aufwendige Materialien sind somit von der Erstattung ausgenommen und demzufolge als reine Verlangensleistungen einzustufen³.

5. Meine PKV lehnt die Kostenerstattung komplett ab. Was kann ich tun?

Wenn Ihre PKV die Kostenübernahme für die kieferorthopädische Behandlung grundsätzlich ablehnt, können Ihnen folgende Argumente begegnen:

Ihre PKV bemängelt die „medizinische Notwendigkeit“ der Behandlung: Ihre PKV ist dazu verpflichtet, Ihnen eine Therapie zu erstatten, wenn Sie „medizinisch notwendig“ ist.⁴ Kieferorthopädische Behandlungen sind dann „medizinisch notwendig“, wenn sie der Wiederherstellung der Kau- und Sprechfunktion dienen. Ihre PKV ist nur dann berechtigt, die Kostenerstattung abzulehnen, wenn die geplante kieferorthopädische Behandlung aus rein kosmetischen Gründen durchgeführt werden soll.

Sprechen Sie Ihren behandelnden Arzt darauf an, legen Sie ihm den Bescheid Ihrer PKV vor und besprechen Sie mit ihm gemeinsam die Einwände.

Ihre PKV hält die Behandlung für „zu teuer“: Sie sind nicht dazu verpflichtet, für eine „medizinisch notwendige“ Heilbehandlung die kostengünstigste Alternative zu wählen. Es spielt keine Rolle, ob die zu erstattenden Kosten niedriger wären, wenn Sie sich für eine andere Art der Behandlung entschieden hätten.

Sprechen Sie Ihren behandelnden Arzt darauf an oder wenden Sie sich direkt an Ihre PKV und verweisen Sie auf die aktuelle Rechtsprechung.⁵

Ihre PKV verweist auf ein externes Gutachten: Auf ein externes Gutachten darf sich Ihre PKV nur dann stützen, wenn das Gutachten von einem unbefangenen und fachlich geeigneten Sachverständigen – auch Beratungszahnarzt genannt – erstellt wurde. Damit Sie dies überprüfen können, müssen Ihnen Gutachten und Gutachter bekannt sein.

Wenn Ihnen das externe Gutachten nicht vorliegt, dann fordern Sie Ihre PKV dazu auf, Ihnen das Gutachten herauszugeben und den Namen des Beratungszahnarztes zu nennen. Dazu ist Ihre PKV rechtlich verpflichtet.⁶

Wenn Sie von der Argumentation Ihrer PKV und deren Beratungszahnarzt nicht überzeugt sind, dann sprechen Sie Ihren behandelnden Arzt darauf an. Er kann Ihnen dabei helfen, das Gutachten zu überprüfen und der PKV zusätzliche Informationen zu Ihrer geplanten kieferorthopädischen Behandlung zuleiten.

Wenn Sie den Eindruck haben, dass der Gutachter Ihrer PKV in Bezug auf die geplante kieferorthopädische Behandlung voreingenommen ist, so könnten Sie gegebenenfalls erwägen, das Gutachten gerichtlich überprüfen zu lassen. Lassen Sie sicherstellen, dass dem Beratungszahnarzt die geplante kieferorthopädische Behandlung sowohl theoretisch als auch praktisch hinreichend bekannt ist. Ein Gutachten von einem unbefangenen Gutachter hält meist nicht einer gerichtlichen Überprüfung stand.

6. Kann mein Anspruch auf Kostenerstattung verjähren?

Für den Anspruch auf Kostenerstattung durch Ihre PKV gilt eine Verjährungsfrist von drei Jahren.

Allerdings beginnt die Verjährungsfrist erst dann, wenn Sie Ihrer PKV alle Unterlagen zur Prüfung vorgelegt haben und die PKV Ihnen einen Bescheid zur Kostenerstattung zugestellt hat. Die Zeit, die Ihre PKV braucht, um Ihren Anspruch auf Kostenerstattung zu prüfen, wird bei der Verjährungsfrist nicht mit eingerechnet.

Ihr Anspruch auf Kostenerstattung geht auch dann nicht verloren, wenn Sie die ersten Teilrechnungen nicht sofort der PKV vorlegen. Sie haben zwar als Patient oder dessen gesetzlicher Vertreter eine Mitwirkungspflicht, aber Sie können auch zunächst den Abschluss der Behandlung abwarten.

Wenn Ihre PKV behauptet, der Erstattungsanspruch für die geplante kieferorthopädische Behandlung sei verjährt, sollten Sie zunächst die Verjährungsfrist überprüfen.

Sie können Einfluss auf den Beginn der Verjährung nehmen, indem Sie entscheiden, zu welchem Zeitpunkt Sie Ihrer PKV Befundunterlagen und Rechnungen vorlegen.

Rechtquellen:

¹ Zur Kostenerstattung für angeforderte Kopien:

AG Saarbrücken, Urt. v. 30.01.1995, 36 C 802/94; AG München, Urt. v. 27.07.2010, 111 C 11665/10; vgl. auch: §§ 9, 10 Rz. 31, MB/KK, Bach-Moser: „Der Arzt wird seinem Patienten regelmäßig autorisierte Ablichtungen zur Verfügung stellen müssen... Die Kosten der Ablichtung hat der Patient zu tragen; sie sind ihm vom Versicherer zu ersetzen.“

² Zur Schweigepflichtentbindung:

Als Versicherter sind Sie berechtigt, Ihre Ärzte nur konkret und im Einzelfall nach Maßgabe einer konkreten Fragestellung von der Schweigepflicht zu entbinden, ohne dass dies eine Obliegenheitsverletzung gegenüber der Versicherung darstellen würde (BVerfG, Beschl. v. 23.10.06, 1 BvR 2027/02).

³ Zur Verlangensleistung

Nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ, AG Hamburg, Urt. v. 30.01.14, AZ: 8b C 60/12.

⁴ Zur Definition von „medizinisch notwendig“:

Vgl. § 1 Abs. 2 MB/KK (Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung).

⁵ Zur „zu teuren“ Behandlung:

Diese Rechtsprechung zur stationären Behandlung wurde auf die Kostenerstattung für die ambulante (kieferorthopädische) Behandlung übertragen (LG Köln, Urt. v. 07.02.2007, 23 O 458/04; LG Dortmund, Urt. v. 05.10.2006, 2 S 17/05; BGH, Urt. v. 12.03.2002, IV ZR 278/01).

⁶ Zur Pflicht zur Bekanntgabe von Gutachter und Gutachten:

Diese Verpflichtung lässt sich aus einer Entscheidung des BGH (BGH, Urt. v. 11.06.2003, IV ZR 418/02) herleiten, der wie folgt argumentiert: In der privaten Krankenversicherung hat der Versicherer auch solche Gutachten (einschließlich der Identität des Sachverständigen) gem. § 202a VVG bekannt zu geben, denen keine körperliche Untersuchung des Versicherten zugrunde liegt. Wenn ein Versicherer ein externes Gutachten eingeholt habe, sei er zur Offenlegung der Stellungnahme des Beratungszahnarztes verpflichtet. Dass dieses Gutachten internen Zwecken diene, ändere nichts. Der Versicherer hole das Gutachten ein, um sich in einer

Zweifelsfrage Gewissheit zu verschaffen. Dazu bedürfe es eines unbefangenen und fachlich geeigneten Sachverständigen. Fehle es daran, könne das Gutachten seinen Zweck nicht erfüllen. Daher mache es keinen Sinn, wenn der Versicherer die Identität des Sachverständigen geheim halten möchte. Eine solche Einschränkung würde das Recht des Versicherten auf Einsicht entwerten, weil ihm die Prüfung der Kompetenz und Unbefangenheit des Gutachters verschlossen bliebe. Erst die umfassende Kenntnis des Gutachters einschließlich seines Urhebers erlaube dem Versicherten die sachgerechte Beurteilung der Frage, ob der Anspruch auf Kostenerstattung Aussicht auf Erfolg habe. Das Gutachten war an den Versicherten herauszugeben.

Rechtshinweis:

Die in diesem Dokument bereitgestellten Informationen, dienen allein Ihrer Information, falls Sie Probleme mit der Kostenerstattung haben und sollen in keinem Falle als Aufforderung gesehen werden, rechtliche Schritte einzuleiten. Bitte lassen Sie sich bei Fragen rund um gerichtliche Auseinandersetzungen zunächst von einem Anwalt beraten.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Informationen geholfen zu haben und verbleiben mit den besten Wünschen für eine gute Zusammenarbeit und einen erfolgreichen Behandlungsverlauf!

Ihre kieferorthopädische Praxis
Dr. Britta Schröder