Der private Heil- und Kostenplan (Teil 2)

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

KN Fortsetzung aus KN 11/15

2. Vertragsfunktion

Nachdem die Behandlung in medizinischen Termini beschrieben und abgegrenzt ist, erfolgt die Bestimmung, zwischen wem diese Planung gelten soll. Aus Anlass dieser Verschriftlichung finden eine Fülle anderer rechtlich relevanter Details Eingang in den HKP, der so zum Teil zu einem umfassenden Vertragswerk wird, obwohl Arztverträge herkömmlicherweise durchgehend mündlich abgeschlossen zu werden pflegen. Gleichwohl wird davon abgeraten, den HKP zu überfrachten im Sinne der Beifügung von Kleingedrucktem wie bei Gewerblichen in Gestalt von Allgemeinen Geschäftsbedingungen üblich.

a) Eine Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOZ darf weitere Erklärungen bekanntlich nicht enthalten. Im HKP müssen die so gesteigerten Honorare dann ausgewiesen werden.

b) Eine Aufnahme einer Risikoaufklärung in den Heil- und Kostenplan erscheint vor dem Hintergrund problematisch, dass unklar ist, ob so die Warnfunktion der Aufklärung wirklich erreicht wird, wenn sich innerhalb anderer Regelungen zur Kostenabrechnung, zur Abschlagspositionen usw. Erläuterungen zu medizinischen Behandlungsrisiken finden. Es wird deshalb empfohlen, die Risikoaufklärung separat vorzunehmen und separat zu dokumentieren. Naheliegender wäre es, Erklärungen über eine erfolgte Alternativenaufklärung in dem HKP vorzusehen, zum einen deshalb, weil schon im Hinblick auf das verwendete Behandlungsgerät stets Alternativen vorhanden sind, die aus medizinischen Gründen mitteilungspflichtig sein dürften, und zum anderen deshalb, weil sich die bietenden Behandlungsalternativen auch im Kostenpunkt fast immer deutlich unterscheiden.
So dürfte es hinweispflichtig sein, dass die Beihilfe des Landes Hessen regelmäßig darauf hinweist, dass linguale Apparaturen aus Fremdlaboren nicht erstattungsfähig seien und dass die Erstattung der Material- und Laborkosten von Alignern aus Fremdlaboren jedoch erstattet werden, wenn der Patient durch Vorlage eines fiktiven Plans nachweist, dass die Alignerbehandlung nicht teurer ist als die Behandlung mittels vestibulären Multibandes.

c) Im HKP wird der Auftraggeber identifiziert. Ihm werden die Behandlungsabrechnungen gestellt, die erst mit dem Zugang bei ihm fällig werden. Dies ist so lange unproblematisch, als Patient und Rechnungsempfänger identisch sind. Durch § 1357 BGB (Schlüsselgewalt) wird die Mitverpflichtung des Ehegatten bewirkt, sofern die Behandlung angemessen war zur Deckung des medizinischen Versorgungsbedarfes der Eheleute. Bei der Insolvenz eines der beiden Ehegatten tritt so eine Mitverpflichtung des jeweils anderen Ehegatten ein, ohne dass eine Zustellung der Rechnung an ihn unter seinem Namen erforderlich wäre. Das gilt auch in den Fällen, in denen gewollt wird, dass ausschließlich derjenige Ehegatte Vertragspartner wird, etwa weil dieser eine private Krankenvollversicherung unterhält. Dieser Gedanke der Mithaftung des anderen Ehegatten gilt auch, wenn es um die Behandlung eines Kindes der Eheleute geht und die Ehe zumindest während laufender Behandlung noch Bestand hatte.
Bei minderjährigen Patienten kommt der Behandlungsvertrag gemäß der §§ 630a–f BGB in aller Regel – und zwar unabhängig vom Versicherungsstatus – zwischen Kieferorthopäden und den Eltern zustande. Wird der Patient im Laufe der Behandlung volljährig, wird er in den Vertrag nachrücken und gleichfalls als Vertragspartner die Leistung fordern können und auf das Behandlerhonorar neben seinen Eltern haften. Die Schweigepflichtentbindung dürfte zumindest bei Jugendlichen ab dem 16. Lebensjahr selbst zu unterzeichnen sein, da zumindest ab diesem Zeitpunkt eine ausreichende Einsichtsfähigkeit bestehen dürfte und eine entsprechende Verfügungsbefugnis der Eltern dann nicht mehr gegeben ist. Dies gilt auch für die Einwilligung in die Behandlung, sodass die Risikoaufklärung ab diesem Lebensalter zumindest auch an den Patienten zu richten ist.

3. Kalkulationsfunktion

Es würde kaum ein HKP geschrieben werden, diente er nicht als Kalkulations- und Erstattungsgrundlage für den Kostenträger hinter dem Patienten. Nur selten weicht die Höhe der Behandlungskosten später von den kalkulierten Beträgen ab, sodass der Plan de facto eine verlässliche Planungsgrundlage für alle Beteiligten ist. Diskussionen darüber, ob eine 10%ige oder 30%ige Planüberschreitung nicht immer zu vermeiden seien und deshalb zulässig wären, stellen sich heute nicht mehr. Abgesehen von einigen Fällen der Frühbehandlung dürften sich zumindest im PKV-Bereich Nachtragsplanungen vermeiden lassen. Derartige Planabweichungen sorgen immer für Irritationen, deren Folge dann in keiner Relation mehr zu dem Anlass stehen.
Der HKP kann dann Grundlage einer Feststellungsklage sein, die sich insbesondere dann anbietet, wenn die PKV die medizinische Notwendigkeit oder die Legitimität einer einzelnen Abrechnungsziffer in Abrede stellt. Das Feststellungsinteresse besteht auch dann noch fort, wenn die Behandlung bereits eingeleitet worden ist, solange nicht die Behandlung insgesamt abgeschlossen ist und nicht alle Rechnungen gestellt wurden. Das gerichtliche Verfahren dauert ein bis zwei Jahre.

Fortsetzung auf Seite 24 KN

ANZEIGE

Monatliches Update
Fachwissen auf den Punkt gebracht

Anmeldeformular Newsletter
www.zwp-online.info/newsletter

www.zwp-online.info
FINDEN STATT SUCHEN
ZWP online

KN Fortsetzung von Seite 23

Falls opportun, kann während des Klageverfahrens auf eine Leistungsklage umgestellt werden, sodass der Patient auf diesem Wege auch die genaue Erstattungshöhe durchsetzen kann und nicht auf die Erhebung einer weiteren Klage verwiesen werden muss.

II. Einzelne GOZ-Positionen des KFO-HKP

1.) 6100/6110/2197 GOZ: Schon nach alter GOZ galt, dass die Einbringung und Entfernung von Attachments im Zusammenhang mit einer Alignerbehandlung abrechenbar ist. Dies wurde damit begründet, dass die Einbringung der Attachments nicht nur dazu diene, die Invisalign®-Schiene adäquat positionieren zu können, sondern sie diene – wie die Einbringung von Brackets – dazu, eine kontrollierte Einzelzahnbewegung mit Alignern zu ermöglichen.
Die Befestigung eines Attachments im Rahmen der Alignerbehandlung entspricht dabei in den Arbeitsschritten, dem Zeitaufwand je Zahn, dem Vorbereiten von Maßnahmen zur Adhäsion jenen Maßnahmen, die beim Kleben eines einflügeligen Brackets erbracht werden, sodass die Abrechnung im Rahmen einer Invisalign®-Therapie möglich ist (AG Düsseldorf, Urt. v. 2.10.2013, 37 C 11379/10). In diesem Sinne

heißt es heute denn auch in der Online-Kommentierung der Bundeszahnärztekammer zu der seit dem 1.1.2012 geltenden GOZ zur Pos. 6100, 6110 GOZ: Das Anbringen und Entfernen von Attachments im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung mit Alignern wird ebenfalls in analoger Anwendung – wie bei Brackets – unter dieser Nummer berechnet. Für die adhäsive Befestigung eines Brackets wurde bestätigt, dass hierfür neben der Position 6100 zusätzlich die analoge Abrechnung der Pos. 2197 GOZ aus dem Leistungsverzeichnis der konservierenden Leistungen möglich ist (AG Pankow/Weißensee, Urt. v. 10.1.14, 6 C 46/13; AG Hildesheim, Urt. 16.12.213, 98 C 57/13; AG Recklinghausen, Urt. v. 19.12.13, 54 C 117/13; LG Hildesheim, Urt. v. 24.7.2014, 1 S 15/14; AG Bayreuth, Urt. v. 27.2.14, 107 C 1090/13; VG Regenburg, Urt. v. 26.1.15, RO 8 K 14.1888 und Urt. v. 1.9.2015, RN 8 K 15.936). Danach kann aus der Bezeichnung „Klebebracket" in GOZ 6100 nicht gefolgert werden, dass das Kleben i.S.d. Pos. 2197 GOZ nicht abgerechnet werden könne. Denn die Adhäsivtechnik und die Klebetechnik sind nicht synonym zu verstehen.
Im Gegensatz zum Einsatz klassischer Kunststoff- oder Zementkleber erfordert jedoch die adhäsive Klebetechnik einen Mehraufwand insbesondere im Hinblick auf die Vorbehandlung (Konditionierung) von Schmelz und Dentin mit Säuren und den Auftrag eines Primers („Grundierer"). Für die adhäsive Befestigung eines Attachments kann nichts anderes gelten. Durch die analoge Anwendung der Pos. 6100, 6110 GOZ für die Anbringung von Attachments ist die vollwertige Gleichstellung beider Apparaturen festgestellt. Dementsprechend ist 2197 GOZ ebenso analog anzuwenden, wenn Attachements – so wie Brackets – adhäsiv befestigt werden.

2.) 5377a GOÄ wird zum Teil für die Abrechnung des ClinChecks befürwortet, seitens der Zahnärztekammer Nordrhein aber beispielsweise abgelehnt. Gegen die Analogie spricht, dass die Position diagnostischen Zielsetzungen dient, der ClinCheck aber eine Therapieplanung ist. Es handelt sich um einen Zuschlag für eine computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3-D-Rekonstruktion. Eine Stellungnahme der Zahnärztekammer Brandenburg vom 21.11.2007 befürwortet die analoge Abrechnung dieser Position für die „computergestützte Auswertung von Modellen, Fotos und FRS-Bildern, sodass auch eine entsprechende Abrechnung im Bereich des ClinCheck vertretbar erschiene. Pos. 5377 GOÄ wäre dann mit dem einfachen Gebührensatz abrechenbar, mithin in Höhe von 46,63 Euro.

3.) 5170 GOZ soll nach dem AG Düsseldorf, Urt. v. 2.10.2014, 37 C 11379/10, im Rahmen der Alignerbehandlung zweimalig für den Ober- und den Unterkiefer angesichts der geforderten Präzision einer anatomisch topografischen Detailabformung mit individuellen Löffeln angemessen sein. Anstelle der weiteren zwei Abrechnungen seien weitere Abformungen statt über 5170 GOZ einmal über 0060 GOZ abzurechnen.

4.) 5000a GOZ („Tangentialpräparation") ist im Rahmen einer Alignerbehandlung für die approximale Schmelzreduktion abrechenbar (AG Mannheim, Urt. v. 14.2.2014, 3 C 214/13).

5.) 0706 BEB (Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen) sieht je Foto eine Planzeit von 15 Minuten vor. Die Abrechnung der Pos. 0706 BEB im Rahmen einer Invisalign®-Behandlung kann zulässig sein, wenn die darin tatbestandlich vorgesehene Fotodokumentation intraoraler Befunde aus zahnmedizinischen Gründen erfolgt, insbesondere zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken im Hinblick auf die zahntechnische Herstellung/Gestaltung des Behandlungsgerätes. Dann handelt es sich eben nicht nur um die Erfüllung der berufsrechtlich geforderten ärztlichen Dokumentationspflicht des Behandlungsverlaufs, die den Behandler als vertragliche Nebenpflicht trifft und der er vergütungsfrei nachkommen muss.
Keineswegs geht es an, allein aus der Bezeichnung „Foto- oder Videodokumentation" ableiten zu wollen, dass nicht zumindest auch eine therapeutische Zwecksetzung besteht, denn regelmäßig dient sie sowohl und sogar primär den diagnostischen und den therapeutischen Belangen und diese werden hierdurch erst nach Maßgabe des ärztlichen Berufsrechts dokumentationspflichtig. Wie auch sonst bei bildgebenden Befunderhebungen (FRS, OPG, DVT oder Scans) spricht regelmäßig eine Vermutung dafür, dass diese aus medizinischen Gründen erfolgen, sodass den Kostenträger die Darlegungslast trifft, warum dies in dem vorliegenden Erstattungsfall ausnahmsweise anders liegen soll.
Ohnehin ist gerade für die individualisierte und patientengerechte digital-zahntechnische Herstellung der Invisalign®-Schienen die vorherige umfassende optisch-elektronische Erfassung der Ausgangsbefundlage unerlässlich. Die so erhobenen Befunde werden in den später hergestellten Invisalign®-Schienen verkörpert. Für die Produktion der Schienen sind digitale Fotos sowie Abdrücke bzw. Intraoralscans erforderlich vom oberen und unteren Zahnbogen, jeweils rechts und links sowie der Front, was ebenfalls für die Abrechenbarkeit spricht. Die Abrechnung dieser Pos. im Rahmen einer KFO-Behandlung ist zulässig (VG Stuttgart, Urt. v. 21.9.2009, 12 K 6383/07). Zusätzlich kann in der zahnärztlichen Abrechnung gemäß der Empfehlung des PKV-Verbandes bei diagnostischer oder therapeutischer Zwecksetzung eine analoge Abrechnung der Pos. 6000 GOZ in Erwägung gezogen werden (Beschlüsse des GOZ-Beratungsforums, GOZ aktuell, Juni 2014).

III. HKP-Durchsetzung und Kostenträgermanagement

Für das zahnärztliche Selbstverständnis des Behandlers und sein Standing vor dem Patienten ist die Plandurchsetzung obligat. Erst das gerichtliche Feststellungsurteil widerlegt das fachliche Bestreiten von häufig mehreren Beratungsärzten der PKV und ihren Sachbearbeiterinnen. Die Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit gelingt nach Auswertung eigener Statistik gerichtlich in deutlich über 95 % der KFO-Fälle. Mit derselben Quote erweisen sich die PKV-Beratungsgutachten als Falschgutachten, wenn man einmal die gerichtlich eingeholten Gutachten als richtig bezeichnen möchte. Ziel des Behandlers muss es sein, die positive Bestätigung der fachlichen Vertretbarkeit seiner Planung unbedingt und zügig einzuholen.

In eigener Sache wird auf nachstehendes Kostenträgermanagement hiermit hingewiesen:

Worum geht es?
- HKP-Einreichung und Begleitung bis zur Plangenehmigung in ca. zwei Wochen
- auch bei mehreren Kostenträgern simultan (Beihilfe + Zusatz-PKV)
- GOZ-Nachsorge von der Plangenehmigung bis zum Behandlungsabschluss

Ihr Nutzen?
- zügiger Behandlungsbeginn durch forcierte GOZ-Kostenzusage und initiale Patientenbindung
- fast ausnahmslose Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit Ihrer Planungen
- Ihre Entlastung durch Auslagerung des Kostenträgermanagements

Ihre Kostenbilanz?
- Ihr Aufwand beträgt 300 Euro zuzügl. 19 % MwSt. je Behandlungsplanung
- Fortfall eigenen Personaleinsatzes
- Vermeidung von Patientenverlust durch PKV-Ablehnungsmanagement

Für wen geeignet?
- Praxen mit nennenswertem GOZ-HKP-Aufkommen
- Praxen mit Freude am digitalen Workflow
- Praxen, die ihre Patienten nicht dem Kostenträger überlassen

Interessiert?
- Fordern Sie Erfahrungsberichte Ihrer Kollegen an, die diesen Schritt getan haben.
- Informieren Sie sich hierzu telefonisch bei der Kanzlei für Medizinrecht, Rechtsanwalt Michael Zach (siehe angegebenen Kontakt). 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