

## Ihr Weg zur Kostenerstattung bei Ihrer privaten Krankenversicherung (PKV)

Zunächst ist der Heil- und Kostenplan bei der PKV zur Leistungsprüfung einzureichen. Hier werden Sie möglicherweise folgenden Erwiderungen seitens der Versicherungsgesellschaft begegnen:

- **Zur Leistungsprüfung ist die Übersendung der Befundunterlagen erforderlich und zwar als Kopie und auf Kosten der PKV**

Die Kosten für Vervielfältigungen der Behandlungs- und Befundunterlagen (Modelle, Röntgenbilder), werden von der PKV erstattet, sofern diese durch die PKV angefordert wurden. Der angemessene Aufwand der Vervielfältigungskosten wird vom Behandler berechnet. (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.“).

AG Saarbrücken, Urteil v. 30.01.1995, 36 C 802/94

AG Saarbrücken, Urteil v. 20.06.08, 5 C 828/07

- **Die Prüfung Ihres Falles setzt eine Schweigepflichtentbindung Ihres Kieferorthopäden voraus:**

Entbinden Sie Ihren Behandler für Ihre konkrete Behandlung von seiner Schweigepflicht, damit telefonisch ein fachlicher Austausch zwischen Beratungsarzt der PKV und Ihrem Behandler stattfinden kann. Erteilen Sie aber keine pauschale und unbeschränkte Schweigepflichtentbindungserklärung. Diese sind unzulässig und können sich für Sie nachteilig auswirken.

BVerfG, Beschl. v. 23.10.06, 1 BvR 2027/02:

Im Rahmen eines Versicherungsvertrages ist es zur Auskunftseinholung bei den behandelnden Ärzten im Rahmen der Leistungsprüfung nicht ausreichend, wenn der Versicherte bei Abschluss des Versicherungsvertrages pauschal erklärt hat, dass er alle künftigen Behandler umfassend von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Versicherung entbindet. Der Versicherte ist berechtigt, seine Ärzte nur konkret und im Einzelfall nach Maßgabe einer konkreten Fragestellung von ihrer Schweigepflicht zu entbinden, ohne dass dies eine Obliegenheitsverletzung gegenüber der Versicherung darstellen würde.

- **Die Behandlungsplanung wurde geprüft, aber die Kostenerstattung abgelehnt, weil sie nicht medizinisch notwendig sei.**

LG Köln, Beschl. v. 26.11.03, 23 O 269/03:

„Die medizinische Notwendigkeit i.S.v. § 1 Abs. 2 MB/KK 94 ist dann gegeben, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und ihrer Planung vertretbar ist, die Maßnahme des Zahnarztes/ Kieferorthopäden als medizinisch notwendig anzusehen. Vertretbar ist eine Heilbehandlung dann, wenn sie in fundierter und nachvollziehbarer Weise das zugrundeliegende Leiden diagnostisch hinreichend erfaßt und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anwendet. Davon ist dann auszugehen, wenn eine Behandlungsmethode und Therapie zur Verfügung steht und angewendet wird, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken. Zahnersatzbehandlungen sind dann medizinisch notwendig, wenn sie der Wiederherstellung der Kau- und Sprechfunktion dienen. Kostengesichtspunkte sind bei der Beurteilung der medizinischen Gesichtspunkte nicht zu berücksichtigen.“

- **Wurde die Behandlungsplanung etwa abgelehnt, weil sie teurer als eine Alternativbehandlung sei?**

BGH, Urt. v. 12.03.02, IV ZR 278/01:

Mit der Wendung „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ in § 1 Abs. 2 S. 1 MB/KK hat der Versicherer keine Beschränkung seiner Leistungspflicht auf die kostengünstigste Behandlung erklärt. Es ist ohne Belang, wie hoch die von der Beklagten zu ersetzenden Kosten gewesen wären, wenn der Kläger seinen Bandscheibenvorfall im Wege einer herkömmlichen Schnittoperation hätte behandeln lassen und länger stationär untergebracht worden wäre. Bestehen mehrere gleichwertige medizinische Behandlungsansätze für eine stationäre Behandlung mit deutlich divergierendem Kostenaufwand, ist der Versicherungsnehmer nicht verpflichtet, die kostengünstigere Alternative zu wählen. Diese Rechtsprechung zur stationären Behandlung wurde auf die Kostenerstattung für die ambulante (kieferorthopädische) Behandlung übertragen (LG Köln, Urt. v. 07.02.07, 23 O 458/04 und LG Dortmund, Urt. v. 05.10.06, 2 S 17/05).

- **Wer hat dies geprüft und wurde die Identität und das Fachgebiet des Beratungsarztes durch Vorlage seiner Stellungnahme offen gelegt?**

BGH, Urt. v. 11.06.2003, IV ZR 418/02:

In der privaten Krankenversicherung hat der Versicherer auch solche Gutachten (einschließlich der Identität des Sachverständigen) gem. § 178m VVG (§ 202a VVG) bekannt zu geben, denen keine körperliche Untersuchung des Versicherten zugrunde liegt. Auch wenn ein Versicherer ein externes Gutachten eingeholt habe, ist er in jedem Fall zur Offenlegung der Stellungnahme des Beratungszahnarztes verpflichtet. Dass dieses Gutachten internen Zwecken diene, ändert 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 Gutachtens 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.

- **Wenn Ihre PKV die Vorlage des Gutachtens ihres Beraters verweigert, weil es sich um kurze Notizen handle oder um einen externen, niedergelassenen Kieferorthopäden, so ändert dies an der Pflicht zur Offenlegung nichts.**

Zum einen können Gutachten auch mündlich erstattet werden und zum anderen wäre die PKV über die Ausgestaltung des Binnenverhältnisses zu ihrem Berater nachweisverpflichtet.

- **Sie möchten den Beratungsarzt Ihrer PKV wegen möglicher Befangenheit ablehnen?**

Dies geht leider nicht, da Ihre Versicherung ihn als sog. Privatgutachter ausgesucht, beauftragt und bezahlt hat und er somit ausschließlich seinem Auftraggeber verpflichtet ist. Es sind Fälle bekannt geworden, in denen ein solcher Berater 800 derartiger Gutachten erstellt hat und in denen der Berater das zu beurteilende Behandlungssystem selbst weder in der Praxis noch in der Theorie beherrschte.

- **Wurde eine Invisalign-Behandlungsplanung bei einem Kind/Jugendlichem abgelehnt, so ist dies zweifelhaft, da diese Planungen sich im Einzelfall spätestens vor Gericht stets durchgesetzt haben?**

LG Koblenz, Urt. v. 16.03.06, 14 S 38/03: Die Invisalign®-Methode kann nach erfolgreichem Durchbruch aller bleibenden Zähne unter Erweiterung des Indikationenkataloges der Fachgesellschaft auch bei einem 11-jährigen Anwendung finden.

LG Lüneburg, Urt. v. 13.01.2009, 5 O 364/07 bejahte zu Gunsten einer 11-jährigen Patientin die Erstattungspflicht bei der die engstehend retrudierte Front bei Lückenenge 13, 23 (OK) und die protrudierte Front in Supraposition (UK) durch eine Invisalign®-Behandlung therapiert wurde. Der Beratungszahnarzt hatte die Vertretbarkeit dieses Therapieansatzes zuvor verneint, weil er hierin eine aufwendige Zahnbewegung zur Korrektur einer skelettalen Dysgnathie erkannte und deren Therapie nach der generellen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie aus dem Jahre 2004 und im vorliegenden Behandlungsfall kontraindiziert sei. Der gerichtliche Sachverständige, der über eine 25-jährige Berufserfahrung verfügt und bereits seit 2001 mit dem Invisalign®-System arbeitet, bestätigte jedoch die Therapieplanung des behandelnden Arztes. Das Gericht ist ihm gefolgt und hat die Versicherung zur Zahlung verurteilt.

- **Wurde eine Invisalign-Behandlungsplanung bei einem Erwachsenen abgelehnt?**

LG Lüneburg, Urt. v. 20.02.07, 5 O 86/06: Gelegentlich kommt seitens der Privaten Krankenversicherung der Einwand, die vorgelegte Invisalign®-Methode verfolge kosmetische Belange, nicht aber medizinische Zielsetzungen. Dem ist das Landgericht Lüneburg durch ein Urteil entgegengetreten, in dem es bestätigte, dass dieses Verfahren zwischenzeitlich als anerkannte schulmedizinische Behandlungsmethode zu beurteilen sei und für die befundete Dysgnathie der Klägerin eine adäquate Therapie dargestellt habe. Auch wenn die Dysgnathie noch nicht ausgeprägt gewesen sei, war bereits aktuell ein Behandlungsbedarf vorhanden gewesen, da der Patientin nicht zugemutet werden könne, zu warten bis sich die Befunde zu ihrem Nachteil weiter ausgeprägt hätten.

LG Lüneburg (5 O 86/06, Urt. v. 20.02.07) bejaht die medizinische Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung einer Dysgnathie mittels Invisalign®-Schienen.

AG München (223 C 31469/07, Urt. v. 30.10.08) ließ eine Stellungnahme überprüfen, auf die die Versicherung ihre Leistungsablehnung stützte. Die unabhängige Sachverständige konnte dem Beratungszahnarzt nicht folgen, der sogar jedweden kieferorthopädischen Behandlungsbedarf verneint hatte. Er hatte auch noch den Hauptindikationsbereich dieser Behandlung laut der Stellungnahme der Fachgesellschaft DGKfO (dentoalveoläre Korrekturen bei Pro- und Retrusion der Front, moderatem frontalen Engstand, geringe In- und Extrusion, Einsatz von Attachements) schlicht nicht berücksichtigt. Auch hier wurde die Versicherung verurteilt, die Kosten der Invisalign®-Behandlung zu erstatten.

Das LG Nürnberg/Fürth (2 O 7187/06) hatte sich mit dem Einwand der Versicherung auseinanderzusetzen, die Invisalign®-Methode sei zur Behebung extremer Engstände nicht geeignet, was sich schon daraus ergebe, dass diese Indikation in der Stellungnahme der Fachgesellschaft nicht ausdrücklich benannt und damit kontraindiziert sei. Der Gutachter weist jedoch darauf hin, dass es sich dabei lediglich um eine Stellungnahme handele, die „aufgrund der gewachsenen klinischen Erfahrungen und erster noch unveröffentlichter wissenschaftlicher Erkenntnisse“ im Januar 2004 verfasst worden war. Aus dem Umstand, dass darin die Diagnosen „extremer Frontengstand“ und „extreme Protrusion der Front“ im Hauptindikationsbereich bzw. unter „bedingt geeignet“ nicht genannt seien, lassen nicht

automatisch auf eine Kontraindikation schließen. Die vorgesehenen Maßnahmen erwiesen sich damit nicht als kontraindiziert, sondern als medizinisch notwendig iSd Versicherungsbedingungen.

**AG Saarbrücken (5 C 828/07, Urt. v. 20.06.08)** sprach der 51-jährigen Patientin mit Angle Klasse II, einer Nonokklusion bei 27, 37, einer sagitalen Stufe und Lücken im OK-Frontzahnbereich die Kostenerstattung für Invisalign® zu. Der Beratungszahnarzt hatte demgegenüber behauptet, dieses Verfahren sei nur zur Korrektur einfacher Fehlstellungen wie bei einem Lückenschluss geeignet und hat stattdessen zu einer kombiniert kieferorthopädischen-kieferchirurgischen Behandlung geraten.

**In dem Fall des LG Köln (23 O 239/05, Urt. v. 30.01.08)** hatte ein PKV-Beratungsarzt behauptet, dass die geplante kieferorthopädische Behandlung nicht als indiziert betrachtet werden könne und dass bei dem Invisalign®-System über die Schienen keine voll körperlich definierten Kräfte auf die zu bewegenden Zähne ausgeübt würden, sondern es wirkten im wesentlichen Kräfte durch Druck auf die klinischen Kronen, die im stark parodontal geschädigten Gebiss der Patientin nicht mehr indiziert seien.

Da die Versicherte eine skelettale Dysgnathie der Angle-Klasse 2, I habe, sei eine Behandlung mittels Invisalign® nicht mehr vertretbar. Dem gegenüber stellte der gerichtlich beauftragte Sachverständige fest, dass die Invisalign®-Methode durchaus geeignet sei, Zahnfehlstellungen im parodontal vorgeschädigten, aber nicht akut entzündlich veränderten Gebiss zu beheben. Sie biete nämlich im Gegensatz zu alternativen Behandlungsmitteln – wie Multiband/Multibrakettapparat – besonders im vorliegenden Fall deutliche Vorteile:

Mit den Schienen könnten große, passive Verankerungseinheiten gebildet werden, die eine gezielte Einzelzahnbewegung ermöglichen. Ein okklusales Trauma, auch bereits durch physiologische Kaukräfte („jiggling“), werde dadurch verhindert. Mit einer erhöhten Anzahl von Schienenpaaren von vorliegend 48 können die Behandlungsschritte der parodontalen Situation angepasst und dementsprechend klein gestaltet werden. Eine vermehrte Plaqueansammlung könne mit diesem Behandlungsansatz vermieden werden, so dass die Mundhygiene deutlich erleichtert werde im Vergleich zu anderweitigen Therapieansätzen.

**AG Stuttgart (11 C 2023/07, Urt. v. 03.03.08)** ließ sich durch einen unabhängigen Sachverständigen beraten, der die Ablehnungsentscheidung der Beratungszahnärzte der Invisalign®-Behandlung verwarf. Die Versicherungsgesellschaft hat dann ihre Leistungspflicht anerkannt, um einer schriftlichen Urteilsbegründung zu entgehen.

- **Kürzungen der PKV beruhen oft auf dem Argument, Ihr Kieferorthopäde habe seine Gebührenordnung nicht richtig angewendet.**

Der Gebührenordnung Ihres Kieferorthopäden enthält bekanntlich unbestimmte Begriffe und die Möglichkeit ein Steigerungsermessen auszuüben. Es ist nicht zu übersehen, dass hier in vielen Detailfragen die Kostenträger anderer Meinung sind als die Berufsverbände der Kieferorthopäden und die Zahnärztekammern. Oft setzt sich die Abrechnung Ihres Behandlers durch, da die Gebührenordnung ihm die Ausfüllung der unbestimmten Begriffe und die Ausübung des Steigerungsermessens überlässt. Dies erscheint auch gerechtfertigt, da der Behandler anders als der Kostenträger alle Details der Behandlung kennt und er seine Abrechnung in vielen Punkten darzulegen und zu begründen hat.

- **Wenn sich außergerichtlich eine Einigung mit Ihrer PKV nicht erzielen lässt, können Sie schon vor Behandlungsbeginn ein gerichtliches Verfahren auf Feststellung der Leistungspflicht Ihrer PKV einleiten**

(Dauer: erste Instanz 1-2 Jahre). Die Entscheidung, ob eine geplante Behandlung durchgeführt wird oder nicht, sollte regelmäßig nicht von dem Ausgang des juristischen Verfahrens abhängig gemacht werden.

**BGH, Urt. v. 08.02.2006VI ZR 131/05:** Eine **Klage auf Feststellung der Leistungspflicht** in der privaten Krankenversicherung ist bereits vor Beginn der Behandlung anhand eines kieferorthopädischen Behandlungsplans zulässig.

- **Klagen gegen die PKV sind in der Regel von einem Rechtsschutzvertrag umfasst, so dass Sie kein Kostenrisiko eingehen, wenn Sie die Ablehnung Ihrer PKV durch einen unabhängigen Sachverständigen überprüfen lassen wollen.**
- **Wenn Ihre Versicherung ablehnt, weil der Erstattungsanspruch verjährt sei, ist zu bedenken, dass die zweijährige Verjährungsfrist erst beginnt, wenn der Anspruch fällig geworden ist, nämlich ab dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherung alle Unterlagen zur Prüfung vorgelegt haben und sie eine eindeutige Ablehnung vorgenommen hat.** Die Zeiträume der Leistungsprüfung werden nicht einberechnet. Die Frist verlängert sich, wenn sich die Versicherung nach der Ablehnung wiederum auf eine Diskussion über die Erstattungslage einlässt.