

Umstrittene Leistung: GOZ 1040

Professionelle Zahnreinigung wird nicht von allen Versicherungen erstattet

In die neue GOZ wurde die Professionelle Zahnreinigung (PZR) als eigene Leistung aufgenommen. Leider verweigern nun einige Kranken- und Beihilfeversicherungen die Erstattung.

Manche Versicherungen weisen darauf hin, dass die PZR keine medizinisch notwendige Heilbehandlung darstelle, sondern reine Prophylaxe sei, für die kein Versicherungsschutz bestehe. Man beruft sich auf die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK), die die Grundlage für die meisten Versicherungsverträge bilden. Gemäß § 1 Absatz 2 MB/KK ist der Versicherungsfall „die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.“ Die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme selbst wird nicht angezweifelt. Aber eine Vorsorgeleistung wird nicht zur Heilung, sondern zur Vermeidung einer Erkrankung erbracht.

Andere verneinen die medizinische Notwendigkeit, ohne zwischen „Heilbehandlung“ und „Prophylaxe“ zu unterscheiden. Dem Patienten kann nur geraten werden: Wenn die PZR bisher erstattet wurde, sollte man sich die Grundlage für das geänderte Erstattungsverhalten erläutern lassen und gegebenenfalls rechtliche Schritte einleiten. Einer generellen Verneinung der medizinischen Notwendigkeit sollte der Patient umgehend widersprechen.

Medizinische Notwendigkeit

Nach § 1 GOZ darf der Zahnarzt Vergütungen nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Auf Verlangen des Patienten können auch nicht notwendige Wunschleistungen durchgeführt werden, die dann aber in der Liquidation als solche extra ausgewiesen werden müssen (§ 1, § 2 Abs. 3, § 10 Abs. 3 GOZ). Nach herrschender Rechtsauffassung ist eine Behandlungsmaßnahme medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Be-

funden und anerkannten ärztlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen (BGH, Az. IV ZR 175/77 und Az. IV ZR 151/90).

Die GOZ enthält ausschließlich wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmaßnahmen. Der BGH entschied, dass die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einem neutralen Sachverständigen obliegt. Diese werden von den Zahnärztekammern oder von den Gerichten bestellt. Ein von einer Versicherung engagierter Beratungszahnarzt kann hingegen nicht als neutral angesehen werden.

Faktorbegrenzung durch Kostenerstatter

Mit Einführung der GOZ 2012 gehen einige Kostenerstatter dazu über, nur noch den 2,3-fachen Steigerungssatz anzuerkennen. Begründet wird dies mit der „Höherbewertung“ mancher Leistungen der GOZ.

§ 5 GOZ regelt, unter welchen Umständen der Steigerungsfaktor angehoben werden kann. Er wird „unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen“ durch den Behandler bestimmt. Neu aufgenommen wurde die Einschränkung, „dass der 2,3-fache Gebührensatz die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung abbildet. Ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen. Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen“ (§ 5 Abs. 2 GOZ).

Grundsätzlich können die Versicherungen Erstattungseinschränkungen festlegen. Ausschlaggebend dafür ist, dass eine entsprechende Passage in den Versicherungsverträgen aufgenommen wurde, beziehungsweise dass Versicherungsnehmer mit älteren Verträgen über die Tarifänderungen informiert wurden. Andernfalls muss der Patient auch hier Initiative ergreifen und sich zur Wehr setzen, gegebenenfalls sogar rechtliche Schritte einleiten.