

special 7:

KFO

Kieferorthopädische Behandlung

§§ Normen

§ 29 SGB V

Kurzinfo

Die kieferorthopädische Behandlung wird als Teil der zahnärztlichen Behandlung erforderlich, wenn Kiefer- oder Zahnfehlstellungen vorliegen, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen.

Die Kiefer- oder Zahnfehlstellungen werden durch Zahnregulierungsmittel (z. B. Zahnspangen) korrigiert.

Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung einen Anteil in Höhe von 20 v. H. der Kosten an den Vertragszahnarzt. Dieser Anteil ist nicht für im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung zu erbringenden konservierend-chirurgischen Leistungen oder Röntgenleistungen zu erbringen. Bei erfolgreichem Behandlungsabschluss werden diese jedoch von der Krankenkassen erstattet (siehe unten - 3. Erstattung des Versichertenanteils).

Versicherte erhalten nach Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich keine kieferorthopädische Behandlung mehr. In Ausnahmefällen - bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erforderlich machen - ist die Leistungspflicht der Krankenkasse jedoch gegeben.

Versicherte können sich nicht auf einen vor Vollendung des 18. Lebensjahres aufgestellten Behandlungsplan berufen, wenn die Behandlung erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen hat. Lt. BSG ist ein kieferorthopädischer Behandlungsplan nicht mehr als Behandlungsbeginn im Sinne der Vorschriften über die Altersgrenze zu werten, wenn die Behandlung mehrere Jahre danach tatsächlich noch nicht begonnen wurde. Auch die Antragstellung vor dem 18. Lebensjahr und das sich anschließende Verwaltungs- und Gerichtsverfahren führen nicht dazu, dass die Altersgrenze im Falle der Klägerin unbeachtet bleiben darf.

Siehe auch

BSG 25.03.2003 - B 1 KR 17/01 R

1 Information

1. Schwere Kieferanomalien

Schwere Kieferanomalien - mit einem Leistungsanspruch auch nach vollendetem 18. Lebensjahr - liegen nach den Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung vor bei

- angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer (z. B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten),
- skelettalen Dysgnathien (z. B. Progenie, d. h. vorstehender Unterkiefer),
- verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen (Richtlinien für die Kieferorthopädische Behandlung -Kfo- Richtlinien - vom 05.11.1993, Stand 01.01.2002).

2. Abrechnung mit dem Kieferorthopäden

Alle Kfo-Behandlungen werden als Sachleistung erbracht. Die Abrechnung erfolgt über die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

Die Krankenkassen zahlen 80 % der vertraglichen Kosten der zahnärztlichen Behandlung einer Kieferfehlstellung oder Zahnfehlstellung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV), wenn das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt ist oder dies droht. Sind mehrere Kinder gleichzeitig in kieferorthopädischer Behandlung, zahlt die Krankenkasse für das zweite und jedes weitere Kind 90 % der notwendigen Kosten an die KZV, solange die Kinder gleichzeitig behandelt werden. Die Erhöhung auf 90 % gilt jedoch nur für Kinder unter 18 Jahren, wenn sie mit ihrem Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben.

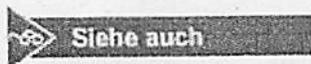
Als Sachleistungen werden die so genannten Begleitleistungen (z. B. konservierend-chirurgische Leistungen, Röntgenleistungen) von den Krankenkassen übernommen.

3. Erstattung des Versichertenanteils

Nach § 29 Abs. 3 Satz 2 SGB V zahlt die Krankenkasse den von den Versicherten an der kieferorthopädischen Behandlung geleisteten Anteil (20 % bzw. 10 %) zurück, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist. Hierfür ist vom Versicherten gegenüber der Krankenkasse ein entsprechender Nachweis in Form einer - ggf. formlosen - Bestätigung des Zahnarztes/Kieferorthopäden zu erbringen.

Nach einem Besprechungsergebnis der Krankenkassen Spitzenverbände vom 23.11.2001 können in Abstimmung mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Maßnahmen zur Retention bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalendervierteljahres, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Bema-Z- Nummern 119, 120 geleistet worden ist, abgerechnet werden, längstens aber bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention. Der Zahnarzt/Kieferorthopäde hat danach den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.

Auf Grund eines BSG-Urteils ist ehemaligen Versicherten der Eigenanteil an Kosten der KFO-Behandlung, der während der Dauer der Mitgliedschaft entstanden ist, auch dann durch die "frühere" Krankenkasse zu erstatten, wenn sie zum Zeitpunkt des ordnungsgemäßen Abschlusses der kieferorthopädischen Behandlung nicht mehr gesetzlich krankenversichert sind. Für die Erstattung des Eigenanteils ist die Krankenkasse zuständig, bei der der Versicherte zuletzt vor dem Ausscheiden aus der GKV Mitglied war. Zu erstatten ist dabei der während der Versicherungszeit in der GKV angefallene Anteil.



BSG 08.03.1995 - 1 RK 12/94

Sofern der Versicherte eine kostenmäßig aufwendigere kieferorthopädische Behandlung, als sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist, wünscht, hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten für Honorar und zahntechnische Leistungen selbst zu tragen.

4. Neue Kfo-Richtlinien seit 01.01.2002 in Kraft

Mit den zum 1.1.2002 in Kraft getretenen neugefassten Kieferorthopädie-Richtlinien soll sichergestellt werden, dass die Indikationen in den Richtlinien nicht therapiebezogen, sondern befundbezogen und objektiv überprüfbar definiert werden. Dadurch können in den Kieferorthopädie-Richtlinien die Voraussetzungen zur medizinischen Behandlungsnotwendigkeit wesentlich trennschärfer definiert und deren Einhaltung besser kontrolliert werden. Mit der Vorgabe einer verbindlichen Indikationslinie soll die medizinische Indikation genauer von der überwiegend ästhetischen Indikation abgegrenzt und objektiv überprüfbar gemacht werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben mit der KZBV eine Absprache getroffen, nach der der Versichertenanteil spätestens ein halbes Jahr nach Abschluss der aktiven kieferorthopädischen Behandlungsphase - also in der Retentionsphase - ohne nochmalige Überprüfung des Behandlungserfolges an den Versicherten zurückerstattet wird, sofern der Versicherte nicht vorher eine formlose Bestätigung über das Ende der kieferorthopädischen Behandlung vorlegt.

5. Leistungszuständigkeit bei Kassenwechsel

Zur Frage der Leistungsabgrenzung bei einem Wechsel der Krankenkasse haben die Krankenkassen-Spitzenverbände in der Vergangenheit unterschiedliche Rechtspositionen vertreten. Während sich einerseits dafür ausgesprochen wurde, dass sich die Leistungsabgrenzung bei einem Kassenwechsel am "Versicherungsfallprinzip" orientiert (leistungspflichtig ist die zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung zuständige Krankenkasse), wurde andererseits die Auffassung vertreten, dass für die jeweils erbrachte Leistung nur die Krankenkasse leistungspflichtig sein kann, die am Tag der Erbringung der Leistung die Versicherung auch tatsächlich durchführt ("Versicherungsprinzip").

Das BSG hat nunmehr am 20. November 2001 zwei Urteile (B 1 KR 31/99 R und B 1 KR 26/00 R) zur Thematik der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel gefällt. Das BSG stellte klar, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt.

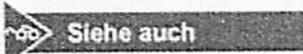
Auch nach der o. g. Rechtsprechung wird am "Übereinkommen der Spitzenverbände der Krankenkassen über

die Abgrenzung der Leistungspflicht für kieferorthopädische Behandlung bei Kassenwechsel vom 14. Februar 1974" festgehalten. Dieses sieht vor, dass Quartalsabrechnungen (Abschlagszahlungen) jeweils von der Krankenkasse geleistet werden, bei der am ersten Tag des Quartals, für das die Zahlung bestimmt ist, ein Versicherungsverhältnis (Leistungsanspruch) bestand. Wird die erste Abschlagszahlung in dem selben Quartal fällig, in dem der kieferorthopädische Behandlungsplan aufgestellt wurde, so wird abweichend davon die Zahlung von der Krankenkasse geleistet, bei der am Tag der Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplans ein Versicherungsverhältnis - ggf. unter Berücksichtigung eines nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 Abs. 2 SGB V) - vorlag.

Die Erstattung des vom Versicherten getragenen Anteils in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent erfolgt - wie bisher - von der bei Abschluss der Kfo-Behandlung zuständigen Krankenkasse.

Wechsel von der PKV in die GKV

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich anlässlich ihrer Besprechung am 13./14.5.2003 mit der Frage der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen in den Fällen beschäftigt, wenn eine kieferorthopädische Behandlung während einer PKV-Zeit begonnen wurde und später ein Wechsel in die GKV erfolgt. Die Krankenkassen-Spitzenverbände sind der Auffassung, dass Versicherte, die eine privatärztliche Kfo-Behandlung zu einem Zeitpunkt begonnen haben, an dem sie nicht gesetzlich krankenversichert waren, gleichwohl aber zu diesem Zeitpunkt die nach § 28 Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V und § 29 Abs. 1 und 4 SGB V i. V. m. den Kfo-Richtlinien definierten Voraussetzungen dem Grunde nach erfüllten, bei Eintritt in die GKV und einer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossenen Kfo-Behandlung einen grundsätzlichen Anspruch auf Kfo-Behandlung zu Lasten der GKV erwerben, sofern die Behandlung von einem für diese Behandlung zugelassenen Leistungserbringer erbracht wird.



Zahnärztliche Behandlung

§ 29 Gesetzliche Krankenversicherung — Art. 1 Kommentar 2

BSG, Urt. v. 8. 3. 1995 — 1 RK 12/94 — SozR 3-2500 § 29 Nr. 2 — DOK 1995, S. 452).

Die Krankenkassen haben ungeachtet sonstiger vertraglicher Vereinbarungen auch das Recht, unter den Voraussetzungen des § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V, also in „geeigneten Fällen“, den MdK zur Prüfung der medizinischen Voraussetzungen der kieferorthopädischen Behandlung (§ 29 SGB V) einzuschalten (BSG, Urt. v. 15. 11. 1995 — 6 RKa 17/95 — WzS 1996, S. 309).

Verzichtet der Zahnarzt während einer bewilligten kieferorthopädischen Behandlung auf die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung, kann der Versicherte die Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nur bei einem anderen (zugelassenen) Zahnarzt fortführen lassen. Ob die Krankenkasse im Einzelfall während einer Übergangszeit für die Behandlung beim bisherigen Zahnarzt noch aufkommen muß, richtet sich nach den Maßstäben des § 13 Abs. 3 SGB V (BSG, Urt. v. 18. 1. 1996 — 1 RK 22/95 — SozR 3-2500 § 29 Nr. 3 — BSGE 77, S. 227 — NZS 1996, S. 390 — Breith. 1996, S. 833).

§ 29 Abs. 2 i. d. F. ab 1. 7. 1997:

Die Regelung des Abs. 2 i. d. F. ab 1. 7. 1997 ist erst mit der Ausschlußberatung aufgenommen worden (vgl. BT-Drucks. 13/7264) für den Bereich der kieferorthopädischen Behandlung wird die direkte Kostenerstattung eingeführt mit der Begründung, dadurch könne die Kosten- und Leistungstransparenz für die Beteiligten verbessert werden. Die Krankenkasse soll den Kostenanteil direkt an den Versicherten zahlen. Vergütungsgrundlage, auch im Verhältnis Versicherter — Vertragszahnarzt, bleibt der vertragszahnärztliche Bewertungsmaßstab. Die KV ist unmittelbar nicht eingeschaltet, der Vertragszahnarzt erhält die Zahlungen vom Versicherten selbst. Dem Vertragszahnarzt wird nicht gestattet, seine Leistungserbringung von Vorleistungen abhängig zu machen.

IV. Erstattung der weiteren Kosten nach Abs. 3

Abs. 3 entspricht der Regelung des Abs. 2 i. d. F. bis zum 31. 12. 1992 und gilt wortgleich weiter. Die Krankenkasse erstattet danach

dem Versicherten den von diesem getragenen Anteil an den Kosten nach Abs. 1, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist.

Ob die Behandlung abgeschlossen ist, ist eine medizinische Frage, die ggf. gutachterlich oder durch Prüfung des Medizinischen Dienstes (vgl. § 75) zu klären ist; dabei ist maßgeblich die Mitwirkung des behandelnden Arztes notwendig, auch unter Berücksichtigung des Behandlungszieles, das in den entsprechenden Behandlungsplan aufgenommen worden ist. Wird die Behandlung vor dem medizinisch gebotenen Abschluß abgebrochen, entfällt die Auszahlung des Restbetrages. Abgestellt wird auf den Behandlungsplan und das medizinisch Erforderliche; auf ein Verschulden des Versicherten oder seines Familienangehörigen stellt die Regelung nicht ab. Keine Erstattung wird grundsätzlich zu leisten sein, wenn die Behandlung aus einem vom Versicherten zu vertretenden Grund abgebrochen wird oder neu zu beginnen ist. Eine Kostenerstattung erfolgt auch beim Tod des Versicherten, wenn nicht die Sonderregelung des § 52, Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden, die regelmäßig mit Vorsatz verbunden ist, greift.

Im übrigen kommt die Regelung des § 52 SGB V als Orientierung für die Kostenerstattung, wenn das Behandlungsziel nicht erreicht wird, nicht unbedingt in Betracht. Auch wenn fahrlässiges Verhalten des Versicherten zum Abbruch führt, kann grundsätzlich eine Kostenerstattung nicht in Betracht kommen. Sinngemäß muß jedoch eine Kostenerstattung in den Fällen geleistet werden, in denen der Behandlungsplan aus nicht von dem Versicherten zu vertretenden Gründen nicht mehr durchgeführt werden kann, etwa weil dieser fehlerhaft war oder medizinische Gründe hinzugetreten sind, die den Abschluß der Behandlung verbieten. Nach Sinn und Zweck der Regelung kann das Risiko der Erstattung dann nicht bzw. nicht voll auf den Versicherten abgewälzt werden. Sinn und Zweck der Regelung ist es nämlich, einen finanziellen Anreiz zum Abschluß der Maßnahme zu geben, wenn dieser medizinisch möglich ist. Ist eine weitere hinzutretende Krankheit ursächlich, entfällt dieser Anreiz aus einem nicht vom Versicherten zu vertretenden Grund. Der Wortlaut des Abs. 3 gebietet nicht zwingend, das volle Risiko der Erstattung des Restbetrages dem Versicherten

aufzuerlegen. Denn die kieferorthopädische Behandlung ist trotz der Kostenerstattungsregelung in das vertragsärztliche System einbezogen, auch mit der Folge der entsprechenden — finanziellen — Fürsorgepflicht der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber dem Versicherten. Die Kostenerstattung ist insbesondere auch dann zu leisten, wenn ein Unfallgeschehen oder schwere Erkrankung die Fortsetzung nicht mehr zuläßt. Ist die Behandlung des Arztes ursächlich, kann dieser sich gegenüber der Krankenkasse schadenersatzpflichtig machen.

Gegen das Abstellen auf ein Verschulden beim Abbruch der kieferorthopädischen Behandlung richtet sich allerdings die höchstgerichtliche Rechtsprechung: Der Anspruch nach einer Satzungsbestimmung aufgrund des § 182e Satz 2 Buchst. a RVO auf Zuzahlung zu den Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung setzt kein Verschulden des Versicherten am Abbruch der Behandlung voraus (BSG, Urt. v. 15. 1. 1986 — 3 RK 61/84 — SozR 2200 § 182e Nr. 1).

V. Richtlinien

Abs. 4.ermächtigt den Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen zum Erlaß von Richtlinien im Rahmen des § 92 Abs. 1 SGB V. Inhalt der Richtlinien ist die Festlegung der Indikationsgruppen, bei denen die in Abs. 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Die Ermächtigung erstreckt sich nicht auf die Kostenabwicklung nach Abs. 1 Satz 1 und 2, wohl aber kann insoweit eine Regelung durch Satzungsrecht erfolgen.

Im Zuge dieser Regelung sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung in der ab 5. 11. 1993 beschlossenen Fassung ergangen (veröffentl. in BAnz. Nr. 10/1994 v. 15. 1. 1994, S. 288). Die Richtlinien sollen Grundlage einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen vertragsärztlichen Versorgung i. S. von §§ 28 Abs. 2, 29 und 70 SGB V sein. Die Richtlinien sind gem. § 94 Abs. 1 SGB V vom BMG nicht beanstandet worden.

Die Rechtswirkungen der Richtlinien auf das Leistungsrecht sind höchst umstritten; vgl. hierzu auch eingehend Jung, Gegenwind

Zu § 29 SGB V

1. Allgemeines

Der Anspruch auf Leistungen der kieferorthopädischen Behandlung wird auf die Fälle beschränkt, in denen erhebliche Funktionseinschränkungen vorliegen oder drohen.

2. Rechtsnatur/Rechtsgrundlage

Bei der kieferorthopädischen Behandlung handelt es sich um eine Regelleistung, auf die in medizinisch begründeten Fällen ein Rechtsanspruch besteht. Die Leistung wird durch Kostenübernahme und Kostenerstattung zur Verfügung gestellt.

3. Voraussetzungen für die Leistungsgewährung

Eine Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung erfolgt beim medizinisch festgelegten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen, Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

Die Indikationsgruppen für eine aus medizinischer Sicht begründete kieferorthopädische Behandlung werden in Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegt (§ 92 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

4. Inhalt der Leistung

Zur kieferorthopädischen Behandlung gehören die zahnärztliche Behandlung und die im Rahmen der Behandlung notwendig werdenden zahntechnischen Leistungen. Die zahntechnischen Leistungen werden insoweit von § 29 und nicht von § 30 SGB V erfasst.

4.1. Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung

Die kieferorthopädische Behandlung bleibt auch als Kostenübernahme-/Kostenerstattungsleistung weiterhin Bestandteil der vom Zahnarzt/Kieferorthopäden zu erbringenden Leistungen im Rahmen der vertrags-/kassenzahnärztlichen Versorgung. Grundlage für die Abrechnung der kieferorthopädischen Leistungen ist die im BMV-Z/ZA-EKV vorgesehene Vergütung.

Dies hat zur Folge, dass sowohl die Kieferorthopäden als auch die kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte den Versicherten nur die zwischen der Kassenzahnärztlichen (Bundes-) Vereinigung und den Krankenkassen vereinbarten Gebühren in Rechnung stellen dürfen. Vor Beginn der Behandlung erstellt der Zahnarzt einen Behandlungsplan, aus dem neben dem medizinisch erforderlichen Behandlungsziel auch die Gebührensätze zu entnehmen sind.

4.2. Begrenzung der Honorarhöhe und des Leistungsanspruchs

Trotz des Kostenübernahme-/Kostenerstattungsanspruchs für die kieferorthopädische Behandlung bleibt der Versicherte Vertrags-/Kassenpatient. Die Zahnärzte dürfen ihren Patienten nur die im BMV-Z/ZA-EKV vorgesehenen Vergütungen in Rechnung stellen. Die Krankenkasse ist nur berechtigt, diese Kosten bei ihrer Übernahme/Erstattung zu Grunde zu legen. Die vereinbarten Gebühren werden für

eine Behandlungsdauer von 4 Jahren bemessen, aber innerhalb der ersten 3 Behandlungsjahre quartalsweise berechnet.

Mit den Gebühren nach Ziffern 119 und 120 BMV-Z/ZA-EKV, die für insgesamt 3 Behandlungsjahre ergütet werden, ist eine Behandlungszeit bis zu 16 Behandlungsvierteljahren abgegolten, sodass im 4. Behandlungsjahr keine Teilrechnungen zu erstellen sind.

Über das 4. Behandlungsjahr hinausgehende noch erforderliche Leistungen sind mit Begründung und Angabe der voraussichtlichen weiteren Behandlungszeit zu beantragen (Verlängerung).

4.3. Aufwändigere kieferorthopädische Behandlung

Sofern der Versicherte eine kostenmäßig aufwändigere kieferorthopädische Behandlung, als sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist, wünscht, hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten für Honorar und zahntechnische Leistungen selbst zu tragen.

4.4. Kostenerstattung in Höhe von 80 bzw. 90 v.H. während der laufenden Behandlung

Der Anspruch des Versicherten auf Kostenübernahme/Kostenerstattung gegenüber seiner Krankenkasse umfasst alle notwendigen Kosten im Rahmen der Behandlung. Solange jedoch die kieferorthopädische Behandlung nicht in dem durch den Behandlungsplan festgestellten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen ist, beschränkt sich die Kostenübernahme auf 80 v.H. der in der aktiven Behandlungsphase anfallenden Kosten. Befinden sich mindestens 2 versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, übernimmt die Krankenkasse für das 2. und jedes weitere Kind 90 v.H. der in der Behandlungsphase anfallenden Kosten. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, werden als Sachleistung gewährt.

Eine Reduzierung des während der laufenden Behandlung zu zahlenden Eigenanteils des Versicherten auf 10 v.H. kommt allerdings nur für deckungsgleiche Zeiträume der kieferorthopädischen Behandlung in Betracht, d. h. wenn mehrere Kinder im selben Zeitraum behandelt werden. Die Umstellung sollte ab Beginn des folgenden Quartals vorgenommen werden.

Beispiel

Für 3 nach § 10 SGB V versicherte Kinder, die mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, wird kieferorthopädische Behandlung durchgeführt.

Kind A, geboren 19. 8. 1973

Beginn der kieferorthopädischen Behandlung 15. 12. 1985

Ende der kieferorthopädischen Behandlung 10. 3. 1989 (planmäßiger medizinischer Abschluss)

Kind B, geboren am 4. 2.1976
beginn der kieferorthopädischen Behandlung 20.11.1988

Kind C, geboren am 28.12.1977
beginn der kieferorthopädischen Behandlung 15. 6.1990

Lösung:

Die Kostenübernahme für das Kind A erfolgt weiterhin in voller Höhe (Altfall).

Für das Kind B beträgt die Kostenerstattung vom 1. 1.1989 bis 31. 3.1989 90 v.H., da bei 2versicherten Kindern im selben Zeitraum eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt wird.

Ab 1. 4.1989 reduziert sich die Erstattung für das Kind B während der laufenden Behandlung auf 80 v.H. Es wird nur noch bei 1 Kind eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt.

Ab 15. 6.1990 werden wieder 2 versicherte Kinder zum gleichen Zeitpunkt kieferorthopädisch behandelt. Es werden ab 1. 7.1990 bis zum Abschluss der Behandlung des Kindes B für das Kind C 90 v.H. der Kosten erstattet.

Die Differenzkosten von 10 bzw. 20 v.H. hat der Versicherte zunächst selbst zu tragen. Vorbehandlungsabschluss darf die Krankenkasse die Differenzkosten nicht - auch nicht vorschussweise - übernehmen.

Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht vom 11./12.11.1996;

betr. Zahnärztliche Behandlung

hier: Kieferorthopädische Behandlung für Versicherte mit schweren Kieferanomalien

-> BE 11.11.1996 TOP 01

Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht, indem sie den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Versorgung an die Kassenärztliche Vereinigung zahlt (vgl. § 29 Abs. 2 SGB V). Die Zahlung an die zur Annahme verpflichtete Kassenärztliche Vereinigung erfolgt mit befreiender Wirkung. Der Zahnarzt hat insoweit keinen Zahlungsanspruch gegen den Versicherten.

4.5. Auszahlung des vom Versicherten getragenen Eigenanteils

Nach § 29 Abs. 3 SGB V haben die Krankenkassen nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung dem Versicherten die während der Behandlung selbst getragenen 20 bzw. 10 v.H. der Kosten zu erstatten. Hierfür ist vom Versicherten gegenüber der Krankenkasse ein entsprechender Nachweis zu erbringen, der eine Aussagedarüber enthält, ob die Behandlung in dem im Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang - ggf. nach Ablauf der Verlängerungsphase - abgeschlossen worden ist.

Hierzu genügt die formlose Bestätigung des Zahnarztes/Kieferorthopäden. Diese kann ggf. auf der Abschlussrechnung erfolgen.

Ist während der Behandlungsphase der vom Versicherten zu tragende Kostenanteil in Höhe von 20 bzw. 10 v.H. von einem Dritten oder einem Träger der Sozialhilfe übernommen worden, entfällt eine Zahlung (Kostenerstattung) an den Versicherten. In diesen Fällen ist der Kostenanteil an die zuständige Stelle zurückzuzahlen.

5. Abbruch der Behandlung

Wird die Behandlung vor dem im Behandlungsplan bestimmten Abschluss beendet (Abbruch), kann die Auszahlung des vom Versicherten getragenen Anteils nicht erfolgen. Hierbei kommt es nicht darauf an, ob der Versicherte den Abbruch der kieferorthopädischen Behandlung verschuldet hat. Entscheidend ist lediglich, ob die Behandlung in dem vorgegebenen Umfang abgeschlossen worden ist. In den Fällen, in denen der Abschluss der Behandlung objektiv unmöglich ist, z.B. Tod des Versicherten, erstattet die Krankenkasse gleichwohl die Restkosten.

6. Wechsel der Krankenkasse während des kieferorthopädischen Behandlungsfalles

Erfolgt während der kieferorthopädischen Behandlung ein Kassenwechsel, endet der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Versicherung. Die neu zuständige Krankenkasse übernimmt die weitere Leistungsgewährung in der jeweiligen prozentualen Übernahmehöhe von 80 bzw. 90 v.H. der vertraglich vereinbarten Gebühren bis zum planmäßigen Abschluss der Behandlung. Das Übereinkommen über die Abgrenzung der Leistungspflicht für kieferorthopädische Behandlung bei Kassenwechsel findet weiterhin Anwendung (vgl. Übereinkommen über die Abgrenzung der Leistungspflicht für kieferorthopädische Behandlung bei Kassenwechsel der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 14.2.1974 (->KfoÜbk) (DOK S. 571, BKK S. 286)

Die Erstattung des vom Versicherten getragenen Anteils in Höhe von 20 bzw. 10 v.H. erfolgt von der bei Abschluss der Kfo-Behandlung zuständigen Krankenkasse.

Zuständig ist die Krankenkasse, bei der der Versicherte zu dem Zeitpunkt versichert war, an dem die Behandlung in dem durch Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen wurde. Eine teilweise Rückforderung oder eine Verweisung zu anteiliger Kostenerstattung an früher zuständige Krankenkassen findet nicht statt. Dementsprechend ist ein teilweiser Ausgleich des vom Versicherten getragenen Eigenanteils nicht möglich, wenn der Versicherte während der laufenden Kfo-Behandlung aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden ist (z.B. Wechsel zur PKV).

*deck! KfoÜbk 1974
v. 8.2.95
1 BK 12194*

Als Tag des Abschlusses der Behandlung gilt der vom Kieferorthopäden/Zahnarzt bestätigte Tag, an dem das im Behandlungsplan bestimmte medizinische Ziel erreicht wurde.

7. Prüfung der medizinischen Voraussetzungen

Die Krankenkasse kann die medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung in geeigneten Fällen prüfen lassen. Hierbei soll das zwischen den Krankenkassenverbänden und den Kassen-/Vertragszahnärzten

vereinbarte Gutachterverfahren Vorrang vor einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs.3 Nr. 1 SGB V haben.

Den Krankenkassen obliegt grds. die Entscheidungsfreiheit, welche Fälle ihr geeignet erscheinen, um sie vor Behandlungsbeginn oder auch während der laufenden Behandlung dem Gutachter vorzulegen. Dabei kann die Krankenkasse sich auf Einzelfälle beschränken oder aber auch bestimmte Gruppen von Behandlungsfällen prüfen lassen.

Neben der medizinischen Notwendigkeit der kieferorthopädischen Behandlung können auch im Laufe der Behandlung auftretende Abweichungen und sonstige Gründe Anlass für die Einschaltung des Medizinischen Dienstes sein.

Eine Prüfung der Notwendigkeit der kieferorthopädischen Behandlung kann auch bei einem Arztwechsel angezeigt sein, wenn die unterbrochene Behandlung von einem anderen kieferorthopädisch tätigen Zahnarzt/Kieferorthopäden nicht zu den im Behandlungsplan bestimmten, sondern zu geänderten Bedingungen fortgesetzt werden soll.

Zu § 30 SGB V

1. Allgemeines

Zu den Aufwendungen für Zahnersatz (Zahnbehandlung einschließlich zahntechnischer Leistungen) werden Zuschüsse gewährt, die in ihrer Höhe gesetzlich festgelegt sind.

Die Ausführungen zur Höhe der Kostenerstattung bei Zahnersatz gelten in gleicher Weise für Unterfütterungen, Erweiterungen und Reparaturen.

Für Versicherte, deren Gebisszustand eine regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und dies sich regelmäßig auf Zahnerkrankungen haben untersuchen lassen, gilt eine Bonusregelung.

2. Rechtsnatur/Rechtsgrundlage

Beim Zahnersatz handelt es sich um eine Regelleistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Die Leistung wird durch Kostenerstattung erbracht.

3. Leistungsgewährung

Bei der Versorgung der Versicherten mit Zahnersatz wird die Leistung der Krankenkasse durch Kostenerstattung erbracht. Die Krankenkasse erfüllt die Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten, indem sie den von ihr zutragenden Anteil an den Kosten der Versorgung mit Zahnersatz an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zahlt. Die Zahlung an die zur Annahme verpflichtete Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt mit befreiender Wirkung. Der Zahnarzt hat in Höhe des von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteils keinen Zahlungsanspruch gegenüber dem Versicherten.

Die Behandlung erfolgt im Rahmen der kassen-/vertragszahnärztlichen Behandlung. Die Kostenerstattung bezieht sich sowohl auf die zahnärztliche Behandlung als auch auf die zahntechnischen Leistungen. Konservierend-chirurgische Leistungen und

GR 19.02.2001 (Vertragszahnärztliche Versorgung)

Gemeinsames Rundschreiben vom 19.02.2001 der Spitzenverbände der Krankenkassen

I.

Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgetragener Zahnersatz) nach § 30 Abs. 1 Satz 5 SGB V ,

II.

Hinweise zum Begutachtungsverfahren für implantologische Leistungen nach § 28 Abs. 1 Satz 9 SGB V

III.

Retentionsbehandlung im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung

BKK-intern 46/2001

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen
AOK-Bundesverband, Bonn BKK Bundesverband, Essen IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach Sec-
Krankenkasse, Hamburg Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel Bundesknappschaft,
Bochum Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Siegburg

III. Retentionsbehandlung im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung

(1) Nach § 29 Abs. 2 SGB V leisten Versicherte zur kieferorthopädischen Behandlung einen Eigenanteil von 10 bzw. 20 v.H. der Kosten. Die Eigenanteile zahlen die Krankenkassen nach dem Gesetz erst dann an die Versicherten zurück, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist (§ 29 Abs. 3 SGB V).

(2) Frühzeitige Rückzahlungsforderungen von Versicherten vor Ablauf der Retentionszeit - nach der aktiven kieferorthopädischen Behandlung - führten in den letzten Jahren bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Regelung zu Problemen. Erschwerend kam bei der Leistungsentscheidung der Krankenkassen hinzu, dass in einer Vielzahl der Fälle die Rückzahlung auf Grund vorgelegter Gefälligkeitsbescheinigungen der Behandler gar nicht ausgesetzt werden konnte. Häufig wurde den Anträgen stattgegeben, womit sich die so genannte "versichertenfreundliche" Rückzahlung in der Folge sogar zu einem Wettbewerbsinstrument unter den Krankenkassen entwickelte.

(3) Diese Verfahrensweise entspricht nicht dem eigentlichen Sinn der temporären Eigenbeteiligung, mit der die Versicherten aus wirtschaftlichem Eigeninteresse zur zwingend erforderlichen Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung veranlasst werden sollen. Die Rückzahlung erfolgte ungeachtet der tatsächlichen Mitwirkung des Versicherten bereits zu einem Zeitpunkt, an dem der Behandlungserfolg noch gar nicht feststand.

(4) Unbestritten ist aber, dass zur Erreichung des Behandlungszieles nicht nur die Zeit der aktiven Behandlung in der Praxis des Kieferorthopäden gehört. Entscheidend für den Behandlungserfolg ist auch die Retentionsphase, in der die mit der aktiven Behandlung erreichte Gebiss-Situation sichergestellt werden soll. Für die Retentionsphase reicht in aller Regel ein Zeitraum von zwei Jahren aus. In dieser Zeit findet zwar keine aktive zahnärztliche Behandlung mehr statt, jedoch verfolgen die so genannten Retentionsgeräte den Zweck, die Zurückverlagerung der regulierten Zähne in ihre ursprüngliche Lage (Rezidiv) zu verhindern. In dieser Phase kommt es im Normalfall lediglich zu Kontrollbesuchen beim Behandler.

(5) Erst dann, wenn die Zähne in ihrer neuen Position nachhaltig gesichert - retiniert - sind, kann von einem erfolgreichen Abschluss der Behandlung gesprochen werden.

(6) Werden die erforderlichen Maßnahmen nicht ausreichend berücksichtigt bzw. durchgeführt, kommt es zu Rückfällen mit nicht unerheblichen wirtschaftlichen Folgekosten; Verlängerungs- oder gar Neubehandlungen sind die Folge. Der Kostenfaktor für die Kassen ist nicht zu unterschätzen, weswegen die GKV insgesamt ein Interesse daran haben muss, dass die Behandlung so verläuft, dass unwirtschaftliche Leistungen vermieden werden. .

(7) Andererseits ist aber auch eine unnötige und exzessive Ausdehnung der Retentionsphase nicht zielführend, wenn sie beispielsweise durch die mangelnde Mitarbeit des Patienten verursacht wird und dazu führt, dass noch mehrere Jahre nach Beendigung der aktiven Behandlung immer wieder Retentionsgeräte auf Kosten der Kassen

erneuert oder repariert werden müssen. Eine Begrenzung des Behandlungsumfanges und die Konzentration auf das Wesentliche - das Behandlungsziel - ist also erforderlich. Das bedeutet, der finanzielle Anreiz für die Versicherten sollte zur Erreichung dieses Ziels beachtet und genutzt werden.

(8) Um die Zielrichtung des temporären Eigenanteils wieder in den Vordergrund zu rücken und auch die Kieferorthopäden zur erforderlichen zielgerichteten Behandlungsführung zu veranlassen, haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) im Vorgriff auf eine spätere Regelung in den KfO-Richtlinien auf eine gemeinsame Erklärung zur Retention verständigt, die wie folgt lautet (ist außerdem als Anlage 4 beigelegt):

"Maßnahmen zur Retention können bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalendervierteljahres, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Nrn. 119, 120 geleistet worden ist, abgerechnet werden, längstens bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich Retention. Der Zahnarzt hat danach den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen."

(9) Das bedeutet, dass der behandelnde Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde die Bescheinigung über das Ende der kieferorthopädischen Behandlung erst ausstellt, wenn entweder die Behandlung einschließlich der Retentionsphase tatsächlich beendet ist oder - bei noch andauernder Retention - zwei Jahre nach der letzten Abschlagszahlung verstrichen sind. Erst dann kann auch der Versicherte die Rückerstattung seines Eigenanteils von der Krankenkasse fordern. Sofern danach noch Kosten für Retentionsgeräte entstehen, gehen diese ausschließlich zu Lasten der Versicherten.

(10) Diese Regelung wird nachfolgend anhand einiger Beispielfälle dargestellt:

Beispiel 1:

Die letzte (12.) Abschlagszahlung nach 119/120 erfolgte für das 1. Quartal 1999.

Retentionsmaßnahmen könnten also längstens bis einschließlich 1. Quartal 2001 (= 2 Jahre nach der letzten Abschlagszahlung) abgerechnet werden.

Die Retentionsphase wurde jedoch bereits im 3. Quartal 2000 abgeschlossen.

In diesem Falle wird mit Ablauf des 3. Quartals 2000 die Endbescheinigung vom Kieferorthopäden ausgestellt, obwohl erst 1 1/2 Jahre seit der letzten Abschlagszahlung vergangen sind.

Der Eigenanteil kann dann an den Versicherten zurückgezahlt werden.

Beispiel 2:

Die aktive Behandlung wurde etwas früher als veranschlagt beendet, nämlich schon mit der 9. Abschlagszahlung - z.B. im 4. Quartal 1998.

Damit hat die aktive Behandlung nicht drei, sondern nur 2 1/4 Jahre angedauert.

Die Retentionsphase dauert über das Jahr 2000 hinaus noch an.

Ausschlaggebend ist auch hier allein der Zeitpunkt der letzten Abschlagszahlung.

Also ist die Endbescheinigung - obwohl die Retention noch andauert - 2 Jahre nach dem 4. Quartal 1998,

nämlich mit Ablauf des 4. Quartals 2000, auszustellen. Der Eigenanteil kann dann zurückgezahlt werden.

Für Retentionsleistungen nach diesem Zeitpunkt besteht gegenüber der Kasse kein Anspruch mehr (es sei denn, ein Gutachter stellt einen besonderen Ausnahmefall fest).

Beispiel 3:

Die aktive Behandlung hat insgesamt 14 Quartale gedauert (z.B. bis einschließlich des 3. Quartals 2000). Die Retention dauert noch an.

Abschlagszahlungen wurden für 12 Quartale gezahlt, in diesem Beispiel also bis einschließlich des 1. Quartals 2000. Bekanntlich sind die Quartale 13 bis 16 abschlagszahlungsfrei, auch wenn noch aktive Behandlung stattfindet.

Auch hier beginnt die Frist nach der letzten Abschlagszahlung, also ab 2. Quartal 2000.

Spätestens nach Ablauf des 1. Quartals 2002 (2. Quartal 2000 bis 1. Quartal 2002 = 8 Quartale) ist in diesem Falle vom Behandler dann die Endbescheinigung auszustellen.

Wird die Retentionsphase vor dem 1. Quartal 2002 beendet, so erfolgt die Endbescheinigung entsprechend früher.

(11) Mit der Gemeinsamen Erklärung werden die Krankenkassen dazu angehalten, eine Erstattung des Eigenanteils so lange nicht vorzunehmen, als die Bescheinigung des Behandlers unter Beachtung der obigen Absprache nicht vorliegt.

(12) Diese Verfahrensweise ist unter den Vertragsreferenten und den Leistungsreferenten der Spitzenverbände abgestimmt.

(13) Die KZBV hat ihrerseits ebenfalls die KZVen und Zahnärzte aufgefordert, ab sofort entsprechend der gemeinsamen Erklärung zu verfahren.

(14) Sollte im Ausnahmefall tatsächlich einmal die Frage zu prüfen sein, ob eine Retentionsphase für mehr als zwei Jahre erforderlich und medizinisch begründbar ist, so sollten die Krankenkassen bei entsprechenden Leistungsanträgen solche Fälle ausnahmslos einem Gutachter zuleiten, der ggf. die besondere Begründetheit feststellt. Hierüber besteht zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen ebenfalls Einvernehmen. Es sollte sich dabei aber wirklich nur um Ausnahmefälle handeln.

(15) Falls die zwischen den Spitzenverbänden und der KZBV abgesprochene gemeinsame Erklärung zu besonderen Problemen in der Anwendung führen sollte, bitten die Spitzenverbände ihre Kassen um entsprechende Information und Übersendung von Kopien strittiger Fälle.

Beratungsergebnis der Besprechung zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen am 08.12.2000 zur Retention im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen geben folgende gemeinsame Erklärung zur Retention im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung ab:

"Maßnahmen zur Retention können bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalendervierteljahres, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Nrn. 119, 120 geleistet worden ist, abgerechnet werden, längstens bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention. Der Zahnarzt hat danach den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen."

BE 13.05.2003 (Leistungsrecht)

Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht

Am 13./14. Mai 2003 in Bonn

BKK-intern 237/2003

- TOP 06 bis 11 hier nicht wiedergegeben -

Teilnehmer:

AOK-Bundesverband

Bundesverband der Betriebskrankenkassen

IKK-Bundesverband

See-Krankenkasse

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Bundesknappschaft

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

TOP 01 Kieferorthopädische Behandlung nach § 29 SGB V, Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) während einer laufenden, privatärztlich begonnenen kieferorthopädischen Behandlung

512.126 -

Sachstand:

Gemäß § 29 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Dabei gehört die kieferorthopädische Behandlung (Kfo-Behandlung) von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, grundsätzlich nicht zur zahnärztlichen Behandlung (vgl. § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V). Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in § 29 Abs. 1 SGB V genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben (vgl. § 29 Abs. 4 SGB V). Darüber hinaus müssen die Leistungen nach § 12 Abs. 1 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 29 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 29 Abs. 4 SGB V gehört die gesamte Kfo-Behandlung, wenn bei ihrem Beginn mindestens ein Behandlungsbedarf "3" anhand der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) - Anlage 1 zu den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung (Kfo-Richtlinien) - festgestellt wird. Der Zahnarzt hat anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen festzustellen, ob der Grad einer Fehlstellung vorliegt, für deren Behandlung der Versicherte einen Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse hat. Mit den Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG-System) soll der Zahnarzt bei der klinischen Untersuchung die Fehlstellung mit dem größten Behandlungsbedarf erkennen. Die kieferorthopädischen Indikationsgruppen (Befunde) sind in fünf Behandlungsbedarfsgrade eingeteilt. Nur bei den Graden 5, 4 und 3 hat der Versicherte einen Leistungsanspruch. Die Indikationsgruppen sind nach dem Behandlungsbedarf geordnet (vgl. Anlage 2 Abs. 1 der Kfo-Richtlinien). Die Bewertung und Zuordnung zu den Gruppen des kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) erfolgt unmittelbar vor Behandlungsbeginn (vgl. Anlage 2 Abs. 3 I - Grundsätzliches -, Nr. 1 der Kfo-Richtlinien). Kfo-Behandlungen erstrecken sich in der Regel über längere Zeiträume und schließen eine ausreichende Retentionsphase ein. Dabei sind Maßnahmen zur Retention bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalendervierteljahres, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Nummern 119, 120 geleistet worden ist, Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, längstens bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention (vgl. Abschnitt B Ziffer 13 Satz 1 und 2 der Kfo-Richtlinien). Gibt es im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten der kieferorthopädischen Behandlung, so soll der Zahnarzt diejenige vorsehen, die auf Dauer am wirtschaftlichsten ist (vgl. Abschnitt B, Ziffer 9 der Kfo-Richtlinien):

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat mit Schreiben vom 15. Januar 2003 den Entwurf eines Rundschreibens zur Kfo-Behandlung an die Spitzenverbände der Krankenkassen übersandt, in dem auch die Auswirkungen eines Wechsels von der privaten Krankenversicherung (PKV) in die GKV bei laufender Kfo-Behandlung aus der Sicht der KZBV dargestellt werden. Dabei werden folgende Auffassungen vertreten:

1.

Bei einem Wechsel innerhalb der GKV bleibt die zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns anhand der in den Kfo-Richtlinien festgelegten Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) getroffene Einstufung auch zum Zeitpunkt des Kassenwechsels unberührt. Es erfolgt also zum Zeitpunkt des Kassenwechsels keine erneute KIG-Einstufung auf der Basis der dann zu diesem Zeitpunkt maßgebenden Befunde.

2.

Bei einem Wechsel von der PKV in die GKV hat zum Zeitpunkt des Eintritts in die GKV eine KIG-Einstufung auf der Grundlage der dann zum Zeitpunkt des Eintritts in die GKV maßgebenden aktuellen Befunde zu erfolgen. Die evtl. vor Beginn der privat Zahnärztlichen Kfo-Behandlung - also ggf. zum Zeitpunkt einer PKV - getroffene Bewertung bzw. KIG-Einstufung ist ohne Bedeutung.

3.

Sofern bei gleicher Fallkonstellation der Patient zum Zeitpunkt des Wechsels von der PKV zur GKV das 18. Lebensjahr vollendet hat, ist das Alter bei Beginn der Behandlung maßgebend. War der Patient zum Behandlungsbeginn noch keine 18 Jahre alt und liegt eine Behandlungsbedürftigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts in die GKV nach der KIG-Einstufung 3 oder höher vor, hat die Krankenkasse die Kosten der weiteren kieferorthopädischen Behandlung zu übernehmen.

Aus der von der KZBV dargelegten Rechtsauffassung wäre die Konsequenz zu ziehen, dass in einer bestimmten Anzahl von Fällen (bei denen zu Behandlungsbeginn grundsätzlich eine Leistungspflicht der GKV bestanden hätte) eine Leistungspflicht der GKV nicht mehr gegeben ist, da evtl. auf Grund der fortgeschrittenen Behandlung die entsprechenden Indikationen nicht mehr vorliegen. Damit würden diese Versicherten schlechter gestellt, als wenn sie zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns Mitglied der GKV gewesen wären. Zudem entspricht die bisherige Praxis dem Vernehmen nach nicht der von der KZBV dargelegten Rechtsauffassung.

Der Auffassung der KZBV dürfte aus leistungsrechtlicher Sicht nicht zu folgen sein. Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 2 SGB V schuldet die Krankenkasse Versicherten eine zahnärztliche Behandlung aus Anlass einer im versicherungsrechtlichen Sinne bestehenden Krankheit mit dem Ziel, diese zu beheben oder zu lindern. Unter Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne ist nach den Grundsätzen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ein von der Norm abweichender und insoweit regelwidriger Körper-, Geistes- oder Seelenzustand zu verstehen, der behandlungsbedürftig ist. Behandlungsbedürftigkeit liegt vor, wenn der regelwidrige Zustand nach den Regeln der ärztlichen Kunst einer Behandlung mit dem Ziel der Heilung, Besserung, Verhütung der Verschlimmerung oder der Linderung von Schmerzen zugänglich ist. Leistungsausschlüsse für bereits bei Eintritt in die GKV existierende Krankheiten kennt die GKV nicht und eine Wartefrist besteht lediglich im Falle des § 27 Abs. 2 SGB V (Zahnersatz bei besonderen Personengruppen) von 1 Jahr.

Für einen Anspruch auf eine kieferorthopädische Versorgung zu Lasten der GKV müssen bereits unmittelbar vor Beginn der privat Zahnärztlichen Kfo-Behandlung die in § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 2 SGB V und § 29 Abs. 1 und 4 SGB V i. V. m. den Kfo-Richtlinien definierten Voraussetzungen dem Grunde nach erfüllt gewesen sein.

Hinsichtlich der Überprüfung der Voraussetzungen zum Zeitpunkt des Eintritts in die GKV dahingehend, ob eine privat Zahnärztlich begonnene Kfo-Behandlung zu Lasten der GKV weiter geführt werden kann, ist folglich auf die unmittelbar vor Beginn der privat Zahnärztlichen Kfo-Behandlung relevanten Befunde abzustellen. Soweit eine gemäß den Kfo-Richtlinien gleichwertige KIG-Einstufung, die sich auf die unmittelbar vor Beginn der privat Zahnärztlichen Kfo-Behandlung relevanten Befunde bezieht, vorhanden ist, kann auch diese bei der Prüfung berücksichtigt werden.

Diese Rechtsauffassung unterstützend hat sich das BSG am 20. November 2001 in zwei Urteilen (Aktenzeichen: B 1 KR 29/00 R, B 1 KR 31/99 R) im Zusammenhang mit der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel geäußert. Den Urteilen konnte im Wesentlichen entnommen werden, dass

- einem neu aufgenommenen Mitglied nicht entgegen gehalten werden könne, es dürfe Versicherungsleistungen nicht in Anspruch nehmen, weil sie auf einer vor der Mitgliedschaft festgestellten Behandlungsnotwendigkeit

beruhen (vgl. Seite 5 Abs. 2 der Urteilsbegründung - B 1 KR 31/99 R- bzw. Seite 4 Abs. 1 der Urteilsbegründung - B 1 KR 31/99) und

- mit einem Kassenwechsel auch ein Wechsel der Leistungszuständigkeit für alle nach dem Wechsel durchgeführten Behandlungen verknüpft ist, auch wenn der sie veranlassende Versicherungsfall schon vorher eingetreten war und unabhängig davon, ob sich der krankheitsbedingte Behandlungsbedarf bereits gezeigt hatte und ärztlich festgestellt war (vgl. Seite 5 Abs. 2 unten und Seite 6 oben der Urteilsbegründung - B 1 KR 31/99 R- bzw. Seite 4 Abs. 2 der Urteilsbegründung - B 1 KR 31/99).

Die vorgenannten Grundsätze dürften gleichermaßen auch für das in § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V definierte Ausschlusskriterium "Vollendung des 18. Lebensjahres" gelten. Hier ergibt sich allerdings schon bereits aus dem Wortlaut der Vorschrift, dass das 18. Lebensjahr zu Behandlungsbeginn noch nicht vollendet sein darf. Insoweit ist auch hier auf das Vorliegen der Voraussetzungen zu Behandlungsbeginn und nicht auf den Zeitpunkt des Eintritts in die GKV abzustellen.

Vor dem Hintergrund der von der KZBV vertretenen Rechtsauffassung ist zu erörtern, welche Position die Leistungsreferenten der Spitzenverbände der Krankenkassen zu dieser Thematik einnehmen.

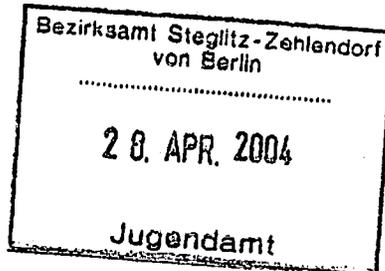
Besprechungsergebnis:

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind einvernehmlich der Auffassung, dass Versicherte, die eine privatärztliche Kfo-Behandlung zu einem Zeitpunkt begonnen haben, an dem sie nicht gesetzlich krankenversichert waren, gleichwohl aber zu diesem Zeitpunkt die nach § 28 Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V und § 29 Abs. 1 und 4 SGB V i. V. m. den Kfo-Richtlinien definierten Voraussetzungen dem Grunde nach erfüllten, bei Eintritt in die GKV und einer zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossenen Kfo-Behandlung einen grundsätzlichen Anspruch auf Kfo-Behandlung zu Lasten der GKV erwerben, sofern die Behandlung von einem für diese Behandlung zugelassenen Leistungserbringer erbracht wird.



Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin
Abtl. Jugend Gesundheit u. Sport
Jugendamt Innenrevision
z. Hd. Frau Mehlhorn

12154 Berlin



Unser Zeichen
Dr. Raus/Ros
Ansprechpartner
Frau Rosenau
Telefon
89004-285
Telefax
89004-352
Email
kontakt@kzv-berlin.de
Datum
27.04.04

Eigenanteil Abschlussbescheinigung, Ihr Schreiben vom 01.03.04
Ihr Zeichen: Ju Ges Um Rev

Sehr geehrte Frau Mehlhorn,

bedauerlicherweise kommt es immer wieder zu derartigen Vorgängen. Es ist eindeutig, die Aushändigung der Abschlussbescheinigung für die Kfo-Behandlung, darf keinesfalls mit der Nichtbegleichung der Eigenanteilsrechnungen durch die Eltern in Verbindung gebracht werden.

Auch wenn Eigenanteilsrechnungen von den Eltern nicht bezahlt werden, die Kfo-Behandlung aber abgeschlossen ist, hat der Behandler die Abschlussbescheinigung auszustellen. Die nicht bezahlten Eigenleistungen der Eltern muss der Zahnarzt auf privatrechtlichem Wege ggf. im Klageverfahren versuchen zu erhalten.

In diesem von Ihnen aufgezeigten Fall, bitte ich Sie, mir Namen des Behandlers mit Tel.-Nr. und den Namen des Patienten mitzuteilen, damit ich persönlich den Behandler über seine unkorrekte Vorgehensweise aufklären kann.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. P. Rausendorff
Referent für Kfo

09. JULI 2004
Jugendamt

Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf
von Berlin
09. Juli 2004
Verteilungsstelle

KASSENZAHNÄRZTLICHE
VEREINIGUNG BERLIN
(KcöR)



Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin
Abtl. Jugend Gesundheit u. Sport
Jugendamt Innenrevision
z.Hd. Frau Mehlhorn

12154 Berlin

Unser Zeichen
Dr. Raus/Schu
Ansprechpartner
Frau Schulz
Telefon
89004-226
Telefax
89004-352
Email
kontakt@kzv-berlin.de
Datum
07.07.04

Kfo-Abschlussbescheinigung bei Jugendamtfällen

Sehr geehrte Frau Mehlhorn,

anbei erhalten Sie die Stellungnahme der KZV Berlin zu den Kfo-
Abschlussbescheinigungen bei Jugendamtfällen.

Wir werden diese Stellungnahme in der nächsten MBZ (Mitteilungsblatt Berliner
Zahnärzte) veröffentlichen und hoffen das somit die Schwierigkeiten behoben
werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. P. Rausendorff
Referent für Kfo

Anschrift KZV BERLIN
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin
Telefon (030) 89 00 4-0
Telefax (030) 89 00 4-102
Internet www.kzv-berlin.de

Kfo - Abschlussbescheinigung bei Jugendamtfällen

Bedauerlicherweise kommt es häufig zu Schwierigkeiten wenn die kieferorthopädische Behandlung zwar abgeschlossen worden ist, die Abschlussbescheinigung jedoch nicht ausgestellt wird, weil Patientenanteile zurückliegender Quartale von Eltern/ Erziehungsberechtigten nicht bezahlt wurden.

In den Fällen, in denen das Jugendamt die Eigenanteilsbeträge vom Beginn der Behandlung an übernommen hat, darf es keinerlei Probleme geben.

Schwierig wird es, wenn z.B. für einige Quartale Eltern, bzw. Erziehungsberechtigte für die Eigenanteile zwar verantwortlich waren, aber diese nicht an den Kieferorthopäden bezahlt haben und während der laufenden Behandlung das Jugendamt ab einem bestimmten Zeitpunkt für die Eigenanteile aufzukommen hat.

Häufig handelt es sich um Kinder, die in einem schwierigen sozialen Umfeld leben und deshalb vom Jugendamt in ein Heim eingewiesen wurden.

Nach Abschluss der Kfo-Behandlung möchte das Jugendamt verständlicherweise die von ihm verauslagten Eigenanteile umgehend von den Krankenkassen einfordern. Die Krankenkassen dürfen aber die Eigenanteile nur auszahlen, wenn ihnen die Abschlussbescheinigung vorliegt.

Von einigen Behandlern wird aber die Ausstellung der Abschlussbescheinigung mit der Begründung verweigert, Eigenanteile, für die die Eltern, bzw. Erziehungsberechtigten noch verantwortlich waren, seien von diesen noch nicht beglichen worden und deshalb sei das Ausstellen der Abschlussbescheinigung nicht möglich.

Diese Verfahrensweise der Kollegen ist nicht zulässig!

Bei der Abschlussbescheinigung handelt es sich um eine Bescheinigung medizinischen Inhalts und sie muss ausgestellt werden, sobald die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan medizinisch bestimmten Umfang abgeschlossen worden ist. Die Ausstellung darf keinesfalls davon abhängig gemacht werden, ob alle Eigenanteile bezahlt worden sind.

Offene Beträge dürfen nur privatrechtlich bei den Schuldnern eingefordert werden und dürfen nicht mit der Ausstellung der Abschlussbescheinigung gekoppelt werden. Dass das häufig große Schwierigkeiten bereitet, bzw. die offenen Beträge überhaupt nicht realisiert werden können, ist bekannt. Rechtlich ist aber jede andere Vorgehensweise nicht haltbar.

P. Rausendorff

BE 23.01.2001 (Leistungsrecht KV)

Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht
Am 23. Januar 2001 in Siegburg

BKK-intern 56/2001

- TOP 06 bis 18 hier nicht wiedergegeben -

TOP 01 Kieferorthopädische Behandlung; Zeitpunkt der Auszahlung des vom Versicherten getragenen Eigenanteils
- 512.232/512.126 -

Sachstand:

Nach § 29 Abs. 3 Satz 2 SGB V zahlt die Kasse den von den Versicherten an der kieferorthopädischen Behandlung geleisteten Anteil zurück, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist. Hierfür ist vom Versicherten gegenüber der Krankenkasse ein entsprechender Nachweis in Form einer - ggf. formlosen - Bestätigung des Zahnarztes/Kieferorthopäden zu erbringen.

In der Vergangenheit wurde wiederholt die Frage gestellt, ob die Bestätigung des Zahnarztes/Kieferorthopäden über den Abschluss der Behandlung "in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang" bereits vor der sog. Retentionsphase oder erst danach vorzunehmen ist.

Besprechungsergebnis:

In Abstimmung mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vertreten die Spitzenverbände der Krankenkassen die Auffassung, dass Maßnahmen zur Retention bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalendervierteljahres, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Bema-Z-Nummern 119, 120 geleistet worden ist, abgerechnet werden können, längstens aber bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention. Der Zahnarzt/Kieferorthopäde hat danach den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen.

BE 11.05.2000 (Leistungsrecht)

Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht
Am 11./12. Mai 2000 in Essen
BKK-intern 164/2000

TOP 02 Kieferorthopädische Behandlung für Versicherten mit schweren Kieferanomalien - Höhe der Kostenübernahme

- 512.126, 512.232.1 -

Sachstand:

Wird im Rahmen der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung von schweren Kieferanomalien (z.B. craniofacialen Fehlbildungen) kieferorthopädische Behandlung erforderlich, war diese nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen (vgl. Besprechungsergebnis vom 3./4. März 1993) ein Bestandteil der ärztlichen Gesamtbehandlung und von der Krankenkasse als zahnärztliche Behandlung im Rahmen des § 28 SGB V vollständig zu übernehmen. Die Maßnahme gehörte somit in diesen Fällen nicht zur kieferorthopädischen Behandlung im Rahmen des § 29 SGB V mit den danach zunächst vom Versicherten zu tragenden Anteilen.

Das Bundesversicherungsamt (BVA) vertrat hierzu allerdings eine andere Auffassung. Nach Ansicht des BVA war die o. a. Verfahrensweise nicht mit § 29 SGB V vereinbar. Dies wurde mit der ausdrücklichen gesetzlichen Vorgabe begründet. Die Leistungsreferenten der Spitzenverbände der Krankenkassen befassten sich aus diesem Grunde am 11./12. November 1996 erneut mit der Thematik. Das Besprechungsergebnis vom 3./4. März 1993 wurde aufgehoben und statt dessen ausgeführt, dass auch für Versicherte mit schweren Kieferanomalien die Kosten der kieferorthopädischen Behandlung nur im Rahmen des § 29 SGB V unter Berücksichtigung des vom Versicherten zunächst zu tragenden Eigenanteils übernommen werden können.

Mit Schreiben vom 17. Januar 2000 teilte nunmehr das BVA in Übereinstimmung mit den Länderaufsichten mit, dass die von dort bislang vertretene Auffassung aufgegeben wird und bis zu einer gesetzlichen Regelung eine Praxis entsprechend der früheren Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 3./4. März 1993 aufsichtsrechtlich akzeptiert wird.

Besprechungsergebnis:

Angesichts der Mitteilung des BVA vom 17. Januar 2000 heben die Spitzenverbände der Krankenkassen ihr Besprechungsergebnis vom 11./12. November 1996 auf. Wird im Rahmen der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung von schweren Kieferanomalien (z.B. craniofacialen Fehlbildungen) kieferorthopädische Behandlung erforderlich, ist diese ein Bestandteil der ärztlichen Gesamtbehandlung und von der Krankenkasse als zahnärztliche Behandlung vollständig zu übernehmen.

Kfo-Richtlinien Abschnitt (Titel, Fassung, Einleitung)

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung in der am 05.11.1993 beschlossenen und ab 16.01.1994 gültigen Fassung

Geändert durch die Bekanntmachung vom 17. August 2001 (BAnz. S. 22477)

Redaktionelle Inhaltsübersicht	Abschnitt
A. Allgemeines	1
B. Vertragszahnärztliche Behandlung	2
Protokollnotiz zu den Kfo-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen vom 17. August 2001	3
Schema zur Einstufung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs anhand kieferorthopädischer Indikationsgruppen (KIG)	<u>Anlage 1</u>
Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG)	<u>Anlage 2</u>
Anlage zu Abschnitt B. Nr. 5 der Kfo-Richtlinien vom 05.11.93	<u>Anlage 3</u>

Abschnitt 1 Kfo-Richtlinien**A. Allgemeines**

1. Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen gem. § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung im Sinne der §§ 28 Abs. 2 , 29 und 70 SGB V sichern.
2. Maßnahmen, die lediglich kosmetischen Zwecken dienen, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung.
3. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bestimmt der Vertragszahnarzt Art und Umfang der Maßnahmen. Er hat dabei auf eine sinnvolle Verwendung der von der Gemeinschaft aufgebrachten Mittel der Krankenversicherung zu achten.
4. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Tätigkeit eines Vertragszahnarztes auch dann, wenn er sie auf Veranlassung eines Vertragsarztes vornimmt.
5. Es sollen nur Untersuchungs- oder Heilmethoden angewandt werden, deren diagnostischer oder therapeutischer Wert ausreichend gesichert ist. Die Erprobung solcher Methoden auf Kosten der Versicherungsträger ist unzulässig.
6. Die in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte haben darauf hinzuwirken, dass auch für sie tätig werdende Vertreter und Assistenten diese Richtlinien kennen und beachten.

Abschnitt 2 Kfo-Richtlinien

B. Vertragszahnärztliche Behandlung

1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die kieferorthopädische Behandlung, wenn durch eine Kiefer- oder

Zahnfehlstellung die Funktion des Beißens, des Kauens, der Artikulation der Sprache oder eine andere Funktion, wie z.B. Nasenatmung, der Mundschluss oder die Gelenkfunktion, erheblich beeinträchtigt ist bzw. beeinträchtigt zu werden droht

und

wenn nach Abwägung aller zahnärztlich-therapeutischen Möglichkeiten durch kieferorthopädische Behandlung die Beeinträchtigung mit Aussicht auf Erfolg behoben werden kann.

2. Untersuchungen, Beratungen sowie ggf. weitere diagnostische Leistungen zur Überprüfung, ob die kieferorthopädische Behandlung der vertragszahnärztlichen Versorgung zuzuordnen ist, gehören zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen diagnostischen Leistungen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls festlegen. Diagnostische Leistungen sind in zahnmedizinisch sinnvoller Weise zu beschränken.
3. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 29 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit Abs. 4 gehört die gesamte kieferorthopädische Behandlung, wenn bei ihrem Beginn ein Behandlungsbedarf anhand der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) - Anlage 1 zu den Richtlinien - festgestellt wird. Eine Einstufung mindestens in den Behandlungsbedarfsgrad 3 der Indikationsgruppen ist dafür erforderlich. Die Kriterien zur Anwendung der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (Anlage 2 zu diesen Richtlinien) sind für die Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung verbindlich. Bei der klinischen Untersuchung zur Feststellung des Behandlungsbedarfsgrades sind in der Regel keine weiteren diagnostischen Leistungen erforderlich.
4. (weggefallen)
5. Kieferorthopädische Behandlungen bei Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, gehören nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Das gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert.

Schwere Kieferanomalien in diesem Sinne liegen nach Maßgabe der Anlage zu diesen Richtlinien vor bei - angeborenen Missbildungen des Gesichts und der Kiefer, - skelettalen Dysgnathien und - verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen.

In diesen Fällen ist ein aufeinander abgestimmtes kieferchirurgisches und kieferorthopädisches Behandlungskonzept zu erstellen.

6. Die eigenverantwortliche Befunderhebung, Diagnostik und Planung sind Grundlage der kieferorthopädischen Behandlung. Das Maß der jeweiligen Beeinträchtigung ist durch objektivierbare Untersuchungsbefunde zu belegen. Die Durchführung jeder kieferorthopädischen Behandlung setzt eine dem jeweiligen Behandlungsfall entsprechende Patientenuntersuchung sowie die Erhebung, Auswertung und ärztliche Beurteilung von Befundunterlagen voraus. Aus der selbstständigen Erhebung und Auswertung von Befunden und Behandlungsunterlagen und ihrer diagnostischen Zusammenfassung ist vom Zahnarzt persönlich und eigenverantwortlich eine Behandlungsplanung zu erarbeiten. Für die Planung und Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung sind je nach Indikation neben der Anamnese und klinischen Untersuchung folgende Unterlagen erforderlich:
 - a) Gebissmodelle des Ober- und Unterkiefers mit fixierter Okklusion und dreidimensional orientiert (Planungsmodell) einschließlich Analyse;

Das Modell des einzelnen Kiefers muss neben der genauen Darstellung der Zähne und des Alveolarkammes auch die Kieferbasis und die Umschlagfalte der Gingiva abbilden.
 - b) Röntgenologische Darstellung aller Zähne und Zahnkeime beider Kiefer;

Dabei soll einem strahlenreduzierten Aufnahmeverfahren, z.B. der Panoramaschichtaufnahme, der Vorzug gegeben werden.
 - c) Fernröntgenseitenbild mit Durchzeichnung und schriftlicher Auswertung zur Analyse skelettaler und/oder dentaler Zusammenhänge der vorliegenden Anomalie und/oder für Wachstumsvorhersagen,

d) Röntgenaufnahme der Hand mit Auswertung

- bei Abweichung des chronologischen vom Dentitionsalter nur dann, wenn eine Orientierung über das Wachstumsmaximum und das Wachstumsende notwendig ist, oder
 - wenn nach abgeschlossener Dentition die Kenntnis des skelettalen Alters für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung erforderlich ist.
- e) Profil- und Enface-Fotografie mit diagnostischer Auswertung als Entscheidungshilfe für Therapiemaßnahmen, soweit Abweichungen von einem geraden Profil, periorale Verspannungen oder Habits vorliegen, die einen zwanglosen Mundschluss unmöglich machen.

7. Der Vertragszahnarzt erarbeitet persönlich und eigenverantwortlich

- die Anamnese,
- die Diagnose aus den Einzelbefunden,
- die Therapieplanung einschließlich der erforderlichen Behandlungsgeräte und
- die Epikrise und Prognose

und legt sie schriftlich nieder. Die Behandlungsplanung ist in der Krankendatei zu dokumentieren.

Zur Überprüfung des Behandlungsablaufes sind geeignete diagnostische Maßnahmen und Auswertungen durchzuführen (fortlaufende Diagnostik). Sie sollen in dem Plan als Vorausschätzung aufgeführt werden.

8. Die kieferorthopädische Behandlung setzt insbesondere bei festsitzenden Apparaturen eine ausreichende Mundhygiene voraus. Der Vertragszahnarzt hat vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung diese Voraussetzungen zu überprüfen. Erforderlichenfalls ist eine darauf bezogene Instruktion und Motivation durchzuführen.
9. Gibt es im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung verschiedene, den gleichen Erfolg versprechende Arten der kieferorthopädischen Behandlung, so soll der Zahnarzt diejenige vorsehen, die auf Dauer am wirtschaftlichsten ist.
10. Ist zu vermuten, dass Fehlbildungen mit Abweichungen in anderen Bereichen (z.B. Nasenscheidewand) zusammenhängen, so soll ein entsprechender Gebietsarzt, z.B. für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, hinzugezogen werden.
11. Werkstoffe, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie schädliche Wirkungen haben, dürfen nicht verwendet werden. Die Erprobung von Werkstoffen auf Kosten der Krankenkassen ist unzulässig.
12. Kieferorthopädische Behandlungen sollen, von begründeten Ausnahmen (wie Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, skelettale Dysgnathien, Morbus Down, Kreuzbisse im Milch- und frühen Wechselgebiss) abgesehen, nicht vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) begonnen werden.

(1)

13. Kieferorthopädische Behandlungen erstrecken sich in der Regel über längere Zeiträume und schließen eine ausreichende Retentionsphase ein. Maßnahmen zur Retention sind bis zu zwei Jahren nach dem Ende des Kalendervierteljahres, für das die letzte Abschlagszahlung nach den Nummern 119, 120 geleistet worden ist, Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, längstens bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention. Der Zahnarzt hat danach den Abschluss der Behandlung einschließlich der Retention schriftlich zu bestätigen. Dauer und Erfolg einer kieferorthopädischen Behandlung sind wesentlich von der verständnisvollen Mitarbeit der Patienten und deren Erziehungsberechtigten abhängig. Diese sind vor und während der Behandlung entsprechend aufzuklären und zu motivieren. Mangelnde Mundhygiene gefährdet die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung. Bei Patienten, die während der kieferorthopädischen Behandlung trotz Motivation und Instruktion keine ausreichende Mitarbeit zeigen oder unzureichende Mundhygiene betreiben, muss das kieferorthopädische Behandlungsziel neu bestimmt werden. Ggf. muss die Behandlung beendet werden.

(1) Red. Anm.:

Siehe hierzu die Gemeinsame Erklärung der KZBV und der SpV der KK vom 9. September 2002 (BKK intern Nr. 392/2002):

Nach Nr. 12 der Kfo - Richtlinien sollen kieferorthopädische Behandlungen, von begründeten Ausnahmen (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, skelettale Dysgnathien, Morbus Down, Kreuzbisse im Milch- und frühen Wechselgebiss) abgesehen, nicht vor Beginn der 2. Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss) begonnen werden. Mit dieser Regelung werden sowohl der Zeitpunkt des Beginns der kieferorthopädischen Behandlung nach § 29 SGB V als auch die Ausnahmen festgelegt.

Zwischen der KZBV und den Spitzenverbände der Krankenkassen besteht Einvernehmen, dass für die Feststellung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs auch in den Ausnahmefällen eines früheren Behandlungsbeginns nach § 29 SGB V in Verbindung mit Nr. 12 der Kfo - Richtlinien der Behandlungsbedarfsgrad nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) anzugeben ist.

Die in Ziffer 12 der Kfo - Richtlinien beschriebenen Ausnahmen müssen die Kriterien der folgenden Behandlungsbedarfsgrade erfüllen:

Ausnahmebefund	Behandlungsbedarfsgrad
1. LKG und Morbus Down	A 5
2. Kreuzbisse in Milch- und frühem Wechselgebiss	K 3 oder K 4
3. Progener Zwangsbiss permanenter Zähne	M 4
4. skelettale Dysgnathien:	
- ausgeprägter Distalbiss	D 5
- Progenie	M 4 oder M 5
- Skelettal - offener Biss	O 5

In Fällen, in denen eine kieferorthopädische Behandlung aufgrund eines frühen Behandlungsbeginns abgeschlossen wird, ist für eine erneute kieferorthopädische Behandlung nach § 29 SGB V der Behandlungsbedarf anhand der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) festzustellen.

Online-Prüfung auf neueren Rechtsstand

Übereinkommen über die Abgrenzung der Leistungspflicht für kieferorthopädische Behandlung bei Kassenwechsel der Spitzenverbände der Krankenkassen

§ 1 KfoÜbk (Verwaltungsvorschrift)

Gegenstand des Übereinkommens

¹Die Leistungspflicht für die kieferorthopädische Behandlung im Rahmen des § 28 Abs. 2 und des § 29 SGB V bestimmt sich bei Kassenwechsel nach Maßgabe der folgenden Regelungen.

²Leistungen im Rahmen der Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen (§§ 21 und 22 SGB V) werden von dem Übereinkommen nicht erfasst.

§ 2 KfoÜbk (Verwaltungsvorschrift)

Leistungspflicht

(1) ¹Die Abschlagszahlungen und die Restzahlung im Sinne der Erläuterungen zu den Nummern 119 und 120 des Bewertungsmaßstabes für die (jetzt) vertragszahnärztlichen Leistungen (Bema bzw. § 11 Ziff. 3 Ersatzkassenvertrag) sind jeweils von der Krankenkasse zu leisten, bei der am 1. Tag des Quartals, für das die Zahlung bestimmt ist, ein Versicherungsverhältnis (Leistungsanspruch) bestand. ²Wird die 1. Abschlagszahlung in demselben Quartal fällig, in dem der kieferorthopädische Behandlungsplan aufgestellt wurde, so ist abweichend von Satz 1 die Zahlung von der Krankenkasse zu leisten, bei der am Tage der Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes ein Versicherungsverhältnis vorlag. ³Ein Versicherungsverhältnis in diesem Sinne liegt auch dann vor, wenn lediglich ein sog. nachgehender Leistungsanspruch (jetzt) § 19 Abs. 2 SGB V gegeben ist.

(2) Bestand zu dem nach Absatz 1 Satz 1 oder 2 maßgebenden Zeitpunkt kein Versicherungsverhältnis, so ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der erstmals nach diesem Zeitpunkt ein Versicherungsverhältnis begründet wurde.

(3) Die nach den Absätzen 1 oder 2 leistungspflichtige Krankenkasse hat auch die Material- und Laboratoriumskosten, die Kosten für die Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes und sämtliche anderen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung anfallenden Kosten zu übernehmen, die mit dem Berechtigungsschein (Krankenschein) bzw. Abrechnungsschein der Ersatzkassen für das betreffende Quartal abgerechnet werden.

(4) ¹Werden in einem Quartal Material- und Laboratoriumskosten oder andere Kosten für kieferorthopädische Behandlung abgerechnet, ohne dass eine Abschlagszahlung zu leisten ist (z.B. 9. Quartal), so sind diese Kosten von derjenigen Krankenkasse zu erbringen, bei der am 1. Tag dieses Quartals das Versicherungsverhältnis besteht. ²Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 3 KfoÜbk (Verwaltungsvorschrift)

Beilegung von Meinungsverschiedenheiten

(1) Bei Meinungsverschiedenheiten, die sich aus der Durchführung dieses Übereinkommens ergeben, ist von den beteiligten Krankenkassen eine gütliche Einigung anzustreben.

(2) Kommt eine Einigung nach Absatz 1 nicht zu Stande, so sind die beteiligten Landesverbände der Krankenkassen oder, sofern Krankenkassen aus verschiedenen Verbandsbereichen beteiligt sind oder eine der beteiligten Krankenkassen keinem Landesverband angehört, die jeweiligen Spitzenverbände einzuschalten.

§ 4 KfoÜbk (Verwaltungsvorschrift)

Schlussvorschriften

(1) ¹Das Übereinkommen beruht auf Gegenseitigkeit. ²Es ist für alle Krankenkassen verbindlich, die ihm durch schriftliche Erklärung beitreten. ³Eine Kündigung ist nur mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluss eines Kalendervierteljahres möglich.

(2) ¹Das Übereinkommen tritt am 01.07.1974 in Kraft. ²Es erfasst alle Fälle, in denen der kieferorthopädische Behandlungsplan nach dem 30.06.1974 aufgestellt wurde.

Ø Jutta Schemmerling Rev z. LuV u. V.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz



- VFO

- Abrechnung
KZV - KZ

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Bezirksämter von Berlin
Geschäftsbereich Soziales
- LuV – Leitung

Geschäftsbereich Jugend
- LuV – Leitung

Landesamt für Gesundheit und Soziales
- ZLA
- ZAA



Geschäftszeichen (Bei Antwort bitte angeben)

I A 22

Bearbeiter/in

Frau J. Schemmerling

Zimmer

5083

Telefon

(030) 9028 (Intern: 928) 2293

Telefax

(030) 9028 (Intern: 928) 2070

Datum

20.02.2003

Krankenhilfe nach § 37 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) Kieferorthopädische Leistungen

Die o.g. Leistung wird im Land Berlin durch eine Vereinbarung mit der KZV Berlin aus dem Jahre 1976 abgerechnet. Das hier-beschriebene Verfahren findet auch gegenwärtig noch Anwendung (siehe Anlage).

Der zuständige Träger der Sozialhilfe erklärt hiernach die Kostenübernahme, nachdem der Zahnmedizinische Dienst die Notwendigkeit der Leistungen bestätigt hat (vgl. Ziffer 8 der Vereinbarung).

Der Kieferorthopäde rechnet seine Leistungen mit der KZV Berlin ab, diese stellt die entstandenen Kosten dem Land Berlin in Rechnung. *Zi VI Nr. 13 Vereinbarung*

Im Rahmen seiner Prüftätigkeit wies mich der Rechnungshof von Berlin darauf hin, dass bei der Zentralen Abrechnungsstelle beim Bezirksamt Pankow, die auch für die zentrale Abrechnung der kieferorthopädischen Leistungen zuständig ist, kaum bezirkliche Anfragen zur Übersendung von Abrechnungsunterlagen zur Geltendmachung von Erstattungsansprüchen eingehen.

Ich greife hier diesen Hinweis auf und mache darauf aufmerksam, dass für die o.g. Leistung keine durchschnittlichen Fallkosten errechnet werden, sondern der Zentralen Abrechnungsstelle die tatsächlich entstandenen Kosten vorliegen. *→ Senat*

Im Erstattungsfall bitte ich verstärkt zu prüfen, ob auch für kieferorthopädische Leistungen Kosten übernommen worden sind und die notwendigen Unterlagen anzufordern.

Im Auftrag

Schemmerling
Schemmerling

Dienstgebäude:
Oranienstraße 106
10969 Berlin



Fahrverbindungen:
- U6 Kochstr., Bus 129
- U8 Moritzplatz, Bus 129
- U2 Spittelmarkt (ca. 10 Min. Fußweg)
- S1, S2, S25 Anhalter Bahnhof, Bus 129
- Bus 129, 240, 143 (Lindenstr./Oranienstr.)

Sprechzeiten:
Montag bis Freitag
von 10.00 bis 14.00 Uhr
bzw. nach Vereinbarung

Zahlungen bitte
bargeldlos nur an die
Landeshauptkasse,
Klosterstr. 59
10179 Berlin

Kontonummer
58-1 00
9 919 260 800
0 990 007 600
10 001 520

Geldinstitut
Postbank Berlin
Berliner Bank AG
Landesbank Berlin
LZB Berlin

Bankleitzahl
100 100 10
100 200 00
100 500 00
100 000 00

E-Mail: Jutta.Schemmerling@sengsv.verwalt-berlin.de

Internet: www.berlin.de/sengsv/

Vereinbarung

zwischen

dem Land Berlin, vertreten durch

- a) den Senator für Arbeit und Soziales
 - b) den Senator für Familie, Jugend und Sport,
- und

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

über
die Durchführung und Abrechnung von
kieferorthopädischen Behandlungen für hilfebedürftige
Personen

→ ab 1974 S. 2. Seite

I. Gegenstand der Vereinbarung

1. (1) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin erklärt sich bereit, kieferorthopädische Behandlungen für nach dem Bundessozialhilfegesetz hilfebedürftige Personen in die Kassenzahnärztliche Versorgung einzubeziehen.
(2) Die Vereinbarung erstreckt sich ferner auf Familienangehörige von Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebene, die im Rahmen der Kriegsopferfürsorge betreut werden.
2. Die Behandlungskosten werden zwischen dem Senator für Arbeit und Soziales bzw. dem Senator für Familie, Jugend und Sport und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin abgerechnet.

Et Dr. Scheinmayer, Senats,
weiß es auch nicht, worin die
Vereinbarung mit dem im
gelben Ordner ist.

II. Voraussetzungen und Umfang der Leistungen

3. Voraussetzungen und Leistungsumfang für die Durchführung von kieferorthopädischen Behandlungen richten sich nach dem zwischen den Bundesverbänden der RVO-Kassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Bundesmantelvertrag.

III. Verfahren für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung

4. Ist nach Ansicht eines Zahnarztes bei einem Patienten eine kieferorthopädische Behandlung angezeigt und soll der Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge als Kostenträger in Anspruch genommen werden, hat der Patient bzw. der gesetzliche Vertreter des Patienten für die Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes dem Kassenzahnarzt einen von der Betreuungsbehörde ausgestellten kieferorthopädischen Behandlungsschein zu übergeben.
5. Mit dem kieferorthopädischen Behandlungsschein leitet die Betreuungsbehörde dem zur Behandlung in Aussicht genommenen Kassenzahnarzt gleichzeitig das entsprechende Formular für die Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes in zweifacher Ausfertigung zu.
6. Der Kassenzahnarzt schickt den aufgestellten kieferorthopädischen Behandlungsplan in doppelter Ausfertigung an die Betreuungsbehörde, die den kieferorthopädischen Behandlungsschein ausgestellt hat, zur Bewilligung zurück.
7. Der Gutachter nimmt zu dem Behandlungsplan nach fachlichen Gesichtspunkten Stellung. Er berücksichtigt dabei, daß der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, darauf zu achten hat, daß der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes des Patienten steht.
8. Nach Bewilligung der kieferorthopädischen Behandlung stellt die Betreuungsbehörde jeweils für ein Quartal einen Behandlungsschein aus. Der Behandlungsschein wird nicht dem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt, sondern dem behandelnden Kassenzahnarzt unmittelbar überzandt. Mit dem Behandlungsschein für den Beginn der Behandlung ist gleichzeitig eine Ausfertigung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes dem Kassenzahnarzt wieder zuzuleiten.

gelber Ordner



9. Die Betreuungsbehörde übersendet dem Kassenzahnarzt den Behandlungsschein für das jeweilige Quartal vor Quartalsbeginn.
10. Sind die sozialhilferechtlichen oder die kriegsopferfürsorgerechtlichen Voraussetzungen für eine weitere Übernahme der Behandlungskosten nicht mehr erfüllt, wird der behandelnde Kassenzahnarzt von der Betreuungsbehörde umgehend davon benachrichtigt, daß ab sofort zu Lasten des Sozialhilfeträgers bzw. des Trägers der Kriegsopferfürsorge Berlin keine Leistungen mehr erbracht werden dürfen. Der Kassenzahnarzt ist auch entsprechend zu benachrichtigen, wenn die Voraussetzungen gegen Ende eines Quartals entfallen.

IV. Vergütung der zahnärztlichen Leistung

11. Die Vergütung der gemäß Abschnitt II der Vereinbarung von den Kassenzahnärzten erbrachten Leistungen richtet sich nach den zwischen der jeweiligen Ortskrankenkasse und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung vereinbarten Gebührensätzen, in deren Bereich sich der Zahnarzt niedergelassen hat.

V. Rechnungsablegung der Kassenzahnärzte

12. (1) Nach Ablauf des Quartals sind die kieferorthopädischen Behandlungsscheine von dem Kassenzahnarzt der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zur Abrechnung zuzuleiten.
- (2) Gebührenforderungen der Ärzte können nur auf ordnungsgemäß aufgestellten und mit dem Nr.-Stempel des Kassenzahnarztes versehenen Behandlungsscheinen an die Kassenzahnärztliche Vereinigung gestellt werden. Für die Richtigkeit der aufgestellten Rechnungen und Unterlagen trägt der Kassenzahnarzt persönlich die Verantwortung.

VI. Abrechnung der Leistungen

13. (1) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung stellt die von den Kassenzahnärzten im Rahmen des Abschnittes II der Vereinbarung erbrachten Leistungen dem Senator für Arbeit und Soziales bzw. dem Senator für Familie, Jugend und Sport vierteljährlich in Rechnung.
- (2) Um die getrennte Abrechnung zu ermöglichen, erhalten die mit dem Senator für Arbeit und Soziales abzurechnenden Behandlungsscheine das Symbol „U“ und die mit dem Senator für Familie, Jugend und Sport abzurechnenden Behandlungsscheine das Symbol „J“.

→ Zentrale Abrechnungsstelle ist
bei Herrn BA Dauterous (jetzt)

VII. Verwaltungskosten

14. Als Verwaltungskostenanteil vergütet der Senator für Arbeit und Soziales bzw. der Senator für Familie, Jugend und Sport der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin 1,5 v. H. des jeweiligen Rechnungsbetrages.

VIII. Vereinbarungsbeginn und Kündigung

15. Die Vereinbarung tritt am 1. Juli 1974 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin
Der Senator für Arbeit und Soziales
Der Senator für Familie, Jugend und Sport

**Erstattungsanspruch - Kieferorthopädie - Krankenkasse - Eigenanteil -
Behandlungskosten**

Gericht: BSG
Datum: 08.03.1995
Aktenzeichen: 1 RK 12/94

Rechtsgrundlagen: § 29 Abs. 3 SGB V
§ 19 Abs. 1 SGB V

Sachgebiete: Soziales - Gesetzliche Krankenversicherung - Leistungsrecht
Wirtschaft - Versicherungen - Private Krankenversicherung

Entscheidungsform: Urteil

Leitsatz:

1. Der Erstattungsanspruch beschränkt sich auf 20 % der Kosten, die für die kieferorthopädische Behandlung während der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse entstanden ist.

2. Beim ordnungsgemäßen Ablauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist der vom Versicherten getragene Eigenanteil an den Behandlungskosten auch dann zu erstatten, wenn der Patient während der Behandlung von der gesetzlichen Krankenkasse zu einem privaten Krankenversicherer wechselt.

Entscheidung im Volltext:

Gründe

I. Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin von der beklagten Krankenkasse die Erstattung des von ihr getragenen Anteils von 20 % der Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung verlangen kann.

Die Klägerin war bis zum 31. Mai 1992 freiwilliges Mitglied der Beklagten. Im Dezember 1989 billigte die Beklagte den Behandlungsplan der Zahnärztin für Kieferorthopädie Dr. K., V., für eine kieferorthopädische Behandlung und sagte eine Erstattung von 80 % der Kosten zu. Nach Abschluß der Behandlung (Schlußbericht der Zahnärztin für Kieferorthopädie Dr. K. vom 23. November 1992) beantragte die Klägerin die Erstattung der Restkosten von 20 %. Die Beklagte lehnte dies mit der Begründung ab, wegen der Beendigung der Mitgliedschaft zum 31. Mai 1992 sei ein Anspruch auf Kostenerstattung zum Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses nicht mehr gegeben. Behandlungskosten würden von der Beklagten längstens bis zum 30. Juni 1992 (Ende des Folgemonats) übernommen (Bescheide vom 23. Dezember 1992 und 15. Februar 1993 sowie Widerspruchsbescheid vom 14. April 1993).

Die Klage ist in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben (Urteil des Sozialgerichts [SG] vom 16. August 1993 und Urteil des Landessozialgerichts [LSG] vom 24. Februar 1994). Das Berufungsgericht hat zur Begründung seiner Entscheidung u.a. ausgeführt: Nach § 29 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) aF. bzw. § 29 Abs. 3 SGB V nF erstattet die Krankenkasse Versicherten den von ihnen

getragenen Anteil an den Kosten nach Abs. 1, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden sei. Der genaue Zeitpunkt des Abschlusses der Behandlung ergebe sich zwar nicht aus dem Schlußbericht der Zahnärztin für Kieferorthopädie Dr. K. vom 23. November 1992. Es stehe jedoch fest, daß die Behandlung noch im dritten Quartal 1992 fortgesetzt worden sei. Der geltend gemachte Anspruch scheitere daran, daß die Klägerin der Beklagten zu dem nach § 29 Abs. 2 SGB V aF. maßgeblichen Zeitpunkt des Abschlusses der Behandlung nicht mehr als Mitglied angehört habe. Denn zu diesem Zeitpunkt entstehe erst der Erstattungsanspruch für den Eigenanteil der Behandlungskosten. Die Ansicht der Klägerin, bereits bei Beginn der Behandlung entstehe ein Anspruch auf die Erstattung des 20 % igen Anteils, der lediglich aufschiebend bedingt sei durch den ordnungsgemäßen Abschluß der Behandlung, treffe nicht zu. Dies ergebe sich bereits aus dem Aufbau des § 29 SGB V mit jeweils selbständigen Ansprüchen gemäß Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 aF.. Die Klägerin könne ihren Anspruch auch nicht auf eine Zusage der Beklagten stützen, weil die Beklagte nach der Einreichung des Behandlungsplanes der Zahnärztin unter dem 21. Dezember 1989 lediglich eine Zusage für die Erstattung von 80 % der Kosten erteilt habe. Eine Zusage hinsichtlich des restlichen Anteils sei von der Beklagten nicht gegeben worden.

Mit der - vom Landessozialgericht (LSG) zugelassenen - Revision rügt die Klägerin eine Verletzung des § 29 SGB V und macht u.a. geltend: Die Krankenkassen dürften während der Behandlung den 20 % igen Eigenanteil nicht zahlen, weil ein finanzieller Anreiz geschaffen werden solle, die kostspielige Behandlung vollständig durchzuführen und zu beenden. Dieses - aus den Gesetzesmaterialien ersichtliche - Motiv des Gesetzgebers lasse nur den Schluß zu, daß dem Versicherten von vornherein eine 100 % ige Kostenzusage zu erteilen sei, jedoch mit der Maßgabe, daß ein 20 % iger Anteil erst ausgezahlt werde, wenn die Behandlung ordnungsgemäß beendet worden sei. Damit stehe die Auszahlung des 20 % igen Eigenanteils unter der aufschiebenden Bedingung des ordnungsgemäßen Behandlungsabschlusses. Jede andere Interpretation werde weder dem Willen des Gesetzgebers noch der Interessenlage des Versicherten gerecht. Beim Wechsel des Versicherten von einer gesetzlichen Krankenkasse in eine private Krankenversicherung sei die Zahlungspflicht der bisherigen Krankenkasse indessen auf den Betrag zu beschränken, der als 20 % iger Anteil bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses entstanden sei.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),

das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 24. Februar 1994, das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 16. August 1993 sowie die Bescheide der Beklagten vom 23. Dezember 1992 und vom 15. Februar 1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. April 1993 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin den 20 % igen Eigenanteil an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung zu zahlen, die bis zum Ausscheiden der Klägerin aus der Mitgliedschaft bei der Beklagten mit Ablauf des 31. Mai 1992 entstanden sind.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie macht u.a. geltend, bereits der Wortlaut des § 29 Abs. 2 SGB V aF. bzw. des § 29

Abs. 3 SGB V nF mache deutlich, daß der Anspruch auf die Erstattung des Eigenanteils nur Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse zustehe. Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung gelte das Sozialgesetzbuch nicht. Für einen nachgehenden Leistungsanspruch aus dem Versicherungsverhältnis fehle es an einer Rechtsgrundlage. Nach § 19 Abs. 1 SGB V erlösche der Anspruch auf Leistungen für freiwillige Mitglieder mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt sei. Damit fänden auch bereits bestehende Ansprüche ihr Ende. Für kieferorthopädische Leistungen sehe das Gesetz keine Ausnahme von dem in § 19 Abs. 1 SGB V enthaltenen Grundsatz vor. Gegen die Ansicht der Revision spreche auch, daß die Klägerin bei ihrem Wechsel zur privaten Krankenversicherung ab 1. Juni 1992 keine Beiträge mehr an sie, die Beklagte, entrichtet habe. Wer während einer laufenden kieferorthopädischen Behandlung die Solidargemeinschaft der Versicherten verlasse, der könne nicht ernsthaft erwarten, daß ihm auch weiterhin - ohne Beitragszahlung - deren Leistungen zufließen.

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben (§ 124 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes [SGG]).

II.

Die Revision ist begründet. Die Beklagte war zu verurteilen, der Klägerin den 20 % igen Eigenanteil an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung zu zahlen, die während der Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten bis zum 31. Mai 1992 entstanden sind.

Dies entspricht dem Revisionsbegehren. Zwar geht der im Schriftsatz der Klägerin vom 18. Mai 1994 enthaltene Revisionsantrag darüber hinaus. Prozeßanträge sind jedoch auslegungsfähig. Maßgebend ist der wirkliche Wille des Prozeßführenden, soweit er sich aus den Umständen ergibt, die für das Gericht und die anderen Beteiligten erkennbar sind (BSGE 63, 93, 94 = Soz R 2200 § 205 Nr 65; BSG SozR 3-7140 § 90a Nr 1; BSGE 73, 56, 57 = Soz R 3-1200 § 14 Nr 9; BSG SozR 3-1500 § 145 Nr 2; Kummer, DAngVers 1984, 346, 362 mit zahlreichen Nachweisen). Aus der Begründung der Revision und dem am 8. März 1994 beim BSG eingegangenen Telefax wird deutlich, daß die Klägerin jetzt nur noch die Erstattung des von ihr getragenen Teils der bis zum 31. Mai 1992 angefallenen Behandlungskosten verlangt.

Nach § 29 Abs 2 aF bzw Abs 3 SGB V idF des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) erstattet die Krankenkasse (KK) Versicherten den von ihnen getragenen Anteil an den Kosten nach Abs 1, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind erfüllt. Wie sich aus dem Schlußbericht der Zahnärztin für Kieferorthopädie Dr. K. vom 23. November 1992 ergibt, ist die kieferorthopädische Behandlung in dem durch diesen Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden. Die Klägerin hat von den Kosten der Behandlung bis zum 31. Mai 1992 20 % als Eigenanteil getragen. Das steht nach den unangegriffenen Tatsachenfeststellungen des LSG, an die der Senat gemäß § 163 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gebunden ist, fest.

Der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch scheidet auch nicht daran, daß die Klägerin bei der beklagten Krankenkasse (KK) als Mitglied zum 31. Mai 1992 ausgeschieden ist.

Allerdings kann die Klage - entgegen der Auffassung der Revision - nicht darauf gestützt werden, daß dem Versicherten von der Krankenkasse (KK) schon vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung eine 100 % ige Kostenzusage gemacht werden müsse und daß die Auszahlung des 20 % igen Eigenanteils unter der auf schiebenden Bedingung des ordnungsgem äßen Behandlungsabschlusses stehe. Hierfür bietet der Gesetzestext keinen Anhaltspunkt. Auch die Beklagte hat eine solche Zusage nicht gemacht, sondern lediglich die Erstattung von 80 % der entsprechend dem Vertrag berechneten Kosten zugesagt.

Die Beklagte ist jedoch unmittelbar aufgrund des Gesetzes verpflichtet, den 20 % igen Kostenanteil zu erstatten, den die Klägerin für den während ihrer Mitgliedschaft bei der Beklagten durchgeführten Behandlungsteil getragen hat. Dies ergibt sich bei einer Auslegung, die den Sinn und Zweck der Kostenerstattungsregelung in § 29 SGB V hinreichend berücksichtigt.

Mit der Regelung soll Abbrüchen der kieferorthopädischen Behandlung entgegengewirkt werden (BT-Drucks 11/2237, S 171 zu Abs 2; vgl auch Schneider in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1 Krankenversicherungsrecht, § 22 RdNr 97; Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, SGB V, § 29 RdNr 52). Dadurch, daß die Krankenkasse (KK) zunächst nur 80 % der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung übernimmt und der Versicherte selbst einen Anteil von 20 vH tragen muß, wird er angehalten, die Behandlung entsprechend dem Behandlungsplan durchführen zu lassen. Geschieht dies, soll dem Versicherten der von ihm zunächst getragene Eigenanteil erstattet werden. Da der Gesetzgeber allein dieses Ziel verfolgt hat, widerspricht es dem Zweck des § 29 SGB V, wenn dem Versicherten trotz planmäßigen Abschlusses der kieferorthopädischen Behandlung die Erstattung des Eigenanteils nur deshalb verweigert würde, weil er zwischenzeitlich als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse (KK) ausgeschlossen ist und ein privates Versicherungsunternehmen einen Teil der Behandlungskosten getragen hat.

Soweit in § 29 Abs 2 aF bzw Abs 3 nF SGB V von "Versicherten" die Rede ist, darf die Vorschrift - entgegen der Auffassung der Vorinstanzen und der Beklagten - nicht dahin ausgelegt werden, daß im Zeitpunkt der möglichen Kostenerstattung der Antragsteller noch Mitglied der Krankenkasse sein muß. Vielmehr ist der Begriff "Versicherte" dahin zu verstehen, daß die Kostenerstattung beschränkt sein soll auf den Teil der Kosten, die während des Versicherungsverhältnisses durch die kieferorthopädische Behandlung entstanden sind. Denn insoweit sind zwei Elemente des Anspruchs während der Mitgliedschaft verwirklicht; lediglich das dritte Element - der Behandlungsabschluß - liegt zeitlich nach dem Versicherungsverhältnis. Wollte man dagegen verlangen, daß der Antragsteller auch im Zeitpunkt der möglichen Kostenerstattung noch Versicherter ist, dann würden die von der Krankenkasse (KK) zu tragenden Kosten reduziert, obwohl die Behandlung planmäßig abgeschlossen worden ist. Für einen diesbezüglichen Willen des Gesetzgebers bedürfte es weiterer Anhaltspunkte.

Der hier vertretenen Auffassung steht § 19 Abs 1 SGB V nicht entgegen. Wie sich schon aus dem Wortlaut des § 19 Abs 1 SGB V ergibt, erlöschen mit dem Ende der Mitgliedschaft oder jedenfalls einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft grundsätzlich alle Leistungsansprüche (vgl dazu § 11 SGB V) gegen eine Krankenkasse (KK) (zu § 19 SGB V s insbesondere Leitherer in Schulin, aaO § 19 RdNrn 276 ff). Es können nach dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft grundsätzlich auch keine neuen Leistungsansprüche entstehen.

Mit dieser Regelung wollte der Gesetzgeber die Leistungsansprüche nach dem Ende der Mitgliedschaft auf ein vertretbares Maß zurückführen (BT-Drucks II/2237, S 166; vgl Igl in von Maydell - Hrsg -, GemeinschaftsKomm zum Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - § 19 RdNr 6). Von der Regelung des § 19 Abs 1 SGB V muß jedoch im Wege einer einschränken den Auslegung (vgl dazu allgemein BSGE 30, 135, 137 = Soz R 5 zu § 12 Bundeskindergeldgesetz (BKGG) vom 14. April 1964; Larenz, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 4. Aufl, S 377 ff) für den Kostenerstattungsanspruch des § 29 Abs 2 aF bz w Abs 3 nF SGB V eine Ausnahme zugelassen werden. Dies ergibt sich aus seiner Natur als zeitlich gestrecktem Anspruchstatbestand sowie aus dem Sinn und Zweck der genannten Vorschriften. Sie sollen - wie schon ausgeführt - sicherstellen, daß demjenigen, der ganz oder teilweise auf Kosten der gesetzlichen Krankenkasse (KK) eine kieferorthopädische Behandlung ordnungsgemäß durchführen läßt, der Eigenanteil an den Kosten nach Abschluß der Behandlung erstattet wird. Dieses Ziel ließe sich nicht erreichen, wenn man den Kostenerstattungsanspruch des § 29 SGB V nicht von der Rechtsfolge des § 19 SGB V ausnimmt. Der Senat hält sich daher - trotz des klaren Wortlauts des § 19 SGB V - für befugt, die Anwendung dieser Vorschrift auf den hier strittigen Kostenerstattungsanspruch auszuschließen und auf diese Weise der vom Gesetzgeber in § 29 Abs 2 aF bzw § 29 Abs 3 nF SGB V verfolgten Absicht zu entsprechen (im Ergebnis wie hier Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen, Urteil vom 24. November 1993 - L 4 Kr 70/92 -; Zipperer in Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Komm, 1200 § 29 SGB V RdNr 28; von Maydell, aaO, § 29 RdNr 33; Bergmann-Pohl, BT-Drucks 12/6586, S 23 auf eine parlamentarische Anfrage; a.A. Gerlach in Hauck/Haines, SGB V, Komm, K § 29 RdNr 14).

Nach alledem steht der Klägerin - entsprechend dem eingeschränkten Klageantrag - Erstattung von 20 % der bis zum Ende ihrer Mitgliedschaft am 31. Mai 1992 entstandenen Kosten für die kieferorthopädische Behandlung zu. Die vorinstanzlichen Entscheidungen und die angefochtenen Bescheide waren daher entsprechend zu ändern und die Beklagte zu der begehrten Kostenerstattung zu verurteilen.

nicht Unbilligkeiten entgegenwirken, sondern dient dem das Sozialhilferecht prägenden Nachranggrundsatz, indem er das als anrechenbares Einkommen definiert, was dem Hilfeempfänger zur Deckung seines notwendigen Lebensunterhalts tatsächlich zur Verfügung steht und somit nicht aus öffentlichen Mitteln beansprucht werden kann. Lassen sich danach die beiden Vorschriften schon von ihrer Zielsetzung her nicht miteinander vergleichen, so mag ihre Harmonisierung zwar wünschenswert erscheinen; aus Gründen der Gleichbehandlung geboten ist sie jedoch selbst dann nicht, wenn sich, worauf Piel (a. a. O.) hinweist, gewisse Ungerechtigkeiten durch die unterschiedliche Behandlung des Kindergeldes in dem Sozialhilferecht einerseits und dem Nichteilchenrecht andererseits ergeben sollten.

Hat die Beklagte nach alledem das der Klägerin gewährte Kindergeld bei der Berechnung der Hilfe zum Lebensunterhalt zu Recht nicht nur zur Hälfte als Einkommen im Sinne des § 76 BSHG berücksichtigt, so verbleibt es bei dem eingangs zusammengefaßten Ergebnis, nach dem die Klage bezüglich des Zeitraums vom 1.7.1990 bis 28.2.1991 unbegründet und bezüglich des Zeitraumes vom 1.1. bis 30.11.1989 lediglich in Höhe von 258,25 DM begründet ist.

Nr. 54

Oberverwaltungsgericht Münster

Der Empfänger laufender Hilfe hat im Wege der Krankenhilfe einen Anspruch darauf, daß der Träger der Sozialhilfe bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen den von einer gesetzlichen Krankenkasse zunächst nicht erstatteten Anteil an den Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung als Darlehen übernimmt.

(§§ 2, 37 Abs. 1, Abs. 2 BSHG; §§ 29, 61 SGB V)
Beschluß des OVG-Münster vom 24.2.1992 - 24B 360/92

Aus den Gründen:

Die Antragstellerin, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhält, ist bei der Innungskrankenkasse gesetzlich krankenversichert. Ihr Antrag, den Eigenanteil des Versicherten an den Kosten ihrer kieferorthopädischen Behandlung - im zweiten Quartal 1991 ein Betrag von 203,53 DM - durch die Sozialhilfe zu übernehmen, wurde durch den Antragsgegner abgelehnt.

FEVS Bd. 42/92

236

Im vorliegenden Verfahren erstrebt die Antragstellerin im Wege des vorläufigen Rechtsschutzes eine darlehensweise Übernahme ihres Eigenanteils aus Sozialhilfemitteln. Der Antrag hatte Erfolg.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs ist § 37 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 BSHG. Danach ist Kranken Krankenhilfe zu gewähren (Abs. 1). Die Krankenhilfe umfaßt u. a. zahnärztliche Behandlung (Abs. 2 Satz 1), zu der in medizinisch begründeten Fällen auch eine kieferorthopädische Behandlung gehört. Die Leistungen sollen in der Regel den Leistungen entsprechen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung gewährt werden (Abs. 2 Satz 2).

Der Empfänger laufender Hilfe hat im Wege der Krankenhilfe einen Anspruch darauf, daß der Träger der Sozialhilfe bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen den von einer gesetzlichen Krankenkasse zunächst nicht erstatteten Anteil an den Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 29 Abs. 1 SGB V) als Darlehen übernimmt. Dem stehen weder der Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe (§ 2 BSHG) noch die Bezugnahme in § 37 Abs. 2 Satz 2 BSHG auf die Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung entgegen.

Der Hilfesuchende kann nicht darauf verwiesen werden, daß er die in bezug auf den Eigenanteil erforderliche Hilfe vorrangig von seiner Krankenkasse zu erhalten hat, so daß der Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe (§ 2 BSHG) nicht eingreift. Als mitversicherte Familienangehörige unterliegt die Antragstellerin den Vorschriften des SGB V, das für die hier anwendbaren Bestimmungen am 1.1.1989 in Kraft getreten ist. Nach § 29 Abs. 1 Satz 1 SGB V erstattet die Krankenkasse Versicherten 80 v. H. der Kosten der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch besonders begründeten Indikationsgruppen. Nach Abs. 2 dieser Bestimmung erstattet die Krankenkasse Versicherten den von ihnen getragenen Anteil an den Kosten nach Abs. 1, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist. Die Auffassung des Antragsgenerns trifft nicht zu, daß die Antragstellerin von ihrer Krankenkasse im Wege der Härtefallregelung verlangen könne, daß diese auch den Eigenanteil nach § 29 SGB V vorab selbst übernehme. In § 61 Abs. 1 SGB V ist für genau umschriebene verschiedene Fallgruppen geregelt; in welchen Fällen die Krankenkasse bei

FEVS Bd. 42/92

237

WFO - Eigenanteil

Tavor =
1. KH = 100
2. über
Darlehen

unzumutbarer Belastung des Versicherten Zuzahlungen und Eigenleistungen des Versicherten übernehmen muß, nämlich in Fällen der Zuzahlung zu Arznel-, Verband- und Heilmitteln sowie zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Nr. 1), zu den von den Versicherten zu tragenden Kosten bei der Versorgung mit Zahnersatz (Nr. 2) und zu Fahrkosten von Versicherten (Nr. 3). Wenn hier der Eigenanteil des Versicherten an den Kosten seiner kieferorthopädischen Behandlung nicht angeführt ist, ist hieraus zu schließen, daß der Gesetzgeber insoweit bewußt eine Härtefallregelung zu Lasten der Krankenkasse nicht treffen wollte. Angesichts der detaillierten und ersichtlichen abschließenden Fassung des § 61 Abs. 1 SGB V besteht für die Annahme einer (unbewußten) Regelungslücke keinerlei Anhalt. Aus § 61 Abs. 2 Nr. 2 SGB V kann ein entsprechender Anspruch gegen die Krankenkasse nicht hergeleitet werden, weil diese Vorschrift keine selbständige Anspruchsgrundlage darstellt, sondern nur den Begriff der unzumutbaren Belastung im Sinne des Abs. 1 dieser Vorschrift gesetzlich definiert.

Selbst wenn ein Anspruch gegen die Krankenkasse im Wege einer analogen Anwendung des § 61 Abs. 1 SGB V angenommen werden könnte, bestünde im übrigen derzeit keine Selbsthilfemöglichkeit der Antragstellerin, weil von einer Zahlungsbereitschaft der Krankenkasse nicht ausgegangen werden könnte.

Dem Antragsbegehren steht ferner nicht entgegen, daß nach § 37 Abs. 2 Satz 2 BSHG die Leistungen der Krankenhilfe in der Regel den Leistungen entsprechen sollen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung gewährt werden. Nach Überzeugung des Senats müssen die vom Bundesverwaltungsgericht für Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe zu der vergleichbaren Bestimmung des § 36 Abs. 2 Satz 2 BSHG entwickelten Grundsätze (Urteil vom 23. 6. 1988 - 5 C 27.86, FEVS Bd. 37 S. 441 ff.) auch bei der Auslegung des § 37 Abs. 2 Satz 2 BSHG den Ausschlag geben. § 37 BSHG gewährt leistet eine umfassende Krankenhilfe. Dieses Grundanliegen ist durch die durch das zweite Haushaltsstrukturgesetz im Jahre 1981 eingefügte Regelung des § 37 Abs. 2 Satz 2 BSHG nicht in Frage gestellt worden. Für kieferorthopädische Behandlungen besagt die Einführung des Satzes 2 zunächst, daß sie aus Mitteln der Sozialhilfen nur zu finanzieren sind, wenn auch ein Träger der Krankenversicherung unter den in § 29 Abs. 1 Satz 1 SGB V bestimmten medizinisch begründeten Indikationsgruppen eine solche Maßnahme den Versicherten zu

erstaten hat. Die Vorschrift regelt damit, daß der Sozialhilfeträger nur, das als Bedarf an Krankenhilfe anzuerkennen hat, was als Bedarf auch nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung anzuerkennen ist. Der Sozialhilfeträger hat danach für die kieferorthopädische Behandlung nach Indikation, Art und Umfang der Behandlung diejenige Krankenhilfe zu gewährleisten, die einem Versicherten nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung zu erstatten ist. Die genannte Verweisung auf das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist jedoch nicht dahin zu verstehen, daß der Träger der Sozialhilfe den nach § 29 SGB V (vorübergehend) vom Versicherten zu tragenden Anteil in Höhe von 20 v. H. der Kosten nicht übernehmen darf, so daß dieser den Anteil zunächst selbst aufzubringen hätte, wozu bei sonstiger Mittellosigkeit allein die Regelsätze zur Verfügung stünden. Eine solche Auslegung würde die vom Gesetz garantierte umfassende Krankenhilfe für den im § 28 BSHG genannten Personenkreis in Frage stellen. Von Empfängern laufender Hilfe kann nicht erwartet werden, daß sie aus den Regelsätzen, die als laufende Leistungen (nur) den Regelbedarf decken (§ 22 BSHG), bis zum Abschluß einer besonders langwierigen und kostenintensiven Behandlung den häufig beträchtlichen Eigenanteil einer kieferorthopädischen Behandlung aufbringen. Würde die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers entsprechend § 29 Abs. 1 SGB V zunächst auf 80 v. H. der Behandlungskosten einer kieferorthopädischen Behandlung - bei Versicherten durch Übernahme durch die Krankenkasse oder bei Nichtversicherten durch die Sozialhilfe - beschränkt, würden viele Hilfebedürftige die Behandlung nicht durchführen können, weil sie den Eigenanteil nicht aufbringen können. Die vom Antragsgegner gewünschte Auslegung des § 36 Abs. 2 Satz 2 BSHG vernachlässigt den Gesamtzusammenhang, in dem diese Vorschrift im Bundessozialhilfegesetz steht. Sie läßt außer acht, daß die Grundbedingungen für die Hilfestellung nach dem Bundessozialhilfegesetz einerseits und für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits verschieden sind. Der Regelung des § 29 SGB V liegt zugrunde, daß es sich um einen versicherten Personenkreis handelt, der in der Regel Arbeitsentgelt oder sonstige regelmäßige Einkünfte bezieht. Im Interesse der Kostendämpfung und eines Anreizes für den Abschluß einer langwierigen Behandlung kann diesem Personenkreis zugemutet werden, daß er vorübergehend einen Eigenanteil an den Kosten seiner kieferorthopädischen Behandlung trägt. Ganz anders ist die Lage desjenigen, der mangels ausreichenden Einkommens und Vermögens (§ 28)

KH Besk =
Bedeutung
KH

Wichtig
P. 5

Karte heftl.
§ 61 Abs. 2
Bewußt
nicht erkannt

keine
Selbsthilfe
möglich

Kranken-
hilfe

BSHG) den Eigenanteil nicht aus eigenen Mitteln aufbringen kann. Von diesen Personen kann insbesondere nicht erwartet werden, daß sie den Eigenanteil aus den Regelsätzen erbringen. Die Regelsätze umfassen den ohne Besonderheiten des Einzelfalles bei vielen Hilfeempfängern gleichermaßen bestehenden, nicht nur einmaligen Bedarf aus den in § 1 Abs. 1 RegelsatzVO genannten Bedarfsgruppen (vgl. Urteil des Senats vom 8.7.1991 - 24A1171/89, NW VBl. 1992 S. 38). Leistungen nach den Regelsätzen sind nicht dazu bestimmt, einen nur gelegentlich entstehenden Bedarf wie Aufbringung des Eigenanteils des Versicherten an den Kosten seiner kieferorthopädischen Behandlung, der nicht zum Regelbedarf gehört, ebenfalls mit abzudecken. Der Empfänger laufender Hilfe hat nach allem im Wege der Krankenhilfe einen Anspruch darauf, daß der Träger der Sozialhilfe den Eigenanteil des Versicherten an den Kosten seiner kieferorthopädischen Behandlung aus Mitteln der Sozialhilfe sicherstellt (vgl. außer dem bereits genannten Urteil des BVerwG vom 23.6.1988, a.a.O.; BayVGH, Urteil vom 12.2.1981 - Nr. 12B80A.2268, FEVS Bd. 31 S. 22).

Der Anspruch auf Übernahme des Eigenanteils des Versicherten an den Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung beschränkt sich auf eine Gewährung von Krankenhilfe als Darlehen. Entsteht - wie im Falle des § 29 Abs. 2 SGB V - ein nur vom Verhalten des Versicherten abhängiger Anspruch auf Erstattung des Eigenanteils durch die Versicherung nach ordnungsgemäßen Abschluß der Behandlung, so wird der (vorübergehende) sozialhilferechtliche Bedarf dadurch gedeckt, daß die Hilfe als Darlehen - und nicht als Zuschuß - gewährt wird. Hierdurch wird zugleich in dem durch das Bundessozialhilfegesetz gesetzten Rahmen den im § 29 SGB V verfolgten Zielen der Kostendämpfung und des Anreizes zum Abschluß begonnener kieferorthopädischer Behandlungen in wünschenswerter Weise Rechnung getragen. Der Sozialhilfeempfänger wird durch das Darlehen verpflichtet, den ihm bewilligten Eigenanteil dann selbst an den Sozialhilfeträger zurückzuerstatten, wenn er die Behandlung abbricht mit der Folge, daß die gesetzliche Krankenversicherung den Eigenanteil endgültig nicht zu tragen braucht. Für den Sozialhilfeempfänger besteht mithin, will er das Entstehen einer ihn persönlich treffenden Rückzahlungsverpflichtung gegenüber dem Träger der Sozialhilfe vermeiden, eine wünschenswerte Motivation dahin, durch planmäßigen Abschluß der Behandlung zu erreichen, daß der Sozialhilfeträger den Eigenanteil letztlich von der Krankenkasse erstattet erhält.

Nr. 55

Oberverwaltungsgericht Münster

Obdachlose haben grundsätzlich Anspruch auf Unterbringung, nach der ihnen eine Unterkunft ganzzeitig nicht nur zum Schutz gegen die Witterung, sondern auch sonst als geschützte Sphäre zur Verfügung steht. Obdachlose können zur Übernachtung und für den Aufenthalt an Tage in räumlich voneinander getrennten Einrichtungen untergebracht werden, solange den Obdachlosen die zwischen den Einrichtungen bestehende Entfernung zugunsten werden kann.

Die Zuweisung einer Unterkunft im Wege einstweiliger Anordnung ist grundsätzlich zeitlich zu begrenzen.

(§ 72 BSHG)

Beschluß des OVG Münster vom 4.3.1992 - 9B3839/91

Aus den Gründen:

Der Antragsteller ist obdachlos. Auf seinen Antrag, ihm eine Unterkunft zur Verfügung zu stellen, verwies ihn der Antragseegner auf eine städtische Einrichtung, in der für Obdachlose die Möglichkeit zur Übernachtung, jedoch keine Gelegenheit zum Aufenthalt am Tage besteht, und im übrigen auf die Möglichkeit, sich tagsüber in der Bahnhofshalle, der Bahnhofsgaststätte, in Leseräumen der Bibliothek und in anderen geschützten, allgemein zugänglichen Räumen sowie bei kirchlichen bzw. karitativen Stellen aufzuhalten. Die daraufhin vom Antragsteller beantragte einstweilige Anordnung, den Antragseegner zu verpflichten, ihm eine Unterkunft zur Verfügung zu stellen, in der er, der Antragsteller, sich auch tagsüber aufhalten könne, hat beim Verwaltungsgericht und (im wesentlichen) auch in der vom Antragseegner eingelegten Beschwerde beim OVG Münster Erfolg.

Die zulässige Beschwerde ist nur insoweit begründet, als der Antragseegner auch über den 31.3.1992 hinaus verpflichtet worden ist, dem Antragsteller für die Dauer seiner Obdachlosigkeit eine geeignete Unterkunft zur Verfügung zu stellen, in der dieser sich auch tagsüber aufhalten kann; im übrigen ist sie zurückzuweisen.

Nach § 123 Abs. 1 VwGO kann das Gericht auf Antrag auch schon vor Klageerhebung eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, daß durch eine

LSG Nordrhein-Westfalen, 01.12.2005, L 19 B 97/05 AS

Erstattung der nicht durch die Familienversicherung abgedeckten Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung durch den Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende bzw. durch den Sozialhilfeträger - Möglichkeit der erweiternden Auslegung des § 23 Sozialgesetzbuch -Zweites Buch (SGB II)

Gericht: LSG Nordrhein-Westfalen
Datum: 01.12.2005
Aktenzeichen: L 19 B 97/05 AS
Entscheidungsform: Beschluss
LexisNexis Fundstelle: LNR 2005, 25701

Rechtsgrundlagen: § 5 Abs. 2 SGB II
§ 23 SGB II
§ 48 Abs. 1 SGB XII
§ 264 SGB V
§ 51 SGG
§ 73a SGG
114 ZPO

Verfahrensgang: 1. SG Köln - 28.10.2005 - AZ: S 24 AS 88/05
2. LSG Nordrhein-Westfalen - 01.12.2005 - AZ: L 19 B 97/05 AS

Tenor:

Die Beschwerde der Kläger gegen den Beschluss des Sozialgerichts Köln vom 28.10.2005 wird zurückgewiesen.

Gründe

Die zulässige Beschwerde, der das Sozialgericht nicht abgeholfen hat (Beschluss vom 14.11.2005), ist unbegründet.

Prozesskostenhilfe ist nach §§ 73a SGG - Sozialgerichtsgesetz - , 114 ff ZPO - Zivilprozessordnung - nicht zu bewilligen, weil der Klage die nach § 114 ZPO erforderliche hinreichende Erfolgsaussicht fehlt.

Denn im geltenden Recht des SGB II (Sozialgesetzbuch Zweites Buch - Grundsicherung für Arbeitssuchende -) wie auch des SGB XII (Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe -) ist eine Anspruchsgrundlage für die mit der Klage geltend gemachte Forderung auf Erstattung der nicht durch die Familienversicherung der Klägerin abgedeckten Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung nicht enthalten. § 23 SGB II bietet eine solche Anspruchsgrundlage nicht, wozu das Sozialgericht in nicht ergänzungsbedürftiger Weise Stellung genommen hat. Der Senat schließt sich den Ausführungen des Sozialgerichts nach eigener Prüfung an; § 142 Abs. 2 Satz 2 SGG (vgl. zur Nichterstattung von Lehrmittelkosten über § 23 SGB II den Beschluss des Senats vom 18.11.2005 - L 19 B 84/05 AS ER).

Eine weiterführende Anspruchsgrundlage bieten auch nicht die nach § 5 Abs. 2 SGB II ergänzend heranzuziehenden Vorschriften des SGB XII über die Hilfen zur Gesundheit. Denn auch nach § 48 Abs. 1 SGB XII werden Leistungen zur Krankenbehandlung "entsprechend dem 3. Kapitel 5. Abschnitt 1. Titel des SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - gesetzliche Krankenversicherung -) erbracht und damit gilt dieselbe Selbstbeteiligung an den Gesamtkosten der kieferorthopädischen Behandlung (ausführlich zu Einzelheiten: Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, § 48 Nrn. 24 ff m.w.N.).

Der Gesetzgeber des SGB XII hat das Konzept der ab dem Jahre 2004 geltenden bisherigen Hilfe bei Krankheiten nach dem BSHG - Bundessozialhilfegesetz - in das neue Recht übernommen und zugleich eine Gleichstellung der regelmäßig nach § 5 Abs.1 Nr. 2a SGB V pflichtversicherten Bezieher von Leistungen nach dem SGB II mit den über § 48 SGB XII bzw. § 264 SGB V

Leistungsberechtigten vorgenommen. Auch dieser Umstand verspermt eine großzügig erweiternde Auslegung von § 23 SGB II.

Eine Anspruchsgrundlage über das normierte Recht hinaus, etwa aus der Verfassung selbst zu schöpfen, ist den Sozialgerichten verwehrt. Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist gemäß § 51 SGG nur für "Rechtsstreitigkeiten" eröffnet; die Gerichtsbarkeit darf also nur entscheiden, wenn und soweit der Streit darum geführt wird, was derzeit rechtens ist, nicht was künftig Recht werden soll (Bundesverfassungsgericht, BverfGE 7, 183, 388 ff; Bettermann, Die rechtssprechende Gewalt, in Isensee/Kirchhof, Handbuch des Staatsrechts, Band III, 1988, 2. Aufl. S. 775, 794). Der einzelne Staatsbürger hat grundsätzlich keinen Anspruch auf ein bestimmtes Handeln des parlamentarischen Gesetzgebers. Daher liegt es prinzipiell außerhalb der funktionellen Kompetenz der Sozialgerichte, sich selbst in die Rolle einer normsetzenden Instanz zu begeben oder die Gesetzgebungsorgane zu verurteilen, bestimmte Gesetze zu beschließen (BSG, Urteil vom 27.01.1993, 4 RA 40/92, SozR 3-8570, § 10 Nr. 1 m.w.N.).

Eine hinreichende Erfolgsaussicht der Sache im Sinne von § 114 ZPO kann daher auch nicht durch einen verfassungsunmittelbaren Anspruch der Klägerin begründet werden.

Die Kosten des PKH-Beschwerdeverfahrens werden nicht erstattet, § 127 Abs. 4 ZPO.

Eine Beschwerde gegen diese Entscheidung an das Bundessozialgericht ist nach § 177 SGG nicht zulässig.