

Gerichte bestätigen die Abrechenbarkeit dentinadhäsiver Restaurationen

Nachdem der Bundesgerichtshof (BGH) in seiner vielbeachteten Entscheidung vom 23.01.2003 (III ZR 161/02) zur Frage der analogen Abrechnung von dentinadhäsiven Restaurationen noch kein abschließendes Votum abgeben konnte, haben nunmehr in kurzem zeitlichen Abstand zwei Gerichte mit wichtigen Urteilen die von der Zahnärzteschaft vertretenen Positionen bestätigt und damit zugleich den von den privaten Krankenversicherern eingenommenen Standpunkt verworfen.

Von Emil Brodski und Frank Ihde

Ausgangspunkt des seit Jahren schwelenden Streites ist die Frage, ob zahnärztliche Leistungen, die nach der Dentinadhäsivtechnik erbracht werden, nach den GOZ-Nummern 215 bis 217 analog abrechenbar, oder – wie viele Privatversicherer meinen – nur mit den GOZ-Nummern 205, 207, 209 und 211 zu liquidieren sind. Gegen die analoge Heranziehung der höher bewerteten Nummern 215–217 haben die Privaten bislang den Einwand erhoben, dass für eine Analogie gar kein Bedarf bestünde. Ihre Begründung: Die Dentinadhäsivtechnik sei bereits bei Inkrafttreten der GOZ im Jahre 1988 durchaus bekannt gewesen und daher ohne Heranziehung von Analogieziffern abzurechnen. Analogien könnten nur dann gebildet werden, wenn eine zahnärztliche Leistung erst nach dem In-Kraft-Treten der GOZ zur Praxisreife gelangt ist.

Der umstrittene Dreh- und Angelpunkt dieser Argumentationslinie ist die Behauptung, dass die Dentinadhäsivtechnik dem Verordnungsgeber bereits 1988 bekannt war. Obwohl sachlich unzutreffend, haben die Privaten diesen Einwand über Jahre gegenüber Patienten und Zahnärzten aufrechterhalten und die ärztlichen Behandler immer wieder zu wirtschaftlichen Eingeständnissen genötigt. Damit sollte jetzt – eigentlich – Schluss sein.

In bemerkenswerter Klarheit haben sowohl das LG Frankfurt/Main (Urteil vom 24.11.2004, Az.: 2-16 S 173/99) und das OLG München (Urteil vom 07.12.2004, Az.: 25 U 5029/02) die Fehlerhaftigkeit der Argumentation der Versicherer offen gelegt. So heißt es in dem Urteil des OLG München:

„Die essentiellen wissenschaftlichen Arbeiten zum Dentinverbund und zur Entwicklung der Praxisreife wurden erst nach Erlass der GOZ durchgeführt. Wissenschaftlich abgesicherte, brauchbare Materialien lagen erst mit der dritten Generation von Adhäsiven nach Erlass der GOZ vor. Daneben kamen im Seitenzahnbereich wegen der hohen Kaubelastung (und meist größeren Defekten) weitere essentielle Probleme bei den Materialien hinzu, wie ausreichende Frakturfestigkeit und Abrasionsfestigkeit etc., die bei Erlass der GOZ klinisch nicht geklärt waren und somit nicht in Betracht gezogen werden konnten. So durften Kompositfüllungen noch Anfang der 90er Jahre im Seitenzahnbereich nicht verwendet werden, weil sie nicht als praxisreif (wissenschaftlich anerkannt und erprobt) eingestuft wurden.“

Und weiter:

„Die nunmehr klinisch geprüfte Methode bringt nach den gut nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen dem Patienten bei geringstmöglicher invasiver Behandlung den meisten Nutzen. Die multiadhäsive (dentinadhäsive) Kompositrestauration kann die minimalinvasiven, substanzschonenden medizinischen Ansprüche in vielen Fällen besser erfüllen als indirekte Restaurationen (Inlays).“

Beide Gerichte haben schließlich auch die Vergleichbarkeit der Dentinadhäsivtechnik zu den in den Gebührensatznummern 215–217 genannten Leistungen bejaht. „Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. A.“, so das LG Frankfurt/Main, „ist eine mittels Dentin-Adhäsiv-Bonding-Mehrschicht-Technik gelegte Restauration auf Grund der Komplexität und des Aufwandes mit einem Inlay (Einlagenfüllung) vergleichbar, das nach den Gebührensatznummern 215–217 abgerechnet wird.“ Und einen weiteren nicht unerheblichen Aspekt hat das OLG München unterstrichen: „Der Sachverständige hat in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hingewiesen, dass eine bestmögliche, minimalinvasive substanzschonende Versorgung in der täglichen Praxis nur dann umgesetzt werden wird, wenn das Verfahren auch adäquat honoriert wird. Im Falle einer Ablehnung bestünde die Gefahr, dass auf Grund unzureichender Honorierung die weniger invasive, substanzschonende Direktmethode seltener praktiziert wird und nach wie vor wesentlich häufiger invasive und noch teurere indirekte Restaurationen (z.B. Kronen etc.) zum Einsatz kommen. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen, die sich der Senat zu eigen macht, sind der Aufwand und das Verfahren den adhäsiven (direkten) Inlays sehr ähnlich, sodass eine analoge Abrechnung nach Inlaypositionen GOZ 215–217 als gerechtfertigt angesehen werden muss, ebenso die analoge Abrechnung nach GOZ 214.“ Klartext: Der Fortschritt der Zahnmedizin kann ohne Anreize nicht vorangetrieben werden.

Was tun, wenn ein privater Krankenversicherer ungeachtet dieser eindeutigen Urteile weiterhin meint, an seiner falschen Auffassung festhalten zu müssen, und damit letztlich auch einen Keil zwischen dem Patienten und seinem Zahnarzt treibt?

Natürlich sollte der Zahnarzt seinen Patienten zunächst,