

Forderung nach mehr Transparenz

| Dipl.-Volksw. Guido Braun

Das deutsche Zahntechniker-Handwerk wird in den kommenden Monaten erneut politisch darum kämpfen, dass die bestehenden Transparenzprobleme im Auftragsverhältnis von Zahnarzt und zahntechnischem Labor beseitigt werden. Aufgrund der Intransparenz ist es für den Zahntechniker oftmals schwierig, die richtige Behandlungsgrundlage heranzuziehen, insbesondere für die Versorgungsbereiche Kieferbruch, Kieferorthopädie und Zahnersatz.

Der Zahnarzt beauftragt das gewerbliche zahntechnische Labor auf seine Rechnung zahntechnische Medizinprodukte (Kronen, Brücken, Prothesen) herzustellen und diese zu liefern. Im Rahmen seiner Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen verwendet der Zahnarzt diese Medizinprodukte entweder zur Ermittlung von Messergebnissen, zur Veränderung der Kieferrelation und/oder der Zahnstellung oder zur prothetischen Versorgung mit Zahnkronen oder Zahnersatz.

Die Preise für die berechenbaren zahntechnischen Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden im Jahre 1976 administriert. Sowohl in der privat- als auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung rechnet der Zahnarzt die Kosten für die zahntechnischen Leistungen gegenüber dem Patienten bzw. Kostenträger als Auslagen ab. Mit der kollektivvertraglichen Regulierung der Preise für zahntechnische Leistungen für Versicherte der GKV entstand *uno actu* eine Preisspreizung für zahntechnische Leistungen für die privat- und die vertragszahnärztliche Versorgung. Die Preise für die vertragszahnärztliche Versorgung werden seit Jahren für eine inländische Produktion als betriebswirtschaftlich unaußerkömmlich angesehen. Das Labor ist daher zunehmend darauf ange-

wiesen, den Anteil dieser Fertigung so niedrig wie möglich zu halten, um die Verluste zu minimieren.

Als problematisch erweist sich hierbei oft die Kommunikation zwischen Zahnarzt und Zahntechniker im Hinblick darauf, ob und inwieweit sich der erteilte Auftrag auf Leistungen im Rahmen der privat- oder der vertragszahnärztlichen Versorgung bezieht. Dem Zahntechniker wird es oftmals unmöglich gemacht, die richtige Berechnungsgrundlage heranzuziehen. Aufgrund der herrschenden Konkurrenzverhältnisse darf ein Zahnarzt mit diesbezüglich unpräziser Auftragsvergabe davon ausgehen, dass das gewerbliche Labor zu den niedrigeren kollektivvertraglichen Höchstpreisen der GKV seine Leistungen berechnet.

Die vertragszahnärztliche Versorgung kennt fünf Behandlungs- und Versorgungsbereiche. Dabei werden vom Zahnarzt allein für die Versorgungsbereiche Kieferbruch, Kieferorthopädie sowie Zahnkronen und Zahnersatz zahntechnische Medizinprodukte benötigt. Die vom gewerblichen zahntechnischen Labor jeweils notwendige Information zur Findung der zutreffenden Berechnungsunterlage ist dabei jeweils von unterschiedlicher Qualität und Quantität.

Kieferbruch

Kieferbruchbehandlungen zählen zur allgemeinen zahnärztlichen Behand-

lung (§ 28 Abs. 2 SGB V). Dem gewerblichen Labor genügt die Angabe, dass es sich um einen Versicherten der GKV und eine im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V notwendige Behandlung handelt. Das gewerbliche Labor benötigt nicht zwingend Hinweise darauf, dass evt. weitergehende, über das Maß des Notwendigen hinausgehende, privat Zahnärztliche Maßnahmen, z. B. im Sinne von § 28 Abs. 2 Satz 8 SGB V, erbracht werden oder werden sollen, da diese Leistungen sich aus dem Auftrag des Zahnarztes ergeben. Dem Zahntechniker ist auch bekannt, dass Kieferbruchbehandlungen im Rahmen der Sachleistung erbracht werden. Selbst die geringste zusätzlich erbrachte privat Zahnärztliche Leistung würde die gesamte Behandlung zur privat Zahnärztlichen Leistung wandeln.

Resultat: Das gewerbliche Labor kann die richtige Berechnungsgrundlage heranziehen, wenn ihm mitgeteilt wird, dass es sich um die Behandlung eines GKV-Versicherten handelt.

Kieferorthopädie

Die kieferorthopädische Behandlung ist nur noch für Versicherte, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Leistung der GKV (§ 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V). Paragraph 29 Abs. 1 SGB V (i. V. m. § 29 Abs. 4 SGB V) schränkt den Kreis der Anspruchsberechtigten

nochmals ein. Die Erwachsenenbehandlung schließlich beschränkt sich auf die Indikationen des § 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V. Es genügt daher dem gewerblichen Labor nicht, wenn es mit der Auftragserteilung angezeigt bekommt, dass es sich um einen Versicherten der GKV handelt. Zwar kann das Labor an den Auftragsunterlagen erkennen, ob bei Jugendlichen die Indikationen des § 29 Abs. 1 SGB V und bei Erwachsenen die des § 28 Abs. 2 SGB V gegeben wären. Nicht erkennen kann das Labor hingegen, ob auch die zuständige Krankenkasse ihre Leistungspflicht anerkennt.

Resultat: Das Labor benötigt zur Anwendung der zutreffenden Berechnungsgrundlage neben dem Ausweis der Zugehörigkeit des Patienten zur GKV auch Information über das Vorliegen der Behandlungszusage der Krankenkasse.

Zahnersatz

Seit dem 1. Januar 2005 ist der Zahnersatz (ZE) als Festzuschuss-Leistung der GKV definiert. § 56 SGB V unterscheidet Regelversorgungen, gleichartige Versorgungen und andersartige Versorgungen sowie auch deren Kombinationen in einem einzigen Versorgungsfall. Eine Entscheidung, für die jeweilige geplante Versorgung, wird auf der Basis der Zahnersatz-Richtlinien (§ 92 Abs. 1a SGB V) und den Festzuschuss-Richtlinien (§ 56 SGB V) getroffen.

Oft wird das zahntechnische Labor darauf verwiesen, dass es insoweit aus den Auftragsunterlagen und der Angabe, dass der Patient Versicherter der GKV ist, ersehen könne, ob und inwieweit jeweils die kollektivvertraglichen Regelungen bei der Rechnungsstellung greifen.

Das ist nur richtig, soweit es die nach dem Gesetz und den Richtlinien generell ausgeschlossenen Leistungen angeht. So sieht § 56 Abs. 2 Satz 6 SGB V vor, dass Brücken als Regelversorgung nur zum Ersatz von höchstens vier Zähnen bzw. im Seitenzahnbereich von höchstens drei Zähnen indiziert sind. Bei kombiniert festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz ist die Leistung auf zwei, bei einem Restzahnbestand von nur noch drei Zähnen, auf höchstens drei Verbindungselemente

je Kiefer beschränkt (§ 56 Abs. 2 Satz 7 SGB V). Regelversorgungen dürfen Verblendungen im Oberkiefer höchstens bis Zahn fünf, im Unterkiefer bis Zahn vier vorsehen (§ 56 Abs. 2 Satz 8 SGB V). Aus den Zahnersatz- bzw. den Festzuschuss-Richtlinien ist dem gewerblichen Labor bekannt, dass das Leistungssystem der GKV nur Teilverblendungen (vestibuläre Verblendungen) kennt, nicht aber Vollverblendungen. Auch verschiedene etablierte zahntechnische Fertigungsmethoden und Materialien sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung noch nicht anerkannt (z. B. Galvanotechnik, Vollkeramiksysteme).

Somit ist es für den Zahntechniker in vielen Fällen nicht möglich, zu erkennen, welche Leistungen Regelleistung, Teil einer gleichartigen Leistung sind oder ob der Versorgungsfall insgesamt eine andersartige oder eine gemischte Regelleistungs- und andersartige Versorgung darstellt.

Tatsache ist, dass die Einstufung der Versorgung als Regelleistung, gleichartige Leistung, andersartige Leistung oder einer Kombination davon, nur aus dem Heil- und Kostenplan (§ 87 Abs. 1a SGB V), dort in den Feldern Teil I „Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan“ und Teil II „Befunde für Festzuschüsse“ erkenntlich wird.¹ Dies sei an dem folgenden Beispiel verdeutlicht.

Patient XY, GKV, Herstellung einer Kombinationsprothese im Oberkiefer zum Ersatz der Zähne 15–17 und 24–27 mit vestibulärverblendeten Teleskopkronen in edelmetallhaltiger Dentallegierung auf 13, 14 und 23.

Der Zahntechniker weiß, dass der Befund 3.2 auf maximal zwei Halteelemente (Teleskopkronen) beschränkt ist und die Verwendung von Edelmetall keinen Einfluss auf die Einordnung der Versorgung in das System der Regel-, gleichartigen und andersartigen Versorgungen hat. Der vom Zahnarzt vergebene Auftrag ist somit eine gleichartige Versorgung, wobei die gesamte Prothese, mit Ausnahme einer Teleskopkrone, nach dem für das Labor gültigen Kollektivvertrag (§ 57 Abs. 2 Satz 1 SGB V) zu berechnen ist. Allein bezüglich der dritten Teleskopkrone ist

das zahntechnische Labor nicht an die Beschränkungen des Kollektivvertrages gebunden und kann hierfür seine Angebotspreise in Rechnung stellen (§ 55 Abs. 4 SGB V).

Das Labor entscheidet indes aufgrund der gegebenen Intransparenz falsch. Tatsächlich kann es sich bei dem erteilten Auftrag auch um eine andersartige Versorgung handeln.²

Das Dentallabor konnte nicht wissen, dass der Pfeiler 13 als gesunder Zahn vom Zahnarzt in die Versorgung einbezogen worden war, denn der Zahntechniker erhält die Auftragsunterlagen (Abformungen, Bissnahmen, Register) vom Zahnarzt erst nach der Präparation der Pfeilerzähne. In der Regel ist am präparierten Pfeiler nicht mehr ersichtlich, ob dessen Zahnkrone bereits zerstört oder intakt war. Aufgrund des Pfeiler 13 hätte der Zahntechniker die gesamte Arbeit zu eigenen Angebotspreisen berechnen können (§ 55 Abs. 5 SGB V).

Literatur

[1] http://www.kzvb.de/fileadmin/user_upload/Zahnarztpraxis/Abrechnung/Schwere_Kost/pdf/KZVB-Kompodium_2.08_02.pdf, S. 15 f

[2] Ebenda: S. 136



Alle in der ZWL erschienenen Artikel von unserem ZWL-Autor finden Sie als E-Paper auf www.zwp-online.info/epaper.

kontakt.



Dipl.-Volksw. Guido Braun

Grombühlstraße 20

97080 Würzburg

Tel.: 09 31/2 99 33-20

E-Mail: guido_braun@t-online.de