



Privat- oder Mehrkostenleistung?

Plastische Füllungen. Im Zuge des seit Januar geltenden Amalgamverbots ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass sich bei besonderen Wünschen des GKV-Versicherten dessen Krankenkasse nicht an den Kosten beteiligt. Dann liegt eine Privatbehandlung vor, sodass die Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 SGB V nicht greift.

Autor: Dr. Dr. Alexander Raff

Aus den Vorgaben des § 28 Abs. 2 und des § 8 Abs. 7 BMV-Z geht hervor, dass es über die Mehrkostenregelung hinaus bei der Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patienten rein private Fallkonstellationen gibt. Dazu zählen beispielsweise der Austausch intakter Füllungen oder Zahnformkorrekturen.

Austausch intakter Füllungen

Wünscht der GKV-Versicherte den Austausch einer intakten plastischen Füllung, so gehört diese Füllungsversorgung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Dies ist etwa dann der Fall, wenn Patienten im Rahmen einer Amalgamsanierung auch die Entfernung intakter Amalgamfüllungen verlangen, oder aber wenn rein ästhetische Ansprüche der Patienten den Grund für den Austausch einer ansonsten intakten Füllung darstellen. Diese Regelung besteht nach der EU-weiten Einführung eines Verbots der Verwendung von Dentalamalgam seit diesem Jahr weiterhin.

Die Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 S. 2 SGB V gilt in diesen Fällen nicht. Die Füllungen sind als außervertragliche Leistung ohne Abzug gemäß § 2 Abs. 3 der GOZ als Verlangensleistung zu berechnen; dies gilt auch für alle möglicherweise entstehenden Begleitleistungen. Sollte im Rahmen der BGH-Definitionen einer medizinischen Notwendigkeit in der privaten Zahnheilkunde eine Indikation zum Füllungsaustausch gegeben sein, entfällt der Verweis auf § 2 Abs. 3 in der Privatrechnung.

Eine Abrechnung der Kosten der entsprechenden Vertragsfüllungen nach den BEMA-Nrn. 13 a bis d über die KZV ist nicht zulässig und die Krankenkassen dürfen hierfür keine Kosten übernehmen (BSG-Urteil, Az.: B 1 KR 13/97 R).

Zahnumformungen

Ebenso verhält es sich bei Korrekturen von Formdefekten, Fehlstellungen, Lückenbildungen, Verwachsungen und Strukturveränderungen von Zähnen. Die Adhäsivtechnik erlaubt es heute, dass unschön geformte Zähne (etwa Zapfenzähne, Zähne mit vergrößertem interdentalen Dreieck nach Parodontalbehandlung) oder lückig stehende Zähne umgeformt werden können, ohne dass dabei die Zähne beschliffen werden müssen. Mittels moderner Adhäsivtechnik und Kompositmodellierung kann der Zahnarzt unter meist großem Zeitaufwand fast jede angestrebte Zahnform herstellen. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um Füllungsmaßnahmen, auch wenn diese plastischen Umformungen mit demselben Kompositmaterial wie Füllungen gemacht werden.

Mittlerweile sind hierfür strukturierte Vorgehensweisen beschrieben, bei denen im Vorfeld eine dreidimensionale Planung der Formgestaltung erfolgt. Das kann auf Basis eines Kiefermodells und einer Wachs-Modellation erfolgen. Alternativ kann eine digitale Konstruktion der geplanten Zahnform anhand eines Kiefermodells erstellt werden, das aus einem Intraoralscan oder einem Scan generiert wird.

Im Nachgang erfolgt die Herstellung eines Silikonschlüssels, der im Rahmen der Behandlung kontrolliert die korrekte Ausformung der geplanten palatinalen Zahnform mit guter Oberflächenqualität sicherstellt. Auf dieser Grundlage wird dann in weiteren Schritten die Zahnform nach labial aufwendig aufgebaut.

Derartige Zahnumformungen sind nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten. Sie werden rein privat berechnet. Da auch in der GOZ hierfür keine eigenen Gebührennummern existieren, werden diese bei medizinischer Notwendigkeit nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet oder aber bei Vorliegen rein ästhetischer Motive als Verlangensleistung nach § 2 Abs. 3 GOZ. Die oben beschriebenen zahntechnischen Vorarbeiten sind für das Vorgehen sinnvolle, in Einzelfällen unverzichtbare Vorarbeiten und als solche gesondert abrechenbar (§ 9 GOZ).

Sonderfall: Frakturierte Zahnteile

Ebenfalls durch die Weiterentwicklung der Dentinadhäsivtechnik ist es möglich geworden, fraktionierte Zahnteile dentinadhäsiv am frakturierten Zahn wieder zu befestigen. Eine derartige Versorgung ist beispielsweise nach einem Unfall möglich, bei dem ein frakturiertes Frontzahnteil sichergestellt, sachgemäß gelagert und in die Sprechstunde mitgebracht wird. Eine solche Maßnahme ist nicht im Leistungsumfang der BEMA-Nr. 13 (und auch sonst nirgendwo im BEMA) enthalten, da es sich nicht um ein Füllen mit plastischem Füllmaterial gemäß der Leistungslegende handelt.

Wünscht der Patient eine derartige Versorgung, so geht diese über das Maß des Ausreichenden und Zweckmäßigen hinaus und es wird die Auffassung vertreten, dass dies dann privat analog nach § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen ist. Teilweise wird aber auch die Auffassung vertreten, dass hier die Möglichkeit einer Mehrkostenberechnung nach § 28 Abs. 2 SGB V bestünde, da der Patient Anspruch habe auf, zum Beispiel, einen Eckenaufbau nach BEMA-Nr. 13 d. Gemäß § 28 Abs. 2 SGB V hätte er die anfallenden Mehrkosten für diese Versorgungsform selbst zu tragen und die preisgünstigste plastische Füllung wäre dann als Sachleistung (BEMA-Nr. 13 d) abzurechnen. Soweit ein Zahnfragment im Rahmen einer traumatologischen Sofortversorgung verwendet werden soll, ist die Wirksamkeit der Vereinbarung einer Privatbehandlung oder von Mehrkosten im Hinblick auf die Entscheidungsmöglichkeiten des Versicherten in einer Not-situation allerdings als fraglich zu betrachten. In jedem Fall sind die Vorgaben der jeweiligen KZV, auch wenn sie sich von anderen unterscheiden, zu beachten. ■



Dr. Dr. Alexander Raff
Mitglied im GOZ-Expertenrat des FVDZ