



Spitzenverband



Positionspapier des GKV–Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung

Berlin, März 2012



Vorbemerkung

Die Mundgesundheit in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten in allen Altersgruppen kontinuierlich verbessert. Am deutlichsten zeigt sich dies beim Kariesrückgang bei Kindern. Aber auch Erwachsene haben von dieser Entwicklung profitiert, indem sie immer länger eigene Zähne im Mund haben und die Anzahl komplett zahnloser Menschen stark rückläufig ist.

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen hierzu sowohl vom Finanzumfang als auch vom Leistungsumfang den entscheidenden Beitrag. Alle wesentlichen Leistungen einer an modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierten zahnmedizinischen Versorgung werden durch die Krankenkassen abgedeckt, so dass in Deutschland im Vergleich zu Gesundheitssystemen anderer Industrieländer für gesetzlich Krankenversicherte immer noch eine umfassende zahnmedizinische Versorgung existiert.

Der Umfang des zahnmedizinischen Leistungsangebots für die gesetzlich Krankenversicherten wird jedoch durch die zunehmende Privatisierung der zahnmedizinischen Versorgung gefährdet. Die Privatisierung hat zur Folge, dass der GKV-Leistungskatalog und damit das Sachleistungsprinzip immer stärker aufgeweicht werden. Einen deutlichen Schub hat diese Entwicklung mit der Einführung des befundbezogenen Festzuschuss-Systems beim Zahnersatz genommen. In einer Untersuchung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Auswirkungen der Einführung von Festzuschüssen beim Zahnersatz aus dem Jahr 2005 wurde u.a. festgestellt, dass mehr als 60 Prozent der Zahnersatzleistungen mit den Versicherten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet werden. Eine neuere Untersuchung des Verbands der Ersatzkassen e. V. (vdek) aus dem Jahr 2010 zeigt die Entwicklung für die Jahre 2005 und 2009 auf. Zahnärztliche Honorare für prothetische Leistungen wurden in den vom vdek untersuchten Fällen in 2009 nur noch zu 23,8 Prozent nach dem für die gesetzlich Versicherten geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA) abgerechnet.

Für in 2005 abgerechnete prothetische Leistungen betrug dieser Wert noch 26,1 Prozent. Der Trend zur verstärkten Anwendung der GOZ spiegelt sich auch bei der Umsatzentwicklung der einzelnen Zahnarztpraxis wieder. So ist der Anteil der Leistungen an den Praxiseinnahmen, die nicht über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet wurden, in den alten Bundesländern von 46,9 Prozent in 2004 auf 51,3 Prozent in 2009 und in den neuen Bundesländern von 29,6 Prozent auf 36,1 Prozent gestiegen. Mit diesen Verlagerungseffekten von BEMA-Honoraren zu den GOZ-Honoraren erhöhen sich auch die Eigenanteile der Versicherten, wie dies für prothetische Leistungen in der Studie des vdek aus dem Jahr 2010 nachgewiesen wird. Für Leistungen, die der gleichartigen Versorgung zugerechnet werden, hat sich der Eigenanteil der Versicherten um durchschnittlich 10,2 Prozent und für Leistun-

gen der andersartigen Versorgung um durchschnittlich 14,3 Prozent in 2009 gegenüber 2005 erhöht.

Aus dieser Entwicklung ergibt sich eine sozial unausgewogene, deutliche Mehrbelastung der GKV-Versicherten, ohne dass die Krankenkassen ihnen hierbei schützend zur Seite stehen können. Gerade die Mehrkostenregelungen bei Füllungen oder das befundorientierte Festzuschuss-System beim Zahnersatz leisten dieser Entwicklung Vorschub.

Das bewährte Sachleistungsprinzip wird durch diese Entwicklung zunehmend auf Leistungen reduziert, die nur als Bezuschussungsgrundlage dienen, um den von den Krankenkassen zu tragenden Anteil festlegen zu können. Um die Interessen von Millionen gesetzlich Versicherter zukünftig wirkungsvoll und nachhaltig vertreten zu können, benötigen die Krankenkassen geeignete Gestaltungsoptionen.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen ist daher folgendes sicherzustellen:

1. Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung
2. Sicherung der Qualität zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen
3. Verbesserung der Transparenz der zahnmedizinischen Versorgung
4. Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Personen, die ihre Mundhygiene nur eingeschränkt oder gar nicht wahrnehmen können durch eine sachgerechte Umsetzung des § 87 Abs. 2i SGB V

Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung

Bessere Verzahnung von Elementen der vertrags- und der privat Zahnärztlichen Versorgung

Solange die Vertragszahnärzte die Möglichkeit haben, für die Abrechnung von Leistungen mit den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen nach unterschiedlichen Gebührenordnungen abzurechnen, deren Leistungen und Preise nicht abgestimmt und vergleichbar sind, sollten die Krankenkassen für alle Gebührenordnungen berechtigt sein, Preise mit den Leistungserbringern im Verhandlungswege festzulegen.

Die Mehrkostenregelung im Füllungsbereich, das befundbezogene Festzuschuss-System beim Zahnersatz und weitere Leistungsausgrenzungen, z.B. bei endodontischen und kieferorthopädischen Leistungen, führen dazu, dass die im BEMA beschriebenen Leistungen immer häufiger der Bezuschussung von Leistungen dienen, die nach privaten Grundsätzen abgerechnet werden. Damit bezuschussen die gesetzlichen Krankenkassen einen nicht unerheblichen Anteil von privat Zahnärztlichen

Leistungen, ohne Einfluss auf die Preisgestaltung, auf die Qualität und auf die Abrechnung dieser Leistungen nehmen zu können.

Die Krankenkassen fordern daher Regelungen, die es ihnen ermöglichen, in Verträgen mit Zahnärzten oder Gruppen von Zahnärzten Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen nach der GOZ auszuhandeln, sofern die Krankenkassen anteilige Kosten oder Zuschüsse für die Versorgung übernehmen.

Keine Ausweitung des Festzuschuss-Systems

Durch das Festzuschuss-System beim Zahnersatz werden immer mehr zahnärztliche Leistungen nach der privaten Gebührenordnung abgerechnet, ohne dass sich die Versorgung der Versicherten dadurch nachhaltig verbessert hätte. Die Regelversorgung dient dabei nur noch der Ermittlung des Zuschusses der Krankenkasse, die eigentliche Versorgung spielt sich in der teureren, privaten Gebührenordnung ab. Dies hat dazu geführt, dass viele Versicherte eine Versorgung mit Zahnersatz aufschieben oder erst gar nicht durchführen lassen.

Eine Ausweitung des Festzuschuss-Systems auf andere Leistungsbereiche würde zu einer weiteren Leistungsausgrenzung und damit zu einer weiteren Aushöhlung des Sachleistungsprinzips führen, mit der Folge, dass es kaum noch zuzahlungsfreie zahnärztliche Leistungen gibt. Ob dies im Interesse der Versicherten ist, muss bezweifelt werden.

Zugleich haben die Krankenkassen dann kaum noch die Möglichkeit, die Versorgung aktiv zu gestalten, sowohl hinsichtlich der Qualität als auch hinsichtlich der Preisgestaltung der Leistungen. GKV-Versicherte drohen so finanziell überfordert zu werden, ohne dass die Krankenkassen ihnen schützend zur Seite stehen können. Um diesen Trend zu stoppen, sprechen sich die Krankenkassen gegen die Einführung weiterer Festzuschuss-Modelle aus. Der bewährte Leistungskatalog und das Sachleistungsprinzip müssen auch zukünftig die Grundlagen der zahnmedizinischen Versorgung der GKV in Deutschland sein.

Überprüfung der Regelversorgung bei Zahnersatz

Inhalt und Umfang der Regelversorgung für Zahnersatz sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen (§ 56 Abs. 2 S. 11 SGB V). Dabei kann der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Entscheidungen von den entsprechenden Vorgaben abweichen. Nach jahrelangen Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss haben die Parteien ein Konzept zur Überprüfung der Regelversorgung konsentiert. Das Konzept sieht eine Überprüfung der Regelversorgung in zwei Schritten vor. Zunächst werden die Regelversorgungsleistungen dahingehend untersucht, ob sie dem allgemein anerkannten Stand der

zahnmedizinischen Erkenntnisse entsprechen (Prüfung der Wissenschaftlichkeit). Sofern die Prüfung der Wissenschaftlichkeit einen Veränderungsbedarf hinsichtlich der Regelversorgungsleistungen ergibt, wird in einem zweiten Schritt geprüft, ob die betreffenden Leistungen einer notwendigen, angemessenen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung entsprechen (Prüfung der Wirtschaftlichkeit).

Ohne dem Ergebnis der Überprüfung vorgreifen zu wollen, ist festzustellen, dass die vorbereitenden Arbeiten zur Überprüfung der Regelversorgung viel zu lange gedauert haben. Notwendig sind daher gesetzliche Vorgaben für den einzuhaltenden Zeitpunkt und für das Verfahren zur Überprüfung der Regelversorgung. Für die Überprüfung der den Befunden hinterlegten zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen sollten die tatsächlich erbrachten zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zugrunde gelegt werden.

Sicherung der Qualität zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen

Stärkung der Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung

Die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung kann weiterhin verbessert werden. Ziel aller Qualitätssicherungsmaßnahmen ist eine qualitativ hochwertige Versorgung der GKV-Versicherten, die den Vorgaben des SGB V genügt. Bei den bisherigen Bemühungen standen eher Maßnahmen der Struktur- und Prozessqualität im Vordergrund, so dass jetzt Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität umgesetzt werden sollten.

Hierzu muss eine rasche Umsetzung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RI) des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 19. April 2010 erfolgen. Für den zahnärztlichen Bereich sind insbesondere Ziele für sektorbezogene einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen zu definieren, die mit Hilfe von wissenschaftlich entwickelten Qualitätsindikatoren gemessen werden können. Mit Hilfe dieser Indikatoren wird eine Vergleichbarkeit der zahnärztlichen Leistungen zwischen zahnärztlichen Praxen über einen längeren Zeitraum als ein Quartal ermöglicht, so dass kontinuierliche Verbesserungsprozesse in Gang gesetzt werden können. Zudem können so auch Behandlungsergebnisse abgebildet werden, die sich erst nach einer längeren Behandlungsdauer zeigen, wie beispielsweise in der Kieferorthopädie.

Auf Basis dieser Daten können beispielsweise Werte einer Einzelpraxis mit den Durchschnittswerten von Vergleichspraxen verknüpft werden, um folgende Abweichungen festzustellen:

- Abweichungen bei der durchschnittlichen Verlustrate von Füllungen im Einjahreszeitraum,

- Abweichungen bei der durchschnittlichen Verlustrate von Kronen im Dreijahreszeitraum,
- Abweichungen bei dem durchschnittlichen Nachbehandlungserfordernis von wurzelbehandelten Zähnen innerhalb eines Zeitraumes von „x“ Monaten/Jahren.

Qualitätssicherung hat insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern. Dazu ist erforderlich, valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Ergebnisqualität in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewinnen. Es ist ein hohes Maß an Transparenz über die Qualitätsergebnisse sowohl gegenüber den Krankenkassen als auch gegenüber den Versicherten anzustreben. Hierzu können Qualitätsberichte dienen, wie sie für die Krankenhäuser bereits vorgeschrieben sind.

Zukünftig sollte es möglich sein, bereits vorliegende und dokumentierte Behandlungsdaten z.B. aus Abrechnungen bei den Krankenkassen für die Qualitätssicherung nutzen zu können. Die gesetzlichen Grundlagen für die Nutzung der Routinedaten sind zu schaffen. Dadurch wird die Validität der Daten erhöht und die Praxen werden von zusätzlichem bürokratischem Aufwand entlastet. Im zahnärztlichen Bereich würde insbesondere die grundsätzliche Wiedereinführung des Zahnschemas für eine Dokumentation der einzelnen Zahnkarrieren hilfreich sein.

Einbeziehung aller GKV-finanzierten Leistungen in die Qualitätssicherung

Als Folge der Mehrkostenregelung im Füllungsbereich, dem Wirtschaftlichkeitsgebot, dem Festzuschuss-System und wegen der zahnärztlichen Therapieviefalt gibt es viele Leistungen, die mit den Versicherten nicht mehr nach den kollektivvertraglich vereinbarten Regelungen abgerechnet werden. Eine bedenkliche Folge dieser Entwicklung: Eine zunehmende Anzahl an Leistungen wird dem Geltungsbereich der vereinbarten Maßnahmen zur Qualitätssicherung entzogen.

Die Krankenkassen sprechen sich deshalb dafür aus, dass alle zahnärztlichen Leistungen, für die Krankenkassen Kosten übernehmen, in die Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Leistungen einbezogen werden. Dadurch werden Anreize für die Erbringung nicht qualitätsgesicherter Leistungen vermieden und die Qualität der gesamten zahnärztlichen Versorgung wird unabhängig davon gesichert, nach welchen vertraglichen Grundlagen die Leistungen erbracht werden.

Verbesserung der Transparenz der zahnmedizinischen Versorgung

Die Krankenkassen setzen sich nachdrücklich für eine umfassende Transparenz in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland ein. Die gegenwärtige Praxis der Rechnungsstellung im zahnmedizinischen Bereich steht dem jedoch entgegen.

Notwendig ist eine gesetzliche Klarstellung in § 87 Abs. 1a SGB V, dass in allen Behandlungsfällen, in denen von den Krankenkassen für die erbrachten Leistungen Kosten zu übernehmen sind, die Adressdaten des behandelnden Zahnarztes in der Rechnung unverschlüsselt auszuweisen sind und eine Rechnungskopie über die tatsächlich erbrachten Leistungen der Krankenkasse vorzulegen ist. Derzeit trifft dies nur auf Kostenerstattungsfälle zu.

In diesen Fällen legen die Versicherten den Krankenkassen zur anteiligen oder vollen Kostenübernahme die Rechnung vor. Diese Rechnungen enthalten nach den üblichen Rechnungslegungsvorschriften die Adressdaten des behandelnden Zahnarztes und die Daten über die erbrachten zahnärztlichen Leistungen, einschließlich der abrechnungsfähigen Kosten, ggf. einschließlich der Rechnung des zahntechnischen Labors, so dass eine abschließende Rechnungsprüfung für die Krankenkasse möglich ist.

Im kollektivvertraglichen System werden Rechnungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die nach der privaten Gebührenordnung abgerechnet werden, sowie der Name und die Anschrift des Zahnarztes nicht mehr an die Krankenkasse übermittelt. Dies entspricht nicht den gängigen Anforderungen an eine Rechnungslegung nach kaufmännischen Grundsätzen, die für Industrieländer üblich ist.

Die Schutzwürdigkeit der Zahnarzt- und der Abrechnungsdaten wird offensichtlich davon abhängig gemacht, welche Abrechnungsgrundlagen und welches Abrechnungsverfahren im Einzelfall gewählt werden. Damit sind für die Krankenkassen eine routinemäßige Rechnungsprüfung und eine Qualitätsprüfung der tatsächlich erbrachten Leistungen grundsätzlich nicht mehr möglich. Dies ist gesetzlich zu ändern.

Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Personen, die ihre Mundhygiene nur eingeschränkt oder gar nicht wahrnehmen können durch eine sachgerechte Umsetzung des § 87 Abs. 2i SGB V

Wenn die eigene Mundpflege krankheits- oder altersbedingt nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich ist, bedürfen diese Versicherten besonderer Unterstützung. Um die Nahrungsaufnahme zu gewährleisten und Folgeerkrankungen zu verhindern, kommt der Mundhygiene eine besondere Bedeutung zu. Hierzu ist es u. a. erforderlich, dass natürliche Zähne und aufwendige Ersatzversorgungen aufgrund mangelnder Mundhygiene nicht frühzeitig verloren gehen oder reparaturbedürftig werden. Schon heute enthält der Leistungskatalog der Krankenkassen für alle Versicherten, d.h. auch für den o. a. Personenkreis regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen, Zahnsteinentfernungen und weitere Leistungen. Der Zugang zu diesen vertragszahnärztlichen Leistungen findet in der Regel über die Behandlung in den zahnärztlichen Praxen statt. Pflegebedürftige und behinderte Menschen sind jedoch häufig nicht in der Lage, selbständig eine Zahnarztpraxis aufzusuchen. Als Alternative bietet sich für diesen Personenkreis eine aufsuchende Betreuung durch den Zahnarzt

im direkten Wohnumfeld an. Trotz vorhandener Abrechnungsmöglichkeiten bestehen bei der aufsuchenden Betreuung noch Defizite. Zur Behebung dieses Defizits hat der Gesetzgeber im GKV – Versorgungsstrukturgesetz nach § 87 Abs. 2i SGB V die Vertragspartner verpflichtet, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema) eine zusätzliche Leistung aufzunehmen. Mit dieser Leistung soll ein zusätzlicher Aufwand honoriert werden, der für das Aufsuchen von Versicherten erforderlich wird, die einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten und die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Gleichzeitig wird klargestellt, dass Ausgabensteigerungen aufgrund dieser neuen Leistung den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzen.

Nach der Gesetzesbegründung soll mit dieser Regelung eine Gebühr festgelegt werden, die dem erhöhten personellen, instrumentellen und zeitlichen Aufwand der Vertragszahnärzte für das Aufsuchen der Versicherten angemessen Rechnung trägt.

Der personelle und zeitliche Aufwand der Vertragszahnärzte für einen Hausbesuch ist nach Ziffer 3. a) der Allgemeinen Bestimmungen des Bema bereits abgedeckt. Die Vertragszahnärzte sind berechtigt, Wegegelder und Reiseentschädigungen nach den §§ 8 und 9 der Einleitenden Bestimmungen sowie Besuchsgebühren nach Ziffer 50 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen. Daneben ist die Ziffer 01 des Bema nach der Rechtsprechung des BSG nicht zusätzlich abrechenbar, weil mit der GOÄ Besuchsgebühr schon Untersuchungs- und Beratungsleistungen abgegolten werden und Doppelabrechnungen von Leistungsinhalten zu vermeiden sind (vgl. AZ: B 6 KA 1/08 R). Zahnärztlicher Hausbesuche bei den Versicherten der Krankenkassen werden daher ausreichend honoriert.

Einen erhöhten Mehraufwand in der Behandlung des besonderen Personenkreises sehen die Krankenkassen insbesondere in den Fällen, in denen die Behandlung mit Hilfe mobiler Behandlungseinheiten als zusätzlicher instrumenteller Aufwand mit dazu beiträgt, dass eine Behandlung in der zahnärztlichen Praxis nicht erforderlich ist. Der hierfür erforderliche zusätzliche instrumentelle Aufwand wurde bisher nicht abgegolten.

Neben den zahnmedizinischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung enthält der Leistungskatalog der Pflegeversicherung unterstützende Hilfeleistungen zur Sicherstellung der täglichen Zahnpflege. Konkret sind beispielsweise in der Gemeinsamen Empfehlung zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege vom 25. November 1996 bei pflegebedürftigen Personen in der pflegerischen Versorgung explizit das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parodontitisprophylaxe genannt, die bereits heute vergütet werden. Im ambulanten Bereich können die Versicherten ebenfalls Leistungen zur Zahnpflege als Bestandteil der Komplexleistungen in Anspruch nehmen, wenn dies im Pflegevertrag zwischen den Pflegediensten und den Versicherten vereinbart wird.

Damit steht schon heute für diesen Personenkreis ein angemessenes und ausreichendes zahnärztliches und pflegerisches Leistungsangebot zur Verfügung. Für eine optimale Betreuung sind Schnittstellenprobleme zwischen zahnärztlichem und pflegerischem Bereich weitgehend zu vermeiden. Hierzu sind die Zusammenarbeit der Beteiligten zu fördern und Kompetenzen klar voneinander abzugrenzen.