BDIZ/EDI warnt vor Klagen ohne Weitsicht

Nach BGH-Urteil herrscht große Unsicherheit über abrechenbare Materialkosten

Schon fast Ritual ist bei Veranstaltungen des BDIZ/EDI die Warnung des Verbands-Justitiars an die Implantologen, Verfahren vor Gericht ohne Rücksicht auf mögliche Grundsatzentscheidungen einzuleiten. „Wir bitten seit langem darum", sagt BDIZ/EDI-Vorsitzender Dr. Helmut B. Engels aus Anlass der aktuellen einschränkenden Entscheidungen des Bundesgerichtshofes (BGH) zu Abrechnungsaspekten, „dass wir rechtzeitig informiert werden, wenn die anstehende Sache den Charakter eines Grundsatzprozesses annehmen könnte. Wenn solche Verfahren erst einmal beim BGH gelandet sind, ist es für ein Eingreifen unseres Bundesverbandes schlicht zu spät!" Viele Verfahren trügen das Potenzial in sich, höchstrichterliche Entscheidungen zu erwirken. Die Vorbereitung solcher Verfahren verlange eine entsprechend sorgfältig ausgearbeitete Argumentation.

(Fast) keine Material- und keine Lagerkosten abrechenbar

Derzeit nicht korrigierbar ist das aktuelle BGH-Urteil vom 27.5.2004 (Aktenzeichen: III ZR 264/03), das die Abrechenbarkeit von Materialkosten (außer Einmalimplantatbohrersätze) in großem Umfang und von Lagerhaltungskosten vollständig negiert. Vorausgegangen war ein Rechtsstreit zwischen einem Abrechnungsunternehmen (für einen Zahnarzt mit Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie) und einem Patienten über eine Restforderung für verschiedene Materialkosten in einer Gesamtsumme von rund 1.800 €. Das Gericht entschied, dass z.B. Einmal-OP-Kleidung oder auch Einmal-OP-Sets Materialkosten seien, die bereits als Praxiskosten durch die Gebühren abgegolten seien.
Materialkosten darf ein Zahnarzt nur dann gesondert abrechnen, wenn sich die Abrechenbarkeit entweder
– explizit aus der GOZ bzw. dem Gebührenverzeichnis zur GOZ ergibt
oder
– die Materialkosten bei Behandlungen anfallen, die über § 6 Abs. 1 GOZ nach der GOÄ abzurechnen sind.

Eine Analogie zu § 10 GOÄ hält der BGH nicht für möglich.
Betroffen sind eine Vielzahl bisher abgerechneter Materialkosten wie z.B. Anästhesiematerial, Einmal-OP-Sets, atraumatisches Nahtmaterial, Einmalwurzelkanalinstrumente etc.; als Ausnahme von der Regel wurden Einmalimplantatbohrersätze bei einer implantologischen Behandlung bei einem Zahnarzt mit TSP Implantologie anerkannt, weil es nach Ansicht des BGH nicht sein kann, dass die Materialkosten das Honorar selbst beim 2,3fachen Steigerungsfaktor zu einem erheblichen Teil aufzehren.
„So angenehm für den BDIZ/EDI auch die hohe Wertschätzung des Gerichtes für den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie ist: bei einer Entscheidung über Materialkosten darf das keine Rolle spielen", kritisierte BDIZ/EDI-Justitiar Dr. Thomas Ratajczak die Argumentation. Für nicht abrechnungsfähig hält der BGH auch Lagerhaltungskosten und traf diese Entscheidung, so Dr. Ratajczak, „ohne sich auch nur ansatzweise mit der gesamten vorliegenden einschlägigen Rechtsprechung auseinander zu setzen".

Gesonderte Berechnungsfähigkeit doch gegeben: Kritik an BGH-Entscheid

Die Abrechnung von Materialkosten wird bei Ärzten und Zahnärzten unterschiedlich gehandhabt. Dr. Ratajczak: „Während in der Gebührenordnung für Ärzte Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, über die Regelung des § 10 Abs. 1 Nr. 1 grundsätzlich gesondert berechnungsfähig sind, gilt dies für die Gebührenordnung der Zahnärzte nach Ansicht des BGH nicht – hier ist die gesonderte Berechnungsfähigkeit an einzeln beschriebene Leistungen geknüpft." Der BGH habe übersehen, dass sein Ausgangspunkt nicht nur bei den Einmalimplantatbohrersätzen in die Irre führe, sondern bei allen Verfahren der Zahnheilkunde, in denen in den letzten Jahren materialbasierte Techniken (z.B. Membrantechniken) entwickelt wurden, bei denen sich nun immer die Frage nach dem Verhältnis von Kosten und Material stelle. Im aktuellen Fall habe der BGH zu Recht die gesonderte Berechnungsfähigkeit der Materialkosten bejaht.
„Der rechtliche Ausgangspunkt des BGH ist aber falsch", so Dr. Ratajczak. Statt die mit der analogen Anwendbarkeit des § 10 GOÄ automatisch verbundene Rechtssicherheit zu erhalten, herrsche nun große Unsicherheit über die abrechenbaren Materialkosten. Zweifellos müsse der zur Abrechenbarkeit der Einmalimplantatbohrersätze führende Grundsatz für alle Bereiche der Zahnheilkunde gelten. Das hieße Prüfung in jedem Einzelfall und verspreche eine Vielzahl von neuen Rechtsstreitigkeiten. Das Urteil habe diese Problematik nicht einmal im Ansatz erkannt und sei deshalb nicht ausreichend begründet. „Wir empfehlen", sagt dazu Dr. Engels, „an der bisherigen Abrechnungspraxis nichts zu ändern, und wir werden versuchen, die Fragestellung – besser vorbereitet – dem BGH erneut zu unterbreiten!" Er appelliere erneut an die Zahnärzteschaft, sich bei potenziell heiklen Fällen der Erfahrung von Verbänden mit berufsrechtlicher Expertise zu bedienen, um missliche Urteile zu verhindern, die vielleicht einem Prozessbeteiligten dienen, letztlich aber dem Berufsstand insgesamt schaden. PN

Anm.d.Red.:
Das Urteil finden Sie auf www.implantate.com als PDF-Datei:
http://www.implantate.com/_media/pdf/bgh-implantatmaterial.pdf

Zum Zahnarzt innerhalb der EU – die rechtliche Situation

Entschluss zu implantologischen Leistungen im Ausland sollte gut überlegt sein

Für gesetzlich Pflichtversicherte und freiwillig gesetzlich versicherte deutsche Patienten galt bis zum 31.12.2003 das Prinzip der freien Arztwahl nur innerhalb der Staatsgrenzen. Wer sich von einem Arzt im Ausland behandeln lassen wollte, benötigte hierzu die Erlaubnis seiner gesetzlichen Krankenkasse. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz gab es nur dann, wenn bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt ein besonderer Notfall vorlag.
Mit Urteil vom 13. Mai 2003 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschieden, dass der Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs nationale Regelungen verbietet, nach denen eine ambulante Versorgung, die in einem Mitgliedsstaat der EU erfolgt, von einer vorherigen Genehmigung erforderlich gemacht wird (EuGH, C-385/99).
Diese Rechtsprechung hat der deutsche Gesetzgeber im GKV-Modernisierungsgesetz – GMG umgesetzt und § 13 SGB V um die Absätze 4–6 erweitert, die die Kostenerstattung für die im EU-Ausland in Anspruch genommene Behandlung regeln.
Damit ist im Prinzip eine ambulante zahnärztliche/ärztliche Behandlung im europäischen Ausland nun jederzeit ohne vorherige Genehmigung gegen Kostenerstattung durch die eigene gesetzliche Krankenkasse möglich.
Folgende Punkte sind zu beachten:
Zunächst beschränkt sich die Einstandspflicht der deutschen Krankenkasse auf den Betrag, der bei einer entsprechenden Behandlung bei einem Zahnarzt/Arzt in Deutschland angefallen wäre. Wer im Ausland einen Zahnarzt/Arzt aufsucht, gilt dort als Privatpatient, dem auch Privatgebühren in Rechnung gestellt werden. In Deutschland werden dagegen nur „Kassensätze" erstattet. Darüber hinaus gilt, dass für Leistungen, die in Deutschland möglicherweise überhaupt nicht ersetzt werden (beispielsweise implantologische Leistungen) eine Kostenerstattung ausscheidet.
Nach der gesetzlichen Regelung muss die Krankenkasse vom Erstattungsbetrag eine Bearbeitungsgebühr und einen Abschlag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen einbehalten. Dieser wird voraussichtlich bei rund 7,5 Prozent des Erstattungsbetrages liegen.
Valide Studien zur Behandlungsqualität liegen bislang für den europäischen Raum nicht vor. Eine Studie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz und des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universität Mainz, zu Ergebnisqualität und Kosteneffektivität zahnärztlich-prothetischer Versorgungen im (Nicht-EU-)Ausland, kam jedoch zu dem Ergebnis, dass lediglich 23 Prozent, der 60 begutachteten Patienten einen zufrieden stellenden Zahnersatz erhielten. Den Kostenvorteil, welchen sich die Patienten vor Behandlungsbeginn errechnet hatten, erwies sich in vielen Fällen als Kostennachteil.
Da Zahnersatz meist am Ende einer umfangreichen Diagnostik und Vorbehandlung des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches steht, muss der Zahnhalteapparat frei von Entzündungen (Zahnfleischbluten und Zahnfleischtaschen) sein. Alle Zähne müssen vital oder mit regelrechten Wurzelbehandlungen versehen sein. Vorhandene Karies an allen Zähnen muss beseitigt werden und mit regelrechten Füllungen versehen sein. Mit Hilfe von Röntgenbildern ist der Zustand des Knochens und der Wurzelspitzen im Voraus zu beurteilen.
Auch die Mundschleimhaut und die Funktion der Kiefergelenke müssen frei von Störungen oder Erkrankungen sein. Sofern in diesen Bereichen Erkrankungen vorliegen, muss oftmals eine länger dauernde Vorbehandlung erfolgen. Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Eingliederung und lange Haltbarkeit von Zahnersatz ist, dass der Patient eine optimale Mundhygiene durchführt. Hierzu sind vor Beginn der Behandlung aber auch nach Eingliederung von Zahnersatz ausreichende Informationen und gezielte Unterweisungen durch Zahnärzte oder Prophylaxeassistentinnen notwendig. Treten Komplikationen auf, sind möglicherweise nicht geplante Verlängerungen des Aufenthalts im Ausland erforderlich.
Im Falle von Behandlungsfehlern ist zu beachten, dass sich die Durchsetzung von Schadenersatz und insbesondere Schmerzensgeldansprüchen nach dem Recht des Behandlungsortes richtet und auch dort gerichtlich durchzusetzen wäre.
Hinzu tritt für den Patienten der Verlust einer auf Kontinuität und Vertrauensverhältnis basierenden gewachsenen Beziehung zwischen Zahnarzt/Arzt und Patient. Nicht selten sind entsprechende Nachbehandlungen nach Eingliederung von Zahnersatz notwendig, die sich oftmals über einen längeren Zeitraum erstrecken können. Auftretende Symptome hierbei stehen im engen Zusammenhang mit der Herstellung des Zahnersatzes, die oftmals nur der verantwortliche Zahnarzt entsprechend deuten kann. PN

Quelle:
www.implantate.com

Traum geplatzt?

Berufsrechtliche Anerkennung für Dentalhygienikerinnen erlitt schweren Dämpfer

Der Traum von eigener berufsrechtlicher Anerkennung für Dentalhygienikerinnen (DH) in Deutschland hat mehrere schwere Dämpfer erlitten. So stellte die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, Marion Caspers-Merk, Anfang April auf eine entsprechende FDP-Anfrage im Bundestag klar, dass eine bundesgesetzliche Regelung der DH als Gesundheitsfachberuf nur in Frage komme, wenn es sich um einen „Heilberuf" handele. In die überwiegende Länderzuständigkeit dürfe der Bund auch nur eingreifen, wenn dies erforderlich sei. Diese Erforderlichkeit sei jedoch nach hierzu vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Kriterien im Sinne von Artikel 72 Abs. 2 GG nicht zu erkennen. Dazu BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp: „Die Kammer ist mehr denn je davon überzeugt, dass die stufenweise Aufstiegsfortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte in Deutschland die einzige qualitätsgesicherte Möglichkeit für den beruflichen Aufstieg darstellt. Den Praxisinhabern bietet sie die hervorragende Gelegenheit, das zahnärztliche Team durch hochqualifizierte Mitarbeiterinnen aus den eigenen Reihen zu erweitern."
Abgesehen vom Nackenschlag im Bundestag konnte auch eine echte „Ente" die hochfliegenden Pläne zur beruflichen Abkoppelung nicht wirklich beflügeln: Die angebliche Unterstützung für den Abnabelungskurs des Deutschen Dentalhygienikerinnen-Verbandes (DDHV) durch FDI und WHO entpuppte sich als glatte Falschmeldung. Gegenüber der BZÄK teilte der Executive Director des FDI, Dr. Barnard, in einem Schreiben vom 13. April mit, „dass die FDI keine offizielle Unterstützung des Gesuches des DDHV gegeben hat". Entsprechende Meldungen seien „frei erfunden". Auch der Weltgesundheitsorganisation WHO ist die DDHV-Erklärung nach Auskunft von Dr. Petersen vom Oral Health Programme nie vorgelegt worden. Der DDHV hat sich also mit falschen Federn geschmückt.
Eines der zentralen Argumente des DDHV für eine staatliche Anerkennung und eigene Ausbildung im Bereich der DH ist der angeblich steigende Fachkräftebedarf, der mit den herkömmlichen Mitteln nicht zu befriedigen sei. Eine Behauptung, die durch eine aktuelle Erhebung der BZÄK unter fortgebildeten Prophylaxekräften in Deutschland ad absurdum geführt wird: Danach haben seit Beginn der regionalen Fortbildungsmöglichkeiten der Kammern für Zahnarzthelferinnen/Zahnmedizinische Fachangestellte bundesweit über 55.000 Teilnehmerinnen erfolgreich die Aufstiegsfortbildungen zur fortgebildeten ZFA, zur ZMP, zur ZMF und zur DH absolviert. Eine Zahl, die für sich spricht. PN

Quelle: BZÄK Klartext 04/04 – www.bzaek.de