

Der gangbare Weg – Ergänzungsleistungen in der Füllungstherapie

All inclusive: „Das zahlt alles meine Kasse“

In jeder Praxis hat es sicher schon einmal die Situation gegeben, dass ein Patient jede Leistung als Kassenleistung betrachtet. Dies ist nicht ungewöhnlich, denn entweder ist der Patient dann seiner Ansicht nach bei einer „sehr guten gesetzlichen Krankenkasse versichert“, oder er zahlt an die Versicherung so viel Beitrag, dass die Leistung „sicher drin sein muss“. Oder er ist schon so lange bei dieser Kasse, dass die „ganz sicher zahlt“. Dass dem so nicht ist, ist dem Patienten oft nur zeitraubend und umständlich erklärbar. Was aber ist nun eine Kassenleistung und was nicht?

Grundsätzlich hat ein gesetzlich Versicherter Anspruch auf die nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot aus §12 fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) günstigste plastische Füllung aus erprobtem und für die Indikation zugelassenem Material. Das Präparieren der Kavität, Legen der Unterfüllung, Anwendung der Ätztechnik bei Kunststoff wie auch die Lichthärtung und die primäre Politur gehören zu den Leistungen nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (Bema), in diesem Fall der Nummern 13a bis 13d.

Amalgam als Material der Wahl

Bei Kaudruck-tragenden Seitenzahnfüllungen ist Amalgam das Material der Wahl. Ausnahmen gibt es nur für Patienten mit von einem Allergologen nachgewiesener Amalgamallergie oder einer Niereninsuffizienz. In diesem Fall können Kompositfüllungen nach den Bema-Nummern 13e bis 13f abgerechnet werden – aber aufgepasst vor Wirtschaftlichkeitsprüfung.

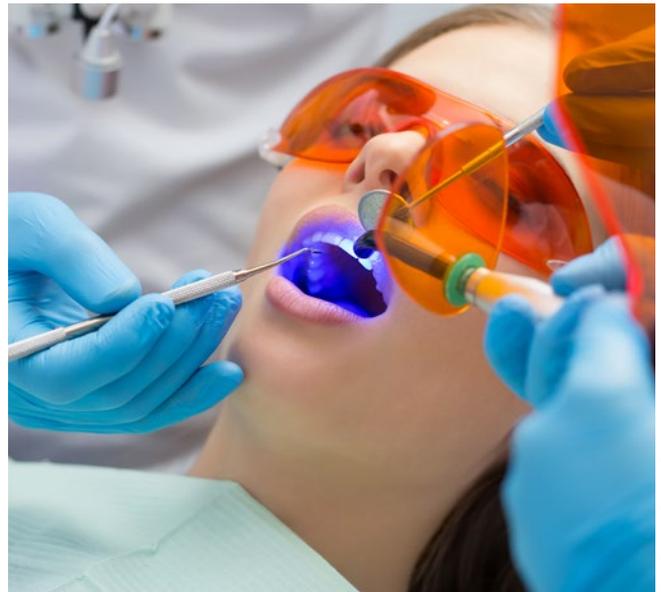
Im Frontzahnbereich sind Kompositfüllungen Standard. Der Patient hat also das Anrecht auf eine „weiße Füllung“. Jeder Zahnarzt weiß, dass zwischen weiß, zahnfarben und zahngleich unsichtbar ein Unterschied besteht. Patienten werden ebenfalls immer anspruchsvoller und wollen, dass alles so aussieht, als wäre nie etwas gewesen. Hat man also die Aufgabe, dieses Bedürfnis zu befriedigen, so muss man mit dem Patienten eine Vereinbarung über Mehrkosten nach §28 SGB V über die Erbringung der Füllungsleistung in aufwändiger Mehrschicht- und Mehrfarbtechnik treffen.

Genauso verhält es sich bei der Erbringung von Einlagefüllungen oder dentinadhäsiver Rekonstruktionen im Seitenzahnbereich. Der Patient muss über die Behandlungsalternativen – als Kassenleistung wie auch Selbstzahlerleistung – aufgeklärt werden und über die entstehenden Kosten ebenfalls. Dies muss auch dokumentiert werden. Die Kassenleistung muss dann in der Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zum Abzug gebracht und gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KZV) abgerechnet werden.

Gesamte Aufklärung dokumentieren

Ein nicht notwendiger Austausch von intakten Füllungen wird von gesetzlichen Krankenkassen nicht unterstützt. In diesem Fall muss der Patient über die wirtschaftlichen Konsequenzen aufgeklärt werden, sollte er diese Option wählen. Die Leistungen müssen inklusive Begleitleistungen komplett selbst übernommen werden.

Vor Behandlungsbeginn muss eine Vereinbarung nach §2 GOZ getroffen werden über Verlangensleistungen und Verein-



© Andriy Bezuglov / Fotolia

barungen nach § 4 des Bundesmantelvertrags Zahnärzte (BMV-Z) bei Primärkassenversicherten beziehungsweise § 7 des Ersatzkassenvertrags Zahnärzte (EKV-Z), falls der Patient Ersatzkassenversicherter ist. Die gesamte Aufklärung ist in der Karteikarte oder elektronisch zu dokumentieren.

Eine derartige privat vereinbarte, aber nicht notwendige Austauschmaßnahme wird in der Regel auch von den privaten Zahnzusatzversicherungen nicht bezuschusst. Das ist dem einen oder anderen Patienten nicht bewusst. Damit die Rechnung zur Zahlung fällig wird, muss das Prozedere, so aufwändig es für den Zahnarzt auch ist, unbedingt eingehalten werden. Denn ohne Aufklärung und Dokumentation wäre die ganze Arbeit umsonst.



Dr. Christian Öttl

Mitglied im FVDZ-Bundesvorstand