

335/AB XXI.GP

B e a n t w o r t u n g  
der Anfrage der Abgeordneten Dietachmayr und Genossen  
betreffend Kieferorthopädie  
(Nr. 334/J)

Zur vorliegenden Anfrage führe ich Folgendes aus:

Zu Frage 1:

Im Jahr 1998 wurden von den Krankenversicherungsträgern österreichweit die Kosten von insgesamt 111.417 kieferorthopädischen Behandlungsjahren übernommen bzw. Zuschüsse geleistet. Als Leistungserbringer fungieren Vertrags- und Wahlzahnbehandler, Ambulatorien der Krankenversicherungsträger und Vertragseinrichtungen.

Zu Frage 2:

Im Jahr 1998 wurden von den Krankenversicherungsträgern 71.540 kieferorthopädische Behandlungsjahre auf der Basis abnehmbarer Geräte mit Vertragszahnbehandlern, Ambulatorien der Krankenversicherungsträger und Vertragseinrichtungen abgerechnet. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der 39.877 kieferorthopädischen Behandlungsjahre bei Wahlzahnbehandlern im Jahr 1998 festsitzende Kieferregulierungen darstellen. Somit kann angenommen werden, dass rund zwei Drittel abnehmbar und ein gutes Drittel festsitzend reguliert wird.

Zu Frage 3:

Die österreichweiten Gesamtkosten für festsitzende Kieferregulierungen, die den Patienten erwachsen, sind mir nicht bekannt. Auch verfüge ich über keine detaillierte Preisinformationen.

Die Autonomen Honorarrichtlinien der Österreichischen Ärztekammer vom 11. Dezember 1998 empfehlen für die Gesamtbehandlung festsitzende kieferorthopädie ein Honorar von S 59.130,-- und für ein Diagnosepaket (Modellanalyse, Fernröntgen, Fotodokumentation) ein Honorar von S 3.760,--; davon lässt sich bei allgemein 3 - jähriger Behandlungsdauer auf das Behandlungsjahr bezogen ein Honorar von rund S 20.000,-- ableiten. Geht man davon aus, dass die knapp 40.000 kieferorthopädischen Behandlungsjahre bei den Wahlzahnbehandlern gänzlich festsitzend erfolgt sind, würden den Patienten daraus Ausgaben von rund 800 Mio. Schilling erwachsen. Unter Heranziehung eines 50 - prozentigen Zuschusses des Vertragstarifes für abnehmbare Kieferorthopädie - wie er von den meisten Gebietskrankenkassen gewährt wird - reduzieren sich die Nettoausgaben der Patienten um rund 194 Mio. Schilling auf knapp über 600 Mio. Schilling.

Zu Frage 4:

In dieser Frage kann von den vertraglich abgerechneten 71.540 kieferorthopädischen Behandlungsjahren ausgegangen werden. Bei den meisten Gebietskrankenkassen ist der Patientenanteil mit 50% der derzeitigen vertraglichen Kieferorthopädiepauschale pro Behandlungsjahr von S 9.700,-- festgelegt. Daraus würden sich bei Gesamtausgaben von rund 694 Mio. Schilling ein auf die Patienten entfallender Hälfteanteil von rund 347 Mio. Schilling ergeben.

Zu Frage 5:

Der derzeit gültige Vertrag über die Kieferorthopädie als Kassenleistung wurde 1972 zwischen der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Dentistenkammer sowie dem Hauptverband geschlossen und regelt seit 31. Dezember 1972 nur die kieferorthopädische Behandlung auf der Basis abnehmbare Geräte.

Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses war die Kieferorthopädie auf der Basis abnehmbarer Geräte die vorwiegende Behandlungsmethode und somit auch Gegenstand der damaligen Verhandlungen. Erst durch den kontinuierlichen medizinischen Fortschritt im kieferorthopädischen Fachgebiet haben sich die Kieferregulierungsmethoden insbesondere in Richtung festsitzender und kombinierter Apparate weiterentwickelt. Diesem medizinischen Fortschritt soll nunmehr durch eine Vertragserweiterung Rechnung getragen werden (vgl. dazu die Beantwortung zu Frage 6).

Zu Frage 6:

Es bestand bisher Interesse der Zahnbehandler, festsitzende Arbeiten im Privatbereich zu erbringen. Derzeit finden Gespräche zwischen der Bundeskunst Zahnärzte und dem Hauptverband statt, die das Ziel verfolgen, methodenunabhängig - und daher auch die festsitzenden Maßnahmen umfassend - die Kieferorthopädie in den Vertragsbereich einzubinden.

Zu Frage 7:

Festzustellen ist, dass die im Ärztegesetz 1998 gegebene Umschreibung des ärztlichen Berufsinhaltes insgesamt Tätigkeiten, die auf medizinisch - wissenschaftlichen Erkenntnissen begründet sind und unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt werden, dem Arzt zuweist.

Im Übrigen verweise ich auf die Beantwortung zu Frage 6.

Zu Frage 8:

In der modernen Kieferorthopädie kommen sowohl abnehmbare als auch festsitzende und kombinierte Geräte zur Anwendung. Die Wahl der Apparaturen hängt von den jeweiligen medizinischen Indikationen ab.

Generell kann gesagt werden, dass kieferorthopädische - also das Knochenwachstum verändernde Eingriffe - und einfache Zahnbewegungen mit herausnehmbaren Geräten gemacht werden, dass aber die genaue Feineinstellung aller Zähne nur mit festsitzenden Geräten gemacht werden kann.

Der moderne Kieferorthopäde beherrscht alle Behandlungsarten. Voraussetzung ist eine genaue kieferorthopädische Diagnose. Es kann durchaus vorkommen, dass mit abnehmbaren Geräten eine Behandlung begonnen und später mit festsitzenden Geräten beendet wird, aber auch das Umgekehrte kann sein.

Zu Frage 9:

Da in Österreich derzeit nur die kieferorthopädische Behandlung auf Basis abnehmbarer Geräte vertraglich geregelt ist, werden großteils Zahnfehlstellungen abnehmbar reguliert.

Zu Frage 10:

Es liegen mir keine Unterlagen vor, die einen internationalen Vergleich zu dieser Frage ermöglichen.

Jedenfalls gibt es keine einheitliche Regelung in den verschiedenen Ländern. Es gibt unterschiedliche Honorierungssysteme (100 - prozentige Übernahme bis Kostenzuschüsse), die sich einerseits nach dem Schweregrad der Fehlstellungen orientieren bzw. andererseits das Alter der Patienten (z.B. Kostenübernahme bis zum 18. Lebensjahr) berücksichtigen.

Soweit telefonisch in Erfahrung gebracht werden konnte, besteht z.B. in Deutschland keine Festlegung auf eine bestimmte Behandlungsmethode als Vertragsleistung der allgemeinen Ortskrankenkasse. Maßstab ist vielmehr die medizinische Sinnhaftigkeit im konkreten Fall, wobei der behandelnde Kieferorthopäde die Art der Behandlung festlegt.

Zu Frage 11:

Richtig ist, dass es zwar (nur) in einigen EU - Staaten Fachärzte für Kieferorthopädie gibt, in Österreich jedenfalls jeder Facharzt für Zahn - , Mund - und Kieferheilkunde bzw. jeder Zahnarzt auf dem Gebiet der Kieferorthopädie tätig sein darf.

Die kieferorthopädische Ausbildung war bisher so geregelt, dass nach dem Abschluss des Studiums der gesamten Heilkunde die zunächst zweijährige und dann dreijährige Ausbildung zum Facharzt für Zahn - , Mund - und Kieferheilkunde erfolgte. Die kieferorthopädische Ausbildung ist demnach Bestandteil des nunmehr dreijährigen zahnmedizinischen Lehrganges (Facharztausbildung), der im Anschluss an das Studium der gesamten Heilkunde absolviert wurde bzw. noch bis 2002 absolviert werden kann.

Seit Einführung eines eigenen Zahnarztstudiums hat die kieferorthopädische Ausbildung in diesem Rahmen zu erfolgen. Die ersten Absolventen werden dieses Studium frühestens 2004 abgeschlossen haben, weshalb sich die Frage nach einer weiterführenden Spezialausbildung derzeit noch nicht stellt. Ein Vorschlag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Rahmen der Vorbereitung des Ärztegesetzes 1998, einen „Fachzahnarzt“ für Kieferorthopädie zu schaffen, wurde jedenfalls von der Österreichischen Ärztekammer vehement abgelehnt.

Zu Frage 12:

Fort - und Weiterbildungen werden von den Universitäten und von der Ärztekammer für Wien im Dr. Wilhelm Brenner - Institut angeboten. Am Dr. Wilhelm Brenner - Institut haben laut einer Mitteilung der Ärztekammer für Wien 5.649 Zahnärzte an Fort - und Weiterbildungen teilgenommen, davon 2.259 aus Wien.

Weiters gab der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger folgenden Stand vom Mai 1999 bekannt:

Austrian Board of Orthodontists (ABO)	19 Zahnärzte
European Board of Orthodontists (EBO)	3 Zahnärzte
Anmeldungen für ABO	12 Zahnärzte

Zu Frage 13:

Hinsichtlich dieser Frage verweise ich auf die Beantwortung zu den Fragen 6 und 11.

Zu Frage 14:

Es ist nicht klar erkennbar, worauf die Fragestellung „freiwillige Leistung“ in diesem Bereich abstellt. Sollte dies im Zusammenhang mit Befreiungen vom Patientenanteil gemeint sein, möchte ich auf die Regelung bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft verweisen, die für Kinder bei vertraglich durchgeführten abnehmbaren Behandlungen keinen Patientenanteil und bei festsitzenden Behandlungen

gen für Kinder einen 100 - prozentigen Zuschuss im Ausmaß des abnehmbaren Vertragstarifs vorsieht.

Ergänzend ist noch zu erwähnen, dass Restkosten, die im Zusammenhang mit der Kieferregulierung anfallen, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützenden, aus dem Unterstützungsfonds des jeweiligen Versicherungsträgers übernommen werden können. Nach meinem Wissensstand wird von den Krankenversicherungsträgern von dieser Möglichkeit in Einzelfällen durchaus Gebrauch gemacht.