



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1030 Wien

T + 43 (0) 1 / 71132-1211
recht.allgemein@hvb.sozvers.at
Zl. REP-43.00/15/0288 Ht

Wien, 10. Dezember 2015

Betreff: Parlamentarische Anfrage Nr. 6962/J bis 6970/J (Abg. Dr. Karlsböck u.a.)
betreffend „Gratis-Zahnspange“ entpuppt sich als „Wahlkampf-
Schmäh“ oder kieferorthopädischer Kahlschlag im Bereich der Gebiets-
krankenkassen

Bezug: Ihr E-Mail vom 18. November 2015 an die Gebietskrankenkassen
GZ 90 001/0239-II/A/7/2015

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt
Stellung:

- 1. Wie hoch sind die mit der Umstellung auf die "Zahnspange Neu" verbundenen Mehrkosten für den Bereich der Gebietskrankenkassen, jährlich und in absoluten Zahlen?**
- 2. Welche Kosten hat man dort für 2015 budgetiert?**

Konkrete Zahlen können noch nicht genannt werden, weil die Leistungen erst mit 1. Juli 2015 begonnen haben und die Abrechnungsdaten noch nicht vorliegen.

Für die neuen Leistungen wurden die Mittel nach § 80c ASVG im Zahngesundheitsfonds nach § 447i ASVG budgetiert.

- 3. Während die "neuen" Kieferorthopäden aufgrund ihrer Zertifizierung keine Anträge stellen müssen und die Leistungen, die sie für ihre Patienten erbringen, automatisch genehmigt werden, zeigen sich die Gebietskrankenkassen bei leichten Fällen misstrauisch. Ist man künftig bereit, die restriktive Bewilligungspraxis für leichte Fälle nach IOTN 1 bis 3 aufzuweichen?**

Die bisherige Versorgung erfolgte auf Basis des § 153 ASVG zur Verhütung von schweren Gesundheitsstörungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen. An diesen Voraussetzungen hat sich durch die Einführung des § 153a ASVG nichts geändert. „Restriktive Bewilligungspraxis“ ist vor diesem

Wien 3 · Kundmanngasse 21
1031 Wien · Postfach 600
www.hauptverband.at
DVR 0024279



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Hintergrund eine subjektive Wahrnehmung durch den Fragesteller. Durch die Einführung der neuen Leistung nach § 153a ASVG, der die Anspruchsvoraussetzungen für kieferorthopädische Leistungen erweitert hat, kann es natürlich dazu kommen, dass eine Verschiebung von bisherigen Leistungen nach § 153 ASVG zu nunmehr spezialisierten Leistungserbringern erfolgt. Diese neuen Leistungen werden durch speziell qualifizierte Vertragskieferorthopäden erbracht, die einem Qualitätssicherungssystem mit Sanktionsmechanismus unterliegen. Aus diesem Grund wird bei diesen Vertragskieferorthopäden von einem Bewilligungsverfahren abgesehen.

4. Ist in Aussicht genommen, dass diese leichten Fälle wieder beim niedergelassenen Zahnarzt landen?

Auf die Frage 3 wird verwiesen. „Leichte Fälle“ waren auch bisher nicht im Leistungsumfang des § 153 ASVG vorgesehen.

**5. Wie viele Behandlungsfälle nach IOTN 1 bis 3 wurden in den Jahren 2012, 2013 und 2014 von den Gebietskrankenkassen bewilligt,
a) gegliedert nach Jahren und
b) relativ in Prozent und in absoluten Zahlen?**

Diese Fragen können nicht beantwortet werden, da die Bewilligung dieser Behandlungsfälle nicht aufgrund der IOTN-Klassifikation erfolgte. Für die Bewilligung dieser Fälle war die medizinische Notwendigkeit maßgeblich (§ 153 ASVG).

Eine Beurteilung der kieferorthopädischen Behandlungsbedürftigkeit nach IOTN-Graden erfolgt erst seit Einführung der „Gratis-Zahnspange“ gemäß § 153a ASVG mit 1. Juli 2015.

6. Wie viele Behandlungsfälle nach IOTN 1 bis 3 werden nach Inkrafttreten der neuen Regel von den Gebietskrankenkassen voraussichtlich genehmigt, hochgerechnet auf das Jahr 2015?

Nach § 153a ASVG: keine.

Auf die Bewilligungspraxis nach § 153 hat die IOTN-Klassifizierung keinen Einfluss.

Auf die bereits erwähnte gesetzliche Voraussetzung des § 153 ASVG wird verwiesen.

7. Wie viele der in den Jahren 2012, 2013 und 2014 von den Gebietskrankenkassen bewilligten Behandlungsfälle nach IOTN 1 bis 3 wurden stichprobenartig überprüft,



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

- a) gegliedert nach Jahren,
- b) relativ in Prozent der gestellten Ansuchen und
- c) in absoluten Zahlen?

Eine Beurteilung der kieferorthopädischen Behandlungsbedürftigkeit nach IOTN-Graden erfolgt erst seit Einführung der „Gratis-Zahnspange“ gemäß § 153a ASVG mit 1. Juli 2015.

Eine stichprobenweise Überprüfung erfolgte deshalb nicht, weil bisher für kieferorthopädische Leistungen das Bewilligungsprinzip galt. Der neue Kieferorthopädievertrag mit einer bewilligungsfreien Leistungserbringung durch spezialisierte Kieferorthopäden gilt erst seit 1. Juli 2015.

- 8. In wie vielen Fällen hat sich nach einer solchen Überprüfung herausgestellt, dass "falsche Einstufungen" vorgenommen bzw. Zahnspangen "zu früh" verordnet wurden, wie von Prim. Angerer/WGKK im "Kurier"-Beitrag angedeutet wurde, und zwar**
- a) gegliedert nach Jahren,
 - b) relativ in Prozent der gestellten Ansuchen und
 - c) in absoluten Zahlen?

Auf Frage 7 wird verwiesen.

- 9. Worin bestehen die von Prim. Angerer im "Kurier"-Beitrag angesprochenen "großen Unschärfen", die der "Kassenvertrag (bisher) zugelassen" habe?**

Die Wiener Gebietskrankenkasse gibt dazu folgende Auskunft:

Im bisherigen kieferorthopädischen Kassenvertrag aus dem Jahr 1971 gab es keine Regelungen hinsichtlich der Frühbehandlung von Kindern. Dies begünstigte die subjektive Einschätzung von Zahnärzten hinsichtlich Art, Dauer und Zeitpunkt einer Therapie. Diese „Unschärfe“ wurde im Zuge der Neuregelung sowohl für Zahnärzte als auch für Kieferorthopäden deutlich reduziert. Nun gibt es erstmals klare Richtlinien, wann eine Frühbehandlung eindeutige Vorteile gegenüber einem späteren Beginn bewirkt.

- 10. Welche Qualifikation müssen die beurteilenden Ärzte in den kieferorthopädischen Bewilligungsstellen den Gebietskrankenkassen theoretisch erfüllen?**

Auf die einschlägigen Bestimmungen zum ZÄG ist zu verweisen. Insbesondere ist § 17 Abs. 1 ZÄG hervorzuheben, wonach Angehörige des zahnärztlichen Berufs sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der zahnmedizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaft, insbesondere im Rahmen



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

anerkannter Fortbildungsprogramme der Österreichischen Zahnärztekammer, regelmäßig fortzubilden haben.

11. Welche Qualifikationen haben die zur Bewilligung der Ansuchen beruflichen Ärzte in den Ambulatorien den Gebietskrankenkassen?

Die Bearbeitung von Bewilligungsanträgen fällt nicht in den Zuständigkeitsbereich der Ambulatorien. Ansonsten wird auf Frage 10 verwiesen.

12. Müssen die bewilligenden Ärzte den Gebietskrankenkassen Fortbildungskurse besuchen?

Wenn ja, welche und wie viele?

Wenn nein, warum nicht?

Die Zahnärzte unterliegen der Fortbildungspflicht gemäß § 17 ZÄG. Darüber hinaus finden laufend eine Reihe interner und externer Schulungen statt.

13. Müssen sie ein Fortbildungsdiplom nachweisen, bei dem eine bestimmte Punkteanzahl erreicht werden muss?

Wenn ja, wie ist dieses Punktesystem gestaltet und wie viele Punkte werden als Minimum gefordert?

Wenn nein, warum nicht?

Auf die allgemeinen Regeln (Frage 10) wird verwiesen. Die darin geforderten Bedingungen werden jedenfalls erfüllt.

14. Sind bewilligenden Ärzte der Gebietskrankenkassen im Sinne der neuen Bestimmungen akkreditiert?

Es gibt keine Institutionen, bei der sich bewilligende Ärzte „akkreditieren“ könnten oder müssen.

15. Gibt es in den Gebietskrankenkassen eine restriktive Kostenplanung, die auf eine Deckelung der kieferorthopädischen Leistungen hinausläuft?

Wenn ja, warum und in welcher Form erfolgt diese "Deckelung"?

Nein.

16. Was halten Sie dem Vorwurf entgegen, das Konzept der "Zahnsperre Neu" sei sozial unausgewogen, weil 85 Prozent der Patienten de facto für 15 Prozent bezahlen müssten?

Dem Vorwurf ist zu entgegnen, dass er die bestehende sozialversicherungsrechtliche Systematik zur Gänze verkennt. Grundsätzlich zahlen 100 % der Versicherten sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für alle, die sie benötigen. Das ist einer Solidargemeinschaft systemimmanent.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

17. Was werden Sie tun, um die soziale Treffsicherheit (künftig) zu erhöhen?

Der Anspruch auf kieferorthopädische Leistungen hängt von medizinischen Kriterien ab, nicht von sozialen Kriterien.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Mag. Bernhard Wurzer
Generaldirektor-Stellvertreter

