

# DZZ

Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift

Mitgliederzeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V.



Parodontitislast  
Ästhetik  
Zahnbürsten



Gasteditorial / Invited Editorial.....	441
--	-----

---

## PRAXIS

---

Praxisletter	
Homebleaching.....	446
Raucher leben ungesund - auch aus endodontischer Sicht!.....	448
Zahnmedizinische Therapie bei Bruxismus.....	449
TOP-Thema / Top-Subject	
C. Baulig: Zahnersatz aus dem Ausland - Qualität und Kosten .....	452
TOP-Kommentar / Top-Comment	
G. Arnetzl: Wo liegt Ausland?.....	456
Wissenswertes für der Praktiker / Valuable information for the practioner	
H Tschernitschek, W Geurtsen: Kreuzallergie Kobalt - Nickel .....	456
Zeitschriftenreferate / Abstracts.....	445, 463
Buchbesprechungen / Book Reviews .....	458
Neue Produkte / New Products .....	460

---

## WISSENSCHAFT

---

Originalarbeiten / Original Studies	
<u>W. Micheelis, Th. Hoffmann, B. Holtfreter, Th. Kocher, E. Schroede</u>	
Zur epidemiologischen Einschätzung der Parodontitislast in Deutschland - Versuch einer Bilanzierung	
Epidemiological estimation of the burden of periodontal disease in Germany - attempt of a conclusion .....	464
<u>J. Tinschert, K. Kirchmann, N. Ganß, N. Heussen, H. Spiekermann, Th. Kerschbaum</u>	
Die Bedeutung von ästhetischen Faktoren im Frontzahnbereich	
Relevance of esthetic factors in respect of the front teeth area .....	473
Tagungsbeiträge / Conference Papers	
<u>R. A. Jordan, S. Al Hakom, A. L. Holzner, C. Michalowski, Lj. Markovic, P. Gängler</u>	
Sind Zahnbürsten im afro-islamischen Kulturraum eine Innovation?	
Tooth brushes - an innovation in afro-islamic culture areas? .....	493
Uni-Porträt / Portrait of an University	
<u>J. E. Zöller</u>	
Im Blickpunkt: Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Regensburg .....	499



C. Baulig

C. Baulig

## Zahnersatz aus dem Ausland – Qualität und Kosten

Im Rahmen des weltweiten Gesundheitstourismus stellt auch die zahnärztlich-prothetische Versorgung im Ausland für die Versicherten eine mögliche Alternative dar. Dies insbesondere vor dem Hintergrund steigender Eigenbeteiligungen im Inland und potentieller Kostenersparnisse durch eine Auslandsversorgung. Reiseveranstalter bieten bereits Kurzreisen/Gruppenreisen ins Ausland zur medizinischen Behandlungen an. Ausländische Zahnarztpraxen werben im Internet mit dem Motto „Wir sprechen Deutsch“.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) begutachtet in zunehmendem Maße ausländischen Zahnersatz im Auftrag der Gesetzlichen Krankenkassen. Der folgende Beitrag fasst die Erfahrungen des MDK Rheinland-Pfalz für die Jahre 2006 und 2007 aktuell zusammen.

### Hintergrund

Die Neufassung des § 13 SGB V sieht ab 01.01.2004 eine Kostenerstattung für Leistungen innerhalb der Europäischen Gemeinschaft vor. Dieser Aspekt gewinnt im Rahmen des Beitritts von zehn mittel- und osteuropäischen Ländern (Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern) im Jahr 2004 sowie zwei weiteren osteuropäischen Länder im Jahr 2007 in die Europäische Gemeinschaft (Bulgarien, Rumänien) an Bedeutung. Die Einführung der Befundbezogenen Festzuschüsse am 01.01.2005 [2] hatte vor allem für umfangreiche und andersartige Zahnersatzplanungen eine Zunahme der vom Patienten selbst zu tragenden Kostenanteile für Zahnersatz zur Folge.

Auslandsbehandlungen ergeben aufgrund der niedrigeren Löhne, billigeren Raummieten und geringeren Laborkosten auf den ersten Blick für die Versicherten attrak-

tive „Sparmöglichkeiten“. Zusätzlich führen die im Ausland nicht geltenden deutschen sozialgesetzlichen Vorgaben (z. B. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, genehmigungspflichtiger Heil- und Kostenplan, gutachterliche Überprüfung der medizinischen Indikation) dazu, dass „Wunschversorgungen“ der Versicherten für festsitzenden oder ästhetisch motivierten Zahnersatz ermöglicht werden.

### Gesetzliche Grundlagen

In Deutschland muss für jeden gesetzlich Krankenversicherten vor der Anfertigung von Zahnersatz ein Heil- und Kostenplan erstellt werden, welcher von der Krankenkasse überprüft wird. Dies gibt dem Patienten die Garantie, dass seine Zahnersatzplanung den Richtlinien und den gesetzlichen Vorgaben entspricht.

Nach dem Einsetzen des Zahnersatzes hat der Patient Anspruch auf eine „Konformitätserklärung“ des zahn-technischen Labors mit Informationen über die verwendeten Materialien und deren chemische Zusammensetzung sowie den Herkunftsort des Zahnersatzes (§ 87 Abs. 1a SGB V).

Weiterhin übernimmt ein deutscher Zahnarzt für seine zahnärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Zahnersatz eine zweijährige Gewährleistung (§ 136 b SGB V) innerhalb derer Erneuerungen oder Wiederherstellungen des eingesetzten Zahnersatzes kostenlos vorgenommen und Mängel beseitigt werden müssen [3].

Gesetzliche Vorgaben für das Procedere der Kostenerstattung der GKV gemäß § 13 SGB V existieren nicht im Detail. Hierzu sind die Satzungen der jeweiligen Krankenkasse maßgeblich, das Procedere der Kostenerstattung für ausländischen Zahnersatz wird unterschiedlich gehandhabt [3]. Während einige Krankenkassen nur eine Auszah-



**Abbildung 1** Festsitzender Zahnersatz aus dem Ausland (Brücke 21-23; 37-35; 34,33-41-44)



**Abbildung 2** Festsitzende Versorgung im Ober- und Unterkiefer mit zwei Freigliedern in regio 24,25 und fraglicher Indikation für festsitzende Versorgung.

lung der befundbezogenen Festzuschüsse vornehmen, wenn im Vorfeld ein in Deutschland gutachterlich überprüfter Heil- und Kostenplan die medizinische Notwendigkeit bestätigt hat, lässt ein Großteil der Krankenkassen den ausländischen Zahnersatz im Nachhinein gutachterlich überprüfen. Hierbei stehen Fragen nach der medizinischen Notwendigkeit entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und hinsichtlich der technischen Ausführung und möglicher Mängel im Vordergrund. Grundsätzlich beträgt der Zuschuss für ausländischen Zahnersatz höchstens den Betrag, den der Versicherte auch für seine prothetische Versorgung in Deutschland erhalten hätte (abzüglich Abzüge für Verwaltungskosten, fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung und Praxisgebühr). Maximal darf nur der Betrag der tatsächlich entstandenen Kosten erstattet werden. EU-weit gilt ebenfalls eine „Garantie“ für Zahnersatz von zwei Jahren [4].

## Qualität der Versorgung

Im Jahr 2004 wurde eine Studie des MDK Rheinland-Pfalz und des Instituts für medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) der Universität Mainz zur Ergebnisqualität und Kosteneffektivität zahnärztlich-prothetischer Versorgungen im (Nicht-EU-) Ausland [1, 5] publiziert. Diese kam zu dem Schluss, dass die angefertigten Arbeiten vor allem bei den festsitzenden Versorgungen qualitativ unzureichend und mit nicht unerheblichen Mängeln behaftet waren. Vor diesem Hintergrund wurde die retrospektive Datenerhebung der zahnprothetischen Versorgung im Ausland nach Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse fortgeführt. Die bislang noch nicht publizierten Ergebnisse der Evaluation zeigen im Erhebungszeitraum von 2006 bis 2007 ( $n = 88$ ), dass nur in 51 % der Fälle ein deutscher Heil- und Kostenplan vor der Behandlung im Ausland erstellt wurde. Diese Heil- und Kostenpläne scheinen aber auf die Art der Versorgung und die Qualität der später im Ausland gefertigten Arbeit keinen Einfluss zu haben. Allerdings war bei fehlendem Heil- und Kostenplan eine Tendenz zu vermehrt festsitzendem Zahnersatz zu beobachten. Insgesamt wurden 45 % andersartiger, 33 % gleichartiger Zahnersatz und in 22 % Regelversorgungen im Ausland angefertigt.

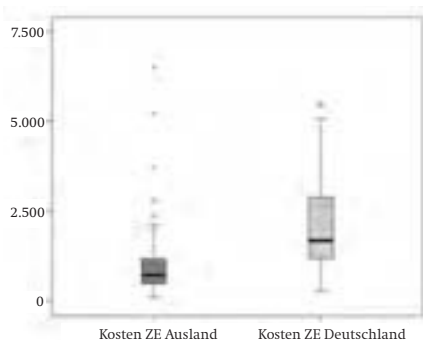
Bei den körperlichen Nachuntersuchungen durch die Gutachter des MDK Rheinland-Pfalz war ein Drittel der angefertigten Zahnersatzversorgungen mangelbehaftet, bei zwei Drittel davon wurde eine vollständige Neuankündigung empfohlen. Dabei waren vor allem die in ihrer Ausführung relativ einfach gestalteten Versorgungen, insbesondere herausnehmbarer Zahnersatz, mangelfrei. „Abstehende“ Kronenränder, fehlender oder fehlerhafter Gebiss, fehlerhafte technische Ausführung und nicht erhaltungswürdige oder parodontal stark vorgeschädigte Pfeilerzähne waren die Gründe für die Empfehlung zur Neuversorgung (Abb. 1).

Der „ausländische“ Zahnersatz entsprach lediglich in zwei Drittel der Fälle den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses [6]. Dies war darauf zurückzuführen, dass oftmals festsitzender Zahnersatz anstatt kombiniert festsitzend-herausnehmbarem oder eines vollständig herausnehmbaren Zahnersatzes angefertigt wurde. Dabei ließ die Gebiss-Situation der betroffenen Patienten eine festsitzende Versorgung aufgrund Anzahl und Wertigkeit der verbliebenen Restzähne nicht mehr auf Dauer zu. Vor allem die Anfertigung von Freidbrücken mit zwei oder mehr Freigliedern, oder aber von Freidbrücken mit lediglich einem Pfeilerzahn waren Gründe der negativen Beurteilung (Abb. 2). Vorbehandlungen, wie die Entfernung nicht erhaltungswürdiger Zähne, notwendige Wurzelkanalbehandlungen oder Parodontaltherapien scheinen im Ausland eine untergeordnete Rolle zu spielen (Abb. 1).

Diese Zahlen erscheinen auf den ersten Blick nicht grundsätzlich gegen eine Auslandsversorgung zu sprechen. Betrachtet man jedoch beide Kriterien zusammen, also Richtlinienkonformität und Mängelfreiheit, so entsprachen nur 55 % der Versorgungen diesen beiden Kriterien. Auffällig war dabei, dass eine ausländische Regelversorgung ( $n = 19$ ), welche per se als richtlinienkonform zu betrachten ist, in 95 % der Fälle mangelfrei war.

Ein weiteres Augenmerk lag auf der nachvollziehbaren Indikationsstellung zur Überkronung von Zähnen. Bei einem Drittel aller Patienten konnte die Indikation zur Zahnüberkronung retrospektiv nur teilweise nachvollzogen werden. Im Median erhielten diese Patienten vier Kronen ohne medizinische Indikation, was vermutlich aus ästhetischen Gründen erfolgte.

Anhand der Rechnungen aus dem Ausland war nur in den wenigsten Fällen die Art der prothetischen Versor-



**Abbildung 3** Boxplots der Verteilung der Kosten für richtlinienkonformen und mängelfreien Zahnersatz (n=48) (Ausland vs. Inland)

gung nachvollziehbar. Eine Konformitätserklärung lag in keinem der begutachteten Fälle vor.

### Kosten der Versorgung

Wie bereits ausgeführt, entsprachen 55 % der Versorgungen den Richtlinien und waren mängelfrei (n = 48). Betrachtet man nur die Kosten für diese Versorgungen, wurden im Ausland im Median 723 € (Interquartilsbreite 480 € – 1191 €) berechnet. In Deutschland hätte eine identische Versorgung im Median 1679 € (Interquartilsbreite 1188 € – 2926 €) gekostet (Abb. 3). Berechnet man individuell für jeden Versicherten den befundbezogenen Festzuschuss (ohne Bonus) [2], so zeigt sich, dass der Eigenanteil für den Zahnersatz aus dem Ausland im Median 179 € (Interquartilsbreite 3 € – 516 €) betragen hat. Bei einer Versorgung in Deutschland hätten die Versicherten für den gleichen Zahnersatz einen Eigenanteil von im Median 990 € (Interquartilsbreite 675 € – 2078 €) bezahlen müssen. Dies ergibt eine Ersparnis für die Versicherten von im Median 802 € (Interquartilsbreite 287 € – 1662 €) und bestätigt auf den ersten Blick, bei mängelfreiem und richtlinienkonformen Zahnersatz, das vermutete Einsparpotential (Tab. 1).

Bei unseren Ergebnissen ist jedoch zu beachten, dass die alleinige Betrachtung der im Rahmen der Untersuchung begutachteten Patienten nur eine vorsichtige Einschätzung der Qualität und Kosten von zahnärztlicher Behandlung im Ausland zulässt. Diese Patienten stellen ein ausgewähltes und nicht unbedingt repräsentatives Klientel dar; die Dunkelziffer von erfolgreichen, aber auch nicht erfolgreichen Zahnbehandlungen im Ausland, die dem MDK Rheinland-Pfalz nicht berichtet oder zur Begutachtung vorgelegt wurden, kann nicht abgeschätzt werden.

### Fazit aus Sicht des MDK Rheinland-Pfalz

Anhand unserer Nachuntersuchungen von Versicherten mit Zahnersatz aus dem Ausland hat sich die Qualität der Auslandsversorgung im Vergleich zur Voruntersuchung

Eigenanteil	Median	(Q1 – Q3)	Minimum	Maximum
Ausland	179 €	(3 € – 517 €)	0 €	4.912 €
Deutschland	991 €	(675 € – 2078 €)	155 €	14.600 €
Ersparnis	802 €	(278 € – 1662 €)	35 €	9.688 €

**Tabelle 1** Lagemaße (Mediane und Quartile, n = 48) der Eigenanteile für richtlinienkonforme und mängelfreie Zahnersatzversorgungen (Ausland vs. Inland) sowie Ersparnis (ohne Bonus) nach befundbezogenem Festzuschuss.

[1, 5] insgesamt verbessert. Nach wie vor ist jedoch der technisch weniger aufwändige Zahnersatz eher richtlinienkonform und mängelfrei. Vor allem herausnehmbarer Zahnersatz aus dem Ausland (Vollprothesen, klammerverankerte Modellgussprothesen) stellt eine kostengünstige Alternative zur Inlandsbehandlung dar.

Allerdings sind hierbei nicht die Kosten für Anreise und Unterkunft im Ausland berücksichtigt. Auch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass immerhin 45 % der Auslandsversorgungen nicht richtlinienkonform und mängelbehaftet waren und somit für diese Versorgungen Kosten für Nachbesserungen bzw. Neuanfertigungen anfallen. Selbst wenn der Zahnarzt im Ausland die Kosten für die Nachbehandlung übernimmt, zahlt der Versicherte erneut die Anreise und Unterbringungskosten selbst. Im Streitfall kann es im Europäischen Ausland problematisch werden, seine Anforderungen juristisch durchzusetzen.

In der Diskussion um ausländischen Zahnersatz muss berücksichtigt werden, dass es fraglich ist, wer die Mängel an dem im Ausland angefertigten Zahnersatz behebt und für die dabei entstehenden Kosten aufkommt. Deutsche Zahnärzte können eine Nachbesserung von Mängeln an „ausländischem Zahnersatz“ ablehnen, so lange es sich nicht um Notfallsituationen handelt. Auch die Gesetzliche Krankenversicherung ist nicht prinzipiell verpflichtet, Mängelkorrekturen zu bezahlen. Letztendlich trägt also der Versicherte das Risiko der Zahnersatzversorgung im Ausland selbst.

#### • Korrespondenzadresse:

##### Dr. Christine Baulig

Referentin und Koordinatorin  
 Fachgebiet Zahnmedizin  
 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz  
 Albiger Strasse 19 d  
 55232 Alzey  
 Tel.: 06731-486250  
 Fax: 06731-486291  
 christine.baulig@mdk-rlp.de