

## **Dringliche Änderung der Regelung der Vergütung zahntechnischer Leistungen zum Erhalt der Leistungsfähigkeit des deutschen Zahntechniker-Handwerks für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**

(von Dipl.-Volksw. Guido Braun, Würzburg - Stand: 24. April 2023)

### **Gliederung**

- A) Die Änderungsfordernungen**
- B) Die kompensationslose Grundrechtsbeschränkung des Zahntechniker-Handwerks.**
  - 1. Wie ist die derzeitige gesetzliche Regelung der Vergütung zahntechnischer Leistungen?
  - 2. Warum soll das Zahntechniker-Handwerk sozialpflichtig sein?
  - 3. Wie ist die aktuelle Lage des Zahntechniker-Handwerks?
  - 4. Welche alternativen Möglichkeiten hat das Zahntechniker-Handwerk?
- C) Begründung der dringend notwendigen Änderungen am Preisregime für zahntechnische Leistungen für die GKV.**
  - 1. Begründung der Forderung 1.
  - 2. Begründung der Forderung 2.
  - 3. Begründung der Forderung 3.
- D) Zusammenfassung**

#### **A) Die Änderungsfordernungen**

Um das deutsche Zahntechniker-Handwerk für die Leistungen der Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) noch leistungsfähig und auch zukunftsorientiert zu machen, ist es mehr als dringlich die gesetzlichen Vorschriften für die Vergütung zahntechnischer Leistungen (§§ 88, 57 SGB V) zu ändern.

- 1. Die Vorschriften über die Vergütung für zahntechnische Leistungen für die GKV sind um zwingend zu beachtende wirtschaftliche Kriterien für die Vereinbarung oder Festsetzung der Vergütungshöhe zu präzisieren.**
- 2. Die Vergütungsvereinbarungen für zahntechnische Leistungen sind von den Vorschriften des § 71 Abs. 1-3 SGB V auszunehmen.**

**3. Ersatzlos zu streichen oder aber im Sinne des Zahntechniker-Handwerks zu modifizieren ist die gesetzliche Vorschrift über die sogenannten gleichartigen Versorgungen, § 55 Abs. 4 SGB V.**

**B) Die kompensationslose Grundrechtsbeschränkung des Zahntechniker-Handwerks.**

**1. Die derzeitige gesetzliche Regelung der Vergütung zahntechnischer Leistungen für die GKV?**

Die Betriebe des Zahntechniker-Handwerks werden, mit Ausnahme der Vergütung für zahntechnische Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung, nach marktwirtschaftlichen Kriterien geführt. Die Werklöhne eines Teiles ihrer Leistungen sind gesetzlich geregelt. Das öffentlich-rechtliche Preisregime berücksichtigt die marktwirtschaftlichen Bedingungen indes nicht. Das Regime orientiert sich z. B. nicht nach den Herstellkosten, der morbiditätsinduzierten Nachfrageänderung oder Nachfrageintensität, sondern ausschließlich nach der Veränderung der Beitragseinnahmen der GKV, § 71 SGB V. Das heißt aber keineswegs, dass eine Steigerung der Beitragseinnahmen der GKV zu einer Anhebung der Preise für zahntechnische Leistungen führt, sondern vielmehr sieht das Regime vor, dass das Produkt aus der erwarteten Menge zahntechnischer Leistungen multipliziert mit deren (zukünftigen) Preisen – also das Volumen – um nicht mehr als die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V sich erhöhen darf. Steigt die Menge der zahntechnischen Leistungen für die GKV-Versicherten (z. B. wegen einer Zunahme oder Änderung der Morbidität oder wegen Zuwanderung oder Flüchtlingen), fällt die Anhebung der Preise niedriger oder gänzlich aus. Wird erwartet, dass die Menge zahntechnischer Leistungen mehr als die Veränderungsrate steigt, sind die Preise abzusenken, damit der Anstieg des Volumens, also das Produkt aus zahntechnischer Menge multipliziert mit den zukünftigen Preisen nicht höher ausfällt, als die Veränderungsrate. Sinkt allerdings die Menge der zahntechnischen Leistungen, so bestimmt § 71 Abs. 1-2 SGB V, dass das bei der Anhebung der Vergütung keine Berücksichtigung finden darf. Eine Gesamtvergütung ist für zahntechnische Leistungen nicht vorgesehen und gibt es daher auch nicht. Das Zahntechniker-Handwerk trägt also über die administrierten Preise für seine Leistungen das Risiko der Versorgungsmenge. Eine Steigerung der Menge bezahlt nicht die GKV, sondern das Zahntechniker-Handwerk. Eine Verringerung der Versorgungsmenge geht hingegen allein zu Gunsten der GKV.

Über die Menge zahntechnischer Leistungen entscheiden allerdings allein die Krankenkassen, denn sie haben die Behandlungen der Zahnärzte, die sogenannten Heil- und Kostenpläne zu genehmigen.

Fazit: Ein absurdes Vergütungsregime für ein Handwerk.

**2. Warum ist das Zahntechniker-Handwerk sozialpflichtig?**

Es handelt sich dabei um eine Art Erblast aus der seinerzeitigen erstmaligen Einbindung des Zahntechniker-Handwerks in das Kassenarztrecht (KVKG vom 27.6.1977, BGBI I, S. 1069). Seinerzeit (1985) begründete das Bundesverfassungsgericht die gesetzliche Inanspruchnahme

des Zahntechniker-Handwerks zur Stabilisierung der GKV-Ausgaben damit, dass in Kürze durch eine qualifizierte Einbindung das Handwerk kompensatorische Vorteile, wie sie etwa den Kassenärzten und den Kassenzahnärzten schon seit langem zuständen, zu erwarten habe (BVerfGE 70, 1).

Dieser Zopf ist allerdings 1989 mit dem SGB V abgeschnitten worden. Das einzelne zahntechnische Labor hat nun sowenig Bezug zur GKV, wie etwa das Brunnenbauer- oder das Zweiradmechanikerhandwerk, nämlich keinen. Das Zahntechniker-Handwerk bekommt von der GKV weder Aufträge versprochen, geschweige denn zugesagt oder gar erteilt, es bekommt von dort auch kein Geld. Das bekommt der Zahntechniker vom Werkauftrag gebenden Zahnarzt, und wenn er ihm Skonto einräumt, vielleicht sogar (schon) vierzehn Tage nach Monatsende. Seit 1989 kann der Vertragszahnarzt die für die Versicherten der GKV benötigten zahntechnischen Leistungen beziehen woher er möchte. Die Zeit, da das deutsche Zahntechniker-Handwerk durch Verträge mit den Krankenkassen exklusiver Leistungserbringer der Vertragszahnärzte war, ging mit der Geburt des SGB V zu Ende. Die Vertragszahnärzte haben bis heute einen Anteil von etwa 30 v. H. des einst dem Zahntechniker-Handwerk zustehenden Auftragsvolumens auf Auslands-, Händler- und Industrie-Zahnersatz allokiert. Darüber hinaus entscheiden Krankenkassen und Kassenzahnärztliche Vereinigungen im Nachhinein, welche zahntechnischen Leistungen der Zahntechniker überhaupt berechnen durfte, mit der Folge, dass die Leistung zwar auftragsgemäß erbracht wurde, der Werklohn nunmehr dem Zahnarzt zurückzuerstatten ist. Der Zahntechniker ist von diesen sachlich-rechnerischen Berichtigungsverfahren ausgeschlossen und unbeteiligt. Rechtliches Gehör ist ihm verwehrt.

Fazit: Die Einschränkung der Grundrechte der Zahntechniker (Art. 12 GG) erfolgt entschädigungslos und ist daher verfassungswidrig.

### 3. Wie ist die aktuelle Lage?

Im Dezember 2021 haben z. B. die bayerischen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen den bayerischen Innungen angeboten, die Vergütungen für zahntechnischen Leistungen um die vom Bundesministerium für Gesundheit mit 2,29 % für das Jahr 2022 veröffentlichte Veränderungsrate (§ 71 Abs. 3 SGB V) anzuheben. Da eine höhere Anhebung der Vergütung, trotz der erheblich höheren Kostensteigerungen in den Betrieben des Zahntechniker-Handwerks, gesetzlich unzulässig ist, haben die Zahntechniker-Innungen das Angebot unter dem Druck der gesetzlich geschaffenen Verhandlungsohnmacht akzeptiert. Dass Innungen und Innungsverbände die Vergütungen „vereinbaren“ müssen, ist Relikt aus der Zeit vor dem dem SGB V, also vor 1989. Damit soll suggeriert werden, dass der fachlich Sachverständ der Innungen in die Preisvereinbarungen eingeflossen sei. Was aber wegen der Rigidität des § 71 SGB V gar nicht möglich ist. Seit Anfang der 90er Jahre laufen den Zahntechniker-Innungen deshalb die Mitglieder davon. Ein Organisationsgrad von 30 v. H. der Betriebe eines Innungsgebietes ist schon viel. Der VDZI als Bundesinnungsverband repräsentiert heute nicht einmal mehr 25 v. H. aller ca. 7.600 gewerblichen zahntechnischen Labore, und fortwährend treten sogar Innungen aus dem Bundesverband aus. Kein Wunder, welcher Handwerker will schonbeitragspflichtiges Mitglied einer Innung sein, die gesetzlich gezwungen ist, Jahr für Jahr giftige, weil unauskömmliche und nicht einmal kostendeckende Preise zu „vereinbaren“.

Kaum waren die neuen Preise bei den Betrieben eingepflegt, wurden die Zahntechnikermeister im Januar von der Energiekostenexplosion überrascht, im Februar mit der Extorsion der Preise für Betriebsstoffe und Fertigungsmaterial und im Oktober konnte der selbständige Zahntechnikermeister nur noch feststellen: Erzeugerpreise gewerblicher Produkte + 45,8 %, Energie + 132,2 % und Vorleistungsgüter + 16,8 %.

Täglich flattern den Zahntechnikern Preiserhöhungen wie die folgende auf den Tisch:

### **Energie- Rohstoffzuschläge ab dem 15.04.2022**

- **10 % auf Dentalgipse, Dublier- & Knetsilikone**
- **15 % auf Bimssteinpulver, Poliresin, Glasstrahlperlen, Prothesenkunststoffe, 3D Druckkunststoffe**
- **20 % auf Dentalwachse, Einbettmassen und Legierungen**
- **50 % auf Edelkorund (Aluminiumoxid)**

(Quelle: Siladent)

Allesamt Produkte, die vom Zahntechniker nicht gesondert in Rechnung gestellt werden dürfen, sondern in den Höchstpreisen für die Leistungen der GKV enthalten sind.

Der Reallohn der Mitarbeiter in den zahntechnischen Laboren ist binnen eines Jahres um 10 % geschrumpft. Und es sollte so weitergehen. Im September 2022 veröffentlichte der Bundesminister für Gesundheit die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V mit 3,45 % für das Jahr 2023. Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern haben auch die Höchstpreise um diese Rate für Bayern angehoben. Über die Kosten der Betriebe wurde kein Wort gesprochen: 3,45 % ist die Ministerzahl, mehr geht nicht, basta. Aber was sollen die zahntechnischen Handwerksunternehmen bei einer Anhebung der Vergütungen für die Leistungen der GKV um 2,29 % und 3,45 % ihren Mitarbeiter an Lohnerhöhung anbieten? War doch auch die Mindestlohnerhöhung auf 12 Euro pro Stunde (+ 22 %) per 1. Oktober 2022 zu verkraften.

Das Gesetz verbietet, das bedarf keiner Erwähnung, dem Zahntechniker-Handwerk infolge exogener Schocks auftretende Kostenexplosionen durch Preisanhebungen oder durch Teuerungszuschläge weiterzugeben.

Fazit: Solche Kostensteigerungsraten kann das seit über 40 Jahren „kostengedämpfte“ Zahntechniker-Handwerk nicht selbst tragen.

#### 4. Welche alternativen Möglichkeiten hat das Zahntechniker-Handwerk?

a) Die Alternative, für Versicherte der GKV keine zahntechnischen Leistungen mehr zu liefern, ist kein nachhaltig gangbarer Weg. Denn die Vertragszahnärzte, die Auftraggeber der zahntechnischen Labore, sind verpflichtet die GKV-Versicherten zu versorgen. Eine Ablehnung von Aufträgen für die GKV würde den Betrieb der Zahnarztpraxis so stören, wenn nicht gar lahmlegen, dass nur verständlich wäre, dass der betroffene Zahnarzt die Zusammenarbeit mit diesem Labor einstellen würde. Das aber kann unmöglich im Interesse des Labors sein und gilt es daher unbedingt zu verhindern. Immerhin betreibt jeder Vertragszahnarzt auch

privatzahnärztliche Versorgung. **Allerdings: Wenn die Sozialpolitik glaubt, die betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten des Zahntechniker-Handwerks ignorieren zu können, dann realisiert sich diese Alternative durch das wirtschaftliche Ausscheiden des Zahntechniker-Handwerks von alleine, allerdings dann irreversibel.**

b) Die weitere Alternative, nämlich die Vertragszahnärzte auf die Auftragsvergabe ins Niedriglohn-Ausland zu verweisen (Polen, Türkei, Rotchina usw.), ist ebenso wenig gangbar. Erweiterungen und Reparaturen von vorhandenem Zahnersatz können dorthin nicht beauftragt werden, diese aber machen mehr als die Hälfte der Aufträge für die GKV-Versicherten aus. Die Folge wäre ein exorbitanter Anstieg an Krankschreibungen. Darüber hinaus sind bestimmte Konstruktionen über geographische Distanz nicht zu realisieren, sondern nur vor Ort. Im Übrigen hat das deutsche Zahntechniker-Handwerk als Gefahrenhandwerk mit permanenter Meisterpräsenz keinerlei Vertrauen in die ausländischen zahntechnischen Arbeiten.

c) Bleibt allein das Zahntechniker-Handwerk weitgehend aus dem Preisregime des ausgabenorientierten Kostendämpfungssystems GKV zu entlassen. **Die eingangs erhobenen drei Änderungsfordernungen stellen diese Entlassung soweit sicher, dass das Zahntechniker-Handwerk für die Versicherten der GKV, hier insbesondere für die sozialen Härtefälle, ein verlässlicher Lieferant bleibt, der dann auch wirtschaftlich so gesund ist, dass er zum Vorteil der Patienten stets technologische Entwicklung betreiben, bzw. dieser folgen kann.**

### C) Begründung der dringend notwendigen Änderungen am Preisregime für zahntechnische Leistungen für die GKV.

#### **1. Die Vorschriften über die Vergütung für zahntechnische Leistungen für die GKV sind um zwingend zu beachtende wirtschaftliche Kriterien für die Vereinbarung oder Festsetzung der Vergütungshöhe zu präzisieren.**

Zahntechnische Labore sind privatwirtschaftlich tätige Handwerksbetriebe. Sie unterliegen betriebswirtschaftlich allen Kostenarten eines Gewerbebetriebes. Der gesetzgeberische Eingriff in die Berufsfreiheit durch die Vergütungsregelungen für zahntechnische Leistungen (§§ 88, 57 SGB V) enthält kein einziges Kriterium für Art, Umfang oder Grenzen des Eingriffs. Auf Basis der juristischen Auslegungsgrundsätze könnte man ein Modell der betriebswirtschaftlichen Kosten des Zahntechniker-Handwerk zur Vergütungsfindung und -festsetzung durch die Parteien vereinbaren oder durch den Gesetzgeber anordnen lassen. Damit wären die gesetzlichen Vergütungsregelungen bestimmt und Art und Umfang des Grundrechtseingriffs definiert. Die Beachtung betriebswirtschaftlicher Kalkulationsgrundsätze findet nämlich bei den Krankenkassen und den Schiedsämtern überhaupt nicht statt oder kommt regelmäßig zu kurz. Beide, Krankenkassen und Schiedsämter, führen stattdessen Kriterien ein, die letztlich reine Billigkeitskriterien darstellen. Für die Vergütungsfindung sind sie allesamt sowohl nach betriebswirtschaftlichen und verfassungsrechtlichen Maßstäben untauglich.

Die BSG-Rechtsprechung hat zu Recht festgestellt, dass es dem Grundsatz der angemessenen Vergütung widerspricht, Leistungsvergütungen unterhalb der Kostendeckung zu vereinbaren oder festzusetzen. Gegen diesen Rechtsgrundsatz haben die Vergütungsvereinbarungen für zahntechnische Leistungen beginnend Ende der achtziger Jahre durchgängig und ausnahmslos bis zum heutigen Tage verstößen. Hinzu treten noch drei gesetzliche Absenkungen der

Vergütungen um jeweils 5 v. H. (KVEG v. 22.12.1981 – BGBI. I S. 1578; GSG v. 21.12.1992 – BGBI. I S. 2266; BSSichG v. 23.12.2002 – BGBI. I S. 4637) und ungezählte gesetzlich angeordnete Preismoratorien. Im Ergebnis erhöhten sich die Preise im Zahntechniker-Handwerk von Ende der siebziger Jahre bis heute um ca. 75 v. H., der Verbraucherpreisindex um über 140 v. H.

Das Zahntechniker-Handwerk, welches bekanntlich extrem lohnintensiv ist, ist daher im Wettbewerb um Personal seit Jahren schon chancenlos. Aus der folgenden Tabelle geht hervor, wie sich der mittlere Monatslohn im Zahntechniker-Handwerk und der im Gesamt-Handwerk über die Jahrzehnte auseinanderentwickelt hat.

**Zahntechniker- und Handwerkerlöhne**

Jahr	Zahntechniker	Handwerk	Differenz %
1981	1.630 €	1.405 €	+16,0
1991	1.730 €	1.740 €	-0,6
2001	2.025 €	2.160 €	-6,3
2011	2.170 €	2.695 €	-19,5
2020	2.623 €	3.262 €	-19,6

Nur alte Bundesländer

Konnte das Zahntechniker-Handwerk im Jahre 1981 – seiner Qualifikation entsprechend – noch Löhne oberhalb des Mittelwerts der Handwerkerlöhne bezahlen, war diese Drift in den 80er Jahren der permanenten Kostendämpfung im Gesundheitswesen zum Opfer gefallen. In den zwanzig Jahren von 1991 bis 2011 verschlechterte sich die Lohnsituation im Zahntechniker-Handwerk dann dramatisch. Und auch die konjunktur- und wachstumsstarken Jahre bis 2020 haben trotz ansehnlicher Grundlohnsummenentwicklung (gemeint: Veränderungsraten nach § 71 Abs. 3 SGB V) zur Besserung nicht beitragen können. Heute klafft zu den Verhältnissen zu 1981 eine Lohnlücke von 44,4 v. H. als Manifest der gewillkürten Sozialpflichtigkeit des Zahntechniker-Handwerks. Dabei steht das Zahntechniker-Handwerk, das ist seiner vielfältigen und umfassenden materialkundlichen, biologischen, zahnmedizinischen und feinhandwerklichen Ausbildung geschuldet, weniger mit dem Handwerk als mit der Gesamtwirtschaft in Lohnkonkurrenz. Der durchschnittliche Bruttomonatslohn dort betrug im Jahre 2020 3.975 € und öffnet eine unüberbrückbare Lücke von 51,5 v. H. zum Zahntechniker-Handwerk. Unternehmen aus der Medizintechnik und den Medizinprodukten, Maschinenbau, Elektronik, Chemie und anderen Sparten bedienen sich zunehmend beängstigend mit ihren Lohnangeboten am Personalfundus des lohnäuglichen Zahntechniker-Handwerks. (Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 16, Reihe 2.3, VDZL, Lohnerhebung, eigene Berechnungen).

Daher fordert das Zahntechnik-Handwerk nachdringlich eine entsprechende, zu beachtende Konkretisierung in den Vergütungsregelungen (§§ 88, 57 SGB V).

## **2. Die Vergütungsvereinbarungen für zahntechnische Leistungen sind von den Vorschriften des § 71 Abs. 1-3 SGB V auszunehmen.**

Das Zahntechniker-Handwerk hat einen Rechtsanspruch auf Vergütungsvereinbarungen die dem Grundsatz der angemessenen Vergütung entsprechen. Die unterste Grenze der der Angemessenheit der Vergütung ist die Kostendeckung (vgl. ständige BSG-Rechtsprechung). Mindestens also sind die Betriebskosten abzudecken. Um diese zu ermitteln sind die Grundsätze der Betriebswirtschaft anzuwenden. Die Anwendung betriebswirtschaftlicher Kalkulationsregeln wären mit der Erfüllung der Forderung 1. zukünftig in den Normen über die Vergütung zahntechnischer Leistungen kodifiziert.

Wenn aber der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, also die deckelnde Vorschrift des § 71 Abs. 2 SGB V für die Vergütungsverträge zahntechnischer Leistungen fortgilt, ist es sinnlos betriebswirtschaftliche Kriterien in die gesetzlichen Vergütungsregelung aufzunehmen, weil es Handwerksbetrieben immanent ist, dass ihre Kosten über einen Mehrjahreszeitraum regelmäßig stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied. Von exogenen Schocks, wie sie derzeit aktuell sind, gar nicht erst zu reden.

Dem Zahntechniker-Handwerk ist seit 1994 – nach der dritten gesetzlichen Absenkung der Preise um 5 v. H. – die Beachtung der Beitragssatzstabilität bis heute ununterbrochen vorgeschrieben und damit das Risiko der Wirtschaftsentwicklung in weit höherem Maße aufgebürdet als anderen Leistungserbringern. Das ist dem Zahntechniker-Handwerk wirtschaftlich überhaupt nicht bekommen.

## **3. Ersatzlos zu streichen oder aber im Sinne des Zahntechniker-Handwerks zu modifizieren ist die gesetzliche Vorschrift über die sogenannten gleichartigen Versorgungen, § 55 Abs. 4 SGB V.**

Die Wirkung der Vergütungsregelungen für zahntechnische Leistungen auf das Zahntechniker-Handwerk muss im Sinne einer angemessenen Sozialpflichtigkeit des Zahntechnikers, insbesondere vor dem Hintergrund, dass weder dem Zahntechniker-Handwerk noch dem einzelnen selbständigen Zahntechniker eine Kompensation angeboten wird, auf die tatsächlich sozialen Fälle, die sog. Härtefälle, in der Versorgung mit Zahnkronen, Zahnersatz und Suprakonstruktionen, beschränkt werden. Das sind ca. 11 % aller Versorgungsfälle in der GKV (Quelle: KZVB, Zehn Jahre Festzuschüsse zum Zahnersatz). Schon diese marginale Größenordnung rechtfertigt kein monströses Regelungswerk für die Mehrzahl von 89 % Versorgungsfällen, wo in jedem einzelnen Falle der Patient über die Gesamtkosten seiner Versorgung mit dem Zahnarzt verhandeln muss. **Für was ist die überbürokratisierte Regelung unter diesen Umständen dann überhaupt gut, was soll sie bewirken?**

Die Zahnersatzversorgung kannte, solange deren Kosten von den Krankenkassen noch prozentual getragen wurde, nur zwei Versorgungsformen. Die Versorgung strikt und ausschließlich nach vertraglichen Leistungen (im Sinne einer Sachleistung) und die Versorgung zusätzlich oder gänzlich mit außervertraglichen Leistungen. § 30 SGB V bestimmte, dass der Versicherte, wünscht er aufwendigeren Zahnersatz als die Vertragsleistungen, er die Mehrkosten selbst zu tragen habe, jedenfalls den Kostenanteil der Krankenversicherung für eine alternative vertragliche Versorgung (abweichend vom Sachleistungsprinzip) nicht verlieren sollte. Der Zahnarzt

plante die jeweilige Versorgung, welcher schließlich der Patient zustimmte. Zur Abrechnung des Versorgungsfalles und zur Ermittlung der Höhe des prozentualen Kostenanteils der Krankenkasse fügte der Zahnarzt eine fiktive Abrechnung einer Versorgung mit ausschließlichen Vertragsleistungen bei.

Die Zahnersatzversorgung wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG vom 14.11.2003 – BGBI. S. 2190) zum 1. Januar 2005 von der prozentualen Kostentragung auf das derzeit geltende befundorientierte Festzuschussystem umgestellt. Die Versorgung nach den Befunden und ihren zugeordneten Vertragsleistungen erhielt den Namen Regelversorgung. Die Mehrkostenregelung des nunmehr gestrichenen § 30 SGB V wurde die gleichartige Versorgung. Die Versorgung gänzlich mit außertraglichen Leistungen erhielt den Namen andersartige Versorgung. Allen drei Versorgungsformen des befundorientierten Festzuschusssystems ist daher gemein, dass der Versicherte von seiner Krankenkasse den befundbezogenen Festzuschuss, ggf. auch zuzüglich Bonus, als Geldleistung erhält; als sozialer Härtefall sogar 100 % der tatsächlichen Kosten der Regelversorgung.

Bezüglich der Abrechnung bzw. der Berechnung stellt sich die Situation so dar:

Die Regelversorgung ist strikt begrenzt auf Vertragsleistungen (BEMA und BEL). Nur diese sind durch den Vertragszahnarzt abrechenbar. Soziale Härtefälle erhalten 100 % der Kosten der Versorgung durch die Krankenkasse. Der Zahntechniker hat, wenn er den Auftrag annimmt, seine Leistungen nach BEL dem Zahnarzt zu berechnen.

Die andersartige Versorgung (§ 55 Abs. 5 SGB V) kennt keine Vertragsleistungen. Die Abrechnung des Zahnarztes erfolgt nach dem privaten Gebührenrecht der GOZ, zahntechnische Leistungen werden nach zuvor vereinbarten Preisen (*terminus technicus*: Non-BEL-Leistungen) dem Zahnarzt berechnet, der diese wiederum als Auslagen dem Zahlungspflichtigen in Rechnung stellt.

Die gleichartige Versorgung (§ 55 Abs. 4 SGB V) arbeitet mit der hybriden Anwendung von Vertragsleistungen (BEMA und BEL) und Privateleistungen der GOZ und nicht preisregulierten, also frei vereinbarten Preisen (Non-BEL-Leistungen) für zahntechnischen Leistungen. Dem Teilsystem der gleichartigen Versorgung ist es immanent, dass es völlig überreguliert ist. Ein Moloch von Verwaltungsbestimmungen. Hier sei nur auf das KZBV-Kompendium „Schwere Kost für leichteres Arbeiten“ hingewiesen. Schon der Titel lässt erahnen, was den Leser erwartet. Ein über 220 Seiten starkes Loseblattwerk, welches ständig ergänzt, geändert und erweitert wird.

(<https://www.kzbv.de/fzkomp-20220701.download.b57f02d0b9249f305c776309abda4b43.pdf>)

Tatsächlich aber gibt es bezüglich der Versorgung und der Kosten aus der Sicht der Versicherten und der Krankenkassen keinen relevanten Unterschied zwischen gleichartiger und andersartiger Versorgung. In beiden Fällen wünscht der Versicherte (ggf. auf Anraten des Zahnarztes) keine Regelversorgung, jedenfalls aber mehr als die Regelversorgung. Wenn der Gesetzgeber es Versicherten, die sich für eine andersartige Versorgung entscheiden, zutraut, mit dem Zahnarzt auf Augenhöhe über die Kosten der Versorgung zu verhandeln, warum traut er das Versicherten, die eine gleichartige Versorgung wählen, nur teilweise zu? „Teilweise“ deshalb, weil bei einer gleichartigen Versorgung mindestens eine BEMA- oder eine BEL-Leistung, also mindestens eine preisadministrierte Leistung zur Abrechnung gelangen muss. Für was soll das

gut sein? Der Versicherte muss doch auch in diesem Fall mit seinem Zahnarzt über die Kosten der nicht administrierten zahntechnischen Leistungen (Non-BEL-Leistungen) und den Rahmen der privatzahnärztlichen GOZ-Gebühren verhandeln, in aller Konsequenz also über die Ge-  
samtkosten der Versorgung. Was nützen dem Versicherten die teilweise preisadministrierten Gebühren und Preise?

Es gibt leider keine (regelmäßigen) statistischen Auswertungen des befundorientierten Festzuschusssystems, falls doch, so sind sie nicht so einfach zugänglich. Wir beziehen uns daher auf die Studie des VdAK (jetzt: VdEK) „Festzuschuss-Erhebung – Folgeerhebung 2009, Stand 05.11.2010“. In dieser Studie vergleichen die Autoren eine erste Erhebung für das Jahr 2005 (= Einführung des Festzuschusssystems) mit der Erhebung des Jahres 2009. Sie stellen fest, dass bei gleichartigen Versorgungen der BEMA-Anteil 2005 noch einen Anteil von 26,0 % hatte, der 2009 auf 20,6 % gesunken war. Über alle drei Versorgungsarten wurden im Jahr 2009 im Durchschnitt nur noch weniger als ein Viertel (23,8 %) aller Honorare über BEMA, dafür aber mehr als drei Viertel über GOZ (76,2 %) abgerechnet (S. 20). Die Autoren schließen (S. 26 f.): „*Wenn ohnehin nur noch weniger als ein Viertel aller anfallenden Zahnrthonorare beim Zahnersatz über den vertraglichen BEMA abgerechnet werden, drängt sich ferner die Frage auf, warum überhaupt noch zwei Abrechnungskataloge benötigt werden.*“

Es gibt keine Hinweise darauf, dass in den letzten 10 oder 12 Jahren, also seit 2009, der Anteil der BEMA-Leistungen bei Zahnersatz wieder angestiegen ist, ganz im Gegenteil steht zu erwarten, dass der BEMA-Anteil zwischenzeitlich ein Minimum erreicht hat.

BEMA-Leistungen (= Regelversorgungsleistungen) lösen i. d. R. BEL-Leistungen aus. Wenn die BEMA-Leistungen im befundorientierten Festzuschusssystem bereits Seltenheitswert haben, wieso stöhnt das Zahntechniker-Handwerk dann über die vielen BEL-Leistungen zu denen es seine Leistungen berechnen muss? Einen profunden Hinweis gibt hierzu die Bundesschiedsentscheidung vom 29.06.2010 (Az.: BSA-ZT 1-10):

„Damit der Zahntechniker von seiner Vertragsfreiheit auch wirksam Gebrauch machen kann, bedarf er der Information über den versicherungsrechtlichen Status des Patienten sowie über die Art der Versorgungsleistung. Nur so vermag er erkennen, ob er sich bei der Vergütungsvereinbarung noch im gesetzlich geregelten Anwendungsbereich des BEL II bewegt oder ob die Vergütung frei verhandelbar ist.“

Die konkrete Ausgestaltung der Rechtsverhältnisse zwischen GKV, Vertragszahnarzt, Zahntechniker und Patient führt mit einer gewissen Zwangsläufigkeit zu Informationsdefiziten des Zahntechnikers, da dieser die maßgeblichen Daten allein von seinem Vertragspartner – dem Vertragszahnarzt – erhalten kann.“ (S. 8.)

„Der Vorsitzende des Bundesschiedsamtes hat sich durch persönliche Erkundigung einen Eindruck von der alltäglichen Praxis der Auftragserteilung verschafft, der den diesbezüglichen Vortrag des VDZI bestätigt, dass die Aufträge regelmäßig keine Daten enthalten zum Versichertenstatus (GKV oder PKV) sowie zur über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung mit gleichartigem oder andersartigem Zahnersatz. Deshalb ist eine Beschränkung des sachlichen Anwendungsbereichs des BEL II auf die vom Gesetzgeber gewollten Fallgestaltungen in der Praxis mangels Transparenz der konkret erforderlichen Information nicht gewährleistet.“ (S. 7.)

Leider hatte das Bundesschiedsamt sich nicht legitimiert gesehen, den Normmangel zu korrigieren. Die Zahnärzteschaft ihrerseits wiegelt in der Frage stereotyp ab: Der Zahntechniker könnte das an den Arbeitsunterlagen sehen! (Was Unsinn ist.) Im Übrigen habe man die Vertragszahnärzte angewiesen, dem Zahntechniker – unter strikter Beachtung des

Datenschutzes, versteht sich! – Angaben zu machen. Verstöße gegen die Anweisung sind freilich nicht als vertragszahnärztlicher Pflichtverletzung strafbewehrt.

Da die Zahnärzteschaft aber darauf besteht, die Zahntechnik – als zahnmedizinisches Hilfsmittel – nicht direkt vom Zahntechniker mit dem Patienten bzw. seinem Versicherer abrechnen zu lassen, sondern die Kosten für zahntechnischen Leistungen zusammen mit dem Zahnarzhonorar und dem Material selbst abzurechnen, kann der Zahnarzt durch provozierte unzutreffende BEL-Anwendung für Leistungen des Zahntechnikers auf die Rechnungshöhe Einfluss nehmen, was gleichzeitig seine Möglichkeiten bezüglich des GOZ-Steigerungssatz zu seinem Gunsten erhöht. Die gleichartige Versorgung beinhaltet für den Zahnarzt die Möglichkeit sein Einkommen zu Lasten des Zahntechniker-Handwerks und zum Nachteil der Versicherten zu steigern. Das aber kann unmöglich die Intention des Gesetzgebers sein.

Sicherlich trifft der Vorwurf des vorsätzlichen Missbrauchs nicht auf jeden Zahnarzt zu, aber das Bürokratiemonster gleichartige Versorgung ist, was das Zahntechniker-Handwerk angeht, fehleranfällig gestaltet. In Anbetracht der Überregulierung tut sich schon mancher Zahnarzt mehr als schwer, für Zahntechniker ist das Regelwerk nahezu undurchschaubar und beinhaltet deshalb viele wirtschaftlich teure Fallen.

#### **D) Zusammenfassung**

Die Normen der §§ 57, 88 SGB V sind, soweit sie die Vergütung zahntechnischer Leistungen für die GKV regeln, um wirtschaftliche Kriterien zu konkretisieren und zu präzisieren. Es muss bezüglich Höhe der Vergütung für zahntechnische Leistungen der sozialrechtliche Grundsatz gelten, dass die absolute Untergrenze die Kostendeckung darstellt.

Diese Forderung kann sinnvoll nur erfüllt werden, wenn gleichzeitig die für zahntechnische Leistungen vorgeschrieben Beachtung der Beitragssatzstabilität entfällt.

Die Kosten im Handwerk – hier im lohnintensiven Zahntechniker-Handwerk – steigen über mehrere Jahre betrachtet stärker als die vorwiegend durch die Industrietarifpolitik und die Arbeitsmarktpolitik geprägte Grundlohnsumme der GKV. Will die Sozialpolitik den Versicherten der GKV ein leistungsfähiges Zahntechniker-Handwerk verfügbar halten, dann ist dies langfristig nur möglich, wenn die Vergütung sich ausschließlich an betriebswirtschaftlichen Kriterien statt an einer Globalgröße orientiert. Gegen dieses wirtschaftliche Gesetz hat die Sozialpolitik in den vergangenen Jahrzehnten im Interesse der Erhaltung der Finanzkraft der GKV verstößen. Die zahntechnischen Labore wurden stattdessen aufgefordert, die Preise für die nicht-regulierte Non-BEL-Leistungen anzuheben und Quersubvention zu betreiben. Dieser rechtlich bedenkliche Prozess kann so nicht länger fortgesetzt und schon gleich nicht weiter extendiert werden, insbesondere nicht vor dem Hintergrund der aktuellen volkswirtschaftlichen Entwicklung.

Eine Entlassung der zahntechnischen Preisvereinbarungen aus der Pflicht der Beachtung der Beitragssatzstabilität ist ohne zugleich die Normen betreffend die Vergütungsvereinbarungen durch zwingend zu beachtenden Kriterien zu konkretisieren wirkungslos. Solche Forderungen werden zwar aktuell von Gliederungen des Zahntechniker-Handwerks an den Gesetzgeber gestellt. Tatsache aber ist, dass ohne eine Vorschrift wirtschaftliche Kriterien zu beachten, es

den Zahntechniker-Innungen und -Verbänden nicht gelingt, auskömmliche Vergütungen auf dem Verhandlungsweg zu erzielen, bzw. durch die Schiedsämter festsetzen zu lassen (Quelle: SCHULIN, B., Vergütungen für zahntechnische Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung).

Umgekehrt nützt dem Zahntechniker-Handwerk eine Präzisierung der Vergütungsnormen der §§ 57, 88 SGB V durch betriebswirtschaftliche Kriterien ohne gleichzeitige Entlassung aus der Pflicht zur Beachtung der Beitragssatzstabilität auch nichts. Die Ermittlung der notwendigen Vergütungserhöhung hätte nur heuristischen Wert, denn die Pflicht zur Beachtung der Beitragsstabilität macht die Größe unbeachtlich.

**Jede Leistung, die der Zahntechniker zu BEL-Bedingungen berechnen muss, führt zu einem Verlust (vgl. Abschn. C, Nr. 1). Zum Ausgleich bedarf es der Berechnung von Non-BEL-Leistungen.** Das befundorientierte Festzuschussystem untergräbt mit den gleichartigen Versorgungen (§ 55 Abs. 4 SGB V) die Vertragsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) des Zahntechniker-Handwerks, weil es keine strafbewehrten vertragszahnärztliche Vorschrift gibt, dem Zahntechniker den Versichertenstatus und bei Zahnersatz die Befunde im Rahmen der Auftragerteilung mitzuteilen. Auf diese Weise werden dem Zahntechniker vorsätzlich – freilich oftmals auch nur irrtümlich – Leistungen abverlangt, die er mit Verlust zu BEL-Preisen berechnen muss.

Die Versicherten haben daraus keinen Vorteil. Technologisch stellt sich ein so gefertigter Zahnersatz oftmals problematisch dar, weil der Zahntechniker die Old-School-Technik der nur mediokren Regelversorgungen mit modernster High-Tec-Technik mischen bzw. verbinden soll. Das ist dem zahntechnischen Versorgungsergebnis abträglich.

Die Krankenkassen haben ebenfalls keinen Vorteil. Sie sind allein darauf verwiesen, die befundorientierten Festzuschüsse zu bezahlen, gleich ob andersartige oder gleichartige Versorgung. Einen finanziellen Vorteil aus unzutreffender BEL-Anwendung haben sie nicht. Das eben beschriebene technologische Risiko beinhaltet für die Krankenkassen vermehrte Instandsetzungen oder frühzeitige Neuanfertigungen. Eine Abschaffung der gleichartigen Versorgung und dem damit verbundenen Bürokratiwusts würde den Verwaltungsaufwand der GKV deutlich senken.

Vorteile bieten sich dem Zahnarzt. Ausgehend von den Gesamtkosten einer Zahnersatzversorgung kann er mittels der gleichartigen Versorgung die Kosten der zahntechnischen Leistungen in einem gewissen Rahmen steuern, bzw. Einfluss darauf nehmen. Eine Senkung der Gesamtkosten eröffnet dem Zahnarzt eine Steigerung des GOZ-Satzes.

Die gleichartige Versorgung, § 55 Abs. 4 SGB V, ist aus dem SGB V zu streichen. Es genügt die staatliche Überforderungsfürsorge in Form der Regelversorgung für soziale Härtefälle.

Würzburg, den 24. April 2023

Autor:

Dipl.-Volksw. Guido Braun  
c/o Innung des Zahntechniker-Handwerk Nordbayern  
Hintermayrstraße 28  
90409 Nürnberg  
[guido\\_braun@t-online.de](mailto:guido_braun@t-online.de)