



Rechnungshof
Österreich

Unabhängig und objektiv für Sie.

Bericht des Rechnungshofes

Versorgung im Bereich der Zahnmedizin

III–133 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP

Reihe BUND 2018/24



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenüberung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof
1031 Wien,
Dampfschiffstraße 2
<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik: Rechnungshof
Herausgegeben: Wien, im April 2018

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8644
Fax (+43 1) 712 49 17
E-Mail presse@rechnungshof.gv.at

[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Kurzfassung	7
Kenndaten	12
Prüfungsablauf und –gegenstand	13
Gebarungsvolumen und Versorgungsauftrag	14
Gebarungsvolumen	14
Datengrundlagen	15
Gesetzlicher Auftrag, Gesundheits– und Versorgungsziele	17
Beispiel Parodontalbehandlung	22
Beispiel Gruppenprophylaxe in Schulen und Kindergärten	24
Entwicklung der Gesamtverträge	25
Überblick	25
Handlungsbedarf	27
Projekt „Zahn Neu“	31
Zahnambulatorien der Krankenversicherungsträger	35
Gesetzliche Vorgaben und Ziele der Reform 2013	35
Entwicklung der Marktanteile	36
Bedarfsprüfungsverfahren	39

Rentabilität _____	45
Rechtslage 2017 _____	51
Planungsgrundlagen _____	52
Kieferorthopädie (Zahnsparren) _____	56
Zahnsparrenregelung gemäß § 153 ASVG _____	56
Einführung der Gratiszahnsparre _____	58
Aufgabenverteilung bei der Neuregelung _____	62
Inanspruchnahme _____	64
Qualitätssicherung _____	65
Finanzierung _____	71
Qualitätssicherung _____	73
Überblick _____	73
Qualitätssicherungsmaßnahmen der Gebietskrankenkassen _____	73
Qualitätsevaluierung der Zahnärztekammer _____	75
Beispiel Wurzelbehandlung _____	76
Ausblick _____	79
Umfassende Definition des Aufgabenbereichs der Krankenversicherungsträger _____	79
Entwicklung des Berufsstands _____	81
Schlussempfehlungen _____	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gebarungsvolumen der zahnärztlichen Versorgung in Österreich 2012 bis 2016 _____	15
Tabelle 2:	WHO-Ziele zur Zahngesundheit und Umsetzungsstand in Österreich _____	18
Tabelle 3:	Vergleich der Selbstbehalte für Leistungen in Österreich mit vier europäischen Staaten _____	28
Tabelle 4:	Aufwendungen im Ist 2004 und 2016 sowie nach Plan des Projekts „Zahn Neu“ _____	33
Tabelle 5:	Zahnambulatorien der NÖGKK und der WGKK im Jahr 2015 ____	36
Tabelle 6:	Verteilung nach Anzahl der Kassenleistungen 2011 bis 2015 bei der NÖGKK _____	37
Tabelle 7:	Verteilung nach Anzahl der Kassenleistungen 2011 bis 2015 bei der WGKK _____	37
Tabelle 8:	Rentabilität der Zahnambulatorien der NÖGKK und der WGKK 2011 bis 2015 _____	47
Tabelle 9:	Mögliche Planungsthemen für die weitere Entwicklung der Zahnambulatorien _____	53
Tabelle 10:	Verhältnis der Anspruchsberechtigten zur Anzahl der Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte 2012 bis 2016 (Niederösterreich und Wien) _____	54
Tabelle 11:	Verantwortungsmatrix Gratiszahnspange _____	62
Tabelle 12:	Kieferorthopädische Behandlungen seit der Zahnspangen-Neuregelung im Vergleich zum Jahr davor _____	65

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AHR	Autonome Honorarrichtlinien
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F.
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BIP	Bruttoinlandsprodukt
bspw.	beispielsweise
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
etc.	et cetera
EUR	Euro
exkl.	exklusive
(f)f.	folgend(e) (Seite, Seiten)
GKK	Gebietskrankenkasse(n)
GZ	Geschäftszahl
G–ZG	Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I Nr. 26/2017
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
inkl.	inklusive
IOTN	Index of Orthodontic Treatment Need
IT	Informationstechnologie
i.H.v.	in Höhe von
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.
KFO–GV	Gesamtvertrag–Kieferorthopädie
lit.	litera (Buchstabe)
lt.	laut

Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
n.v.	nicht vorhanden
NÖ	Niederösterreichisch(e, en, er)
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NÖGUS	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
Nr.	Nummer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OGH	Oberster Gerichtshof
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖQMED	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
Tsd.	Tausend
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
VBÄ	Vollbeschäftigungsäquivalent
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
WHO	World Health Organization
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
Z	Ziffer
ZÄG	Zahnärztegesetz, BGBl. I Nr. 126/2005 i.d.g.F.
z.B.	zum Beispiel

Bericht des Rechnungshofes

Versorgung im Bereich der Zahnmedizin



Wirkungsbereich

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Versorgung im Bereich der Zahnmedizin

Kurzfassung

Allgemeines

Der RH führte zwischen November 2016 und Februar 2017 eine Gebarungsüberprüfung zum Thema „Versorgung im Bereich der Zahnmedizin“ durch. Prüfungshandlungen erfolgten bei der Wiener Gebietskrankenkasse (**WGKK**), der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (**NÖGKK**), beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**) und beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Auskünfte wurden auch bei der Gesundheit Österreich GmbH sowie bei der Österreichischen Zahnärztekammer eingeholt. (**TZ 1**)

Ziele der Gebarungsüberprüfung waren die Beurteilung der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit

- der gesundheitspolitischen Steuerung (Gesundheitsziele, Iststandserhebungen),
- des Leistungsspektrums der Krankenversicherungsträger durch die Gestaltung des Gesamtvertrags und der Satzungen,
- der Erbringung von Leistungen in den kasseneigenen Zahnambulatorien sowie
- der Einführung und Implementierung der „Gratiszahnspange“.

Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2014 bis 2016. Soweit erforderlich nahm der RH auch auf frühere bzw. aktuellere Entwicklungen Bezug.

Die Angelegenheiten der Versorgung im Bereich der Zahnmedizin waren bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angesiedelt. Mit Inkrafttreten der BMG–Novelle 2017 ressortieren diese Angelegenheiten im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Der RH überprüfte daher das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der Adressat der Empfehlung ist jedoch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (beide kurz: **Ministerium**). (TZ 1)

Gebarungsvolumen und gesundheitspolitische Steuerung

Im Jahr 2014 betrugen die Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung rd. 1,815 Mrd. EUR. Etwas weniger als die Hälfte davon entfiel auf Ausgaben der öffentlichen Hand, insbesondere der Krankenversicherungsträger. Mit rd. 926,1 Mio. EUR gehörten die Ausgaben für zahnärztliche Versorgung neben den Ausgaben für Pflege und Medikamente zu den drei größten privaten Gesundheitsausgaben. (TZ 2)

Trotz entsprechender Empfehlungen der WHO und dem in der Gesundheitsreform 2012 festgelegten Prinzip der Wirkungsorientierung fehlten Gesundheitsziele für den Zahnbereich in Österreich weitgehend. Grundlegende epidemiologische Daten fehlten ebenso wie ein Überblick über die Summe der erbrachten Leistungen (insbesondere im Privatbereich). Soweit Indikatoren gemessen wurden, zeigten diese, dass die WHO–Zielwerte zwar im Jahr 2000 noch erfüllt wurden, jene für 2020 jedoch bisher überwiegend nicht. (TZ 3, TZ 4)

Am Beispiel der Behandlung von Zahnfleischproblemen (Parodontitis, die häufigste Ursache für Zahnverlust bei Erwachsenen und risikoerhöhend für Herz–/Kreislaufprobleme und Diabetes) zeigen sich die Probleme besonders deutlich: Daten zur Häufigkeit der Erkrankung fehlten (Dunkelziffer analog zu Deutschland: rd. 53 % der Erwachsenen), ebenso gesicherte Daten zur Behandlung. Eine aktuelle, am Stand der Technik definierte Versorgungsleistung der Sozialversicherung fehlte ebenso wie klare Ziele für Gesundheit und Versorgungsdichte der Bevölkerung. In einer Umfrage gaben nur 11 % der Erwachsenen an, eine Behandlungsempfehlung erhalten zu haben. Nur rd. 65 % davon gaben an, dieser auch nachgekommen zu sein. (TZ 5)

Entwicklung der Gesamtverträge

Die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Gesamtverträge gingen auf das Jahr 1956 zurück; Aktualisierungen der Leistungspositionen erfolgten im Wesentlichen 1972 und 1992. In mehreren Punkten war die Konzeption überaltet: Beratung, Vorsorge und Prophylaxeleistungen waren nur in sehr geringem Umfang vorgese-

hen; neuere technische Entwicklungen blieben unberücksichtigt, ein Anreizsystem für regelmäßige Kontrollen bestand nicht. (TZ 7, TZ 8)

Im Jahr 2003 begann der Hauptverband ein Projekt „Zahn Neu“. Dessen im Jahr 2005 zur Umsetzung angenommener Endbericht sah ein Konzept zum Abschluss eines Gesamtvertrags vor, bei dem u.a. eine wesentliche Verschiebung der Leistungen zu Vorsorge und Prophylaxe (von rd. 1 % auf rd. 18 % der Aufwendungen für die Zahnbehandlung), gegebenenfalls die Einführung von Selbstbehalten bei konservierenden Zahnbehandlungen (z.B. Füllungen) und eine Reduktion bestimmter Tarife bzw. die generelle Streichung von Leistungen in bestimmten Bereichen vorgesehen war. Der jährliche Mehraufwand für Zahnbehandlung wäre nach den Kalkulationen des Projekts je nach Umfang der Erneuerungen zwischen rd. 11,33 Mio. EUR und rd. 258,23 Mio. EUR gelegen. (TZ 9)

Eine Umsetzung in den Gesamtvertrag erfolgte jedoch nicht. Im Jahr 2012 legten die leitenden Angestellten und Obleute der Krankenversicherungsträger fest, statt einer umfassenden Neuordnung des Gesamtvertrags eine „Politik der kleinen Schritte“ zu verfolgen, bei der die Versorgungswirkung der kasseneigenen Zahnambulatorien gestärkt und die Kieferorthopädie für Kinder (Zahnspangen) gesetzlich neu geregelt werden sollte. (TZ 9)

Die Rahmenbedingungen der Gesamtvertragsverhandlungen, aber auch die Vorgehensweise der Krankenversicherungsträger, trugen nach der Einschätzung des RH dazu bei, dass ein Abschluss des Gesamtvertrags nicht gelang und somit die Versorgungssituation suboptimal blieb. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen waren neben den Ausgabenobergrenzen des Kassensanierungspakets bzw. der Gesundheitsreform auch der schon etablierte Privatmarkt und die Zersplitterung der Zuständigkeiten zu nennen: Gespräche über die Stellenpläne und die Entwicklung der kasseneigenen Zahnambulatorien erfolgten mit den einzelnen Gebietskrankenkassen, Verhandlungen über die Leistungen erfolgten bundesweit mit dem Hauptverband, die Diskussionen um die Weiterentwicklung des Berufsstands und der Ausbildung fielen in die Zuständigkeit des Ministeriums. Hinsichtlich der Vorgehensweise der Krankenversicherungsträger war anzumerken, dass diese eine Einigung über rechtliche Rahmenbedingungen (z.B. Regelung von Mindestöffnungszeiten) zur Bedingung für Verhandlungen über konkrete Leistungen machten, intern mehrere unterschiedliche Bewertungen der finanziellen Auswirkungen unter sehr verschiedenen Annahmen vorlagen, und die Entscheidung, die Verhandlungen nicht weiterzuführen, nicht von einem zuständigen Vertretungskörper des Hauptverbands getroffen wurde. (TZ 9)

Kasseneigene Zahnambulatorien

Ein wesentlicher Teil der Strategie der Krankenversicherungsträger nach dem Scheitern der Gesamtvertragsverhandlungen war die Erweiterung des Leistungsspektrums der kasseneigenen Zahnambulatorien. Der Gesetzgeber ermöglichte diese im Jahr 2013 zur Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung und der Rentabilität der kasseneigenen Zahnambulatorien. (TZ 10)

Der RH schätzte den bis zum Jahr 2016 erreichten Marktanteil an Privatleistungen auf unter 2 %; eine signifikante Verbesserung der Versorgung war durch die neuen Leistungen in kasseneigenen Zahnambulatorien noch nicht erreicht worden. Da die einzelnen neuen Leistungen kostendeckend anzubieten waren, verbesserte sich auch die Rentabilität nicht wesentlich; die Rentabilität IV lag im Jahr 2015 bezogen auf die Gesamtkosten bei rd. 89 %. Für eine Beurteilung der Effizienz der kasseneigenen Zahnambulatorien oder eine Kosten–Nutzen–Bewertung ihres Betriebs war jedoch die Rentabilitätsrechnung nur eingeschränkt geeignet. (TZ 11, TZ 14)

Ein wesentlicher Grund für den nur langsamen Ausbau der Leistungen war dessen Bindung an Bedarfsprüfungsverfahren: eine Erweiterung erforderte die Zustimmung der Österreichischen Zahnärztekammer oder den Nachweis eines Bedarfs in einem Verwaltungsverfahren des Landes mit Parteistellung der Österreichischen Zahnärztekammer. In Niederösterreich beeinspruchte diese in insgesamt 27 Verfahren sämtliche entsprechenden Bescheide der NÖ Landesregierung; die NÖGKK schloss schließlich eine Vereinbarung ab, nach der sie für zehn Jahre auf wesentliche Erweiterungen verzichtete, um Rechtssicherheit bezüglich der bestehenden Zahnambulatorien zu erlangen. Durch eine Gesetzesänderung im Jahr 2017 kann das Bedarfsprüfungsverfahren in Zukunft im Fall einer verbindlichen Planungsvorgabe im Regionalen Strukturplan Gesundheit verkürzt werden. Die Kriterien für diese Planung (Rentabilität, Versorgungswirkung, Vorhaltungswirkung, Ausbildung bzw. Kompetenzaufbau) waren jedoch noch nicht ausreichend klargestellt. (TZ 12, TZ 13, TZ 14, TZ 15, TZ 16, TZ 17)

Kieferorthopädie

Für Zahnspangen gelang mit 1. Juli 2015 eine Sachleistungsversorgung ohne Patientenzahlung für behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche („Gratiszahnspange“). Der Gesetzgeber definierte dafür nicht nur die Ansprüche der Versicherten neu, er erteilte auch einen ausdrücklichen Auftrag für den Abschluss eines Gesamtvertrags bis zu diesem Stichtag, stellte zweckgewidmet zusätzliche Steuermittel von 80 Mio. EUR jährlich zur Verfügung und regelte eine Alternative zum Abschluss eines Gesamtvertrags (Einzelverträge). Die Bestimmungen der alten Zahnspangenregelung (altersunabhängig für besonders schwere Fälle) bestanden

weiter; in Anbetracht der neuen Regelung bestand jedoch Anpassungsbedarf. (TZ 18, TZ 19, TZ 20, TZ 21)

Die Krankenversicherungsträger hatten im Projekt „Zahn Neu“ wesentlich geringere Mittel für die Versorgung im Bereich der Kieferorthopädie veranschlagt, weil einerseits Selbstbehalte vorgesehen waren und andererseits eine engere Zielgruppe als anspruchsberechtigt gesehen wurde. (TZ 26)

In Österreich war keine eigene Fachrichtung für Kieferorthopädie eingerichtet (die Aufgaben waren vom Tätigkeitsbereich einer Zahnärztin bzw. eines Zahnarztes mitumfasst). Der Gesetzgeber forderte daher ein Qualitätssicherungssystem im Gesamtvertrag ein. Dieser sah bei der Auswahl der Vertragspartner vor, Ausbildungen unterschiedlicher Qualität zu berücksichtigen und Behandlungsfälle mit einem bestimmten Behandlungserfolg nachzuweisen. (TZ 22, TZ 23, TZ 24, TZ 25)

Die NÖGKK bewertete dennoch alle Ausbildungen gleich und überprüfte die eingereichten Behandlungsfälle nur stichprobenartig. Sie gab an, dass andernfalls eine zeitgerechte Umsetzung der Versorgung nicht möglich gewesen wäre. Die WGKK führte eine umfassende Überprüfung durch, konnte aber erst nach mehreren Ausschreibungsrunden im Jahr 2017 die letzte Stelle besetzen. (TZ 24)

Qualitätssicherung

Das Gesundheitsqualitätsgesetz sah eine systematische Qualitätsarbeit vor. Im Bereich der Zahngesundheit nahmen die Gebietskrankenkassen überwiegend eine Abrechnungskontrolle vor, die Österreichische Zahnärztekammer traf Vorsorge für eine Selbstevaluierung der Zahnärztinnen und Zahnärzte nach allgemeinen Kriterien und deren stichprobenartige Überprüfung. Eine Überprüfung der Ergebnisqualität war dabei nicht vorgesehen. Die gesetzlich vorgesehenen Leitlinien oder Richtlinien des Ministeriums gab es für den Zahnbereich nicht. Angesichts des erheblichen Marktanteils von Privatleistungen (die der Überprüfung durch die Kassen nicht unterlagen) und der nur allgemeinen Überprüfung durch die Österreichische Zahnärztekammer sah der RH wesentliche Lücken in der systematischen Qualitätsarbeit. (TZ 27, TZ 28, TZ 29)

Empfehlungen

Zusammenfassend hielt es der RH für geboten, Zahngesundheits- und Versorgungsziele zu definieren, die Ergebnisse systematisch zu messen, den Leistungskatalog zu aktualisieren und stärker auf Prophylaxe auszurichten, die Anbieterstruktur nach analytischen Kriterien zu gestalten und eine systematische Qualitätsarbeit zu entwickeln. Er hielt dadurch eine erhebliche Verbesserung der Zahngesundheit

und der Versorgung von Zahnproblemen für möglich. Er wies darauf hin, dass schon seit längerem laufende Reformvorhaben (Gesundheitsziele, systematische Diagnostikdokumentation, Qualitätsarbeit) bisher wenig konkrete Ergebnisse im Zahnbereich zeigten. Durch die Gesetzesänderungen 2017 bestand die Chance, durch die Gesundheitsplanung 2018 einen wesentlichen weiteren Schritt zu setzen. Von essentieller Bedeutung war, ob zeitnah der Abschluss eines modernen Gesamtvertrags erfolgt bzw. wie auf ein weiteres Scheitern reagiert werden kann. (TZ 33)

Kenndaten

Versorgung im Bereich der Zahnmedizin					
Rechtsgrundlagen	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, insbesondere §§ 153 ff.; unter besonderer Berücksichtigung der Novellen BGBl. I Nr. 28/2014 („Gratiszahnspange“) und BGBl. I Nr. 123/2012 (Erweiterung Leistungsspektrum Zahnambulatorien)				
	2012	2013	2014	2015	2016
	in Mio. EUR				
Ausgaben					
gesamt ¹	1.760,30	1.781,10	1.814,70	n.v.	n.v.
private Ausgaben ¹	913,10	918,70	926,10	n.v.	n.v.
öffentliche Ausgaben ¹	847,20	862,40	888,60	n.v.	n.v.
<i>davon</i>					
WGKK ²	164,98	166,52	168,65	174,95	186,79
NÖGKK ²	111,60	110,74	114,29	116,24	123,49
	Anzahl				
Zahnärztinnen und Zahnärzte					
Planstellen WGKK	681	674	671	664	659
Planstellen NÖGKK	465	466	467	466	465
Vertragsärzte WGKK ³	707	699	695	688	680
Vertragsärzte NÖGKK ³	461	464	464	459	453
	in Mio. EUR				
Leistungen Zahnambulatorien					
WGKK	23,65	24,29	23,71	25,24	25,05
NÖGKK	10,25	10,72	10,93	11,06	11,16
Ausgaben Kieferorthopädie⁴					
WGKK	5,48	4,94	4,49	7,64	14,37
NÖGKK	3,90	3,82	3,61	5,67	10,57

¹ generiert aus Einkommensteuerdaten der Zahnärztinnen und Zahnärzte im Kontext der Erhebungen der Statistik Austria zum System of Health Accounts

² laut Rechnungsabschlüssen der WGKK und der NÖGKK (Positionen Zahnersatz und Zahnbehandlung)

³ Im Gegensatz zu den Stellen lt. Stellenplan sind hier nur die tatsächlich unter Vertrag stehenden Ärztinnen und Ärzte angegeben.

⁴ ohne kasseneigene Zahnambulatorien

Quellen: Statistik Austria; Hauptverband; WGKK; NÖGKK

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH führte zwischen November 2016 und Februar 2017 eine Gebarungsüberprüfung zum Thema „Versorgung im Bereich der Zahnmedizin“ durch. Prüfungshandlungen erfolgten bei der Wiener Gebietskrankenkasse (**WGKK**), der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (**NÖGKK**), beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**) und beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Auskünfte holte der RH auch bei der Gesundheit Österreich GmbH sowie bei der Österreichischen Zahnärztekammer (**Zahnärztekammer**) ein. Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit

- der gesundheitspolitischen Steuerung durch Gesundheitsziele und Iststandserhebungen,
- des Leistungsspektrums der Krankenversicherungsträger durch die Gestaltung des Gesamtvertrags und der Satzungen,
- der Erbringung von Leistungen in den kasseneigenen Zahnambulatorien und
- der Einführung und Implementierung der „Gratiszahnspange“.

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2014 bis 2016.

(2) Ein wesentliches Merkmal der zahnärztlichen Versorgung betrifft den Umstand, dass Veränderungen ein abgestimmtes Vorgehen hinsichtlich gesundheitspolitischer Zielsetzung, Ausbildung der Leistungserbringer, Planung und Bewilligung von Gesundheitseinrichtungen, Einkauf von bestimmten Leistungen, Abschluss von Gesamtverträgen, Anpassung der Satzungen und Qualitätssicherung erfordern. Der RH richtete seine Empfehlungen daher grundsätzlich gemeinsam an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, die überprüften Krankenversicherungsträger und den Hauptverband.

(3) Die NÖGKK führte dazu aus, dass bei der Adressierung der Empfehlungen im Einzelnen auf die gesetzlichen Zuständigkeiten und Kompetenzen abzustellen sei. Insbesondere seien für den Abschluss des (bundeseinheitlichen) Gesamtvertrags der Hauptverband und für die Erstellung von Rahmengesundheitszielen bzw. eine Differenzierung des Berufsbildes der Zahnmedizin das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zuständig.

(4) Der RH merkte dazu an, dass die Praxis zeigte, dass eine Zusammenarbeit aller Akteure unabdingbar war: Etwa waren auf fachlicher Ebene aus Sicht des RH die Initiative, das Know-how und die Leistungsbereitschaft der Gebietskrankenkassen (**GKK**) wesentliche Voraussetzungen für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsziele. Aufgrund der Mitwirkung der GKK an der Willensbildung des Hauptverbands trugen diese auch entscheidende Mitverantwortung am (Nicht-)Zustandekommen des Gesamtvertrags. Der RH hielt das Auseinanderfallen der formellen Verantwortung und der tatsächlichen Bedeutung einzelner Rechtsträger bei der Entscheidungsfindung für eines der Kernprobleme im Gesundheitswesen.

(5) Die Angelegenheiten der Versorgung im Bereich der Zahnmedizin waren bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angesiedelt. Mit Inkrafttreten der BMG-Novelle 2017¹ ressortieren diese Angelegenheiten im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Der RH überprüfte daher das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der Adressat der Empfehlungen ist jedoch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (beide kurz: **Ministerium**).

(6) Zu dem im Oktober 2017 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, der Hauptverband und die NÖGKK im Jänner 2018, die WGKK im Februar 2018 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im April 2018.

Gebarungsvolumen und Versorgungsauftrag

Gebarungsvolumen

- 2 Die folgende Übersicht zeigt das Gebarungsvolumen für die zahnärztliche Versorgung in den Jahren 2012 bis 2016.

¹ BGBl. I Nr. 164/2017 vom 28. Dezember 2017, in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

Tabelle 1: Gebarungsvolumen der zahnärztlichen Versorgung in Österreich 2012 bis 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
	in Mio. EUR				
Ausgaben					
gesamt	1.760,30	1.781,10	1.814,70	n.v.	n.v.
private Ausgaben	913,10	918,70	926,10	n.v.	n.v.
öffentliche Ausgaben	847,20	862,40	888,60	n.v.	n.v.
davon					
WGKK	164,98	166,52	168,65	174,95	186,79
NÖGKK	111,60	110,74	114,29	116,24	123,49

Quellen: Statistik Austria, System of Health Accounts; Gebarungstatistik der Sozialversicherungsträger

Die Tabelle zeigt, dass im Jahr 2014 rd. 1,815 Mrd. EUR für die zahnärztliche Versorgung ausgegeben wurden. Etwas weniger als die Hälfte davon entfiel auf Ausgaben der öffentlichen Hand, insbesondere der Krankenversicherungsträger. Mit rd. 926,10 Mio. EUR gehörten die Ausgaben für zahnärztliche Versorgung neben den Ausgaben für Pflege und Medikamente zu den drei größten privaten Gesundheitsausgaben.²

Im Vergleich mit anderen OECD-Staaten lagen die für Zahngesundheit verwendeten Mittel in Österreich mit rd. 236 EUR pro Person im oberen Drittel (Mittelwert: rd. 189 EUR pro Person); auch der Anteil der öffentlichen Mittel lag überdurchschnittlich hoch (Österreich: 49 %, OECD Mittelwert 33 %).

Datengrundlagen

3.1

(1) Die Ausgaben der Krankenversicherungsträger waren aus deren Rechnungsab-schlüssen zeitnah bekannt und konnten anhand der Abrechnungsdaten im Detail bestimmten Leistungen zugeordnet werden.³

Demgegenüber war die einzige Quelle für Gesamt- und Privatausgaben die statis-tische Auswertung der Einkommens- bzw. Umsatzsteuererklärungen der Zahnärzt-tinnen und Zahnärzte. Die zugrunde liegenden Leistungen (z.B. Vorsorgeleistungen wie Mundhygiene, Füllungen mit Spezialmaterialien, Leistungen des Zahnersatzes

² Die Statistik gemäß System of Health Accounts zeigte im Jahr 2014 Privatausgaben („household out of pocket payments“) von rd. 921 Mio. EUR für Pflege, rd. 854 Mio. EUR für „over the counter medicines“ (hinzu kommen noch Rezeptgebühren) und rd. 800 Mio. EUR für Zahnmedizin (dazu kommen noch rd. 126 Mio. EUR an Selbstbehalten für zunächst von der Sozialversicherung bezahlte Leistungen); der Zahnbereich liegt damit etwa deutlich über der Summe der Ausgaben für Brillen, Hörgeräte und orthopädische Behelfe (688 Mio. EUR).

³ So entfielen in der Krankenversicherung der Unselbstständigen im Jahr 2016 rd. 162,89 Mio. EUR auf Leis-tungen des Zahnersatzes, rd. 174,69 Mio. EUR auf Füllungen (inkl. Ecken Aufbau etc.), rd. 42,40 Mio. EUR auf Wurzelbehandlungen, rd. 77,22 Mio. EUR auf Röntgen etc.

oder Zahnspangen) waren daraus nicht ableitbar. Weiters lagen im Frühjahr 2017 erst Daten zum Jahr 2014 vor. Die Ausgaben für Zahnversorgung im Ausland waren ebenfalls nicht verfügbar. Wesentliche Aussagen zur Versorgung (z.B. die Anzahl der insgesamt und je Leistung behandelten Personen) lagen daher nicht vor.

(2) Die von der Gebarungsüberprüfung umfassten Krankenversicherungsträger und die Zahnärztekammer gingen davon aus, dass der Anteil an Privatleistungen im Zeitverlauf anstieg. Sie begründeten dies mit neu entwickelten, nicht von den Krankenversicherungsträgern vergüteten Leistungen (wie z.B. Implantatversorgung) bzw. vermehrten Vorsorgeleistungen (z.B. Mundhygiene). Die Zahnärztekammer legte dazu auch Daten aus (allerdings nicht repräsentativen) Auswertungen von über hundert Zahnärztinnen und Zahnärzten vor, die zeigten, dass der Anteil der Privatausgaben teils erheblich anstieg. Die offizielle Statistik zeigte diese Entwicklung jedoch nicht.

(3) Das Ministerium, der Hauptverband und die Länder beauftragten mehrmals Studien beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (**ÖBIG**),⁴ das teils durch Untersuchungen (z.B. in Schulen) bzw. Befragungen (z.B. bei Erwachsenen bzw. älteren Personen) Daten zur Zahngesundheit erhob. Die Ergebnisse wichen teilweise von den ausgewerteten Verwaltungsdaten ab (z.B. gaben rd. 85 % der befragten Erwachsenen zwischen 35 und 44 Jahren an, in den letzten zwölf Monaten beim Zahnarzt gewesen zu sein, die Auswertung der vorgelegten e-cards bei Zahnärztinnen und Zahnärzten ergab jedoch nur einen Anteil von rd. 48 % bis 52 % in der entsprechenden Altersgruppe).

Weiters waren die Ergebnisse nicht aktuell, z.B. lagen zum Zahnstatus von Erwachsenen im Frühjahr 2017 zuletzt Daten aus einer Veröffentlichung des Jahres 2010 vor.

3.2

Der RH wies kritisch darauf hin, dass wesentliche Daten über Art, Anzahl und Gebahrungsvolumen der zahnmedizinischen Leistungen fehlten. Er hielt dies für die Planung eines Versorgungsangebots für erheblich nachteilig (siehe auch **TZ 7 f.**).

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK, ein umfassendes Konzept zur Erhebung der notwendigen Daten zu erstellen, diese Daten systematisch zu erheben und für die Gestaltung der Vertragsstrukturen (**TZ 7, TZ 8, TZ 9**) und des Versorgungsangebots (**TZ 10, TZ 11, TZ 12, TZ 13, TZ 14, TZ 15, TZ 16, TZ 17**) zu nutzen.

⁴ z.B.: Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2010; Mundgesundheit der älteren Bevölkerung – Herausforderungen, Konzepte, Maßnahmen, 2016; Zahnstatus bei 18-jährigen 1998 bis 2008; 2010; Länderrahmstatuserhebung 2012, Zwölfjährige in Österreich 2014, Zahnstatus 2011 bei Sechsjährigen in Österreich, 2012

Er wies darauf hin, dass bereits seit mehreren Jahren Projekte zur standardisierten Diagnosedokumentation (und pseudonymisierten Auswertung) im ambulanten und niedergelassenen Bereich liefen. Die Datenbedarfe wären auch bei der Gestaltung des Leistungsangebots (z.B. Diagnosepositionen) bzw. bei der Nutzung von Verwaltungsdaten (Abrechnung, ELGA etc.) mit zu berücksichtigen.

3.3

(1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, es werde angedacht die Kompetenzstelle Mundgesundheit der Gesundheit Österreich GmbH mit der Erstellung eines Konzepts für ein institutionalisiertes Mundgesundheitsmonitoring für Österreich zu beauftragen bzw. entsprechende Fragen im Rahmen der nächsten Österreichischen Gesundheitsbefragung aufzunehmen.

(2) Der Hauptverband merkte an, dass hinsichtlich der Kosten der Krankenversicherungsträger umfassende Daten zur Verfügung stünden, die auf Basis einer Weisung des Ministeriums erstellt würden. Der Hauptverband stehe einer Ergänzung dieser Weisung aufgeschlossen gegenüber und regte an, auch die Krankenfürsorgeanstalten zur Vorlage der entsprechenden Statistiken zu veranlassen.

(3) Die WGKK merkte an, dass sie in erster Linie die vollständig zur Verfügung stehenden Daten über die als Kassenleistung in Anspruch genommenen Leistungen als maßgeblich für die Planung der Sachleistungsversorgung erachte. Weiters enthielten der Regionale Strukturplan Gesundheit und der Versorgungsplan des Hauptverbands zur Kieferregulierung (§ 343e Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – **ASVG**) maßgebliche Daten.

3.4

Der RH entgegnete der WGKK, dass angesichts des hohen Anteils an Privatleistungen (rd. 50 %) die Kassenleistungen allein keinen Überblick über die Versorgungslage der Bevölkerung geben konnten. Weiters merkte er an, dass neben den tatsächlich erbrachten Leistungen auch der Zahnstatus (die Ausgangslage) und die Erfolge der Behandlung (Wirkungsorientierung) wesentlich waren. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Gesetzlicher Auftrag, Gesundheits- und Versorgungsziele

4.1

(1) Das ASVG sah vor, dass die Zahnbehandlung grundsätzlich in das Leistungsspektrum der Krankenversicherung fiel, und beauftragte die Krankenversicherungsträger, nähere Regelungen in den Satzungen zu treffen. Eine genauere Definition des Leistungsniveaus fehlte im ASVG. Dies durchaus im Gegensatz zur allgemeinen Krankenbehandlung, die nach dem ASVG ausreichend und zweckmäßig zu sein hatte, aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten durfte.

Nach dem gesetzlichen Auftrag war für den „unentbehrlichen“ Zahnersatz nach Maßgabe der finanziellen Möglichkeiten vorzusorgen.⁵

Die Leistungserbringung sollte primär durch den niedergelassenen Bereich erfolgen, d.h. dass Kassenleistungen in Gesamtverträgen zwischen der Interessenvertretung der Zahnärztinnen und Zahnärzte und den Krankenversicherungsträgern zu vereinbaren waren.

(2) Seit den 1980er Jahren gab die World Health Organization (**WHO**) bestimmte Indikatoren und global geltende Zielwerte für die Zahngesundheit vor; die ersten sollten im Jahr 2000, die folgenden im Jahr 2020 erreicht sein. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die gesetzten Ziele und den zuletzt erhobenen Status der Zielerreichung in Österreich:

Tabelle 2: WHO-Ziele zur Zahngesundheit und Umsetzungsstand in Österreich

Altersgruppe	Indikator	Zielwert 2000	WHO-Ziel 2020	Ergebnis in Österreich (Jahr der Erhebung)	Ziel für Österreich
Kinder (Sechsjährige)	Anteil kariesfrei	50 %	80 %	52 % (2011)	nicht definiert
Jugendliche (18-Jährige)	Anteil Personen ohne fehlende Zähne	85 %	100 %	97 % ohne fehlende Zähne (2008)	nicht definiert
Erwachsene (35 bis 44 Jahre)	fehlende Zähne	Rückgang um 50 % gegenüber 1981	DMFT kleiner oder gleich 10	DMFT = 15 (2010)	nicht definiert
Erwachsene (65 bis 74 Jahre)	fehlende Zähne	-25 % gegenüber 1981	max. 10 % zahnlos	16 % zahnlos (2010)	nicht definiert

DMFT = decayed, missing or filled teeth

Quelle: ÖBIG

Die Gegenüberstellung zeigt, dass die Ziele für das Jahr 2000 in Österreich weitgehend erreicht wurden, die Ziele für das Jahr 2020 bisher weitgehend noch nicht. Zuletzt empfahl die WHO angesichts erheblicher regionaler Unterschiede, dass die einzelnen Mitgliedstaaten die Zielwerte spezifisch festlegen sollten. Österreich kam dieser Empfehlung bisher nicht nach.

(3) Mit der Gesundheitsreform 2012 bzw. in den zuletzt 2016 angepassten Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG zur Zielsteuerung Gesundheit und zur Finanzierung des Gesundheitswesens bekannte sich die österreichische Gesundheitspolitik zum Prinzip der Wirkungsorientierung mit der Festlegung von Versorgungszielen und einem entsprechenden Monitoring der Zielerreichung. Dabei sollten die Public-Health-Grundsätze der WHO und insbesondere die Prävention berücksichtigt werden. Die konkrete Ausgestaltung dieser Grundsätze erfolgte auf mehreren Ebenen:

⁵ zum Spezialbereich der Kieferorthopädie siehe [TZ 18](#)

- Der Ministerrat beschloss auf Empfehlung der Bundesgesundheitskommission zehn übergeordnete Rahmengesundheitsziele (z.B. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen, gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten). Diese waren in jeweils einer Arbeitsgruppe zu präzisieren und sollten in allen Lebensbereichen (nicht nur der Krankenversicherung) umgesetzt werden.
- Die konkrete medizinische Versorgung war vom Gesundheitsziel 10 (Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen) abgedeckt. Die Festlegung konkreter Ziele, Indikatoren und Maßnahmen war in diesem Bereich der Bundeszielsteuerungskommission (bzw. in weiterer Folge den Landeszielsteuerungskommissionen) übertragen.

Dort waren im Wesentlichen der Bund, die Länder und die Krankenversicherungsträger (und somit die Finanzierer des Gesundheitswesens) vertreten, die eine einheitliche Position über Ziele, Strukturen und Leistungen erreichen mussten. Eine gesonderte Vertretung der Patientinnen und Patienten war nicht vorgesehen. Eine institutionalisierte Evaluierung, inwieweit die Festlegungen der Bundes- bzw. Landeszielsteuerungskommissionen die Versorgung dort auf die Erreichung der übrigen Gesundheitsziele ausrichteten (z.B. die Umsetzung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sicherstellten), war nicht vorgesehen. Die tatsächlich festgelegten Ziele und Maßnahmen waren allerdings öffentlich zugänglich, ein regelmäßiges Monitoring war sichergestellt.

Eine umfassende Festlegung von Zielen, Indikatoren und Maßnahmen im Bereich der Zahnmedizin erfolgte in den Zielsteuerungskommissionen nicht, lediglich einzelne Indikatoren (Kariesfreiheit bei unter Sechsjährigen) waren definiert. Nur in wenigen Bereichen war tatsächlich eine Abstimmung zwischen Ländern und Sozialversicherungsträgern im Zahnbereich erforderlich. Dies betraf insbesondere die Gruppenprävention für Kinder und Jugendliche, die z.B. für die WGKK rd. 0,81 Mio. EUR vom Gesamtaufwand von 184,39 Mio. EUR ausmachte.

(4) Gemäß § 441e ASVG hatte der Hauptverband für die Sozialversicherung jährlich eine systematische Übersicht der zu erreichenden Ziele zu erstellen und diese einerseits mit den einzelnen Trägern, andererseits mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz abzustimmen. Darin war für das Jahr 2016 auch die Entwicklung einer Strategie zur Zahnversorgung enthalten. Konkretere Ziele (z.B. zum angestrebten Zahnstatus oder einer Integration von Präventionsleistungen in das Angebot der Krankenversicherungsträger) waren nicht enthalten. Im Gegensatz zu den Zielsteuerungsverträgen waren diese Ziele und der Status der Zielerreichung nicht öffentlich zugänglich.

4.2

(1) Der RH kritisierte, dass entgegen den Empfehlungen der WHO keine spezifischen Ziele für die Zahngesundheit bzw. die zahnmedizinische Versorgung in Österreich festgelegt waren.

Er merkte weiters kritisch an, dass Österreich die (global geltenden) WHO-Ziele 2020 überwiegend derzeit nicht erreichte, obwohl die Ausgangsbasis gemessen an der Zielerreichung 2000 gut war. Der RH sah dies durchaus auch im Zusammenhang damit, dass eine Aktualisierung des Leistungskatalogs der Krankenversicherungsträger nicht gelungen war und daher insbesondere moderne Prophylaxeleistungen überwiegend nicht im Versorgungsangebot der GKK enthalten waren (TZ 5, TZ 8).

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK, zeitnah quantifizierbare Ziele für die Zahngesundheit bzw. die zahnmedizinische Versorgung festzulegen.

Der RH sah dies als wichtige Voraussetzung für eine gezielte Verhandlungsführung hinsichtlich eines neuen Gesamtvertrags.

(2) Im Zusammenhang mit dem Fehlen operativer Zahngesundheitsziele beurteilte der RH den vorgesehenen Prozess zur Zielfestlegung in mehreren Dimensionen als problematisch. Die Rahmengesundheitsziele waren bewusst so abstrakt gehalten, dass sie die konkrete Leistungserbringung nicht determinieren konnten. Bei der zur Konkretisierung vorgesehenen Zielfestlegung in den Bundes- bzw. Landeszielsteuerungskommissionen war jedoch die Zusammensetzung der Gremien für den Zahnbereich wenig geeignet: Die Abstimmung zwischen Ländern und Krankenversicherungsträgern war inhaltlich nur für Randbereiche (Gruppenprävention für Kinder und Jugendliche) erforderlich, jedoch für die gesamte Zielfestlegung vorgesehen. Andererseits fehlte eine Vertretung der Patienteninteressen und eine systematische Evaluierung der Berücksichtigung der Gesundheitsziele, sodass die Integration zweckmäßiger, aber schwer zu finanzierender Leistungen nicht sichergestellt war. Im Zielfestlegungsprozess innerhalb der Sozialversicherung war wiederum eine öffentliche Transparenz und damit eine klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten für etwaige Lücken in der Versorgung nicht gewährleistet. Nach Ansicht des RH trugen diese Schwächen im Zielfestlegungsprozess dazu bei, dass keine Ziele für den Zahnbereich festgelegt worden waren.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK, den Prozess zur Festlegung von Zahngesundheitszielen so zu gestalten, dass eine Orientierung an den Rahmengesundheitszielen erfolgt, die Verantwortung zur Zielfestlegung klargestellt ist und Transparenz über etwaige Lücken in der Zielfestlegung besteht.

4.3

(1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, die Festlegung von Zielen in der Mundgesundheit erfordere einen von den Zielsteuerungspartnern und allenfalls weiteren Stakeholdern gemeinsam getragenen Prozess. Dazu gebe es seit 2017 einen Stakeholder Dialog und es werde derzeit geprüft, ob dieser als Plattform genutzt werden könne, um die Erarbeitung von quantifizierbaren Zielen zu unterstützen, die allenfalls mittelfristig im Zielsteuerungsvertrag verankert werden könnten. Im Übrigen liege Österreich bei der Mundgesundheit im europäischen Mittelfeld. Die Zahnprophylaxe für Kinder und Jugendliche sei im Regierungsprogramm verankert. Es werde angedacht, die Kompetenzstelle Mundgesundheit der Gesundheit Österreich GmbH mit der Erstellung eines Konzepts für ein institutionalisiertes Mundgesundheits-Monitoring für Österreich zu beauftragen bzw. entsprechende Fragen im Rahmen der nächsten Österreichischen Gesundheitsbefragung aufzunehmen.

(2) Der Hauptverband wies darauf hin, dass im Rahmen des Leistungsauftrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht alle denk- und machbaren Leistungen der Zahnmedizin zur Verfügung gestellt werden können. Die Zahnmedizin habe in den letzten Jahrzehnten einen Wandel erfahren, der zu einem stark von ästhetischen Motiven beeinflussten Leistungsangebot geführt habe. Der Fokus der gesetzlichen Krankenversicherung liege auf der Beseitigung regelwidriger Zustände, sie erbringe einen bedeutenden Teil zur Wiederherstellung, zum Erhalt und zur Verbesserung der Zahngesundheit. Der Hauptverband werde die Festlegung von Gesundheitszielen auch in seinen Zielen und Vorgehensweisen berücksichtigen.

(3) Die WGKK wies darauf hin, dass Präventionsleistungen derzeit nicht als Pflichtleistung im ASVG vorgesehen seien. Dennoch wende sie als freiwillige Leistung nicht unerhebliche Mittel für Gruppenprävention für Kinder und Jugendliche auf. Die Festlegung von Zielen sei in erster Linie Aufgabe des Gesetzgebers, die Festlegung des Prozesses dazu Aufgabe des Ministeriums bzw. des Hauptverbands.

4.4

Der RH wies zur Stellungnahme der WGKK darauf hin, dass die Konkretisierung von Gesundheitszielen durchaus auch im Rahmen der Versorgungsplanung seitens der Gebietskrankenkassen erfolgen könne und erinnerte dabei z.B. an die (mit dem Ministerium abzustimmende) Balanced Scorecard. Auf fachlicher Ebene war aus Sicht des RH die Initiative der Gebietskrankenkassen wesentliche Voraussetzung für eine Weiterentwicklung einer zielgerichteten Vorgehensweise.

Beispiel Parodontalbehandlung

5.1

In Deutschland wiesen rd. 53 % der Erwachsenen schwere oder mittelschwere Erkrankungen des Zahnfleischs auf. Diese galten bei Erwachsenen als häufigste Ursache für Zahnverlust, aber aufgrund der ständigen Entzündungsherde auch als Risikofaktoren für diverse sonstige Gesundheitsprobleme (z.B. Herz–Kreislauf–Erkrankungen, Komplikationen bei Diabetes). Durch eine gezielte Behandlung (Entfernung von Zahnstein unter dem Zahnfleisch, Glättung der Zahnwurzeloberfläche, Maßnahmen zur Bekämpfung bakterieller Entzündungen) waren wesentliche Verbesserungen möglich.

Nach §§ 16 bis 18 Zahnärztegesetz (**ZÄG**) hatten Zahnärztinnen und Zahnärzte die Patientinnen und Patienten gewissenhaft nach Maßgabe der zahnmedizinischen Wissenschaft zu betreuen, sich über die Entwicklungen der Wissenschaften fortzubilden und die Patientinnen und Patienten insbesondere über die Diagnose, den geplanten Behandlungsablauf, die Risiken der zahnärztlichen Behandlung sowie deren Alternativen, die Kosten, die Folgen der zahnärztlichen Behandlung bzw. eines Unterbleibens aufzuklären.

Eine aktuelle Stuserhebung in Österreich zur Häufigkeit von Zahnfleischerkrankungen gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht. Die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie stufte jedoch die für Deutschland erhobenen Daten auch für Österreich als relevant ein. Bei einer Umfrage des ÖBIG aus dem Jahr 2010 gaben nur 11 % der Bevölkerung zwischen 35 Jahren und 44 Jahren an, die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt habe ihnen eine Parodontal–Behandlung empfohlen, nur rd. 65 % davon gaben an, sie hätten eine solche auch durchführen lassen. Bei bestimmten Gruppen (z.B. Migrantinnen und Migranten, bildungsfernen Schichten) führten weniger als die Hälfte der Personen die empfohlene Untersuchung auch tatsächlich durch.

Das ÖBIG verwies darauf, dass „Parodontalbehandlungen von den Krankenkassen nicht bezahlt werden und daher privat finanziert werden müssen“.⁶

In internen Unterlagen der Krankenversicherungsträger zur Vorbereitung von Verhandlungen mit der Zahnärztekammer über die Aufnahme von Parodontalbehandlungen unterschieden sich die Annahmen zur Kalkulation von Kosten zwischen 2005 und 2012 erheblich. Im Zuge der Gebarungsüberprüfung äußerten Gesprächspartnerinnen und –partner gegenüber dem RH unterschiedliche Meinungen zu einer Aufnahme in den Katalog der öffentlich finanzierten Leistungen. Diese reichten vom Hervorheben des positiven Einflusses auf die Gesundheit der Bevölkerung bis zur Einschätzung, dass die Parodontalbehandlung als Vorsorgeleistung nicht

⁶ Eine umfassende parodontale Grunduntersuchung bzw. eine entsprechende Behandlung waren nicht als eigene Tarifposition im jeweiligen Gesamtvertrag enthalten. Einzelleistungen (z.B. Stomatitisbehandlung, Entfernung von Zahnstein) wurden zwar übernommen, waren jedoch nicht gleichwertig.

vom gesetzlichen Auftrag umfasst und ein ausdrücklicher gesetzlicher Auftrag nötig sei.

Die Qualitätssicherung (TZ 27, TZ 28, TZ 29) durch die Krankenversicherungsträger umfasste im Wesentlichen nur eine Kontrolle der abgerechneten Leistungen. Inwieweit der Umstand, dass nur bei 11 % eine Behandlungsempfehlung angegeben wurde, auf ein allfälliges Qualitätsproblem hindeutete, blieb damit offen.

5.2 Der RH wies darauf hin, dass sich am Beispiel der Parodontalbehandlung die in diesem Bericht dargestellten Probleme fokussieren: Der Versorgungsauftrag war unklar, der Gesamtvertrag umfasste nur Teilleistungen, ein Status der tatsächlichen Erkrankungen und Behandlungen fehlte weitgehend und eine Qualitätssicherung blieb offen.

Der RH wies daher auf seine Empfehlungen zur Konkretisierung des Versorgungsauftrags, der Erstellung eines Gesamtkonzepts zur Datenerhebung, zum Abschluss eines aktuellen Gesamtvertrags und zur Verbesserung der Qualitätssicherung hin (TZ 3, TZ 4, TZ 8, TZ 9, TZ 27, TZ 28, TZ 29).

5.3 (1) Das Ministerium bezeichnete in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH zur Konkretisierung des Versorgungsauftrags als unklar, da darin keine konkrete Anregung enthalten sei.

(2) Die NÖGKK führte aus, dass sie zwar die medizinische Sinnhaftigkeit der Parodontalbehandlung als Vorsorgeleistung nicht in Frage stelle, aber diese Leistung vom gesetzlichen Versorgungsauftrag des § 153 ASVG nicht eindeutig umfasst sei. Ein eindeutiger gesetzlicher Auftrag verbunden mit einer Klarstellung zur Kostendeckung würde dazu Klarheit bringen. In den Zahnambulatorien der NÖGKK sei eine Patientenbefragung geplant, mit der Prävalenz und Behandlungsinteresse zu diesem Thema abgefragt werden solle.

5.4 Der RH merkte zur Stellungnahme des Ministeriums an, dass die empfohlene Festlegung von Zielen eine gesellschaftspolitische Aufgabe sei. Er verwies weiters auf seine Anregung, thematisch insbesondere Individualprophylaxe, Zahnfleischbehandlungen, moderne Wurzelbehandlungen und eine zeitgemäße Regelung für Füllungen zu berücksichtigen (TZ 8).

Beispiel Gruppenprophylaxe in Schulen und Kindergärten

6.1 Sowohl die WGKK als auch die NÖGKK setzten gemeinsam mit den jeweiligen Ländern Schritte zur Verbesserung der Zahngesundheit durch Gruppenprophylaxe, jeweils mit dem Ziel, die unter **TZ 4** erwähnten WHO-Ziele zu erreichen.

Die WGKK unterstützte seit dem Jahr 2000 in Kooperation mit der Wiener Gesundheitsförderung GmbH Projekte zur Förderung der Mundgesundheit für Kinder bis zum 12. Lebensjahr (zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Form des Programms „Tipptopp. Gesund im Mund und rundherum“). Entsprechend geschulte Personen besuchten u.a. zweimal im Jahr alle öffentlichen und privaten Kindergärten und öffentlichen Volksschulen. Darüber hinaus gab es eine Intensivprophylaxe für Risikogruppen (zahnmedizinische Untersuchungen in 25 Volksschulen, in denen in der Vergangenheit eine stark erhöhte Kariesprävalenz bestand) und weiterführende Betreuung. Der Aufwand der WGKK für das Programm betrug im Jahr 2016 rd. 810.000 EUR.

Die NÖGKK führte seit 2006 gemeinsam mit dem Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (**NÖGUS**) im Rahmen des Projekts „Apollonia 2020“ Kariesprophylaxe für Kinder durch. Dabei erfolgten flächendeckend für Kinder in frühkindlichen Einrichtungen und Kindergärten im zweijährigen Rhythmus sowie in Volks- und Sonderschulen in den 1. und 4. Schulstufen Zahnstatuserhebungen durch Zahnärztinnen und Zahnärzte. Ausgebildete Zahngesundheitserzieherinnen und -erzieher besuchten mindestens zweimal im Jahr Kindergärten bzw. Schulen und es gab Elterninformationen und -beratungen in frühkindlichen Einrichtungen (z.B. Mutter-Eltern-Beratungsstellen). Die NÖGKK ließ diese Maßnahmen jährlich auswerten und verwies darauf, dass durch die Kariesprophylaxe-Aktion die Zähne der niederösterreichischen Kinder markant besser geworden seien.

6.2 Der RH begrüßte die im Bereich der Kinderzahngesundheit vorliegenden Ziele und Maßnahmen.

Er empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK, den Beitrag der Gruppenprävention bei Kindern und Jugendlichen zur Erreichung der WHO-Ziele zu evaluieren und diese Maßnahmen gegebenenfalls auszubauen.

6.3 Der Hauptverband führte aus, dass die Krankenversicherungsträger in Zusammenarbeit mit den Bundesländern einen erheblichen Beitrag zur Erreichung der WHO-Zahngesundheitsziele leisten würden. Dieser werde durch wiederkehrende Erhebungen durch das ÖBIG evaluiert. Darauf aufbauend würden weiterführende Maßnahmen diskutiert. Zuletzt sei dafür ein „Stakeholder-Dialog Mundgesundheit“ beim Ministerium eingerichtet worden.

Entwicklung der Gesamtverträge

Überblick

- 7.1** (1) Die österreichischen Krankenversicherungsträger erbrachten Zahnmedizinleistungen in unterschiedlicher Form:
- als Sachleistung, d.h. die GKK übernahm die Kosten zur Gänze und verrechnete direkt mit dem Leistungserbringer (d.h. der Versicherte musste keine Zahlung leisten);⁷
 - als Sachleistung mit Zuzahlung des Versicherten, d.h. der Versicherte musste auch bei Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten einen Teil der Leistung selbst bezahlen;
 - als Kostenzuschuss⁸, d.h. die Patientin bzw. der Patient musste zunächst die Kosten selbst tragen und die GKK leistete einen Kostenzuschuss.

Im Übrigen übernahm die Krankenversicherung keine Kosten, es handelte sich somit um Privatleistungen.

Welche Leistungen als Sachleistung, durch Zuzahlung oder durch Kostenzuschuss erbracht wurden, war in der jeweiligen Satzung bzw. deren Anhängen geregelt. Die Regelung orientierte sich an der geltenden Honorarordnung, die einen Bestandteil des jeweiligen Gesamtvertrags bildete.

- Die Leistungen der konservierend–chirurgischen Zahnbehandlung (bspw. Beratung, Zahnfüllungen aus Amalgam, Wurzelbehandlungen, Zahnsteinentfernungen) waren Sachleistungen.
- Der unentbehrliche Zahnersatz (z.B. Kunststoff– bzw. Metallgerüstprothesen) stellte eine Sachleistung dar, jedoch waren von der bzw. dem Versicherten bei der NÖGKK und der WGKK Zuzahlungen von 50 % der vereinbarten Tarifsätze zu leisten.

⁷ Dies gilt bei Leistungserbringung durch eine Vertragszahnärztin bzw. einen Vertragszahnarzt. Bei Leistungserbringung durch eine Wahlärztin bzw. einen Wahlarzt bezahlte die bzw. der Versicherte zunächst die Leistung selbst (zu einem zwischen ihm und der behandelnden Zahnärztin bzw. dem behandelnden Zahnarzt vereinbarten Preis), reichte dann eine Rechnung bei seinem Krankenversicherungsträger ein und erhielt dort 80 % des Betrags erstattet, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

⁸ z.B. Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen im Bereich der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes in besonderen medizinischen Fällen

Die als Sachleistung eingestuftten Leistungen hingen daher wesentlich von den mit der Ärztekammer bzw. der Interessenvertretung der Zahnärztinnen und Zahnärzte vereinbarten Gesamtverträgen ab.

(2) Die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Zahnbereich geltenden Gesamtverträge stammten im Wesentlichen aus dem Jahr 1956. Die Gesamtverträge galten ursprünglich grundsätzlich für alle Fachrichtungen; für Zahnbehandlungen galt jedoch in einigen Bereichen⁹ eine Sonderregelung, insbesondere die im Juli 1957 in Kraft getretene Honorarordnung.¹⁰ Während für die Ärztinnen und Ärzte die Gesamtverträge des Jahres 1956 inzwischen weitestgehend durch Neukodifizierungen ersetzt wurden, kam für Zahnärztinnen und Zahnärzte ein grundsätzlicher neuer Vertragsabschluss bisher nicht zustande. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestanden elf inhaltlich weitgehend idente Gesamtverträge.

Bestimmte Bereiche, wie die Regelung der Anzahl der Stellen für Vertragszahnärztinnen und –zahnärzte (Stellenpläne), die Auswahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte (Niederlassungsrichtlinien, Planstellenvergabevereinbarung) sowie die Abdeckung von Notdiensten (Wochenende, Nachtzeiten) wurden regelmäßig bundesländerspezifisch aktualisiert.

Neue Vertragsleistungen wurden — nach der Aufnahme von Metallgerüstprothesen als Vertragsleistung im Jahr 1972¹¹ — zuletzt im Jahr 1992 ergänzt.¹² Die Grundstruktur der Leistungen und Tarife blieb aufrecht, die Tarifhöhe lediglich indexiert.

⁹ Abänderungen bzw. Ergänzungen zum Gesamtvertrag vom 25. Juni 1956: Einzelvertragsverhältnis, Abschluss des Einzelvertrags, Stellvertretung, Ärztliche Behandlung, Krankenbesuch, Inanspruchnahme von Vertragsfachärzten, Genehmigungspflichtige ärztliche Leistungen, Verordnung von Heilmitteln und Heilbehelfen, Mutterhilfe, Honorierung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit, Rechnungslegung, Schriftverkehr, Übernahme der bisherigen Vertragsärzte, Verlautbarung

¹⁰ WGKK für Arbeiter und Angestellte, NÖGKK für Arbeiter und Angestellte, Landwirtschaftskrankenkasse für Wien, Landwirtschaftskrankenkasse für Niederösterreich, Betriebskrankenkasse der Österreichischen Staatsdruckerei, Betriebskrankenkasse der Austria Tabakwerke AG, vormals Österreichische Tabakregie, Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe, Betriebskrankenkasse der „Semperit“ Österr.–Amerikanische Gummiwerke AG, Betriebskrankenkasse der Neusiedler AG für Papierfabrikation, Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues

¹¹ mit Wirkung ab 31. Dezember 1972 als Vertragsleistung aufgenommen: Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern, Voll–Metallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen, Kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Zahnsparren

¹² neue Vertragsleistungen ab 1. Juli 1992: Einflächen– und Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage), Dreiflächen– oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage), Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung, Verblend–Metall–Keramikkrone an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufrufen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen

Im Jahr 2005¹³ löste der Gesetzgeber aufgrund europarechtlicher Vorgaben die Gruppe der Zahnärztinnen und Zahnärzte aus der allgemeinen Ärztekammer heraus. Das ASVG regelte in diesen Zusammenhang, dass ein eigener — bundeseinheitlicher — Gesamtvertrag zwischen der Zahnärztekammer und dem Hauptverband abzuschließen war. Obwohl zwischen den Vertragsparteien weitgehend Einigkeit darüber bestand, dass die Logik der Leistungen, die Relation der Tarife und wesentliche Vertragsinhalte an den Stand der Technik bzw. die veränderten Bedürfnisse anzupassen wären (TZ 8), war bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Jahr 2017 kein derartiger Vertrag abgeschlossen. Lediglich im Bereich der Zahnspangen konnte im Jahr 2014 — unter besonderem Druck des Gesetzgebers und nach Bereitstellung zusätzlicher Bundesmittel — ein Vertrag abgeschlossen werden (TZ 19).

7.2 Der RH kritisierte, dass trotz eines entsprechenden gesetzlichen Auftrags kein aktueller bundesweiter Gesamtvertrag zwischen der Zahnärztekammer und dem Hauptverband bestand. Er wies im Folgenden auf den wesentlichen Handlungsbedarf und die Ursachen für das Scheitern der bisherigen Bemühungen hin (TZ 8, TZ 9).

7.3 Die NÖGKK und die WGKK wiesen in ihren Stellungnahmen darauf hin, dass im Zuge der zwischenzeitlich veranlassten Leistungsharmonisierung der Patiententeil für unentbehrlichen Zahnersatz auf 25 % der vereinbarten Tarifsätze reduziert worden sei.

Weiters wies die WGKK darauf hin, dass der geltende Gesamtvertrag zwar aus dem Jahr 1956 stamme, aber zwischenzeitlich modifiziert worden sei.

Handlungsbedarf

8.1 Zwischen den Vertragsparteien bestand weitgehend Einigkeit darüber, dass die Logik der Leistungen, die Relation der Tarife und wesentliche Rahmenbedingungen der Leistungserbringung an den Stand der Technik bzw. die veränderten Bedürfnisse anzupassen wären (TZ 7). Dies betraf z.B. folgende Punkte:

- Die Krankenversicherungsträger galten Vorsorge- und Individualprophylaxeleistungen nur in minimalem Ausmaß ab. Obwohl z.B. die WGKK eine regelmäßige Mundhygiene als Stand der Technik beurteilte und ihren Versicherten empfahl, erbrachte sie diese nicht als Sachleistung.

In der folgenden Tabelle stellt der RH — ungeachtet der unterschiedlichen Versicherungssysteme — überblicksartig die Höhe der Selbstbehalte für wesentliche

¹³ BGBl. I Nr. 126/2005 (wirksam ab 1. Jänner 2006)

zahnmedizinische Behandlungen in Österreich jenen europäischen Systemen, die in der wissenschaftlichen Literatur¹⁴ verglichen werden, gegenüber:

Tabelle 3: Vergleich der Selbstbehalte für Leistungen in Österreich mit vier europäischen Staaten

Länder	Dänemark	Deutschland	Frankreich	Großbritannien	Österreich
	Selbstbehalte 2013 in %				
Erstberatung und Diagnose	60	0	30	90	keine vergleichbare Einzelleistung
individualprophylaktische Versorgung von Kindern	0	0	30	0	keine vergleichbare Einzelleistung
Behandlung bei Zahnfleischproblemen (subgingivale Kürettage)	60	0	30	82	keine vergleichbare Einzelleistung
zweiflächige direkte Füllung an Zahn 45	90	0–25	30	82	0 bei Amalgam, 100 bei Komposite
Wurzelkanalbehandlung an Zahn 46	20	0	30	82	0
Extraktion des Zahnes 31	60	0	30	82	0
verblendete Krone auf Zahn 21	100	72	82	89	100
Implantatsetzung regio 11	100	100	100	100	100
vollverblendete Brücke von Zahn 45 bis 47	100	82	84	89	100
Modellgussprothese	100	56	78	89	50
totalprothetische Versorgung im Ober- und Unterkiefer	100	53	92	89	50

Quelle: David Klingenberger, Markus Schneider, Uwe Hofmann, Aynur Köse, „EURO-Z-II; Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext; Comparison of dental fees in Europe“, Materialienreihe Band 34

Die Tabelle zeigt, dass in Österreich zahlreiche Prophylaxeleistungen in den Kassenkatalogen gar nicht enthalten waren, bei der konservierenden Zahnmedizin (insbesondere Füllungen) die Krankenversicherungsträger im Vergleich sehr viel übernahmen, und im Zahnersatz — ähnlich wie international üblich — besonders hohe Eigenleistungen bestanden.

- Gemäß der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Gesamtverträge galten die Krankenversicherungsträger eine Beratung nur ab, wenn der behandelnde Zahnarzt keine weitere Leistung verrechnete; bei akuten Problemen (z.B. Zahnfleischentzündung, Karies etc.) war die Beratung für die behandelte Person mit dieser Leistung abgegolten. Die Beratung war jedoch gerade für Personen mit Zahnproblemen wichtig.

¹⁴ David Klingenberger, Markus Schneider, Uwe Hofmann, Aynur Köse, „EURO-Z-II; Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext; Comparison of dental fees in Europe“, Materialienreihe Band 34; dort finden sich auch detaillierte Erläuterungen zu den einzelnen Leistungen und dem versicherungsrechtlichen Kontext im jeweiligen Land.

- Es bestand eine reine Einzelleistungsvergütung; eine Einbettung z.B. in ein Anreizsystem für regelmäßige Zahnarztbesuche oder bestimmte Anstrengungen in der persönlichen Mundhygiene (z.B. analog der deutschen Lösung des „Bonusheftes“; einer erhöhten Leistung für Zahnersatz bei Nachweis von Maßnahmen zum Zahnerhalt; oder analog zum „Mutter–Kind–Pass“) fehlte.
- Bei Füllungen galt eine Mindesthaltbarkeit von zwei Jahren, d.h. nach Ablauf dieser Zeit vergütete die Krankenversicherung die erneuerte Füllung. Die von der Gebarungsüberprüfung erfassten Zahnambulatorien verwiesen — auch aufgrund verbesserter Materialien und Techniken — auf eine mittlerweile deutlich längere Haltbarkeit von Füllungen.
- Möglichkeiten zum Führen einer Gruppenpraxis fehlten.

8.2

Der RH wies auf die aufgezeigten Defizite in den aus 1956 stammenden Regelungen hin (Beratung, Haltbarkeit von Füllungen, Möglichkeiten zur Führung einer Gruppenpraxis etc.).

Er empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK, zielgerichtete Maßnahmen zum Abschluss eines aktuellen Gesamtvertrags zu setzen und dabei thematisch insbesondere Individualprophylaxe, Zahnfleischbehandlungen, moderne Wurzelbehandlungen (**TZ 30**) und eine zeitgemäße Regelung für Füllungen zu berücksichtigen.

Er wies weiters darauf hin, dass im europäischen Vergleich die Krankenversicherungsträger wenig zur Prävention beitragen, im Bereich der konservierend–chirurgischen Zahnbehandlung dagegen sehr viel (keine Selbstbehalte).

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK zu evaluieren, welche Leistungen als Sachleistung ohne Zuzahlung, als Kassenleistung mit Zuzahlung und als Zuschuss erbracht werden sollen.

8.3

(1) Das Ministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die Kompetenz zum Abschluss eines Gesamtvertrags bei den Gesamtvertragsparteien liege. Die WGKK führte aus, der Leistungskatalog müsse zwischen Hauptverband und Zahnärztekammer vereinbart werden. Sie sei bereit, in jeder Form an der Erstellung eines Gesamtvertrags mitzuwirken, die Kompetenz zu Führung und Abschluss der Verhandlungen treffe aber den Hauptverband.

Der Hauptverband war der Ansicht, der RH sollte seine Empfehlungen auch an die andere Seite der Vertragspartnerbeziehungen, somit an die zahnärztliche Landesvertretung richten. Aufgrund unterschiedlicher Auffassungen wäre bisher trotz um-

fangreicher Verhandlungen ein Vertragsabschluss nur möglich gewesen, wenn die Sozialversicherung den Vorgaben der Zahnärztekammer gefolgt wäre, was der vorhandene Finanzrahmen ausgeschlossen habe.

(2) Die NÖGKK und die WGKK erläuterten in ihren Stellungnahmen zur Leistung „Beratung“, dass nach dem geltenden Gesamtvertrag diese zwar bei weiteren Behandlungen nicht verrechnet werden dürfe, dies jedoch auf die Leistungsverpflichtung keinen Einfluss habe.

(3) Die WGKK führte aus, dass ab 1. Jänner 2018 der Patientenanteil für die Leistungen „Kunststoffprothese“ und „Metallgerüstprothese“ auf 25 % des Vertragstarifs reduziert worden sei. Der Hauptverband führte aus, dass damit eine Entlastung der Patientinnen und Patienten von rd. 27 Mio. EUR bewirkt worden sei und auch weiße Füllungen im Seitzahnbereich als Sachleistung für bestimmte Gruppen Thema laufender Gespräche mit der Zahnärztekammer seien.

(4) Die WGKK stimmte weiters der Empfehlung des RH zu, dass eine Evaluierung, welche Leistungen als Sachleistungen, als Kassenleistungen mit Zuzahlung oder als Zuschuss erbracht werden sollten, sinnvoll sei. Dies könnte anlässlich der derzeit stattfindenden Leistungsharmonisierung oder auch im Zuge kommender Gesamtvertragsverhandlungen stattfinden.

8.4

Der RH hielt fest, dass zwar der Abschluss des Gesamtvertrags den Gesamtvertragsparteien und damit auf Sozialversicherungsseite dem Hauptverband oblag, aber die Willensbildung innerhalb des Hauptverbands maßgeblich von den GKK abhing und umgekehrt das Ministerium — z.B. durch die erforderliche Abstimmung des Zielsteuerungssystems nach § 441e ASVG — auf die Zielsetzungen des Hauptverbands Einfluss nehmen konnte. Er hielt daher daran fest, dass die angesprochenen Adressaten seiner Empfehlung gemeinsam Maßnahmen für den Abschluss eines Gesamtvertrags setzen sollten.

Zur Frage, warum er seine Empfehlung nicht auch an die Zahnärztekammer richtete, merkte der RH an, dass er zwar befugt ist, die Gebarung der gesetzlichen beruflichen Vertretungen zu überprüfen. Die Überprüfung hat sich jedoch auf die ziffernmäßige Richtigkeit, die Übereinstimmung mit den bestehenden Vorschriften, ferner auf die Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Gebarung zu erstrecken; jedoch nicht auf die Wahrnehmung der Aufgaben als Interessenvertretung (Art. 127b B-VG).

Projekt „Zahn Neu“

9.1

(1) Im Jahr 2003 begann der Hauptverband das Projekt „Zahn Neu“, dessen Ziel insbesondere eine zeitgemäße Erweiterung des Leistungsspektrums war.¹⁵ Wesentliche Projektvorschläge betrafen die Streichung veralteter Positionen der Honorarordnung¹⁶, die Einführung von wesentlichen neuen Beratungs- und Diagnosepositionen und die Integration bestimmter Prophylaxemaßnahmen insbesondere für Kinder. Füllungen sollten zukünftig unabhängig vom verwendeten Material, Einzelkronen als Sachleistung vergütet werden.

(2) Im Februar 2007 beauftragte die Trägerkonferenz die Umsetzung dieses Projekts mit dem Ziel, bis 1. Jänner 2008 eine neue Honorarordnung zu vereinbaren. Der Hauptverband führte verschiedene Gespräche mit der Zahnärztekammer und stellte die Ziele der Verhandlungen der damaligen Bundesministerin für Gesundheit¹⁷ vor; er legte dem RH über 600 Dokumente über seine Verhandlungsbemühungen vor. Wesentliche Aspekte der Zahnmedizin, wie z.B. die Gestaltung der Stellenpläne, die Weiterentwicklung der kasseneigenen Zahnambulatorien oder die künftige Entwicklung des Berufsstands und der Ausbildung, waren aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten nicht Teil der Verhandlungen. Gespräche über die Stellenpläne und die Entwicklung der kasseneigenen Zahnambulatorien erfolgten mit den einzelnen GKK, Verhandlungen über die Leistungen erfolgten bundesweit mit dem Hauptverband, die Diskussionen um die Weiterentwicklung des Berufsstands und der Ausbildung fielen in die Zuständigkeit des Ministeriums. Die Vereinbarung einer neuen Honorarordnung gelang bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Jahr 2017 nicht.

Im Laufe der Verhandlungen erklärte der Hauptverband gegenüber der Zahnärztekammer, es müsse wegen der schlechten finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger versucht werden, im vorhandenen Finanzrahmen Innovationen vorzunehmen. Die Zahnärztekammer wies umgekehrt darauf hin, dass Leistungen nach dem Stand der Technik nicht durch den bestehenden Leistungskatalog abgedeckt seien und daher als Privatleistung zu finanzieren seien.

(3) Die Krankenversicherungsträger kalkulierten im Jahr 2005 die zusätzlichen jährlichen Aufwendungen für die Umsetzung des Projekts „Zahn Neu“ zwischen rd. 11,33 Mio. EUR (für konservierend-chirurgische Leistungen unter Ansatz von rd. 46,62 Mio. EUR möglichen neuen Kostenbeiträgen) und rd. 258,23 Mio. EUR (ohne Kostenbeteiligung, aber inkl. Verbesserungen beim Zahnersatz).

¹⁵ Gesamtprojekt Aufwandsschätzung: 847.300 EUR (exkl. Umsatzsteuer)

¹⁶ insbesondere jener, deren tatsächliche Erbringung schwer nachweisbar war, z.B. Behandlung empfindlicher Zahnhälse, Zahnsteinentfernung, Stomatitisbehandlung

¹⁷ Dr. Andrea Kdolsky

Das Reinvermögen der Krankenversicherungsträger insgesamt stieg von rd. 0,853 Mrd. EUR im Jahr 2005 auf rd. 2,557 Mrd. EUR im Jahr 2014 (Bericht des RH „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“, Reihe Bund 2016/3), wobei im Rahmen des „Kassensanierungspakets 2009“ der Bund die Krankenversicherungsträger zwischen 2009 und 2014 mit rd. 1,302 Mrd. EUR unterstützte.

(4) Der Ablauf der Verhandlungen war von einem im Jahr 2009 zwischen Hauptverband und Zahnärztekammer abgeschlossenen „Memorandum of Understanding“ geprägt. Aus Sicht der Krankenversicherungsträger war dabei die Verhandlung eines neuen Vertragstexts bzw. die einvernehmliche Definition der bestehenden Honorarordnungspositionen prioritär; erst danach sollte über neue Leistungen verhandelt werden. Im Februar 2012 betrachteten die Krankenversicherungsträger diesen Verhandlungsansatz als weitgehend gescheitert. Nicht einmal über die Frage der Mindestöffnungszeiten von Zahnarztpraxen bestand Einigkeit. In einer Sitzung der „ARGE KV“ (leitende Angestellte und Obleute der Krankenversicherungsträger, kein offizielles Gremium des Hauptverbands) legte diese fest, statt einer umfassenden Neuordnung des Gesamtvertrags nunmehr eine Politik der kleinen Schritte zu verfolgen, und dabei die Stärkung der kasseneigenen Zahnambulatorien und die Neuregelung der Kieferorthopädie (Zahnspangen) für Kinder besonders voranzutreiben. Dies, obwohl weiterhin die Einschätzung vorlag, dass die Versorgungslage unbefriedigend sei und die moderne zahnmedizinische Versorgung nicht gesamtvertraglich geregelt sei. Diese Entscheidung beruhte auf einer neuen Schätzung von jährlichen zusätzlichen Kosten von rd. 250 Mio. EUR bis rd. 500 Mio. EUR allein für die konservierend–chirurgische Zahnbehandlung (insbesondere parodontal). Die Grundannahmen dieser Berechnung unterschieden sich wesentlich von den Kalkulationen 2005; so war z.B. der angenommene Aufwand für Parodontalbehandlungen (kaufkraftbereinigt) um das Achtfache höher; Selbstbehalte für Füllungen oder die Streichung von veralteten Positionen waren nicht mehr berücksichtigt. Die Entscheidung basierte auch nicht auf einer expliziten Zielsetzung hinsichtlich des zu erreichenden Reinvermögens bzw. einer Gewichtung, welche anderen Versorgungsziele gegenüber der Zahnmedizin prioritär waren.

(5) Die folgende Tabelle zeigt die Aufwendungen verschiedener Leistungen im Rahmen der Zahnbehandlungen im Ist 2004, im Soll gemäß dem Projekt „Zahn Neu“ und im Ist 2016:

Tabelle 4: Aufwendungen im Ist 2004 und 2016 sowie nach Plan des Projekts „Zahn Neu“

	Ist 2004	Plan bei Umsetzung des Projekts „Zahn Neu“	Ist 2016
	in %		
Diagnose/Beratung	1	14	1
Röntgen	16	11	18
zur Streichung vorgeschlagene Positionen	10	0	13
Prophylaxe und Parodontalbehandlung	0	4	0
Füllungen, Wurzelbehandlung, Extraktionen	65	64	58
sonstige Leistungen ¹	8	6	10

Rundungsdifferenzen möglich

¹ sonstige chirurgische Leistungen und allgemeine Leistungen

Quellen: Hauptverband; RH

Statt der vorgeschlagenen Verschiebung zu Diagnose-, Beratungs- und Prophylaxeleistungen (von rd. 1 % auf rd. 18 %) verblieb dieser Bereich bei einem Anteil von 1 %. Der Anteil der Röntgenaufnahmen und der eigentlich zur Streichung vorgesehenen Leistungspositionen stieg von 26 % auf rd. 31 % an, statt auf 11 % zurückzugehen.

9.2

Der RH anerkannte die Bemühungen des Hauptverbands, eine strategische Neuausrichtung der zahnmedizinischen Versorgung und einen aktuellen Gesamtvertrag zu konzeptionieren, und beurteilte die wesentlichen Inhalte der 2005 geplanten Neuausrichtung positiv.

Der RH kritisierte jedoch, dass trotz der übereinstimmenden Einschätzung der Vertragsparteien über eine unbefriedigende Versorgungslage keine Einigung über eine Modernisierung des Leistungskatalogs gelungen war. Er nahm zur Kenntnis, dass unterschiedliche finanzielle Interessen der Krankenversicherungsträger bzw. der Zahnärztekammer eine Einigung erschwerten, hielt jedoch nachstehende Punkte für beachtenswert:

- Über die Kosten der neuen Leistungen lagen 2005 bzw. 2012 sehr unterschiedliche Kalkulationen vor.
- Die Entscheidung, nicht über Leistungen zu verhandeln, solange die Rahmenbedingungen (z.B. Öffnungszeiten) nicht geklärt waren, scheint im Nachhinein wenig zielorientiert.

- Wesentliche Aspekte, wie z.B. die Gestaltung der Stellenpläne, die Weiterentwicklung der kasseneigenen Zahnambulatorien oder die künftige Entwicklung des Berufsstands und der Ausbildung waren aufgrund unterschiedlicher Zuständigkeiten nicht Teil der Verhandlungen.
- Es blieb unklar, wer in welcher Form für die Entscheidung verantwortlich war, die Verhandlungen zu beenden (und damit die unbefriedigende Versorgungslage aufrechtzuhalten), und welche Kriterien dabei angewendet wurden. Die Trägerkonferenz hatte die Umsetzung des Konzepts „Zahn Neu“ zwar formell beauftragt, eine Beendigung der Verhandlungen hatte jedoch ein informelles Gremium des Hauptverbands entschieden.
- Aufgrund der unklaren Kalkulationsgrundlagen war die tatsächliche Entscheidung über die Finanzierbarkeit neuer Leistungen schwer nachzuvollziehen, allerdings stieg das Reinvermögen der Krankenversicherungsträger seit dem Projekt „Zahn Neu“ um rd. 1,704 Mrd. EUR; die Untergrenze der Kalkulationen machte nur rd. 11,33 Mio. EUR jährlich aus.

Der RH verwies auf seine Empfehlung gegenüber dem Ministerium, dem Hauptverband sowie der NÖGKK und der WGKK, zielgerichtete Maßnahmen zum Abschluss eines aktuellen Gesamtvertrags zu setzen. Er hielt dabei

- vorgelagert eine klare und wenn möglich einvernehmliche Definition des Handlungsbedarfs in Prioritäten,
- wenn möglich evidenzbasierte Annahmen über den betroffenen Personenkreis und die entsprechenden Kosten,
- eine geeignete Verhandlungsführung und eine umfassende Verhandlung über alle maßgeblichen Bereiche und
- eine Entscheidung durch die formell verantwortlichen Gremien über die wesentlichen Eckpunkte der Verhandlung

für wesentlich.

Nach Einschätzung des RH waren die Möglichkeiten der Vertragsverhandlungen noch nicht ausgeschöpft.

Der RH empfahl jedoch auch, im Falle eines weiteren Scheiterns der Gesamtvertragsverhandlungen andere Maßnahmen zur Sicherstellung einer zeitgemäßen Versorgung im Zahnbereich zu setzen (z.B. analog der Regelung zur Kieferorthopädie durch den Abschluss von Einzelverträgen).

9.3

(1) Das Ministerium unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH, im Falle eines weiteren Scheiterns der Gesamtvertragsverhandlungen andere Maßnahmen zur Sicherstellung einer zeitgemäßen Versorgung im Zahnbereich zu setzen. Zur Umsetzung bedürfte es im Anschluss an eine entsprechende politische Willensbildung einer gesetzlichen Änderung. Auch der Hauptverband wies darauf hin, dass zur Umsetzung der Empfehlung des RH eine gesetzliche Anpassung erforderlich sei.

(2) Die NÖGKK wies darauf hin, dass die Entscheidung, die Verhandlungen im Projekt „Zahn Neu“ nicht weiterzuführen, unter Information der leitenden Angestellten bzw. eines Ausschusses des Vorstandsvorsitzenden des Hauptverbands erfolgt sei. Das Abstecken von Rahmenbedingungen vor einer Definition von Leistungsinhalten und deren Honorierung sei im Vertragspartnerbereich eine gängige Vorgehensweise; dazu würde auch die vom RH angeregte Diskussion über die Möglichkeit zum Führen von Gruppenpraxen gehören. Hinsichtlich des Reinvermögens hätten der NÖGKK im Jahr 2015 zum Erreichen des Sollwerts für die Leistungssicherungsrücklage rd. 120 Mio. EUR gefehlt; das höhere Reinvermögen anderer Krankenversicherungsträger sei für sie nicht relevant.

(3) Die WGKK wies darauf hin, dass sie bereits Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung im Zahnbereich zusätzlich zum vertragszahnärztlichen Leistungsangebot gesetzt habe, nämlich durch Vereinbarung von Leistungen bei Instituten.

Zahnambulatorien der Krankenversicherungsträger

Gesetzliche Vorgaben und Ziele der Reform 2013

10

Soweit die Krankenversicherungsträger selbst Leistungen der Zahnmedizin anbieten, erfolgte dies in der Rechtsform von Zahnambulatorien.

Bis zum Jahr 2009 waren die Zahnambulatorien in ihrer Leistungserbringung eingeschränkt: sie durften nur gesamtvertraglich geregelte — d.h. von den Kassen finanzierte — Leistungen, aber keine Privatleistungen erbringen. Je älter der Gesamtvertrag wurde (**TZ 7**), desto mehr erweiterte der Gesetzgeber das zulässige Leistungsspektrum der Zahnambulatorien:

- Ab dem Jahr 2009 durften die Zahnambulatorien auch Leistungen zur Vorbeugung von Erkrankungen der Zähne, des Mundes und des Kiefers einschließlich der dazugehörigen Gewebe erbringen. Dafür waren in der Satzung des Versicherungsträgers kostendeckende Kostenbeiträge vorzusehen.
- Ab dem Jahr 2013 durften die Zahnambulatorien zusätzliche, vom Gesamtvertrag nicht umfasste Leistungen („Privatleistungen“) erbringen. Nach den Erläuterungen sollte sich dadurch einerseits die Wettbewerbssituation der Zahnambulatorien und deren Rentabilität verbessern. Andererseits sollte den Versicherten eine hochwertige zahnmedizinische Versorgung angeboten und damit ein zusätzlicher Beitrag zur Zahngesundheit der Bevölkerung geleistet werden. Die Erbringung kosmetischer Luxusleistungen im Bereich des festsitzenden Zahnersatzes sowie umfangreiche festsitzende Zahnersatzkonstruktionen waren weiterhin den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten vorbehalten.

Entwicklung der Marktanteile

11.1

(1) Der RH untersucht im Folgenden, inwieweit das erweiterte Leistungsspektrum der Zahnambulatorien eine Verbesserung der Rentabilität bzw. der Versorgung bewirkte. Die folgende Tabelle stellt die Zahnambulatorien der NÖGKK und der WGKK mit ihren wesentlichen Kenndaten dar:

Tabelle 5: Zahnambulatorien der NÖGKK und der WGKK im Jahr 2015

	NÖGKK	WGKK
Anzahl Zahnambulatorien	11	8
Anzahl Zahnbehandlungsstühle	29	56
Personalstand in VBÄ	100,88	238,50
<i>davon</i>		
<i>Zahnärztinnen und Zahnärzte in VBÄ</i>	<i>30,80</i>	<i>62,48</i>
Leistungserlöse ¹ in EUR	11.015.293	24.349.451

¹ Leistungswerte und Kostenbeiträge; Beihilfe für nicht abziehbare Vorsteuer und sonstige Erträge wurden nicht erfasst

Quellen: Rentabilitätsrechnungen NÖGKK und WGKK

Die NÖGKK und die WGKK betrieben im Jahr 2015 elf bzw. acht Zahnambulatorien mit insgesamt 29 bzw. 56 Zahnbehandlungsstühlen. Bei der NÖGKK waren insgesamt rd. 101 VBÄ (davon rd. 31 VBÄ als Zahnärztinnen und Zahnärzte) und bei der WGKK insgesamt rd. 239 VBÄ (davon rd. 62 VBÄ als Zahnärztinnen und Zahnärzte) beschäftigt. Neben den Zahnärztinnen und Zahnärzten war ein Großteil der Be-

schäftigten als zahnärztliche Ordinationshilfen und Zahntechnikerinnen bzw. Zahntechniker tätig.

Die Zahnambulatorien der NÖGKK und der WGKK erbrachten Leistungserlöse in Höhe von rd. 11,02 Mio. EUR bzw. 24,35 Mio. EUR. In den Leistungswerten waren neben Kassenleistungen auch Privatleistungen enthalten; weiters erbrachten die Zahnambulatorien auch abrechenbare Leistungen an Versicherte von anderen Krankenversicherungsträgern.

(2) Im Jahr 2015 erbrachten die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte sowohl bei den Versicherten der NÖGKK (rd. 88 %) als auch bei jenen der WGKK (rd. 84 %) den überwiegenden Anteil der abgerechneten Kassenleistungen.

Tabelle 6: Verteilung nach Anzahl der Kassenleistungen 2011 bis 2015 bei der NÖGKK

Leistungsbereich	2011	2012	2013	2014	2015
	in %				
Vertragszahnärztinnen und –zahnärzte	88,30	88,31	88,36	88,29	88,20
Eigene Zahnambulatorien	3,58	3,39	3,78	3,43	3,83
Zahnambulatorien anderer Krankenversicherungsträger	1,84	1,85	1,71	1,66	1,52
Vertragspartner (Institute)	1,65	1,66	1,61	1,61	1,50
Wahlzahnärztinnen und –zahnärzte	4,62	4,79	4,54	5,01	4,96
gesamt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Zahnhilfestatistik 2011 bis 2015

Tabelle 7: Verteilung nach Anzahl der Kassenleistungen 2011 bis 2015 bei der WGKK

Leistungsbereich	2011	2012	2013	2014	2015
	in %				
Vertragszahnärztinnen und –zahnärzte	84,34	83,58	83,89	83,39	84,23
Eigene Zahnambulatorien	7,68	7,84	7,64	7,92	7,65
Zahnambulatorien anderer Krankenversicherungsträger	0,75	0,86	0,77	0,72	0,50
Vertragspartner (Institute)	5,01	5,25	5,17	5,26	4,70
Wahlzahnärztinnen und –zahnärzte	2,21	2,48	2,52	2,71	2,91
gesamt	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Zahnhilfestatistik 2011 bis 2015

Die Zahnambulatorien wiesen dabei einen Anteil von rd. 4 % (NÖGKK) bzw. rd. 8 % (WGKK) aus. Für andere Vertragspartner (wie Institute) betrug der Anteil von Kassenleistungen rd. 2 % (NÖGKK) bzw. rd. 5 % (WGKK). Wesentliche Veränderungen waren zwischen 2011 und 2015 nicht erkennbar.

(3) Eine Analyse¹⁸ nach den abgerechneten Leistungswerten ergab, dass in den Jahren 2011 bis 2015 der Anteil der Zahnambulatorien an der Gesamtversorgung bei Kassenleistungen bei der NÖGKK bei rd. 5 % und bei der WGKK zwischen rd. 9 % und 10 % lag.

(4) Der Anteil an Leistungen außerhalb der Kassenverträge („Privatleistungen“) stieg in den Zahnambulatorien der NÖGKK von rd. 6 % der insgesamt abgerechneten Leistungen im Jahr 2011 auf rd. 10 % im Jahr 2016, bei der WGKK von rd. 3 % im Jahr 2011 auf rd. 14 % im Jahr 2016.

Eine Auswertung des Anteils der Privatleistungen am Gesamtmarkt war mangels Daten über den Privatmarkt (TZ 3) nicht möglich. Unter Zugrundelegung der Daten aus den Einkommensteuerstatistiken schätzte der RH den Marktanteil der Zahnambulatorien für Privatleistungen im Jahr 2015 auf rd. 1 % bis 2 %.

Weder die NÖGKK noch die WGKK konnten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestimmte wesentliche Privatleistungen (wie z.B. Zahnimplantate) erbringen, da noch nicht ausreichend Fachpersonal zur Verfügung stand.

11.2

Der RH wies darauf hin, dass der Marktanteil der Zahnambulatorien bei Kassenleistungen nach abgerechneten Leistungswerten zwischen 6 % bei der NÖGKK und 13 % bei der WGKK lag.

Der RH wies weiters darauf hin, dass sich nach dem Wegfall der gesetzlichen Leistungsbeschränkungen im Jahr 2013 bei den Zahnambulatorien der NÖGKK und der WGKK der Anteil an privaten, nicht vom Kassenvertrag umfassten Leistungen erhöhte.¹⁹ Der Anteil an den insgesamt erbrachten Privatleistungen lag jedoch — soweit abschätzbar — erst bei unter 2 %. Auch eine vollständige Abdeckung des Leistungsspektrums war noch nicht gegeben. Der RH beurteilte dies — trotz der erkennbaren Bemühungen der Krankenversicherungsträger — noch nicht als eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots der Bevölkerung. Dies lag zum einen an den Schwierigkeiten der Zahnambulatorien bei der Ausweitung ihrer Ka-

¹⁸ Verhältnis der Leistungswerte für eigene Anspruchsberechtigte in den kasseneigenen Zahnambulatorien zur Erfolgsrechnungsposition Zahnbehandlung und Zahnersatz

¹⁹ Beispielsweise verdoppelte sich der Anteil der Privatleistungen bei der WGKK von 6,18 % im Jahr 2013 auf 14,43 % im Jahr 2016.

pazitäten (**TZ 13**), zum anderen daran, dass noch nicht ausreichendes Fachpersonal zur Erbringung von speziellen Leistungen zur Verfügung stand.

11.3 Das Ministerium nahm die Feststellungen des RH zur Kenntnis.

Bedarfsprüfungsverfahren

Rechtliche Rahmenbedingungen

12.1 Zahnambulatorien bedurften gemäß § 3a Abs. 9 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (**KAKuG**) sowohl zu ihrer Errichtung als auch zu ihrem Betrieb einer Bewilligung der Landesregierung.

Der beantragende Krankenversicherungsträger war gemäß § 339 ASVG verpflichtet, vor dem Bewilligungsverfahren über die beabsichtigte Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung eines Zahnambulatoriums mit der Zahnärztekammer das Einvernehmen zu suchen. Wurde innerhalb von drei Monaten kein Einvernehmen erzielt, oblag es dem Hauptverband, innerhalb von weiteren drei Monaten das Einvernehmen mit der Zahnärztekammer herzustellen.

In den jeweiligen Landesausführungsgesetzen zum KAKuG war vorgesehen, dass die beantragte Bewilligung zu erteilen war, wenn ein Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger (bzw. dem Hauptverband) und der Zahnärztekammer vorlag.²⁰

Lag kein Einvernehmen vor, war die beantragte Bewilligung dann zu erteilen, wenn die Landesregierung einen Bedarf festgestellt hatte.²¹ Im Rahmen des Bedarfsprüfungsverfahrens wurde insbesondere darauf abgestellt, ob das Zahnambulatorium das Versorgungsangebot im Einzugsgebiet wesentlich verbessern konnte.

Neben dem bereits bestehenden Versorgungsangebot war bei der Beurteilung auch auf Kriterien wie die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und die Wahrung des finanziellen Gleichgewichts im System der sozialen Sicherheit Bedacht zu nehmen.

Seit der Novelle des KAKuG im Jahr 2010²² war in einigen Landesgesetzen beim bestehenden Versorgungsangebot auch der Wahlarztbereich zu berücksichtigen. Somit könnte in einem Einzugsgebiet mit Wahl-, aber ohne Kassenzahnärztinnen

²⁰ § 5 Abs. 9 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987; § 10c Abs. 4 NÖ Krankenanstaltengesetz

²¹ § 3a KAKuG; § 23 Abs. 6 ASVG

²² BGBl. I Nr. 61/2010

und –zahnärzte kein Bedarf für ein Zahnambulatorium zur Erbringung der Grundversorgung bestehen.

Im Bewilligungsverfahren zur Errichtung eines selbstständigen Zahnambulatoriums hatten die jeweils betroffenen Krankenversicherungsträger wie auch die Zahnärztekammer hinsichtlich des Bedarfs Parteistellung im Sinne des § 8 AVG²³ (§ 3a Abs. 8 KAKuG).

12.2 Der RH beurteilte die Einbeziehung von Wahlärztinnen und Wahlärzten in die Bedarfsprüfung als kritisch, weil sie die Erreichung des Ziels, eine Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung nach dem Sachleistungsprinzip zu gewährleisten, beeinträchtigte.

Er empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK darauf hinzuwirken, dass bei künftigen Bedarfsprüfungen die unterschiedliche Versorgungswirkung von Vertrags– und Wahlärztinnen bzw. Wahlärzten berücksichtigt wird.

12.3 Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass bisher bei Bund und Ländern ein gesundheitspolitischer Konsens bestanden habe, dass der Errichtung von selbstständigen Ambulatorien eine Bedarfsprüfung vorauszugehen habe. Für Ambulatorien der Sozialversicherungsträger bestünden allerdings Erleichterungen in Abhängigkeit vom verbindlich erklärten Regionalen Strukturplan Gesundheit (**RSG**) bzw. einem Einvernehmen mit der Zahnärztekammer.

Im Hinblick auf die Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungswirkung von Vertrags– und Wahlärztinnen bzw. Wahlärzten verwies das Ministerium auf § 6 Abs. 1 Z 5 G–ZG, wo die Stärkung des Sachleistungsprinzips als Ziel der Zielsteuerung Gesundheit normiert sei. Als Maßnahme dazu sei die Analyse von Wechselwirkungen und die Ableistung von Maßnahmen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung festgehalten.

12.4 Der RH teilte die Auffassung des Ministeriums und regte an, die genannten Zielsetzungen in einer Novelle des KAKuG umzusetzen.

Errichtung und Erweiterung von Zahnambulatorien der NÖGKK und der WGKK

13.1 (1) Da eine Erweiterung der Leistungen der kasseneigenen Zahnambulatorien – unabhängig von der Änderung des ASVG (**TZ 10**) – auch eine Bewilligung der Landesregierung im Einzelfall samt Bedarfsprüfung erforderte, untersuchte der RH im Folgenden die praktische Auswirkung dieser Regelung.

²³ § 5 Abs. 8 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987; § 10d Abs. 2 NÖ Krankenanstaltengesetz

Die NÖGKK betrieb im Jahr 2015 29 Zahnbehandlungsstühle im Rahmen von kaseneigenen Zahnambulatorien, zum Teil bereits seit mehreren Jahrzehnten. Sie strebte eine Generalsanierung ihrer Zahnambulatorien und eine Erweiterung auf 32 Zahnbehandlungsstühle an. Die Herstellung des Einvernehmens mit der Zahnärztekammer gelang in keinem Fall.

Aufgrund von Rechtsmitteln der Zahnärztekammer gegen Bewilligungsbescheide kam es in den Jahren 2009 bis 2015 zu insgesamt 27 Verfahren für zehn Zahnambulatorien–Standorte. Die Rechtsmittel richteten sich zum einen gegen die Errichtungsbewilligung, zum anderen gegen die Feststellung einer fehlenden Parteistellung. In den anhängigen Fällen hob der VwGH zwölf Errichtungsbewilligungsbescheide sowie fünf Feststellungsbescheide der NÖ Landesregierung auf.

Nachfolgend erläutert der RH die Bewilligungsverfahren für ausgewählte Zahnambulatorien der NÖGKK.

Zahnambulatorium Neunkirchen

(2) Im Jahr 2010 plante die NÖGKK die Eingliederung des Zahnambulatoriums Ternitz (mit einem Zahnbehandlungsstuhl) in das sechs Kilometer entfernte Zahnambulatorium Neunkirchen. Die NÖGKK vertrat die Ansicht, dass es sich dabei um eine Verlegung innerhalb des gleichen Einzugsbereichs und damit um keine Erweiterung des Zahnambulatoriums Neunkirchen handeln würde. Die im Juni 2010 beantragte Zustimmung zur Verlegung des Zahnbehandlungsstuhls lehnte die Zahnärztekammer im September 2010 ab; ebenso erteilte sie dem folgenden Ersuchen des Hauptverbands keine Zustimmung.

Im August 2011 erteilte die NÖ Landesregierung der NÖGKK die Betriebsbewilligung für den Umbau eines Ruheraums in einen dritten Zahnbehandlungsraum im Zahnambulatorium Neunkirchen. Die Zahnärztekammer brachte im Oktober 2011 gegen diesen Bescheid Beschwerde beim VwGH ein und wandte im Wesentlichen Begründungsmängel und die Verletzung des Parteiengehörs ein. Die Zahnärztekammer hielt ein Bedarfsprüfungsverfahren für erforderlich, da es sich bei der Ausweitung von zwei auf drei Zahnbehandlungsstühle um eine erhebliche Veränderung — nämlich um 50 % — des Leistungsumfangs handeln würde. Die NÖGKK wies in ihrer Gegenschrift darauf hin, dass auch durch einen dritten Zahnbehandlungsstuhl die maximal bewilligte Patientenzahl pro Tag nicht überschritten werde. Der VwGH folgte der Argumentation der Zahnärztekammer und hob den Bescheid im März 2015 auf.

Die NÖ Landesregierung wies die NÖGKK im Mai 2015 darauf hin, dass für den dritten Zahnbehandlungsstuhl in Neunkirchen aufgrund des aufgehobenen Bescheids nunmehr keine sanitätsbehördliche Bewilligung vorliege. Die NÖGKK stellte daraufhin neuerlich einen Antrag auf die Bewilligung eines dritten Zahnbehandlungsstuhls in Neunkirchen und begründete dies mit der Verlegung des in Ternitz bestehenden Zahnbehandlungsstuhls. Aufgrund der im Dezember 2015 geschlossenen Vereinbarung zwischen der NÖGKK und der Zahnärztekammer und dem daraufhin erfolgten Einvernehmen gemäß § 339 ASVG war kein Bedarfsprüfungsverfahren durchzuführen. Die NÖ Landesregierung bewilligte im August 2016 die Errichtung und im November 2016 den Betrieb des dritten Zahnbehandlungsstuhls im Zahnambulatorium Neunkirchen.

Zahnambulatorium Krams

(3) Im Juli 2011 beantragte die NÖGKK eine Bewilligung für einen Umbau (Modernisierung) des Zahnambulatoriums Krams. Eine Erweiterung des Leistungsumfangs war nicht vorgesehen. Im Parteiengehör wandte die Zahnärztekammer im Februar 2013 das mangelnde Verfahren zur Herstellung des Einvernehmens ein und hielt ein Bedarfsprüfungsverfahren für notwendig. Die NÖGKK sah bei einem Umbau die Voraussetzungen für eine Bedarfsprüfung als nicht gegeben an. Die NÖ Landesregierung folgte dieser Rechtsansicht nicht, bejahte die Notwendigkeit einer neuerlichen Bedarfsprüfung und erteilte der NÖGKK im Mai 2013 sowohl die Errichtungs- wie auch die Betriebsbewilligung. Im Juli 2013 legte die Zahnärztekammer gegen diesen Bescheid Beschwerde beim VwGH ein. Der VwGH hob in seiner Erkenntnis vom Juni 2015 den Bescheid auf und begründete dies mit einer verfehlten Rechtsansicht der bescheiderlassenden Behörde sowie mit fehlenden Feststellungen zur Durchführung einer Bedarfsprüfung.

Nach der getroffenen Vereinbarung der NÖGKK mit der Zahnärztekammer im Dezember 2015 beantragte die NÖGKK im selben Monat neuerlich eine Bewilligung des Umbaus des Zahnambulatoriums Krams. Da aufgrund des nunmehr gegebenen Einvernehmens nach § 339 ASVG kein Bedarfsprüfungsverfahren notwendig war, erließ die NÖ Landesregierung im November 2016 den Errichtungsbescheid für den Umbau.

Zahnambulatorium St. Pölten

(4) Im Oktober 2012 hob der VwGH einen Bescheid der NÖ Landesregierung vom Mai 2006 zur Verlegung des Zahnambulatoriums St. Pölten wegen Rechtswidrigkeit seines Inhalts auf. Die NÖGKK beantragte im Dezember 2012 neuerlich die Verlegung des Zahnambulatoriums in ein unmittelbar angrenzendes Gebäude. Die beiden Gebäude waren durch eine Straße getrennt, durch eine Glasbrücke als Verbindungs-

zungsgang jedoch miteinander verbunden. Weiters beantragte die NÖGKK die Genehmigung zur Durchführung von Narkosebehandlungen. Damit sollten in Kooperation mit dem Landesklinikum St. Pölten (Bereitstellung von Fachärztinnen und –ärzten für Anästhesie) Kinder und Personen mit besonderen Bedürfnissen behandelt werden.

Die Zahnärztekammer sprach sich im Rahmen des Parteienghört gegen die Verlegung und Ausweitung des Leistungsangebots aus. Zur Begründung des fehlenden Bedarfs führte sie aus, dass es auch im niedergelassenen Bereich Zahnärztinnen und Zahnärzte gäbe, die im Einzugsgebiet Behandlungen unter Narkose anbieten würden. Die zur Feststellung des Bedarfs als Gutachter bestellte Gesundheit Österreich GmbH kam im Juni 2013 zum Ergebnis, dass die geplante Erweiterung des Behandlungsspektrums zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet führen würde und hielt einen Bedarf für gegeben. Ebenso positiv äußerten sich der NÖGUS, das Gesundheitsamt der Stadt St. Pölten, die NÖ Landesklinikenholding und der Hauptverband. Die NÖ Landesregierung bewilligte im September 2013 die Verlegung des Zahnambulatoriums St. Pölten sowie die Errichtung einer zusätzlichen Behandlungseinrichtung. Gegen diesen Bescheid legte die Zahnärztekammer Beschwerde beim VwGH ein und begründete dies mit einer verfehlten Rechtsansicht der bescheiderlassenden Behörde. Im August 2015 hob der VwGH den Bescheid wegen Rechtswidrigkeit des Inhalts auf. Aufgrund des fehlenden Errichtungsbescheids begehrte die Zahnärztekammer im September 2015 die amtswegige Zurücknahme der Betriebsbewilligung für das Zahnambulatorium St. Pölten. Damit drohte der NÖGKK die Einstellung ihres gesamten Betriebs am Standort St. Pölten.

Vereinbarung zwischen der Zahnärztekammer und der NÖGKK

(5) Da aufgrund der entzogenen Errichtungsbewilligungsbescheide die Einstellung des Betriebs in den Zahnambulatorien St. Pölten und Wiener Neustadt drohte, schlossen die NÖGKK und die Zahnärztekammer im Dezember 2015 eine Vereinbarung betreffend den Betrieb von Zahnambulatorien. In dieser verpflichtete sich die NÖGKK, in den nächsten zehn Jahren maximal 32 Zahnbehandlungsstühle zu betreiben. Im Gegenzug sagte die Zahnärztekammer die Beendigung aller strittigen Verfahren und die Zustimmung für Erweiterungen bis zur Höchstzahl von 32 Zahnbehandlungsstühlen zu. Für den Fall einer wesentlichen Änderung der Rechtslage bestand die Möglichkeit, die Vereinbarung zu kündigen.

Mit den vereinbarten 32 Zahnbehandlungsstühlen war — unabhängig von der Neuregelung im ASVG — eine wesentliche Erweiterung der Leistungen faktisch nur sehr eingeschränkt möglich.

Errichtung und Erweiterung von Zahnambulatorien der WGKK

(6) Die WGKK informierte im November 2014 die Zahnärztekammer über eine geplante Erweiterung des Zahnambulatoriums Mariahilf um zehn Zahnbehandlungsstühle. Diese sollten für kieferorthopädische Leistungen zur Verfügung stehen, um den erwarteten Nachfrageanstieg für die neue Sachleistung nach § 153a ASVG („Gratiszahnspange“) bewältigen zu können. Ein formelles Einvernehmen mit der Zahnärztekammer über die Erweiterung des Zahnambulatoriums Mariahilf kam nicht zustande.

Im April 2015 beantragte die WGKK eine Erweiterung um sechs Behandlungsstühle bei der Wiener Landesregierung und begründete dies im Wesentlichen mit der Verbesserung der Versorgung im Einzugsgebiet und einer Wartezeit von zwei Jahren. Die Wiener Landesregierung bewilligte im Juni 2015 die Erweiterung des Zahnambulatoriums Mariahilf um die beantragten sechs Zahnbehandlungsstühle für Kieferorthopädie und führte in ihrer Begründung für den Bedarf aus, dass in der Stellungnahme des Wiener Gesundheitsfonds — ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des RSG — eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet bestätigt wird. Der Bescheid wurde der WGKK und dem Ministerium zugestellt, das Land Wien gewährte der Zahnärztekammer keine Parteistellung in diesem Verfahren.

13.2

Der RH wies darauf hin, dass im Ergebnis die Bedarfsprüfungsverfahren in Niederösterreich eine Leistungserweiterung der kasseneigenen Zahnambulatorien wesentlich erschwert hatten. Er wies in diesem Zusammenhang insbesondere auf die lange Verfahrensdauer bis zu deren rechtskräftigen Beendigung hin.

Er sah sowohl bei der NÖGKK (Vornahme tatsächlicher Änderungen vor Rechtskraft der Bescheide) als auch bei der Verfahrensführung der NÖ Landesregierung Optimierungsmöglichkeiten. Der RH wies weiters darauf hin, dass in Wien die Zahnärztekammer keine Parteistellung hatte.

Der RH nahm zur Kenntnis, dass in Niederösterreich eine Absicherung des Betriebs der Zahnbehandlungsstühle in den Zahnambulatorien der NÖGKK und die Wiederherstellung der Rechtssicherheit durch die Vereinbarung gelang. Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass die NÖGKK sich in der Vereinbarung mit der Zahnärztekammer verpflichtet hatte, für zehn Jahre keine zusätzlichen Zahnbehandlungsstühle zu errichten und damit ihre Möglichkeiten für eine Versorgungsverbesserung auf diesem Wege eingeschränkt hatte. Um nicht durch Kassenverträge abgedeckte Leistungen zu erbringen, musste die NÖGKK ohne Leistungserweiterung andere Leistungen (Kassenleistungen) einschränken. Der RH wies in diesem Zusammenhang auf die geänderte Rechtslage zur Bedarfsprüfung (**TZ 16**), die Kündigungsmöglich-

keit in der Vereinbarung und auf seine Empfehlung zur analytischen Planung der Angebotsstruktur im RSG 2018 hin (**TZ 17**).

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband sowie der NÖGKK und der WGKK, bei der künftigen Angebotsplanung besonderes Augenmerk auf eindeutige und klare Rechtsgrundlagen für das Bedarfsprüfungsverfahren zu legen und die Verfahren mit besonderer Sorgfalt vorzubereiten. Vor wesentlichen Investitionen sollte die Rechtskraft der jeweiligen Entscheidungen abgewartet werden.

Er empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband sowie der NÖGKK und der WGKK weiters, bei der Planung der zukünftigen Versorgungsstrukturen die vorgesehenen Prozesse (Österreichischer Strukturplan Gesundheit – ÖSG, RSG) einzuhalten, systematisch vorzugehen und Kosten und Nutzen aller wesentlichen Optionen sorgfältig zu bewerten.

13.3

(1) Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme auf die in **TZ 16** dargestellten Erleichterungen für Ambulatorien der Sozialversicherungsträger in Abhängigkeit von verbindlich erklärten RSG. Auch der Hauptverband begrüßte den Verweis des RH auf die RSG als Instrument der Planung.

(2) Die NÖGKK vertrat in ihrer Stellungnahme die Ansicht, dass aufgrund der weiterhin bestehenden Parteistellung der Zahnärztekammer im Bedarfsprüfungsverfahren diese durch Rechtsmittel weiterhin die Verfahren verzögern könne. Der Abschluss der Vereinbarung werde weiterhin als das einzige taugliche Mittel gesehen, den Betrieb der kasseneigenen Einrichtungen sicherzustellen und lange Verfahren zu vermeiden. Ihre Vereinbarung mit der Zahnärztekammer hätte eine Erweiterung ihrer Versorgungsleistung von rd. 10,3 % gegenüber der Situation 2015 ermöglicht. Weiters wies die NÖGKK darauf hin, dass teilweise die Errichtungs- und Betriebsbewilligungsbescheide bereits in Rechtskraft erwachsen seien.

Rentabilität

Zielvorgaben und Zielerreichung

14.1

(1) Nach den als Weisungen des Ministeriums erlassenen Rechnungsvorschriften für die Sozialversicherungsträger hatten diese für Eigene Einrichtungen²⁴ eine Rentabilitätsbetrachtung vorzunehmen. Obgleich das Ministerium einräumte, dass es auch andere Ziele (z.B. Betreuung sozial Schwacher) für den Betrieb von Zahnambulatorien geben könne, sollte durch die Rentabilitätsrechnung eine betriebs-

²⁴ Eigene Einrichtungen waren insbesondere kasseneigene Zahnambulatorien, aber auch andere von den Krankenversicherungsträgern betriebene Einrichtungen (z.B. für Physiotherapie oder andere Versorgungsbereiche).

wirtschaftliche Steuerung durch eine Gegenüberstellung von Erlösen und Aufwendungen erfolgen.

(2) In der Rentabilitätsrechnung umfassten die Erlöse sowohl tatsächlich erhaltene Kostenbeiträge, als auch (überwiegend) fiktive Leistungswerte (d.h. erbrachte Leistungen bewertet mit dem Tarif, der für diese Leistungen im niedergelassenen Bereich verrechnet hätte werden dürfen).

Auch Leistungen für Patientengruppen, die (nur) von den kasseneigenen Zahnambulatorien versorgt wurden und hohen Aufwand verursachten (z.B. Personen mit bestimmten Infektionskrankheiten oder Menschen mit besonderen Bedürfnissen) waren mit den allgemeinen Tarifen abzubilden. Andere Funktionen der Zahnambulatorien für die Krankenversicherungsträger (z.B. Aufbau von Expertise für die Vertragsverhandlungen, Beratung von Patientinnen und Patienten, die Möglichkeit zu Kontrolluntersuchungen im Rahmen der Abrechnungskontrolle, die Möglichkeit auch im Fall eines vertragslosen Zustands Patientinnen und Patienten zu versorgen oder die Möglichkeit, Zahnärztinnen und Zahnärzte auszubilden) konnten nach den Weisungen im Rahmen der Rentabilitätsrechnung nicht auf der Erlösseite angesetzt werden. Insofern war die Abbildung der Erlöse im Sinne der Rentabilitätsrechnung für eine Bewertung des Nutzens des Betriebs der Zahnambulatorien unvollständig.

(3) Ein Vergleich der Aufwandsseite der kasseneigenen Zahnambulatorien einerseits und der in den Vertragsverhandlungen mit den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten zugrunde gelegten Werte andererseits zeigte wesentliche Unterschiede. Diese waren teils strukturell bedingt, teils könnten sie jedoch auch Hinweise auf betriebswirtschaftliche Optimierungsmöglichkeiten einerseits bei den Tarifikalkulationen, andererseits bei der Führung der Ambulatorien zeigen:

- Beispielsweise lagen die Aufwendungen für nichtärztliches Personal bei den kasseneigenen Zahnambulatorien wesentlich höher (auch aufgrund der unterschiedlichen Kollektivverträge).
- Die Ansätze für Abschreibungen in der Kalkulation für niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte waren wesentlich höher als jene für die kasseneigenen Zahnambulatorien.

- Die Krankenversicherungsträger wiesen auf unterschiedliche Aufwendungen hin, die sich aus der Qualifikation der kasseneigenen Zahnambulatorien als Krankenanstalten ergaben (z.B. Desinfektion, Krankenhaushygiene, Sicherheitstechnik und Brandschutz). So errichtete die WGKK in den Jahren 2013 und 2014 im Bereich der Hygiene eine zentrale Aufbereitungseinheit²⁵ und beschaffte für die Zahnambulatorien spezielle Geräte für die Reinigung und Desinfektion. Außerdem war zusätzliches Personal für Hygiene und Mikrobiologie erforderlich.²⁶

(4) Hinsichtlich des zu erreichenden Zielwerts der Rentabilitätsrechnung bestanden Auffassungsunterschiede: Nach Abzug der Personalkosten, Sachkosten und medizinischen Kosten (wie z.B. Behandlungsmaterial, Heilmittel) ergab sich die sogenannte „Rentabilität I“. Nach Abzug der Abschreibungen erhielt man die „Rentabilität II“. Für die „Rentabilität III“ waren anteilige Kosten der Verwaltung der Sozialversicherungsträger (z.B. Leitung, Rechtswesen, EDV, Personalwesen) auf die Zahnambulatorien umzulegen. Die „Rentabilität IV“ ergab sich nach Abzug der außerordentlichen Kosten wie insbesondere der Betriebspensionen. Die Pensionen für pensionierte Bedienstete waren allerdings unabhängig vom weiteren Betrieb der Zahnambulatorien zu bezahlen, neu aufgenommene Beschäftigte erhielten seit dem Jahr 1996 keine Pensionszusage mehr.

Das Ministerium beurteilte im Rahmen einer Prüfung vor Ort im Jahr 2009 eine positive „Rentabilität IV“ als relevante Messgröße und empfahl den Sozialversicherungsträgern, diese anzustreben. Die NÖGKK und WGKK setzten in ihren Balanced Scorecards entgegen den Ausführungen des Ministeriums eine positive „Rentabilität III“ als Ziel fest.

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Rentabilität der Zahnambulatorien der NÖGKK und der WGKK in den Jahren 2011 bis 2015:

Tabelle 8: Rentabilität der Zahnambulatorien der NÖGKK und der WGKK 2011 bis 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
	Erlöse in % der jeweiligen Aufwendungen				
NÖGKK					
Rentabilität III (ohne Betriebspensionen)	99,74	98,81	95,94	96,83	98,09
Rentabilität IV (mit Betriebspensionen)	88,79	89,69	86,93	86,85	88,51
WGKK					
Rentabilität III (ohne Betriebspensionen)	112,37	113,31	100,23	103,99	103,16
Rentabilität IV (mit Betriebspensionen)	95,15	96,07	85,71	88,97	88,63

Quellen: NÖGKK; WGKK

²⁵ im Gesundheitszentrum Süd für alle Gesundheitszentren und Zahnambulatorien

²⁶ § 14 Abs. 1 Wiener Krankenanstaltengesetz; § 19a NÖ Krankenanstaltengesetz

Die WGKK erreichte in den Jahren 2011 bis 2015 eine positive „Rentabilität III“, während die NÖGKK stets eine geringfügig negative „Rentabilität III“ aufwies.

Die „Rentabilität IV“ war sowohl bei der NÖGKK als auch bei der WGKK in keinem Jahr positiv. Im Jahr 2015 lag die „Rentabilität IV“ bei beiden Krankenversicherungsträgern bei rd. 89 %.

14.2

(1) Der RH wies kritisch darauf hin, dass das Ministerium als Aufsichtsbehörde und die Krankenversicherungsträger Zielvorstellungen zur Rentabilität der kasseneigenen Zahnambulatorien unterschiedlich interpretierten. Dies war insbesondere deshalb maßgeblich, als die Zielvorgabe des Ministeriums weder bei der NÖGKK noch der WGKK erreicht wurde. Die konkreten Konsequenzen dieser Zielverfehlung blieben jedoch unklar, zumal die Träger ohnedies andere Ziele definiert hatten.

(2) Der RH hielt weiters die Rentabilitätsrechnung in der bestehenden Form für eine wirtschaftliche Kosten-/Nutzen-Überlegung zum Betrieb eines kasseneigenen Zahnambulatoriums und damit für die künftige Planung des Versorgungsangebots nur eingeschränkt geeignet. Dies deshalb, da einerseits wichtige Nutzenaspekte nicht oder nur unzureichend berücksichtigt werden konnten (z.B. hohe Kosten für ansonsten unversorgte Patientengruppen mit hohem Aufwand, Ausbildungseffekte, Beratungsmöglichkeiten etc.), andererseits vom Betrieb des Zahnambulatoriums unabhängige Kosten (Betriebspensionen) enthalten waren.

(3) Der RH wies jedoch auch darauf hin, dass eine betriebswirtschaftliche Analyse der Kostenstrukturen der kasseneigenen Zahnambulatorien für eine effiziente Leistungserfüllung unabdingbar war, und dass bereits der Vergleich der Kostenstrukturen mit den Kalkulationen für die niedergelassenen Bereiche wesentliche Ergebnisse lieferte (z.B. Hinweise auf zu hohe Abschreibungen in den Tarifkalkulationen und Optimierungspotenzial bei Assistenzpersonal in kasseneigenen Zahnambulatorien).

Der RH hielt eine differenziertere Betrachtung der wirtschaftlichen Grundlagen der kasseneigenen Zahnambulatorien unter Berücksichtigung der tatsächlich erbrachten Leistungen (auch für besondere Patientengruppen), aller für die Krankenversicherungsträger relevanten Funktionen (z.B. Ausbildung, Beratung etc.) und differenzierter Kostenbetrachtung für nötig.

Der RH empfahl daher dem Ministerium und dem Hauptverband sowie der NÖGKK und der WGKK, die Grundlagen für die wirtschaftliche Betrachtung der kasseneigenen Zahnambulatorien zu überprüfen und eine umfassendere Analyse der Kosten und des Nutzens zu ermöglichen.

14.3

(1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass Nutzenaspekte in einer umfassenden wirtschaftlichen Gesamtbetrachtung nicht in, sondern ergänzend zu der quantitativen Rentabilitätsberechnung auf Ebene der Versicherungsträger durchzuführen wären. In der Rentabilitätsberechnung selbst sei die Berücksichtigung schwer quantifizierbarer bzw. subjektiv zu bewertender Nutzenkategorien nicht zweckmäßig.

(2) Die NÖGKK begrüßte die Empfehlung des RH, eine umfassende Analyse der Kosten und des Nutzens der kasseneigenen Zahnambulatorien zu ermöglichen. Die Änderung der Rechnungsvorschriften solle vom Ministerium ehestmöglich vorgenommen werden (z.B. in Form von Zuschlägen für die Behandlung schwieriger Patientengruppen).

Die NÖGKK führte weiters aus, dass die interne Zielfestlegung auf Rentabilität III damit zu begründen sei, dass die Höhe der außerordentlichen Kosten (Pensionen, Abfertigungen etc.) nicht durch wirtschaftliches Handeln zu gestalten sei, sondern aufgrund gesetzlicher Regelungen erfolge. Die Rentabilität ihrer kasseneigenen Zahnambulatorien habe sich verbessert, sodass sich nunmehr für alle Standorte eine positive Rentabilität III ergebe.

(3) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass eine entsprechende Änderung der Rechnungsvorschriften nötig sei, um eine umfassende Analyse von Kosten und Nutzen der kasseneigenen Zahnambulatorien zu ermöglichen.

14.4

Der RH hielt es für erforderlich, zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem Ministerium Einigkeit herzustellen, in welcher Form eine umfassende Analyse der Kosten und des Nutzens von kasseneigenen Zahnambulatorien erfolgen sollte und welches Ergebnis (Rentabilität mit oder ohne Berücksichtigung von Betriebspensionen und Abfertigungen) anzustreben sei.

Auswirkung der Tarife für neue Leistungen

15.1

(1) Im Bereich der Kassenleistungen galten für die Erlösberechnung der Zahnambulatorien die auch mit den niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten vereinbarten Tarife. Die Tarife der nicht in den Gesamtverträgen abgebildeten Leistungen in den Zahnambulatorien waren nach den Bestimmungen des ASVG „kostendeckend“ zu kalkulieren. Die dafür eingerichtete Kalkulationsgruppe im Hauptverband führte dazu Berechnungen auf Einzelleistungsbasis durch und legte bestimmte Tarife fest.

Diese Tarife waren wesentlich günstiger als die Tarife im niedergelassenen Bereich. Ein Vergleich der Leistungen zeigte, dass die Tarife der Privatleistungen in den

Zahnambulatorien im Durchschnitt um rund ein Drittel unter den in den Autonomen Honorarrichtlinien (**AHR**) der Zahnärztekammer geregelten Grundtarifen der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte lagen.²⁷

Eine Kalkulation für die Erbringung der Kassenleistungen lag nicht vor; insgesamt konnten die kasseneigenen Zahnambulatorien durch die verrechneten Tarife keine vollständige Kostendeckung erreichen (**TZ 14**). Die Rentabilität konnte durch die Leistungserweiterung — entgegen den Zielsetzungen der ASVG–Novelle 2013 für die Leistungserweiterung — im Prüfungszeitraum nicht wesentlich verbessert werden.

Im niedergelassenen Bereich galt der Grundsatz, dass nicht jede erbrachte Einzelleistung auf Kostendeckung zu überprüfen war, sondern die Leistungen insgesamt (siehe z.B. zur Wurzelbehandlung **TZ 30**). Im Rahmen des Projekts „Zahn Neu“ schlugen die Krankenversicherungsträger für Kassenleistungen deutliche Verschiebungen zwischen den Tarifen bestimmter Einzelleistungen vor, um die Relation der tatsächlichen Aufwendungen den geänderten Gegebenheiten anzupassen (z.B. Preisentwicklung bei Röntgengeräten; Relation der Wertigkeit von Arbeitszeit zu Material– und Gerätekosten etc.). Mehrere Gesprächspartner äußerten gegenüber dem RH die Ansicht, dass im niedergelassenen Bereich insbesondere Kassenleistungen in erheblichem Umfang durch Privatleistungen querfinanziert würden; eine unstrittige Grundlage für eine Objektivierung dieser Ansicht (d.h. eine abgestimmte Kostenkalkulation und Arbeitszeit–Berechnungen) lag nicht vor. Die Zusammensetzung der Leistungen unterschied sich zwischen einzelnen niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten, aber auch zwischen dem Durchschnitt der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte gegenüber den kasseneigenen Zahnambulatorien erheblich. Insbesondere lag der Anteil der Privatleistungen in den kasseneigenen Zahnambulatorien deutlich niedriger als am gesamten Markt für Zahnversorgung.

15.2

Der RH sah ein Spannungsfeld einerseits zwischen der Zielsetzung, durch die Leistungserweiterung die Rentabilität zu verbessern, und der Kalkulation von kostendeckenden Tarifen für nicht vom Gesamtvertrag umfasste Leistungen, und andererseits zwischen dem Verfehlen eines insgesamt kostendeckenden Betriebs und dem Unterbieten von Honoraren für niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte um rund ein Drittel.

²⁷ Der RH wählte für diesen Leistungsvergleich zwölf charakteristische Privatleistungen aus. Bei den AHR wurde ein Grundtarif vorgeschlagen, es war jedoch eine Bandbreite nach oben und unten bis zu 30 % vorgesehen. Selbst beim Ansatz des billigst möglichen Preises (AHR -30 %) im niedergelassenen Bereich waren die Tarife der Zahnambulatorien niedriger. Bei den ausgewählten Leistungen waren die Preise der Zahnambulatorien um rd. 12 % billiger als die günstigsten Preisgestaltungen im niedergelassenen Bereich.

Im Hinblick auf transparente wirtschaftliche Rahmenbedingungen sowohl für gewinnorientierte niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte und am Versorgungsauftrag orientierte kasseneigene Zahnambulatorien wäre entweder ein klarer Leistungsauftrag für zu erbringende Produkte oder ein Tarifsysteem ohne systembedingte Querfinanzierungen zwischen bestimmten Leistungen sicherzustellen. Beides würde nach Ansicht des RH wesentliche Anpassungen auch im Gesamtvertrag erfordern.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband sowie der NÖGKK und der WGKK, die wirtschaftlichen Grundlagen für die Tarifbildung für Privatleistungen in den kasseneigenen Zahnambulatorien zu überprüfen.

15.3

(1) Das Ministerium nahm die Empfehlung des RH in seiner Stellungnahme zur Kenntnis, sah ihre Umsetzung jedoch nicht im eigenen Einflussbereich.

(2) Die NÖGKK führte aus, der Empfehlung des RH werde zwischenzeitlich nachgekommen. Eine außerordentlich einberufene Kalkulationsgruppe unter Leitung des Hauptverbands habe die Kalkulationen dahingehend angepasst, dass sämtliche außervertraglichen Leistungen in der „Rentabilität IV“ nunmehr kostendeckend seien.

(3) Die WGKK sagte zu, dass die Tarife für die Privatleistungen in Kassenambulatorien jährlich evaluiert würden.

Rechtslage 2017

16.1

Ende 2016 schlossen der Bund und die neun Bundesländer eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Dabei erfolgte²⁸ auch eine Weiterentwicklung der Planungsprozesse hinsichtlich des ÖSG und der entsprechenden RSG. Die RSG waren auf Landesebene zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung (ohne Stimmrecht der Ärztekammer) festzulegen. Nunmehr sollte auch eine detailliertere Planung des ambulanten Bereichs erfolgen. Gemäß § 23 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) konnten diese Planungsvorgaben durch eine Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH²⁹ für verbindlich erklärt werden. Aufgrund einer Änderung des § 3a KAKuG war bei Prüfung des Bedarfs dann nur noch zu prüfen, ob der verfahrensgegenständliche Leistungsumfang diesen Verordnungen entsprach. In diesem Fall beschränkte sich die

²⁸ durch das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 (VUG 2017; BGBl. I Nr. 26/2017) bzw. eine Novelle des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (G-ZG) und des KAKuG

²⁹ Gemäß § 23 Abs. 3 G-ZG hatte die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin bzw. der zuständige Bundesminister eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung zur Verbindlicherklärung von in der Bundes-Zielsteuerungskommission oder den Landes-Zielsteuerungskommissionen beschlossenen Planungen im Gesundheitsbereich zu gründen. In der Gesellschaft „Gesundheitsplanungs GmbH“ waren der Bund, die Länder und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als Gesellschafter vorgesehen.

inhaltliche Bedarfsprüfung auf die Bezugnahme auf den jeweiligen RSG. Andernfalls wäre — wie bisher — eine originäre inhaltliche Prüfung vorzunehmen. Auch im verkürzten Bedarfsprüfungsverfahren war jedoch die Parteistellung der Zahnärztekammer vorgesehen; ihr standen auch Rechtsmittel bzw. die Veranlassung einer Verordnungsprüfung des RSG offen.

Weder der bestehende ÖSG noch die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung (im April 2017) aktuellen Entwürfe des neu zu beschließenden ÖSG enthielten Planungen für Zahnambulatorien. Dennoch könnte in den bis 2018 zu erstellenden RSG eine entsprechende Planung erfolgen.

16.2 Der RH sah in der nunmehr geltenden Rechtslage die Möglichkeit, durch eine detaillierte Planung der Versorgungslandschaft Versorgungseinrichtungen ohne eine nochmalige Prüfung des Bedarfs einfacher und schneller zu errichten bzw. zu erweitern. Dies bedingte nach Ansicht des RH, dass im ÖSG und weiterführend vor allem in den jeweiligen RSG die zukünftige Versorgung hinsichtlich regionaler Dislozierung, Art und Umfang der Leistungserbringung sowie Organisationsform der Leistungserbringung ausreichend detailliert zu planen war.

Er empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband sowie der NÖGKK und der WGKK, eine Strategie für die Rolle der Zahnambulatorien in der Versorgungslandschaft zu entwickeln und diese in den RSG zu integrieren.

16.3 Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass die kasseneigenen Zahnambulatorien einen wesentlichen Bestandteil der Versorgungsstruktur und das Auffangbecken für sozial schwache Patientinnen und Patienten darstellen würden. Sie sollten nach Ansicht der WGKK in den RSG integriert werden.

Planungsgrundlagen

17.1 (1) Da auch bzw. gerade im Fall einer verbindlichen Gesundheitsplanung für kasseneigene Zahnambulatorien kohärente Planungsparameter sichergestellt sein mussten, untersuchte der RH im Folgenden die bestehenden Planungsgrundlagen. Die folgende Tabelle stellt wesentliche Themenbereiche für die Angebotsplanung im Zahnbereich gegenüber:

Tabelle 9: Mögliche Planungsthemen für die weitere Entwicklung der Zahnambulatorien

Bereich	Thema	Zentrale Fragestellung	Handlungsbedarf für kasseneigene Zahnambulatorien
medizinischer Bedarf	Epidemiologie	Häufigkeit von Erkrankungen als Basis für die Planung der Versorgung	unklar (Zahnstatus nicht systematisch bekannt)
	Entwicklung Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte	Anzahl der Vertragspartnerinnen und Vertragspartner sinkt	unklar (Wahrnehmung eines sinkenden Bedarfs oder Besetzungsprobleme)
	Wartezeiten	teilweise erheblich	Argument für mehr kasseneigene Zahnambulatorien
	Versorgung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen	Identifizierung des Behandlungsbedarfs, der (nur) in kasseneigenen Zahnambulatorien erbracht werden kann	unklar (genaue Quantifizierungen liegen nicht vor)
	Versorgung mit Leistungen außerhalb des Gesamtvertrags	Sicherstellung leistbares Angebot, wo kein Gesamtvertrag greift	Argument für mehr kasseneigene Zahnambulatorien
ökonomische Rahmenbedingungen	Rentabilität	keine volle Kostendeckung	Argument für weniger kasseneigene Zahnambulatorien
	Auswirkung auf Preisniveau	kostendeckende Tarife 30 % unter Marktniveau	Argument für mehr kasseneigene Zahnambulatorien
Rahmenbedingungen für Gesamtvertragsverhandlungen	Versorgung im vertragslosen Zustand	Höhe der vorgehaltenen Kapazitäten für vertragslosen Zustand	unklar (genaue Quantifizierungen liegen nicht vor)

Quelle: RH

(2) Wie die Tabelle zeigt, fehlten in wichtigen Bereichen Grundlagen für die Planung. Dies galt insbesondere im Bereich der Epidemiologie (TZ 3), aber auch bei Quantifizierung der spezifischen Bedarfe für die besonderen Zielgruppen der kasseneigenen Zahnambulatorien (sonst unterversorgte Patientengruppen wie z.B. Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Infektionskrankheiten, sozial schwache Gruppen wie Häftlinge oder Obdachlose).

(3) Die Widersprüche im Bereich der ökonomischen Rahmenbedingungen (die deutlich unter den Marktpreisen liegenden, aber trotzdem kostendeckenden Tarife würden für eine Ausweitung der Leistungen sprechen, die mangelnde Rentabilität jedoch für eine Leistungsreduktion) stellte der RH bereits unter TZ 15 dar.

(4) Aber auch hinsichtlich des Bedarfs waren die Aussagen widersprüchlich: einerseits reduzierten die NÖGKK und die WGKK die Kassenstellen in Relation zur Bevölkerung (da sie offenbar ansonsten von einer Überversorgung ausgingen), andererseits waren teilweise beträchtliche Wartezeiten zu beobachten.

Die folgende Tabelle zeigt, dass immer weniger Kassenzahnärztinnen und –ärzte eine wachsende Bevölkerung zu betreuen hatten.

Tabelle 10: Verhältnis der Anspruchsberechtigten zur Anzahl der Vertragszahnärztinnen und –zahnärzte 2012 bis 2016 (Niederösterreich und Wien)³⁰

		2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung	
							gesamt	in %
NÖGKK	Vertragszahnärztinnen und –ärzte	461	464	464	459	453	-8	-2
	Anspruchsberechtigte in Tausend	1.163	1.168	1.180	1.195	1.213	50	4
	Anspruchsberechtigte/ Zahnärztin bzw. Zahnarzt	2.523	2.517	2.543	2.603	2.678	155	6
WGKK	Vertragszahnärztinnen und –ärzte	707	699	695	688	680	-27	-4
	Anspruchsberechtigte in Tausend	1.562	1.588	1.614	1.645	1.687	125	8
	Anspruchsberechtigte/ Zahnärztin bzw. Zahnarzt	2.209	2.272	2.322	2.391	2.481	272	12

Quellen: WGKK; NÖGKK; Statistik Austria; Darstellung: RH

Bei der WGKK nahm z.B. die Anzahl der Anspruchsberechtigten um 8 % zu, andererseits sank die Anzahl der Vertragszahnärztinnen und –zahnärzte um 4 %.

Gleichzeitig lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Wartezeiten für eine Mundhygiene in den Zahnambulatorien der NÖGKK zwischen zwei und elf Wochen, in den Zahnambulatorien der WGKK zwischen einer Woche und zwölf Wochen. Im April 2015 bezifferte die WGKK die Wartezeit für eine Gratiszahnspange mit rund zwei Jahren, im Dezember 2016 immer noch mit rund einem Jahr.

17.2

Der RH kritisierte, dass trotz des gesetzlichen Auftrags für eine gegebenenfalls verbindliche Gesundheitsplanung auch im Bereich der kasseneigenen Zahnambulatorien schlüssige Kriterien für die Planung bislang fehlten bzw. noch keine eindeutigen analytischen Aussagen ableitbar waren.

³⁰ WGKK per 31. Dezember 2016: Planstellen: 659, Anzahl von Verträgen: 680; der Unterschied zwischen der Anzahl an Planstellen und der Anzahl von Verträgen begründet sich durch die Doppelpraxen (1 Stelle, 2 Verträge) und den zum Stichtag unbesetzten Planstellen; NÖGKK per 31. Dezember 2016: Planstellen: 465, Anzahl von Verträgen: 453; der Unterschied zwischen der Anzahl an Planstellen und der Anzahl von Verträgen begründet sich durch unbesetzte und ruhende Planstellen, Planstellen mit späterem Beginn, Vorgriff und Auchzahnärzte.

Der RH empfahl daher dem Ministerium und dem Hauptverband sowie der NÖGKK und der WGKK, eine analytische Planung der Angebotsstruktur der zahnmedizinischen Versorgung vorzunehmen und nach Möglichkeit in die RSG 2018 aufzunehmen. Zur Vorbereitung der Gesundheitsplanung im Rahmen der RSG 2018 wären die maßgeblichen Planungsparameter für die Zahnambulatorien klar zu definieren und die entsprechenden Grundlagen zu schaffen. Der RH sah dabei Handlungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen: von einer gesetzlichen Klarstellung der sachlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen (**TZ 13**), der Gestaltung der Rentabilitätsrechnung (**TZ 14**) über die Sicherstellung von Tarifen ohne Verzerrung/Querfinanzierung (**TZ 15**), die Strategie auf regionaler (aber versicherungsträgerübergreifender) Ebene bis zur trägerspezifischen Ausgestaltung (**TZ 16**).

17.3

(1) Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass es mit dem ÖSG einen Rahmen für die regionale Detailplanung setze und erläuterte, dass im Zuge der Weiterentwicklung dieser Planung eine getrennte Darstellung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie geplant sei sowie Aufgabenprofile für die Zahnmedizin ergänzt werden sollten. Die konkreten Leistungskapazitäten, Standorte und Leistungsformen könnten nur regional geplant werden, die Gesundheitsstrukturplanung könne nicht die Organisationsform eines medizinischen Angebots festlegen. Allerdings werde sich die Rolle der Zahnambulatorien durch das Aufgabenprofil für die zahnmedizinische Versorgung und die Zuordnung von Leistungen in der „Leistungsmatrix – ambulant“ ergeben.

(2) Der Hauptverband begrüßte den Verweis auf das Instrument der RSG zur Planung der Angebotsstruktur der zahnärztlichen Versorgung und verwies auf die Ausführungsgesetze der Länder zum krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungsverfahren. Hinsichtlich der Rolle der kasseneigenen Zahnambulatorien wies der Hauptverband darauf hin, dass diese Einrichtungen für den Fall eines vertragslosen Zustands eine Grundlage für die Sachleistungsversorgung sein würden.

(3) Die NÖGKK führte aus, dass die Empfehlung, die kasseneigenen Zahnambulatorien in den RSG zu berücksichtigen, im RSG 2025 für Niederösterreich umgesetzt werde. Zur Anzahl der Vertragszahnärztinnen und -ärzte (Tabelle 10) gab die NÖGKK an, dass die Zahl der Planstellen sich kaum verändert habe, es aber zunehmend Besetzungsprobleme gebe.

(4) Die WGKK führte aus, dass die Anzahl der Planstellen an die Vorgaben des RSG angepasst worden sei. Aktuell sei beschlossen worden, dass 16 tatsächlich bisher nicht nachbesetzte Kassenplanstellen auszuschreiben seien. Weiters wies die WGKK darauf hin, dass auch Institute und Eigene Einrichtungen versorgungswirksam seien und daher die Entwicklung der Vertragszahnarztstellen für sich allein noch nicht für den Angebotsumfang im Sachleistungsbereich aussagekräftig sei.

- 17.4** Der RH nahm die geplante Ausschreibung von 16 Kassenplanstellen bei der WGKK zur Kenntnis.

Kieferorthopädie (Zahnspangen)

Zahnspangenregelung gemäß § 153 ASVG

- 18.1** (1) Nach § 153 ASVG gewährte die Sozialversicherung Zahnspangen grundsätzlich nur zur Verhütung von schweren Gesundheitsstörungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen. Näheres hierzu war durch die Satzung der einzelnen Krankenversicherungsträger auf Basis der Mustersatzung des Hauptverbands zu regeln. Diese Regelungen enthielten einerseits eine Definition der Indikationen³¹, andererseits die Höhe der finanziellen Unterstützung (Höhe der Zuzahlungen der Versicherten bei abnehmbaren Zahnspangen).

(2) Einzelne Punkte der Indikationenliste der Satzung („ähnliche Fehlstellungen“) eröffneten einen größeren Interpretationsspielraum. Die Bewilligungspraxis der Krankenversicherungsträger für Kieferregulierungen war österreichweit unterschiedlich. Den — bei weitem nicht kostendeckenden — Kostenbeitrag genehmigten zum Teil Verwaltungsbedienstete ohne medizinische Prüfung. Auch nach Einführung der „Gratiszahnspange“ (Neuregelung) galt eine Bewilligungspflicht noch bei Inanspruchnahme einer Wahlzahnärztin bzw. eines Wahlzahnarzts oder bei von der „Gratiszahnspange“ nicht umfassten Fehlstellungen (Altregelung).

(3) Als Sachleistung gewährten die Krankenversicherungsträger — basierend auf einer gesamtvertraglichen Einigung aus dem Jahr 1972 — gemäß § 153 ASVG nur abnehmbare Zahnspangen. Dabei war für 2016 ein Vertragstarif von 868 EUR pro Behandlungsjahr vereinbart, je nach Krankenversicherungsträger hatten die Versicherten Zuzahlungen von 25 % bis 50 % zu leisten. Bei der NÖGKK und bei der WGKK waren es 50 %.

Die festsitzende Zahnspange war hingegen eine Privatleistung, das bedeutet, die Honorargestaltung lag im freien Ermessen der Behandlerin bzw. des Behandlers. Die autonomen Honorarrichtlinien der Zahnärztekammer für 2016/2017 sahen 5.937 EUR für die Gesamtbehandlung mit festsitzender Zahnspange vor. Die meisten GKK leisteten einen jährlichen Zuschuss in Höhe von 80 % des Kassenanteils des vereinbarten Vertragstarifs für abnehmbare Zahnspangen (rd. 350 EUR). Die Zuschüsse der Krankenversicherungsträger deckten daher nur einen kleinen Teil der Behandlungskosten ab.

³¹ z.B. extremer oberer Schmal kiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss

(4) Vertreter der Krankenversicherungsträger kritisierten schon im Jahr 2006, dass die Regelung des ASVG mangels objektiv messbarer Parameter reformbedürftig sei: „Weder ließen sich schwere gesundheitsschädigende Folgen prognostizieren, noch könne man für die Mehrzahl der aufgeführten Fehlstellungen berufsstörende Veranstaltungen herleiten.“ Abnehmbare Zahnspangen (damals einzige Vertragsleistung) seien zur Behandlung schwerer Anomalien ungeeignet. Sozial Schwache könnten sich festsitzende Zahnspangen bei gegebener Zuschusshöhe nicht leisten. Die Übernahme von Kosten durch die Krankenversicherung erfolge nach dem „Gießkannenprinzip“. Die Krankenversicherungsträger stellten mehrfach Überlegungen zur Neugestaltung dieses Leistungsbereichs an. Von 2006 bis 2013 blieben die Satzungen bzw. Gesamtverträge jedoch unverändert.

(5) Für Fälle, die von der Gratiszahnspangenregelung nicht umfasst waren (z.B. dort nicht erfasste Fehlstellungen oder bei Erwachsenen), galt die Altregelung weiter.

18.2

Der RH kritisierte, dass, obwohl die Reformbedürftigkeit der Zahnspangenregelung nach § 153 ASVG schon seit mehr als zehn Jahren bekannt war, weder die gesetzliche Bestimmung noch die (Mustersatzung bzw. die) Satzungen der Krankenversicherungsträger überarbeitet wurden. Er kritisierte weiters, dass die Krankenversicherungsträger zum Teil ohne strenge Prüfung der Indikationen Bewilligungen erteilten. Sie leisteten zwar einen Beitrag für viele Personen, jedoch nur einen geringen Teil der Gesamtkosten der Behandlung. Für schwere Fälle, die mit einer festsitzenden Zahnspange zu behandeln waren, blieb diese ohne entsprechende Eigenmittel unfinanzierbar. Der RH merkte an, dass für Behandlungen, die nicht unter die Gratiszahnspangenregelung fielen, immer noch ein Bewilligungsverfahren bei den Krankenversicherungsträgern zu erfolgen hatte.

Der RH kritisierte, dass trotz der Einführung der Gratiszahnspange die Altregelung zu Kieferregulierungen im ASVG unverändert in Geltung war.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK, auf eine bessere Abstimmung der Alt- und Neuregelung zu Kieferregulierungen hinzuwirken.

Der RH empfahl der NÖGKK und der WGKK, das Bewilligungsverfahren für Kieferregulierungen nach § 153 ASVG (Altregelung) transparent und nachvollziehbar durchzuführen.

18.3

(1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass im Zusammenhang mit dem Projekt zur Leistungsharmonisierung durch eine Änderung der Mustersatzung des Hauptverbands eine den Empfehlungen des RH entsprechende Neuregelung vorgenommen worden sei.

(2) Der Hauptverband gab an, dass im Rahmen der Leistungsharmonisierung eine bessere Abstimmung der Alt- und Neuregelung zu kieferorthopädischen Behandlungen bewirkt worden sei. Insbesondere seien klare und nachvollziehbare Kriterien für die Beurteilung von Ansprüchen für Leistungen nach dem Altsystem geschaffen worden, indem bundesweit einheitlich eine Referenzierung auf den IOTN³² vorgenommen werde. Die entsprechende Vereinbarung mit der Zahnärztekammer sei mit September 2017 in Kraft getreten.

(2) Die NÖGKK und die WGKK wiesen in ihren Stellungnahmen darauf hin, dass für Behandlungen, die nach dem 31. Dezember 2017 beginnen, die Zuzahlung für die Vertragsleistung Kieferregulierung mit abnehmbarer Zahnspange nur noch 30 % und der Kostenzuschuss (für eine festsitzende Zahnspange) 70 % des Tarifs für abnehmbare Zahnspangen betrage.

(3) Die NÖGKK gab weiters an, die IOTN-Grade würden nun in einem eigenen Anhang zur Satzung definiert.

(4) Die WGKK sagte weiters zu, dass ihre Bewilligungspraxis zur „Altleistung“ nach § 153 ASVG nach zahnmedizinischer Prüfung und unter strikter Anwendung der in Gesetz und Satzung festgelegten Indikation erfolge. Es würde mit großer Sorgfalt vorgegangen und bei unklaren Angaben würden medizinische Befunde nachgefordert.

Zur klaren und transparenten Trennung zwischen den alten und neuen kieferorthopädischen Leistungen würden keine alten Leistungen bewilligt, wenn die Anspruchsvoraussetzungen für die neuen Leistungen vorlägen. So solle vermieden werden, dass Patienten in die alte Leistung mit Kostenbeteiligung gedrängt werden, weil die alte Leistung für die behandelnde Person lukrativer ist oder diese nicht über die Ausbildungserfordernisse für die neuen Leistungen verfügt.

Einführung der Gratiszahnspange

19.1

(1) Im September 2013 sprach sich der damalige Gesundheitsminister³³ dafür aus, eine Gratiszahnspange einzuführen. Die Finanzierung von Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche wurde auch ins Regierungsprogramm 2013–2018 aufgenommen.

(2) Im März 2014 beschloss der Nationalrat eine Änderung der Anspruchsvoraussetzungen für Kieferregulierungen im ASVG (§ 153a ASVG). Die Gratiszahnspange war als Sachleistung (ohne Kostenbeitrag der Versicherten) zu gewähren, wenn Be-

³² Index of Orthodontic Treatment Need

³³ Alois Stöger

handlungsbedürftigkeit bestand (d.h. im Falle einer erheblichen Zahn- oder Kieferfehlstellung), die Erläuterungen der Regierungsvorlage sprachen von IOTN 4 und 5 nach dem international geltenden fünfstufigen IOTN-Index zur Einschätzung der kieferorthopädischen Behandlungsnotwendigkeit.

Im Dezember 2014 schlossen der Hauptverband und die Zahnärztekammer einen Gesamtvertrag–Kieferorthopädie ab (KFO–GV, Nr. 23/2015); dieser trat ab 1. Juli 2015 in Kraft.

(3) Die Neuregelung umfasste insbesondere

- eine Neudefinition der Behandlungsbedürftigkeit: die Behandlungsbedürftigkeit richtete sich nach dem international anerkannten IOTN – sie war bei den Stufen 4 und 5 jedenfalls anzunehmen;³⁴
- die erbrachten Leistungen, insbesondere die kieferorthopädische Hauptbehandlung mit festsitzender Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche etwa ab dem 12. bis zum 18. Lebensjahr bei schwerwiegenden Fehlstellungen,³⁵ die frühkindliche kieferorthopädische Behandlung bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr, Beratungsgespräche, IOTN–Feststellung, Reparaturen etc.;
- die Steuerung der Anbieterstruktur: Die flächendeckende Versorgung sollte nach dem Gesamtvertrag zu zwei Drittel von Vertragskieferorthopädinnen und –orthopäden abgedeckt werden, der restliche Bedarf sollte durch kasseneigene Zahnambulatorien der Krankenversicherungsträger, Sondereinzelverträge, selbstständige Ambulatorien und Institute, Uni–Kliniken usw. erbracht werden. Dadurch ergab sich auch eine Verschiebung vom Wahlbereich in den Vertragsbereich;
- eine Neuregelung des Tarifsystems: Für abnehmbare Zahnsparangen war mit dem Tarif (von 868 EUR im Jahr 2016) pauschal die gesamte Behandlung unabhängig von der Dauer abgegolten. Die festsitzende Zahnspange, die früher Privatleistung war, war nun als Sachleistung bei Behandlungsbedürftigkeit ohne Zuzahlung der Patientinnen und Patienten bei den Vertragskieferorthopädinnen und –orthopäden erhältlich. Die Honorierung erfolgte durch den Krankenversicherungsträger mittels eines im Gesamtvertrag festgelegten Pauschaltarifs je Behandlung in Höhe von 4.550 EUR (2015 und 2016) bzw. 3.546 EUR (2017) (TZ 26);

³⁴ Die Stufen 1 bis 3 (kein, geringer bzw. moderater Behandlungsbedarf) bewirkten in diesem Sinne keine Behandlungsnotwendigkeit.

³⁵ frühestens wenn bei der Patientin bzw. beim Patienten die vier oberen/unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind

- eine Mitwirkungspflicht der Patientin bzw. des Patienten (ausreichende Mundhygiene, Einhaltung der Behandlungstermine, Befolgung der Therapieempfehlungen und Maßnahmen, sorgfältiger Umgang mit den Behandlungsgeräten).

Für 2020 sahen die Krankenversicherungsträger eine Evaluierung der Auswirkungen auf die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen vor, weil erst fünf Jahre nach Inkrafttreten die ersten Auswirkungen auf die Zahngesundheit feststellbar waren. Dazu sollten statistische Aufzeichnungen über die Verläufe der Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen geführt werden.

(4) Die gesetzlichen Grundlagen für die Auswahl von Vertragsärztinnen und –ärzten enthielt das ASVG³⁶, auf dessen Basis das Ministerium eine Änderung der Reihungskriterien–Verordnung erließ.³⁷ Der Gesamtvertrag–Kieferorthopädie (KFO–GV, Nr. 23/2015) enthielt nähere Details.

Die einzelnen GKK hatten die zu besetzenden Planstellen im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Landes Zahnärztekammer auszuschreiben, danach erfolgten Auswahl und Invertragnahme der Kieferorthopädinnen und –orthopäden.

19.2

Ungeachtet der vom RH festgestellten Besonderheiten (**TZ 20**) hob der RH positiv hervor, dass es innerhalb von zwei Jahren gelang, eine Neuregelung der Zahnspannen herbeizuführen und umzusetzen. Der RH begrüßte die Modernisierung der Rahmenbedingungen für die Kieferorthopädie und hob positiv hervor, dass ihre Auswirkungen auf die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen zeitnah evaluiert werden sollen, insbesondere da jährlich zusätzliche (Steuer–)Mittel für dieses Ziel zur Verfügung gestellt wurden.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK, in diese Evaluierung auch die Langzeitwirkung der Behandlung im Hinblick auf eine nachhaltige Verbesserung der Kinder– und Jugendzahngesundheit aufzunehmen.

19.3

(1) Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme auf die für das Jahr 2020 geplante Evaluierung der Einführung der Kieferregulierung für Kinder und Jugendliche nach der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung. Nach Ablauf von fünf Jahren könnten die ersten Auswirkungen auf die Zahngesundheit festgestellt werden.

(2) Der Hauptverband war der Ansicht, dass durch die bestehenden Instrumente der Qualitätssicherung eine Überprüfung der Langzeitwirkung nicht geleistet werden könne. Diese Prüfung werde dann als kritisch gesehen, wenn eine solche Langzeitwirkung als Leistungs– bzw. Bezahlungsgrundlage verstanden wird. Einerseits

³⁶ § 343 ASVG; auf dessen Abs. 1a (i.d.F. BGBl. II Nr. 64/2015) beruht die Reihungskriterien–Verordnung.

³⁷ 4. Änderung der Reihungskriterien–Verordnung, BGBl. II Nr. 64/2015

könnten sich Kiefer im Laufe des Lebens verändern, sodass eine weitere Behandlung aus demselben Grund erforderlich sein könne. Andererseits sei die Verbesserung der Mundgesundheit auch von einer einwandfreien Mundhygiene abhängig.

(3) Die NÖGKK erachtete eine Prüfung der Langzeitwirkung für schwierig, da die Zahngesundheit an sich von vielen Faktoren abhängig sei (z.B. Lebensstil, Ernährung, ausreichende Mundhygiene etc.). Damit seien wesentliche gesellschaftspolitische Fragestellungen verbunden. Die Empfehlung des RH bleibe daher unklar.

19.4

Der RH stimmte dem Hauptverband und der NÖGKK zu, dass die Mundgesundheit von vielen Faktoren, insbesondere auch von der Mundhygiene, abhängig war. Er hielt es dennoch für zweckmäßig, die Veränderungen durch die Einführung der „Zahnsperre Neu“ (z.B. verstärkter Fokus auf festsitzende Zahnsperren, Änderung in der Definition der Anspruchsberechtigung) in ihrer Wirkung nicht nur auf die Kieferstellung durch die Zahnsperre, sondern z.B. auch auf die Kariesentwicklung aufgrund der dadurch veränderten Notwendigkeit der Mundhygiene einer Überprüfung zu unterziehen. Er empfahl, dies bei der vom Ministerium angekündigten Evaluierung 2020 zu berücksichtigen.

Aufgabenverteilung bei der Neuregelung

20.1 Die folgende Übersicht zeigt die Aufgabenverteilung bei der neuen Regelung:

Tabelle 11: Verantwortungsmatrix Gratiszahnspange

Thema	Verantwortungsträger			
	Gesetzgeber	Ministerium	Hauptverband	KV-Träger
Definition und Umsetzung einer Sachleistungspflicht	Anforderungen an Sachleistungsversorgung	Gesetzesentwurf	Abschluss Gesamtvertrag-Kieferorthopädie	Abschluss von Einzelverträgen
Bedarfsplanung	Anforderung der flächendeckenden Versorgung		Festlegung der Anzahl der Leistungserbringer, regionale und funktionale Verteilung	Verhandlung von regionalen Stellenplänen, Stellenausschreibungen, Stellenvergabe
Definition der Behandlungsbedürftigkeit	erhebliche Zahn- oder Kieferfehlstellungen, Erwähnung IOTN in Erläuterungen		Verweis auf IOTN in Gesamtvertrag und Mustersatzung	Anwendung im Einzelfall
Auswahl Leistungserbringer	Auftrag an Hauptverband und Krankenversicherungsträger	Verordnung	Kriterienkatalog im Gesamtvertrag	konkrete Ausschreibung und Reihung der Bewerberinnen und Bewerber
Qualitätssicherung	Auftrag an Hauptverband und Krankenversicherungsträger		Festlegung von Kriterien	operative Durchführung
Tarife	Auftrag an Hauptverband, Richttarife im Gesamtvertrag mit der Zahnärztekammer festzusetzen		Pauschaltarif pro Leistung, Deckelung Gesamtaufwand, Bandbreitenmodell	operative Durchführung
Finanzierung	80 Mio. EUR	Bereitstellung der Mittel	Abwicklung über Zahngesundheitsfonds	Finanzierung von höherem Bedarf
Rahmenbedingungen für Verhandlungen	Festlegung, dass ohne Gesamtvertrag auch Einzelverträge möglich sind			

IOTN = Index of Orthodontic Treatment Need

Quelle: RH

Dabei übernahm der Gesetzgeber wesentliche Entscheidungen, die ansonsten an die vollziehenden Stellen delegiert waren:

- Konkretisierung des Sachleistungsanspruchs: Während grundsätzlich das ASVG einen Rechtsanspruch auf die notwendige, ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung definiert und die nähere Ausgestaltung der Leistungen den Gesamtvertragspartnern überlässt, regelte der Gesetzgeber in diesem Fall einen konkreten Leistungsbereich („Zahnspange“) ausdrücklich.

- Qualitätssicherung: Während die Qualitätssicherung grundsätzlich hauptsächlich der Berufsvertretung bzw. dem Ministerium übertragen ist, erfolgte in diesem Bereich eine ausdrückliche Regelung bzw. Delegation an die Gesamtvertragsparteien.
- Generell gilt für die gesetzliche Krankenversicherung eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik: Die gesetzlich geregelten Leistungen (insbesondere die notwendige Krankenbehandlung) müssen mit den bestehenden Einnahmen finanziert werden. Für zusätzliche Leistungen erfolgt daher häufig eine entsprechende Einschränkung oder Umschichtung in anderen Bereichen. Im Bereich der Zahnspange wurde ein einzelner Leistungsbereich mit spezifischen zusätzlichen (Steuer-)Mitteln finanziert.
- Rahmenbedingungen für Verhandlungen: Grundsätzlich gilt im österreichischen Gesundheitssystem der Grundsatz, dass entweder eine gesamtvertragliche Lösung gefunden wird oder ein vertragsloser Zustand eintritt. Die Möglichkeit, auch Einzelverträge abzuschließen, besteht nicht. In diesem Bereich wurde dieses Prinzip ausdrücklich durchbrochen. Für den Fall, dass ein derartiger Vertrag bis 1. Juli 2015 nicht zustande gekommen wäre, hätten die Krankenversicherungsträger entsprechende Einzelverträge bzw. durch Institute oder kasseneigene Zahnambulatorien eine entsprechende Versorgung sicherzustellen gehabt.

20.2

Der RH verwies darauf, dass die neue Regelung eine zeitgemäße Sachleistungsversorgung für Zahnspangen ermöglichte. Er wies darauf hin, dass dies jedoch nur durch einen spezifischen Eingriff des Gesetzgebers gelang, indem er einen einzelnen Leistungsbereich im ASVG regelte, eine Frist für das Zustandekommen eines Gesamtvertrags fest schrieb, aus Steuermitteln extra Geld zur Verfügung stellte und Alternativen festlegte, falls kein Gesamtvertrag zustande käme. Auch wenn dieser Weg Erfolg bringend war, stellte er nach Ansicht des RH einen außergewöhnlichen Eingriff in das Gesundheitsmanagement dar.

Der RH gab dabei zu bedenken, dass

- auch im konservierend–chirurgischen Bereich der Zahnbehandlung die Gesamtvertragsverhandlungen seit mehreren Jahren scheiterten (TZ 9);
- schwer zu argumentieren war, warum in bestimmten Bereichen die Grundsätze für Qualitätssicherung, Auswahl von Leistungserbringern und Finanzierung durchbrochen werden und in anderen Bereichen nicht;

- eine Lösung von Einzelbereichen des Gesundheitswesens direkt durch den Gesetzgeber die Mechanismen der Selbstverwaltung bzw. der Konkretisierung der Leistungsansprüche und Bewertung durch Gesamtvertragsverhandlungen weitgehend außer Kraft setzte.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Ministerium, den Hauptverband, die NÖKK und die WGKK in **TZ 9**, im Falle eines weiteren Scheiterns der Gesamtvertragsverhandlungen zu den übrigen Bereichen der zahnmedizinischen Versorgung auch seitens des Gesetzgebers andere Maßnahmen zur Sicherstellung einer zeitgemäßen Versorgung analog der Regelung zur Kieferorthopädie zu setzen.

20.3 (1) Das Ministerium unterstützte laut seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH. Zur Umsetzung bedürfe es im Anschluss an eine entsprechende politische Willensbildung einer gesetzlichen Änderung.

(2) Die NÖGKK erblickte einen Widerspruch zwischen der Empfehlung des RH, im Falle eines weiteren Scheiterns der Gesamtvertragsverhandlungen seitens des Gesetzgebers andere Maßnahmen zur Sicherstellung einer zeitgemäßen Versorgung analog der Regelung zur Kieferorthopädie zu setzen, und der Wertung des RH, dass der Eingriff des Gesetzgebers im Bereich der Zahnspangenregelung einen außergewöhnlichen Eingriff in das Gesundheitsmanagement darstelle.

20.4 Der RH führte gegenüber der NÖGKK aus, dass er ein systematisches und datenbasiertes Vorgehen bei der Priorisierung von Leistungen, Planung von Angeboten und Kalkulation von Tarifen für nötig hielt. Dieses sollte durch eine an den Ergebnissen orientierte gesetzliche Regelung der Rahmenbedingungen (wie etwa dem Vertragspartnerrecht oder der Definition der Gesundheitsziele) ergänzt werden. Beides war klar von gesetzlichen Eingriffen in einzelne Verträge oder Leistungen zu unterscheiden.

Inanspruchnahme

21 Der RH erhob bei der NÖGKK und bei der WGKK die Anzahl der kieferorthopädischen Behandlungen seit Einführung der Gratiszahnspange (Zeitraum 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016) und verglich sie mit der Anzahl der Behandlungen im Jahr davor:

Tabelle 12: Kieferorthopädische Behandlungen seit der Zahnspangen-Neuregelung im Vergleich zum Jahr davor

NÖGKK	Anzahl	Summen Kassenanteil
		in Mio. EUR
Zeitraum 1. Juli 2014 bis 30. Juni 2015 (das Jahr vor der Neuregelung)		
KFO-Alt (§ 153 ASVG)	7.898	2,94
Zeitraum 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016 (das Jahr nach der Neuregelung)		
KFO-Neu (Gratiszahnspange nach § 153a ASVG, IOTN 4 und 5)	3.032	5,34
KFO-Alt (§ 153 ASVG), ohne IOTN 4 und 5	5.929	2,23
gesamt	8.961	7,57

WGKK	Anzahl	Summen Kassenanteil
		in Mio. EUR
Zeitraum 1. Juli 2014 bis 30. Juni 2015 (das Jahr vor der Neuregelung)		
KFO-Alt (§ 153 ASVG)	10.571	3,98
Zeitraum 1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016 (das Jahr nach der Neuregelung)		
KFO-Neu (Gratiszahnspange nach § 153a ASVG, IOTN 4 und 5)	5.274	8,76
KFO-Alt (§ 153 ASVG), ohne IOTN 4 und 5	5.939	2,22
gesamt	11.213	10,98

IOTN = Index of Orthodontic Treatment Need

KFO = Gesamtvertrag Kieferorthopädie

Quellen: NÖGKK; WGKK

Die Auswertung zeigt, dass die WGKK innerhalb eines Jahres seit der Einführung der Gratiszahnspange (1. Juli 2015 bis 30. Juni 2016) 11.213 Zahnspangen gewährte (davon 5.274 Gratiszahnspangen, 5.939 Zahnspangen nach der Altregelung), im Jahr davor waren es noch 10.571 Zahnspangen. Die NÖGKK gewährte im gleichen Zeitraum 8.961 Zahnspangen, im Gegensatz zu 7.898 Zahnspangen im Jahr davor. Insgesamt bekamen im Jahr nach der Einführung der Gratiszahnspange bei der WGKK 6 %, bei der NÖGKK um 13 % mehr Anspruchsberechtigte eine Zahnspange als (im Jahr) davor.

Qualitätssicherung

Gesetzlicher Auftrag

22

Der Gesetzgeber legte in § 153a ASVG bei der Regelung des Leistungsanspruchs für Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche fest, dass „der Hauptverband für die Leistungserbringung ein Qualitätssicherungssystem vorzusehen hatte. Die Krankenversicherungsträger hatten die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, insbeson-

dere die Struktur– und die Ergebnisqualität (Behandlungserfolg) zu überprüfen und darüber dem Hauptverband zu berichten.“ Entsprechende Regelungen waren in der Mustersatzung und im Gesamtvertrag–Kieferorthopädie umgesetzt. Diese umfassten insbesondere Regelungen zur Auswahl geeigneter Leistungserbringer und die Überwachung der Ergebnisqualität.

Auswahl qualifizierter Leistungserbringer

23.1 (1) In Österreich existierte bislang keine staatlich anerkannte, geregelte universitäre Fachzahnarztausbildung für Kieferorthopädie. Im Rahmen ihres Zahnmedizinstudiums lernten Studierende auch die Grundzüge der Kieferorthopädie.³⁸ Zahnärztinnen und Zahnärzte waren berechtigt, neben den allgemeinen zahnärztlichen Leistungen auch Kieferregulierungen durchzuführen.

Europaweit bestand überwiegend nach dem Studium der Zahnheilkunde die Möglichkeit einer vertieften Ausbildung zur Fachzahnärztin bzw. zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (meist in Form einer drei– bis vierjährigen universitären Ausbildung). In Österreich war die Qualität der Ausbildung intransparent. Zahnärztinnen und Zahnärzte in Österreich konnten sich in freiwilligen Kursen weiterbilden, Fortbildungsdiplome erwerben und darauf hinweisen. Auch nach internationalen Kriterien ausgebildete und geprüfte Kieferorthopädinnen und –orthopäden mit dreijähriger universitärer Ausbildung durften in Österreich den Titel „Fachzahnarzt für Kieferorthopädie“ nicht führen. Deshalb war für die Patientinnen und Patienten nicht erkennbar, welche Zahnärztinnen und Zahnärzte eine mehrjährige vertiefte Ausbildung hatten.

Im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen gab es dazu eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des eigenen Ressorts, von Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft, Zahnärztekammer, Universitäten und Interessenvertretungen. Für die anstehenden fachlichen Arbeiten, die Grundlage für die künftige berufsrechtliche Regelung sein sollen, richtete die Zahnärztekammer eine Arbeitsgruppe mit den Universitäten ein.

(2) Der Hauptverband legte im Gesamtvertrag–Kieferorthopädie mit der Zahnärztekammer fest, dass der neue Vertragspartner für die festsitzende Gratiszahnspange bestimmte Ausbildungs– und Erfahrungsvoraussetzungen zu erfüllen hatte.

³⁸ In Österreich wurde erst 1997 der Zahnarztberuf (entsprechend EU–Recht) eingeführt, bis dahin wurden Fachärztinnen und Fachärzte für Zahn–, Mund– und Kieferheilkunde mit ärztlicher Grundausbildung ausgebildet.

Neben fachlicher Eignung³⁹ (z.B. 20 Fälle mit 70%iger Verbesserung) waren zusätzliche fachliche Qualifikationen⁴⁰ (z.B. Fachzahnärztin bzw. –zahnarzt für Kieferorthopädie bis Fortbildungsdiplom Kieferorthopädie der Zahnärztekammer) gefordert. Auf diese Qualitätsanforderungen sollte schon bei der Einzelvertragsvergabe besonders geachtet werden. Das Vorliegen der Voraussetzungen bzw. die Erfüllung der Auswahlkriterien war durch den Krankenversicherungsträger gemeinsam mit der jeweiligen Landes Zahnärztekammer zu überprüfen.

23.2

Der RH hob kritisch hervor, dass in Österreich im Gegensatz zu den meisten europäischen Ländern noch keine Ausbildung zur Fachzahnärztin bzw. zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie bestand. Der RH hielt eine staatlich geregelte mehrjährige universitäre Ausbildung für transparenter als freiwillige Fortbildungsdiplome.

[Er empfahl dem Ministerium, die Einführung einer Ausbildung zur Fachzahnärztin bzw. zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie in Österreich zu prüfen und die Schaffung entsprechender Regelungen vorzubereiten.](#)

Der RH begrüßte, dass im Zusammenhang mit der Neuregelung der Zahnspangen der Qualitätssicherung ein hoher Stellenwert eingeräumt wurde.

23.3

(1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass seit Sommer 2015 Sitzungen zur Schaffung eines eigenen Fachgebiets zu diesem Thema stattfanden und ein grundsätzlicher Konsens erzielt worden sei. Im März 2017 sei die Zahnärztekammer mit der Einrichtung einer Arbeitsgruppe beauftragt worden, um fachliche Grundlagen für die künftigen berufs- und ausbildungsrechtlichen Regelungen zu erarbeiten. Ein Ergebnis sei noch nicht vorgelegt worden.

(2) Der Hauptverband unterstützte die Empfehlung des RH.

³⁹ Weiters war für die Bewerbung um eine Stelle für die Gratiszahnspange verpflichtend ein Erfahrungsnachweis zu erbringen: Erbringung von 20 Multibracket-Behandlungsfällen, die innerhalb der letzten drei Jahre abgeschlossen wurden und bei denen durch die Behandlung eine Verbesserung von durchschnittlich mindestens 70 %, bezogen auf diese Fälle, bewirkt wurde. Diese Fälle müssen im Rahmen der selbstständigen Berufsausübung (§ 23 ZÄG) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert worden sein.

⁴⁰ Ausbildungsvoraussetzungen: Ausbildung zur Fachzahnärztin bzw. zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich Kieferorthopädie oder Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie oder entsprechende postgraduale Ausbildung in der Kieferorthopädie (z.B. MSc) oder Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom Kieferorthopädie der Zahnärztekammer) oder gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland.

Ausschreibung/Umsetzung

24.1

(1) Der bundeseinheitliche Gesamtvertrag–Kieferorthopädie ermöglichte eine flächendeckende Sachleistungsversorgung mit österreichweit 180 Vertragsplanstellen (davon 36 Stellen in Niederösterreich und 32 in Wien). Um wirksam zu werden, waren mit 1. Juli 2015 mindestens 150 der 180 Planstellen zu besetzen. Die regionale Verteilung der Stellen war zwischen den Krankenversicherungsträgern und den jeweiligen Landeszahnärztekammern zu vereinbaren. Die einzelnen GKK hatten die zu besetzenden Planstellen im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Landeszahnärztekammer auszuschreiben.

(2) Auf Grundlage des ASVG erließ das Ministerium für die Auswahl von Vertragsärztinnen und –ärzten die Reihungskriterien–Verordnung und änderte diese im März 2015.⁴¹ Die Bewertung der einzelnen Kriterien hatte innerhalb der in der Reihungskriterien–Verordnung vorgesehenen Bandbreite an Punkten zu erfolgen.

Die Bewerberinnen und Bewerber um die Vertragsstellen für die Gratiszahnspange hatten u.a. ihre Ausbildungs– und Erfahrungsvoraussetzungen nachzuweisen: Als Nachweis einer zusätzlichen fachlichen Qualifikation im Bereich Kieferorthopädie zählten verschiedene postgraduale Ausbildungen unterschiedlicher Intensität und Qualität (**TZ 23**). Zur Erbringung des Berufserfahrungsnachweises mussten die Bewerberinnen und Bewerber 20 erfolgreiche Multibracket–Behandlungsfälle anhand von Modellen einreichen, wobei die GKK (gemeinsam mit den Landeszahnärztekammern) den Behandlungserfolg überprüfen sollten. Abschließend erfolgten Reihung und Auswahl bzw. Invertragnahme der Kieferorthopädinnen und –orthopäden. Die konkreten Auswahlkriterien wurden zwischen der örtlich zuständigen GKK (im Einvernehmen mit den bundesweiten Versicherungsträgern) und der zuständigen Landeszahnärztekammer vereinbart.

(3) Die WGKK hatte in der Planstellenvergabevereinbarung für Kieferorthopädie, die im April 2015 unterzeichnet wurde, mit der Landeszahnärztekammer für Wien vereinbart, für das Kriterium der zusätzlichen fachlichen Qualifikation, je nach Ausbildung fünf bis 14 Punkte zu vergeben (bspw. für den Nachweis Austrian Board of Orthodontics (ABO) oder Fortbildungsdiplom der Zahnärztekammer fünf Punkte, für die Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie 14 Punkte).

⁴¹ 4. Änderung der Reihungskriterien–Verordnung, BGBl. II Nr. 64/2015

Die NÖGKK bepunktete⁴² sämtliche der angeführten Aus- und Weiterbildungen in der Kieferorthopädie mit jeweils fünf Punkten, wodurch eine höherwertige Ausbildung nicht besser bewertet wurde.

(4) Zur Feststellung der fachlichen Eignung überprüfte die WGKK alle Modelle der Erstgereihten auf ihren Behandlungserfolg (ob diese 70 % Verbesserung nachweisen). Diese Überprüfung war sehr zeitintensiv und verlangte auch entsprechendes fachliches Know-how. Weiters unterstützte die WGKK die BGKK und übernahm die Überprüfung der Modelle für die BGKK.

Die NÖGKK vereinbarte mit der Landeszahnärztekammer für Niederösterreich, auf die Vorlage der 20 Multibracket-Fälle an Eides statt zu verzichten, führte jedoch Stichproben durch (per Los wurden 13 Kandidaten gezogen, die jeweils fünf Modelle vorlegen mussten). Sie begründete dies mit dem großen Zeitdruck bei der Besetzung der Stellen und der großen Anzahl der zu besetzenden Planstellen.

(5) Per 1. Juli 2015 waren von den österreichweit 180 zu besetzenden Kieferorthopädie-Stellen nur 150 besetzt. Die WGKK benötigte drei Ausschreibungsrunden. Per 20. März 2017 waren in Wien alle Stellen besetzt. Die NÖGKK konnte alle 36 Stellen mit 1. Juli 2015 besetzen.

24.2

Der RH wies darauf hin, dass bei der Einführung einer durch Bundesmittel finanzierten neuen Leistung die Krankenversicherungsträger durch den Gesamtvertrag-Kieferorthopädie verpflichtet waren, Vertragspartner mit dokumentierter fachlicher Eignung und auch diejenigen mit bestmöglicher Qualifikation auszuwählen.

Der RH kritisierte, dass die NÖGKK zwar alle Vertragsstellen rechtzeitig besetzen konnte, jedoch bei der Überprüfung der fachlichen Eignung der Bewerberinnen und Bewerber im Unterschied zur WGKK den Behandlungserfolg nur stichprobenartig anhand von 20 Modellen überprüfte. Nach Ansicht des RH ersetzte auch eine Erklärung an Eides statt nicht die Überprüfung des fachlichen Eignungsnachweises. Selbst eine stichprobenartige Überprüfung erschien unzureichend, insbesondere da von den Bewerberinnen und Bewerbern ohnehin nur die 20 besten Modelle einzureichen waren.

Weiters kritisierte der RH, dass die NÖGKK bei der Auswahl der Vertragspartner für die Gratiszahnspange — durch die Gestaltung der Ausschreibungsbedingungen — Bewerberinnen und Bewerber mit höherwertigen Ausbildungen nicht besser reihen konnte als solche mit weniger umfangreichen Fortbildungen.

⁴² gemäß der Gesamtvertraglichen Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertragskieferorthopädinnen/-orthopäden (Niederlassungsrichtlinien-KFO) mit der Landeszahnärztekammer für Niederösterreich vom März 2015

Der RH empfahl der NÖGKK, bei der Vergabe von Vertragsstellen für Kieferorthopädie NEU zukünftig die Nachweise der fachlichen Eignung zu überprüfen und zusätzliche fachliche Qualifikationen differenziert zu bewerten.

24.3 (1) Die NÖGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass es sich bei ihren Ausschreibungsbedingungen um ein Verhandlungsergebnis zu den Niederlassungsrichtlinien mit der Zahnärztekammer für Niederösterreich handle. An diese habe der RH allerdings seine Empfehlung nicht gerichtet. Es sei daher fraglich, ob bei neuerlichen Verhandlungen ein anderes Ergebnis erzielt werden könne.

(2) Die WGKK erläuterte, dass die neuerlichen Ausschreibungen erforderlich waren, weil zunächst nicht ausreichend viele Bewerbungen eingelangt seien. Eine weitere Verzögerung sei durch die Suche nach einem geeigneten Ordinationsstandort entstanden.

24.4 Zur Frage, warum er seine Empfehlung hinsichtlich der Ausschreibungsbedingungen für Kieferorthopädinnen und –orthopäden nicht auch an die Zahnärztekammer richtete, merkte der RH an, dass er zwar befugt ist, die Gebarung der gesetzlichen beruflichen Vertretungen zu überprüfen. Die Überprüfung hat sich jedoch auf die ziffermäßige Richtigkeit, die Übereinstimmung mit den bestehenden Vorschriften, ferner auf die Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Gebarung zu erstrecken; jedoch nicht auf die Wahrnehmung der Aufgaben als Interessenvertretung (Art. 127b B–VG).

Messung Ergebnisqualität – Behandlungserfolg

25.1 (1) Alle mit den Krankenversicherungsträgern laufend abgerechneten Behandlungsfälle waren zu überprüfen. Die Krankenversicherungsträger hatten die Erfüllung der Qualitätsanforderungen, insbesondere den Behandlungserfolg⁴³, zu überprüfen und dem Hauptverband zu berichten. Ein Behandlungserfolg war als Verbesserung von 70 % im Durchschnitt bei den letzten 100 Fällen definiert, Behandlungsabbrüche bis zu maximal 10 % waren nicht zu berücksichtigen.

(2) Durch einen vertraglich vorgesehenen Sanktionsmechanismus sollte eine langfristig hochqualitative Leistungserbringung sichergestellt werden. Der Sanktionsmechanismus sah Gespräche, Verwarnungen, Nachschulungen und Vertragskündigungen vor, ein Honorarabzug bei unzureichendem Behandlungserfolg war jedoch nicht vorgesehen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lag noch kein Ergebnis dieser Kontrollen vor, da der Behandlungserfolg erst bei Abrechnung von 20 Fällen pro Vertragspartner zu überprüfen war.

⁴³ rollierende Überprüfung der letzten 100 auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers erbrachten Fälle, nach Vorliegen von 20 konsekutiven Fällen

(3) Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Kieferorthopädie waren nur bei der Gratiszahnspange für Vertragskieferorthopädinnen und –orthopäden bzw. Vertragsinstitute gültig, beim Ansuchen für Kostenerstattung von Wahlzahnärztinnen und –zahnärzten sowie Wahlkieferorthopädinnen und –orthopäden war ebenfalls ein Qualitätsnachweis zu erbringen. Für Privatbehandlungen waren keine vergleichbaren Maßnahmen vorgesehen.

25.2

Der RH begrüßte, dass die Ergebnisqualität der kieferorthopädischen Behandlung umfassend und systematisch überprüft werden sollte. Er wies kritisch darauf hin, dass der Sanktionsmechanismus bei Nichterfüllung der Ergebnisqualität keine unmittelbaren finanziellen Sanktionen ermöglichte.

Der RH wies darauf hin, dass die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Kieferorthopädie nur bei der Gratiszahnspange für Vertragskieferorthopädinnen und –orthopäden und Vertragsinstitute und für Kostenerstattung bei Wahlärztinnen und Wahlärzten galten.

Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung in [TZ 30](#), eine systematische Qualitätsarbeit im Sinne des Gesundheitsqualitätsgesetzes im zahnmedizinischen Bereich einzuführen.

Finanzierung

26.1

(1) Der Bund stellte für die Finanzierung der Gratiszahnspange jährlich 80 Mio. EUR an den beim Hauptverband eingerichteten Zahngesundheitsfonds⁴⁴ bereit, der die Mittel auf die Krankenversicherungsträger aufzuteilen hatte. Das Finanzvolumen ergab sich aus einer Kalkulation anhand einer Mengenschätzung und einem kalkulierten Tarif. Entsprechend der tatsächlichen Regelung war dabei keine Kostenbeteiligung berücksichtigt, die bisher bestehende Altregelung zur Kieferregulierung (insbesondere für Erwachsene und die nicht von der Gratiszahnspange umfassten Fehlstellungen; [TZ 18](#)) galt weiter.

Überlegungen der Krankenversicherungsträger zu einer Neugestaltung der Zahnmedizin in einem Gesamtpaket im Jahr 2011 enthielten auch Kalkulationen für den Teilbereich Kieferregulierungen. Unter Annahme eines (bis zu 50%igen) Selbstbehalts und einer Streichung der Altregelung wäre trotz einer größeren Anzahl an Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher der tatsächliche Mehraufwand wesentlich geringer gewesen (je nach Jahr und Annahmen unterschiedlich, max. 10,67 Mio. EUR).

⁴⁴ Für die neuen Leistungen wurden die Mittel nach § 80c ASVG im Zahngesundheitsfonds nach § 447i ASVG budgetiert.

(2) Für 2015 und 2016 enthielt der Gesamtvertrag einen kalkulierten Tarif für die Vertragskieferorthopädinnen und –orthopäden von 4.550 EUR pauschal unabhängig von der Behandlungsdauer. Da die genaue mengenmäßige Inanspruchnahme der Gratiszahnspange noch unbekannt war, vereinbarten die Vertragspartner eine Deckelung der Gesamtvergütung. Dies erfolgte durch eine Bandbreite des Tarifs von 3.500 EUR bis 4.900 EUR, innerhalb derer nach der tatsächlichen Inanspruchnahme der Tarif festzulegen war. Ab 1. Jänner 2017 wurde aufgrund der im Vergleich zur Kalkulation höheren Inanspruchnahme die Pauschale mit 3.546 EUR neu festgesetzt. Der von der WGKK mit Instituten ausgehandelte Tarif lag hingegen für 2015 und 2016 bei 3.200 EUR, in Bezug auf Leistungsinhalt und Qualitätsvorgaben galten dieselben Bedingungen wie für die Vertragskieferorthopädinnen und –orthopäden.

26.2 Der RH wies darauf hin, dass die getroffene Neuregelung zur Kieferregulierung gegenüber der zunächst geplanten Änderung höhere Mehrkosten verursachte (80 Mio. EUR gegenüber rd. 10,67 Mio. EUR). Dies lag u.a. am Wegfall jeder finanziellen Eigenleistung der Patientinnen und Patienten und an der Weitergeltung der „Altregelung“ zur Kieferregulierung. Demgegenüber stand jedoch der Umstand, dass die ansonsten geplante Modernisierung des übrigen Zahnbereichs (z.B. Prävention, Zahnfleischbehandlung) nicht erfolgt war.

Der RH wies weiters darauf hin, dass der Tarif zwar zunächst kalkuliert wurde, in der Folge jedoch vom kalkulierten Wert wesentlich abwich.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK, die Neuregelung der Kieferorthopädie auf Basis der Erfahrungen der nächsten Jahre (Erreichung der Zielvorstellungen, Inanspruchnahme, Gesamtkosten, Ergebnis der Qualitätssicherung) sowie deren Tarifierung und Finanzierung zu evaluieren.

26.3 Die WGKK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass schon der Gesamtvertrag eine laufende Evaluierung für die Tarifierung vorsehe. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung würden in einer Datenbank erfasst, die ebenfalls eine laufende Evaluierung ermögliche.

26.4 Der RH sah der angekündigten Evaluierung mit Interesse entgegen.

Qualitätssicherung

Überblick

27 Die österreichische Rechtsordnung enthielt zahlreiche Möglichkeiten, auf Qualitätsmängel in Einzelfällen zu reagieren (z.B. zivilgerichtliche Schadenersatzprozesse, Einschaltung der Patientenanwaltschaft, etc.). Gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz war im österreichischen Gesundheitswesen jedoch auch eine systematische Qualitätsarbeit zu leisten. Die Festlegungen zum Qualitätssystem sollten jedenfalls auch den Anforderungen der Zielsteuerung–Gesundheit und insbesondere dem darin vorgesehenen Monitoring entsprechen. Qualitätsarbeit sollte einen wesentlichen Beitrag zur mittel– bis langfristigen Steigerung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen leisten und somit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und deren langfristigen Finanzierbarkeit beitragen. Dabei waren die Ebenen der Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Das Ministerium konnte dazu Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen. Die Abgeltung von einzelnen Leistungen durch die Krankenversicherungsträger setzt voraus, dass die essentiellen Qualitätsstandards eingehalten werden.

Qualitätssicherungsmaßnahmen der Gebietskrankenkassen

28.1 Die GKK überprüften hauptsächlich die Einhaltung der Regelungen der Gesamtverträge („Vertragspartnerverrechnung“), ergänzt um Satzungsbestimmungen, Richtlinien des Hauptverbands zur ökonomischen Verschreibung und der ökonomischen Behandlung. Sie setzten insbesondere folgende Maßnahmen zur Qualitätssicherung gegenüber den Vertragspartnern:

- laufende Abrechnungskontrollen, d.h. Überprüfung, ob die verrechneten Positionen tatsächlich laut Gesamtvertrag verrechenbar waren;
- spezielle Auswertungen (z.B. Analyse des Verhältnisses normaler Zahnextraktion zu operativer Entfernung eines Zahnes, Überprüfung der Verrechnung beider Positionen; Überprüfung der zu Randzeiten als Notfall zum doppelten Tarif verrechneten Leistungen auf Dringlichkeit); Abgleich mit e–card–Konsultationsdaten;
- Röntgenkontrolle (z.B. Anzahl der Wurzelkanäle, ausreichende Füllung, Zystenoperation);

- Nachbegutachtung von Patientinnen und Patienten (persönliche Leistungserbringung durch die Vertragspartner, allgemeine Patientenzufriedenheit, allgemeine Behandlungsqualität) und telefonische Patientenbefragungen;
- Gespräche mit den Vertragszahnbehandlern (Einhaltung der Vertragsbestimmungen, Behandlungsökonomie, Patientenbeschwerden, Auffälligkeiten bei Honorarabrechnungen, –auswertungen);
- Zahnserviceschreiben (Information für die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte über ihren Umsatz, fallstärkste Leistungspositionen, Altersstruktur der Patientinnen und Patienten und Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt);
- Ordinationsbesichtigungen.

Bei festgestellten Mängeln erfolgte gegebenenfalls ein Abzug von den verrechneten Beträgen, in weiterer Folge konnte die Disziplinarstelle der Zahnärztekammer befasst werden, auch die Kündigung von Einzelverträgen sowie Strafanzeige oder das Anzeigen von Verletzung von Strahlenschutzbestimmungen waren möglich. Finanziell ergab sich z.B. bei der WGKK für die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung aktuell abgerechneten zwei Quartale des Jahres 2016 ein Abzug von rd. 1,51 Mio. EUR (das waren rd. 2,3 % der abgerechneten Summe) aus der automatischen Abrechnungskontrolle, insgesamt rd. 100.000 EUR entfielen auf spezielle Streitfälle bzw. Spezialauswertungen. Auf Abzüge aufgrund von Nachbegutachtungen entfielen lediglich rd. 15.000 EUR.

28.2

Der RH anerkannte die von den GKK getroffenen qualitätssichernden Maßnahmen. Er wies darauf hin, dass diese einen klaren Fokus auf die Abrechnungskontrolle bzw. die Einhaltung der Bestimmungen der Gesamtverträge aufwiesen. Hinsichtlich der privat verrechneten Leistungen, die rund die Hälfte des Gesamtmarkts umfassten, war dies durch die GKK nicht möglich.

Der RH verwies auf seine Empfehlung zu **TZ 31**, bei der geplanten Strategie zum Zahnbereich auch die Möglichkeiten zur Beratung, Qualitätssicherung und Information der Patientinnen und Patienten gerade auch hinsichtlich der nicht durch Sachleistungen abgedeckten Bereiche zu berücksichtigen.

28.3

Die NÖGKK gab in ihrer Stellungnahme an, dass sich durch die Abrechnungskontrollen der NÖGKK automatische Abzüge von rd. 801.000 EUR und Abzüge nach chefzahnärztlicher Nachbegutachtung von rd. 180.000 EUR ergeben hätten.

Qualitätsevaluierung der Zahnärztekammer

29.1

Gemäß § 22 ZÄG hatten alle niedergelassenen österreichischen Zahnärztinnen und Zahnärzte regelmäßig⁴⁵ eine umfassende Evaluierung der Qualität ihrer Leistungen durchzuführen und die Ergebnisse der Zahnärztekammer zu übermitteln. Wenn die Evaluierung aus Gründen, welche die bzw. der Berufsangehörige zu vertreten hatte, unterblieb oder eine unmittelbare Gefährdung der Gesundheit ergab, stellte dies als schwerwiegende Berufspflichtverletzung einen Grund zur Kündigung des Kaservertrags gemäß § 343 Abs. 4 ASVG dar.

Gemäß § 22 Abs. 3 ZÄG legte die Zahnärztekammer nähere Vorschriften durch Verordnung fest. Darin regelte sie nach Befassung eines wissenschaftlichen Beirats u.a. die zu evaluierenden Kriterien sowie die Erhebung und Kontrolle der Evaluierungsergebnisse. Mit der Durchführung der zahnärztlichen Qualitätssicherung hatte die Zahnärztekammer ein privates Unternehmen beauftragt.⁴⁶

Ein Kriterium der Evaluierung war die allgemeine Frage, ob aktuelle fachliche Entwicklungen aufgegriffen wurden und eine Behandlung am Stand der Technik erfolgte. Analog zum Vorgehen der ÖQMED⁴⁷ erfolgte zunächst eine Selbstevaluierung (alle Fragen mussten mit „Ja“ oder „Nicht zutreffend“ beantwortet werden, ansonsten bestand ein Qualitätsmangel). Die Angaben der Selbstevaluierung waren durch stichprobenartige Ordinationsbesuche zu überprüfen. Im Gegensatz zur Regelung bei Ärztinnen und Ärzten enthielt die Regelung bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten keine Aufforderung zur Überprüfung der Ergebnisqualität.

Im Falle eines Mangels hatte das private Unternehmen die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt zur Behebung aufzufordern. Die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle waren dem Ministerium und der Zahnärztekammer anonymisiert zur Verfügung zu stellen.

⁴⁵ alle fünf Jahre

⁴⁶ Inhalt des Qualitätsregisters waren insbesondere Stammdaten der Zahnärzte, qualitätsrelevante Daten, wie die Antworten auf die aus den Qualitätskriterien abgeleiteten Evaluierungsfragen und alle weiteren Evaluierungsergebnisse wie z.B. die Ergebnisse der Stichprobenprüfungen. Zu den Aufgaben der Einrichtung für Qualitätssicherung zählen die Ausarbeitung von zahnmedizinischen Qualitätskriterien einschließlich Kriterien für die Struktur- und Prozessqualität, allenfalls im Zusammenwirken mit inländischen Fachgesellschaften, die Qualitätsevaluierung mittels fachspezifischer Evaluierungsbögen, die Qualitätskontrolle sowie die Führung eines zahnärztlichen Qualitätsregisters.

Gemäß § 50 Zahnärztekammergesetz sind auf Anfrage eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers sowie einer Krankenfürsorgeeinrichtung die Ergebnisse der Evaluierung eines Vertragszahnarztes dem anfragenden Vertragspartner bekannt zu geben.

⁴⁷ Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH, von der Österreichischen Ärztekammer im Jahr 2004 gegründet

29.2

Der RH hatte bereits in einem Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung (Reihe Bund 2016/3, TZ 22) generell kritisiert, dass kein umfassendes Qualitätsmanagementsystem eingerichtet war und insbesondere

- eine systematische Behandlung von Elementen der Prozess- und Ergebnisqualität in der Selbstevaluierung durch die Berufsvertretung nicht erfolgte,
- das Ministerium die Möglichkeiten zur Vorgabe von Standards bzw. Richtlinien nicht umfassend nutzte und
- die Krankenversicherungsträger die Möglichkeit von Regelungen in den Gesamtverträgen zur Qualitätssicherung im Einzelfall nicht umfassend nutzten.

Der RH wies darauf hin, dass im Bereich der Zahnmedizin selbst in den gesetzlichen Vorgaben ein Hinweis auf die Überprüfung der Ergebnisqualität fehlte und die tatsächliche Behandlung am Stand der Technik überwiegend lediglich durch eine allgemeine Selbsteinschätzung erfolgte.

29.3

(1) Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme auf die gesetzlichen Bestimmungen im ZÄG und führte aus, dass die Überprüfung der Ergebnisqualität in den berufsspezifischen Rechtsgrundlagen nicht ausdrücklich vorgesehen sei. Es könne überlegt werden, die Empfehlung des RH de lege ferenda zur Diskussion zu stellen.

(2) Die NÖGKK führte aus, sie teile zwar die Bedenken des RH zur Selbstevaluierung durch Zahnärztinnen und Zahnärzte, halte es aber nicht für sinnvoll, eine zusätzliche Qualitätsevaluierung durch die Krankenversicherungsträger einzuführen. Es würde sich eine externe, dritte Stelle, die nicht von der Zahnärztekammer selbst beauftragt wird, anbieten. Weiters wies die NÖGKK auf die ihrer Ansicht nach eklatanten Unterschiede zwischen den Qualitätsanforderungen für ein Ambulatorium (auch jenen mit nur einem Zahnstuhl) und einer Einzelordination hin (z.B. die dort fehlenden regelmäßigen Kontrollen der Sanitätsbehörden).

Beispiel Wurzelbehandlung

30.1

Nach §§ 16 bis 18 ZÄG hatten Zahnärztinnen und Zahnärzte die Patientinnen und Patienten nach Maßgabe der zahnmedizinischen Wissenschaft zu betreuen, sich über deren Entwicklungen fortzubilden und die Patientinnen und Patienten insbesondere über die Diagnose, den geplanten Behandlungsablauf, die Folgen und Risiken der zahnärztlichen Behandlung sowie eines Unterbleibens bzw. anderer Alternativen sowie die jeweiligen Kosten aufzuklären.

Aufgrund des Alters der gesamtvertraglichen Regelungen (**TZ 7**) und der technischen Entwicklung kam es immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen den Gesamtvertragspartnern über die auf Kassenkosten zu erbringenden Leistungen und die berufsrechtliche Verpflichtung, eine Behandlung am aktuellen Stand der Technik zu erbringen.

So war z.B. strittig, ob eine Wurzelbehandlung unter Einsatz von Spezialtechniken (elektronische Wurzelkanalmessung, Verwendung von bestimmten Feilen, Lupenbrillen, gegebenenfalls Mikroskope, etc.) im Kassentarif abgegolten war bzw. ob und in welchem Ausmaß zusätzliche Privathonorare verrechenbar waren. Die dafür als letzte Instanz zuständige Bundesschiedskommission⁴⁸ entschied dabei im Jahr 2008 aufgrund der Leistungsbeschreibung im Gesamtvertrag (mit bestimmten Ausnahmen), dass keine Zuzahlungen verlangt werden dürfen. Die vertraglich geschuldete Leistung sei nicht nach dem historischen Inhalt der Leistung bei Vertragsabschluss, sondern nach dem aktuellen Stand der Technik zu interpretieren.

Die Salzburger Landes Zahnärztekammer beurteilte in einem Rundschreiben an ihre Mitglieder dieses Erkenntnis so, dass eine Wurzelbehandlung unter Einsatz von Spezialtechniken dadurch verunmöglicht werde, außer man sei bereit, sie unentgeltlich zu erbringen. Sie bezweifelte, ob es im Vorteil der Patientinnen und Patienten liege, diesen Zähne zu ziehen und sie dann mit (privat zu bezahlender) Brücke oder Implantat zu versorgen.

Sie stellte jedoch nach Aufforderung durch das Ministerium klar, dass eine Behandlung nach dem Stand der Technik selbstverständlich zu erfolgen habe. Für die Patientinnen und Patienten habe nie die Gefahr einer Fehlbehandlung bestanden, ein derartiger Fall sei nicht bekannt.

Informationen darüber, wie häufig mit welchem tatsächlichen Aufwand (Spezialtechniken oder nicht) Wurzelbehandlungen erfolgten, eine Füllung des gesamten Kanals oder nur zu zwei Dritteln erfolgte, die Wurzelbehandlung erfolgreich war oder doch Zähne gezogen werden mussten, bzw. wie häufig anstatt einer möglichen Wurzelbehandlung Extraktionen stattfanden, lagen zur Zeit der Gebärungsüberprüfung nicht vor. Die SGKK führte aus, es sei faktisch unmöglich, aus unzähligen abgerechneten Zahnextraktionen jene herauszufinden, die vermeidbar gewesen wären und aus ökonomischen Gründen zum Schaden der Patientin bzw. des Patienten erfolgten.

Das Ministerium führte aus, dass die Kostendeckung nicht im Einzelfall, aber bei einer Durchschnittsbetrachtung (die Honorierung insgesamt für alle Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte) gegeben sein müsse. Die Problematik einer gege-

⁴⁸ Dort sind insbesondere drei Richter des OGH vertreten.

benenfalls fehlenden Kostendeckung für eine aufwändige Wurzelbehandlung dürfe keinesfalls der gebotenen bestmöglichen Behandlung der Patientinnen und Patienten entgegenstehen, sondern sollte ausschließlich Gegenstand der vertragspartnerschaftlichen Verhandlungen sein. Einer differenzierteren Vergütung der Leistungen stünde nichts entgegen, insbesondere dann nicht, wenn dadurch ein Anreiz für eine bessere medizinische Versorgung bestehe.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es Zahnarztpraxen, die eine Wurzelbehandlung „am Stand der Technik“ als Privatleistung anboten und sich dabei ausdrücklich von den Kassenleistungen abgrenzten.

30.2

Der RH wies darauf hin, dass einerseits berufsrechtlich die Behandlung am Stand der Technik geboten war, andererseits die Beschreibung der gesamtvertraglich vereinbarten Leistungen überwiegend bereits aus den 1950er Jahren stammte. Es konnte dadurch ein Anreiz entstehen, aufwändigere, vom Kassentarif nicht kostendeckend abgegoltene Leistungen nicht im berufsrechtlich geschuldeten Ausmaß zu erbringen. Der Qualitätssicherung waren in diesem Bereich enge Grenzen gesetzt, eine Behandlung nach dem Stand der Technik war nach Ansicht des RH zwar gesetzlich gefordert, aber durch die Umsetzung in Gesamtvertrag und Qualitätssicherungssystematik nicht sichergestellt. Dies deshalb, weil

- für die Patientin bzw. den Patienten die genaue Technik der Behandlung wenig transparent und deren fachliche Beurteilung nicht möglich war;
- die Evaluierung der Zahnärztekammer nur die abstrakte Frage nach der Behandlung am Stand der Technik (ohne konkrete Prüfung der Dokumentation einzelner Behandlungsschritte) enthielt;
- die GKK ihren Fokus auf die gesamtvertraglich vereinbarten Leistungen, insbesondere deren Erbringung und Abrechenbarkeit, setzten;
- eine Messung von Ergebnisqualität (Zahnerhalt durch Wurzelbehandlung) in Relation zu den angewendeten Vorgehensweisen nicht vorgesehen war.

Der RH verwies weiters auf die unter **TZ 5** dargestellte ähnlich gelagerte Problematik bei der Parodontalbehandlung (Dunkelziffer von 53 % Erkrankten, Umfrageergebnis von 11 % Behandlungsempfehlung und 7 % durchgeführten Behandlungen, keine aktuelle Abdeckung im Gesamtvertrag).

Der RH erinnerte weiters daran, dass rund die Hälfte des zahnärztlichen Umsatzes außerhalb des Kassenbereichs erbracht wurde.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK, eine systematische Qualitätsarbeit im Sinne des Gesundheitsqualitätsgesetzes im zahnmedizinischen Bereich einzuführen.

Er hielt weiters eine umfassendere Aufgabenwahrnehmung der GKK (Aufklärung, Beratung, Qualitätssicherung) auch in jenen Bereichen, wo eine (vollständige) Finanzierung aus Kostengründen nicht in Betracht kam, für zweckmäßig.

30.3

(1) Das Ministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte zu einer *lege artis*-Berufsausübung verpflichtet seien. Was dies konkret bedeute, sei aus fachlicher Sicht zu beurteilen. Aus Sicht des Ministeriums sollten die gesamtvertraglichen Regelungen diesem „State of the Art“ Rechnung tragen, da andernfalls den Zahnärztinnen und Zahnärzten die Erfüllung dieser Berufspflichten erschwert bzw. sogar verunmöglicht werden würde.

(2) Der Hauptverband verwies auf die Elemente der Qualitätssicherung, die beim Abschluss des Kieferorthopädie-Gesamtvertrags berücksichtigt worden seien (z.B. die Qualitätssicherungsdatenbank).

(3) Die NÖGKK hielt eine systematische Qualitätsarbeit mit Leit- bzw. Richtlinien im Sinne der Patientinnen bzw. Patienten für zielführend. Entsprechende Bestimmungen sollten für alle zahnmedizinischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in gleicher Weise gelten.

(4) Die WGKK verwies auf die vom RH unter **TZ 29** dargestellten Qualitätssicherungsmaßnahmen (Abrechnungskontrolle, Patientenbefragungen). Sie würde sich auch zusätzlichen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung nicht verschließen, wenn dies durch gesetzliche Grundlagen ermöglicht werde.

Ausblick

Umfassende Definition des Aufgabenbereichs der Krankenversicherungsträger

31.1

Wie bereits unter **TZ 2** dargestellt, erfolgte ein erheblicher Anteil der zahnmedizinischen Versorgung außerhalb des Sachleistungsprinzips. Eine komplette Übernahme dieser Leistungen in die Sachleistungsversorgung erschien aus finanziellen Gesichtspunkten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wenig realistisch.

Neben der Erbringung von Sachleistungen durch den Betrieb kasseneigener Zahnambulatorien oder Abrechnung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stand es den Krankenversicherungsträgern jedoch auch offen, sonstige Maßnahmen zur

Förderung der Zahngesundheit zu ergreifen, z.B. durch Aufklärung (z.B. Information über Preise und Kostenstrukturen), durch Beratung (z.B. über die medizinische Notwendigkeit von bestimmten Maßnahmen) oder durch Qualitätssicherung bei erbrachten Leistungen.

Gemäß § 343c ASVG war zwischen dem Hauptverband und der Zahnärztekammer ein Gesamtvertrag abzuschließen, der Richttarife festsetzt, die dem Versicherten von Vertragszahnärztinnen und –zahnärzten (Vertragsdentistinnen und –dentisten, Vertrags–Gruppenpraxen) für Kieferregulierungen nach § 153a und Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes in Rechnung gestellt werden dürfen. Die Richttarife sollten für alle in einem Vertragsverhältnis stehenden freiberuflich tätigen Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte und Dentistinnen bzw. Dentisten oder Vertrags–Gruppenpraxen verbindlich sein. Richttarife für Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes bestanden jedoch nicht.

31.2 Der RH kritisierte, dass trotz eines gesetzlichen Auftrags ein Abschluss eines Gesamtvertrags über die Richttarife für Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes bisher nicht zustande kam.

Er empfahl dem Hauptverband, Richttarife für den festsitzenden Zahnersatz mit der Zahnärztekammer zu vereinbaren und den Gesamtvertrag abzuschließen.

Er empfahl dem Hauptverband weiters, bei der geplanten Strategie zum Zahnbereich auch die Möglichkeiten zur Beratung, Qualitätssicherung und Information der Patientinnen und Patienten gerade auch hinsichtlich der nicht durch Sachleistungen abgedeckten Bereiche zu berücksichtigen.

31.3 Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine Vereinbarung mit der Zahnärztekammer über Richttarife über den Bereich der Kieferorthopädie hinaus derzeit unwahrscheinlich scheine.

Zur Empfehlung, Patientinnen und Patienten Informationen über außervertragliche Leistungen zukommen zu lassen, führte der Hauptverband aus, dass dies über die Veröffentlichung der Kostenbeiträge dieser Leistungen in kasseneigenen Zahnambulatorien erfolge. Dies sei für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage beim Vergleich von Leistungen und deren Preisen.

Entwicklung des Berufsstands

32.1

(1) Die berufsrechtlichen Grundlagen für den Zahnarztberuf waren durch Europarecht vorgegeben, wobei dem nationalen Gesetzgeber überlassen blieb, neben der Ausbildung zur Zahnärztin bzw. zum Zahnarzt auch eine Reihe von Differenzierungen durch Berufsbildung mit höherer oder niedrigerer Qualifikation vorzusehen. Im europäischen Vergleich war der zahnmedizinische Berufsstand in Österreich sehr stark an der Universalzahnärztin bzw. am Universalzahnarzt orientiert.

(2) Neben den Zahnärztinnen und Zahnärzten war z.B. auch die Zulassung eines sogenannten „dental hygienist“ (Diplom Dentalhygieniker) möglich. Diese haben eine akademische, gegenüber der österreichischen Zahnarzt-Assistenz wesentlich erweiterte, aber gegenüber der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt eingeschränktere Ausbildung und können bestimmte Tätigkeiten (insbesondere im Vorsorge- und Parodontalbereich) — alleinstehend oder in Kooperation mit einer Zahnärztin bzw. einem Zahnarzt — selbstständig erbringen. Nach einer Studie des Council of European Chief Dental Officers war in 20 der untersuchten 31 europäischen Länder dieser Beruf vorgesehen, in Österreich jedoch nicht.

(3) Weiters waren im europäischen Durchschnitt vier spezialisierte Fachzahnärzte-Ausbildungen vorgesehen (die Bandbreite reichte von 0 bis 13)⁴⁹; in Österreich bestand mit der Ausbildung zur Fachzahnärztin bzw. zum Fachzahnarzt für Kieferchirurgie lediglich eine Spezialisierung. Gemeinsam mit Spanien war Österreich das einzige europäische Land, das keine Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie ausbildet (TZ 23).

32.2

Der RH wies auf die in Österreich bestehende Zentrierung praktisch aller zahnmedizinischen Leistungen auf einen zahnmedizinischen Berufsstand gegenüber einer im europäischen Vergleich feststellbaren spezifischeren Aufgabenverteilung auf Spezialistin bzw. Spezialist, Zahnärztin bzw. Zahnarzt und Diplom Dentalhygienikerin bzw. Diplom Dentalhygieniker hin.

Er empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der NÖGKK und der WGKK im Rahmen der Planung der zahnmedizinischen Versorgung auch eine Prüfung, ob eine Differenzierung des Berufsbilds im Sinne einer Qualitätssteigerung und ökonomischen Leistungserbringung sinnvoll wäre.

⁴⁹ Die Fachrichtungen betrafen z.B. Oral Surgery, Orthodontics, Periodontology, Endodontics, Prosthodontics, Paedodontics, Dental PH, Oral Medicine, Oral Radiology, Stomatology, Facial Surgery.

32.3

(1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass im Jahr 2012 Rechtsgrundlagen für den Beruf der Zahnärztlichen Assistenz geschaffen worden seien, der Beruf der Dentalhygiene jedoch nicht geregelt sei. Vielmehr sollten auf Grundlage einer beauftragten Studie bzw. den Erfahrungen der Praxis in den nächsten Jahren entsprechende Entscheidungen getroffen werden. Über den Bedarf eines weiteren Gesundheitsberufs könne derzeit noch keine Aussage getroffen werden.

(2) Der Hauptverband gab an, die Empfehlung des RH bei der weiteren Vorgehensweise im Auge zu behalten. Ob eine Differenzierung des Berufsbilds sinnvoll wäre, werde nicht zuletzt davon abhängen, ob in diesem Zusammenhang (wie im krankenanstaltsrechtlichen Verfahren) Wettbewerbselemente denkbar werden könnten. Er unterstütze die Empfehlung des RH, für den Zahnbereich eigene Fachbereiche zu entwickeln und gesetzlich zu definieren und die entsprechende Ausbildung sicherzustellen.

(3) Die NÖGKK gab in ihrer Stellungnahme an, sie erachte eine Differenzierung des Berufsbilds der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes im Sinne einer Qualitätssteigerung und ökonomischen Leistungserbringung als sinnvoll. Sie achte bei Neu-Invertragnahmen seit vielen Jahren auf Zusatzqualifikationen und Spezialisierungen, sofern sie für die jeweilige Planstelle zu einer Verbesserung beitragen können.

(4) Die WGKK unterstützte eine Steigerung der Ausbildungsqualität, wie z.B. eine eigene Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Kieferorthopädie. Auch andere Maßnahmen bei der Entwicklung des Berufsstandes wären zu überdenken, wenn sie im Sinne einer Qualitätssteigerung und ökonomischen Leistungserbringung sinnvoll wären.

Schlussempfehlungen

33

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, Wiener Gebietskrankenkasse

- (1) Es wären zeitnah quantifizierbare Ziele für die Zahngesundheit bzw. die zahnmedizinische Versorgung festzulegen. **(TZ 4)**
- (2) Der Prozess zur Festlegung von Zahngesundheitszielen wäre so zu gestalten, dass eine Orientierung an den Rahmengesundheitszielen erfolgt, die Verantwortung zur Zielfestlegung klargestellt ist und Transparenz über etwaige Lücken in der Zielfestlegung besteht. **(TZ 4)**
- (3) Es wäre der Beitrag der Gruppenprävention bei Kindern und Jugendlichen zur Erreichung der WHO-Ziele zu evaluieren und diese Maßnahmen wären gegebenenfalls auszubauen. **(TZ 6)**
- (4) Es wäre ein umfassendes Konzept zur Erhebung der notwendigen Daten zu erstellen, diese wären systematisch zu erheben und für die Gestaltung der Vertragsstrukturen und des Versorgungsangebots zu nutzen. **(TZ 3)**
- (5) Es wären zielgerichtete Maßnahmen zum Abschluss eines aktuellen Gesamtvertrags zu setzen. Dabei wären
 - thematisch insbesondere Individualprophylaxe, Zahnfleischbehandlungen, moderne Wurzelbehandlungen und eine zeitgemäße Regelung für Füllungen zu berücksichtigen; **(TZ 8)**
 - vorgelagert eine klare und wenn möglich einvernehmliche Definition des Handlungsbedarfs in Prioritäten anzustreben; **(TZ 9)**
 - wenn möglich evidenzbasierte Annahmen über den betroffenen Personenkreis und die entsprechenden Kosten zu treffen; **(TZ 9)**
 - eine geeignete Verhandlungsführung sicherzustellen und eine umfassende Verhandlung über alle maßgeblichen Bereiche zu prüfen; **(TZ 9)**
 - sicherzustellen, dass die auch formell verantwortlichen Gremien über die wesentlichen Eckpunkte der Verhandlung entscheiden; **(TZ 9)**

- im Falle eines weiteren Scheiterns der Gesamtvertragsverhandlungen andere Maßnahmen zur Sicherstellung einer zeitgemäßen Versorgung im Zahnbereich zu setzen (z.B. analog der Regelung zur Kieferorthopädie durch den Abschluss von Einzelverträgen; **(TZ 9)**)
- zu evaluieren, welche Leistungen als Sachleistung ohne Zuzahlung, als Kassenleistung mit Zuzahlung und als Zuschuss erbracht werden sollen; **(TZ 8)**
- (6) Es wäre eine analytische Planung der Angebotsstruktur der zahnmedizinischen Versorgung vorzunehmen und nach Möglichkeit in die Regionalen Strukturpläne Gesundheit 2018 aufzunehmen und dabei
 - wären die maßgeblichen Planungsparameter für die Zahnambulatorien klar zu definieren und die entsprechenden Grundlagen zu schaffen; **(TZ 17)**
 - wäre eine Strategie für die Rolle der Zahnambulatorien in der Versorgungslandschaft zu entwickeln und diese in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit zu integrieren; **(TZ 16)**
 - wären die vorgesehenen Prozesse (Österreichischer Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit) einzuhalten; **(TZ 13)**
 - wäre systematisch vorzugehen und wären Kosten und Nutzen aller wesentlichen Optionen sorgfältig zu bewerten; **(TZ 13)**
 - wären die Grundlagen für die wirtschaftliche Betrachtung der kasseneigenen Zahnambulatorien zu überprüfen und eine umfassendere Analyse der Kosten und des Nutzens zu ermöglichen; **(TZ 14)**
 - wären die wirtschaftlichen Grundlagen für die Tarifbildung für Privatleistungen in den kasseneigenen Zahnambulatorien zu überprüfen; **(TZ 15)**
 - wäre besonderes Augenmerk auf eindeutige und klare Rechtsgrundlagen für das Bedarfsprüfungsverfahren zu legen und wären die Verfahren mit besonderer Sorgfalt vorzubereiten; **(TZ 13)**
 - wäre vor wesentlichen Investitionen die Rechtskraft der jeweiligen Entscheidungen abzuwarten; **(TZ 13)**
 - wäre darauf hinzuwirken, die unterschiedliche Versorgungswirkung von Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzten zu berücksichtigen. **(TZ 12)**

- (7) Es wäre die Neuregelung der Kieferorthopädie, deren Tarifierung und Finanzierung auf Basis der Erfahrungen der nächsten Jahre (Erreichung der Zielvorstellungen, Inanspruchnahme, Gesamtkosten, Ergebnis der Qualitätssicherung) zu evaluieren (TZ 26) und dabei
 - die Langzeitwirkung der Behandlung im Hinblick auf eine nachhaltige Verbesserung der Kinder- und Jugendzahngesundheit aufzunehmen; (TZ 19)
 - auf eine bessere Abstimmung der Alt- und Neuregelung zu Kieferregulierungen hinzuwirken. (TZ 18)
- (8) Eine systematische Qualitätsarbeit im Sinne des Gesundheitsqualitätsgesetzes im zahnmedizinischen Bereich wäre einzuführen. (TZ 30)
- (9) Es wäre eine Prüfung vorzunehmen, ob eine Differenzierung des Berufsbilds im Sinne einer Qualitätssteigerung und ökonomischen Leistungserbringung sinnvoll wäre. (TZ 32)

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse und Wiener Gebietskrankenkasse

- (10) Das Bewilligungsverfahren für Kieferregulierungen nach § 153 ASVG (Kieferorthopädie alt) wäre transparent und nachvollziehbar durchzuführen. (TZ 18)

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

- (11) Bei der Vergabe von Vertragsstellen für Kieferorthopädie NEU wären zukünftig die Nachweise der fachlichen Eignung zu überprüfen und zusätzliche fachliche Qualifikationen differenziert zu bewerten. (TZ 24)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

- (12) Es wären die gesetzlich vorgesehenen Richttarife für Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes mit der Österreichischen Zahnärztekammer zu vereinbaren und der Gesamtvertrag abzuschließen. (TZ 31)
- (13) Es wären bei der geplanten Strategie zum Zahnbereich auch die Möglichkeiten zur Beratung, Qualitätssicherung und Information der Patientinnen und Patienten gerade auch hinsichtlich der nicht durch Sachleistungen abgedeckten Bereiche zu berücksichtigen. (TZ 31)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

- (14) Es wäre die Einführung einer Ausbildung zur Fachzahnärztin bzw. zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie in Österreich zu prüfen und die Schaffung entsprechender Regelungen vorzubereiten. (TZ 23)



Wien, im April 2018

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

