



# TRANSPARENCY INTERNATIONAL Deutsches Chapter e.V.

Transparency International – Deutsches Chapter e.V.  
Alte Schönhauser Str. 44 – 10119 Berlin

**Dr. Hansjörg Elshorst**  
Vorsitzender

**Dagmar Schröder**

Geschäftsführerin

Telephon: (030) 549898-0

Fax: (030) 549898-22

E-Mail: [office@transparency.de](mailto:office@transparency.de)

[www.transparency.de](http://www.transparency.de)

Berlin, März 2003

## **Der aktuelle Zahnärzte-Betrugsskandal**

### **Hintergrundinformationen zu den Strukturen für Betrug und Korruption**

#### **bei Zahnärzten und zahntechnischen Laboren**

Ende vergangenen Jahres begannen staatsanwaltschaftliche Ermittlungen gegen eine Reihe von Zahnärzten und zahntechnischen Laboren wegen eines nach allem Anschein flächendeckenden Betrugsskandals. Über rechtswidrige Preisgestaltungen bzw. Preisabsprachen bei Laborleistungen bezüglich Kostendifferenzen Inland / Ausland sollen Beträge in mehrstelliger Millionenhöhe zu Unrecht von Zahnärzten gegenüber Patienten und Krankenkassen gefordert und von diesen in Unkenntnis der Hintergründe bezahlt worden sein. Der bei Versicherten und Arbeitgebern angerichtete Schaden scheint sich nach den ersten vorsichtigen Hochrechnungen bundesweit im dreistelligen Millionenbereich anzusiedeln. Er ist wegen der laufenden und sich offensichtlich ständig erweiternden Ermittlungen noch nicht exakt abschätzbar.

Es bestätigt sich zum wiederholten Male der Eindruck, dass die fehlende Transparenz im Gesundheitswesen sowie die seit Jahren bestehenden Bestrebungen der regionalen Medizin-Körperschaften, sich bei ihrem Tun nicht in die Karten schauen zu lassen, zu einem syndikatsähnlichen Gesundheitskartell geführt haben, unter dessen Schutz sich die darin organisierten Mitglieder geradezu eingeladen fühlen müssen, sich auf Kosten der Patienten und der Krankenkassen zu bereichern.



## **1. Allgemeine Informationen zu gesetzlichen zahnärztlichen Leistungen**

### **1.1. Leistungsbereiche und Abrechnungsverfahren bei Zahnärzten**

Transparency International Deutschland will mit dem vorliegenden Papier einen Beitrag zur anstehenden Reformdiskussion leisten und die bestehenden Strukturen durchleuchten, die den öffentlich erhobenen Anschuldigungen zugrunde liegen.

Zahnärztliche Leistungen (darunter sollen folgende ausschließlich „vertragszahnärztlichen“ Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch SGB V verstanden werden, auf die der Versicherte gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse Anspruch hat) werden nach den gegenwärtig geltenden Bundesmantelverträgen (aktuell bestehen zwei solcher Mantelverträge<sup>1</sup>) in genau fünf unterschiedlichen Leistungsbereichen erbracht und abgerechnet:

- a) konservierend-chirurgische Leistungen,
- b) Leistungen bei Parodontopathien (Erkrankungen des Zahnhalteapparates),
- c) Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung (Fehlstellungen der Zähne),
- d) Leistungen bei Erkrankungen und Verletzungen des Gesichtsschädels (z.B. Brüche der Kieferknochen, Kiefergelenkserkrankungen usw.),
- e) Leistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen.

Diese „Leistungsbereiche“ werden sowohl bei der Antragstellung (formelle Anträge sind ausschließlich erforderlich für Zahnersatz, Kieferorthopädie und bei Parodontose-Erkrankungen) als auch bei der Abrechnung streng voneinander getrennt. Eine Zusammenführung „je Patient“ findet ausschließlich in der Zahnarztpraxis statt. Die regionalen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, organisiert als Körperschaften öffentlichen Rechts, verarbeiten gegenüber den Krankenkassen den Großteil der Leistungsdaten ohne Bezug zum Patienten/Versicherten ausschließlich fallbezogen (personenneutral). Eine Zuordnung zu einem bestimmten Patienten und damit mögliche Überprüfungen der erbrachten Leistungen ist somit systematisch ausgeschlossen. In dieser fehlenden Kontrollmöglichkeit liegt einer der Gründe für den seit Jahren bekannten ständig steigenden Missbrauch der Krankenversichertenkarten.

Die zulässigen zahnärztlichen Leistungen sind in einem bundesweit einheitlichen Katalog, dem „Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen“ (EBM) aufgelistet. In diesem Katalog findet sich neben der genauen Bezeichnung der einzelnen abrechnungsfähigen Leistung auch deren grundsätzliche Bewertung in Form eines Punktesystems wieder.

---

<sup>1</sup> a) „**Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z)**“, beteiligt sind hieran die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Köln sowie die Bundesverbände der Ortskrankenkassen (AOK's), der Betriebskrankenkassen (BKK's), der Innungskrankenkassen (IKK's) sowie der Landwirtschaftlichen Krankenkassen;

b) „**Vertrag zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Köln und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V. in Siegburg**“, beteiligt sind hier beispielweise die BARMER, DAK, KKH, TKK, Schwäbisch-Gmünder usw.



Das bedeutet: jeder Leistung ist eine bestimmte Punktmenge als Maß für die Schwierigkeit bzw. den Aufwand des Zahnarztes zugeordnet.

Dazu zwei Beispiele (auszugsweise):

*a) aus dem konservierend-chirurgischen Bereich*

EBM-Nr.

13 „Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschl. Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren

a) einflächig	F1	20 Punkte
b) zweiflächig	F2	28 Punkte
c) dreiflächig	F3	38 Punkte
d) mehr als dreiflächig oder Eckenaufrbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	F4	47 Punkte...

*b) aus dem Bereich Zahnersatz und Zahnkronen*

EBM-Nr.

20 „Versorgung eines Einzelzahnes durch

a) eine Krone (Tangentialpräparation)	110 Punkte
b) eine Krone (Hohlkehlpäparation) - Hierunter ist die Verblendkrone abzurechnen	150 Punkte
c) eine Krone (zirkuläre Stufenpräparation) - Hierunter können nur Mantelkronen oder Teilkronen abgerechnet werden	180 Punkte...

Dieses seit Jahrzehnten fast unveränderte Punktesystem hat inzwischen zu einer erheblichen Schiefelage im Verhältnis der Leistungspositionen untereinander geführt, weil der medizinische Fortschritt (neue Technologien, neue Gerätschaften usw.) und die darin liegenden Rationalisierungseffekte auch nicht ansatzweise berücksichtigt sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass unter den Leistungspunktmengen ein deutliches Missverhältnis entstanden ist.

Das Punktesystem definiert nicht den Geldbetrag, den der Zahnarzt für die jeweilige Leistung tatsächlich erhält. Dieser wird erst auf der regionalen Länderebene determiniert. Hier schließen die regionalen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Regionalkassen sogenannte „Gesamtverträge“ (§85 Sozialgesetzbuch SGB V) ab, die für jedes Bundesland und jeden Krankenkassentyp den gültigen Punktwert festlegen. Dieser wechselt mitunter quartalsweise oder auch monatlich, so dass ein undurchschaubares Dickicht entstanden ist. Aus der Punktmenge des EBM, multipliziert mit dem Punktwert auf regionaler Ebene ergibt sich dann derjenige Geldbetrag, den der Zahnarzt über die Kassenzahnärztliche Vereinigung, der er angehört, für die jeweilige Leistung erhält.



*Beispiel:*

Krone in Hohlkehlpräparation (die meist übliche Präparationsart) = 150 Punkte  
multipliziert mit dem aktuellen Punktwert (Annahme!) 0,85 €/Punkt = 127,50 €

Nach dieser Methodik werden fast sämtliche Basisberechnungen vorgenommen. Eine Ausnahme bilden einige wenige *ärztliche* Leistungen, die aus einer älteren Gebührenordnung entnommen werden dürfen („GOÄ 1965“). Hier sei als Nebeninformation erwähnt, dass anstelle der bisher geltenden Einzelleistungsvergütung immer häufiger zu einer Pauschalvergütung auf regionaler Ebene übergegangen wird. Das führt zur Verschleierung der tatsächlichen Umsätze und des tatsächlichen Leistungsgeschehens.

Wenn ein Patient zahnärztliche Leistungen erhält, müssen bei der Abrechnung zwei Bereiche unterschieden werden:

- a) **Naturalleistungen („Sachleistungen“)**  
Bei diesen erhält der Patient keine Rechnung, sondern die Leistungen werden direkt über seine „Chipkarte“ ohne jegliche Zuzahlung oder Rechnung bei seiner Krankenkasse abgerechnet. Typisch ist dies z.B. für Zahnfüllungen. Der Patient weiß in diesen Fällen nicht, was der Zahnarzt bei ihm tatsächlich abrechnet, auch nicht, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht wurden.

**Im Bereich der Sachleistungen findet man eines der größten Einfallstore für massiven und jahrelangen Betrug vermittelt Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.** Da dies unmerklich für den Patienten geschieht und weder regionale Medizinkörperschaften noch Krankenkassen eine Sachprüfung vornehmen, sind der Abrechnung sogenannter „Luftleistungen“ keine Schranken gesetzt. Fallen Zahnärzte durch übermäßige Ausdehnung solcher Abrechnungen einmal auf („Auffälligkeitsprüfung“), wird der Tatbestand des Betruges meist nicht untersucht, bzw. zielgerichtet von der Medizinkörperschaft unterdrückt, bzw. innerhalb der Körperschaften als „Unwirtschaftlichkeit“ umgedeutet. Hier spielen möglicherweise auch die Krankenkassen eine dubiose Rolle.

- b) **Kostenerstattungsleistungen**  
Hier erhält der Patient eine formelle Rechnung, gegebenenfalls nebst Anlagen, bezahlt einen Eigenanteil (z.B. 50% bei Zahnersatz), die Differenz zu 100% rechnet der Zahnarzt über seine Kassenzahnärztliche Vereinigung mit der Kranken-



kasse direkt ab. Typisch hier: Zahnersatz, Zahnkronen, Kieferorthopädie. Trotz der formellen Rechnung kann der Patient nicht beurteilen, inwieweit diese Rechnung dem tatsächlichen Aufwand entspricht und ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht wurden.

**Auch bei den Kostenerstattungsleistungen ist es daher einfach, betrügerische Rechnungen bei den Kassen einzureichen, denn durch die grundsätzlich fehlende Transparenz bei der zahnärztlichen Abrechnung gegenüber Patient und Krankenkasse und die strenge Trennung in unterschiedliche Leistungsbereiche ist es weder den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, erst recht nicht den Krankenkassen möglich, die sachlich-inhaltliche Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen.** Dem Patienten bleiben kaum Möglichkeiten (außer nach §305 Sozialgesetzbuch SGB V<sup>2</sup>), die Richtigkeit der Rechnung zu prüfen. Dies kann er auch deshalb nicht, weil ihm einerseits die medizinischen Kenntnisse und damit auch ein Beurteilungsmodell für die Notwendigkeit medizinischer Tuns fehlen, andererseits gelangen kaum Informationen über die regionalen Verträge bzw. Bewertungen (Punktwerte) in die Öffentlichkeit.

Um die Hintergründe der aktuellen Betrugsvorwürfe besser zu verstehen, muss man zusätzlich berücksichtigen, wie das konkrete Leistungsgeschehen beim **Zahnersatz** organisiert ist.

Teilnehmer („territorial players“) am System Zahnersatz / Zahnkronen sind:

- der Zahnarzt (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft)
- ein zahntechnisches Labor (z.B. entweder ein eigenes Labor des Zahnarztes in seiner Praxis, oder eine Laborgemeinschaft für mehrere Zahnärzte, oder ein Zahntechnikermeister = Fremdlabor),
- die regionale Kassenzahnärztliche Vereinigung und
- die Krankenkasse, gegebenenfalls bei Bedarf
- Gutachter bzw.
- Obergutachter / zahnprothetische Einigungsausschüsse.

---

<sup>2</sup> Nach § 305 Sozialgesetzbuch SGB V können Patienten sowohl vom behandelnden Arzt/Zahnarzt unmittelbar eine Kostenzusammenstellung abfordern (Absatz 1), als auch von der Krankenkasse eine jährliche Übersicht der für den Patient bezahlten Leistungen (Absatz 2) erhalten. Dies sind die einzigen Prüfmöglichkeiten für den Patienten, um festzustellen, **welche** Kosten er verursacht hat. Keine Klärung kann allerdings damit über die Qualität oder Wirtschaftlichkeit bzw. Notwendigkeit der medizinischen Behandlung erfolgen.



Der Patient erhält im ersten Schritt bei Bedarf von Zahnersatz einen schriftlichen Heil- und Kostenplan (HKP) seines Zahnarztes. Hierzu wird ein bundeseinheitliches Formular verwendet. Diesen HKP reicht der Patient bei seiner Krankenkasse zur Genehmigung ein. Die Kasse prüft und genehmigt den Zuschuss (evt. nach einem Gutachterverfahren) in einer bestimmten Höhe, meist 50% bis 60%, manchmal auch bis zu 100%, oder sie lehnt eine Kostenübernahme ab. Ist ein solcher HKP einmal genehmigt, findet keine weitere Prüfung mehr statt, insbesondere wird die Wirtschaftlichkeit nicht überprüft, ebenso wenig, ob die Leistung antragsgemäß erbracht wurde. Ob also der Zahnzustand tatsächlich so vorliegt, wie ihn der HKP darstellt, wird nur in den Fällen tatsächlich geprüft, in denen ein Gutachter hinzu gezogen wird. Generell verlässt sich die Krankenkasse auf die Angaben des Zahnarztes. Die Krankenkassen haben interne Richtlinien erlassen, bei welchen HKP Gutachten eingeholt werden müssen („Pflichtgutachten“), bzw. wann sie eingeholt werden sollten („Kann-Gutachten“). Sehr teure „Prothesen“, meist ab Kassenzuschüssen von € 1.000 aufwärts, werden häufiger begutachtet als preiswerte Versorgungsleistungen. Allerdings scheint die Zahl der Gutachten im Vergleich zur Zahl der eingereichten Pläne verschwindend gering zu sein. Außerdem gibt es keine Kontrollinstanz, die im Hochpreisbereich Gefälligkeitsgutachten aufdeckt und dadurch erschwert.

Wenn der HKP genehmigt ist, beginnt der Zahnarzt mit der Arbeit, nimmt einen genauen Abdruck, beauftragt ein zahntechnisches Labor, welches die technische Leistung fertigt (z.B. Goldgussarbeiten, Lötarbeiten, Verblendungen usw.). Danach gliedert der Zahnarzt die fertige Arbeit ein und rechnet mit dem Patienten (Eigenanteil) und seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung (Kassenanteil) ab.

Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Abrechnung auf rechnerische Richtigkeit (z.B. Additionsfehler) und Plausibilität (Stimmigkeit der medizinischen Gebühren mit den technischen Positionen). Danach fasst sie sämtliche Rechnungen der Zahnärzte ihres Bereiches zusammen und stellt an die unterschiedlichen Krankenkassen jeweils eine Gesamtabrechnung. Die Kassen bezahlen den Gesamtbetrag an die KZV, welche ihn wiederum an ihre Mitglieder, die Zahnärzte, verteilt.

Hat die Kasse einmal von der KZV die Rechnung erhalten (bei Zahnersatz/ Zahnkronen wird monatlich Rechnung gelegt, bei einer Gültigkeitsdauer des genehmigten HKP von 6 Monaten), erfolgt in aller Regel nur noch bei Reklamationen eine Überprüfung der Aufzeichnungen und auch dann nicht immer. Nach zwei Jahren vernichtet die jeweilige Kasse gewöhnlich die gesamten Unterlagen (Ablauf der Gewährleistungsfrist nach § 135 Abs. 4, Satz 3+4 Sozialgesetzbuch SGB V). Diese Frist zur Aktenvernichtung ist in Zahnmedizinkreisen allgemein bekannt. Sofern bei auftretenden Mängeln also neu versorgt werden muss, mit neuen Kosten für Kasse und Patient, hat der Zahnarzt nach der 2-jährigen Garantiefrist keine nachträgliche finanzielle Belastung zu befürchten, wohl aber werden Patient und Krankenkasse neu belastet.



Sollten sich innerhalb dieser zwei Jahre Ermittlungen von mutmaßlichen Straftaten ergeben, können diese schon nach zwei Jahren nicht mehr verfolgt werden, obgleich das Strafgesetzbuch eine dreijährige Strafverfolgungsfrist normiert.

Verschleiert wird dieses höchst intransparente System noch zusätzlich durch die vom Gesetzgeber initiierten Patientenwanderungen zwischen den einzelnen Krankenkassen, die insbesondere von den Betriebskrankenkassen stark gefördert wurden. Was vom Gesetzgeber als „große Freiheit“ bei der Wahl der Krankenkasse gesehen wurde (Mitgliedschaftswechsel bei Beitragsanpassungen oder bei persönlichem Bedarf), kann sich auch als Schutz bei betrügerischem Verhalten auf der Seite der Zahnärzte auswirken. Denn hat ein Patient seine Kasse gewechselt, so können mangels vorhandener Daten die Krankenkassen Missbräuche nicht aufdecken

**Transparency International fordert Transparenz für die Patienten: sämtliche Verträge nebst Anlagen und Protokollnotizen, Nachverträge, rückwirkende Vereinbarungen, Schiedsentscheidungen müssen eingesehen werden können. Bisher sind weder Kassenärztliche/ Kassenzahnärztliche Vereinigungen noch Krankenkassen verpflichtet, Patienten und Beitragszahler (also Arbeitnehmer und Arbeitgeber), über die bestehenden Verträge auf Landes- bzw. Bundesebene in Kenntnis zu setzen. Die Versicherten sind zwar zur Beitragszahlung verpflichtet, es werden ihnen aber keinerlei Rechte bei der Entscheidung über deren Verwendung eingeräumt. Vor diesem Hintergrund ist die Diskussion darüber, die zahnärztlichen Leistungen gänzlich aus dem Katalog der Pflichtleistungen herauszulösen, geradezu absurd.**

## **1.2. Abrechnungsverfahren bei Laborleistungen**

Die aktuelle Debatte beschäftigt sich mit Preisdifferenzen bei Laborleistungen. Diese Differenzen entstehen z.B. dann, wenn zahntechnische Labore die inländischen Höchstpreise für zahntechnische Leistungen („BEL II“ – „Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis zahntechnischer Leistungen“) gegenüber den Patienten und Krankenkassen abrechnet, diese Leistungen aber irgendwo im Ausland zu niedrigeren Preisen einkauft. Die Rechtslage verlangt, dass erzielte Preisvorteile bei zahntechnischen Leistungen in vollem Umfang an die Patienten und Krankenkassen weiterzugeben sind, denn dem Zahnarzt entstehen keine eigenen zusätzlichen Aufwendungen. Bei den jetzt aufgedeckten Fällen lautet der Vorwurf, dass der durch die Preisdifferenz erzielte Gewinn zwischen einem Großlabor als Lieferfirma und einer Vielzahl von Zahnärzten aufgeteilt wurde.



Der Patient merkt von solchen Absprachen nichts, denn er erhält eine korrekt erscheinende Rechnung eines inländischen zahntechnischen Labors. Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung oder die Krankenkasse kann formell keine Manipulation feststellen. Fraglich ist allerdings, inwieweit die regionalen Zahnärztereinigungen diesen (vermutlich seit Jahren bestehenden) Trend kennen, denn die Betrugsvarianten beim Zahnersatz sind keineswegs neu und unbekannt. Es wird auf die betreffenden Urteile aus dem Jahre 1998 verwiesen (Sozialgericht Köln S 19 KA 15/98 ER, bzw. Landessozialgericht NRW L 11 B 32/98 KA).

Hintergrund des sich gegenwärtig zeigenden Problemfeldes ist im wesentlichen, dass eine Sachprüfung („Qualität und Vollständigkeit der erbrachten Leistung“) gerade in Bezug auf zahntechnische Leistungen (Materialqualität, Materialmenge, Ausführungsqualität, Optik etc.) nur selten und unvollständig erfolgt. Dazu sind nämlich nur jene Krankenkassen in der Lage, die über ausreichende Fachkompetenz verfügen. Weder die Medizinkörperschaften noch die Krankenkassen sind derzeit gesetzlich verpflichtet, als Prüfinstanz tätig zu werden. Deshalb existiert kein objektiver Maßstab für die Prüfung zahnmedizinischer Leistungen. Weder die Kassen noch die regionalen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können überprüfen, ob die genehmigten Zahnersatzleistungen sachgerecht sind und ob sie tatsächlich und wann und zu welchen Kosten erbracht wurden. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass bundesweit ein Ausgabenblock von rund 4.000 Millionen EURO jährlich (4 Mrd. €) ohne eine sachinhaltliche und qualitätsorientierte Prüfung der Verwendung dieser Mittel durch die niedergelassenen Zahnärzte und die zahntechnischen Labore gegenüber den Kassen geltend gemacht und von den Beitragszahlern über die Kassen oder als Eigenanteil aufgebracht wird. Der volkswirtschaftliche Schaden für das Gesundheitssystem ist beträchtlich. Die Mängel im Prüf- und Kontrollsystem werden höchstens dann durchbrochen, wenn es innerhalb der zweijährigen Gewährleistungspflicht zu einer Reklamation gegen die erbrachte Leistung kommt. Das tritt aber nur in weniger als 1% der Fälle ein. Bundesweit wurden 1997 insgesamt rund 13 Millionen Zahnersatzfälle abgerechnet<sup>3</sup>. 1% davon wären rund 130.000 Gutachterfälle. Diese wurden in aller Stille intern geregelt, und über die Ursachen, Inhalte bzw. Ergebnisse solcher Begutachtungen werden Daten nicht veröffentlicht.

## **2. Spezielle Betrugsmöglichkeiten nach Fallgestaltungen**

Patienten vertrauen ihren Ärzten. Haben sie den Eindruck, dass sie ihrem Arzt nicht oder nicht mehr vertrauen können, so wechseln sie zu einem anderen Arzt. Kommt also ein so weit ausgefächelter Skandal ans Licht, wie ihn die staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen jetzt in den Blick rücken, dann fragt sich der Laie, a) wie Betrug und Korruption bei Zahnärzten und zahntechnischen Laboren praktisch

---

<sup>3</sup> Alle Zahlenangaben wurden aus den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Köln herausgegebenen „Statistischen Jahrbüchern“ entnommen.



aussehen, b) ob auch der eigene Zahnarzt darein verwickelt sein könnte. Insofern schadet ein solcher Skandal massiv dem Ansehen der gesamten Ärzteschaft und stärkt den Wunsch nach Transparenz und transparenten Patientenrechten im Gesundheitswesen.

Im folgenden sollen einige Fallgestaltungen speziell für Zahnersatz / Zahnkronen bzw. zahntechnische Leistungen vorgestellt und analysiert werden. Die Aufzählung ist nicht abgeschlossen.

### **2.1. Betrugsmöglichkeiten über spezielle deutsche Labore mit Auslandsfertigung, aber nach deutschen Qualitätsvorschriften.**

Vorgehensweise: Der Zahnarzt schließt beispielsweise mit der inländischen Dependence eines Auslandslabors einen Rahmenvertrag über die Beauftragung. Er vereinbart hierin niedrigere Import-Preise, als sie die Höchstpreisliste („Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis BEL II“) erlaubt. Der deutsche Partner stellt dem Zahnarzt jedoch die vollen Höchstpreise in Rechnung, und der Zahnarzt rechnet gegenüber dem Patienten und der örtlichen KZV mit der Originalrechnung zu Höchstpreisen ab. Die Preisdifferenz wird auf verschlungenen Wegen zwischen dem Zahnarzt und dem Labor ausgeglichen. Musterbeispiele hierfür könnten Fertigungen in Ungarn, Polen, Tschechien sein. Die regionale KZV prüft nur die Plausibilität, nicht aber den Weg der technischen Leistung, die Kasse bezahlt aufgrund der Gesamtrechnung der regionalen KZV. Eine Materialprüfung (z.B. Legierungsqualität) findet in keinem einzigen Fall statt

Es ist aber auch die „ehrliche“ Variante bekannt (und diese wird nach unseren Informationen von einigen Kassen finanziell sogar gefördert), bei der im Ausland nach deutschen Qualitätsstandards gefertigt und nach Landespreisen abgerechnet wird. Den Preis-Vorteil gibt der Zahnarzt unmittelbar an Kasse und Patient voll weiter: gute Qualität, niedrigere Preise. Um der „ehrlichen Variante“ zum Durchbruch zu verhelfen, brauchen die Kassen und die Versicherten Kostentransparenz.

### **2.2. Deutscher Zahnarzt betreibt ein eigenes zahntechnisches Labor („Eigenlabor“)**

Hier ist dem Leistungsbetrug bei technischen Arbeiten Tür und Tor geöffnet. Die Fallkonstellation ginge für den Betrugsfall etwa so:

Der Zahnarzt nimmt in der Praxis den Abdruck und fertigt in seinem Eigenlabor mit eigenem Techniker oder selbst die Modelle, Schnittmodelle usw., sowie die genaue Planung. Dann übergibt er persönlich die Arbeit einschließlich Planung einem Kurier oder organisiert den Transfer am Flughafen und sendet sie an einen Partner im Ausland (z.B. Hongkong). Wenige Tage später holt er die fertige Arbeit ab, bearbeitet sie in seinem Labor zu Ende und „verkauft“ sie dem Patienten als komplett „eigene Arbeit“ zu deutschen Eigenlaborhöchstpreisen (BEL II). Die interne Abrechnung mit dem Fremd-Labor erfolgt davon getrennt, auch über Konten im Ausland.



Eine erweiterte Variante ist denkbar: die Auslandslabore stellen keine Rechnung als „Leistung“, sondern bestätigen etwas völlig anderes, z.B. die Lieferung eines technischen Gerätes, eines Bohrer, Fräasers usw. Diese „Anschaffungen“ würden dann als Praxiskosten betriebswirtschaftlich in die GuV-Rechnung eingestellt, steuerlich geltend gemacht und senkten zusätzlich zum (Schwarz-)Gewinn aus technischer Leistung die individuelle Steuerlast der Praxis.

Die Gestaltungsmöglichkeiten sind hier so vielfältig, dass eine dezidierte Darstellung der verschiedenen Varianten und Spezialitäten den Rahmen dieser Gesamtschau sprengen würde. Da es äußerst schwierig ist, Materialmengen an Verbrauchsstoffen in einem zahntechnischen (Eigen)-Labor zu prüfen, ist die Auffälligkeitsrate und damit das Entdeckungsrisiko äußerst gering. In diesem Zusammenhang sind auch Verfahrensvarianten im Goldhandel interessant: Pro-forma-Einkauf von z.B. zur Abrechnung benötigter Edelmetalle, Weiter- oder Rückverkauf der nicht benötigten Mengen über diverse Aufkäufer, Geschäftsdislozierungen usw. Man kann davon ausgehen, dass Finanztransaktionen über Nummernkonten im Ausland abgewickelt werden und die betreffende Geschäftspost (Bestellungen usw.) über Internet in geschützten Chaträumen erledigt wird.

Wie hoch der volkswirtschaftliche Schaden dieser Verfahrensweisen ist, kann mangels bisheriger Ermittlungsergebnisse und der „closed-shop-mentality“ der Medizinberufe nicht eingeschätzt werden.

### **2.3. Deutsches Labor kooperiert mit Labor im Ausland**

Diese Variante nutzt statt des „Eigenlabors“ ein in Deutschland ansässiges Fremdlabor oder ein Fremdlabornetzwerk. Dieses Netzwerk betreibt z.B. größere lokale regionale Labore und fertigt nachweisbar auch selbst. Teile der Arbeiten, z.B. aufwändige Arbeiten (Geschiebe usw.), werden ins Ausland verschickt (mitunter auch wegen geringerer Materialpreise) und als eigene Arbeit verkauft.

Hier sind oft nicht einmal die Zahnärzte darüber informiert, welchen Weg ihre Arbeiten genommen haben. Der Gewinn aus Preisdifferenzen verbleibt dem Labornetzwerk.

### **2.4. Auslandslabor betreibt in Deutschland Annahme- und Ausgabestellen**

Diese Variante entspricht in etwa dem Punkt 2.3. Hier befindet sich aber der Hauptsitz im Ausland, mit lediglich deutschen Annahme- und Ausgabestellen. Es erfolgt in Deutschland gegenüber dem Zahnarzt - und damit der Kasse und dem Patienten - eine genaue Rechnungsstellung nach deutscher Höchstpreisliste, tatsächlich wird zu ausländischen Preisen gearbeitet. Diese Variante ist gegenwärtig einer der Hauptansatzpunkte der öffentlichen Debatte und der Ermittlungsverfahren. Ob diese Fälle aber den Hauptanteil am Betrugsgeschehen in Zahnarztpraxen darstellen, ist derzeit noch nicht abschätzbar.



### **3. Sonstige Fragestellungen bei zahntechnischen Leistungen**

#### **3.1. Metallmengen**

Aus den bisher erläuterten Fallgestaltungen wird verständlich, warum es kaum möglich ist, genauere Angaben bezüglich des tatsächlichen Betrugsgeschehens zu machen. Allerdings stellte sich bei der Untersuchung ein weiteres bisher nicht diskutiertes Problem im Umgang mit Edelmetallen, insbesondere Gold bzw. Goldlegierungen, heraus.

So ist es beispielsweise nicht möglich, den exakten Verbrauch an Gold- oder anderen Edelmetalllegierungen für eine Krone, Brücke usw. nachträglich zu messen, da viele dieser Elemente mit einem Kunststoff- oder Keramiküberzug („Verblendung“) hergestellt werden oder in größere Gesamtarbeiten einbezogen sind, für die auch Nichtedelmetalllegierungen (NEM) verwendet werden.

Es existieren zwar gewisse Richt- oder Erfahrungswerte für Edelmetall-Verbrauchsmengen. Falls jedoch ein zahntechnisches Labor z.B. 3,5 g hochgoldhaltige Legierung für eine Krone abrechnen würde, tatsächlich aber nur 3,0 g oder 3,2 g gebraucht hätte, würde diese Differenz, einmal im Mund des Patienten, niemand mehr prüfen können.

Beispielhafte Ermittlung des möglichen volkswirtschaftlichen Gesamtschadens:

Ein Gramm Goldlegierung kostet je nach Qualität gegenwärtig durchschnittlich rund 14 EURO. Sofern bei der Abrechnung nur eine obere Toleranzgrenze von rund 10% bestünde (d.h. es würden 10% höhere Goldkosten in Rechnung gestellt, als dem tatsächlichen Verbrauch entspräche), würde jede „Krone“ mit Mehrkosten von rund 1,4 EURO je Gramm Gold belastet sein. Diese Differenz erscheint zunächst gering. Folgende Hochrechnung verdeutlicht aber die wahre Dimension: Im Jahre 1997 wurden in den alten Bundesländern insgesamt rund 5,08 Millionen Kronen gefertigt, in den neuen Bundesländern rund 790.000, gesamt mithin rund 5,8 Millionen. Würde bei jeder Krone die Toleranz ausgeschöpft worden sein und jede Krone aus Goldlegierung nur 1 g wiegen, käme allein damit ein Mehrkostenfaktor von rund 8 Millionen EURO zustande.

Sofern bei der Abrechnung nur eine obere Toleranzgrenze von rund 10% bestünde (d.h. es würden 10% höhere Goldkosten in Rechnung gestellt, als dem tatsächlichen Verbrauch entspräche), würde jede „Krone“ mit Mehrkosten von rund 1,4 EURO je Gramm Gold belastet sein.

Diese Differenz erscheint zunächst gering. Folgende Hochrechnung verdeutlicht aber die wahre Dimension: Im Jahre 1997 wurden in den alten Bundesländern insgesamt rund 5,08 Millionen Kronen gefertigt, in den neuen Bundesländern rund 790.000, gesamt mithin rund 5,8 Millionen. Würde bei jeder Krone die Toleranz ausgeschöpft worden sein und jede Krone aus Goldlegierung nur 1 g wiegen, käme allein damit ein Mehrkostenfaktor von rund 8 Millionen EURO zustande. Rechnet



man die *Brückenanker* (vorausgesetzt ebenfalls aus Gold) hinzu, ergäbe sich folgendes Bild: Alte Bundesländer 5,8 Millionen Stücke, neue BL 1,3 Millionen, gesamt 7,1 Millionen x 1,4 EURO, somit weitere 9,94 Mio.€, zusammen mithin schon Mehrkosten in Höhe von ~18 Mio. €. Bezöge man den sogenannten „Wurzel-Stift“ (EBM-Nr. 18) noch mit ein, so erhöhte sich dieser Betrag nochmals um rund 2,33 Mio.€ auf rund 20,3 Mio.€, und das bei nur 7 Leistungspositionen. Je höher das Basisgewicht einer Krone oder eines Stiftes oder Brückenankers ist, desto größer wird der Verlust bei den Kassen und Patienten. Je höher das Basisgewicht einer Krone oder eines Stiftes oder Brückenankers ist, desto größer wird der Verlust bei den Kassen und Patienten.

### **3.2. Metallqualität**

Das eben Dargestellte verkompliziert sich noch, wenn die unterschiedlichen Legierungen, die zu unterschiedlichen Preisen auf dem Markt sind, einbezogen werden. Welche Legierung tatsächlich eingesetzt wurde, kann kein Zahnarzt prüfen. Da er den gezahlten Preis in Rechnung stellen kann, wird er nicht prüfen. Auch die teilfinanzierende Krankenkasse prüft die Metall/ Legierungsqualität nicht, ebenso wenig der Patient. Sobald ein Zahnersatzteil einmal im Mund des Patienten eingesetzt wurde, ist die Feststellung der Legierungsqualität so gut wie unmöglich, ohne das Stück zu zerstören oder zu beschädigen.

### **3.3. „Altgoldproblematik“**

An dieser Stelle sei erwähnt, dass vor Jahren ein umfangreicher Manipulationsfilz mit Edelmetall-(Gold)-resten aufgetreten war. Damals wurden goldhaltige Reste von Zahnersatz und Zahnkronen „umgeschmolzen“, und der Gewinn wanderte in private Taschen, ein Millionenbetrugsschaden wurde aufgedeckt.

Die Möglichkeiten der Manipulation mit Edelmetallen haben bis heute aber keineswegs abgenommen, zumal kaum ein Patient weiß, welche Legierungen für seinen Zahnersatz verwendet wurden. Wird eine alte Versorgung ausgegliedert, lassen viele Patienten die Altgoldreste beim Zahnarzt zurück. Um welche Mengen es sich je Patient und bundesweit insgesamt handelt, was damit geschieht usw., wird an keiner Stelle statistisch erfasst oder bewertet. Das Manipulationspotenzial dieses Marktes liegt nach einer überschlägigen Kalkulation bei rund 33 Millionen Euro..

Wer an diesem Altgoldmarkt die Gewinner und Verlierer sind, ist unklar. Unklar ist auch, inwieweit Krankenkassen und/oder Patienten an diesem Markt durch Refinanzierung ehemaliger Ausgaben überhaupt beteiligt werden. Klar sollte aber sein, dass dieses Geld ausschließlich den Patienten und Krankenkassen zusteht.

### **Schlussfolgerungen:**

Um Betrug, Missbrauch und Korruption bei Zahnärzten und zahntechnischen Laboren aufdecken und damit bekämpfen zu können, fordert Transparency International Deutschland



- Eine detaillierte Rechnung auch bei Füllungen und auch bei Kassenpatienten, die sie verstehen und damit überprüfen können.
- Teure Arbeiten sollten wegen der Unmöglichkeit der zerstörungsfreien Prüfung mit Fotos dokumentiert werden müssen. Sachgerechtigkeit und Qualität müssen von den Kassen überprüft werden können, um Betrug und Korruption zu unterbinden.
- Die Dokumente sind länger als zwei Jahre aufzubewahren, um in Verdachtsfällen eine Strafverfolgung zu ermöglichen
- Die Kassen sollten die Geschäftsverbindungen zwischen Arzt und Labor nachvollziehen können. In jedem Fall ist im Interesse der Beitragszahler auf einer transparenten, getrennten Abrechnung von zahnärztlichen und Laborleistungen zu bestehen.