

Rehabilitation von Geburtsgebrechen nach dem 20. Lebensjahr

Krankenversicherer können die Kosten für die Rehabilitation von Geburtsgebrechen auch nach dem 20. Lebensjahr übernehmen. Dies erlaubt in vielen Fällen ein minimal-invasives Vorgehen bei der Behandlung von betroffenen Kindern und Jugendlichen, weil invasivere, prothetische Massnahmen auf ein späteres Erwachsenenalter verschoben werden können. Der SSRD-Vorstand hat eine Mitteilung verfasst, um die Leserinnen und Leser des SDJ SSO auf diese Möglichkeit aufmerksam zu machen.

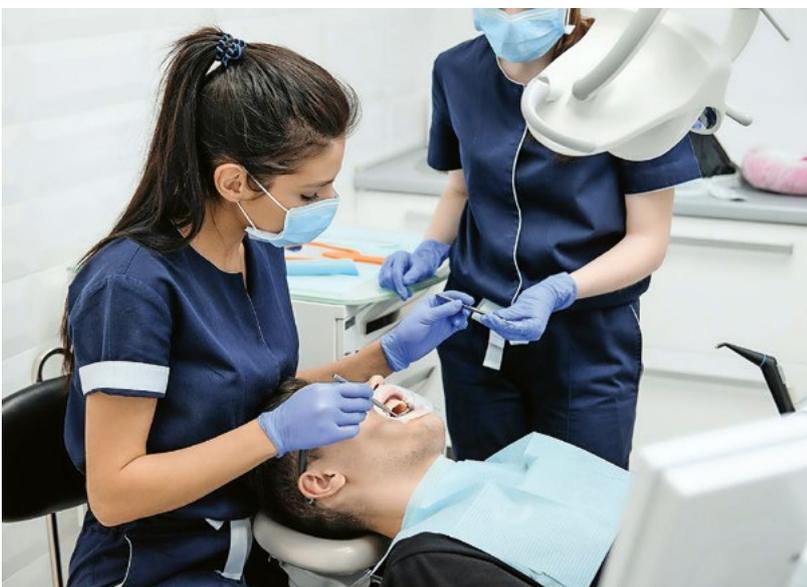
Umfassende prothetische Rehabilitationen bei jungen Patientinnen und Patienten sind selten, können jedoch bei angeborenen Fehlbildungen oder bei frühem Zahnverlust nach Trauma erforderlich sein. Bei Geburtsgebrechen besteht bis zum 20. Lebensjahr Anspruch auf Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV). Diese Leistungen sind vom Gesetzgeber grundsätzlich zur Integration der Betroffenen vorgesehen und umfassen alle zur Behandlung des Geburtsgebrechens notwendigen

medizinischen und zahnmedizinischen Massnahmen. Die betreuende Zahnärztin bzw. der betreuende Zahnarzt und die Eltern müssen das Kind bei der zuständigen IV-Stelle anmelden, welche eine Verfügung unter Nennung des zutreffenden Artikels übermittelt. Die Behandlungskosten eines Geburtsgebrechens werden von der IV maximal bis zur Vollendung des 20. Altersjahres übernommen (Monatsende), auch wenn eine vor diesem Zeitpunkt begonnene Massnahme fortgeführt werden muss.

Seit 1994 kann nach dem 20. Lebensjahr ein Antrag auf Kostenübernahme an die Krankenversicherung gestellt werden (Art. 19a KLV, Krankenpflege-Leistungsverordnung), sofern eine Behandlung nach dem 20. Lebensjahr medizinisch zu rechtfertigen ist.

Therapiemassnahmen nach dem 20. Lebensjahr

Wenn diese Therapiemassnahmen, die auf ein Geburtsgebrechen zurückzuführen sind, begründbar nach dem 20. Lebensjahr erforderlich sind, so ist eine neue Behandlungsplanung mit Kostenvoranschlag und Nachweis der ausgestellten IV-Verfügung bei der Krankenkasse einzureichen. Die aktualisierte Therapieplanung wird von der Vertrauenszahnärztin bzw. dem Vertrauenszahnarzt der Krankenversicherung geprüft und hinsichtlich der Einhaltung eines bestehenden Krankheitswertes und der Kriterien «wirksam», «zweckmässig» und «wirtschaftlich» beurteilt (WZW-Kriterien). Dabei muss die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Behandlung wissenschaftlich nachgewiesen, die Zweckmässigkeit durch eine geeignete Therapie unter ethischen und sozialen Aspekten gewährleistet sein, und die Wirtschaftlichkeit muss sichergestellt werden, indem unter zwei gleichwertigen Therapieoptionen die günstigere gewählt wird. Zum Aspekt der Zweckmässigkeit gehört das stufenweise Vorge-



Seit 1994 kann nach dem 20. Lebensjahr ein Antrag auf Kostenübernahme an die Krankenversicherung gestellt werden.

hen bei jungen Patienten zur Schonung der Zahnhartsubstanz und zur Vermeidung von Spätschäden (z. B. erst direkte Versorgungen mit Komposit, später indirekte prothetische Versorgungen; Herausögern der Implantation im Oberkiefer-Frontzahnbereich).

Pflicht der Patienten

Da bei frühen komplexen prothetischen Rehabilitationen ein «Retreatment» im Verlauf des Lebens nicht auszuschliessen ist, muss sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten einen eigenverantwortlichen Beitrag zum Erhalt der Versorgung leisten. So muss bei einem Antrag auf Neuversorgung im Sinne der Schadenminderungspflicht nachgewiesen werden, dass Patienten in zumutbarem Masse ihrer Mitwirkungspflicht nachgekommen sind (z. B. durch regelmässige professionelle Zahnreinigungen und Prophylaxemassnahmen).

Kostenbeteiligung bei Behandlung übers KVG

Unfallfolgen bei Kindern und Jugendlichen sind vor deren Erwerbstätigkeit durch die Krankenversicherung (OKP, Obligatorische Krankenpflegeversicherung) abgedeckt. Die Krankenversicherung rechnet die Kosten der zahnärztlichen Behandlung an die jährliche Franchise der versicherten Person an und belastet einen Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten bis maximal 700 Franken (Kinder bis zum 18. Lebensjahr 350 Franken) pro Jahr (KVV 103). Diese Kostenbeteiligung der Versicherungsnehmer kommt auch bei Kostenübernahme von Fällen mit IV-Verfügung nach dem 20. Lebensjahr zur Anwendung, während die Direktabrechnung mit der IV bis zum 20. Lebensjahr ohne Selbstbeteiligung erfolgt.

Pathologien mit potenziellem prothetischen Therapiebedarf

In der Geburtsgebrechensverordnung (831.232.211 GgV) sind die IV-pflichtigen Pathologien definiert und analog dazu im KVG-Atlas bei bestehendem Krankheitswert gelistet. Unter anderem gehören dazu:

- die Cheilo-gnatho-palatoschisis/ Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte (IV Ziffer 201, KLV Art. 19a, 13.)
- Nichtanlage von mindestens zwei nebeneinander liegenden bleibenden

Zähnen oder vier bleibenden Zähnen pro Kiefer (ohne Weisheitszähne); die Agenesis der Zähne 12 und 22 wird von der IV und dem KVG nicht übernommen (IV Ziffer 206, KLV Art. 19a, 18.)

- angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mindestens zwölf Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind und sofern bei diesen eine definitive Versorgung mittels zirkulärer Umfassungen voraussehbar ist. Die Amelogenesis imperfecta, die Dentinogenesis imperfecta und die Dentindysplasie zählen zu den angeborenen Dysplasien der Zähne (IV Ziffer 205, KLV Art. 19a, 17.), die MIH (Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation) hingegen aufgrund der bislang unklaren Genese nicht.
- kongenitale Retention oder Ankylose von Zähnen, sofern mehrere Molaren oder mindestens zwei nebeneinander liegende Zähne im Bereich der Prämolaren und Molaren (exklusive Weisheitszähne) der zweiten Dentition betroffen sind (IV Ziffer 218, KLV Art. 19a, 28a)
- skelettale Abweichungen mit primär kieferorthopädischem oder kieferchirurgischem Behandlungsbedarf: u. a. Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenregulation mit einem Winkel ANB von mindestens -1 Grad und mindestens zwei Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf- oder Kreuzbissrelation; Diskrepanz von $+1$ Grad und weniger bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad respektive von maximal 15 Grad (IV Ziffern 208–210, KLV Art. 19a, 20–22.)

Abrechnung

Die Vergütungen zahnärztlicher Massnahmen durch die IV erfolgt direkt mit dem Leistungserbringer («Tiers payant») nach DENTOTAR®. Die Abrechnung mit Krankenversicherern erfolgt über den alten Tarif mit einem Taxpunktwert von 3.10 Franken und Zahntechnik 5.55 Franken im Allgemeinen direkt («Tiers payant»), in Ausnahmefällen über den Patienten («Tiers garnat»). Dies wird auf der Kostengutsprache durch die Krankenversicherung deklariert.

Relevanz

Bei dieser Ausgangslage sollte das Spektrum der rekonstruktiven Zahnmedizin so eingesetzt werden, dass bei Kindern und Jugendlichen wenig invasive Massnahmen wie additive Kompositaufbauten, Adhäsivrekonstruktionen (meist einflügelige «Klebebrücken») und substanzschonende Präparationstechniken zum Einsatz kommen. Minimal-invasive Präparationen gehen dabei einher mit dünnen Schichtstärken der Werkstücke, deren Halt durch den adhäsiven Verbund bei Verwendung adhäsiver Befestigungszemente ermöglicht wird. Während für Veneers und Table Tops Lithiumdisilikat meist das Material der Wahl ist, kann bei Klebebrücken das Material Zirkonoxid zum Einsatz kommen. In vielen Fällen ist eine Zweitversorgung im Verlauf des Erwachsenenalters erforderlich. Hierzu muss erneut ein Kostenvoranschlag bei der Krankenversicherung eingereicht werden mit begründeter Behandlungsplanung und Nachweis der Mitarbeit des Patienten.

Weitere Informationen unter: www.sso.ch/de/invalidenversicherung > Informationen für Zahnärztinnen und Zahnärzte über IV

Text: SSRD-Vorstand im April 2024

Foto: Pixabay

