VERBAND DEUTSCHER ZAHN TECHNIKER INNUNGEN
VDZI

Bundesinnungs-
Verband

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(89 A)
vom 27.06.03

15. Wahlperiode

Stellungnahme des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen
zum Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

„Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen – Gesundheitspolitik neu denken und gestalten“ – Drucksache 15/1175 –

26. Juni 2003

Vorbemerkung

Der VDZI äußert sich hier zum Vorschlag der CDU/CSU Bundestagsfraktion

„Private Absicherung von Zahnersatz“

Der Antrag sieht vor, den Bereich des Zahnersatzes in die vollständige Eigenverantwortung der Versicherten zu überführen und eine ergänzende private Pflichtversicherung für den Zahnersatz einzuführen.

Der VDZI hält die im Antrag vorgesehene von der Zahnheilkunde getrennte Privatisierung der Zahnersatzversorgung sachlich nicht für systematisch und nicht notwendig. Angesichts eines Anteils von 2,4 % an den Gesamtausgaben ist ein solcher Schritt auch wenig effizient.

Weitere Gründe hierfür sind u. a.:

a. Die Ausgaben in der Zahnersatzversorgung sind auch im Jahr 2002 um -3,5 % gesunken.
b. Mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz wurden die Preise ab 2003 für zahntechnische Leistungen um 5 % abgesenkt. Sie liegen damit auf dem Niveau des Jahres 1992.
c. Vor allem aber wird die in diesem Jahr abgeschlossene Umsetzung der Reformaufgaben aus dem GKV-Reformgesetz 2000
   - Neufassung der Richtlinien in der zahnärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 a SGB V
   - Neubewertung der zahnärztlichen Leistungen nach § 87 Abs. 2d SGB V

   erneut zu deutlichen Einschränkungen im Versorgungsumfang und zu sinkenden Ausgaben führen.

Eine finanzielle Begründung der gesundheitspolitisch sachwidrigen Aufspaltung der Zahnheilkunde in zwei Versicherungssysteme gibt es damit nicht.

Zudem fehlen dem Vorschlag der Privatisierung von Zahnersatz konkrete Angaben über die vertragsrechtlichen und leistungsrechtlichen Ausgestaltungen zwischen allen Beteiligten, die eine sachgerechte Wirkungsanalyse hinsichtlich des Versorgungsniveaus der Qualität und der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ermöglichen. Eine abschließende Beurteilung ist deswegen nicht möglich; der VDZI ist bereit an einer solchen Aufgabe mitzuwirken.

I. Krise der paritätischen Finanzierung – Neue Finanzierungsstrukturen – Vorschläge des VDZI

Der VDZI unterstützt die politischen Überlegungen, die Finanzierungslasten zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern neu zu ordnen.

Das Prinzip der solidarischen Finanzierung der sozialen Krankenversicherung ist nicht zu verwechseln mit dem Grundsatz der paritätischen Finanzierung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Wir sind sogar der Auffassung, dass mit dem Festhalten an der paritätischen Finanzierung künstlich die medizinische und technische Entwicklung im Gesundheitswesen verhindert und damit ein wirtschaftlicher Strukturwandel mit positiven Beschäftigungseffekten behindert wird.

Die Konsequenz davon ist, dass die Versichertengemeinschaft als Ganzes und jeder Einzelne einen höheren Beitrag zur Finanzierung der Krankheitskosten in der Form einer privaten Zusatzversicherung, einer höheren Selbstbeteiligung oder in Form von Zusatzversicherungsbeiträgen in der GKV leisten muss.

Wenn es das Ziel der Politik ist, die Lohnnebenkosten zu senken, so schlägt der VDZI vor:

1. In einem ersten Schritt die Einführung einer präventionsorientierten Selbstbeteiligung mit Bonussystem auf die gesamte Zahnheilkunde, insbesondere auf die konservierenden Leistungen

   Dies wäre sachgerecht und wäre ein Beitrag zur Herstellung von mehr Finanzierungsgerechtigkeit in der Zahnheilkunde. Gleichzeitig wären die ökonomischen Anreize für mehr eigene Prophylaxebemühungen des Einzelnen richtig gesetzt.

   Modellbeschreibung und Begründung, Anlage 1

2. In einem zweiten Schritt die Überführung der gesamten Zahnheilkunde aus der paritätischen Finanzierung in die solidarische Finanzierung im System der GKV

   Über die Zahnheilkunde hinaus schlägt der VDZI ein wissensbasiertes Konzept für mehr Finanzierungsgerechtigkeit in der GKV vor

3. Der VDZI ist davon überzeugt, dass in einer sozialstaatliche motivierten und verantworteten Versicherung Beitragsfestlegungen nach Risikoklassen, die an persönlichen Merkmalen wie Alter, Geschlecht oder Vorerkrankungen ansetzen, keinen Platz haben. Vorschläge dieser Art werden abgelehnt. Vielmehr schlagen wir folgenden Grundsatz vor:

> Je mehr modernes Wissen über die Zusammenhänge zwischen einem individuell vermeidbaren Verhalten und Erkrankungswahrscheinlichkeiten vorhanden ist, desto mehr muss innerhalb der solidarischen GKV darüber diskutiert und entschieden werden, ob solche individuellen und vermeidbaren Verhaltensrisiken noch gesellschaftlich gegenseitig toleriert und damit solidarisch finanziert werden oder privat finanziert werden müssen.

Ein solches verursacherorientiertes, wissenbasiertes Konzept in einem demokratischen Legitimationsverfahren, ähnlich eingebettet wie die Zurechnungsverfahren der Berufsgenossenschaften, wäre nicht nur geeignet, den Leistungsumfang der paritätischen Finanzierung begründet zu bestimmen, sondern auch den Leistungsumfang einer solidarischen Finanzierung neu zu justieren.

Hierin liegt nach Auffassung des VDZI angesichts eines veränderten Krankheitspanoramas ein zentraler Schlüssel zur Modernisierung mit dem Ziel, einer gerechteren Finanzierungsstruktur sozialstaatlich verantworteter Krankenversorgung.

II. Zahnersatz getrennt von der Zahnheilkunde privatisieren – Satzungsleistungen in der GKV ermöglichen – Einige Widersprüche

1. Zahnheilkunde in zwei getrennten Versicherungssystemen

Es ist sachgerecht, die gesamte Zahnheilkunde grundsätzlich in der Versicherungssystematik, der Form der Selbstbeteiligung und der Abrechnungsregeln als Einheit zu betrachten. Die zahlreichen fachlichen, versicherungs- und abrechnungstechnischen und auch wirtschaftlichen Probleme der ausschließlichen

Ausgrenzung von Zahnersatz, die mit einer Trennung in zwei Versicherungssystem entstehen würden, sprechen dafür.

Doch schon jetzt ist die sozialrechtliche Trennung zwischen dem konservierenden Bereich der Füllungstherapie und dem prothetischen Bereich, zu dem im Sozialrecht die Einzelkrone gehört, künstlich und setzt falsche Anreize. Es gibt technologisch und in der Therapieentscheidung eine immer größere Schnittmenge und damit Entscheidungsspielräume für den Versicherten und den Zahnarzt, eine aufwändige Füllungstherapie oder eine Einzelkrone zu wählen. Es ist mit keinem Sachargument nachzuvollziehen, warum der Versicherte heute und zukünftig in der GKV eine aufwändige Füllung als 100 % - Sachleistung bekommen soll und für die Versorgung mit einer langlebigen Einzelkrone als Alternative nur einen Zuschuss erhält.

Dieser Widersinn würde durch die vorgeschlagene Trennung der einzelnen zahnärztlichen Leistungsbereiche in zwei Versicherungssystemen noch zementiert.

Die bisher stets geforderte Leistungstransparenz zwischen den Leistungsbereichen und Fragen der Qualitätssicherung spielen dann keine Rolle mehr.

2. Warum Privatisierung, wenn Satzungsleistungen in der GKV möglich sein sollen ?

Der VDZI begrüßt, dass die CDU/CSU-Bundestagsfraktion den Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten eröffnen möchte.

Der Antrag der CDU/CSU sieht vor, dass eine gesetzliche Krankenkasse den für alle verbindlichen Leistungskatalog durch Wahlleistungen aufstocken kann. Solche zusätzlichen Leistungsangebote soll nach dem Antrag jede betreffende Krankenkasse in der Satzung selbst festlegen.

Es ist daher nicht verständlich, warum Zahnersatz als ein integraler Bestandteil der Zahnheilkunde aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen und in eine Privatversicherung überführt werden soll, während andererseits den Versicherten neue Satzungsleistungen als Wahlleistungen eröffnet werden sollen.

Das Motiv und die ökonomischen Vorteile und Verwaltungseffizienz einer Privatisierung der Zahnersatzversorgung wird nicht mehr deutlich.

3. Aufhebung des Äquivalenzprinzips im vorgeschlagenen Zahnersatztarif – was ist dann der Vorteil der Privatisierung?

Für den Vorschlag werden folgende Konstruktionsmerkmale genannt:

- Kontrahierungszwang ohne vorherige Risikoprüfung und Risikozuschläge
- Das heutige Leistungsspektrum wird zugrunde gelegt
- Die erworbenen Bonusansprüche werden übernommen
- Kinder bleiben beitragsfrei

Für diesen Leistungsumfang wird ein monatlicher Versicherungsbeitrag von „circa 7,50 EUR“ angegeben.

Die oben genannten Konstruktionsmerkmale für den Versicherungstarif müssen verwundern. Offenkundig soll es nur einen, nennen wir ihn „Sozialtarif“ geben. Es wird auf eine risikoäquivalente Prämienberechnung verzichtet. Der Tarif enthält Umverteilungseffekte, weil er die in der GKV erworbenen Bonusansprüche und Beitragfreiheit von Kindern berücksichtigt.

Damit werden aber die einer privaten Versicherung besonders zugeschriebenen „allokativen“ Vorteile gegenüber der GKV weitgehend abgeschafft.

Dann kann aber eine Ausgliederung von Zahnersatz in eine Privatversicherung nicht mehr begründet werden.

Versicherte und Leistungserbringer müssen sich daher die Frage nach dem individuellen und sozialpolitischen Nutzen einer Privatisierung stellen.

4. Kalkulationssicherheit – Welche Vertragsbedingungen herrschen für die Leistungserbringer?

Im Vorschlag der Privatisierung wird ein einheitlicher Versicherungstarif von „ca. 7,50 EUR“ genannt.

Man darf solche Angebote getrost als Lockvogelangebote bezeichnen. Dem VDZI liegen DKV-Dokumente aus dem Jahr 2001 vor, die für Frauen einen monatlichen Beitrag von 15 EUR bei 20 Jahren, 21 EUR bei 40 Jahren und 23 EUR bei 50 Jahren

vorsehen und dies bei 60 % Erstattungsleistung und Vergütungen, angelehnt an die „GKV-Höchsterstattung“.

Der genannte Versicherungsbeitrag ist kaum mit den derzeit geltenden privatzahnärztlichen Abrechnungsverfahren darstellbar. Es ist daher die Frage zu stellen, welche Konsequenzen das vorgeschlagene Privatisierungsmodell für die Vertragsbeziehungen zwischen Privatversicherung und Zahnärzten sowie zahntechnischen Laboratorien vorsieht. Welche Eingriffsrechte in die Honorar- und Preisbildung in den Vertragsbeziehungen zwischen Zahnarzt und Patient und zwischen Auftrag gebendem Zahnarzt und Labor sind in dem vorgestellten Modell impliziert?

Ohne eine diesbezügliche Klarstellung ist der VDZI nicht in der Lage, ein Privatisierungsmodell in der Zahnersatzversorgung umfassend auch ordnungspolitisch zu bewerten.

III. Sachlich falsche Argumente über Zahnersatz verhindern eine tragfähige Reform in der Zahnheilkunde

Die Privatisierung der Zahnersatzversorgung wird wie folgt begründet:

> „Durch regelmäßige Zahnpflege und Prophylaxemaßnahmen können Erkrankungen und nachfolgende aufwendige Behandlungen in aller Regel vollständig vermieden werden. Von wenigen medizinisch begründeten Ausnahmen (z.B. Missbildungen und Krebserkrankungen) sowie von Unfallfolgen abgesehen haben es die Versicherten selbst in der Hand, welche Aufwendungen die Erhaltung oder Verbesserung ihrer Mundgesundheit erfordert.“ (vgl. Punkt 6.4 des Antrags)

Der VDZI bedauert zutiefst, dass hier erneut versucht wird, notwendige Veränderungen in den Finanzierungsstrukturen der Krankheitskosten mit falschen oder nicht belegten Sachaussagen über die Notwendigkeit und Vermeidbarkeit einer Krankheit zu legitimieren.
Auf falsche Argumente, die zudem immer wieder einen unverzichtbaren Bestandteil der Zahnheilkunde, ganze Versichertengruppen und ganze Leistungserbringergruppen diskriminieren, lässt sich keine Reform dauerhaft gründen.

Reformexperimente auf der Basis falscher Behauptungen, Anlage 2
Mythos Schweiz, Anlage 3

IV. Festzuschüsse: Geldleistung in einer sozial staatlich begründeten Pflicht-Krankenversicherung – ein konzeptioneller Widerspruch?

Der Vorschlag der CDU/ CSU-Bundestagsfraktion sieht vor:

> „Bei der zahnärztlichen Versorgung ist dort, wo es Behandlungsalternativen gibt, auf ein befundorientiertes Festzuschusskonzept umzustellen."

Damit soll, wohl auch im Konzept einer privaten Versicherungspflicht für Zahnersatz, die Leistungspflicht der Versicherung auf eine Geldleistung im Schadensfall reduziert werden.

Dabei soll jedoch gelten:

„In der Kalkulation ist das heutige Leistungsspektrum der GKV enthalten."

Ein befundorientierter Festzuschuss bei gleichzeitiger Zusicherung des „heutigen Leistungsspektrums" ist ein Widerspruch. Entweder redet man über Geld im Schadensfall, also befundorientierter Festzuschuss ohne Zusicherung von Behandlungsformen, oder man spricht über das Angebot von Behandlungsformen, die in einem bestimmten Versicherungstarif enthalten sind. Hier gibt es kein klares Konzept; der Leistungsanspruch ist unsicher.

Zudem will der Antrag die Kompetenz der Selbstverwaltung für eine „indikationsgerechte Präzisierung des Leistungskataloges" stärken, andererseits will er den zahnärztlichen Leistungsbereich – warum eigentlich nur diesen? – umstellen auf das Prinzip „Geldleistung im Schadensfall", wo die Regelungsfragen einer bedarfs- und indikationsgerechten, qualitätsgesicherten Versorgung des Patienten völlig in den Hintergrund treten.

Dieser Widerspruch verweist auf die Grundprobleme mit denen der Privatisierungsvorschlag konfrontiert werden muss:

Was ist eigentlich der Regelungsauftrag des Staates, der es sich als Sozialstaat zum Ziel gesetzt hat, solidarischen Schutz vor Krankheit zu gewähren?

Es steht einer privaten Versicherungswirtschaft frei, Versicherungstarife mit kreativen Leistungszusagen zu gestalten mit dem Ziel Neukunden durch attraktive Angebote zu gewinnen. Der VDZI äußert sich daher nicht zur Frage, ob ein Festzuschuss-Modell in einer freien und freiwilligen Versicherungslandschaft Sinn und Nutzen stiftet. Dies mag jeder Bürger selbst entscheiden. Dies ist auch hier nicht die eigentliche sozial- und gesundheitspolitische Fragestellung.

Die Frage ist vielmehr, ob ein Festzuschusskonzept das geeignete Mittel darstellt, wenn es um den sozial- und gesundheitspolitisch motivierten Schutz vor Krankheit geht, die sich der Sozialstaat zum Ziel gesetzt hat.

Hier ist der VDZI der klaren Auffassung, dass ein reines Geldleistungsmodell in der sozialen Sicherung der Krankenversorgung die Ziele nicht erreicht und die öffentliche Aufgabe vernachlässigt. Dies gilt unabhängig davon, ob man einen solchen „Sozial-Tarif“ von einer gesetzlichen Krankenversicherung oder/und von privaten Krankenversicherungen anbieten lässt.

Wenn Zahnbehandlung die Behandlung einer Krankheit ist, dann kann eine Krankenversicherung sich nicht auf die Zahlung von Geld beschränken und sich ansonsten für die Sicherstellung eines ausreichenden, im Bedarfsfall jedermann verfügbaren, qualitätsgesicherten Angebot zu sozialverträglichen Preisen nicht zuständig erklären. Dies verbietet das Grundprinzip des Sozialstaates, solidarischen Schutz vor Krankheit und Krankheitsfolgen zu gewähren. Zahnlosigkeit ist eine Krankheit.

Daher muss die Politik darüber entscheiden,

- welche Leistungen in einem solchen Sozial-Tarif als medizinisch notwendig enthalten und welches sozio-kulturelle Mindestniveau gesichert werden soll,
- wie die Qualität der Versorgung gesichert werden kann,
- wie das Angebot für jedermann nach medizinischem Bedarf verfügbar gemacht werden soll,
- wie die Preiswürdigkeit und die Wirtschaftlichkeit angemessen gesichert werden können.

Diese staatliche Aufgabe ist völlig unabhängig von der Frage des Organisationstyps der Versicherung. Es sind klassische Aufgaben des Sozialstaates unserer Verfassung.

Das Privatisierungskonzept der Zahnersatzversorgung enthält zu diesen Regelungsfragen keinerlei Angaben. Es wird in dieser Form dem politischen Auftrag des Schutzes vor Krankheit nicht gerecht.

Für das Konzept eines befundorientierten Festzuschusses für einen sozialstaatlich begründeten Versicherungstarif mit Versicherungspflicht gilt:

1. Das Festzuschusskonzept bedeutet eine Abkehr von den bisherigen Grundprinzipien und Zielen der solidarisch finanzierten GKV, wie sie mit dem Systemzusammenhang der individuellen Bedarfsgerechtigkeit und hierauf abgestimmter relativer Finanzierungsgerechtigkeit deutlich werden. Eine typisierte, standardisierte Befundorientierung einer Geldleistung steht im Widerspruch zum Grundprinzip individueller Bedarfsgerechtigkeit.

2. Das Festzuschusskonzept bietet keine Sicherheit, dass die in der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung verantworteten und finanzierten Leistungen jeweils dem Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinisch-technischen Fortschritts entsprechen. Das Geldleistungs-Konzept entlastet die politischen Verantwortlichen nicht von der Frage der Sicherstellung eines ausreichenden, homogenen, qualitätsgesicherten Angebotes der Zahnersatzversorgung zu sozialverträglichen Preisen, weswegen das Regelungswerk der GKV überhaupt besteht.

3. Der Festzuschuss steht ohne umfangreiche flankierende Maßnahmen im Widerspruch zu den eigenständigen Zielen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Wissensbasierung und Qualitätssicherung optimalen Patientenschutz zu gewährleisten. Statt die Probleme in der Selbstverwaltung für die Versichertengemeinschaft effizient zu lösen, werden sie lediglich verlagert, d.h. mit den damit verbundenen Risiken und Kosten für den Patienten privatisiert.

4. Das Festzuschusssystem mit Kostenerstattung leistet keinen Beitrag zur Leistungstransparenz in der zahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz.

V. Praktische Argumente warum eine einseitige Ausgrenzung der Zahnersatzversorgung medizinisch nicht begründet und wirtschaftlich ineffizient ist

I. Versorgungsziel in der Krankenkversorgung: Zahnheilkunde

Erhaltung, Behandlung, Wiederherstellung der oralen Strukturen zur Sicherung der Mundgesundheit und damit der Vermeidung weiterer Krankheiten.

II. Einheit der Medizin, Einheit der Zahnmedizin, Zahnlosigkeit ist eine Krankheit

Zahnlosigkeit ist eine Krankheit. Die gesetzliche Krankenversicherung als öffentlich-rechtliche Organisationsform dieser öffentlichen Aufgabe hat für eine ganzheitliche Krankheitsbehandlung zu sorgen. Die Zuweisung in unterschiedliche Versicherungs- und Finanzierungssysteme hebt diese Verpflichtung zur Versorgungssicherung nicht auf. Es gibt keine Krankheit erster und zweiter Klasse. Die Zuweisung von einzelnen Krankheitsbildern (Zahnlosigkeit) in unterschiedliche Versicherungssysteme (PKV/GKV/gemischt) mit unterschiedlichen Selbstbeteiligungen führen zu unterschiedlichen ökonomischen Anreizen bezüglich der Inanspruchnahme durch den Versicherten und der Verordnung durch den Zahnarzt. Es kommt somit aus ökonomischen Gründen zum Risiko der bedarfswidrigen Über-, Fehl- und Unterversorgungen in und zwischen den zahnärztlichen Behandlungsbereichen.

III. Ausgrenzungen des Zahnersatzes sind sachwidrig und ineffizient

1. Einzelkrone als Zahnerhaltung und die Einsparziele

Die Versorgung mit Einzelkronen wird in der GKV leistungsrechtlich und finanziell zur Zahnersatzversorgung gerechnet.
Einzelkronen stellen je nach Befundsituation und Therapiepräferenzen des Zahnarztes nach der aufwändigen Füllung die letzte Möglichkeit dar, die verbliebene Restzahnhartsubstanz eines zerstörten Zahnes zu retten. Während die aufwändige Füllung als konservierende Behandlung zu 100 % durch die GKV getragen wird, zahlt der Versicherte für die Einzelkrone eine Selbstbeteiligung. Dieser Schnitt zwischen den Therapiealternativen bei vergleichbarer Befundsituation ist schon immer sachfremd und willkürlich. In der privaten Krankenversicherung ist die Einzelkrone dem konservierenden Leistungsspektrum zugeordnet.

Die Versorgungsform Einzelkrone beansprucht rund 35 % aller Ausgaben der Krankenkassen für die Zahnersatzversorgung.

Eine Ausgrenzung der Zahnersatzversorgung einschließlich der Einzelkronen würde der Einheit der Zahnmedizin und der fachlichen Therapieentscheidungsprozesse zwischen Füllungstherapie und Kronentherapie bei vergleichbarem Befund nicht gerecht. Sie ist zahnmedizinisch unsystematisch und erfüllt daher nicht die Anforderungen an ein präventionsorientiertes, verursachergerechtes und transparentes Leistungsrecht für den Versicherten.

Eine Ausgrenzung der Kronenversorgung hätte zur Folge, dass der Zahnarzt und der Patient zwei verschiedene Finanzierungs- und Abrechnungssysteme (Füllungstherapie in der GKV/Einzelkronen außerhalb der GKV/PKV) hätten. Für Patient und Zahnarzt wäre dieses System erheblich anfällig für ein strategisches Verhalten.

- Gewährleistungsfristen und Qualitätssicherheiten könnten für die Füllungstherapie nach der Versorgung dann nicht mehr verfolgt werden, weil keine patientenbezogene Behandlungschronologie dokumentiert würde.
- Leistungsrechtliche Ansprüche aus konservierenden Behandlungsformen und Zahnersatzbehandlungsformen träten gemischt auf mit entsprechenden Abgrenzungsproblemen der Haftungsrisiken und Haftungsverteilungen.
- Da zu jedem Zahnersatz auch immer konservierende Begleitleistungen auftreten, müssten diese ebenfalls ausgegliedert werden, ansonsten „Doppelabrechnungen“ erbrachter konservierender Leistungen mangels eines Abrechnungsabgleiches zwischen den beteiligten Versicherungen und dem Patienten nicht vermieden werden können
- Eine Integration der Einzelkrone in den konservierenden Leistungskatalog, und damit als 100 %-Sachleistung, würde zu einer milliardenschweren Ausgabenausweitung im zahnerhaltenden Leistungsspektrum führen.

2. Fallzahlen, Verwaltungsaufwand und Einsparziele

Nach groben Schätzungen sind über 40 % aller Abrechnungsfälle in der Zahnersatzversorgung die Erweiterung und Reparatur bereits in der GKV erfolgter Versorgungen. Es ist kaum denkbar, dass diese Versicherten eine bedarfsgerechte private Versicherung in Anspruch nehmen oder dass es für diese Versichertenkreise überhaupt zu bedarfsgerechten und effizienten Versicherungsangeboten für die unterschiedlichen Risiken der Jahrgänge in der Privatversicherung kommt. Langfristig sind daher eher Über- und Unterversorgungen zu erwarten. Die Zahnarztpraxis dürfte auch vor erheblichen verwaltungspraktischen Problemen stehen, die unterschiedlichen Leistungen den unterschiedlichen Rechnungen und Finanzierungsträgern zuzuordnen. Intransparenz des Leistungsgeschehens und eine hohe Strategieanfälligkeit der Abrechnungssysteme sind die Folge. Des weiteren werden unterschiedliche Gewährleistungsregeln auch grundsätzliche Haftungsfragen aufwerfen.

3. Behandlung von Härtefällen und Sozialhilfeempfängern

Schätzungen beziffern die Härtefälle auf rund 20 % mit einem Ausgabenanteil von rund 30 % (wegen der vollständigen Übernahme der Zahnersatzkosten). Die Gesetzliche Krankenversicherung ist aber die finale Krankenversicherung im Sozialstaat. Zahnlosigkeit ist eine Krankheit, die behandelt werden muss. Es ist kaum denkbar, dass diese Fälle ausgegliedert werden können.
Daher sind weiterhin leistungsrechtliche und vertragsrechtliche Regelungen zur bedarfsgerechten Versorgung und Finanzierung in der GKV notwendig. Zum einen, um die Gefahr einer Unter- und Fehlversorgung bestimmter Bevölkerungsschichten mit dem Risiko höherer zahnmedizinischer und anderer medizinischer Folgekosten zu vermeiden. Zum anderen, um die ansonsten erheblichen Vertrags- und Verwaltungskosten in der GKV und um die ansonsten notwendig werdenden Vertrags- und Verwaltungskosten der vielen Sozialhilfeträger zu minimieren.

4. Vertrauen in die Bonus-Regelung würde generell zerstört

In der Zahnersatzversorgung gibt es schon lange eine erhebliche Selbstbeteiligung. Weist der Versicherte eigene Vorsorgebemühungen nach, verringert sich seine Zuzahlung im Schadensfall (Bonusregelung). Dies ist gerechtfertigt, weil er individuelles Fehlverhalten vermeidet. Tritt dennoch ein Schaden ein, handelt es sich um einen klassischen Versicherungsfall.
Erst nach 10 Jahren nachgewiesener Vorsorgebemühungen erhalten seit 1989 die Versicherten 60 % statt 50 % Zuschuss bei Zahnersatz. Dieses Bonus-System ist dennoch ausgesprochen wirkungsvoll. Es hat im internationalen Vergleich zu einem Spitzenplatz im Vorsorgeverhalten der Bevölkerung geführt.

Die überwiegende Mehrheit der Versicherten hat auf diese Bonusregelung vertraut. Es wäre für die zukünftige Akzeptanz von mehr Selbstbeteiligung und Bonussystemen in anderen Medizinbereichen fatal, mit einer Ausgliederung von Zahnersatz dieses Vertrauen der Bevölkerung in eine funktionsfähige Bonusregelung schon zu Beginn vollständig zu zerstören. Jede weitere Bonusregelung wäre gänzlich unglaubwürdig.

5. Präventive Wirkung moderner Zahntechnik erwiesen und erfolgreich

Die Anwendung moderner Zahntechnik, insbesondere der festsitzenden Versorgungslösungen hat einen erheblichen Beitrag zum Erhalt des Restzahnbestandes bei der mittleren und älteren Bevölkerung geleistet. Es wurde nach Angaben der KZBV in den letzten 15 Jahren erreicht, dass die Zahl der notwendigen Totalprothesen wegen totalen Zahnverlustes um 35 % und die Zahl der herausnehmbaren Zahnprothesen um 15 % reduziert werden konnte. Diese Zahlen beweisen die präventive Wirkung moderner Zahntechnik zum Schutz und Erhalt des Restzahnbestandes eindrucksvoll und zeigen, wie damit mögliche Folgeerkrankungen bei defekten oralen Strukturen vermieden werden.

Anlage 1

Präventionsorientierte Selbstbeteiligung mit Bonussystem

Ein zukunftsfähiger Vorschlag für die gesamte Zahnheilkunde in der GKV

„Das Finanzierungsmodell der präventionsorientierten Selbstbeteiligung mit Bonussystem schafft mehr Finanzierungsgerechtigkeit und ist in der Lage, für die Lösung der vorgenannten Finanzierungsprobleme einen bemerkenswerten Beitrag zu leisten, dabei die paritätische Finanzierungsstruktur nach einem nachvollziehbaren Konzept wissensbasierter Risikozuweisung neu zu justieren und die Eigenkompetenz in einer aufgeklärten Gesellschaft zu stärken, ohne den Versicherten unkalkulierbar zu belasten. Ein weiterer Vorteil ist, dass die undelegierbare Sicherstellungsfunktion einer im öffentlichen Auftrag handelnden Krankenversicherung gegenüber der Bevölkerung umfassend von der GKV geleistet werden kann."

Arbeitsmaterialien:

I. Grundsatzüberlegungen zum Modell

II. Beschreibung des Modells

Anlage: Ausgaben der Zahnärztlichen Versorgung in der GKV

I. Grundsatzüberlegungen zum Modell

Präventionsorientierte Selbstbeteiligung mit Bonussystem als Konzept zur Neugestaltung der Finanzierungsstrukturen in der GKV

A. Krankenbehandlung als öffentliche Aufgabe

1. Der Krankheitsbegriff ist unteilbar. Die Wechselwirkungen zwischen kranken Zähnen und anderen Krankheiten sind vielfältig. Zahnlosigkeit ist auch rechtlich eine Krankheit.
Mit der Zahnheilkunde und der Zahnersatzversorgung werden drei medizinische und soziale Ziele verfolgt:

a. Zahnkrankheiten sollen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandelt werden.
b. Zahnbehandlungen sollen Folgekrankheiten des Körpers vermeiden helfen. Die Wechselwirkung „gesunde Zähne – gesunder Körper“ verlangt, dass eine Unter- oder Fehlversorgung in der Zahnversorgung verhindert werden muss.
c. Die Abhängigkeit der Mundgesundheit von Schichtenzugehörigkeit, Einkommensniveau, Bildungsgrad etc. sind wissenschaftlich belegt. Sie gilt es zu überwinden.

Vgl. hierzu die folgenden Zitate des Bundeskanzlers in seiner Rede vom 14.03.2003:

> „Für uns bleibt der Grundsatz: Jede und jeder erhalten die notwendige medizinische Versorgung, und zwar unabhängig von Alter und Einkommen.
> Das erwarten die Menschen von uns. Sie erwarten auch, dass wir am Solidarprinzip in der Krankenversicherung festhalten.“
> „Es gibt Vorschläge, den Zahnersatz oder gar die Zahnbehandlung nicht mehr von den Krankenkassen zahlen zu lassen. Ich halte das nicht für richtig.
> Wir haben eine System, das Eigenvorsorge bei der Zahnpflege belohnt. Das soll so bleiben. Ich möchte nicht, dass man den sozialen Status der Menschen an ihren Zähnen ablesen kann.“

2. Die gesetzliche Krankenkasse in Form der Körperschaft des öffentlichen Rechts ist lediglich eine mögliche Organisationsform für die Staatsaufgabe der „letzten“ Sicherung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Fall von Krankheiten.

Fazit:
Die Zahnbehandlung einschließlich Zahnersatz kann nicht aus der öffentlichen Aufgabe des Staates, für eine bedarfsorientierte und qualitätsgesicherte, finanzierbare zahnärztliche Versorgung zu sorgen, ausgegliedert, d.h. „privatisiert“ werden. Da die derzeitige Organisationsforum für diesen öffentlichen Auftrag die gesetzliche Krankenversicherung darstellt, bleibt es beim umfassenden Regelungsbedarf über Leistungen, Qualität, Kapazitäten und Preise in der GKV. Damit ist noch keine Entscheidung über mögliche Finanzierungsstrukturen getroffen.

B. Finanzierungsprobleme und Finanzierungsstrukturen der GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung hat aktuelle Finanzierungsprobleme, die wesentlich Einnahmeprobleme als Folge der wirtschaftlichen Entwicklung sind.

Gleichzeitig behindert die paritätische Finanzierung über das Argument steigender Lohnnebenkosten eine beschäftigungsfördernde Wirtschaftsentwicklung.

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Notwendigkeit, die Finanzierungsstrukturen der medizinischen Versorgung so zu gestalten, dass die allgemeinen, weit über die Finanzierungsfragen hinausgehenden Sicherstellungsaufgaben einer sozialen und damit gleichzeitig „finalen“ Krankenversicherung gewahrt bleiben und eine konzeptionell nachvollziehbare Entlastung bei den Lohnnebenkosten erfolgen kann.

C. Die Lösung: Präventionsorientierte Selbstbeteiligung mit Bonussystem

1. Die Abkehr von einer paritätischen Finanzierungsstruktur bedeutet noch keine Abkehr von der solidarischen Finanzierungsstruktur der Versichertengemeinschaft. Die Sicherstellungsaufgaben können und sollten weiter im System der GKV gelöst werden.
2. Die Finanzierungsstrukturen könnten nach dem „Konzept der wissensbasierten Risikozuweisung“ nachvollziehbar modifiziert werden. Zentrale Entwicklungen sind vor dem Hintergrund eines veränderten Krankheitspanoramas, die Zunahme des Wissens über medizinische Zusammenhänge und die durch Wohlstand geschaffene Möglichkeiten der Vermeidung individuellen Risikoverhaltens.

Daher muss konzeptionell für eine Neuausrichtung der Finanzierungsstruktur gelten:

> Je mehr modernes Wissen über die Zusammenhänge zwischen einem individuell vermeidbaren Verhalten und Erkrankungswahrscheinlichkeiten vorhanden ist, desto mehr muss innerhalb der solidarischen GKV darüber diskutiert und entschieden werden, ob solche individuellen und vermeidbaren Verhaltensrisiken noch gesellschaftlich gegenseitig toleriert und damit solidarisch finanziert werden oder nicht.

Das Finanzierungsmodell der präventionsorientierten Selbstbeteiligung mit Bonussystem schafft mehr Finanzierungsgerechtigkeit und ist in der Lage, für die Lösung der vorgenannten Finanzierungsprobleme einen bemerkenswerten Beitrag zu leisten, dabei die paritätische Finanzierungsstruktur nach einem nachvollziehbaren Konzept wissensbasierter Risikozuweisung neu zu justieren und die Eigenkompetenz in einer aufgeklärten Gesellschaft zu stärken, ohne den Versicherten unkalkulierbar zu belasten. Ein weiterer Vorteil ist, dass die undelegierbare Sicherstellungsfunktion einer im öffentlichen Auftrag handelnden Krankenversicherung gegenüber der Bevölkerung umfassend von der GKV geleistet werden kann.

II. Modellbeschreibung

Präventionsorientierte Selbstbeteiligung mit Bonussystem

Ein zukunftsfähiger Vorschlag für die gesamte Zahnheilkunde

Die Elemente des Modells sind:

- Bis zur Volljährigkeit bzw. Aufnahme einer beruflichen Beschäftigung (nicht Ausbildung) kostenfreie Zahnvorsorge.

- Ab Volljährigkeit bzw. Aufnahme einer Beschäftigung übernimmt der Versicherte eine generelle Selbstbeteiligung über alle zahnärztlichen Behandlungsleistungen.
  Es empfiehlt sich hierbei ein Selbstbehalt für die jährlichen Vorsorgeuntersuchungen und der präventionsorientierten Behandlung der Zähne bei kleineren Zahnschäden.

Hierfür vereinbaren die Krankenkassen und die Zahnärzte einen „check-up“, der konkret die notwendigen Leistungen enthält. Der Versicherte trägt hierfür die Kosten. Derzeit betragen die durchschnittlichen Ausgaben je Abrechnungsfall im Bereich der allgemeinen konservierenden Leistungen einschließlich der Füllungstherapie ca. 80 EUR. Der Zahnarzt bestätigt nach medizinischen Kriterien (Statusbericht) die erfolgreiche Behandlung im Rahmen der eigenverantwortlichen Zahnvorsorge mit Bonusregelung. Die Rechnung erfolgt direkt an den Versicherten.

- Für die darüber hinausgehenden zahnmedizinische Leistungen erhält der

Das Modell leitet sich aus folgenden Überlegungen ab:

Der Sachverständigenrat hat mit den Kriterien der Eigenverantwortung und der Übernahme kleinerer vorhersehbarer und/oder vermeidbarer Schadensfälle zugunsten der medizinischen Großrisiken in die allgemeine Lebensführung eine vernünftige und klare Handlungsanleitung für die Entwicklung eines Leistungskataloges unter Knappheitsbedingungen der GKV gegeben.

Zieht man aber diese Kriterien für die Festlegung eines medizinischen Leistungskataloges heran, so muss man zum Schluss kommen, dass angesichts der medizinischen Großrisiken tatsächlich die Zahnheilkunde insgesamt auszugliedern wäre. Eine Beschränkung auf Zahnersatz erscheint auch danach völlig unsystematisch und willkürlich.

Weil der jüngste CDU-Vorschlag diese Systematik berücksichtigt und die Einheit der Zahnmedizin wahrt, kann er als Fortschritt bezeichnet werden. Danach soll die gesamte Zahnheilkunde aus der paritätischen Finanzierung ausgegliedert und in eine Versicherungspflicht überführt werden. Aus Effizienz- und Transparenzgründen wäre es dabei erforderlich, diese bei der GKV anzusiedeln. Insofern ist zu unterscheiden zwischen der paritätischen Finanzierung und der solidarischen Finanzierungsstruktur der Versichertengemeinschaft.

Die Beschränkung auf Zahnersatz in der Ausgrenzungsdebatte lässt vermuten, dass man einen solchen „großen“ Schritt politisch nicht für machbar hält.

Wendet man dann aber die oben genannten Kriterien Eigenverantwortung und Übernahme finanzieller Bagatellrisiken nur auf den Leistungsbereich Zahnheilkunde an, so kommt man zu dem Ergebnis, dass nicht Zahnersatzleistungen, sondern die Leistungen der Vorsorgeuntersuchungen und der konservierenden Behandlungsleistungen (etwa kleine Füllungen) ausgegliedert werden müssten.

Dafür sprechen zwei zentrale Gründe:

- Eine Ausgrenzungsdebatte muss beachten, dass in der Vergangenheit dem Versicherten kein Angebot präventiver Leistungen verfügbar war und die überwiegende Mehrheit der Versicherten schon mit Zahnkronen oder Zahnersatz in der einen oder anderen Form behandelt wurde.
- Zwischenzeitlich stehen dem Versicherten ausreichendes Wissen um die Zusammenhänge zwischen Fehlverhalten, frühzeitiger Vorsorge und Zahnschäden ebenso zur Verfügung wie ein ausreichendes und erschwingliches Angebot an Vorsorgeleistungen.

Man kann leicht sehen, dass die systematische Anwendung der Stichworte Eigenverantwortung und finanzielle Kleinrisiken zu einem anderen Ergebnis kommt, als

es so manche Verlautbarungen um das Thema Zahnersatz nahe legen. Die Verwendung der medizinischen und ökonomischen Kriterien zur Erstellung eines Leistungskataloges stellt die Argumentation wieder auf die richtigen Füße.

Dies gilt aus versicherungstechnischer Sicht sogar noch weit stärker, wenn man die tatsächlichen Regeln in der Zahnersatzversorgung berücksichtigt, bei denen in der zahnärztlichen Versorgung die Vorsorgebemühungen mit einem Bonussystem für Selbstbeteiligungsleistungen belohnt werden.

Genau die Funktion und Wirkung der Bonus-Regelung sind neben den fachlichen Argumenten auch versicherungstechnische Gründe, warum eine Ausgrenzungsdebatte nur von Zahnersatz systematisch falsch und gesundheitspolitisch schädlich ist:

> Es ist das Ziel der neuen Gesundheitspolitik, Präventionsbemühungen der Versicherten zu belohnen. Bei Zahnersatz werden seit 13 Jahren mit Erfolg mit den Vorsorgebemühungen individuell verursachte und vermeidbare Zahnschäden reduziert. Die Selbstbeteiligung mit dem Bonussystem bei Zahnersatz hat die Vorsorgebemühungen der Versicherten extrem erhöht. Zurück bleiben Zahnschäden, die trotz aller Vorsorgebemühungen entstanden sind und nicht durch individuelles Fehlverhalten verursacht sind. Dies aber sind gerade klassische Versicherungsleistungen einer Krankenversicherung ! Diese will man aber jedoch ausgerechnet mit der Ausgrenzung von Zahnersatz verwehren!

Die Bevölkerung hat auf die 1989 von der damaligen CDU/FDP-Regierung eingeführte Bonusregelung in der zahnärztlichen Versorgung vertraut und damals mehr als eine Verdoppelung (von 20 % auf 50 %) der Zuzahlung bei Zahnersatz hingenommen.

Insgesamt ergibt sich also:

Der prothetische Versorgungsbedarf, so eine wissenschaftliche Studie der Zahnärzte, bleibt bis zum Jahr 2020 praktisch gleich. Der Gesamtbedarf verändert sich, auch bei günstigem Ausbau der Prävention nur leicht zeitverzögert und strukturell. Der Ausbau der Prophylaxe in der Zahnheilkunde wirkt in den jüngeren Altersstufen ein und nur sehr langfristig. Der oben beispielhaft sichtbar gemachte latente zusätzliche Behandlungsbedarf für die mittleren und älteren Jahrgänge wird daher zu erheblichen Kostenausweitungen führen, zumal wenn sich, wie medizinisch angestrebt, wirklich alle Versicherten bald eine solche entsprechende Vorsorge- und Behandlung in Anspruch nehmen würden. Damit verringert sich aber auch nicht der Kostendruck in den Versicherungen.

Daher setzt das Modell der präventionsorientierten Selbstbeteiligung als ein goldener Mittelweg an den richtigen Stellen an.

Es berücksichtigt konsequent die medizinischen und ökonomischen Kriterien, das Konzept der Eigenverantwortung und der systematischen Präventionsorientierung in der Zahnheilkunde ohne den Versicherten unkalkulierbar zu belasten. Er ist geeignet, neben den medizinischen Verwerfungen auch die erheblichen technischen Umsetzungsprobleme der Ausgrenzung von Zahnersatz gänzlich zu vermeiden. Der Vertrauensschutz und die Akzeptanz der Versicherten in die Funktionsfähigkeit der Bonusregelungen in der GKV bleibt erhalten.

Anlage 2

Reformexperimente auf der Basis falscher Behauptungen?

Anmerkungen zu vier immer wiederkehrenden „Behauptungen“ in der Zahnersatzversorgung, mit denen neue gesetzliche Eingriffe wie etwa Festzuschüsse oder sogar Ausgrenzungen aus dem Leistungskatalog begründet werden.

Behauptung 1: Prophylaxe macht Zahnersatz überflüssig. Jeder kann durch eigene Vorsorgebemühungen Zahnersatz weitgehend vermeiden.

Die These, wonach Zahnverlust weitgehend auf das individuelle Verhalten zurückgeführt werden kann und deshalb vermeidbar ist, ist falsch. Zwar wurde dieser Eindruck von Zahnärzten immer wieder suggeriert. In den letzten Monaten mehren sich jedoch die Verlautbarungen der Zahnärzteverbände, die sich auch medizinisch gegen den entstandenen Eindruck wenden.

Zahnverlust ist vielmehr die Folge sehr verschiedener beeinflussbarer und unbeeinflussbarer vorangegangener Erkrankungsursachen und komplexer Umstände, von denen Karies und akute Parodontopathien neben den natürlichen altersbedingten Veränderungen (z.B. Parodontose) lediglich eine zentrale Rolle spielen. So kommen denn auch die Autoren der Studie „Ökonomische Effekte der Individualprophylaxe“ zu dem Ergebnis:

> „Jedoch kann der Zahnverlust nicht vollständig verhindert, sondern in erster Linie „nur“ zeitlich verschoben werden, so dass der Bedarf an prothetischen Versorgungsformen und damit auch das finanzielle Engagement im fortgeschrittenen Alter wieder ansteigt.“ (Kaufhold, S. 92)

Gegen die interessengeleitete aber dennoch falsche Ansicht, dass Zahnersatz durch Prophylaxe (siehe zu Prophylaxeleistungen Anlage 1) bald überflüssig würde, sind aus sozial- und gesundheitspolitischer Sicht vier Einwände zu erheben:

1. Die zahnmedizinische Studie „Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2020“ der I+G Gesundheitsforschung aus dem Jahr 2001 weist darauf hin, dass der Gesamtbedarf trotz Präventionsprogramme der Vergangenheit und selbst bei optimistischer Beurteilung zukünftiger Prophylaxeerfolge bis zum Jahr 2020 **nicht** sinkt. Dies gilt selbst dann, wenn

man ab sofort von einer noch weitergehenden Ausrichtung auf Prophylaxe ausgeht. Der Bedarf entsteht vor allem bei der heute mittleren und älteren Bevölkerung. Zahnlosigkeit ist eine Krankheit. Dieser medizinisch und sozial begründete Versorgungsbedarf ist schon aus diesem sozialpolitischen Grund auch von einer sozialen Krankenversicherung zu erfüllen.

2. Eigene und zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen sind von den zahnmedizinischen konservierenden und prothetischen Behandlungsleistungen für schon entstandene Zahnschäden strikt zu trennen. Diese „reparieren" einen schon eingetretenen Schaden und wirken insoweit präventiv, wie sie weitere Zerstörungen der oralen Strukturen verhindern. Insofern wirken alle zahnärztlichen Behandlungsleistungen als Prävention. Dies gilt für Zahnersatz in gleicher Weise, worauf der Begriff der Tertiärprävention verweist.

   > „Tatsächlich wirken Kronen, Brücken und Prothesen, richtig eingesetzt, prophylaktisch gegenüber weiteren, sonst eintretenden Zerstörungen des Gebisses und sich daraus ergebenden Folgeerkrankungen".(DAZ-forum, S. 9)

   Daher ist die Beschränkung der finanziellen Eigenverantwortung auf die Versorgung mit Zahnersatz willkürlich und sachlich nicht begründet. Wer mit Eigenverantwortung bei größeren Zahnschäden und Zahnverlust argumentiert, muss dies auch für die Vermeidbarkeit von kleineren und mittleren Zahnschäden reklamieren, die mit konservierenden und direkten Behandlungsmethoden versorgt werden. Die Schäden entstehen aus den gleichen Ursachen und Fehlverhalten.

3. Die Behauptung, wonach Zahnersatz durch „Prophylaxe" überhaupt überflüssig werden kann, gilt auch medizinisch vor allem nicht für die mittleren und älteren Jahrgänge, die in der Vergangenheit kein Prophylaxeangebot in Anspruch nehmen konnten.

   Zudem können – neben dem individuellen Vorsorgeverhalten – eine ganze Vielzahl von Ursachen für Zahnschädigungen und Zahnverlusten genannt werden, deren Bedeutung mit zunehmendem Alter wächst.

So können

- Altersbedingter Abbau des Zahnhalteapparates
- Psychosoziale Situation (Stress)
- Individualpsychologische Situation (Depression, Magersucht !)
- Schichtenspezifisches, sozial bedingtes Fehlverhalten
- Genetische Disposition sowie
- Interaktionen von Allgemeinerkrankungen und Zahnerkrankungen u.v.m.

als Ursache von Zahnschädigungen bis hin zu Zahnverlusten genannt werden.

Einige Zitate machen die komplexe ganzheitliche Perspektive der medizinischen Zusammenhänge deutlich:

- „Tabak- und Alkoholkonsum, Bluthochdruck, Stress, soziale Isolation sind wichtige Risikofaktoren auch für die Mundgesundheit, ebenso bestimmter, z.T. alterstypischer Medikamentenkonsum – Antidepressiva, Antihistamine, Blutdrucksenker z.B. - der den Speichelfluss verändert (vgl. Johnke und Wefers, 1998;IDZ,1999).“ (Ziller, S. 43)

- „Vielfältige Risiken, wie Abrasion der Zahnhartsubstanz, Parafunktionen, Dysfunktionen, Zahnstellungsanomalien, Traumata, mechanisches Versagen von Zahnhartsubstanz – z.B. durch Zahnteilfrakturen, keilförmige Defekte – können neben Karies und Parodontopathien die orale Gesundheit verändern und zum Funktionsverlust führen (...)“ (Ziller, S. 65)

- „Nach einer Ära, in der die verhaltensbedingten Einflüsse auf die Mundgesundheit in der Vordergrund gerückt wurden, weist die aktuelle wissenschaftliche Diskussion auch wieder genetische Dispositionen als mögliche Kofaktoren aus.“ (Ziller, S. 51)

Vor allem weisen die Autoren darauf hin, dass neben diesen Ursachen für Zahnkrankheiten in einer älter werdenden Gesellschaft auch natürliche altersbedingte Veränderungen des Zahnhalteapparates und andere körperliche Erkrankungen die Zahngesundheit gefährden und Zahnverluste verursachen können (Ziller, S. 41)

4. Die soziale Krankenversicherung als öffentlicher Auftrag kann auch nicht darüber hinweggehen, dass die Erkrankungsrisiken sozial ungleich verteilt sind. Es gibt eindeutige Zusammenhänge zwischen niedrigem Einkommen und Bildungsgrad und den eigenen Vorsorgebemühungen und

Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Prophylaxe. Diese offenkundigen schichtenspezifische Ungleichgewichte muss gerade eine soziale Krankenversicherung zu lösen versuchen.

- Sämtliche kariösen Zähne sind bei den 35-44 Jährigen nur bei 23,6 % dieser Gruppen anzutreffen.
- Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Einkommen und niedrigem Bildungsgrad weisen signifikant höhere Zahnverluste auf als Vergleichsgruppen mit höherem Bildungsstand.
- 21,5 % der Jugendlichen haben 61,2 % aller DMF-Zähne aufzuweisen
- 19,4 % der Jugendlichen haben sämtliche zu sanierenden Zähne der Altersgruppe
- Karies steht bei Jugendlichen wie auch bei Erwachsenen und Senioren in Zusammenhang mit der sozialen Schichtzugehörigkeit.

Die Zahlen machen die sozial bedingten Ungleichgewichte und damit auch die sozial begründete Aufgabe einer gesetzlichen Krankenversicherung deutlich.

„Neben Geschlecht sind Einkommen und Bildung der Patienten wichtige Prädiktoren, d. h. niedrige Einkommen und niedrige Bildung sind Risikofaktoren für unzureichende Mundhygiene und deren Folgeerkrankungen (Kaufhold, S. 42)

Insgesamt zeigt sich:

„Erkrankung und Verlust von Zähnen bleiben – wie Krankheit überhaupt – ein gesamtgesellschaftliches Problem. Aus sozialwissenschaftlicher wie aus medizinischer Sicht können weder Karies noch Parodontitis uneingeschränkt als selbstverschuldet beschrieben werden.“ (DAZ-forum 80/2003)

Erste Privatisierungstendenzen, wie sie auch Festzuschüsse als standardisierte Geldleistungen darstellen und sich damit vom Grundsatz einer bedarfsgerechten Versorgung des zahnkranken Menschen verabschieden, können zur Lösung dieser Problematik keinen Beitrag leisten.

Anlage zu 1:

Als zentrale Maßnahmen der Prophylaxe gegen Zahnschäden werden in der Literatur genannt:

- gute häusliche Mundpflege
- zahnbewusster Konsum süßer Zwischenmahlzeiten
- kontrollorientierte Zahnarztbesuche
- Vermeidung von Tabak, Alkohol und Stress

→ Häusliche Individual Prophylaxe/ Lebens-

- Risikodiagnostik
- Motivierung, Überzeugung
- Beratung über das richtige Zähne putzen einschl. Beratung über Zahnzwischenraum-Hygiene,
- Ernährungsberatung

→ Praxis, Beratung

- Professionelle Zahnreinigung
- Fissurenversiegelung bei Kindern u. Jugendlichen
- Maßnahmen der Keimreduktion
- Fluoridierung der Zähne

→ Praxis, Behandlung

- Fluoridierung von Zahnpasta, Speisesalz und international: Trinkwasser

→ Industrie Staat

(Vergleiche hierzu: Kaufhold und I+G-Studie, S. 89)

Dabei ist allerdings in der Wissenschaft keineswegs klar, welche Maßnahme in welchem Umfang zur Vermeidung von Zahnschädigungen beiträgt. Dabei werden jedoch immer wieder prominent die Fissurenversiegelung und die Fluoridierung als bedeutendste Maßnahmen für den Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen genannt.

„Die Schlussthese lautet: Prophylaxe wirkt, aber wir wissen nicht, wie effektiv die Ansätze in der Gruppenprophylaxe und in der Individualprophylaxe in quantitativer Abschätzung sind. Die bisherigen Berechnungen geben keinen Hinweis, was die Individualprophylaxe mit welchem quantitativen Gewicht (Effektstärke) wirkt: Mundhygiene, Fissurenversiegelung oder professionelle Zahnreinigung.“ (Ziller, Seite 34)

<u>Behauptung 2:</u> Der proportionale Zuschuss ist ungerecht. Er ermöglicht den Beziehern hoher Einkommen einen aufwändigeren Zahnersatz in Anspruch zu nehmen, wofür sie auch absolut einen höheren Zuschuss von der Krankenkasse erhalten.

Es wird gezeigt, dass es für eine solche Behauptung über „Einzelerfahrungen“ hinaus, keinen statistisch gesicherten Nachweis gibt. Vielmehr kann eine falsche Interpretation von Statistiken vorliegen.

1. Der DMS-Studie III ist zu entnehmen, dass von 100 fehlenden Zähnen 43 % unversorgt sind, 26 % mit Brücken und 31 % mit abnehmbaren Prothesen.
2. Bei den 35 - 44 jährigen stellt sich die Versorgungsstruktur wie folgt dar:

Bildungsgrad	Brücken	abnehmbar	Gesamt
niedrig	19 %	39 %	56 %
hoch	40 %	17 %	57 %

Die Ergebnisse scheinen die These 2 zu bestätigen, wenn man realistischerweise den Bildungsgrad als Indikator für das Einkommen nimmt. Bezieher höherer Einkommen haben dann statistisch gesehen signifikant mehr Brückenversorgungen als die Vergleichsgruppe mit niedrigem Bildungsgrad / niedrigem Einkommen.

Der Schluss, der hieraus gezogen wird, ist jedoch falsch, was mit der DMS III-Studie selbst gezeigt werden kann: Das oben genannte Ergebnis ist nicht das Resultat einer individuellen Entscheidung des Versicherten zwischen Versorgungsalternativen, die ihm kraft seines Einkommens möglich sind, sondern das nüchterne Ergebnis eines unterschiedlichen Versorgungsbedarfs.

Ein wichtiges Ergebnis der DMS-Studie III ist, dass der Bildungsgrad/Einkommen sehr eng korreliert mit der Anzahl der verlorenen Zähne. Die DMS-Studie III weist aus, dass der Bevölkerungskreis mit niedriger Bildung im Durchschnitt 2,8 mehr fehlende Zähne aufweist. Auch liegt in der Bevölkerungsgruppe eine sehr heterogene, schiefe Verteilung um den Mittelwert vor, d.h. viele haben auch mehr fehlende Zähne.

Mehr fehlende Zähne im Einzelfall führen aus medizinischen und zahntechnischen Gründen zu mehr herausnehmbarem Zahnersatz in Form von Modellgussprothesen – dies allerdings aus Gründen des individuellen medizinischen Befundes und der

unterschiedlichen Befundstruktur dieser Bevölkerungsgruppe. Die unterschiedliche Versorgungsstruktur der Patienten mit niedrigen und höheren Bildungsstand/Einkommen ist daher nicht einkommensbedingt, sondern Folge eines unterschiedlichen Versorgungsbedarfes, der mit unterschiedlichen Versorgungslösungen bewältigt wird.

Angesichts der engen Vorgaben des Gesetzes, der Einschränkungen des Gesetzgebers mit den Reformen der Vergangenheit, der Begutachtungspraxis nach § 30 Abs. 4 SGB V und der verpflichtenden Verordnungsvorgaben der Zahnersatz-Richtlinien ist auch kein anderes Verordnungsergebnis zu erwarten. Insgesamt zeigt sich, dass in der GKV im Rahmen der Gesetze und Richtlinien bedarfsgerecht und unabhängig vom Einkommen des Patienten versorgt wird.

Dieses Ergebnis wird bestätigt, wenn man nach den Ergebnissen der Erwachsenen (35-44 Jahre) die Ergebnisse der Senioren (65-74 Jahre) betrachtet, bei denen altersbedingt größere und komplexere Lückengebiss-Situationen zu versorgen sind. Würde die These stimmen, dass höhere Einkommensbezieher sich überproportional aufwändigeren Zahnersatz leisten, so müssten sich die Versorgungsunterschiede gerade hier statistisch niederschlagen.

Die DMS-Studie III weist aber hier aus, dass bei allen Bevölkerungskreisen, unabhängig von Sozialstatus und Bildungsgrad bei den abnehmbaren Prothesen rund 50 % abnehmbar und 50 % festsitzend-herausnehmbar (Kombinationsversorgungen) waren. Gerade die Kombinationsversorgungen sind aufwändigere Versorgungsformen.

Aus der Gleichverteilung zwischen herausnehmbar und festsitzend-herausnehmbaren Versorgungen über alle Bildungsgrade kann nun der Schluss gezogen werden, dass es keine statistisch signifikanten Hinweise gibt, dass die medizinisch begründete Versorgungsstruktur von Faktoren wie Einkommen und Bildungsstand merklich beeinflusst wird. Auch dies ist ein klares Indiz dafür, dass dem Prinzip einer bedarfsgerechten, befundorientierten und unabhängig vom Einkommen medizinisch begründete Versorgung gefolgt wird. Die Behauptung, dass höhere Einkommensbezieher medizinisch unbegründet signifikant aufwändigeren Zahnersatz in Anspruch nähmen, bestätigt sich also nicht.

Daher formuliert die DMS III-Studie:

„Der Einfluss von Schulbildungsgrad und Inanspruchnahmeverhalten auf die Indikation von Kombinationsprothesen ist weniger ausgeprägt. Soziale Faktoren spielen offenbar für die Therapieentscheidung bei fortgeschrittenem Zahnverlust keine Rolle." (DMS III-Studie, S. 399)

Vielmehr sind die Versorgungsunterschiede durch einen unterschiedlichen Restzahnbestand zu erklären, der wiederum auf ein – erwünschtes – besseres Vorsorgeverhalten dieser Versichertengruppe zurück zu führen ist.

Dies darf durch ein Festzuschuss-System keinesfalls „bestraft" werden. Ein Festzuschuss, der sich als Geldleistung an einer einfacheren Versorgungsalternative orientiert, würde gerade jene bestrafen, die

- als Beitragszahler einen absolut höheren Beitrag zur Finanzierung der GKV tragen und
- als Versicherte ein besseres Vorsorgeverhalten aufweisen.

Ein paradoxes Ergebnis eines Festzuschuss-Systems.

Behauptung 3: Die Patienten werden immer anspruchsvoller. Sie nehmen bei einem gleichen Befund immer aufwändigeren Zahnersatz in Anspruch.

Gegen diese These spricht:

1. Der gesetzliche Leistungsanspruch nach § 30 Abs. 1 SGB V ist in den letzten 25 Jahren mehrmals deutlich eingeschränkt worden.
2. Der zu Erfüllung der Leistungspflichten aus § 30 Abs. 1 SGB V vereinbarte konkrete zahnärztliche und zahntechnische Leistungskatalog hat sich seit 25 Jahren praktisch nicht geändert.
3. Die Zahnersatz-Richtlinien wurden immer wieder an die gesetzlichen Änderungen angepasst. Die Indikationsstellungen und die Anwendungen des Leistungskataloges wurden gerade erst wieder in diesen Wochen eingeschränkt.
4. Nach § 30 Abs. 4 SGB V sollen heute schon aufwändigere Versorgungen begutachtet werden.

5. Nach § 136 SGB V soll der Bundesausschuss Kriterien für indikationsbedingte Notwendigkeit und Qualität aufwändigerer Leistungen vereinbaren.

Hieraus ist kaum abzuleiten, dass sich eine veränderte, medizinisch unbegründete Anspruchshaltung des Patienten ausgebildet haben soll, die signifikant ausgabenwirksam geworden ist. Vielmehr lässt sich auch dieses statistische Phänomen auf eine bessere Zahngesundheit und eine hierdurch medizinisch begründete Veränderung der Versorgungsstruktur zurück führen.

Aus dem KZBV-Jahrbuch kann man entnehmen, dass zwischen 1987 und 2001 die Zahl der Totalprothesen um 35 % und die Zahl der herausnehmbaren Prothesen um 15 % gesunken sind. (Übrigens ist diese Entwicklung ein Indikator, der präventiven Wirkung moderner Zahntechnik, die den Restzahnbestand stabilisiert und länger erhält.)

Die Folge davon ist, dass für diese Bevölkerungskreise strukturell mehr Einzelkronen, mehr Brücken- sowie mehr aufwändigere Kombinationsversorgungen notwendig wurden. Wenn es eine verbesserte Zahngesundheit gibt, insbesondere in der mittleren und älteren Bevölkerung, hat dies den Erhalt von mehr Restzähnen zur Folge, was insgesamt gesehen eine aufwändigere Zahntechnik erforderlich macht.

„Je mehr der Zahnverlust sinkt, um so mehr steigt der Bestand an Kronenversorgung und festsitzenden Zahnersatz. Der „Gewinn“ an erhaltenen Zähnen wirkt sich in einem Anstieg des festsitzenden Zahnersatzes und der Kronenversorgung und in einem überproportionalen Rückgang des herausnehmbaren Zahnersatzes aus.“ (Schroeder, S. 75)

Einfaches Beispiel für den Laien: Nach dem Verlust von allen Zähnen (schlechte Zahngesundheit) wird eine Totalprothese notwendig. Diese kostet insgesamt etwa 970 EUR. Kann durch eine Verbesserung der Zahngesundheit ein Zahn erhalten werden, wird eine 13-zähnige Prothese erforderlich. Diese ist technisch deutlich aufwändiger und kostet etwa 1.270,00 EUR. Dieser Fall illustriert: Je mehr Zähne erhalten werden, desto komplexer werden die Versorgungstechniken und desto höher steigt der Material- und Laborkosten. Die „Fallkosten“ steigen.

Dieser Effekt einer verbesserten Zahngesundheit der altersmäßig mittleren und älteren Bevölkerung wird häufig falsch gedeutet als steigende Anspruchshaltung zu

aufwändigeren Versorgungen. In Wahrheit ist es das Ergebnis eines strukturell veränderten medizinischen Bedarfes aufgrund verbesserter Zahngesundheit.

Dies verweist auf These 4.

Behauptung 4: Zahntechnische Leistungen werden immer teurer. Dies erkennt man an dem steigenden Anteil der Material- und Laborkosten.

Mit diesem Argument wurde von zahnärztlicher Seite so manche politische Verteilungsschlacht geschlagen. Weiter oben wurde gezeigt, dass sich durch eine Verbesserung der Zahngesundheit bei der mittleren und älteren Bevölkerung eine andere, komplexere Versorgungsstruktur mit höherem Technikbedarf ergibt. Nimmt man das oben genannte Beispiel, wird auch die Wirkung auf die Anteile des Honorars und der Material- und Laborkosten deutlich. Bei einer Totalprothese ergibt sich für das Honorar 514,08 EUR gegenüber 456,41 EUR Materialkosten. Die Anteilsstruktur ist hier 53 % zu 47 % zugunsten des Honoraranteiles. Führt eine verbesserte Zahngesundheit nur zu einer Verringerung der Totalprothesen zugunsten einer 13-zähnigen Prothese (1 natürlicher Zahn ist noch vorhanden) verschiebt sich der Honoraranteil aufgrund des hier höheren Zahntechnik-Aufwandes auf 43,8 zu 56,2 % Material- und Laborkostenanteil.

Diese Anteilsverschiebung ist aber weder die Folge einer veränderten Einzelleistungsabrechnung des Labors noch überproportional steigender Preise, sondern Folge des strukturell veränderten aber medizinisch begründeten Versorgungsbedarfs wegen steigender Zahngesundheit. Auf einen weiteren Missbrauch eines rein statistisch-rechnerischen Effekts in den politischen Verteilungskämpfen der Zahnärzte muss hier hingewiesen werden.

So wurden die Prothetik-Honorare mit der

- BEMA-Umstrukturierung 1987 um ca. 13 % zu Gunsten der konservierenden Leistungen umgeschichtet.
- 1989 wurde die Berechnung des Heil- und Kostenplanes abgeschafft. Dies bedeutete einen Honorarverlust von rund 3 %.
- 1992 mit dem GSG wurden die Honorare um 10 %, die Material- und Laborkosten um 5 % abgesenkt.
- 1999 wurde das Ausgabenbudget im Bereich der Prothetik um 5 % abgesenkt.

Diese Umschichtungen und Veränderungen im prothetischen Honorarbereich zugunsten anderen zahnärztlicher Honorarbereiche bedeuten, dass selbst bei unveränderten Material- und Laborkosten (d. h. ohne Veränderung von Menge und Preisen) der Material- und Laborkostenanteil im Verhältnis zum Prothetikhonorar als reiner Recheneffekt steigt.

Der rechnerische Laboranteil wird weiter steigen, wenn die aktuelle BEMA-Neubewertung in diesem Jahr zu einer weiteren Absenkung der BEMA-Honorare für Prothetik führt. Es ist die Rede von einer Absenkung um zehn Prozent.

Verwendete Quellen:

Wolfgang Micheelis, Elmar Reich: „Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III)“, Hrg. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1999

Ralph Kaufhold, Peter Biene-Dietrich, Uwe Hofmann, Wolfgang Micheelis, Lothar Scheibe, Markus Schneider: „Ökonomische Effekte der Individualprophylaxe“, Hrg. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV-Hanser, Köln München 1999

Ernst Schroeder: „Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2020“, Hrg. I+G Gesundheitsforschung, München 2001

Sebastian Ziller, Wolfgang Micheelis: „Kostenexplosion durch Prävention? – Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen“, Hrg. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV GmbH, Köln 2002

DAZ-forum 80 / 2003, Seite 9-10: „DAZ fordert ausreichende Grundversorgung auch im Zahnersatz-Bereich“

Anlage 3

DZW 26103 25.06.03

Deutsche Universitätsprofessoren im Kampf gegen den „Mythos Schweiz":

Keine Verbesserung der Mundgesundheit

In einem Beitrag in der *Deutschen Zahnärzte Zeitschrift*, 58/6, 2003, „Mythos Schweiz – Meinungen und Fakten zur Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland" erklären die beiden bekannten deutschen Universitätsprofessoren Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle, Universität Heidelberg, und Prof. Dr. Thomas Kerschbaum, Universität Köln: „Wie die Mundgesundheit der in Deutschland und in der Schweiz lebenden Bevölkerung zeigt – entgegen andes lautenden Behauptungen –, gibt es keine gravierenden Unterschiede".

Schweiz als Zahnmedizinisches Paradies

Wenn die Schweiz, so die deutschen Wissenschaftler, uns von den Medien und vor allem der zahnärztlichen Berufspolitik als ein „zahnmedizinisches Paradies" vorgestellt werde, sei dies falsch, heißt es in dem Beitrag. „Mit tendenziellen Meldungen werde suggeriert, durch eine Privatisierung ließe sich die Mundgesundheit verbessern", kritisieren Kerschbaum und Staehle anhand ihrer Vergleichs-Studie Deutschland/Schweiz. Wörtlich kommen sie zu der Schlussfolgerung: „Die von hohen Repräsentanten der Zahnärzteschaft in der Öffentlichkeit lancierten Behauptungen werden inzwischen weitgehend widerspruchslos akzeptiert. Tatsächlich bestehen jedoch zwischen der Schweiz und Deutschland hinsichtlich der Mundgesundheit der Bevölkerung keine so gravierenden Unterschiede, wie dies immer wieder behauptet wird. Es ist an der Zeit, den in Deutschland gepflegten „Mythos Schweiz" als das zu entlarven, was er wirklich ist: Politische Propaganda auf der Grundlage einseitig interpretierter wissenschaftlicher Daten." Selbst wenn man, so Staehle und Kerschbaum, die mittleren jährlichen pro-Kopf-Ausgaben für zahnärztliche Leistungen vergleiche, seien diese, trotz unterschiedlicher Finanzierungssysteme in Deutschland und in der Schweiz, „weitgehend identisch". „Die Vorstellungen, dass sich finanzieller Druck infolge von Selbstzahlerleistungen auf das aktive Mundgesundheitsverhalten der Bevölkerung positiv auswirken würde, sind weder für die Schweiz noch für Deutschland hinreichend belegt."

Mit dieser Entblätterung des „Mythos Schweiz" lieferten die Wissenschaftler auch den Regierungsparteien Rot-Grün und den zahnärztlichen Positionen der Berufspolitik Munition im Kampf gegen die von der CDU geforderten – nun im Streit mit der CSU und Seehofer fallen gelassenen – Ausgrenzung der Zahnheilkunde. Sie stellen sich aber vor allem gegen Beschlüsse des Bundesvorstands des Freien Verbandes (FVDZ), dessen Hauptversammlung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), dass über eine Privatisierung oder eine Pflicht zur Versicherung und Kostenerstattung eine „bessere Zahngesundheit in Selbstverantwortung" erreicht und das Gesundheitswesen effizienter gestaltet werden könnte.

Politische Propaganda

Die These, dass, sobald „die Zahnmedizin dem freien Kräftespiel des Markts überlassen wird und zahnmedizinische Leistungen – so wie dies in der Schweiz der Fall ist – privat zu bezahlen sind, dies nachhaltig die medizinische Eigenverantwortung der Bevölkerung (medizinische Verhaltenssteuerung über den Geldbeutel) fördert," so die Ansicht von Kerschbaum und Staehle, „ist falsch oder zumindest nicht hinreichend belegt". ■