

# Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung**

**Ausschussdrucksache**

**0248(89)**

**vom 26.06.03**

**15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme**

**zum Gesetzesentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN**

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems**

**(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz)**

Stand: 16.06.2003

25. Juni 2003

## Übersicht

Die Stellungnahme erfolgt in drei Teilen

### **Teil A**

Im ersten Teil werden **Vorschläge** gemacht, die eine **Fortentwicklung einzelner bestehender Regelungen** darstellen, welche die **Qualitätsorientierung und die Leistungsfähigkeit** in der Zahnersatzversorgung stärken.

Seite 4-9

Aus sachlichen Überlegungen schlägt der VDZI zur Verbesserung der Finanzierungsgerechtigkeit vor, die **Selbstbeteiligung auf die gesamte zahnärztliche Versorgung** auszudehnen.

Anlage

### **Teil B**

Im zweiten Teil werden die im Entwurf des Gesetzes **vorgeschlagenen Neuregelungen** gewürdigt

Seite 10-24

### **Teil C**

Die Zahnersatzversorgung war in den letzten 15 Jahren immer wieder Objekt für Reformexperimente, von der Leistungseinschränkung, neuer Zuschusssysteme bis zur Privatisierung von Zahnersatz. **Im dritten Teil** werden daher zur aktuellen Diskussion kritisch einige zentrale und immer wiederkehrende „**Behauptungen**“ **über die Zahnersatzversorgung hinterfragt.**

Seite 25-35

### Vorbemerkung

Nach einem Jahrzehnt der Reformexperimente in der Zahnersatzversorgung hält der VDZI die im Gesetzesentwurf vorgeschlagenen Änderungen für nicht notwendig und angesichts eines Anteils von 2,4 % an den Gesamtausgaben wenig effizient.

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 für die Versicherten und zu sinkenden Ausgaben bei zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen für die Zahnersatzversorgung führen.

Neuer, bürokratieaufwändiger Konzepte wie die Einführung von Leistungskomplexen und Festzuschüssen, erweiterte Begutachtungsverfahren und millionenfacher zusätzlicher Kostenvoranschläge bedarf es nach Ansicht des VDZI nicht solche strukturellen Eingriffe in das Leistungs- und Vertragsrecht für die Zahnersatzversorgung führen nach den häufigen Reformexperimenten in der Vergangenheit nur erneut zur Verunsicherung der Patienten und zu weiteren Vertrauensverlusten in die Funktionsfähigkeit und Sozialverträglichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

## Teil A

### **Vorschläge des Zahntechniker-Handwerks für die Fortentwicklung der GKV**

Versorgungsqualität in fairen Partnerschaften in der Selbstverwaltung sichern

#### **I. Klare Kriterien beim Leistungsrecht – Innovationsbereitschaft fördern**

1. Der Leistungskatalog der Krankenkassen soll schneller als bisher nach dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt weiter entwickelt werden. Nur so kann der technische Fortschritt schnell und umfassend auch den GKV-Versicherten zugute kommen. Bei zahntechnischen Leistungen sind die Zahntechniker umfassend in den Gremien zu beteiligen.

Hierzu unser Formulierungsvorschlag zu § 92 Abs. 1a Satz 6 SGB V

*„Soweit die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 zahntechnische Leistungen betreffen können, hat der VDZI das Recht, eigene Anträge zu stellen. Er ist am Verfahren zu beteiligen. Seine Stellungnahmen sind bei der Entscheidung zu berücksichtigen.“*

2. Die Mehrkosten-Regelung bei Zahnersatz nach § 30 Abs. 3 SGB V muss konsequent als ein echtes Options-Recht des Patienten umgesetzt werden. Solange der Bundesausschuss den medizinischen Nutzen einer Behandlungsform nicht evidenzbasiert widerlegt, muss der Versicherte einen Zuschussanspruch auf Berechnungsbasis der Versorgungsleistungen nach § 30 Abs. 1 SGB V erhalten. Dabei ist Ausgabenneutralität der individuellen Entscheidung des Patienten für eine aufwändigere Versorgungsform und/oder Qualität verbessernde Mehrleistungen gesichert.

Hierzu unser Formulierungsvorschlag zu § 30 Abs. 3a SGB V

*„Abweichend von § 135 Abs. 1 Satz 1 sind zusätzliche, über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehende Leistungen auch solche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen trotz Vorliegens eines entsprechenden Antrags innerhalb angemessener Zeit noch keine Entscheidung getroffen hat.“*

3. Die eigenständigen Leistungs- und Abrechnungsvereinbarungen für Zahnärzte und Zahntechniker müssen im Interesse der Erhaltung einer umfassenden Leistungs- und Kostentransparenz bei Zahnersatz für Versicherte und Krankenkassen erhalten bleiben.

## **II. Faires Wettbewerbsverhalten der Krankenkassen sichern**

1. In der Vertragsbeziehung zwischen Zahnarzt und Labor werden konkret und auftragsbezogen die Leistungen und Qualitäten bestimmt. Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Laboratorien werden daneben als sachwidrig, korruptionsgeneigt und qualitätszerstörend abgelehnt.
2. Das Informationsrecht der Krankenkassen über „preisgünstigen“ Zahnersatz ist auf den Leistungswettbewerb störende Weise als Einzelvertragsrecht missbraucht worden. Es wird daher die Abschaffung des Informationsrechts der Krankenkassen nach § 88 Abs. 2 Satz 3 SGB V gefordert.

Hierzu unser Formulierungsvorschlag zu § 88 Abs. 2 SGB V

*„Satz 3 wird gestrichen“*

3. Das Verhalten der Krankenkassen auf den regionalen Märkten für handwerklich gefertigte Medizinprodukte muss wieder dem allgemeinen Wettbewerbsrecht zugänglich gemacht werden. Hierzu bedarf es eine Neuregelung des § 69 SGB V.

Dies gilt auch für das Informationsverhalten der Krankenkassen. Soll auf das Informationsrecht nicht verzichtet werden, so gilt es, objektive Auswahlkriterien, gleiche Qualitätsbeschreibungen, gleiche Lieferkonditionen und Leistungsumfangsbeschreibungen zu definieren, die als Vergleichskriterien die schlimmsten Auswüchse von Fehlinformationen verhindern können. Diese sollen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und dem VDZI vereinbart werden.

## **III. Faire Vertrags- und Leistungspartnerschaften in der GKV umsetzen**

1. Die Krankenkassen dominieren mit ihrer Informations-, Organisations- und Marktmacht die Vertragspolitik absolut. Sie sind darauf zu verpflichten, bei den Vergütungsverhandlungen auch die betrieblichen Kostenentwicklungen zu beachten.

Nur so ist zwischen den Finanzierungsinteressen der Krankenkassen und der betrieblichen Kostenentwicklung ein fairer Ausgleich möglich und die Leistungsfähigkeit der Berufe zu erhalten. Auch die dringend notwendige Angleichung der Vergütungen der neuen Bundesländer ist anders nicht möglich.

Hierzu unsere Formulierungsvorschläge § 88 Abs. 2, § 71 Abs. 2 Satz 3 SGB V

**§ 88 Abs. 2 a. F. wird ergänzt:**

*„Die Vertragsparteien vereinbaren die Fortschreibung der Höchstpreise unter Berücksichtigung der Betriebskosten.“*

**§ 71 Abs. 2 Satz 3**

Der Gesetzgeber soll hier klarstellen, dass eine **Angleichung der Vergütungen der Leistungserbringer in den neuen Bundesländern wenigstens in kalkulierbaren Stufen** erfolgen muss. Die derzeitige Regelung kann angesichts der völlig veränderten wirtschaftlichen Prognosen für die nächsten Jahre einen Ausgleich an die steigenden Kosten und eine Angleichung der Vergütungen an das Niveau der alten Bundesländer nicht bewirken. Damit trägt die aktuelle Regelung zur Verfestigung der schlechten wirtschaftlichen Situation der Leistungserbringer bei.

2. Es besteht eine Benachteiligung in der Verfügbarkeit der statistischen und finanziellen Berichte der Krankenkassen und der KZV, die als objektive Grundlagen von Vertragsverhandlungen zwingend notwendig sind. Für die Verhandlungen und Schiedsamtverfahren müssen daher auch den Zahntechnikern alle erforderlichen Abrechnungs- und Finanzstatistiken der Krankenkassen und KZV zeitnah verfügbar gemacht werden.

Hierzu unser Formulierungsvorschlag: § 303 Abs. 4 SGB V

*„Den Vertragspartnern nach § 88 Abs. 1 und 2 sind von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Anforderung die notwendigen finanziellen und statistischen Berichte zu übermitteln, die diese zur Erfüllung ihrer Vertragspflichten, insbesondere als Grundlage von Entscheidungen und Bewertungen über Vertragsinhalte benötigen.“*

3. Das Solidarsystem der GKV verlangt von den zahntechnischen Meisterbetrieben die Berücksichtigung sozialpolitischer Regulierungsziele in den Vergütungsverträgen. Diese Beschränkung der wirtschaftlichen Chancen des Handwerks sollten jedoch nur für vertragszahnärztliche Aufträge für GKV-Versicherte gelten. Daher ist die Angabe des Versichertenstatus bei der Auftragsvergabe unverzichtbar.

Hierzu unser Formulierungsvorschlag: § 30 Abs. 3 Satz 5 SGB V

*„Der Zahnarzt hat dem Auftrag an das zahntechnische Labor eine Kopie des Heil- und Kostenplans beizufügen.“*

4. Immer mehr Zahnärzte wälzen finanzielle Schwierigkeiten auf die Auftragnehmer ab. Es soll gesetzlich geregelt werden, dass der Zuschussanteil der Krankenkassen für Material- und Laborkosten und der Anteil des Patienten vom Zahnarzt nicht verpfändet werden darf.

#### **IV. Qualitätssicherung durch Qualifikation – Transparenz und leistungsgerechte Wettbewerbsbedingungen herstellen – Qualitätsrisiken vermeiden**

1. Das Zahntechniker-Handwerk fordert für eine konsequente Qualitätssicherung und für die Herstellung gleicher Wettbewerbsbedingungen auch gleiche Zulassungsvoraussetzungen für alle Anbieter zahntechnischer Leistungen. Die sachlichen und persönlichen Qualifikationsanforderungen aller Anbieter zahntechnischer Leistungen sind zu beschreiben. Der im Wettbewerb stehende selbständige Zahntechnikermeister ist ordnungspolitisch als Garant für eine einwandfreie Herstellung und Lieferung zahntechnischer Medizinprodukte zu verpflichten.

Hierzu unsere Formulierungsvorschläge: § 136 b Abs. 3, § 136 b Abs. 4, § 88 Abs. 1 SGB V

##### **Zu § 136 b Abs. 3**

*„Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der VDZI geben im Benehmen mit der KZBV Empfehlungen ab über die Qualifikation der zahntechnischen Leistungserbringer, die Ausstattung der Betriebsräume sowie die weiteren Anforderungen von Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Erbringung zahntechnischer Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu sichern.“*

**Zu § 136 b Abs. 4**

*„Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der VDZI regeln im Benehmen mit der KZBV Inhalt und Verfahren für die im Rahmen der Erbringung zahntechnischer Leistungen erforderlichen Aufzeichnungen, insbesondere unter Berücksichtigung des Medizinprodukte-Gesetzes.“*

**Zu § 88 Abs. 1**

*„Die Empfehlungen nach § 136 b Abs. 3 und 4 sind Bestandteil dieser Vereinbarung.“*

2. Zur qualitätsorientierten Ausrichtung der Anreizstrukturen sind rechtliche Umgehungsmöglichkeiten der inländischen Transparenz- und Abrechnungsregeln durch Handelsnetze ebenso zu unterbinden, wie die wirtschaftlichen Fehlanreize bei der Beschaffung und Herstellung zahntechnischer Leistungen durch den Zahnarzt. Einen Beitrag hierzu kann die verpflichtende Weitergabe der Konformitätserklärung nach dem MPG an den Patienten leisten.

Hierzu unser Vorschlag: § 30 Abs. 5 SGB V:

*„Dieser hat bei Rechnungslegung eine Durchschrift der Rechnung des herstellenden gewerblichen oder praxiseigenen Labors über die erbrachten zahntechnischen Leistungen und der Konformitätserklärung nach dem Medizinproduktegesetz beizufügen.“*

3. Mit dem Abrechnungsskandal zwischen Zahnärzten und Dentalhandelsfirmen mit Satellitenlabors sind die falschen Anreizstrukturen mehr als deutlich geworden, auf die der VDZI vor allem im Jahr 2000 den Ausschuss des deutschen Bundestages hingewiesen hat. Dies birgt einerseits unkalkulierbare Qualitätsrisiken für die Versorgung. Es werden aber auch die ungleichen Wettbewerbschancen der zahntechnischen Meisterbetriebe im Inland deutlich.

Der VDZI zeigt daher Verständnis für die Einrichtung von Korruptionsbekämpfungsstellen, hätte es jedoch begrüßt, wenn der Regelung

durch klare ordnungspolitische Grundlagen der Vorzug vor bürokratischer Detailregelung gegeben worden wäre.

- Beim Bezug von Zahntechnik aus dem Ausland sollte sicher gestellt werden, dass nur mit eigenem Labor am Markt präsente selbstständige Zahntechnikermeister gegenüber Zahnarzt und Patienten die Verantwortung für die Unbedenklichkeit des Zahnersatzes übernehmen können.
- Händler und ihre angeschlossene Satellitenlabors oder Zahnarztlabors erfüllen diese Voraussetzungen nicht und stehen, sobald Zahnärzte an der Zahntechnik „mitverdienen“ nicht in einem qualitätsorientierten Wettbewerb.
- Das Meisterprinzip bei der Herstellung zahntechnischer Leistungen ist ein bewährtes Instrument des Konsumenten- bzw. hier Patientenschutzes. Die Herstellung zahntechnischer Leistungen ist ein Gefahren geneigtes Handwerk. Die fachlich qualifizierte Überwachung der Herstellungsprozesse ist unverzichtbar.
- Es ist völlig unzureichend, Korruptionsbekämpfungsstellen lediglich bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen anzusiedeln.

Die Innungen sind an der Arbeit der Korruptionsstellen zu beteiligen.

Den Innungen liegen im Rahmen ihrer Aufgaben Marktinformationen und Marktbeobachtungen vor, die erst Hinweise auf dubiose Praktiken und korruptionsgeneigte Strukturen geben können.

### **Alternativ-Vorschlag zur Verbesserung der Finanzierungsgerechtigkeit :**

Aus grundsätzlich systematischen und fachlichen Erwägungen wird eine generelle Selbstbeteiligung über alle zahnärztlichen konservierenden und prothetischen Leistungen vorgeschlagen, die zu mehr Finanzierungsgerechtigkeit über alle Leistungen führt.

Die Erhaltung der Bonusregelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie wurde 1989 eingeführt mit dem Ziel, die Versicherten zu einer stärkeren Eigenvorsorge zur Vermeidung größerer Zahnschäden anzuregen. Es wird dabei angeregt, die Bonusregelung neu zu strukturieren und auf die gesamte Zahnheilkunde zu erweitern.

Modell einer präventionsorientierten Selbstbeteiligung in der Zahnheilkunde, Anlage

## Teil B

### Würdigung der vorgelegten Reformvorschläge für die Zahnersatz-Versorgung

#### I. Festzuschüsse in der Zahnersatzversorgung und Leistungskomplexe

Der Gesetzentwurf sieht die Einführung von therapiebezogenen Festzuschüssen statt der bisherigen proportionalen Zuschüsse in der Zahnersatzversorgung vor. Hierfür sollen nach § 88 SGB V die zahntechnischen Leistungen zu standardisierten Leistungskomplexen zusammengefasst werden.

Die Bildung von Leistungskomplexen und damit Standardisierung von zahnärztlichen Behandlungs- und zahntechnischen Leistungen ist angesichts der Individualität der Einzelanfertigung sachfremd.

- So macht eine Standardisierung eine korrekte Zurechnung der im Einzelfall entstandenen Leistungen und Kosten auf den Patientenfall unmöglich. Hierauf hat allerdings der Patient, der bei Zahnersatz eine hohe Zuzahlung leisten muss, einen besonderen Anspruch.
- Auch erschweren standardisierte Leistungskomplexe denkbare Arbeitsteilungsformen zwischen den Betrieben und dem Zahnarzt bei Teilleistungen und verhindern eine leistungs- und auftragsgerechte Kalkulation.
- Leistungskomplexe bei Zahnersatz führen zu mehr Intransparenz.
- Leistungskomplexe bei Zahnersatz machen ein Einzelleistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen nicht überflüssig. Zahntechnische Leistungen werden nicht nur bei Neuanfertigungen von Zahnersatz, sondern auch bei Reparaturen, bei kieferorthopädischen Versorgungen, bei Defektversorgungen (etwa Unfall- und Krebspatienten) und Schienentherapien notwendig.

Weitere Ausführungen zur Bildung von Leistungskomplexen, Seite 14-18

Der VDZI sieht für ein Festzuschuss-Konzept keine sachliche, fiskalische oder medizinische Begründung.

Die Festzuschüsse betragen nach § 30 regelmäßig 50 %, 60 % oder 65 % der vereinbarten Honorare und Preise der zahntechnischen Leistungskomplexe.

Dies bedeutet aber nicht anderes, als dass von der prinzipiellen Wirkung und Konstruktion her, das System nicht anderes darstellt als ein Proportionaltarif, wie er heute bereits

existiert. Das vorgelegte Festzuschuss-Konzept bringt daher weder für die Krankenkassen noch für die Versicherten einen erkennbaren Nutzen. Im Gegenteil erhöht es den Verwaltungsaufwand auf allen Seiten.

Das Konzept der Geldleistung steht insgesamt im Widerspruch zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der GKV-Patienten und leistet auch keinen substantiellen Beitrag zu ihrer Verbesserung.

Die von Befürwortern häufig genannten Vorteile eines Festzuschuss-Systems sind nach Auffassung des VDZI nicht stichhaltig. Festzuschuss-Systeme leisten keinen Beitrag zu Verbesserung der Transparenz, gewährleisten eine Anwendung des medizinischen und technischen Fortschritts nicht besser. Festzuschüsse sind auch nicht gerechter als das derzeitige System.

#### Kritische Würdigung der „Argumente“ für Festzuschüsse und Ausgrenzungen, Seite 25

Die Bildung der Festzuschüsse auf der Basis der Leistungskomplexe führt zu erheblichem Mehraufwand in der Verwaltung.

Im Fall der Einführung von Festzuschüssen sieht die rechtliche Konstruktion folgende Entwicklung vor:

Die beim proportionalen Zuschuss einfache Formel „50, 60 oder 65 % der Gesamtkosten“ für die Ermittlung der Zuschuss-Höhe wird ersetzt durch eine hohe Zahl von bundesweit verfügbaren Festzuschüssen, da die Festzuschüsse nach folgenden Kriterien differenziert sind:

- nach zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen
- nach der Zahl der Leistungen, für die ein Festzuschuss festgelegt wird
- nach Vertragsbereichen der Länder
- nach dem Labortyp Praxislabor oder inländisches gewerbliches Labor
- nach den drei Bonusstaffelungen

Allein aus diesen Differenzierungen ergeben sich leicht zwischen 2.500 – 3000 Festzuschüsse, die in der Verwaltung der einzelnen Krankenkassen und der Zahnarztpraxen bewältigt werden müssen.

Obwohl der Leistungsanspruch des Versicherten nicht geändert werden soll, entstehen durch Festzuschüsse mit standardisierten Leistungskomplexen für die Zahnersatzversorgung grundsätzliche Probleme.

a. Zahntechnisches Labor trägt die Kostenrisiken

- Je nach Anzahl, Struktur und Differenzierungsgrad der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungskomplexen und damit der Festzuschüsse kommt es im konkreten Fall zu mehr oder weniger deutlichen Abweichung zwischen den tatsächlich entstandenen Kosten im Verhältnis zur Summe der Festzuschüsse, die der Patient erhält. Der proportionale Zuschuss vermeidet solche Ungleichbehandlungen. Soweit die Leistungskomplexe abschließend sind, trägt das zahntechnische Labor das Kostenrisiko bei den Fällen, in denen gegenüber der Standardleistung mehr Leistungen notwendig waren.

b. Verzerrte Bewertungsrelationen zahntechnischer Leistungen werden zementiert

Dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sind die im Verhältnis zum erforderlichen Zeit- und Kostenaufwand ungleichgewichtigen preislichen Bewertungen von herausnehmbaren Zahnersatz und Reparaturleistungen seit 1986 durch eine eigene Studie bekannt. Seinerzeit wurde festgestellt, dass die Höchstpreise im Verhältnis zum kostengewichteten Zeitaufwand bei herausnehmbaren Zahnersatz und Reparaturen extrem unterbewertet sind.

Diese Ungleichgewichte bestehen weitgehend weiterhin. Bisher konnten sich die Primärkassen nicht zu einer zeitaufwandsorientierten Umstrukturierung entschließen, da dies erhebliche Preiserhöhungen bei herausnehmbaren Zahnersatz und Reparaturen bedeutet hätte, die den Versichertenkreis der Primärkassen stärker belastet hätte.

Der VDZI regt daher an, vor der Festlegung der Festzuschüsse eine Neustrukturierung der Bewertungsrelationen bei zahntechnischen Leistungen vorzunehmen.

## II. Die Stärkung der Kassenmacht = Störung der qualitätsorientierten Partnerschaft

Das Zahntechniker-Handwerk bejaht eine umfassende Information und Beratung der Patienten durch Fachleute. Der Gesetzesentwurf bewirkt aber in der Gesamtwirkung der vorgeschlagenen Detailregelungen eine übermächtige Informations-, Organisations- und Marktmacht der einzelnen Krankenkassen und deren Verbände in der Zahnersatzversorgung.

So sieht der Gesetzesentwurf in der Zahnersatzversorgung vor:

1. *„Dem Heil- und Kostenplan sind zwei Kostenangebote für zahntechnische Leistungen beizufügen.“* Entwurf: § 30 Abs. 5
2. *„Im Übrigen hat die Krankenkasse Versicherte, wenn angezeigt, über qualitative und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu beraten.“* Entwurf: § 30 Abs. 5
3. *„Die Krankenkassen haben die Versicherten sowie die Zahnärzte über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten zu informieren.“* Entwurf: § 88 Abs. 3

So plausibel die Vorschläge aus der Sicht der Information und Aufklärung des Versicherten sein mögen: Schon jetzt missbrauchen einzelne Krankenkassen ihre bisherigen Informationsrechte als pures Einzelvertragsrecht, das unter Missachtung jeglicher Rechtsnormen auf eine nicht nachvollziehbare und damit dubiose Weise ausgeübt wird und weder eine sachgerechte Information für den Versicherten noch eine leistungsgerechte Behandlung der Anbieter tatsächlich gewährleistet. Im Gegenteil werden die falschen Anreize für eine Qualitätsverschlechterung zu einem ruinösen Wettbewerb und für eine Erhöhung der Korruptionsgeneigntheit auf allen Seiten verstärkt.

Da aus dem bisherigen Informationsrecht eine Informationspflicht werden soll, ist eine weitere Verschlimmerung der Diskriminierungslage zu befürchten. Die Informationspflicht werden die Krankenkassen nutzen, um noch stärker in die wettbewerblich organisierte Vertragsebene zwischen Zahnarzt und gewerblichem Labor störend einzugreifen. Sie unterminieren damit systematisch die Qualitätsorientierung in den Vertragsbeziehungen zwischen Zahnarzt und gewerblichem Labor, setzen für den Versicherten falsche Markt- und Bewertungssignale auf lokalen Handwerksmärkten, wirken im Markt diskriminierend, ohne dass derzeit das Wettbewerbsrecht zur Verfügung stünde. Vor allem führen die Regelungen, insbesondere die Forderung nach zwei Kostenvoranschlägen, zu weiterem bürokratischen Aufwand bei Zahnarzt, Labor und Krankenkassen.

Weitere Ausführungen zu Kostenvoranschlägen und Informationspflichten: Seite 18

Die inländischen zahntechnischen Handwerksbetriebe haben nach der Absenkung ihrer Preise um 5 % im vergangenen Jahr keine Wirtschaftlichkeitsreserven mehr. Die Preise liegen auf dem Niveau von 1992. Der Gesetzgeber beabsichtigt mit den Regelungen weiteren Preiswettbewerb. Er wird stattdessen einen qualitätsfeindlichen, ruinösen Wettbewerb fördern. Da nach wie vor der Zahnarzt der Kunde ist und daher ihm das Wettbewerbsinteresse des Meisterlabors gehört, droht das Meisterlabor zwischen den Wettbewerbsansprüchen der Zahnärzte und dem Marktdruck der Krankenkassen auf den lokalen medizinisch-technischen Dienstleistungs- und Handwerksmärkten zerrieben zu werden. Dies gilt es im Interesse qualitätsorientierter Versorgungsstrukturen zu verhindern.

Für das Informations- und Beratungsverhalten leiten sich zwei zentrale Forderungen ab, wenn auf das Informationsrecht nicht verzichtet werden soll:

- Das Informationsverhalten der Krankenkassen muss in Form und Inhalt fachlichen und sachlichen Maßstäben genügen, sich auf objektive Kriterien stützen.
  - Das Informations- und Vertragsverhalten der Krankenkassen ist dem allgemeinen Wettbewerbsrecht zu unterwerfen.
4. *„In den Kostenangeboten sind Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen.“* Entwurf: § 30 Abs. 5

Dies wird vom Zahntechniker-Handwerk in Deutschland begrüßt. Auf diese Weise wird die Transparenz des Leistungsgeschehens gestärkt. Die Regelung ist ein kleiner Beitrag zur Reduzierung der offenkundigen Qualitätsrisiken und der Betrugstatbestände.

### **III. § 30 Absatz 1 SGB V: Bildung von zahntechnischen Leistungskomplexen**

Der Gesetzesentwurf sieht für die Zahnersatzversorgung die Bildung von Leistungskomplexen vor. Für diese Leistungskomplexe sollen auf Ebene der Länder Höchstpreise vereinbart und hieraus Festzuschüsse für den Versicherten abgeleitet werden.

Der VDZI lehnt diese Form der Leistungskomplexe ab. Hierfür gibt es ordnungspolitische und sachliche Gründe. Der VDZI ist dabei selbstverständlich bereit, gemeinsam in den bestehenden Vertragsbeziehungen mit den Krankenkassen die einzelnen

zahntechnischen Leistungen auf ihre strikte technische Komplementarität zu prüfen und, wenn dies möglich ist, in einem Leistungsansatz zusammenzufassen.

## 1. Ordnungspolitische Gründe der Ablehnung

Eine solche Vorschrift schwächt weiter die Selbstverwaltung und ignoriert ihre Sachkompetenz und Verantwortung. Die Vertragsebene, auf der faire und sachgerechte Lösungen unter Nutzung des beiderseitigen Sachverstandes gefunden werden sollen, wird weiter geschwächt.

- Schon in den derzeitigen Vertragsbeziehungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem VDZI konnte und kann jede Vertragsseite eine neue Systematik des Leistungsverzeichnisses vorschlagen und verhandeln, wenn ihr dies sinnvoll erscheint. Dem kann sich keine Seite entziehen.
- Das aktuelle Leistungsverzeichnis enthält neben inhaltlichen Erläuterungen auch Abrechnungshinweise. Wenn und soweit hier Änderungsbedarf seitens der Krankenkassen besteht, ist dies auf der Ebene der Selbstverwaltung jederzeit verhandelbar.
- Hierfür steht vor allem der für das BEL II von den Vertragsparteien freiwillig gebildete Gemeinsame Ausschuss zum BEL II bereit, in dem gemäß den Verträgen alle Fragen zum BEL II geklärt werden sollen.

Bisher wurde eine neue Leistungssystematik von den Krankenkassen nicht in die Vertragsbeziehungen eingebracht.

## 2. Sachliche Gründe

Der Vorschlag Leistungskomplexe zu bilden wird den realen Gegebenheiten in der patientenindividuellen bedarfsgerechten Zahnersatzversorgung, den Arbeitsteilungsvarianten zwischen gewerblichem zahntechnischem Labor und Zahnarzt und den Herstellungsprozessen im gewerblichen zahntechnischen Labor nicht gerecht.

Das derzeitige, mit den Krankenkassen vereinbarte, Leistungsverzeichnis der zahn-technischen Leistungen erfüllt die folgenden Voraussetzungen:

Das Prinzip einer bedarfsgerechten Versorgung einer Krankheit erfordert, dass der Versicherte Anspruch hat auf alle zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die

aufgrund des individuellen Befundes zur Heilung notwendig sind. Eine auf den individuellen Befund abgestimmte Therapie erfordert daher die sinnhafte und bedarfsorientierte Kombination von einzelnen zahnärztlichen Behandlungsleistungen und zahntechnischen Leistungen für den Patienten.

Das zwischen den Krankenkassen und dem VDZI vereinbarte zahntechnische Leistungsverzeichnis weist daher eine bestimmte Gliederung auf, die dem Charakter der Einzelanfertigung für den jeweiligen Patienten, den besonderen Anforderungen an die Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechniker und den Herstellungsprozessen im Labor genügen.

Die Gliederung der Leistungspositionen gemäß den Herstellungs-, d. h. Leistungsprozessen, erfüllt die Anforderungen:

- a) Es wird damit eine möglichst eindeutige Zurechnung der notwendigen Leistungen und der hierfür entstehenden Kosten durch die jeweiligen Abrechnungspositionen auf den zuzahlenden Patienten möglich.

Der Versicherte, der gerade bei Zahnersatz eine hohe Zuzahlung zu leisten hat, hat wie in keinem Bereich einen Anspruch darauf, nur mit den individuellen Kosten belastet zu werden.

Eine Standardisierung durch Leistungskomplexe verhindert dagegen eine gerechte Kostenzurechnung im Einzelfall.

- b) Die Entscheidung und Realisierung einer zwischenbetrieblichen Arbeitsteilung ist komplikationslos möglich.

Es gibt in zunehmendem Maße zwischen gewerblichen zahntechnischen Laboren innerbetriebliche Arbeitsteilungsformen zur Erhöhung der Produktivität. Daneben gibt es aber auch, abgeleitet von den zahnärztlichen Therapie- und Praxiskonzepten der Zahnärzte, sehr unterschiedliche Arbeitsteilungsformen bei zahntechnischen Leistungen. Zur Optimierung der Planung und der Arbeitsmaterialien kann es in Absprache durchaus sinnvoll sein, wenn bestimmte auftragsbezogene zahntechnische Teilleistungen vom Zahnarzt in der Praxis erledigt werden (etwa qualitätssichernde Arbeitsvorbereitungen).

Leistungskomplexe setzen hier die falschen Anreize, weil sie eine an der realen Arbeitsteilung orientierte einfache und transparente Leistungsabrechnung zwischen den Beteiligten erschweren.

Sie erhöhen dabei das Konfliktpotenzial zwischen Zahnarzt und gewerblichem Labor, weil diese sich über die teilleistungsgerechte Aufteilung der Vergütung für einen Leistungskomplex neben der offiziellen Abrechnung einigen müssen. Angesichts der ökonomischen Abhängigkeit des Auftragsnehmers vom Auftraggeber wird dies mehrheitlich zum Nachteil des gewerblichen Labors entschieden werden.

- c) Die gesetzlichen Anforderungen an Leistungsklarheit und Leistungswahrheit in der internen und externen Leistungsdokumentation kann erfüllt werden. Interne Dokumentation (Produktionsprozesse, Materialien) und externe Dokumentation (Auftragsbelege/Rechnungen) sollen möglichst auf einer gleichen Systematik basieren. Hier ist vor allem die lückenlose und transparente Dokumentation nach dem Medizinproduktegesetz zu nennen.

Leistungskomplexe, die lediglich aus der Perspektive der Abrechnungstechnik und der Festzuschuss-Bildung gebildet werden, können diese Anforderungen an ein Leistungsverzeichnis nicht erfüllen. Sie schaffen vielmehr sachliche Intransparenz und die interne und die externe Dokumentation weichen voneinander ab.

#### **IV. Zahntechniker tragen die Kostenrisiken bei Leistungskomplexen**

Bei der Vereinbarung über zahntechnische Leistungskomplexe handelt es sich um **abrechnungsfähige** Leistungskomplexe.

Weichen die notwendigen zahntechnischen Leistungen im Einzelfall von den im Standard eingerechneten Leistungsumfang ab, so trägt nach dem Entwurf des Gesetzes das gewerbliche Meisterlabor das finanzielle Risiko. Er soll Leistungen erbringen, denen keine Erlöse gegenüberstehen. Dies ist dem Labor nicht zuzumuten. Damit sind falsche anreize gesetzt, die über den Standard hinausgehenden Mehrleistungen entweder nicht oder nur mit geringerer Ausführungsqualität zu erbringen. Die Qualität ist bei einer solchen Regelung gefährdet.

Wenn der Gesetzgeber auf Standardisierungen zur Festlegung von Festzuschüssen nicht verzichten will, so muss er dem Labor die Möglichkeit geben, zusätzlich notwendige Leistungen zu berechnen.

## **V. Kostenvoranschläge und Informationspflichten schaffen mehr Bürokratie statt Transparenz**

Im Entwurf ist vorgesehen im § 30 Abs. 4 folgende Sätze einzufügen:

„Dem Heil- und Kostenplan sind zwei Kostenangebote für abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen beizufügen“

Es handelt sich hier um gänzlich unpraktikable Vorschläge, die die realen Voraussetzungen des täglichen Miteinanders von Zahnarzt und gewerblichem Labor zur Sicherung von Qualität und Effizienz der Versorgung ignorieren. Sie sind abzulehnen.

Dies aus folgenden Gründen:

Zahntechnik ist keine industrielle Massenfertigung sondern eine individuelle Einzelfertigung. Behandlungsleistungen und zahntechnische Leistungen werden in enger Abstimmung und Anpassung der jeweiligen komplementären Leistungsprozesse erbracht. Je nach Zahnarzt und Labor gibt es unterschiedliche Arbeitsteilungsformen, Qualitätsanforderungen, Zusammenarbeitsmodelle zwischen Praxis und Labor, unterschiedliche Informations- und Beratungsleistungen und sonstige fachliche und technische Serviceleistungen. Das Labor liefert aus der Sicht des Zahnarztes kein normierbares Werkstück, sondern das Angebot des Labors besteht aus dem vorgenannten, komplexen und auf die Anforderungen und Bedürfnisse des Nachfragers Zahnarzt abgestimmten Leistungsbündel. Die Erwartung einer Vergleichbarkeit der Angebote durch Nennung von BEL-Abrechnungspositionen, die einer solchen Regelung offensichtlich innewohnt, ignoriert diesen Sachverhalt völlig. Die Preisvergleiche vergleichen damit Ungleiches, und setzen somit für die Marktteilnehmer, insbesondere für die Patienten, riskante weil qualitätsreduzierende Signale.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist ein solches Verfahren auszuschließen, weil kein Zahntechnikermeister lediglich auf Anfrage – also ohne den Prothesenschaden oder

einen Abdruck gesehen zu haben – den tatsächlichen Zeit- und Materialaufwand realistisch kalkulieren kann.

Der Zahnarzt wird mit der Vorschrift nun gezwungen, mit Laboratorien bei echten Versorgungsfällen ohne die sonst übliche Abstimmung der Arbeitsmaterialien und Arbeitsschritte zu „experimentieren“ und damit ohne Not Risiken einzugehen. Die Qualitätsrisiken steigen, Schein-Angebote nehmen zu.

Der Patient kann die Beschaffenheit des Werkstückes nicht beurteilen. Er kann demnach auch die Preiswürdigkeit der Angebote nicht beurteilen. Der Patient kann nicht rational entscheiden, der Beratungsaufwand in der Praxis wird höher. Der Nutzen einer solchen Regelung ist damit nicht gegeben.

Üben die Krankenkassen direkt und indirekt auf beide Druck aus, so wird die Vertrauensbeziehung zwischen Zahnarzt und Patienten erheblich beeinträchtigt. Der Zahnarzt erkennt aus dem Handeln der Krankenkassen, dass nicht Qualität, sondern nur der Preis im Vordergrund steht und wird sich entsprechend verhalten. Die falschen Anreize zur Qualitätsverschlechterung werden auf diese Weise gesetzt.

Die Vorschrift zwingt den Zahnarzt zur Zusammenarbeit mit mindestens zwei Laboratorien oder dazu, Scheinangebote abzugeben. Ein gigantischer Verwaltungsaufwand entsteht. Selbst wenn man bei Reparaturleistungen auf Kostenvoranschläge verzichtet, entstehen für rund 6-7 Millionen Fälle unvermeidbare Auftragsabwicklungskosten. Die bei Krankenkassen, zahntechnischen Laboratorien und Zahnarztpraxen entstehenden Kosten sind sicher höher als die möglichen Einsparungen eines solchen Vorschlages in einem Bereich mit 1,3 % Ausgabenanteil.

Es besteht die Gefahr der schleichenden Verdrängung der besten Anbieter vom Markt. Zwingt der Patient den Zahnarzt zur Bestellung beim Billiglabor, ohne dass dieser von der Qualität überzeugt ist, werden jene Laboratorien befördert, die wegen mangelnder Qualität bisher nicht erfolgreich gegenüber dem Kundenkreis Zahnärzte waren. Vor allem in der aktuellen Wirtschaftskrise der Laboratorien ist dies zu erwarten. Die Regelung befördert die Schlechten im Markt und sie befördert weiter die grauen Märkte von Handelsgesellschaften und Zahnärzten.

Es ergeben sich aber auch zunehmend rechtliche Probleme. Die den Heil- und Kostenplan prüfende Krankenkasse ist nicht berechtigt zu entscheiden, welches der

beiden Angebote zum Zuge kommt. Entscheiden kann nur der Zahnarzt, der in der Verantwortung steht.

Die Begründung des Entwurfes erkennt in der neuen Regelung die Möglichkeit für den Versicherten, „bei der Preisgestaltung des Zahnersatzes mitzuwirken“. Wenn aber ein anderer, nämlich der Patient, durch die Regelung zum mittelbaren Entscheider befördert werden soll – dass er auf den Zahnarzt Druck ausüben soll, dieser möge das billigere Produkt einkaufen („sonst lasse ich mich von Ihnen nicht behandeln, Herr Doktor“) – dann muss der Zahnarzt fairer Weise von der Gewährleistung und Gesamtverantwortung freigestellt werden. Denn dann handelt er beim Einkauf der zahntechnischen Medizinprodukte nur noch als Werkzeug des Patienten. In diesem Fall muss der Zahnarzt also mit der praktischen Abschaffung seiner Therapiewahlfreiheit und Gesamtverantwortung für den medizinischen Erfolg einverstanden sein. Er kann dann nicht mehr seine Behandlungsprozesse so gestalten, wie er es für seine Therapieziele und seine Qualitätsziele für notwendig erachtet.

Im Dreieck unterschiedlicher Information und Beratung zwischen Krankenkassen, Zahnarzt und Patient werden damit die Entscheidungsfreiheit des Zahnarztes bei der Wahl des Labors ausgehöhlt und die Leistungsbeziehungen gestört, obwohl sie grundlegend für die alltägliche Qualitätssicherung vor Ort sind.

Die Regelung setzt außerdem Krankenkassen und Patienten ohne Not wirtschaftlichen Fehlanreize aus. Der Gesetzgeber erhöht zudem die Korruptionsanreize in den bisher weitgehend qualitätsorientierten Leistungsbeziehungen zwischen Zahnarzt und Labor.

Will man die Therapiewahlfreiheit des Zahnarztes richtigerweise nicht einschränken, dann muss man ihm auch weiterhin zubilligen, dass er die zahntechnischen Medizinprodukte nach wie vor bei dem Dentallabor seines Vertrauens einkauft, das ihn von seiner Gesamtleistung im intensiven Qualitäts- und Servicewettbewerb überzeugt hat, auch wenn es mit ihm für die Gesamtleistungen den inländischen Höchstpreis vereinbart hat.

## VI. § 30 Abs. 5 Satz 9 – Begutachtungszwang bei „Härtefällen“

Der Entwurf sieht neben der bisher schon geltenden Generalvorschrift, dass aufwendige Versorgungsvorgänge vor der Genehmigung durch die Krankenkasse begutachtet werden sollen, vor:

*„In den Fällen des § 61 Abs. 1 Nr.2 sind diese Versorgungsvorgänge vor der Genehmigung zu begutachten“*

Damit wird für den Versichertenkreis mit vollständiger Befreiung nach § 61 Abs. 1 SGB V eine Sonderregelung zur Begutachtung vor der Genehmigung des Heil- und Kostenplanes zwingend vorgeschrieben.

Die Regelung erfasst damit einen Entscheidungsbereich, der mehr als eine Million Versorgungsfälle in der Zahnersatzversorgung betrifft.

Der VDZI meldet gegen diese Regelung grundsätzliche Bedenken an.

- Sie ist verwaltungsaufwändig und damit bürokratisch. Das Ziel kann mit den derzeitigen Regelungen ohne Diskriminierung erreicht werden. Der vermeintliche Nutzen steht in keinem Verhältnis zu den entstehenden Verwaltungskosten in der Praxis und bei den Krankenkassen.
- Sie setzt falsche Anreize für das Therapieverhalten des Zahnarztes und eine unsachgemäße vorurteilsbehaftete Genehmigungspraxis. Zur Vermeidung der Antrags- und Zeitkosten wird der Zahnarzt in Zukunft antragsfreie Versorgungsalternativen vorschlagen und wählen, auch dann, wenn er aus medizinischen und langfristigen Wirtschaftlichkeitsgründen eine aufwändigere Versorgung bevorzugt hätte. Fehlversorgung und Ungleichbehandlungen sind die Folge.

1. Die derzeitige Begutachtungs- und Genehmigungspraxis reicht aus

Das gesamte Regelungswerk stellt nach unserer Auffassung schon jetzt sicher, dass eine ausreichende, zweckmäßige und notwendige und dem individuellen medizinischen Bedarf entsprechende Versorgung gegenüber jedem Versicherten unabhängig von seiner aktuellen sozialen Position gewährleistet ist.

Einer besonderen Regelung für Versicherte mit vollständiger Befreiung (§ 61 Abs. 1) bedarf es nicht. Sie hat einen zwischen den Versichertengruppen diskriminierenden Charakter. Zudem lassen sich keine signifikanten Überschreitungen des notwendigen Maßes feststellen.

Es gibt kaum einen Leistungsbereich, in dem mehr Transparenz vor und nach der Behandlung gegenüber den Beteiligten gegeben ist:

- Vor der Behandlung erfolgt eine Genehmigung des Heil- und Kostenplanes durch die Krankenkasse.
- Seit 01.01.2000 besteht in § 30 Abs. 4 SGB V die generelle Vorschrift, wonach aufwändige Versorgung vor der Genehmigung begutachtet werden sollen.
- Nach § 136 b SGB V bestimmt der Bundesausschuss Richtlinien nach § 92 SGB V über „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität aufwendiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen“

In der Begründung der neuen Vorschrift wird nun hilfsweise aufgeführt, wann eine aufwändige Versorgung vorliegt:

„Zu aufwändigen Versorgung gehören beispielsweise Leistungen, die nach Art (z. B. Kombinationsversorgung) oder Umfang (z. B. mehr als vier Kronen je Kiefer) kostenintensiv sind. Darüber hinaus können auch Versorgung aufgrund der klinischen Gegebenheiten im Einzelfall (Fehlversorgung aufgrund der Nichtberücksichtigung des Parodontalzustandes) aufwändig sein.“

2. Die Sonderregelung für Versicherte mit vollständiger Befreiung ist eine nicht akzeptable Diskriminierung

Die soziale Krankenversicherung unterscheidet in ihrem Ziel und Auftrag einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung nicht danach, welche aktuelle soziale und wirtschaftliche Status der einzelne Versicherte in der Gesellschaft gerade einnimmt.

Daher kann der aktuelle Sozialstatus (der sich ja bei „Härtefällen“ erwünschtermaßen schon bald wieder ändern kann) eines Versicherten keine Ungleich- oder Sonderbehandlung in der Verordnungs-, Begutachtungs- und Genehmigungspraxis rechtfertigen.

Einer solchen Regelung liegt das Vorurteil zugrunde, dass für diesen Versichertenkreis Zahnärzte überproportional und medizinisch unbegründet aufwändigere Versorgungsleistungen beantragen und dieser Versichertenkreis überproportional und medizinisch unbegründet aufwändigere Versorgung in Anspruch nimmt.

Ungeachtet der Frage, ob dieses Urteil tatsächlich richtig ist, ist die Vermeidung der „Überschreitung des Notwendigen“ eine Aufgabe, die gegenüber jedem Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gilt. Diese Aufgabe kann schon derzeit durch die bereits bestehende Generalvorschrift nach § 30 Abs. 4 SGB V erfüllt werden.

Eine Sonderregelung provoziert die begründete Gefahr, dass die ressentimentsgeladene Beantragungs-, Genehmigungs- und Begutachtungspraxis von Zahnarzt und Krankenkassen bei diesem Versichertenkreis zu einem niedrigeren Versorgungsniveau in gleichen medizinischen Fällen führt. Damit würde eine sozialpolitische, medizinische und sozialrechtliche Ungleichbehandlung einzelner Versichertenkreise geschaffen.

Die Begutachtung von Härtefällen führt zudem zu erheblichen Bürokratiekosten in der Zahnarztpraxis und der Verwaltung sowie zu Verzögerungen in der Therapie. Der Zahnarzt könnte daher geneigt sein, das aufwändige Begutachtungsverfahren zu vermeiden, indem er von Anfang an nur einfache Versorgungsformen vorschlägt, obwohl der medizinische Befund eine aufwändigere Versorgungsform als sinnvoll und wirtschaftlich nahe legen würde.

3. Trotz aller Behauptungen liegen keine signifikanten Daten vor, die das Vor-Urteil einer nicht bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten mit vollständiger Befreiung bestätigen.

Bevor ein ganzer Versichertenkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer „Sonderbehandlung“ per Gesetz unter dem Generalverdacht einer übermäßigen Inanspruchnahme gestellt wird, sollte man zunächst einmal von der Selbstverwaltung einfordern, § 136 b SGB V umzusetzen, der den Bundesausschuss beauftragt, in Richtlinien nach § 92 SGB V über „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität aufwendiger diagnostischer und therapeutischer Leistungen“ zu bestimmen.

Darüber hinaus wäre das Vor-Urteil einer übermäßigen Inanspruchnahme selbst mit gesichertem Datenmaterial zu prüfen.

Dem VDZI liegt eine auf KZBV und GKV-Daten basierende Tabelle aus dem Jahre 1997 vor, die den Anteil der so genannten Härtefälle an den gesamten Versorgungsfällen nach Leistungsarten aufzeigt. Danach zeigen sich in der Versorgungsstruktur keine signifikanten Hinweise, dass einzelne mit diesen Leistungsarten herstellbare aufwändige Versorgungsformen bei Härtefällen ohne medizinische Begründung überproportional verordnet oder in Anspruch genommen würden. Das politisch gern angeführte Argument der „Luxusversorgung“ von Härtefällen für eine Sonderbehandlung ist in dieser Form falsch oder bisher nicht nachvollziehbar belegt.

<b>Leistungsart</b>	<b>Härtefälle in % der Fälle</b>
Kronen / Brückenanker	19,0
Verblendungen für Kronen und Brückenanker	19,3
Brückenglieder zum Ersatz fehlender Zähne	21,0
Interimsprouthesen	17,3
Modellgussprothesen	21,0
Verbindungselemente für Kombinationsversorgungen	19,8
Totalprothesen	22,7

Die Beobachtung von Einzelfällen in der alltäglichen Praxis ist in keinem Lebensbereich ausgeschlossen. Dies stellt aber nach Auffassung des VDZI keinen Grund für einen Generalverdacht in Form einer Sonderregelung dar. Die konsequente Umsetzung der für alle Versicherten geltenden Regelungen und Vorschriften ist für eine bedarfsgerechte Versorgung ausreichend.

## Teil C

### **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)

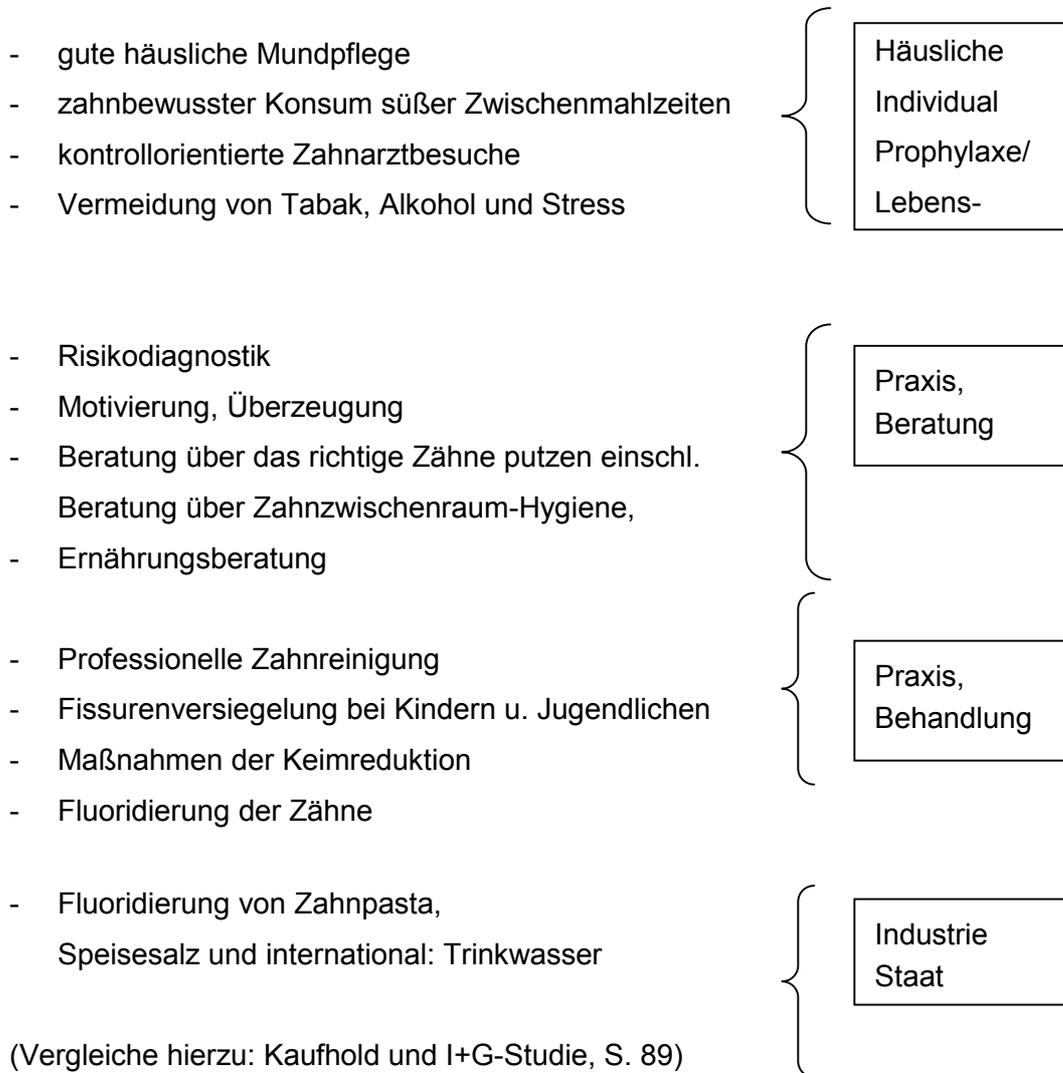
Insgesamt zeigt sich:

„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.

Prophylaxe - Anlage zur Behauptung 1:

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



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)

**Behauptung 2: 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 realistischere 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 Versorgungsleistungen 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 Euro. Kann durch eine Verbesserung der Zahngesundheit ein Zahn erhalten werden, wird eine 13-zählige Prothese erforderlich. Diese ist technisch deutlich aufwändiger und kostet etwa 1.270,00 Euro. 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 Euro gegenüber 456,41 Euro Materialkosten. Die Anteilsstruktur ist hier 53 % zu 47 % zugunsten des Honoraranteiles. Führt eine verbesserte Zahngesundheit nur zu einer Verringerung der Totalprothesen zugunsten einer 13-zähligen 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“

AnlagePräventionsorientierte Selbstbeteiligung mit BonussystemEin 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 wissenschaftlicher 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   | <u>Seite 2</u> |
| II. Beschreibung des Modells  | <u>Seite 4</u> |
| III. Praktische Argumente für das Modell einer präventionsorientierten Selbstbeteiligung und warum eine reine Ausgrenzung der Zahnersatzversorgung medizinisch nicht begründet und wirtschaftlich ineffizient ist | <u>Seite 9</u> |

Anlage: Ausgaben der Zahnärztlichen Versorgung in der GKV

April 2003

## 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 ein 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 Organisationsform 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 EURO. 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 Versicherte einen mit dem Bonussystem verbundenen Zuschuss. Dieser könnte für einen noch stärkeren Anreiz als bisher über alle zahnmedizinischen Leistungen einschl. Zahnersatz bei 30 % starten und bis zu 70 % in Abhängigkeit von den nachgewiesenen Vorsorgeleistungen steigen. Hält sich ein Versicherter an diese eigenverantwortlichen Vorsorgeleistungen, erwirbt er damit einen berechtigt hohen Anspruch, weil er alles getan hat, um individuell verursachte Schäden zu vermeiden.
- Alternativ kann auch auf den Selbstbehalt verzichtet werden und für alle Leistungen eine generelle prozentuale Eigenbeteiligung eingeführt werden.
- Für die Planungssicherheit der Krankenkassen und zur Preissicherheit der Patienten kann es bei den derzeitigen kollektivvertraglichen Rahmenvereinbarungen zur Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit und Abrechnungstransparenz bleiben.

### Grundlegende Vorteile:

- Voraussichtlich 80 % aller Abrechnungsfälle in der Zahnmedizin könnten auf diese Weise entbürokratisiert werden !
- Das Budget für die allgemeinen und konservierenden Versorgungsleistungen ist vollständig entbehrlich.
- Der Zahnarzt hat nun einen hohen Anreiz, den Patienten zu einem regelmäßigen Vorsorgebesuch zu motivieren, ohne Angst der Budgetüberschreitung. Das Ziel, dass alle Versicherten mindestens einmal im Jahr zur Vorsorgeuntersuchung gehen könnte ohne Ausgabenbelastung erreicht werden. Die Anreize sind richtig gesetzt.
- Das für Patient und Krankenkasse undurchsichtige Wirrwarr, der sich teilweise überschneidenden Abrechnung von fünf unterschiedlichen Formular- und Abrechnungssystemen in den zahnmedizinischen Leistungsbereichen könnte zugunsten eines transparenten einheitlichen Systems überwunden werden!
- Der Patient erhält, wie es die Politik wünscht, auch in diesem Bereich eine hohe Leistungs- und Kostentransparenz mit der Übergabe der Rechnung. Rechnungsklarheit und Rechnungswahrheit werden gesichert.
- Mit dem Modell ist eine sofortige finanzielle Entlastung über das gesamte Leistungsspektrum in Höhe Milliarden EURO möglich, ohne den einzelnen Versicherten unkalkulierbar und unvorhersehbar zu belasten.

### Weitere systematische Vorteile:

Das Modell der präventionsorientierten Selbstbeteiligung mit Bonusregelung im System der GKV über die gesamten zahnmedizinische Versorgung führt dazu,

- dass die Einheit des Krankheitsbegriffes, die Einheit der Zahnmedizin und die Einheit der notwendigen bedarfsgerechten Therapieprozesse auch in der GKV gewahrt bleiben,
- dass die Bevölkerung weiterhin Vertrauensschutz in die seit 1989 eingeführte Bonusregelung bei Zahnersatz behalten kann,
- dass man der wissenschaftlichen Prognose eines konstanten Bedarfs für Zahnersatz für die derzeitige Bevölkerung bis zum Jahr 2020 gerecht wird,
- dass nicht länger der Desinformation gefolgt wird, Zahnlosigkeit sei nur durch individuelles Fehlverhalten bedingt und daher eigenverantwortlich vermeidbar,
- dass die gesetzlichen Krankenkassen finanziell unmittelbar entlastet werden,
- dass die Leistungs- und Kostentransparenz in der gesamten Zahnheilkunde gefördert wird
- dass die Prävention in der Zahnmedizin ureigene Sache des Versicherten wird
- dass mit der präventionsorientierten Eigenverantwortung da begonnen wird, wo sie mittelfristig zugewiesen werden muss: bei der Vorsorge und Schadensvermeidung in kleineren Fällen mit dem klaren Signal, dass in der Zahnmedizin die Vorsorge zum Zahnerhalt und zur Zahngesundheit der allgemeinen Lebensführung in einer aufgeklärten Wissensgesellschaft zugeführt wird.

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 ausgliedern 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.

Es ist für die zukünftige notwendige Einführung von mehr Selbstbeteiligung und Bonussystemen in allen Medizinbereichen weder medizinisch noch gesundheitspolitisch-strategisch denkbar, mit einer Ausgliederung von Zahnersatz dieses Vertrauen der Bevölkerung in eine funktionsfähige Bonusregelung schon zu Beginn vollständig zu zerstören. Weitere Bonusregelungen wären gänzlich unglaubwürdig.

Dies macht deutlich, dass eine Ausgrenzung nur der Zahnersatzversorgung in jeder Hinsicht falsch ist und lediglich einen politisch tradierten und auf falschen Argumenten beruhenden Vorschlag darstellt.

Eine Ausgrenzung der Zahnersatzversorgung kann nicht zeitnah und mit merklichen Beitragentlastungen erfolgen.

Dabei steht eine erhebliche Ausweitung der konservierend-chirurgischen Leistungen unter dem Stichwort Prävention ins Haus, obwohl dieser Leistungsbereich schon in den letzten zehn Jahren drastisch angestiegen ist.

Die Zahl der Abrechnungsfälle im Bereich des allgemeinen und konservierenden Leistungsspektrums in der Zahnmedizin ist von 1990 bis 2001 von 54,1 Mill. Fällen auf 74,5 Mill. Fälle in den alten Bundesländern gestiegen. Die Leistungsmenge je Mitglied für diesen Leistungsbereich ist im gleichen Zeitraum um 26 % gestiegen. Präventionsausgaben werden zukünftig das originäre Finanzierungsproblem in der GKV darstellen, zumal wenn erreicht werden soll, dass die Versicherten mindestens zwei Mal im Jahr zu Vorsorgeuntersuchungen kommen. Derzeit gehen trotz Bonusregelung nur rund 70 % wenigstens ein Mal im Jahr zum Zahnarzt.

Auf diese Fakten weisen auch immer mehr Stimmen aus den Kreisen zahnärztlicher Fachleute hin. So etwa forderte jüngst das KZBV-Vorstandsmitglied Ralf Wagner eine Finanzierung der erforderlichen Leistungen mit Selbstbeteiligung, weil es allein in der Parodontose-Behandlung, statt der derzeit rund 750.000 Parodontose-Fälle, ein Behandlungsbedarf für 10 Mio. Patienten gäbe. Dieser erhebliche Behandlungsbedarf besteht allerdings wegen des komplexen Krankheitsbildes meist ein Leben lang mit den entsprechenden Kosten!

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.

### **III. Praktische Argumente für das Modell einer präventionsorientierten Selbstbeteiligung und warum eine Ausgrenzung der Zahnersatzversorgung medizinisch nicht begründet und wirtschaftlich ineffizient ist**

#### I. Ausgangsbedingung am Runden Tisch „Zahnmedizinische Versorgung“ im Jahr 2002 war:

##### Versorgungsziel in der 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 Versorgung. 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.

6. Einsparungen durch Ausweitung kostenloser Zahnerhaltungsmaßnahmen wenn überhaupt erst nach Jahrzehnten

Das Konzept einer präventionsorientierten Zahnheilkunde wird gesundheitspolitisch mit der Illusion verbunden, man könne damit Zahnersatz gänzlich vermeiden.

Dies ist eine falsche Behauptung, die den wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht standhalten und den Patienten pauschal beleidigt. Es gibt eine Vielzahl von schichtenspezifischen, genetischen sowie alters- und krankheitsbedingten Ursachen für Zahnverluste, die nichts mit einem individuellen und vermeidbaren Fehlverhalten des Einzelnen zu tun haben. Beispiel: Magersucht. Auch gibt es keine Anhaltspunkte, dass eine stärker präventionsorientierte Zahnmedizin insgesamt kostengünstiger ist.

Ebenso ist es falsch anzunehmen, durch die Ausgrenzung von „vermeidbarem Zahnersatz“ könne kurz- und mittelfristig eine Ausweitung der Prävention finanziert werden.

Dies ist nach den wissenschaftlichen Prognosen nicht der Fall. Die Gesamtanzahl der Zahnverluste wird selbst bei günstigster Prognose für die nächsten 20 bis 30 Jahre nur geringfügig sinken. Da der Versorgungsbedarf bleibt, führt eine Ausgrenzung von Zahnersatz unmittelbar zu einer höheren Belastung des Einzelnen mit höheren privaten Zuzahlungen und Versicherungsbeiträgen. Eine schnelle Ausgrenzung kann aber nach den oben gemachten Ausführungen nicht erfolgen und damit finanzielle Mittel für Beitragssenkungen einsparen.

Eine Ausweitung der zahnerhaltenden, „präventionsorientierten“ kostenfreien Leistungen führt demgegenüber zu einem neuen unkalkulierbaren Finanzbedarf. Dies machen folgende Zahlen deutlich:

- Die Zahl der Abrechnungsfälle im Bereich des allgemeinen und konservierenden Leistungsspektrums in der Zahnmedizin ist von 1990 bis 2001 von 54,1 Mio. Fällen auf 74,5 Mio. Fälle in den alten Bundesländern gestiegen.
- Die Leistungsmenge je Mitglied für diesen Leistungsbereich ist im gleichen Zeitraum um 26 % gestiegen.
- Die Ausgaben für allgemeine und konservierende Leistungen sind von 1990-2001 von 3,9 Mrd. EURO (7,6 Mrd. DM) auf immerhin 6,7 Mrd. EURO (13,1 Mrd. DM) angestiegen.
- Derzeit ist der Bundesausschuss und der erweiternde Bewertungsausschuss dabei die zahnerhaltenden Leistungen auszuweiten und aufzuwerten. Ein weiterer deutlicher Anstieg der Ausgaben in diesem Bereich ist vorprogrammiert.

Der Erhalt von mehr Restzähnen führt auch zu mehr behandelbaren Zähnen. Präventionsleistungen werden daher zu höheren Gesamtkosten führen, zumal beim Zahnersatz nach wissenschaftliche Studien der Bedarf bis 2020 annähernd konstant sein wird.

### **Fazit:**

Die Ausgaben für Zahnersatz betragen gerade noch 2,5 % der Ausgaben, davon 1,3 % für zahntechnische Leistungen. Die vorgenannten Überlegungen zeigen, dass Zahnersatz sicher nicht vollständig und wenn nur über eine lange Frist aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert werden könnte. Die systematischen Brüche (Krankheitsbegriff, Füllungstherapie versus Einzelkrone, Härtefall- und Sozialhilfe-problematik) sind enorm. Die Gefahr eines deutlich höheren Verwaltungsaufwandes bei gleichzeitig immer ungerechter, weil ungleicher Behandlung der Versicherten ist gegeben. Kurzfristig lässt sich auch kein Einsparziel mit einer Ausgrenzung von Zahnersatz realisieren. Die derzeitige Bevölkerung, die auf die Bonusregelung vertraut hat, wird ungerecht behandelt. Dies alles ist vermeidbar.

Die Zukunftssicherung der GKV liegt im Umbau der Finanzierungsstrukturen für die notwendigen medizinischen Leistungen ohne die Qualität, die Transparenz und die Einheit der Versorgung institutionell aufzulösen:

### **Mehr Eigenverantwortung**

Mehr Eigenverantwortung und Eigenkompetenz der Versicherten in der Vermeidung von größeren Schadensrisiken durch Nutzung der verfügbaren Informationen.

### **Mehr Anreize zu Vorsorgebemühungen**

Ausweitung der Selbstbeteiligung auf alle zahnmedizinischen Leistungen zur Verbesserung der Anreize für individuelle Vorsorgebemühungen, die in einer aufgeklärten Gesellschaft in der allgemeinen Lebensführung angesiedelt werden können. Einführung anreizstarker Bonussysteme.

Der Vorschlag einer präventionsorientierten Selbstbeteiligung mit Bonusregelung in der gesamten zahnärztlichen Versorgung berücksichtigt diese Anforderungen und ist so in der Lage dauerhaft im System der GKV eine einheitliche, transparente und funktionsfähige Versorgung zu gewährleisten.