

Jochen Brückmann und Burghard Hahn

Die zahnmedizinische Versorgung als Versuchsfeld für den Umbau des Gesundheitssystems

In dem aktuellen und politisch offenbar gewollten Wettlauf »Heraus-aus-der-solidarischen-Krankenversicherung« erscheint die Zahnmedizin wie der Igel, der immer schon da ist, wo andere medizinische Leistungsbe- reiche – mit ein wenig Anstandszeit – noch hinkommen sollen. Ganz im Sinne des Zeitgeistes sollen »Selbstverantwortung« und »Marktmecha- nismen« in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Einzug halten. Die Diskussion wird beherrscht von Elementen wie »Leistungsausgren- zung«, »Luxusleistungen«, »Privatisierung« und »Selbstverschulden«, und die zahnmedizinische Versorgung ist dazu auserkoren, diese für die Sozialversicherten bitteren Schlagworte per Gesundheitsreform umzu- setzen.

Ihre Vorreiterrolle verdankt die Zahnmedizin der Tatsache, daß sie sich seit Jahrzehnten in einem abgelegenen Schlupfwinkel des großen Medizinbetriebs befindet. Eine nach innen und außen knochenharte und erkonservative bis reaktionäre zahnärztliche Standespolitik unter der Führung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) sorgt nach Kräften dafür, daß das Leistungsgeschehen sowohl für die Öffent- lichkeit als auch für die Vertragspartner bei den Krankenkassen möglichst undurchsichtig gehalten wird. Mit dem ausschließlichen Ziel einer Besitzstandswahrung auf hohem Niveau hält man die Reihen so geschlossen wie wohl sonst kaum eine Berufsgruppe. Kleine oppositionelle zahnärztliche Gruppierungen wie die Vereinigung Demokrati- sche Zahnmedizin e.V. (VDZM) oder der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ), die seit rund 20 Jahren die Grundzüge der brachia- len zahnärztlichen Standespolitik kritisieren und die Systemfehler in der zahnmedizinischen Versorgung zu korrigieren versuchen, konnten bisher nur in Ansätzen erfolgreich sein.

Bis spät in das Jahr 1995 hinein waren die führenden zahnärztlichen Verbände mit ihrer radikalen Interessenpolitik politisch weitgehend iso- liert. Ihr seit langem vertretenes Hauptanliegen, nämlich die weitgehende Privatisierung des Fachs, wurde allenfalls von einigen Wirtschaftslibe- ralen unterstützt. Ansonsten wurde das Modell der sogenannten »Ver- trags- und Wahlleistungen« als Abkassiermodell von allen politischen Parteien rundweg abgelehnt. Erst der Rückenwind des europaweiten

Sozialabbaus und die stockenden Beitragseinnahmen der Krankenkassen brachten die im Prinzip überall ungeliebten zahnärztlichen Meinungsmacher in die Rolle der Stichwortgeber für die aktuelle Gesundheitsreform. Mit der Argumentation, die zahnärztliche Versorgung und insbesondere moderner Zahnersatz seien in erster Linie unter Komfort und Ästhetik einzuordnen und Zahnschäden seien ohnehin selbst verschuldet, also auch selbst bezahlbar, haben die zahnärztlichen Funktionäre via F.D.P. und Seehofer eine erste große Bresche in die solidarische Krankenversicherung geschlagen. Diese Bresche dürfte selbst bei veränderten Machtverhältnissen in Bonn kaum mehr geschlossen werden.

Als naheliegendes Vorbild dienten insbesondere die Niederlande. Dort hatte die Regierung unter dem sozialdemokratischen Ministerpräsidenten Kok zum 1. Januar 1995 praktisch die gesamte zahnärztliche Erwachsenenversorgung aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen herausgenommen. Für die Bundesrepublik muß festgehalten werden, daß der schleichende Ausstieg der zahnmedizinischen Versorgung aus der GKV für zahnkranken Menschen neben institutionellen Nachteilen den finanziell absolut kostenträchtigen Faktor darstellen wird. Die Kostenbelastung, die im Einzelfall bis zu mehreren tausend DM betragen kann, wird selbst die gekappte Lohnfortzahlung und andere Risikoverlagerungen in den Privatbereich hinein weit in den Schatten stellen.

Präzedenzfälle mit Ausstrahlungskraft

Durch das »Beitragsentlastungsgesetz« (BeitrEntlG) sowie das »Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV« (2. NOG) und die begleitenden Gesetzesmaßnahmen werden in der zahnmedizinischen Versorgung vier Präzedenzfälle für die solidarische Krankenversicherung der sozialversicherten Bevölkerung geschaffen:

1. Erstmals grenzt die Regierung eine ganze Bevölkerungsgruppe aus einem Teilbereich der GKV aus.
2. Ein ganzer GKV-Leistungsbereich wird für alle Versicherten privatisiert.
3. Die Privatisierung reicht bis in die zahnärztlichen Grundleistungen hinein.
4. Das Gesetz schneidet die sozialversicherte Bevölkerung systematisch vom Fortschritt des zahnmedizinischen Fachgebiets ab.

Vieles deutet darauf hin, daß sich die betroffene Bevölkerung über die Tragweite der zahnmedizinischen »Reform« nicht annähernd im Klaren

ist. Die Information durch parlamentarische Opposition, Krankenkassen und auch die kritischen Medien erscheint seltsam – mit etwas Boshaftigkeit könnte man auch sagen: verdächtig – zurückhaltend. Das dürfte nicht nur an der undurchsichtigen Materie liegen, sondern es scheint auch ein klammheimliches Einverständnis darüber zu bestehen, daß sich die zahnärztliche Versorgung am ehesten zur Einsparung sowie als Bauernopfer bei der parteipolitischen Kompromißfindung anbietet. Nicht zuletzt könnte es für die Krankenkassen eine Rolle spielen, daß zukünftige Verhandlungsrunden mit den nach wie vor radikalen und notorisch verstockten Zahnärztesfunktionären überflüssig würden.

Im folgenden werden die genannten Präzedenzfälle im einzelnen dargestellt und ihre Wirkungen auf die zahnmedizinische Versorgung der betroffenen Personen diskutiert.

Lebenslang kein Zahnersatzzuschuß mehr für die jungen Generationen

Alle nach 1978 geborenen Bevölkerungsjahrgänge erhalten lebenslang *keinerlei* Zuschüsse mehr zum Zahnersatz, von einem eng begrenzten Ausnahmenkatalog abgesehen. Damit wird mit dem »Beitragsentlastungsgesetz« zum ersten Mal eine ganze Versichertengruppe aus einem kompletten Leistungsbereich der GKV ausgegrenzt. Das Vorgehen des Gesetzgebers ist in mehrfacher Hinsicht perfide: Betroffen sind junge Leute unterhalb des Wahlberechtigungsalters, die sich somit politisch noch nicht einmal durch eine Stimmabgabe bei Wahlen wehren können. Außerdem wird ihnen mit dem Zahnersatz ein Leistungsbereich weggenommen, der für sie in der Regel erst in späteren Jahren relevant werden wird. Eben dieser Verzögerungseffekt hält auch Elternkritik in Grenzen, da noch kein unmittelbarer finanzieller Leidensdruck ausgelöst wird. Besonders raffiniert ist, daß ohne eine Notwendigkeit, gesetzgeberisch erneut aktiv werden zu müssen, die schleichende »biologische« Totalausgrenzung der Bevölkerung eingeleitet ist. So werden bereits im Jahre 2008 alle Patienten unter 30 Lebensjahren Zahnersatz ausschließlich privat bezahlen müssen.

Verharmlosend wird ins Feld geführt, daß Zusatzversicherungen die zukünftigen Risiken abdecken könnten – wie in den Niederlanden. Doch der Verweis auf die Niederlande ist unlauter, weil wesentliche Unterschiede verschwiegen werden: In der BRD dürfen nur gewinnorientierte Privatversicherer die Zusatzversicherungen anbieten, und sie haben sich auch bereits auf die neue Klientel gestürzt. Da beispielsweise die fünfjährige Versicherungsnehmerin frühestens in ca. 20 Jahren ihre erste Krone brauchen dürfte, laufen die Privatkassen keine Gefahr, in

absehbarer Zeit leistungspflichtig zu werden. Mit dem gleichen Bauernfängertrick, mit dem sie gesunde, junge Versicherungsnehmer mit unschlagbar niedrigen Beiträgen in die private Vollversicherung locken, um sie im Alter zunehmend »abzuzocken«, gaukelt man jetzt den Eltern der Kinder und Jugendlichen vor, mit einem Monatsbeitrag von fünf DM oder weniger sei die spätere Brücke oder Prothese finanziell abgesichert.

In den Niederlanden bieten auch die gesetzlichen Krankenkassen (Ziekenfonds) diese Zusatzversicherungen an, allerdings mit der gesetzlichen Auflage, damit keine Gewinne zu machen. Die am besten ausgestattete Zusatzversicherung der Leidener Krankenkasse Zorg en Zekerheid versichert z.B. für eine Monatsprämie von immerhin 19 Gulden (ein Gulden entspricht etwa 90 Pfennigen) 75% der zahnärztlichen Kosten. Das hört sich gut an, relativiert sich aber entscheidend dadurch, daß die jährlich maximal mögliche Erstattung auf 1.000 Gulden beschränkt ist. Daneben gibt es bei diesen Zusatzversicherungen keinen Kontrahierungszwang, d.h. die Versicherung muß nicht jeden Bewerber akzeptieren, der sich versichern möchte. Dadurch sind Risikoauslese und Ablehnung zahnersatzträchtiger Interessenten heute schon an der Tagesordnung.

Übertragen auf bundesdeutsche Verhältnisse heißt das, daß in den privaten Zusatzversicherungen, die ja für die Versicherungsgesellschaften Gewinne abwerfen sollen, die Beiträge spätestens dann explodieren müssen, wenn die Leistungspflicht zum Normalfall wird. Zusätzlich ist zu bedenken, daß sich hierzulande ein technisch hochstehendes und dementsprechend teureres Zahnersatzniveau (festsitzend und kombiniert festsitzend – herausnehmbar) etabliert hat, das in den vergangenen 25 Jahren zum sozialen Besitzstand geworden ist.

In der Fachwelt gilt unbestritten, daß festsitzende Versorgungen, also Brücken, bei vorliegender Indikation der langlebigste Zahnersatz sind. War eine solche Brücke, z.B. zum Ersatz eines Schneidezahnes, bisher mit ca. 900 DM von der Kasse bezuschußt, wozu eine Selbstbeteiligung von noch einmal ca. 900 DM kam, so kostet sie jetzt den Versicherten als reine Privatleistung zwischen 2.200 und 2.700 DM, je nachdem, welchen Steigerungsfaktor der Zahnarzt bei seiner Rechnungslegung in Ansatz bringt. Mit einem maximalen Erstattungsbetrag von 1.000 DM würden hier also gerade einmal die heute üblichen Krankenkassenzuschüsse für diese einzelne Leistung finanziert werden können, während der Patient zwischen 1.200 und 1.700 DM und damit 300 bis 800 DM mehr als heute dazu zahlen müßte. Brücken und Kronen aber werden in deutschen Praxen serienweise angefertigt, und auch der kompliziertere

Lückenschluß mit üblichen Krankenkassenzuschüssen von mehreren tausend DM ist keineswegs selten und in vielen Fällen fachlich sinnvoll. Hier wären 1.000 DM Erstattung nur ein Tropfen auf den heißen Stein.

Nicht so in den Niederlanden, hier gehörte festsitzender Zahnersatz noch nie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Kassen. Kronen werden nicht massenhaft produziert und Lücken überwiegend mit kostengünstigem herausnehmbarem Zahnersatz versorgt. Selbst Billigzahnersatz in Form rein schleimhautgetragener Prothesen wird bei unseren Nachbarn noch häufig als definitiver Langzeiterersatz verwandt. In der Bundesrepublik gelten solche Prothesen – fachlich zu Recht – als »Extraktionsmaschinen« und werden daher höchstens als zeitlich begrenztes Provisorium eingegliedert. Nur aufgrund dieses im Vergleich niedrigeren Versorgungsniveaus funktioniert das System in den Niederlanden einigermmaßen.

Für die Bundesrepublik kann die Konsequenz nur lauten: Entweder kostet es höchste Versicherungsprämien, um sich auch zukünftig mit dem gewohnten, zeitgemäßen Zahnersatz versorgen zu lassen – das werden sich nur Gutsituierte leisten können – oder es muß ein deutliches Absinken des technischen Niveaus in Kauf genommen werden. Beide Alternativen wirken sich auf die Zahngesundheit der sozial schwächeren Bevölkerung im Vergleich zu den bis 1997 geltenden Verhältnissen extrem nachteilig aus.

Abgesehen von den finanziellen Aspekten ist die Maßnahme auch aus weiteren Gründen nicht hinnehmbar:

Erstens verstößt sie gegen die Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts, das 1972 fehlende Zähne als »Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung« bezeichnete (AZ 3 RK 67/70).

Zweitens ist die Begründung für diese Maßnahme zynisch. In der Gesetzesbegründung hierzu heißt es: »Der Wegfall des Zuschusses zum Zahnersatz für Versicherte der Jahrgänge 1978 und jünger trägt dem Tatbestand Rechnung, daß sich Zahnersatz durch regelmäßige Mundhygiene und die regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Untersuchungen weitgehend vermeiden läßt. Seit 1989 finanzieren die Krankenkassen für Kinder und Jugendliche Gruppen- und Individualprophylaxe. (...) Für heute 18jährige und Jüngere ist daher der Zahnersatz bis auf wenige Ausnahmen, die auch weiterhin bezuschußt werden sollen, weitgehend vermeidbar.« (BT-Drs. 13/4615)

Zynisch ist die Begründung deshalb, weil sie über den Begriff der »Vermeidbarkeit« das Selbstverschulden von Krankheit in die GKV einführt. Darüber hinaus ist sie wissentlich falsch, was die Bundesregierung vor den Lesungen des Gesetzentwurfs im Bundestag auf eine Kleine

Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen vom 2. Juli 1996 einräumen mußte (BT-Drs. 13/5190): Bezüglich der angeblich flächendeckenden gruppenprophylaktischen Versorgung gab die Regierung zu, daß Kindergärten nur zwischen 48% und 73% und Schulen noch erheblich weniger von präventiven Maßnahmen erfaßt werden. Die besonders effiziente lokale Fluoridierung der Zähne durch angeleitetes Einbürsten von Fluoridgel oder durch Fluoridlackierung wird in weniger als 10% der Einrichtungen durchgeführt (Zimmer 1995).

Der personelle und finanzielle Notstand des für die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen zuständigen zahnärztlichen öffentlichen Gesundheitsdienstes (Jugendzahnärztlicher Dienst) ist wesentlich ein »Verdienst« der niedergelassenen Zahnärzte, die in ihrem Wahn, es würde ihnen etwas weggenommen, auch die Kolleginnen und Kollegen vom ÖGD als Konkurrenz vehement bekämpfen. So verkam die ursprünglich von dem Bonner Zahnmedizin-Professor Dr. Alfred Kantorowicz in der Weimarer Republik begründete und von vielen Ländern übernommene gruppenprophylaktische und therapeutische Betreuung von Kindern und Jugendlichen im westlichen Nachkriegsdeutschland zu einem »Mauerblümchendasein«. Im Vergleich zu den führenden Prophylaxeländern drückt sich dies bis heute in einer erheblich schlechteren Mundgesundheit der Kinder aus.

Ähnlich ungünstig stellen sich die Verhältnisse in der Individualprophylaxe dar, die in den zahnärztlichen Praxen durchgeführt wird: Von 11,5 Mio. Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und 19 Jahren, die anspruchsberechtigt wären, werden nach Auskunft der Bundesregierung nur 40% erreicht, was aufgrund der mehrfachen Abrechnungsmöglichkeit der Individualprophylaxe-Positionen pro Jahr und Kind eher noch zu hoch gegriffen ist. Realistisch dürfte eine 25%ige Erfassung der anspruchsberechtigten Jahrgänge sein.

Erschwerend kommt hinzu, daß die Prophylaxe in der zahnärztlichen Ausbildung der heutigen Praxisinhaberinnen und -inhaber praktisch keine Rolle spielte und aus- oder fortgebildetes Prophylaxepersonal nur ungenügend zur Verfügung steht. Bis dato sträubt sich die Zahnärzteschaft gegen die Etablierung eines qualifizierteren Berufsbildes auf seiten der Assistenzberufe. Hintergrund für diesen im internationalen Vergleich anachronistischen Zustand ist die Angst der Zahnärzte, im Bereich der Prophylaxe könnte sich ein eigenständiger Berufsstand bilden, der »Behandlungsmasse« und damit Honorarpotential aus den Praxen für sich reklamieren könnte.

Drittens berücksichtigt die Ausgrenzung des Zahnersatzes die epidemiologischen Erkenntnisse nicht, denen zufolge sich z.B. bei den Acht-

bis Neunjährigen 71 % der Karies auf 28 % des Jahrgangs konzentrieren. In der gleichen Altersgruppe mit gleichzeitig »niedriger« Schulbildung der Eltern ist der Karies- und Parodontitisbefall dreimal so hoch wie bei Kindern, deren Eltern eine »hohe« Schulbildung aufweisen (Institut der Deutschen Zahnärzte 1996). Nichts verdeutlicht mehr, daß der Vorwurf des Selbstverschuldens bei der Entstehung von Karies und Parodontitis viel zu kurz greift. Neben dem individuellen Verhalten sind auch veranlagungsbedingte, soziale, kulturelle, umweltbedingte und ökonomische Faktoren am Krankheitsgeschehen beteiligt (Staehle 1995: 75). Man denke nur an den Einfluß der heutigen Industriernahrung mit dem allgegenwärtigen Zucker, die Auswirkungen des immensen Süßwarenangebots, von Junk food usw.

Die besonders von Karies- und Zahnfleischerkrankungen betroffenen und gleichzeitig noch wirtschaftlich schwachen »Risikogruppen« haben die geringsten Zugangsmöglichkeiten zu Prophylaxemaßnahmen, was ganz besonders für die Individualprophylaxe in den Praxen gilt. Diese Gruppen werden also mit hoher Wahrscheinlichkeit im jungen Erwachsenenalter einen erheblichen Bedarf an Kronen als zahnerhaltende Maßnahme aufweisen, diese aber weitgehend nicht bezahlen können. Die Folgen: Zahnverlust, insuffizienter oder kein Zahnersatz, weiterer Zahnverlust usw. Damit dürfte ein *circulus vitiosus* wieder in Gang gesetzt werden, der in Deutschland seit Anfang der siebziger Jahre überwunden schien. Der Zugang zu zeitgemäßem Zahnersatz für fast die gesamte Bevölkerung sorgte dafür, daß die BRD wenn schon nicht bei der Zahngesundheit der jungen Generation, so doch bei der Anzahl der ersetzten Zähne und dem geringen Vorkommen totaler Zahnlosigkeit in den Erwachsenenaltersgruppen zwischen 35 und 54 Jahren hinter der Schweiz weltweit einen Spitzenplatz einnimmt (Bauer/Neumann/Saekel 1995).

Viertens schließlich betrifft die gegen eine angebliche »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen gerichtete Maßnahme einen Leistungsbe-
reich, für den der Anteil an den GKV-Gesamtausgaben zwischen 1981 und 1995 von 8,80 auf 3,26 % gefallen ist, was in der gesamten Medizin-Branche einmalig sein dürfte. Die Ausgaben für Zahnersatz gingen sogar in absoluten Zahlen um 1,9 Milliarden DM zurück (Der Artikulator 55/1996: 8ff.). Statt der behaupteten »Kostenexplosion« hat hier schon längst eine Kostenreduktion eingesetzt.

Alle GKV-Patienten werden im Zahnersatzbereich Privat-Patienten

Alle Jahrgänge, die vor 1979 geboren sind, bekommen durch das 2. NOG keine prozentualen Zuschüsse mehr zum Zahnersatz, sondern sogenannte

»Festzuschüsse«, die nicht nur von den Zahnarztfunktionären – wiederum nach dem niederländischen Vorbild – als Durchgangsstadium zum »Zuschuß Null« gewünscht und gesehen werden. Die entsprechenden argumentativen Vorbereitungen sind bereits durch die gleichzeitige Einführung von Prophylaxepositionen auch für Erwachsene geschaffen worden, die – obwohl fachlich insuffizient – den Totalrückzug der GKV aus dem Zahnersatz auch für die Erwachsenen in naher Zukunft »begründen« werden.

Als Abrechnungsbasis dient künftig nicht mehr der Bewertungsmaßstab der GKV (BEMA), sondern – mit allen dazugehörigen rechtlichen Konsequenzen – die private Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ). Die GKV-Versicherten werden damit im Zahnersatzbereich in Privatpatienten verwandelt. Sie bekommen vom Zahnarzt die Gesamtrechnung und können sich einen Teilbetrag, den Festzuschuß, von der Kasse zurückholen.

Das 2. NOG wurde allerdings zum 1. Juli 1997 rechtskräftig, ohne daß ein einziger Festzuschuß leistungsmäßig definiert und finanziell ausformuliert war. Hier sollen nun die Selbstverwaltungsorgane von Zahnärzten und Krankenkassen tätig werden, die in der Vergangenheit bereits mehrfach bewiesen haben, daß sie ohne den Druck von Politik und Schiedsstellen keine konstruktiven Arbeitsergebnisse zustande bringen. Jedenfalls werden die Zahnärztevertreter alles versuchen, um so viele Leistungen wie möglich aus der vom Gesetz vorgesehenen Höchstpreisbindung auszukoppeln. Diese sieht vor, daß die bisherigen Vertragsleistungen für zwei Jahre zum 1,7-fachen GOZ-Satz (1,86 in den neuen Bundesländern), der in etwa dem heutigen GKV-Honorar entspricht, zu erbringen sind. Spätestens nach diesem Zeitraum werden auch prothetische Basisleistungen zum 2,3-fachen und höheren Satz abgerechnet werden, was bei gleichbleibendem oder gar sinkendem Festzuschuß unweigerlich zu erheblichen Mehrkosten für die Versicherten führen dürfte. Für die sozial Schwächsten existiert allerdings nach wie vor eine Härtefallregelung, die eine Bezuschussung der Krankenkasse bis zur doppelten Festzuschußhöhe vorsieht.

Auch wenn bei Drucklegung dieses Aufsatzes die Modalitäten zwischen den Vertragspartnern noch nicht festgelegt waren, kann es als sicher gelten, daß sich die Situation für die sozialversicherten Patienten in allen Belangen deutlich verschlechtern wird. Ganz entscheidend wird dabei die weitgehende Aufhebung des Patienten- bzw. Verbraucherschutzes sein. So konnte die Krankenkasse in der Vergangenheit die medizinische Indikation einer geplanten Zahnersatzversorgung per Gutachten prüfen oder etwaige Mängel einer durchgeführten Versorgung

im Rahmen der Gewährleistung per Mängelgutachten beurteilen lassen. Da der Zahnersatz in Zukunft aber über die private Gebührenordnung abgerechnet wird, entfällt die rechtliche Grundlage für Begutachtungen. Die Krankenkasse darf dann nur noch den Festzuschuß bestimmen. Der Gesundheitsminister bezeichnet diese Aufhebung jahrzehntelanger sozialpartnerschaftlicher Elemente des Patientenschutzes lapidar als »bürokratische Entschlackung« (Der Artikulator 55/1996: 8ff.).

Alle GKV-Versicherten mit Geburtsjahrgang vor und nach 1978 »erlangen« damit im Zahnersatzbereich den weitgehend ungeschützten Status von Privatversicherten, jedoch ohne in der Regel über deren Wirtschaftskraft und Selbsthilfepotential zu verfügen. Da außerdem ortsnahe und unbürokratisch zugängliche Beratungskapazitäten im Sinne einer objektiven Verbraucherberatung fehlen, ergeben sich in der Zweierbeziehung Zahnarzt – Patient starke Abhängigkeiten und Ungleichgewichte zu ungunsten der Patienten. Einzelne Beratungsstellen, die inzwischen bei verschiedenen Zahnärztekammern eingerichtet wurden, haben nicht mehr als eine Alibifunktion und ändern an der defizitären Situation nicht das geringste.

*Basisleistungen teilweise privatisiert: Füllungen je nach Geldbeutel
(8. SGB V-Änderungsgesetz)*

Füllungstherapie mit plastischen Füllmaterialien (Amalgam, Kunststoff usw.) ist die grundlegende zahnärztliche Reparaturleistung zur Zahnerhaltung und daher auch immer Sachleistung gewesen. Angeheizt durch die Amalgamdiskussion, die hier nicht weiter erörtert werden soll, ist die Entwicklung und Verbesserung amalgamalternativer plastischer Materialien, also Kunststoffe und Zemente, in den letzten Jahren stark in den Vordergrund getreten. Deren Verwendung ist aber teilweise nicht (mehr) über den Leistungskatalog der GKV abgedeckt.

Da tut es für den Gesetzgeber offenbar auch nichts zur Sache, daß die Wissenschaft inzwischen empfiehlt, hochwertigen Füllungen aus Komposit-Kunststoff auch in den Backenzähnen, z.B. bei vielen Fällen des kariösen Erstbefalls und ganz allgemein bei kleineren Füllungen, den Vorzug vor Amalgam zu geben. Die noch gesunde Zahnhartsubstanz, also Schmelz und Zahnbein, kann im Anfangsstadium der Erkrankung mit Hilfe dieser Technik nämlich deutlich schonender bearbeitet werden.

Diese vergleichsweise komplizierten und deswegen höher honorierten Füllungen werden jedoch von der GKV nur bei einer äußerst selten vorkommenden, schulmedizinisch nachgewiesenen Amalgamallergie und wenigen anderen Ausnahmen voll bezahlt. Ansonsten muß der

GKV-Versicherte nach gegenwärtiger Rechtslage den Honorarunterschied zur Amalgamfüllung aus der eigenen Tasche finanzieren. Er steht damit vor der Alternative, entweder eine rein beitragsfinanzierte Amalgamfüllung mit großem Loch und Opferung gesunder Zahnhartsubstanz zu wählen oder für eine zierlichere, prophylaxeorientierte Kunststofffüllung ins private Portemonnaie zu greifen und die Mehrkosten selbst zu tragen.

Daß auch andere zahnerhaltende Maßnahmen als Leistung der solidarischen Krankenversicherung in naher Zukunft zur Disposition stehen könnten, läßt sich daran ablesen, daß die Zahnärzteschaft in ihrem »Vertrags- und Wahlleistungskonzept« schon die Wurzelbehandlung nervotter hinterer Backenzähne ausgegrenzt sehen wollte, sich damit aber noch nicht durchsetzen konnte. Sogar die systematische Parodontalbehandlung soll nach dem Willen der zahnärztlichen Funktionäre in die Kostenerstattung überführt und von der GKV nur noch bezuschußt werden. Wer hier die entsprechenden Eigenanteile nicht aufbringen kann, muß die Entfernung im Prinzip erhaltungsfähiger Zähne in Kauf nehmen, um dann Zahnlücken zu haben, deren Versorgung wiederum unerschwinglich ist.

Zahnmedizinischer Fortschritt als »closed shop« für GKV-Versicherte

Die mittelfristig wichtigste Folge aus Privatisierung, Kostenerstattung, Festzuschuß- und Mehrkostenregelungen des gesamten Gesetzespaketes ist jedoch, daß die sozialversicherte Bevölkerung vom Fortschritt in der Zahnmedizin abgeschnitten wird, da es der GKV gesetzlich untersagt ist, sogenannte außervertragliche Leistungen, also solche, die noch nicht oder nicht mehr im GKV-Leistungskatalog enthalten sind, zu bezuschussen.

Es ist z.B. aus fachlicher Sicht keineswegs gerechtfertigt, die Diagnostik der Kiefergelenksfunktion, sei es als alleinige Leistung oder im Rahmen von Zahnersatzanfertigungen, derart kategorisch auszuschließen, wie es das Gesetz vorsieht, auch wenn hier von Anbieterseite in der Vergangenheit des öfteren Mißbrauch betrieben wurde. Desgleichen ist die Implantation künstlicher Zahnwurzeln bei zahnlosem Unterkiefer und schwierigen anatomischen Verhältnissen in unseren Augen als eine zahnärztliche Grundleistung anzusehen, die durchaus vergleichbar ist mit der Indikation für ein künstliches Hüftgelenk.

Beide Leistungen konnten in der Vergangenheit von der GKV nach Begutachtung übernommen oder wenigstens bezuschußt werden. Seit 1. Januar 1997 geht das nicht mehr. Die Schizophrenie der nun geschaffenen Situation wird daran deutlich, daß ein aktuelles Schmerzensgeldurteil

vorliegt (Landgericht Weiden, AZ.: 1 0 228/96), bei dem ein Zahnarzt empfindlich dafür bestraft wurde, daß er Zahnersatz ohne Kiefergelenksdiagnostik eingegliedert hatte. Da diese Kiefergelenksdiagnostik aber jetzt nicht mehr bezuschußt werden darf und damit für viele Versicherten unerschwinglich wird, ist die therapeutische Unsicherheit für die Patienten und die Rechtsunsicherheit für die Zahnärzte vorprogrammiert.

Konsequenzen für zahnärztliche Praxen

Bei allen nachteiligen Entwicklungen für die Versicherten sollte nicht übersehen werden, daß durch die aktuelle Gesundheitsreform auch erhebliche Veränderungen für einen Teil der zahnärztlichen Praxen – und damit mittelbar auch wiederum für die Versicherten – resultieren werden.

Die Praxislandschaft hat sich im Laufe der neunziger Jahre stark ausdifferenziert. Nach wie vor gibt es etablierte Praxen, die hohe Gewinne erzielen und wesentlich dazu beigetragen haben, daß der durchschnittliche Überschuß aller Praxisinhaber vor Steuern und Sozialversicherung sich 1995 auf 192.130 DM (neue Bundesländer: 167.800 DM) belief. Fünfzig von hundert Praxisinhabern (Median) verdienten vor Steuern sowie Renten- und Krankenversicherung in Westdeutschland allerdings bereits weniger als 162.000 DM (neue Bundesländer: 126.000 DM), 27,7% sogar weniger als 100.000 DM (neue Bundesländer: 38,4%). Zum Vergleich: 1976 lag der durchschnittliche Gewinn noch bei 200.500 DM. Diese Entwicklung, bei der die Zahnärzte innerhalb aller Ärztegruppen von einem Spitzenplatz auf den drittletzten Platz zurückgefallen sind, entspricht unter Berücksichtigung der Inflationsrate einem Realwertverlust von 54%. Die Praxiskosten stiegen im gleichen Zeitraum entsprechend von 53,2 auf 73,0% des Umsatzes (KZBV 1996).

Für viele Praxisneugründerinnen und -neugründer der vergangenen Jahre, die z.B. 1995 durchschnittlich 504.000 DM investieren mußten (Ärzte: 324.000 DM), und für Praxen in strukturschwachen Gebieten ist die betriebswirtschaftliche Decke in Zeiten budgetierter und sinkender Honorare existenzgefährdend dünn geworden.

Für diese Praxen werden die gerade umgesetzten Regelungen die Situation noch einmal verschärfen, da die großen Honorarfreiheiten, die sich die Zahnärztevertreter von einer Privatisierung des Leistungsgeschehens immer erträumt haben, aufgrund der angespannten wirtschaftlichen Lage vieler Haushalte in Deutschland mit Sicherheit zur Makulatur werden. Wenn die GKV für ihre Versicherten im Rahmen der

Solidarversicherung nicht mehr oder nicht mehr ausreichend zahlt, verlieren viele Menschen die entscheidende ökonomische Grundlage für ihre Versorgung. Zwar wird sich aus dem einen oder anderen Familienvermögen oder Sparguthaben noch die eine oder andere Zahnersatzfinanzierung »abzwacken« lassen, aber in der Breite wird es zu einer sinkenden Nachfrage nach zahnärztlichen, besonders prothetischen Leistungen kommen. Insbesondere ist zu erwarten, daß das technische Niveau beim Zahnersatz abnimmt, weil sich auch auf seiten des Zahnarztes die gewohnte therapeutische Freiheit, eine zeitgemäße Versorgungslösung zu finden, in sehr vielen Fällen in den Zwang zur einfachsten Lösung verwandeln dürfte.

Das mag etablierte Praxisinhaberinnen und -inhaber mit wirtschaftskräftiger Klientel vielleicht wenig berühren. Für die zitierten zahnärztlichen »Risikogruppen« wird das jedoch zu existentiellen Einbußen führen. Um betriebswirtschaftlich zu überleben, werden diese Praxen möglicherweise Kompensationsmechanismen entwickeln, die vom schnelleren und damit schlechteren Arbeiten über die Erbringung nicht indizierter Leistungen bis hin zum Abrechnungsbetrug reichen können.

Zusammenfassend läßt sich feststellen: Entgegen anderen medizinischen Leistungsbereichen sind in Westdeutschland die Ausgaben für die gesamte zahnärztliche Versorgung in Relation zu den GKV-Gesamtausgaben zwischen 1981 und 1995 um ein Drittel gefallen. In absoluten Zahlen stiegen sie im gleichen Zeitraum gerade einmal von 14,1 auf 17,4 Milliarden DM. Das ist eine Steigerungsrate, die unter der Inflationsrate liegt.

Obwohl es also aus haushälterischer Sicht gar keinen Grund zu Einsparungen im Bereich Zahnmedizin gibt, ist die unheilige Allianz aus Politik und Zahnärzteschaft, unter klammheimlichem Einverständnis der Krankenkassen und weitgehendem Stillschweigen der parlamentarischen Opposition, überein gekommen, den zahnärztlichen GKV-Leistungskatalog in Richtung Privatisierung auszudünnen. Dabei fehlt der flächendeckende prophylaktische Unterbau, der in vergleichbaren Ländern eine gewisse Selbstverantwortung für Zahnschäden akzeptabel erscheinen ließe.

Für die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin gilt es als sicher, daß sich damit das Niveau der zahnärztlichen Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung deutlich verschlechtern wird. Sichtbare Zahnlücken werden wohl bald wieder ins Straßenbild gehören. Im übrigen bildet das gesetzgeberische Vorgehen in der Zahnmedizin den Testlauf für weitere medizinische Leistungsbereiche.

Erwartungen an eine »wirkliche« Reform

Von einer wirklichen Reform in unserem Fach würden wir erwarten, daß sie da ansetzt, wo wirkliche Mißstände und Fehlentwicklungen zu korrigieren sind:

a) Prävention

Da bereits bei den Kindern und Jugendlichen ein knappes Drittel der Bevölkerung zwei Drittel aller Zahnerkrankungen auf sich vereinigt und diese Personengruppe vor allem in den wirtschaftlich und sozial eher schwachen Bevölkerungsteilen zu finden ist, muß das allzu mittelstandsorientierte und damit unzureichende Versorgungsangebot der herkömmlichen Zahnpraxen dringend durch neue Formen aufsuchender Prävention und zielgruppennaher niedrigschwelliger Behandlungsangebote unterstützt werden.

Hier ist an erster Stelle ein effektiver Auf- und Ausbau der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen, nicht zuletzt in strukturschwachen Gebieten, zu fordern. Der Einsatz professioneller Prophylaxeteams (Prophy-Teams), sei es im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsdienste oder der gemeinsam von Zahnärzten und Krankenkassen getragenen Landesarbeitsgemeinschaften für Zahnprophylaxe (LAGen), bietet sich dafür auf Angestelltenbasis oder auf freiberuflicher Honorarbasis an. Betreuungsstationen mit Behandlungsmöglichkeiten vor Ort, sei es in der unmittelbaren Umgebung oder auch als mobile Einheiten, können den Teams spezifische zielgruppengerechte Behandlungsangebote ermöglichen (Der Artikulator 48/1996: 14 ff.)

b) Ausbildung

In der Ausbildung von Zahnmedizinstudenten muß endlich das unzeitgemäße Übergewicht der »restaurativen Zahnheilkunde« zurückgenommen und die Kenntnisse der Prävention und Prophylaxe verstärkt werden. Auch ist das durch die klassischen Abteilungsstrukturen der Universitätszahnkliniken geförderte sogenannte »Fachgebiedsdenken« durch systematisches Einüben einer »synoptischen Planungs- und Behandlungsweise« (Staehe) schon in der Ausbildung zu überwinden.

c) Assistenzberufe

Bei den zahnmedizinischen Assistenzberufen sind nicht nur die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten insbesondere im Bereich der Prophylaxe auszubauen und Qualifizierungen und Erweiterungen des Berufsbildes zu ermöglichen. Dringend gebraucht wird auch die Schaffung

eines geeigneten mehrjährigen Ausbildungsganges zur Dental-Hygienikerin (Dental-Hygienist) nach internationalem Standard. Die moderne Parodontalbehandlung beispielsweise benötigt in der Vor- und Nachbehandlung qualifizierte Kräfte, die theoretisch und praktisch in der Lage sind, nach Anweisung des Zahnarztes eigenständig die anspruchsvolle, zeitaufwendige und regelmäßig zu wiederholende Betreuung durchzuführen. Für den Berufszweig der Dental-Hygienikerin ist sowohl eine Zugangsqualifikation (Fachhochschulreife) vorauszusetzen als auch Möglichkeiten zum Quereinstieg und für einen beruflichen Aufstiegszugang für Zahnarzhelferinnen zu schaffen.

d) Unabhängiger Patientenschutz und -beratung

Der Patientenschutz muß dringend verbessert werden, wobei ein Beratungs- und Schlichtungssystem insbesondere für außervertragliche Leistungen überhaupt erst aufgebaut werden muß. Das zwischen Krankenkassen und Zahnärzten vereinbarte Gutachterwesen zur Klärung zweifelhafter Indikationen oder zur Auseinandersetzung in Streitfragen zwischen Patient, Krankenkasse oder Zahnarzt war bisher nur für den Bereich des »Kassen-Zahnersatzes« nutzbar. Nach den Vorstellungen der Zahnärzterverbände und in Ermangelung gesetzlicher Vorgaben droht das Gutachterwesen jetzt mit der Privatisierung des Zahnersatzes ganz wegzufallen. Die Möglichkeit eines geregelten Begutachtungsverfahrens sollte jedoch im Interesse der Patienten (und der an zügiger Klärung von Streitfragen interessierten Zahnärzte) unbedingt auch im neuen Festzuschußsystem verankert werden. Durch einheitliche Gutachterausswahlkriterien, Ergebnisauswertung und Berichterstattung, etwa nach dem bewährten »Tübinger-Modell«, kann dieses Regulativ qualitativ ausgebaut und verbessert werden (Der Artikulator 54/1996: 20ff.).

Bei etwaigen Streitigkeiten mit seinem Zahnarzt über außervertragliche (Privat-)Leistungen steht dem betroffenen Patienten bis heute nur der Gang zum Zivilgericht zur Verfügung. Der Patient muß in der Regel selbst einen Privatgutachter beauftragen, was bis zur Entscheidung zeitaufwendig und kostenträchtig ist. Die Heilberufsgesetze in den Bundesländern haben zwar im Laufe der letzten Jahre die Zahnärztekammern beauftragt, Beratungsstellen für außervertragliche Leistungen aufzubauen, dies läuft jedoch nur schleppend an. Um dem Vorwurf der Einseitigkeit zu begegnen, sollten von vornherein unabhängige Beratungs- und Schlichtungsstellen aufgebaut werden, die regional gemeinsam von Zahnärzten, Krankenversicherungen, Verbraucher- und Patientenschutzstellen getragen und nach gemeinsam entwickelten Kriterien unterhalten werden. Hier könnten nicht nur Streitfragen außergerichtlich geschlichtet,

sondern auch die Möglichkeiten einer »second opinion« oder einer unabhängigen Beratung schon vor Beginn der eigentlichen Behandlung angeboten werden.

e) *Qualität*

Zwar haben die Zahnärzteverbände bisher nahezu jegliche Qualitätssicherungsdiskussion abgeblockt, dennoch bietet sich für die Kostenträger an, auf dem Wege der Neugestaltung und Neuausstattung von Honorarpositionen einen Einfluß auf die zu verbessernde Versorgungsqualität zu gewinnen. Insbesondere kann mit Hilfe von Anreizen, Honorarverknüpfungen und Dokumentationsverpflichtungen darauf hingewirkt werden, daß anstelle bisheriger Beliebigkeiten Aspekte wie synoptische Behandlungsplanung, risiko- und bedarfsgerechte Intervention, Einschätzung und Berücksichtigung der Prognose, Erweiterbarkeit von Zahnersatzmaßnahmen sowie Therapieabschluß und Evaluation stärker gefordert und gefördert werden.

Nicht zuletzt sollten die Sozialpartner erkennen, daß einvernehmliche Lösungen zu den genannten Erfordernissen sinnvollere Ergebnisse versprechen als jede staatliche Intervention. Bleiben jedoch die sozialpartnerschaftlichen Vereinbarungen aus, ist der Gesetzgeber aus seiner Verantwortung nicht zu entlassen. Der jetzt eingeschlagene Weg, sich den erforderlichen Aufgaben durch Flucht in die Ausgrenzung und Privatisierung ganzer Versichertengruppen und Leistungsbereiche zu entziehen, ist jedenfalls der falsche.

Korrespondenzadressen:

Dr. Jochen Brückmann

Colmantstraße 37

53115 Bonn

Dr. Burghard Hahn

Basaltstraße 44

60487 Frankfurt a.M.

Literatur

Bauer, J.; Neumann, Th.; Saekel, R. (1995): Mundgesundheit und zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1994. Berlin

Das Tübinger Modell: Gutachterverfahren als erweitertes Qualitätssicherungsinstrument. In: Der Artikulator, Jg. 20, Heft 54/1996, S.20ff.

Der Artikulator, Jg. 18, Heft 48/1994

Institut der Deutschen Zahnärzte (1996): Risikogruppenprofile bei Karies und Parodontitis. Statistische Vertiefungsanalysen der Mundgesundheitsstudie von 1989 und 1992, Materialband 11.4. Köln

- Interview mit Gesundheitsminister H. Seehofer. In: *Der Artikulator*, Jg. 20, Heft 55/1996, S.8ff.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (1996): *KZBV Jahrbuch 96 – Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung*. Köln
- Stachle, H.J. (1995): *Wege zur Realisierung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Deutschland*. Heidelberg
- Zimmer, S. (1995): Die Umsetzung des §21 SGB V – Ergebnisse einer Befragung. In: *Zahnärztlicher Gesundheitsdienst*, Jg. 25, Heft 1, S.6