
Zahnmedizin und Gesundheitspolitik

Rolf Koschorrek

Die Zahnmedizin – mit ihrem begrenzten und gut überschaubaren Bereich – hat in unserem Gesundheitssystem in mehrfacher Hinsicht eine Vorreiterrolle übernommen. Dies gilt sowohl unter dem Aspekt der erfolgreichen Prävention und der Stärkung der Eigenverantwortung als auch für die Einführung einer Grundversorgung in Form des befundbezogenen Festkostenzuschusses für Zahnersatz auf der Basis des Einfachen und Zweckmäßigen.

1. Beispiel für erfolgreiche Prävention

Die Aufklärung über die Ursache und Vermeidung von Zahnerkrankungen sowie regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen zu ihrer Erkennung und Verhütung haben in der Zahnmedizin eine lange Tradition. Schon seit vielen Jahrzehnten werden wir von Kindesbeinen an im Elternhaus und spätestens in Kindergarten und Schule über die Zusammenhänge von Zahnpflege, Karies und „schlechten Zähnen“ aufgeklärt, und wir kennen alle die Informationskampagnen unter dem Motto „Vorbeugen ist besser als Bohren“. Jedes Kind macht auch Bekanntschaft mit dem Schulzahnarzt, der alle Schüler bis zum Alter von 12 Jahren und dort, wo das Kariesrisiko besonders hoch ist, bis zum Alter von 16 Jahren regelmäßig zahnmedizinisch untersucht. Aufgrund von § 21 SGB V sind die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheit zuständigen Stellen der Länder zur Durch-

führung dieser Gruppenprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen verpflichtet.¹

Hinzu kommen verschiedene Maßnahmen zur Individualprophylaxe der 6- bis 18-Jährigen, dazu zählen die Schmelzhärtung der Zähne und die Fissurenversiegelung. Die detaillierten Regelungen sind ebenfalls im § 22 SGB V verbindlich niedergelegt.

Für die Erwachsenen wurde Anfang der Neunzigerjahre das Bonusheft eingeführt, in dem die jährliche Vorsorgeuntersuchung bescheinigt wird. Zugleich wurde die Regelung eingeführt, dass die Höhe der individuellen Zuzahlung für Zahnersatz von der Wahrnehmung der Kontrolluntersuchungen abhängt.

Erfreulicherweise können wir feststellen, dass die Karies ganz erheblich zurückgegangen ist und die Zahngesundheit sich in allen Bevölkerungsgruppen, besonders bei den Kindern und Jugendlichen, deutlich verbessert hat.²

Dieser Erfolg ist das Ergebnis eines Zusammenwirkens verschiedener Faktoren, nämlich

- Aufklärung (Stichwort „Vorbeugen ist besser als bohren“),
- gesetzlich etablierte Maßnahmen wie die schulzahnärztlichen Untersuchungen,
- finanzielle Anreize (Vorsorgeuntersuchung als Voraussetzung für geringere Zuzahlung).

Das Beispiel der zahnmedizinischen Prophylaxe zeigt uns, dass es nicht ein einziges Patentrezept gibt. Vielmehr erreichen wir das Ziel der gesundheitlichen Vorsorge in breiten Bevölkerungsgruppen am besten mit einem Bündel von Maßnahmen, die einander ergänzen.

Infolge der gelungenen Prophylaxe bleiben die Zähne gesund und länger erhalten. Dies führt zu einem erhöhten Parodontoserisiko bei Erwachsenen und besonders bei Senioren, sodass wir in der Konsequenz verstärkt weitere

Maßnahmen zur Vermeidung und frühzeitigen Erkennung der Parodontose in die Prophylaxe einbeziehen müssen.³

2. Ein Beispiel für die medizinische Grundversorgung beim Zahnersatz

Der befundbezogene Festzuschuss für Zahnersatz im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) eingeführt, das der Bundestag im September 2003 mit der großen Mehrheit der damaligen rot-grünen Koalitionsfraktionen und der CDU/CSU beschloss. Die Festzuschussregelung trat am 1.1.2005 in Kraft.⁴

Die entsprechenden neuen Regelungen in §§ 55–57 SGB V legen fest:

- Die bisherigen prozentualen Anteile bzw. Erstattungen der gesetzlichen Krankenkassen bei den Kosten des Zahnersatzes für den Patienten werden durch sogenannte „befundbezogene Festzuschüsse“ ersetzt. Statt wie bisher 50 % (mit Bonusheft 65 %) der Kosten für die einfache und zweckmäßige Behandlung werden künftig Pauschalen bezahlt.
- Der von den GKV-Kassen zu erstattende Festzuschuss orientiert sich am „Einfachen und Zweckmäßigen“. In Härtefällen gewähren die Krankenkassen den doppelten Festzuschuss.
- Die Versicherten können sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Dies bedeutet insofern eine Erweiterung des Leistungskatalogs der GKV-Kassen, als sie den Festzuschuss auch für implantatgetragene Konstruktionen übernehmen.

- Der Festzuschuss erhöht sich bei nachgewiesener, d. h. im Bonusheft dokumentierter Prophylaxe.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) erhielt den Auftrag, die Regelleistung für den Zahnersatz auf der Basis des Einfachen und Zweckmäßigen festzulegen (§ 56 SGB V). Im Gesetz werden genaue Anweisungen gegeben, welche Kriterien dabei zu beachten sind (Abs. 2), und darüber hinaus wurde der GBA verpflichtet, die Stellungnahme der Zahntechniker-Innung einzuholen (Abs. 3).

Das Festzuschusssystem ist im Gesetz ausdrücklich als dynamisches System angelegt, das der GBA weiterentwickeln soll. Er hat den Auftrag, Inhalt und Umfang der Regelversorgung nicht nur zu überprüfen, sondern auch der zahnmedizinischen Entwicklung anzupassen.

Erfahrungen bei Einführung des Festkostenzuschusses

Nach der Verabschiedung des Gesetzes setzte zunächst ein Run auf Zahnersatz ein, sodass im Jahr 2004 die Nachfrage und der Umsatz erheblich stiegen. Diese Entwicklung spiegelt einen Mitnahmeeffekt, denn offenbar fürchtete eine große Zahl der gesetzlich Krankenversicherten, dass sie in Zukunft höhere Zuzahlungen zu leisten hätten und entschieden sich in großer Zahl dafür, absehbar notwendigen Zahnersatz noch vor Inkrafttreten der Festzuschussregelung fertigen zu lassen. Während nach der Neuregelung Anfang 2005 starke Rückgänge zu verzeichnen waren, normalisiert sich der Trend seit 2006 kontinuierlich wieder. Es sind Zuwächse zu verzeichnen, auch wenn das Ausgangsniveau noch nicht wieder erreicht ist.

Bilanz/Erfahrungen nach zweieinhalb Jahren Festzuschuss

Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe zur Weiterentwicklung des Festzuschussystems nahm der GBA Ende 2005 Änderungen der Richtlinien für den Festzuschuss zugunsten der Versicherten vor. Dabei standen inhaltliche Klärstellungen und Erleichterungen für die praktische Umsetzung im Mittelpunkt.

Darüber hinaus vergab der GBA im selben Jahr Prüfaufträge zu Einzelaspekten an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dabei ging es um Fragen wie die „Relevanz der Beschaffenheit der Gegenbezahlung“ oder „Nutzen und medizinische Notwendigkeit von Suprakonstruktionen“.

Der GBA arbeitet bei der Beurteilung der Fragen zur Weiterentwicklung des Festzuschusses mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zusammen, dessen einschlägige Studie er z. B. in der Bewertung der Teleskopversorgungen zu Rate zog.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) legte im März 2007 einen „Bericht zum Sachstand der Umsetzung befundbezogener Festzuschüsse beim Zahnersatz“ vor, in dem es feststellt, dass das Festzuschussystem aus gesundheitspolitischer Sicht „durchaus positiv“ zu bewerten ist.

Laut diesem Bericht sind folgende positive Folgen des Festzuschusses zu verzeichnen:

- eine gerechtere Bezuschussung für alle gesetzlich Versicherten,
- ein Abbau der Überversorgung mit medizinisch nicht notwendigen Versorgungsleistungen,
- längere Tragezeiten des Zahnersatzes durch verbessertes Mundhygieneverhalten,
- eine veränderte Einstellung der Versicherten zur Notwendigkeit von Zahnersatz.

Des Weiteren stellt das BMG fest, dass die Selbstverwaltung, soweit Handlungsbedarf besteht, diesen durchsetzt und dementsprechend notwendige Änderungen in den Richtlinien realisiert.

Das Fazit gut zwei Jahre nach Einführung des Festzuschussystems lautet: Es besteht kein gesetzlicher Handlungsbedarf.

Hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen des Festkostenzuschusses für die gesetzlichen Krankenkassen ist festzustellen, dass ihre Ausgaben für Zahnersatz 2005 und 2006 deutlich niedriger lagen als 2004, und es gibt deutliche Anzeichen, dass sich die Ausgaben weiter stabilisieren.⁵

Bei dieser durchaus positiven Bilanz darf allerdings auch ein kritischer Aspekt nicht außer Acht gelassen werden. Eine Schattenseite der finanziellen Anreize und der finanziellen Beteiligung besteht in der nicht zu übersehenden Tatsache, dass der Zahnersatz in den Einflussbereich der „Geiz ist geil“-Mentalität hineingezogen wird. Als Stichworte seien hier nur genannt: McZahn mit dem Franchise-System für Zahnarztpraxen, Zahnersatz aus Billiglohnländern, Internetbörsen für Zahnersatz, kostengünstige Behandlungen im osteuropäischen Ausland. Dies geht in Einzelfällen so weit, dass gesetzliche Krankenkassen ihren Mitgliedern dazu raten, „Billigvarianten“ in Osteuropa in Anspruch zu nehmen. Dadurch verkommen medizinische und medizintechnische Leistungen zu Billigwaren, und es besteht die reale Gefahr eines Qualitätsverlusts durch Preisdruck. Neben den durchaus ernstesten Problemen für die Gesundheit der Versicherten, die daraus entstehen können, führte dies insbesondere in den Jahren 2005 und 2006 zu erheblichen wirtschaftlichen Einbußen bis hin zur Existenzbedrohung bei vielen zahntechnischen Betrieben in Deutschland.

Angesichts dieser kritischen Entwicklungen gilt es vor allem seitens der Ärzte und Krankenkassen verstärkt das Bewusstsein und die Eigenverantwortung der Versicherten

dafür zu schärfen, dass die Qualität der Versorgung einen hohen Stellenwert hat. Nicht zuletzt müssen wir dafür sorgen, dass es hier bei uns einen für alle Patienten optimalen und bezahlbaren Zahnersatz gibt.

3. Folgerungen

Aus dieser Bestandsaufnahme können wir eindeutige Folgerungen zum einen für eine Ausgliederung des Bereichs der Zahnmedizin aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und zum anderen hinsichtlich einer über kurz oder lang einzuführenden Kostenbeteiligung und medizinischen Grundversorgung für die Versicherten bzw. Patienten in unserem künftigen Gesundheitssystem ziehen.

Die logische Konsequenz aus der deutlich verbesserten Zahngesundheit und dem Zusammenhang von späterem Zahnverlust und (versäumter) Prävention (der der Bevölkerung auch durchaus bewusst ist) ist die Ausgliederung des Zahnersatzes oder auch der gesamten Zahnheilkunde aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Der hier gesparte Beitragsanteil reicht in jedem Fall für eine adäquate private Absicherung des Risikos aus.

Im Rahmen der Gesundheitsreformgesetze von 1997 und von 2003 wurden auf Initiative der CDU/CSU bereits erste Schritte in diese Richtung beschlossen, die aber leider aufgrund des Widerstands der SPD nicht konsequent weiterverfolgt werden konnten bzw. von Rot-Grün wieder rückgängig gemacht wurden.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) wurden der Zahnersatz und das Krankengeld ab Mitte 2005 aus der paritätischen Beitragsfinanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern ausgegliedert. Seither tragen die Versicherten bzw. Arbeitnehmer einen Teil ihres Krankenkassenbeitrags in Höhe von 0,9 % ihres beitragspflichtigen Einkom-

mens alleine. Gleichzeitig blieb der Zahnersatz eine GKV-Pflichtleistung. Diesen Kompromiss musste die Union mit der seinerzeit zusammen mit den Grünen regierenden SPD eingehen.

Das Ziel der CDU/CSU war es jedoch schon damals, den Zahnersatz vollständig aus dem Leistungskatalog der GKV auszugliedern und den Versicherten bei bestehender Versicherungspflicht die Möglichkeit zu eröffnen, individuell zwischen einer Zahnersatz-Versicherung in der PKV oder der GKV zu wählen. Hinsichtlich der Beitragshöhe für den ausgegliederten Bereich des Zahnersatzes wollte die CDU/CSU eine einheitliche Prämie einführen. Bei der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes setzte das SPD-geführte Bundesgesundheitsministerium allerdings durch, dass es bei einem prozentualen Beitrag blieb.⁶

Ich plädiere eindeutig für den jahrgangsweisen Ausschluss der Versicherten von der Erstattung des Zahnersatzes. Er war 1997 bereits einmal mit der Mehrheit von CDU/CSU und FDP beschlossen worden, wurde aber 1998 nach dem Wahlsieg von Rot-Grün umgehend wieder zurückgenommen mit dem Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG). Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz, der sog. Seehofer-Reform, wurde der Vorrang der Prävention in der zahnmedizinischen Versorgung festgeschrieben und bestimmt, dass für alle nach dem 31.12.1978 Geborenen ein Zahnersatz nur noch in Ausnahmefällen, wie bei Unfällen und Härtefällen, von den GKV-Kassen übernommen wird. Richtigerweise ging man davon aus, dass die nach diesem Zeitpunkt Geborenen ausreichend Prophylaxe in Anspruch nehmen konnten und dass ihnen Möglichkeiten zur Zahnerhaltung zur Verfügung standen, sodass sie das stark verringerte Risiko des Zahnersatzes selber tragen bzw. privat versichern können.

Die kontinuierlich positive Entwicklung der Zahngesundheit hat uns in den letzten Jahren darin bestätigt,

dass das jahrgangswise Ausklammern des Zahnersatzes, wie es im Rahmen der Seehofer-Reform beschlossen wurde, richtig ist. Deshalb werden wir dieses Ziel weiterverfolgen und für die notwendige politische Mehrheit werben, um es so bald wie möglich zu realisieren. Wir hätten jetzt schon acht Jahrgänge aus dem System entlassen können – leider wurde dies durch das unbedachte und allzu kurzsichtige Agieren von Rot-Grün versäumt.

Ohne Frage sind die Maßnahmen und Erfahrungen der Zahnmedizin nicht auf alle Bereiche der Medizin und des Gesundheitssystems zu übertragen. Sie setzen gleichwohl deutliche positive Ansatzpunkte für Änderungen in den übrigen Fachgebieten:

- Es ist möglich, einen Konsens zu finden, welche Versorgung und Therapie einfach, zweckmäßig und notwendig ist. Der GBA hat sich in dieser Hinsicht bei der Festlegung und dynamischen Weiterentwicklung der Regelversorgung beim Festzuschuss für den Zahnersatz bewährt.
- Die Bereitschaft, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, ist bei den Bürgern durchaus vorhanden.
- Diese Bereitschaft kann durch Aufklärung und finanzielle Anreize wirkungsvoll unterstützt werden.
- Die Patienten akzeptieren, dass sie selbst einen guten Teil Verantwortung für ihre (Zahn-)Gesundheit tragen und je nach eigenen Wünschen einen mehr oder weniger hohen finanziellen Beitrag zu leisten haben.

Auch wenn es politisch derzeit nicht opportun scheint, dies offen und ehrlich zu sagen, ist es der verantwortlichen Politik klar, dass Eigenverantwortung und Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen eine immer größere Rolle spielen werden.

So heißt es auch im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD von 2005 zum Thema Staatsfinanzen: „Nicht alles, was wünschenswert ist, wird der Staat zukünftig be-

reitstellen können. Dem Einzelnen wächst eine größere Eigenverantwortung zu. Diesen Übergang werden wir mit sozialem Augenmaß gestalten.“ Dies gilt angesichts der demografischen Veränderungen und der bekannten Probleme unserer Sozialversicherungssysteme eindeutig auch für das Gesundheitssystem.

Literatur

AOK (Hrsg.): Zahlen und Fakten 2006/2007.

Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zum Sachstand der Umsetzung befundbezogener Festzuschüsse beim Zahnersatz vom 7.3.2007.

Deutscher Bundestag: Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zum Entwurf des GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). BT-Drucksache 15/1600.

Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf des Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG). BT-Drucksache 13/7264.

Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG). BT-Drucksache 14/24.

Deutscher Bundestag: Stenografischer Bericht vom 20.3.1997. Plenarprotokoll 13/166.

Deutscher Bundestag: Stenografischer Bericht vom 10.12.1998. Plenarprotokoll 14/14.

Deutscher Bundestag: Stenografischer Bericht vom 26.9.2003. Plenarprotokoll 15/64.

Fedderwitz, Jürgen / Micheelis, Wolfgang / Schmidt-Garreht, Elfi: Das Festzuschusssystem als Steuerungsinstrument in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Ulrich, Volker / Ried, Walter (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung. Festschrift für Eberhard Wille. Baden-Baden 2007.

Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Ko-

alitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005 (II. Staatsfinanzen nachhaltig konsolidieren – Steuersystem zukunftsorientiert reformieren) (www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/koalitionsvertrag.html).

Institut der Deutschen Zahnärzte: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Köln 2006 (= DMS IV).

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. 3: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden 2001.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Baden-Baden 2003.

Anmerkungen

¹ Erste Einrichtungen der Jugendzahnpflege gab es in Deutschland bereits Ende des 19. Jahrhunderts. Die Gruppen- und Individualprophylaxe zur Verhütung von Zahnerkrankungen wurde dann zum 1.1.1989 mit dem Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheitsstruktur-Reformgesetz – GRG) vom 20.12.1988 in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt. Nach § 364 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) durften die Krankenkassen jedoch schon früher Mittel für besondere und allgemeine Krankheitsverhütung verwenden. Dies war die Rechtsgrundlage für freiwillige Zahnprophylaxemaßnahmen, die von den Krankenkassen zum Teil mit besonderem Engagement und Mitteleinsatz gefördert wurden.

² Im Vergleich zu 1997 ist bei Kindern die Karieserfahrung um knapp 60 % zurückgegangen. Ursache hierfür sind eindeutig regelmäßige Zahnarztbesuche und die Ausweitung der vorsorglichen Versiegelung der Kauflächen bleibender Backenzähne im Rahmen der zahnärztlichen Individualprophylaxe. Allerdings ist die Kariesverteilung sehr unterschiedlich nach sozialer Schichtzugehörigkeit (DMS IV).

³ Parodontalerkrankungen haben seit 1997 um rund 25 % zugenommen. 53 % der Erwachsenen weisen mittelschwere und 21 % schwere Parodontalerkrankungen auf, bei Senioren sind 48 % von mittelschweren und 40 % von schweren Beschwerden betroffen (DMS IV).

⁴ Die SPD-Fraktion stand der Einführung des Festkostenzuschus-

ses ausdrücklich kritisch gegenüber. Man empfand sie als „schwierig“ und legte Wert darauf, ausdrücklich festzuhalten, dass „bei den Zuzahlungen soziale Abfederungen hätten eingebaut werden können“ (BT-Drucksache 15/1600).

⁵ Die Ausgaben der GKV-Kassen für Zahnersatz lagen 2004 bei 3,7 Mrd. €. Sie gingen im Jahr 2005 um 33,7 % auf 2,4 Mrd. € zurück (Zahlen und Fakten 2006/2007).

⁶ Durch die Abschaffung der paritätischen Finanzierung von Zahnersatz und Krankengeld reduzierte sich zum 1.7.2005 der Beitragsatz pauschal um 0,9 Prozentpunkte. Gleichzeitig erhöhten sich die von den Versicherten zu leistenden Beiträge um denselben Betrag, sodass im Endeffekt der Beitrag der Versicherten um 0,45 % stieg.