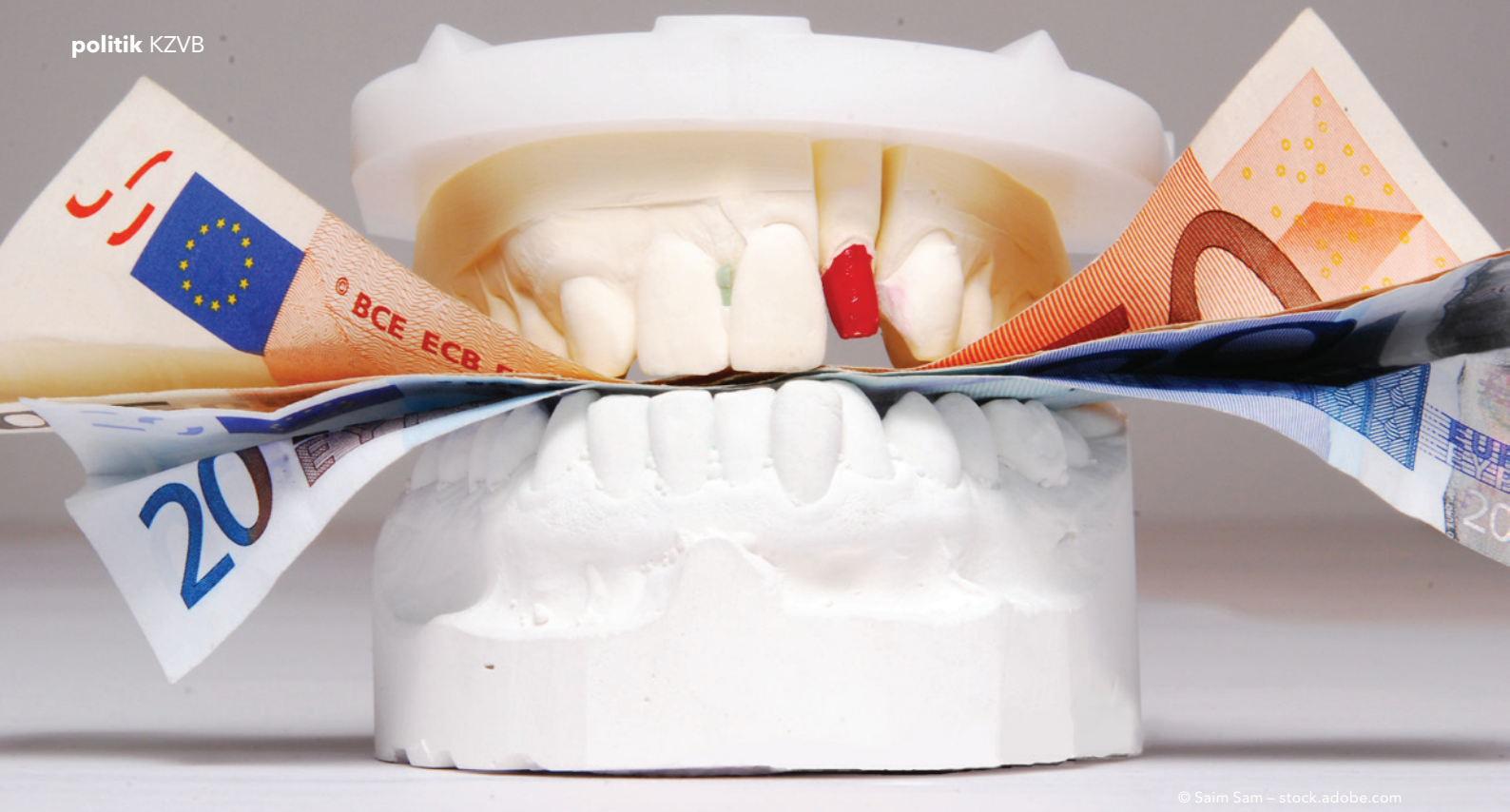




© Saim Sam – stock.adobe.com

Unbedachter Schnellschuss mit fadem Nachgeschmack

Prof. Dr. Andreas Beivers über Zahnmedizin in der GKV

Auch wenn der Vorschlag des Wirtschaftsrates der CDU, zahnmedizinische Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu entfernen, gesundheitspolitisch zunächst abgeräumt wurde, lohnt sich doch ein detaillierter gesundheitsökonomischer wie auch medizinischer Blick – denn ganz vom Tisch sind dergleichen holzschnittartige Reformvorschläge langfristig leider nicht.

Zahnmedizin raus aus dem Leistungskatalog – ein medizinischer und gesundheitsökonomischer Irrweg?

Der Vorschlag mag auf den ersten Blick als gute und schnelle Sparmaßnahme erscheinen, gesundheitsökonomisch ist er jedoch weder effizient noch nachhaltig. Im Gegenteil! Er würde Kosten verlagern, Ungleichheit verschärfen und kann langfristig sogar Mehrausgaben erzeugen – und hat vor allem einen großen Webfehler: Er löst kein einziges Problem der GKV-Finanzierung. De facto bestehen nämlich diverse Probleme auf der Einnahmeseite, der Nachfrageseite sowie auf der Ange-

botsseite. Dergleichen Vorschläge wirken eher wie ein hilfloser Versuch, durch schnelle, nicht strukturierte, sondern eher affektierte Handlungen immer wieder neu auftretende Finanzlöcher zu stopfen. Selbst nach GKV-Logik ist die Zahnmedizin kein dominanter Ausgabenblock: Für die zahnärztliche Versorgung inkl. Zahnersatz wurden 2024 rund 18,2 Milliarden Euro ausgegeben – das sind 5,6 Prozent der GKV-Gesamtausgaben. Eine radikale Kürzung löst daher strukturelle GKV-Finanzprobleme sicherlich nicht – kann aber erhebliche Folgekosten auslösen.

Zahnmedizin ist integraler Bestandteil der medizinischen Grundversorgung. Erkran-

kungen der Mundhöhle stehen in engem Zusammenhang mit systemischen Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Frühgeburten, wie etliche Studien beweisen. Werden präventive und frühtherapeutische Leistungen aus der solidarischen Finanzierung herausgenommen, steigt das Risiko späterer, deutlich kostenintensiver Folgeerkrankungen. Gesundheitsökonomisch gilt gerade in diesem Bereich: Prävention ist günstiger als Reparatur. Die Streichung zahnmedizinischer Leistungen aus der GKV würde daher die gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsausgaben sicherlich nicht dauerhaft senken, sondern Kosten schlichtweg in spätere stationäre Be-

handlungen, andere Sozialversicherungssysteme oder direkt auf die Betroffenen verlagern.

Gerade internationale Erfahrungen zeigen: Wo Zahnmedizin privatisiert wird, steigen Notfallbehandlungen und Krankenhausaufenthalte wegen vermeidbarer Infektionen an. Hier ist die empirische Evidenz erstaunlich klar: Als der US-Bundestaat Illinois die öffentliche Erwachsenen Zahnversorgung auf die reine Notfallbehandlung kürzte, stieg laut einer Studie der American Dental Association die Anzahl der Notaufnahmen wegen dentaler Probleme um 48 Prozent (siehe QR-Code). Passend dazu zeigt auch eine Studie aus England von Douglas und Smith 2022, dass schwere dentale (odontogene) Infektionen zu ernstesten, potenziell lebensbedrohlichen Komplikationen von Zahnkrankheiten führen können und stationäre Behandlungen notwendig machen. Viele Zahninfektionen wären durch frühzeitige zahnärztlich-chirurgische Behandlung gut beherrschbar gewesen. Die Autoren zeigen anhand routinemäßig erhobener NHS-Krankenhausdaten einen starken Langzeitanstieg (Faktor 3,5) der stationären Aufnahmen bei der Behand-



lung schwerer dentaler Abszesse in den letzten 20 Jahren (Douglas und Smith 2022, siehe QR-Code). Daher ist die Argumentation „Zähne sind separierbar“ medizinisch wie ökonomisch fragwürdig. Die Literatur zeigt auch konsistent Zusammenhänge zwischen Parodontitis und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Noch greifbarer wird es bei Diabetes: Eine aktuelle Übersichtsarbeit von Simpson et al. 2022 kommt zu dem Ergebnis, dass Parodontitisbehandlung die Blutzuckerkontrolle (HbA1c Langzeitblutzucker) nach drei bis vier Monaten im Mittel um 0,43 Prozentpunkte verbessert (siehe QR-Code). Ökonomisch übersetzt bedeutet dies: Wer zahnmedizinische Prävention schwächt, riskiert mehr Folgeerkrankungen und mehr teure Chroniker-Kosten.



Soziale Spaltung mit volkswirtschaftlichen Folgen

Wenn die Zahnmedizin aus der Solidargemeinschaft fällt, wird die Versorgung stärker einkommensabhängig. Gerade sozial benachteiligte Gruppen würden Vorsorge meiden und Behandlungen auf-

schieben. Schlechte Mundgesundheit führt jedoch zu Arbeitsausfällen, Produktivitätsverlusten und geringerer Beschäftigungsfähigkeit. Aus volkswirtschaftlicher Perspektive untergräbt der Vorschlag somit die Leistungsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung. Die GKV basiert auf dem Prinzip, gesundheitliche Risiken kollektiv abzusichern. Zahnmedizin auszugliedern, bedeutet, ein klar abgrenzbares Krankheitsrisiko zu individualisieren – ein Bruch mit der Logik der sozialen Krankenversicherung. Zudem entstehen zusätzliche Transaktionskosten durch private Zusatzversicherungen, die gesamtwirtschaftlich ineffizient sind.

Zurück zum Problem: Was muss wirklich geschehen?

Fast täglich überschlagen sich derzeit die Meldungen bezüglich der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Diese ist extrem angespannt, da die Ausgaben rapide ansteigen, insbesondere für die Krankenhausbehandlungen und Arzneimittel. Tiefgreifende Strukturreformen tun dringend Not, auch um unsere Solidargemeinschaft zusammenzuhalten. Freiwillig gesetzlich Versicherte zahlen derzeit (mit Arbeitgeberbeiträgen) über 1.200 Euro monatlich in die GKV ein – ein

ANZEIGE



DENTALES ERBE

500.000
EXPONATE
AUS 5.000
JAHREN



Spenden Sie jetzt zum Erhalt und zur Archivierung unserer dentalhistorischen Sammlung!
www.zm-online.de/dentales-erbe

Sie können direkt auf folgendes Konto spenden:
Dentalhistorisches Museum
Sparkasse Muldental
Sonderkonto Dentales Erbe
IBAN DE06 8605 0200 1041 0472 46

Bei Angabe von Namen und E-Mail-Adresse wird eine Spendenquittung übersandt.



hoher Betrag, für den sie eine entsprechende Gegenleistung erwarten. Steigende Beitragssätze in Kombination mit reduzierten Leistungsansprüchen werden hier zu noch mehr Unmut führen. Daher bedarf es struktureller Reformen, die das System effizienter und günstiger machen, aber sicherlich keine plumpen Rationierungsdebatten.

Strukturelle Reformen können dem Grunde nach in drei Möglichkeiten aufgeteilt werden:

1. Einsparungen durch Leistungskürzungen, bis hin zu der Frage, was Grundleistungen sind und was nicht; eine
2. Etablierung neuer Finanzierungslogiken wie eine Bürgerversicherung oder eine
3. verbesserte Steuerung des Nachfrageverhaltens durch mehr Eigenverantwortung und Effizienz.

Auch wenn alle drei Elemente zielführend sein können, scheint derzeit der dritte Weg der Klügste, denn: Ideen, dass künftig jede Kasse einen günstigeren Basistarif anbieten soll, welcher eine „gute Grundversorgung“ sicherstellt und zusätzliche Leistungen als optionale Zusatzpakete (wie beispielsweise die Zahnmedizin) hinzubuchbar sind, sind hoch komplex und müssen genau auf ihre Wirksamkeit und Tauglichkeit überprüft werden. Dergleichen Diskussionen sind allerdings gesellschaftspolitischer Sprengstoff, würden sie doch auch zu solchen Fragen führen, ob Menschen über 80 Jahre noch ein neues Hüftgelenk bekommen sollen. Eine Begleitung durch den Ethikrat wäre unabdingbar, ebenso wie eine breite gesellschaftliche Debatte – mit ungewissem Ausgang. Nimmt man einzelne Leistungsbereiche heraus und ändert ansonsten nicht substanziell das Nachfrage- und Angebotsverhalten durch neue Anreize, wird das Ausgabenwachstum in den bestehenden Leistungsbereichen schnell dazu führen, dass die gleichen Probleme bald zurückkommen. Das zeigt auch die Reformhistorie, in der es bis dato noch nie wirklich gelungen ist, die Leistungsausgaben in Summe mittelfristig in den Griff zu bekommen. Ebenso wären für grundlegende Finanzierungsreformen breite Mehrheiten im Bundestag erforderlich, die derzeit zum einen nicht existieren und auch im Koalitionsvertrag der jetzigen

Bundesregierung ausgeschlossen wurden. Wenn man also die Chancen und die Zeit in der jetzigen Legislaturperiode nicht weiter unnötig verplempern möchte, muss man sehr zügig Modelle vorlegen, wie man das Nachfrageverhalten durch kluge Anreize besser steuern kann und dadurch auch mittel- und langfristig Kosten gespart werden können.

Effizienz durch bessere Steuerung und Bonusprogramme

Durch neue Wahloptionen des GKV-Versicherungsvertrags können sich hier spürbare Veränderungen ergeben. Der Ansatz des Primärarztsystems zur effizienteren Steuerung von Patienten ist dabei gut, aber aus gesundheitsökonomischer Sicht unzureichend. Denn er fokussiert sich auf ein Nadelöhr und die ohnehin schon knappen Ressourcen in den hausärztlichen Praxen. Ein gesundheitsbezogenes Bonusprogramm könnte hingegen dazu beitragen, die koordinierte Inanspruchnahme von Leistungen zu fördern, Prävention und Eigenverantwortung zu stärken sowie gleichzeitig die Akzeptanz eines Primärarztsystems spürbar zu erhöhen. Weiter müssten verbindliche Standards für digitale Ersteinschätzung, Navigation und koordinierte Versorgung festgelegt und angemessen vergütet werden. Die Steuerung muss dabei multiprofessionell organisiert werden: Hausärzte können die zentralen Akteure bleiben, dürfen aber nicht allein verantwortlich sein. Sie

allein werden das nicht stemmen können. Weiteres Gesundheitspersonal, Telemedizin und regionale Versorgungszentren müssten systematisch eingebunden werden.

Was kann dies für die Zahnmedizin bedeuten?

Schon seit den großen Reformen in den 1990er-Jahren ist die Zahnmedizin im Bereich Prävention und Eigenverantwortung Vorreiter. Sie hat als erster und einziger medizinischer Leistungsbereich die Eigenverantwortung, u. a. durch Prophylaxe und auch Zuzahlungen, sehr erfolgreich umgesetzt. Kein anderer Versorgungsbereich ist hier so weit. Daher sollte eine sinnvolle Reform eher auf die Zahnmedizin blicken und schauen, was von dort aus auf andere Bereiche übertragbar ist. Aber Wasser in den Wein – auch in der Zahnmedizin muss darüber nachgedacht werden, was man verbessern kann und wie neue Anreize implementiert werden können. Das geht aber nicht im Schnellschuss, sondern nur durch fundierte Arbeit, vor allem unter Beteiligung derjenigen, die es betrifft: Die Patienten, die Zahnärzte und die Kostenträger. Sich hier mit klugen Konzepten einzubringen, ist wichtig, um den „Weißen Elefanten im Raum“, nämlich schnelle aber kaum wirksame Einsparungen auf Kosten der Zahn- und Mundgesundheit, auch langfristig vom Tisch zu bekommen.

