



Neuer Reformeifer durch falsche 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.

von Walter Winkler (Generalsekretär des VDZI)



VDZI-Generalsekretär Walter Winkler

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 nach der Literatur falsch.

Zahnverlust ist vielmehr die Folge sehr verschiedener beeinflussbarer und unbeflussbarer vorangegangener Erkrankungsursachen und komplexer Umstände, von denen Karies und akute Parodontopathien neben den natürlichen altersbedingten Veränderungen (z.B. Parodontose) lediglich eine zentrale Rolle spielen.

Gegen die interessengeleitete aber dennoch falsche Ansicht, dass Zahnersatz durch Prophylaxe 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 behandeln 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. 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, Mager-sucht!)
- 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, wie Ziller und Micheelis bestätigen:

- „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 Ab-rasion der Zahnhartsubstanz, Parafunktionen, Dys-funktionen, Zahnstellungs-anomalien, Traumata, mechanisches Versagen von Zahnhartsubstanz – z.B. durch Zahnteilfrakturen, keilförmige Defekte – können neben Karies und Parodontopathien die orale Gesundheit verändern und zum Funk-

tionsverlust führen (...)“ (Ziller, S. 65)

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 schichtspezifischen Ungleichgewichte muss gerade eine soziale Krankenversicherung zu lösen versuchen.

- Sämtliche kariösen Zähne sind bei den 35- bis 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.

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.

Behauptung 2: Der proportionale Zuschuss ist ungerecht. Er ermöglicht den Beziehern hoher Einkommen einen auf-

wändigeren 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- bis 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. Beziehung 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 niedrigem und höherem Bildungsstand/Einkommen ist daher nicht einkommensbedingt, sondern Folge eines unterschiedlichen Versorgungsbedarfes, der mit unterschiedlichen Versorgungslösungen bewältigt wird. Angesichts der engen Vorga-

ben des Gesetzes, der Einschränkungen des Gesetzgebers mit den Reformen der Vergütung, der Begutachtungspraxis nach § 30 Abs. 4 SGBV 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 Versorgungsformen 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 unabhängigen Versorgung 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 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 zurückzuführen 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 und ungerechtes Ergebnis eines Festzuschuss-Systems.

Der Artikel wird in der August Ausgabe der ZT Zahntechnik Zeitung fortgesetzt: Dann widerlegt Walter Winkler die nachfolgenden Behauptungen 3 und 4:

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

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

ZT 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: „Kosteneffizienz 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“

ZT Adresse



VERBAND
DEUTSCHER
ZAHN-
TECHNIKER
INNUNGEN

Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI)
Max-Planck-Str. 25
63303 Dreieich/Frankfurt am Main
Tel.: 0 61 03/37 07-0
Fax: 0 61 03/37 07-33
E-Mail: info@vdzi.de
www.vdzi.de