



## 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), Teil 2



VDZI-Generalsekretär Walter Winkler

Nachdem die Behauptungen

1. Prophylaxe macht Zahnersatz überflüssig. Jeder kann durch eigene Vorsorgebemühungen Zahnersatz weitgehend vermeiden.
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.

bereits in der Juli-Ausgabe der ZT Zahntechnik Zeitung kritisch kommentiert wurden, folgt nun Teil 2 unserer Anmerkungen zu „Behauptungen“ in der Zahnersatzversorgung.

### 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 SGBV sollen heute schon aufwändigere Versorgungsbegutachtet 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 zurückführen.

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 Rest-

zahnbestand 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 fest-sitzenden Zahnersatz. Der ‚Gewinn‘ an erhaltenen Zähnen wirkt sich in einem Anstieg des fest-sitzenden 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 steigen die Material- und Laborkosten. Die „Fallkosten“ steigen. Dieser Effekt einer verbesserten Zahngesundheit der alters-

mäßig 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 auf Grund 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 (ein natürlicher Zahn ist noch vorhanden), verschiebt sich der Honoraranteil auf Grund des hier höheren Zahntechnik-Aufwandes auf 43,8 zu 56,2 % Material- und Laborkostenanteil. Diese Anteilsverschiebung ist aber weder die Folge einer veränderten Einzel-

leistungsabrechnung 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 %.

### ZT Quellen

Wolfgang Micheelis, Elmar Reich: „Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III)“, Hrsg. 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“, Hrsg. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Zahnärzte Verlag DAV-Hanser, Köln München 1999

Ernst Schroeder: „Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2020“, Hrsg. I+G Gesundheitsforschung, München 2001

Sebastian Ziller, Wolfgang Micheelis: „Kosteneffizienz durch Prävention? – Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen“, Hrsg. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Deutscher Zahnärzte Verlag DAV GmbH, Köln 2002

DAZ-forum 80/2003, Seite 9–10: „DAZ fordert ausreichende Grundversorgung auch im Zahnersatz-Bereich“

– 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 Prothetik-honorar 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. ■

### ZT Adresse

VERBAND DEUTSCHER ZAHNTECHNIKER INNINGEN

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

## Kompromiss beim Zahnersatz

Leistungsgerechte und faire Strukturen sind mehr denn je gefragt

Dreieich, 21. Juli 2003 – Regierung und Opposition haben sich darauf geeinigt, ab 2005 den Zahnersatz in eine obligatorische Zusatzversicherung zu überführen. Die Patienten sollen zwischen einer Extra-Versicherung in der GKV und einer Privatversicherung wählen können. Der VDZI betrachtet den Kompromiss mit großer Skepsis. Der Kompromiss lasse sehr viele Fragen zum Versicherungsschutz und den Versorgungsstrukturen offen, die brisant sind und nur politisch gelöst werden könnten. Zufrieden äußert sich der Verband über das Konzept einer Versicherungspflicht für Zahnersatz. Nur so könne eine drohende Fehl- und Unterversorgung bei Zahnersatz einkommensschwacher Bevölkerungskreise vermieden werden. Dies ist auch wichtig für die zahntechnischen Meisterbetriebe, da gerade sie in

den letzten Jahren schwerste Belastungen aus der Reformhektik zu tragen hatten. So zwingen die Absenkung der Preise um 5 Prozent und die Nullrunde in diesem Jahr die Mehrheit der Betriebe in die Verlustzone.

Hinsichtlich des Gestaltungsrahmens eines fairen System-Wettbewerbes zwischen GKV und PKV fehle jedoch im Kompromiss jede Vorstellung. VDZI-Präsident Lutz Wolf mahnt daher zur Vorsicht: „Man betritt mit dem Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV in der Zahnersatzversorgung Neuland. Die rechtlichen Regeln, die einen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung – aber mehr noch gegenüber den Leistungsanbietern – gewährleisten sollen, müssen erst entwickelt werden. Einige Punkte sind hierfür von zentraler Bedeutung: Für

alle Krankenversicherungen muss uneingeschränkt das Wettbewerbs- und Kartellrecht gelten. Versicherungen dürfen nicht direkt oder indirekt als zahnmedizinische oder zahntechnische Leistungsanbieter auf dem Markt auftreten können und öffentliche Stellen wie etwa Sozialhilfeträger, Justizvollzugsanstalten oder Versicherungen dürfen nicht befugt sein, direkte Einzelverträge mit Leistungserbringern zu vereinbaren. Aus der Sicht der Patienten müssen die Grundprinzipien einer qualitätsorientierten Versorgungsstruktur beibehalten werden. Dazu gehört eine klare Bestimmung des Versicherungsschutzes in der Zahnersatzversorgung als Mindestqualität.“

Daher sieht der VDZI in den ebenfalls geplanten Festzuschüssen bei Zahnersatz genau das Gegenteil von Leistungstransparenz und Qua-

litätssicherung für die Patienten. Sie wirkten dem Ziel einer individuellen, bedarfsgerechten Versorgung entgegen und seien zudem unsozial. Die bestehende Leistungstransparenz für die Versicherten, vor allem die Beibehaltung eines eigenständigen zahntechnischen Leistungsverzeichnisses und die Garantie, dass der Patient eine Kopie der Rechnung des zahntechnischen Labors erhält, bleiben unabhängig vom Versicherungssystem unverzichtbar. Aus grundsätzlichen ordnungspolitischen Überlegungen ist auch die konsequente Einhaltung der freiberuflichen Grenzen des Zahnarztes bei der Beschaffung zahntechnischer Leistungen zu sichern.

Der VDZI wird seinen Beitrag leisten, um die rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass auch zukünftig eine innovative und qualitätsorientierte Versorgung mit Zahnersatz in leistungsgerechten Strukturen für die Bevölkerung stattfindet. ■

## Auszeichnung in Gold

Jan Langner erhält die Ehrennadel des VDZI

Nicht ausschließlich das besondere Engagement in der Berufspolitik ist es, das bei der



Aus den Händen des Präsidenten Lutz Wolf (re.) erhält ZIM Jan Langner die Goldene Ehrennadel des VDZI.

Entscheidung zur diesjährigen Verleihung der Goldenen Ehrennadel den Ausschlag gegeben hat. Jan Langner zeichnet sich vor allem durch herausragenden Einsatz für die

gesamte Zahntechnik und für die Ausbildung des Meister-nachwuchses im Handwerk

aus. So tragen neue und innovative Entwicklungen in der Zahntechnik, wie der allen bekannte Jet-Pin, seinen Namen und seine Handschrift und finden vielfachen Einsatz in den Labors seiner Berufskollegen. Für Jan Langner hat die Ästhetik einen hohen Stellenwert: Diese möchte er

stetig verbessern. Wir wünschen Zahntechnikermeister Jan Langner daher noch viele innovative Ideen und danken ihm für seinen Einsatz für das Zahntechniker-Handwerk. ■