

- eine große Lösung, die einen modernen, präventionsorientierten Leistungskatalog beinhaltet.

Der erste Lösungsansatz wurde verworfen, da er zu wenig den präventionsorientierten Ansatz des Gesetzes berücksichtigte. Der dritte Weg der großen Lösung scheiterte an den hohen Kosten, denn ein derartiger Leistungskatalog hätte die Aufwendungen der GKV für die zahnärztliche Versorgung um über 50% steigen lassen. Die letztlich präferierte mittlere Lösung mutet der Zahnärzteschaft einen hohen Preis zu: Die Neurelationierung erhöhte zwar für Füllungen die Bewertungszahlen des BEMA und damit die Honorierungen deutlich, senkte aber die Bewertungen für zahnprothetische Maßnahmen um über 8%, für kieferorthopädische Leistungen um 20–30% und für parodontologische Therapien sogar um rund 50% ab. Die Zukunft wird zeigen, ob diese drastischen Absenkungen, die sich ganz sicher ebenso deutlich in den betriebswirtschaftlichen Ergebnissen der einzelnen zahnärztlichen Praxen niederschlagen, negative Folgen für die Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten haben werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die BEMA-Umrelationierung nur an einigen ausgewählten Punkten ein echtes Mehr an primär- oder auch sekundärpräventiven Interventionsmaßnahmen ermöglicht, so beispielsweise bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit hohem Karieserkrankungsrisiko oder bei der Implementierung eines Grobscreenings zur Früherkennung von Parodontalerkrankungen in der Bevölkerung, während bei anderen Leistungen, beispielsweise im Bereich der zahnprothetischen Rehabilitation mit ihren tertiärpräventiven Potentialen keine präventionsorientierten Neuschritte in der Leistungscharakteristik vorgenommen werden konnten (Raff et al. 2004). Dazu war (und ist) die finanzielle Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem mit den gesetzlich vorgegebenen Budgetzwängen zu prädominant. Anders bzw. einfacher ausgedrückt: Begrenzte Mittel ermöglichen naturgemäß auch nur begrenzte Leistungen.

Mit dieser mittleren Lösung lässt sich als vielleicht wichtigste Funktionalität feststellen, dass ein sehr intensiver gesellschaftlicher Diskurs mit den ge-

sundheitspolitischen und sozialpolitischen Gruppen und Einrichtungen in Deutschland über die prinzipiellen Möglichkeiten einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Gang gesetzt werden konnte. Die versorgungspolitischen Potenziale der modernen Zahnmedizin (Folwaczny, Hickel 2004) lassen sich aber wohl nur dann wirklich erschließen, wenn ärztliche bzw. zahnärztliche Gebührensysteme in einen völlig neuen ordnungspolitischen Rahmen der Gesundheitssystemsteuerung gestellt werden würden, der den Patienten sehr viel mehr Wahlfreiheit und Selbstbestimmung bei der Inanspruchnahme moderner zahnärztlicher Dienstleistungsangebote einräumt und gleichzeitig das leistungseinengende Budgetdenken aufgeben würde.

Literatur siehe *Weiterführende Literatur zum Schwerpunktthema*.

Dr. Jürgen Fedderwitz
 Amt. Vorsitzender
 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
 Dotzheimer Str. 178
 65197 Wiesbaden
 Tel.: 0221/4001209
 s.braun@kzbv.de

Was wird sich im Bereich Zahnersatz ab 2005 ändern? Gesundheitsökonomische Auswirkungen

David Klingenberger

Für den Jahreswechsel hat der Gesetzgeber im Bereich Zahnersatz grundlegende Gesetzesänderungen mit zum Teil weitreichenden ordnungspolitischen Implikationen vorgesehen: 1) die Einführung befundbezogener Festzuschüsse und 2) die Absicherung des Zahnersatzes in einer eigenständigen Zahnersatzversicherung.

Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse verabschiedet sich die Gesundheitspolitik von der bisherigen prozentualen Kostenbeteiligung. In diesem Erstattungssystem stieg die Kostenbeteiligung der Krankenkasse unabhängig vom vorliegenden zahnmedizinischen Befund linear mit den Gesamtkosten an. Für die Versicher-

ten gab es unter diesen Bedingungen nur wenig Anreize zu einer kostenbewussten Inanspruchnahme von zahnprothetischen Leistungen. Zudem erwies sich diese Regelung für diejenigen Versicherten von Vorteil, die sich eine finanziell aufwändigere und damit hochwertigere Versorgung leisten konnten. Dabei galt die Kosten-

zusage der Krankenkasse nur für ganz bestimmte Therapieformen, d.h. die freie Wahl von Therapiealternativen war dem Patienten somit nur eingeschränkt möglich, wollte er den Anspruch auf den prozentualen Zuschuss nicht verlieren.

Das ab dem 1. Januar 2005 geltende System befundbezogener Festzuschüsse führt demgegenüber zu einer deutlichen Veränderung der Anreiz- und Verteilungswirkungen (Tiemann et al. 2003). Maßgeblich für die Höhe der Kassenleistung ist in Zukunft nicht mehr die individuelle Versorgung im Einzelfall, sondern diejenige Versorgung, die üblicherweise bei einem bestimmten Gebissbefund angewandt wird (sog. Regelversorgung). Da der Patient den Festzuschuss auch dann erhält, wenn er statt der Standardversorgung eine andere Versorgung wählt, ergeben sich hierdurch vermehrte Wahlmöglichkeiten für den Patienten und damit korrespondierend, mehr Therapiefreiheit für den Zahnarzt. Die Einführung wettbewerblicher Strukturen wird voraus-

sichtlich mit deutlichen Marktstrukturverschiebungen bei prothetischen Leistungen einhergehen und einen regelrechten Produktivitätsschub auslösen, da das System befundorientierter Festzuschüsse das Patienteninteresse an niedrigen Preisen im Gesundheitswesen stärkt und für den behandelnden Zahnarzt verstärkt Anreize setzt, sich wirtschaftlich zu verhalten und Druck auf Vorleistungserbringer (Zahnlabor u.ä.) auszuüben (Saekel 2004). Da eine aufwändigere Versorgung keinen höheren Zuschuss der Krankenkasse mehr zur Folge hat, ist das System der befundorientierten Festzuschüsse auch sozial ausgewogener. Eine systemimmanente, zahnmedizinisch indes nicht indizierte Therapiemittelausgrenzung (wie im System der prozentualen Kostenbeteiligung) kann mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse zugunsten einer zukunftsgerichteten Integration moderner zahnmedizinischer Therapiealternativen weitgehend vermieden werden. Die Zahnarzt-Patienten-Beziehung erhält unter diesen

Rahmenbedingungen eine größere Bedeutung, da mit den gestiegenen Wahlmöglichkeiten des Patienten zugleich dessen Beratungsbedarf zunehmen wird.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung war ursprünglich auch eine Absicherung des Zahnersatzes in einer eigenständigen Zahnersatzversicherung vorgesehen. Besonderes Charakteristikum der Zahnersatzversicherung ist, dass der für den Versicherungsschutz zu entrichtende Beitrag von den Mitgliedern allein zu tragen ist, was einer Abkehr vom Gedanken der paritätischen Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern gleichkommt. Ursprünglich sollten gesetzlich Versicherte ab 1. Januar 2005 für den Zahnersatz einen Pauschalbeitrag (in Höhe von ca. 6,70 Euro je Mitglied) zahlen und wählen können, ob sie den Zahnersatz bei einer gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung abschließen wollen. Mit Verweis auf Umsetzungsprobleme, Verwaltungsaufwand und Gerechtig-

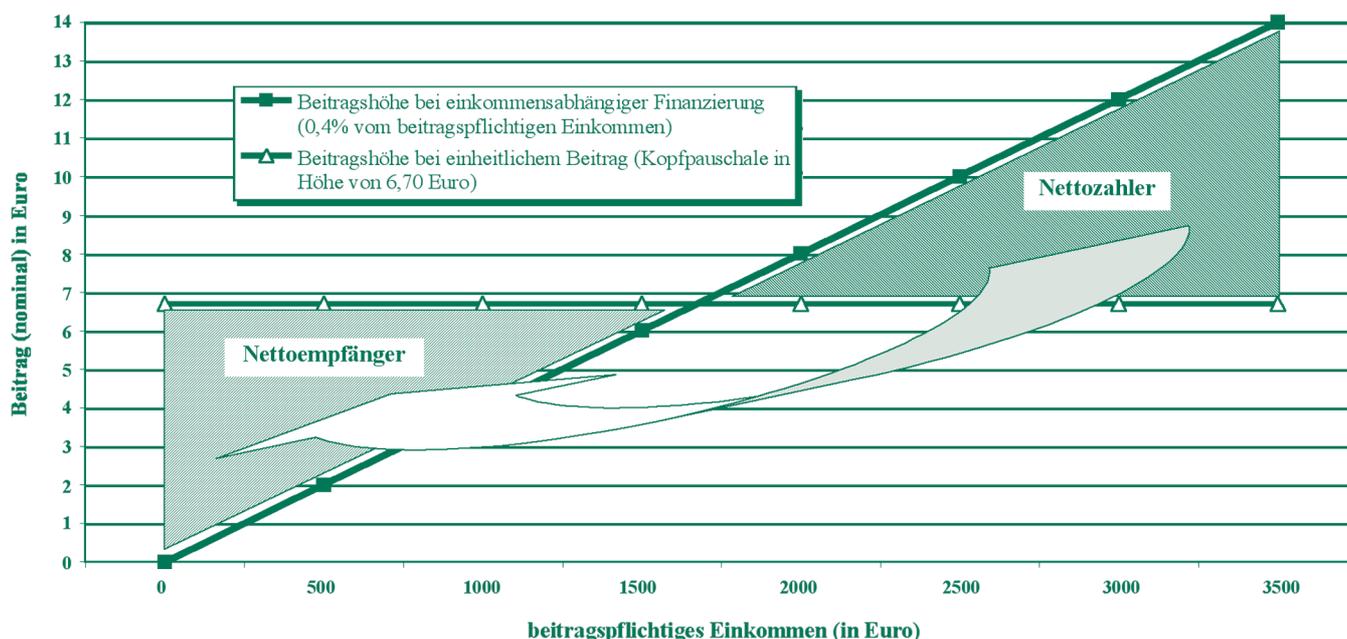


Abbildung 1: Vergleich der Verteilungswirkungen im Bereich Zahnersatz – Einkommensabhängige Finanzierung (0,4 Prozentpunkte) versus kleine Kopfpauschale (6,70 Euro).

keitsdefizite einer sog. „kleinen Kopfpauschale“ haben die Regierungsfractionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen im September 2004 den Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz eingebracht. Dieser sieht anstelle der ursprünglichen Kopfpauschale nun einen einkommensabhängigen Beitrag in Höhe von 0,4% des beitragspflichtigen Einkommens vor und die Wahlmöglichkeit zur privaten Krankenversicherung wurde aufgehoben. Dieser ordnungspolitische Richtungswechsel ist vor allem deshalb bemerkenswert, weil die Einführung einer sog. „kleinen Kopfpauschale“ im Bereich Zahnersatz gemeinhin als Versuchsfeld für eine umfassende Finanzierungsreform der Gesetzli-

chen Krankenversicherung nach dem Kopfpauschalenmodell galt. Die Finanzierung per Kopfpauschale ist in erster Linie aufgrund der damit verbundenen Verteilungswirkungen umstritten, obwohl sich die beiden Modelle in diesem Punkt nicht prinzipiell unterscheiden müssen (Wille 2004). Die gesundheitsökonomische Analyse macht deutlich, dass Versicherte mit einem Einkommen unterhalb von 1.675 Euro durch die Kopfpauschale zum Teil deutlich höhere Finanzierungslasten zu tragen haben (vgl. Abb. 1). Im Falle einer einkommensabhängigen Finanzierung wird dieser Personenkreis hingegen von den Mitgliedern mit einem Einkommen oberhalb von 1.675 Euro subventioniert. Die erforderliche öffentliche

Akzeptanz einer per „kleiner Kopfpauschale“ finanzierten eigenständigen Zahnersatzversicherung wird letztlich nur dann herzustellen sein, wenn die Politik glaubhaft verdeutlicht, dass die bisherigen GKV-internen Sozialtransfers (vgl. die beiden schraffierten Dreiecke) genauso gut und dauerhaft extern über das Steuersystem erfolgen können.

Literatur siehe *Weiterführende Literatur zum Schwerpunktthema*.

Dr. David Klingenberg
 Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
 Universitätsstr. 73
 50935 Köln
 Tel.: 0221/4001-144
 Fax: 0221/404886
 d.klingenberg@kzbv.de
 www.idz-koeln.de

Berliner Obdachlosenpraxen

Christian Bolstorff

Konnten Obdachlose in Berlin schon seit 1994 ärztliche Hilfe finden, so ist es der Zahnärztin Kirsten Falk zu danken, dass seit 1999 auch zahnärztliche Hilfe angeboten wird. Kirsten Falk setzte ihre Ideen mit Hilfe der „MUT Gesellschaft für Gesundheit m.b.H.“, einem gemeinnützigen Unternehmen der Ärztekammer Berlin, um und betreut sie ehrenamtlich.

In der Nähe von 2 Brennpunkten Berlins, dem Bahnhof Lichtenberg und dem Ostbahnhof, konnten zwei Zentren aufgebaut werden, an welchen Obdachlose ärztliche und zahnärztliche Hilfe finden, die Kleidung wechseln können sowie Essen und Trinken angeboten bekommen. Waren es anfangs nur schmerzstillende Maßnahmen, so ist es den Behandlern zu danken, dass jetzt auch Therapien wie z.B. Wurzelbehandlungen durchgeführt

werden, die sich über mehrere Sitzungen hinziehen können. Selbst einfacher Zahnersatz wird hergestellt, der in einem Dentallabor zu Sonderkonditionen gefertigt wird. Die Patienten werden unentgeltlich behandelt, die wenigen Obdachlosen, die gesetzlich versichert sind, können über die KZV abgerechnet werden. Die „Praxisgebühr“ von 10 € wirkt sich hier natürlich besonders ungünstig aus.

Sehr schnell stieg die Zahl der täglichen Behandlungen, 15 Patienten werden heute durchschnittlich in jeder Praxis betreut. Die Standorte werden jedoch nur überleben können, wenn die Mittel erhalten bleiben.

Die wenigen hauptamtlichen Mitarbeiter werden aus Geldern des Senats und der Stadtbezirke Lichtenberg und Friedrichshain finanziert und sind im „armen“ Berlin nur kurzfristig gesi-

chert. Obwohl die Obdachlosen aus allen Stadtbezirken stammen, ist eine Beteiligung aller Bezirke bisher nicht möglich. Ein Teil der Behandlungen wird ehrenamtlich von Kolleginnen und Kollegen durchgeführt. Die Zahnärztekammer Berlin hat seit 1999 die Praxen unterstützt. Nahezu die komplette Gerätschaft der bescheidenen Sprechzimmer resultiert aus Spenden von Handel und Industrie auf Bitten der Kammer, ebenso kann ein großer Teil der Verbrauchsmaterialien durch Betteln auf Industrieausstellungen erstanden werden. Zur materiellen Unterstützung entstand das gemeinnützige „Berliner Hilfswerk Zahnmedizin e.V.“, inzwischen unter der Schirmherrschaft der Zahnärztekammer Berlin, das Geldspenden einwirbt und davon die zahnärztliche Behandlung von Ob-