



Kap 6. Auf dem Weg zur GKV-light - das Märchen vom Luxusangebot der Kassen

Die Seitennummerierung ist identisch mit jener in der Buchveröffentlichung

6. Auf dem Weg zur GKV-light - das Märchen vom Luxusangebot der Kassen

Gerade diejenigen, die den Leistungskatalog der GKV »abspecken« wollen, bezeichnen sich selbst gerne als Retter einer sozialen Krankenversicherung. Die GKV müsse vor Überforderungen geschützt und von Ballast befreit werden, damit ihre Vorzüge weiterhin allen Mitgliedern zugute kämen. Dabei fällt es den Befürwortern einer GKV-light - zumindest verbal - nicht schwer, den Ballast von den vermeintlich wirklich wichtigen Leistungen zu trennen: Nur das medizinisch Notwendige und Unverzichtbare sollen die Kassen bezahlen, und alle darüber hinausgehenden »versicherungsfremden« Leistungen seien entweder von den Versicherten selbst oder von anderen öffentlichen Trägern zu finanzieren. Mit dieser Argumentation einher geht der Appell zu mehr Eigenverantwortung.

In der Praxis zeigt sich, daß die Definition von medizinisch notwendigen Leistungen im Zweifelsfall große Spielräume läßt und längst nicht alles, was heute als versicherungsfremd gilt, dieses Etikett auch verdient. Gemeint sind dabei Leistungen, die der Versicherte selbst zu verantworten hat oder die gar nicht in die Zuständigkeit der GKV fallen. Immer wieder genannt werden folgende Bereiche:

- riskante Lebensstile, die zu Erkrankungen oder Verletzungen führen
- Leistungen, die weitgehend Konsumcharakter haben und der allgemeinen Lebensführung zugerechnet werden können
- beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehepartnern
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung, die in erster Linie präventiven Charakter haben

Wären alle versicherungsfremden Leistungen ausgegliedert, wie es bei der Gesundheitsförderung bereits der Fall ist, bliebe als Standard nur ein medizinisch absolut notwendiges Kernangebot. Letzteres, so die gängige Vorstellung, umfasse die Pflichtleistungen der GKV; alles übrige müsse als Wahlleistung angeboten und vom Versicherten zusätzlich gezahlt werden. Damit würde sich die GKV ganz am Modell der Privaten Krankenversicherungen (PKV) orientieren. Wie eine solche Reduzierung auf das vermeintlich Wesentliche aussehen kann und was sie bewirkt, zeigt der Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Hier hat der Gesetzgeber mit der 3. Stufe der Gesundheitsreform eine Art Modellfall für die Umrüstung der GKV auf das System der PKV geschaffen.

Ermessensfrage: versicherungsfremd oder medizinisch notwendig?

Zweifelsfall riskanter Lebensstil¹

Unabhängig von der Frage, wer zahlt, ist unstrittig, daß die Folgen von riskanten Lebensstilen medizinisch behandelt werden müssen. Dabei ist es zunächst einerlei, ob es sich um die Betreuung nach einem Unfall auf der Skipiste oder die Kur für einen Alkoholabhängigen handelt. Werden diese Leistungen aus dem Katalog der GKV gestrichen und der privaten Verantwortung überlassen, bildet das individuelle Risiko die Grundlage für die Kalkulation der Beiträge - ein klassisches Merkmal der PKV. Aber auch den PKV fällt es in der Regel schwer, den Nachweis des eindeutigen Selbstverschuldens zu führen, wenngleich unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen verweigert werden.² Solange Autofahren, Rauchen, Alkoholgenuß und verletzungsanfällige Sportarten Teil der Alltagskultur sind,

¹ Im folgenden greifen wir auf die Arbeit von Wolfram Lamping zurück.

² So wurden bislang in der Regel die Kosten für die Behandlung oder die Rehabilitation von Alkoholkranken nicht übernommen. Mittlerweile hat jedoch die Rechtsprechung (Landgericht Hamburg und Oberlandesgericht Oldenburg 1996) dafür gesorgt, daß die PKV auch die Behandlung von Suchtkrankheiten bezahlen muß, allerdings keine Rehabilitationskuren.

gehört die Absicherung der damit verbundenen Risiken zum Standardtarif einer jeden Krankenversicherung, egal ob PKV oder GKV. Es ist einfach zu schwierig, die Grenze zwischen »riskanten« und »normalen« Lebensstilen zu ziehen. »Workaholics« und so manches Kantinenessen ließen sich ebenso in die Rubrik »riskanter Lebensstil« einordnen wie der regelmäßige Verzehr gängiger Fastfood-Menüs. Ungeklärt ist auch, wie riskantes Verhalten kontrolliert werden soll. Der Gedanke einer »Gesundheitspolizei« erscheint absurd.

Die Protagonisten einer »Sündensteuer« unterstellen den Versicherten eine generelle Neigung zum Mißbrauch sowohl von Leistungen der Krankenkassen als auch von Genußmitteln und Freizeitvergünstigungen. Dabei läßt sich zeigen, daß ein genußvoller Lebensstil gesundheitlich durchaus positive Folgen haben kann. So gibt es z. B. hinreichend Belege dafür, daß regelmäßiger und moderater Weinkonsum vorbeugend gegen Herzinfarkt wirkt. Die Pharmaindustrie würde sich glücklich schätzen, wenn sie für ihre Lipid-senker ähnliche Evidenzen in puncto Myokardinfarktprophylaxe aufweisen könnte wie Winzer für zwei Schoppen Rotwein pro Tag. Wer riskante Lebensstile zur Grundlage der Gestaltung von Versicherungsbeiträgen machen will, bewegt sich auf recht dünnem Eis.

Zweifelsfall Konsumgüter

Es wird nicht einfach sein, Leistungen aus dem Angebot der GKV zu entfernen, die in den Bereich des alltäglichen Konsums gehören. Die meisten dieser Angebote gehören nämlich bereits jetzt nicht zu den Aufgaben der GKV. Alle Leistungen der GKV dürfen nur im Zusammenhang mit einer medizinischen Indikation gewährt werden. Dazu gehören auch Leistungen, die für sich genommen in der Tat Konsumgüter oder Dienstleistungen sind, wie z.B. Taxifahrten zum Arzt. Auch das immer wieder als Beispiel genannte Brillengestell wurde nur bei Kurz- oder Weitsichtigkeit, also einer individuellen Beeinträchtigung, angeboten. Mittlerweile wird es nicht mehr von der Kasse bezuschußt; das gleiche gilt für die Batterien

von Hörgeräten, was insofern absurd ist, als Hörgeräte selbst sehr wohl von der Kasse bezahlt werden.

Dabei können sogar Leistungen, die auf den ersten Blick persönliche Angelegenheiten scheinen, unter bestimmten Umständen durchaus medizinisch erforderlich sein und damit in den Aufgabenbereich der GKV fallen. Das kann auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten für die Kassen interessant sein. So ist z.B. die Fußpflege für Diabetiker, deren Leiden zu extremer Sehschwäche bis hin zur völligen Blindheit geführt hat, eine für die Kasse geradezu kostensparende Dienstleistung. Bei sehbehinderten Diabetikern kommt es oft vor, daß sie sich bei der Fußpflege unbemerkt verletzen, was bei diesen zumeist schweren Erkrankungsfällen verheerende Folgen bis hin zur Amputation haben kann. Eine solche Amputation kostet bis zu 40000 DM, von den Folgekosten (Rollstuhl usw.) gar nicht zu reden. Regelmäßige professionelle Fußpflege wäre billiger.

Zweifelsfall Mitversicherung von Familienangehörigen

Die Überlegung, die Mitversicherung von Familienangehörigen nicht mehr aus den allgemeinen Krankenkassenbeiträgen zu finanzieren, sondern über den Staatshaushalt, ist - im Gegensatz zu den soeben angesprochenen Patentrezepten - zumindest einer Diskussion würdig. Es handelt sich praktisch um einen Familienlastenausgleich, also eine gesellschaftspolitische Angelegenheit, die als solche auch aus dem Steuertopf bezahlt werden könnte. Auch ist es richtig, daß die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehepartnern zu teilweise fragwürdigen Ergebnissen führt. So nimmt ein Spitzenverdiener mit nicht berufstätiger Ehefrau und zwei Kindern in der Regel die Position eines Nettoempfängers ein, d. h. er zahlt weniger in die GKV ein als er und seine Familie an Leistungen erhalten. Ein berufstätiges Ehepaar mit ebenfalls zwei Kindern, deren Arbeitseinkommen jeweils in der Nähe der Beitragsbemessungsgrenze liegt, ist zumeist Nettozahler, d. h. die Beitragszahlungen übersteigen in der Regel den Wert der

von der Familie in Anspruch genommenen Leistungen. Wie beim Ehegattensplitting in der Einkommensteuer haben Einverdienerhaushalte mit überdurchschnittlichem Einkommen auch in der GKV große Vorteile.

Den Überlegungen, den Familienlastenausgleich als »versicherungsfremde Leistung« aus der GKV herauszunehmen und dem Staat zu übertragen, liegt ein weitverbreitetes Mißverständnis über den Charakter unserer GKV zugrunde. Seinem Namen zum Trotz ist die GKV eigentlich keine Versicherung, sondern ein sozialer, nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip gebildeter Fonds zur Finanzierung von Behandlungskosten und anderen Krankheitsfolgen. Die Beitragseinnahmen der Krankenkassen sind keine kumulierten Versicherungsprämien, sondern ein Anteil der Arbeitnehmereinkommen für die Krankenversorgung aller Personen, die von diesem Einkommen leben müssen. Jedes Mitglied einer Krankenkasse zahlt einen prozentualen Anteil seines Arbeitseinkommens an seine Kasse. Aus dem so nach der individuellen Leistungsfähigkeit entstandenen Fonds werden dann die Krankheitsfolgekosten aller Einzahler und deren Familienangehörigen (nicht berufstätiger Ehepartner, Kinder) getragen. Insofern beschreibt das Wort »Krankenkasse« die Sache sehr viel präziser. Das Äquivalenzprinzip, wonach die Höhe der Leistungen der Höhe des Beitrages (oder umgekehrt) entspricht, ist in der GKV weitgehend ausgeschaltet. Dieses Prinzip gilt in der Sozialversicherung nur für Geldleistungen (Renten, Arbeitslosen- und Krankengeld), die in der GKV nur einen kleinen Teil ihrer Gesamtausgaben ausmachen¹. Bei den Sachleistungen der medizinischen Versorgung ist dieser Grundsatz bewußt ausgeschaltet, da jedem Versicherten ohne Ansehen der Person im Bedarfsfall die gleiche medizinische Betreuung zukommen soll.

¹ Die GKV war in ihrer ursprünglichen, von Bismarck konzipierten Gestalt in weiten Teilen eine Krankengeldversicherung. Seit dem Lohnfortzahlungsgesetz von 1969, das die Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung in den ersten sechs Wochen einer Krankheit verpflichtete, kommt der Auszahlung von Krankengeldern nur noch eine untergeordnete Rolle im Leistungsangebot der Kassen zu. Betrug der Anteil des Krankengeldes an den GKV-Ausgaben in den 60er Jahren noch bis zu 30 %, so liegt er heute bei ca.

o/o.

Zweifelsfall Gesundheitsförderung

Mit der Gesundheitsförderung hat die Bundesregierung einen Leistungsbereich aus der GKV gekippt, der wie kein anderer den Anspruch der Krankenkassen umsetzen sollte, als »Gesundheitskassen« zu gelten. Der §20 SGB V, der zuvor die Überschrift hatte »Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten«, hat seit dem 1. Juli 1996 nur noch den Titel »Krankheitsverhütung«. Der frühere Absatz 1 dieser Vorschrift ist ersatzlos gestrichen worden. Er gab den Krankenkassen die Aufgabe, »ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden«. Außerdem sollten die Kassen »den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken«. Entsprechende Projekte dürfen sie nun nicht mehr finanzieren. Sogar in der betrieblichen Gesundheitsförderung, einer allseits anerkannten und wichtigen Aufgabe, dürfen die Krankenkassen keine eigenen Projekte mehr machen. Sie müssen sich jetzt mit den Berufsgenossenschaften arrangieren. Entscheidend für die Konsequenzen dieser Streichung ist der Unterschied zwischen Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung. Es handelt sich um zwei grundverschiedene Felder der gesundheitlichen Prävention:

- *Krankheitsverhütung* zielt auf die objektiven Entstehungsbedingungen von Krankheiten. In erster Linie ist dies Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Gewerbeaufsicht und der Berufsgenossenschaften, die sich um die allgemeinen hygienischen Bedingungen Trinkwasser, Lebensmittel usw., Umwelteinflüsse und Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz zu kümmern haben. Die Krankenkassen sind auf diesem Gebiet nur im Rahmen des Impfschutzes tätig.
- *Gesundheitsförderung* hingegen setzt mit unspezifischen Maßnahmen bei den Rahmenbedingungen an, unter denen Menschen leben. Sie sollen in die Lage versetzt werden, gesundheitsbewußt zu leben, sich entsprechend zu ernähren und gesundheitsgefähr-

dende Gewohnheiten wie Rauchen oder Bewegungsarmut abzuliegen. Darum haben sich bislang fast ausschließlich die Krankenkassen gekümmert.

Es läßt sich darüber streiten, ob die Krankenkassen der geeignete Träger der gesundheitlichen Prävention und der Gesundheitsförderung sind. Der Medizinsoziologe Christian von Ferber ist z.B. der Auffassung, daß die GKV als Sozialversicherungssystem von ihrer Anlage her präventiv ausgerichtet ist: »Ein Sozialversicherungssystem muß ... um seiner Selbsterhaltung willen die Risiken, deren Abdeckung es übernimmt, so definieren oder zumindest so zu definieren versuchen, daß die Inanspruchnahme seiner Leistungen kalkulierbar und mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln beherrschbar bleibt.... Vorbeugende Gesundheitsvorsorge, soweit sie sozialer Hilfen, der Gesundheitshilfen, bedarf, muß daher dem Sozialversicherungsprinzip zugeordnet werden können. Dies macht es verständlich, daß Gesundheitsvorsorge sich dort entwickelt hat, wo 1. Versicherungsleistungen erspart werden können und 2. Maßnahmen zur Verfügung stehen, um diesen Effekt zu erzielen.« (von Ferber 1985, 16) Es ist sehr schwierig, wenn nicht unmöglich, den von v. Ferber unterstellten Wirtschaftlichkeitseffekt zahlenmäßig zu belegen. Es handelt sich um eine reine Plausibilitätsüberlegung, die nicht alle Experten teilen. Unter Gesundheitsökonomen gibt es auch die gegenteilige, genauso wenig empirisch abgesicherte These: Die Prävention sei für die GKV eine teure Angelegenheit, da sie bei Erfolg die Lebenserwartung der Menschen erhöhe, was zu mehr Behandlungskosten führe.

Tatsächlich hat die GKV die Gesundheitsförderung nicht in erster Linie in ihren Leistungskatalog aufgenommen, weil sie sich davon Kosteneinsparungen erwartete. Den Krankenkassen ging es vorrangig um eine Marketingstrategie, die gut verdienende Versicherte anwerben oder halten sollte. Vorreiter der Gesundheitsförderung waren im GKV-System die AOK und die Betriebskrankenkassen (BKK). Auf dem Ortskrankenkassentag 1977 wurde erstmals die Parole ausgegeben, die AOK zu einem dienstleistungsorientierten Unternehmen umzugestalten, das sich auch um die gesundheitliche Beratung ihrer Versicherten kümmern sollte. Der da-

malige Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Alfred Schmidt forderte, die AOK habe sich zum Thema Gesundheit »als Einrichtung zu präsentieren, die in diesem Felde Kompetenz besitzt«. Aus der zuvor mit schläfrigen Beamten, Ärmelschonern und muffigen Schalterhallen assoziierten Ortskrankenkasse sollte u. a. mit Hilfe attraktiver Angebote in der Gesundheitsförderung eine moderne, versichertenorientierte »Gesundheitskasse AOK« gemacht werden. Praktisch umgesetzt wurde diese neue Unternehmensphilosophie zunächst in einigen »Vorzeigekassen«, wie etwa der AOK Mettmann. Zur gleichen Zeit bemühten sich die BKKen um einen ähnlichen Weg. Sichtbares Zeichen war Anfang der 80er Jahre die Finanzierung bzw. Unterstützung von Forschungsprojekten zu gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz, die auch heute noch in vieler Hinsicht mustergültig sind. Erklärtes Ziel war die Profilierung der BKK als einer besonders betriebs- und versicherten-nahen Kassenart.

Ein Blick auf die Mitgliederstatistik der GKV zeigt, weshalb sich gerade die AOK und die BKK als ausgesprochen traditionell geltende Kassenarten für die Gesundheitsförderung stark machten. Beide hatten unter hohen Mitgliederverlusten zu leiden. Lag der Marktanteil der AOK 1950 noch bei 68,5 %, so sank er bis 1970 auf 52,1 %, um dann bis 1980 auf 46,7 % und bis 1987 weiter auf 43,9 % zu fallen. Die BKKen hatten zwar bis 1970 einen steigenden Marktanteil zu verzeichnen (von 11,4% 1950 auf 13,6%), mußten sich aber 1987 mit 11,6 % bescheiden. Gleichzeitig war der Marktanteil der Ersatzkassen kontinuierlich gewachsen: von 9,1 % 1950 auf 24,1 % 1970 und 34,5 % 1987.

Insbesondere für die AOK hatte die Abwanderung von Angestellten zu den Ersatzkassen eine deutliche Verschlechterung ihrer Risikostruktur zur Folge. Sie mußte sich vor allem für besserverdienende Angestellte attraktiv machen. Angesichts eines seit Ende der 60er Jahre so gut wie identischen Leistungskataloges in allen Kassen konnte sich eine einzelne Kassenart nur durch ihre besondere Präsentation hervorheben. Dafür bot sich die Gesundheitsförderung geradezu an, da sie zwei für den Wettbewerb mit den Ersatzkassen wichtige Eigenschaften aufzuweisen scheint:

- Es handelt sich um Leistungen, die vor allem gebildete und besser verdienende Schichten ansprechen, die es als »gute Risiken« für den Versichertenbestand zu halten oder zu gewinnen gilt.
- Wegen der relativen Unbestimmtheit der Leistungen, die sich hinter dem Wort »Gesundheitsförderung« verbergen, bietet sich hier ein Terrain zur Profilierung einer Kassenart gegenüber ihren Konkurrenten an.

Die nicht zu bestreitende Tatsache, daß die Gesundheitsförderung aus Gründen des Marketings und der politischen Kosmetik, kaum aber wegen gesundheitspolitischer Zielsetzungen Eingang in die GKV gefunden hat, spricht jedoch nicht gegen diesen Leistungsbe- reich als solchen. Zu prüfen ist die Qualität der Angebote, die die Krankenkassen in der Gesundheitsförderung gemacht haben, und nicht deren unternehmenspolitische Zielsetzungen.

Die Krankenkassen¹ gaben 1995 rund 1,6 Mrd. DM für Gesundheitsförderung und soziale Dienste aus. Das macht pro Mitglied etwa 28 DM, d. h. 0,6 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV. Trotz dieser relativ geringen Summe war die Gesundheitsförderung in den Medien schon seit längerem unter Beschuß geraten. Laufend wurde in der Presse und einschlägigen Fernsehmagazinen über Fälle von in der Tat dubiosen Angeboten von Krankenkassen berichtet, wie Disco-Abende für Berufsanfänger, Snowboard-Wochenenden, Partytips für Hausfrauen oder die immer wieder gern zitierten Bauchtanzkurse. Tenor der Berichterstattung war durchweg: Die Krankenkassen schreiben rote Zahlen, werfen aber unter dem Etikett »Gesundheitsförderung« Millionenbeträge zum Fenster hinaus für Freizeitvergnügen kerngesunder Mitglieder. In dieses negative Bild paßten auch die meist ausgesprochen peinlichen Werbespots der Krankenkassen oder die Sponsorentätigkeit für Profifußballklubs², auch wenn diese Aktivitäten nicht über die Haushaltskonten der Gesundheitsförderung, sondern über die all- gemeinen Verwaltungskosten abgerechnet werden.

1 Wir danken Gerd Marstedt für das bereitgestellte Material zur Frage der Gesund- heitsförderung.

2 Die AOK Rheinland ist Sponsor des Bundesligaclubs Borussia Mönchengladbach.

Dieses negative Image löst sich bei näherer Betrachtung von Teilnehmern an Angeboten der Gesundheitsförderung auf. Wieder einmal wurden Einzelfälle stilisiert und verdecken einen Trend, der ganz im Sinne von eigenverantwortlichen und gesundheitsbewußten Versicherten steht. Eine repräsentative Befragung des Berliner Instituts für epidemiologische Forschung von 5000 Personen über 14 Jahre in den alten und neuen Bundesländern liefert dazu einige aufschlußreiche Einsichten (Kirsch u. a. 1994).

Demnach hatten 17 % der über 14jährigen, das wären ca. 11 Mio. Personen, im Jahre 1994 überhaupt schon einmal einen Gesundheitskurs besucht, bei Volkshochschulen, Vereinen, Kirchen, zu- meist jedoch bei einer Krankenkasse. 21 % der Frauen hatten Angebote zur Gesundheitsförderung wahrgenommen, während es bei den Männern nur 12 % waren. Zwei Motive standen dabei im Vordergrund: 42% gaben »Krankheiten und gesundheitliche Beschwerden« an, 41 % sagte: »Ich wollte endlich etwas für mein Wohlbefinden tun.« Die Autoren der Studie kommen zusammenfassend zu folgendem Psycho-Profil des typischen Besuchers von Gesundheitskursen. Er/sie

- lebt häufiger gesundheitsbewußt als der Durchschnitt der Bevölkerung (raucht nicht, treibt Sport, meidet Alkohol),
- nimmt häufiger als andere die medizinische Versorgung in Anspruch (Zahl der Arztbesuche, Teilnahme an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen),
- beurteilt den eigenen Gesundheitszustand schlechter und ist häufiger von Krankheiten betroffen.

Demnach ist die Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung vor allem eine Antwort auf Krankheiten und Beschwerden. Sie ist eingebettet in ein insgesamt gesundheitsbewußteres Alltagsverhalten, wobei dies bei Frauen ausgeprägter ist als bei Männern. Dies hat eine neuere Untersuchung vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen noch einmal bestätigt:

- Frauen haben sich doppelt so oft an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beteiligt wie Männer. Dieser Effekt zeigt sich ganz unabhängig von anderen Faktoren wie Erwerbstätigkeit, Arbeitszeitumfang oder Krankheit, ist also eindeutig geschlechtsspezi-

fisch. Das stimmt mit den allgemeinen Erkenntnissen der Medizinsoziologie überein.

- Fast zwei Drittel der Befragten gaben als Teilnahmemotiv die Hoffnung auf eine »Besserung körperlicher Beschwerden« an. Je der Dritte wollte etwas »für die körperliche Fitneß und Kondition tun«, und etwa jeder Vierte wünschte sich eine »Besserung des seelisch-nervlichen Befindens«. Gesundheitsfremde Motive wie »besseres Aussehen, gute Figur« oder »Leute mit ähnlichen Interessen treffen« lagen in der Befragung ganz weit hinten.
- Nur 12 % der Teilnehmer haben keinerlei persönlichen Nutzen erkennen können. Jedoch haben bei ca. 40% die körperlichen Beschwerden abgenommen; ca. 30% fühlen sich insgesamt wohler, und ca. 40 % betonen, jetzt bewußter mit ihrer Gesundheit umzugehen.
- Die Kursbesucher gehen häufiger zum Arzt als der Durchschnitt, wissen mehr als andere über Medizin- und Gesundheitsfragen und verhalten sich gesundheitsbewußter z.B. in bezug auf Rauchen oder Alkoholkonsum.
- »Gesundheit« spielt bei den Interessen, Motiven und Identitätsfragen dieser Personen eine überdurchschnittlich große Rolle. Es handelt sich vorwiegend - insbesondere bei Frauen - um die Altersgruppe zwischen 30 und 50 mit mittlerem Bildungsniveau und beruflicher Stellung als Angestellte.

Interessant ist, daß nicht in erster Linie schwerwiegende akute oder chronische Erkrankungen zu veränderten Alltagsgewohnheiten und zum Besuch von Gesundheitskursen führen. Auslöser sind vor allem erste Erfahrungen nachlassender körperlicher Leistungsfähigkeit: ein erstmals vom Körper mit massiven Beschwerden bestrafter Raubbau mit den eigenen Kräften, nach durchzechter Nacht, wochenlangen Überstunden oder jahrelanger Fast-food- bzw. schlechter Kantinenernährung. Es ist die erste, auch körperlich spürbare Erfahrung mit nachlassenden Widerstandskräften, mit dem Altern und dem ersten »Zipperlein«.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß die Gesundheitsförderung für eine durchaus beachtliche Zahl von Versicherten eine positive Funktion hatte. Sie diente als Motivationsverstärker, unter-

stützte Veränderungen im Gesundheitsverhalten und führte zu einem bewußteren Umgang mit dem Körper. Empirische Untersuchungen konnten das Vorurteil, bei der Gesundheitsförderung handele es sich um reinen »Wettbewerbsschnickschnack«, klar widerlegen. Das heißt nicht, daß das Angebot der Krankenkassen immer sachgerecht war. Zu beklagen war ein Mangel an geschlossener Konzeption und Zielorientierung, insbesondere mit Richtung auf bislang noch nicht erreichte Personen. Vor allem aber hatten es die Krankenkassen versäumt, die Qualität der Gesundheitsförderung zu kontrollieren und sie insgesamt effektiver zu gestalten. Sie standen daher den populistischen Attacken in der Öffentlichkeit recht hilflos gegenüber. Als sie dies erkannten und unterschriftsreife Vereinbarungen zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung erarbeitet hatten, war es bereits zu spät. Die Gesundheitsförderung war bereits aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen. Diesen Schritt als »Stärkung der Eigenverantwortung« zu verkaufen, erscheint allerdings widersinnig. Denn gerade die Gesundheitsförderung zielt auf eben diese Stärkung der Eigenverantwortung.

Was bleibt: das Kernangebot

Für die Forderung, die Angebote der GKV auf einen Kern unverzichtbarer Pflichtleistungen zu reduzieren und den Rest der privaten Finanzierung durch die Bürger zu überlassen, existieren zwei Modelle. Denkbar sind auch Kombinationen:

- *Obligatorische Kern- und freiwillige Ziivahüleistungen.* Dieses Modell sieht einen Kern von Pflichtleistungen für alle Versicherten vor. Über diese Kernleistungen hinaus kann jeder einzelne seinen Versicherungsschutz durch Zuwahl erweitern. Grafisch läßt sich dieses Modell wie Kernobst darstellen, es wird daher auch als »*Pfirsichmodell*« bezeichnet.
- *Freiwillige Abwahl von Leistungen.* In dieser als »*Zwiebelmodell*« bekanntgewordenen Option wird der Leistungskatalog der GKV umfassend als Vollversorgung gestaltet, jedoch haben die Versicherten die Möglichkeit, eine Schicht von Leistungen nach der

anderen quasi wie bei einer Zwiebel abzuschälen bis auf einen unverzichtbaren Kern (vor allem Großrisiken), bei entsprechender Beitragsreduzierung.

Pfirsich- und Zwiebelmodell gleichen sich insofern, als beide einen nicht antastbaren Kern von Leistungen vorsehen, den die Kassen auf alle Fälle anbieten müssen. Diese Modelle stehen und fallen also damit, wie gut sich die Kernleistungen definieren lassen. Der SVR nennt in seinem Gutachten 1994 hierfür Auswahlkriterien, die sich aus medizinischen und ökonomischen Aspekten ableiten:

- Unter medizinischen Gesichtspunkten zählt der SVR dringliche Behandlungen, also alle Notfallbehandlungen, zu den Kernleistungen. Die Behandlung akuter Erkrankungen soll dagegen nur in lebensbedrohenden Fällen als Kernleistung gelten. Auf jeden Fall müssten medizinische Experten eine »Positivliste« von unverzichtbaren Leistungen zusammenstellen.
- Als ergänzendes ökonomisches Merkmal zieht der SVR das »Großrisiko« hinzu, das sich relativ gut über die Höhe der Behandlungskosten definieren und operationalisieren ließe. Allerdings sei es sehr schwierig zu bewerten, ab wann ein »Großrisiko« vorliege, da dies von den Einkommensverhältnissen der Versicherten abhängt. Man könne z. B. daran denken, Großrisiken als prozentualen Anteil am Einkommen zu definieren und entsprechende Überforderungsklauseln in das Leistungsrecht der GKV einbauen.

Beide Ansätze laufen also auf eine wirtschaftlich begründete Rationierung von Leistungen hinaus, bei der die medizinische Orientierungen nur vordergründig eine Rolle spielen. Der SVR hält sich bei der konkreten Beschreibung der Kernleistungen nicht ohne Grund bedeckt, denn das ethische Dilemma zwischen dem Eid des Hippokrates und rein ökonomischen Erwägungen vermag auch er nicht zu lösen.

Diese Schwierigkeit zeigt sich besonders deutlich bei dem Begriff »Großrisiko«, der in engen Zusammenhang mit lebensbedrohenden Zuständen gebracht wird. Beschränkt man die Leistungen der GKV auf diesen Bereich, wird das sichere Ergebnis eine drastische rein statistische Zunahme von lebensgefährdenden Krankheiten

sein. Jeder Arzt, der sich seiner sozialen und medizinischen Verantwortung bewußt ist, wird jede ernsthafte, aber nicht unbedingt bedrohliche Erkrankung zum Großrisiko erklären. Er macht dies zum einen, um seine Patienten vor finanziellem Schaden zu schützen, und natürlich auch, um sie so an sich zu binden. Vor allem aber gibt es handfeste medizinische Gründe für ein solches Handeln. Scheinbar harmlose Erkrankungen können sich bald zu sowohl gesundheitlichen als auch ökonomischen »Großrisiken« entwickeln, wenn sie nicht rechtzeitig behandelt werden. Jeder Versuch, die Pflichtleistungen der GKV auf wie auch immer definierte »Großrisiken« zu beschränken, ist deshalb nicht nur in ethischer, sondern auch in medizinischer und wirtschaftlicher Hinsicht äußerst fragwürdig.

Auch abgesehen von ökonomischen Skrupeln macht die Forderung, die GKV-Leistungen auf Großrisiken zu beschränken, ökonomisch keinen Sinn. 75 % der GKV-Ausgaben entfallen nämlich auf nur 10% der Versicherten (siehe Kapitel 4), allesamt Schwerkranke, von denen niemand behaupten würde, es handele sich um minderschwere Fälle. Kosten lassen sich hier also kaum sparen.¹

Den Protagonisten einer Aufteilung der GKV-Leistungen in Pflicht- und Wahllangebote geht es bei Licht besehen gar nicht darum, die Ressourcen im Gesundheitswesen besser und gerechter zu verteilen. Ziel aller Modelle mit Pflicht- und Wahlleistungen ist eine weitere Privatisierung der Krankheitsrisiken. Wenn es wirklich darum ginge, die Leistungen der Krankenkassen auf das medizinisch Notwendige zu beschränken, müßte eigentlich nur das bestehende Leistungsrecht konsequent angewendet werden. Dort ist die Orientierung am »medizinisch Notwendigen« seit eh und je Grundlage. Im §70 Abs. 1 SGB V ist festgelegt, daß die Krankenkassen und Leistungserbringer (i. e. Ärzte, Krankenhäuser usw.) »eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung den Versicherten zu gewährleisten (haben)«. Dabei unterstehen sie nach §12 Abs. 1 SGB V einem Wirtschaftlichkeitsgebot: »Die Leistungen

¹ In den USA werden Großrisiken sogar wegen deren »Nichtversicherbarkeit« von den Standardtarifen der meisten Versicherungen nicht abgedeckt.

müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.« Dieser Passus provoziert immer wieder das Mißverständnis, die medizinische Versorgung könne durch leistungsrechtliche Manipulationen wirtschaftlicher gestaltet werden. Tatsächlich ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit jedoch so zu verstehen, daß notwendig ist, was auch wirksam ist.

Es hat in den vergangenen 20 Jahren in so gut wie jedem der zahlreichen Kostendämpfungsgesetze Ansätze gegeben, die Leistungen der GKV zusammenzustreichen:

- Bei Zahnersatz darf schon seit Jahren Edelmetall nur noch sehr begrenzt verwendet werden. Große Brücken und bestimmte Verbindungselemente werden ebenfalls von der GKV nicht mehr bezahlt.
- Arzneimittel gegen geringfügige Gesundheitsstörungen sowie Erkältungs- und Reisekrankheiten wurden ebenso auf eine sog. »Negativliste« der nicht erstattungsfähigen Medikamente gesetzt wie unwirtschaftliche, in ihrer Wirkung zweifelhafte Präparate. Hilfsmittel (Bandagen usw.) mit umstrittenem Nutzen oder niedrigem Preis werden ebenso nicht mehr von den Kassen getragen.
- Für die erstattungsfähigen Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel hat 1989 der damals für die Krankenkassen zuständige Arbeitsminister Blüm Festbeträge¹ eingeführt.
- Das Sterbegeld wurde für die nach dem 1. Januar 1989 Versicherten gestrichen, für die übrigen bei 2100 DM bzw. 1050 DM (bei mitversicherten Angehörigen) eingefroren.

Hinzu kamen regelmäßige Erhöhungen von Zuzahlungen bei Arz-

1 Im System der Festbeträge wird der Arzneimittelmarkt in drei Gruppen eingeteilt mit 1. denselben Wirkstoffen, 2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Stoffen sowie 3. vergleichbarer Wirkung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen legen fest, welche Arzneimittel mit Festbeträgen versehen und entsprechend eingruppiert werden. Die Krankenkassen bestimmen dann den Betrag, den sie für diese Arzneimittel jeweils erstatten, wobei sie sich an durchschnittlichen Marktpreisen orientieren.

neimitteln, Physiotherapie, Zahnersatz, Krankenhausaufenthalten, medizinischer Rehabilitation und Kuren. Der letzte mittlerweile Selbstbeteiligungsfreie Bereich ist die ambulante medizinische Behandlung durch den Kassenarzt. Das Leistungsrecht als Steuerungsinstrument in der GKV scheint so gut wie ausgereizt.

Die aus dem 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom Juli 1997 (1. und 2. NOG) bestehende »3. Stufe der Gesundheitsreform« hat jedoch nicht nur Zuzahlungserhöhungen in bislang unbekanntem Ausmaß beschert. Sie hat auch erstmals in der Geschichte der GKV ganze Leistungsbereiche praktisch aus deren Angebot entfernt: die Gesundheitsförderung und den Zahnersatz. Vor allem die zahnmedizinische Versorgung wird zum Modellfall einer reaktionären, auf Privatisierung der Krankheitsrisiken ausgerichteten Politik.

Modellfall einer GKV-light: die zahnmedizinische Versorgung«¹

Den führenden Funktionären der Zahnärzte ist ein politischer Coup gelungen, den kaum jemand bemerkt hat. Die drastisch erhöhten Zuzahlungen bei Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalt, die Leistungskürzungen in der medizinischen Rehabilitation und der damit verbundene Abbau von Arbeitsplätzen in einer zuvor blühenden Branche - all das wurde in der Presse ausführlich gewürdigt. Kaum jemand hat jedoch davon Notiz genommen, daß durch die 1996 und 1997 verabschiedeten GKV-Gesetze die gesamte zahnmedizinische Versorgung systematisch aus der GKV ausgegliedert wird. Die zahnmedizinische Versorgung ist zu einem Modellfall für die Privatisierung unseres Gesundheitswesens gemacht worden.

Bislang gewährten die Krankenkassen volle Kostenübernahme bei zahnerhaltenden Maßnahmen (Prophylaxe, Füllungen usw.), Extraktionen und - unter bestimmten Voraussetzungen - kieferorthopädischen Behandlungen bei Jugendlichen sowie die Übernahme von 50% der Kosten für Zahnersatzleistungen (Brücken,

¹ Wir danken Dr. med. dent. Jochen Brückmann für wertvolle Hinweise zum folgenden Abschnitt.

Kronen, Gebisse usw.). Von diesem Leistungspaket wurde in drei Schritten Abschied genommen:

- Alle nach dem 31.12.1978 geborenen Versicherten erhalten keine Zuschüsse mehr für Zahnersatzleistungen.
- Alle anderen Versicherten müssen Zahnersatzleistungen direkt mit ihrem Zahnarzt nach den Regeln der Privaten Krankenversicherung (PKV) abrechnen.
- Zahnmedizinische Innovationen werden entweder gar nicht (z. B. Implantate) oder nur noch teilweise (z.B. neue Füllmaterialien) von der GKV bezahlt.

Für die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung hat das verheerende Konsequenzen. Nutznießer sind dabei nur diejenigen Zahnärzte, deren Klientel genug Geld hat, um die höheren Preise zu zahlen. Viele Patienten werden jedoch ausbleiben oder sich anstelle einer teuren Zahnkrone lieber den Zahn ziehen lassen, da das die einzige Leistung ist, die die Krankenkassen noch bezahlen. Es besteht die Gefahr, daß auch in Deutschland - wie in den armen Regionen Südeuropas - der Sozialstatus der Menschen bald an ihren Zahnlücken zu erkennen ist.

Ausgrenzung nachwachsender Generationen

Alle Versicherten, die nach dem 31.12.1978 geboren wurden, erhalten ab dem 1.1.1997 von ihrer Krankenkasse keine Zuschüsse mehr für Zahnersatzleistungen. Sie müssen eine Krone oder anderen Zahnersatz komplett selbst bezahlen, von einem eng begrenzten Katalog von Ausnahmen abgesehen (z.B. bei Folgen von nicht selbst verschuldeten Unfällen). In der Presse wurde diese Bestimmung gelegentlich so dargestellt, als würde sie nur für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gelten. Das ist falsch. In Zukunft werden nur noch die Versicherten der Jahrgänge 1978 und älter Zahnersatzleistungen über ihre Krankenkasse erhalten, was den schleichenden, aber sicheren Ausstieg der GKV aus der Versorgung mit Zahnersatz bedeutet. Damit wird erstmalig nicht nur eine ganze Versichertengruppe, sondern auch ein kompletter Leistungsbereich

aus der GKV ausgegrenzt. Zur Zeit ist die Zahl der Betroffenen noch sehr gering. Die praktischen Auswirkungen werden erst in 10 bis 20 Jahren richtig spürbar, wenn die heute 18- und 19jährigen in einem Alter sind, in dem erfahrungsgemäß die ersten Kronen fällig sind. Es liegt auf der Hand, daß diese Ausgrenzung einer ständig steigenden Zahl jüngerer Versicherter den Generationenvertrag, von dem auch die GKV lebt, nicht gerade populärer macht.

Offiziell wird diese Maßnahme damit begründet, daß Zahnschäden dank eines nunmehr ausreichenden Vorsorgeangebots vermeidbar und von den Versicherten selbst zu verantworten seien. Alle epidemiologischen Erkenntnisse zeigen jedoch, daß sowohl Zahnerkrankungen als auch der Zugang zur Prophylaxe in der Bevölkerung nach wie vor sehr unterschiedlich verteilt sind:

- Es kann keine Rede davon sein, daß die betroffenen Jahrgänge ein ausreichendes Prophylaxeangebot hatten, somit Zahnschäden hätten vermieden werden können. Die Bundesregierung mußte in einer Antwort auf die Kleine Anfrage von Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag einräumen, daß Kindergärten nur zwischen 48 % und 73 % -je nach Region - in gruppenprophylaktische Projekte eingebunden sind. In den Schulen sieht es noch weit schlechter aus. Aber nur an diesen Orten ist allen Kindern ein rechtzeitiger Zugang zur zahnmedizinischen Vorsorge möglich.
- Die Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis, deren Effektivität ohnehin umstritten ist, können nunmehr zwar alle Versicherten in Anspruch nehmen (bislang nur Patienten im Alter zwischen 7 bis 18 Jahren). Jedoch wird dieses Angebot erfahrungsgemäß nur von einer Minderheit genutzt. Auswertungen von Krankenkassendaten haben ergeben, daß die Zahl der in einem Jahr in Anspruch genommenen individualprophylaktischen Maßnahmen bei nur 40 % der bislang 11,5 Mio. Anspruchsberechtigten liegt. Fachleute gehen davon aus, daß die Zahl der tatsächlich erreichten Kinder und Jugendlichen bei höchstens 25 % liegt, da die *Zahnärzte* innerhalb eines Jahres Prophylaxepositionen mehrfach abrechnen können, somit Doppelzählungen vorliegen.
- Das Institut der Deutschen Zahnärzte hat in einer zwischen 1989 und 1992 durchgeführten Studie über die Mundgesundheit fest-

gestellt, daß bei Kindern ein deutlicher Zusammenhang zwischen ihrem Gebißzustand und dem sozialen Status der Eltern besteht. So konzentrieren sich z. B. bei den Acht- bis Neunjährigen 71 % der Karies auf 28 % der Angehörigen eines Jahrgangs. Dabei ist der Karies- und Parodontitisbefall bei Kindern von Eltern mit niedriger Schulbildung dreimal so hoch wie bei Kindern von Eltern mit höherer Schulbildung. Die besonders von Karies gefährdeten Kinder haben die geringsten Zugangsmöglichkeiten zu Prophylaxemaßnahmen, was insbesondere für die Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis gilt. Diese schon als Kinder benachteiligten Menschen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits im jungen Erwachsenenalter einen erheblichen Bedarf an Zahnkronen haben, diese dann aber nicht bezahlen können, weil die Krankenkasse nichts mehr zuschießt.

Zahnersatz für Zahlungskräftige

Der eigentliche Systemwechsel hin zum PKV-Modell ist mit einer weiteren Maßnahme nicht nur eingeleitet, sondern sogar vollzogen worden. Auch die vor 1979 geborenen Versicherten müssen Zahnersatzleistungen mehr und mehr aus der eigenen Tasche zahlen. Auf den ersten Blick scheint sich mit dem 2. NOG gar nicht soviel geändert zu haben. Bisher zahlte die Kasse die Hälfte der Kosten; nunmehr erhalten die Versicherten einen Festzuschuß, dessen aktuelle Höhe in etwa bei 50 % der Gesamtkosten liegt. Allerdings ist Abrechnungsbasis nicht mehr der Bewertungsmaßstab der GKV (Bema), sondern die für die PKV geltende Gebührenordnung Zahnärzte (GOZ), und das hat große Nachteile für die in der GKV versicherten Patienten:

- Die Patienten rechnen das gesamte Honorar direkt mit ihrem Zahnarzt ab und holen sich den Zuschuß von ihrer Krankenkasse. Früher hatten sie 50 % eines zwischen Krankenkassen und Kassenzahnärztlicher Vereinigung gemäß Bema vertraglich vereinbarten Betrages an ihren Zahnarzt zu zahlen; den Rest rechneten die Zahnärzte mit der Kasse ab. Nunmehr besteht zwischen

Zahnärzten und ihren GKV-Patienten bei Zahnersatzleistungen ein privatrechtliches Verhältnis; abgerechnet wird wie bei einem normalen Kaufvertrag. Für die Zahnärzte hat dies den Vorteil, daß sie ihre Leistungen nicht mehr mit den Krankenkassen abrechnen und dementsprechend auch ihnen gegenüber nicht rechtfertigen müssen. Eine Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung vor und nach der Behandlung durch die Krankenkassen findet nicht mehr statt; die GKV-Patienten sind den Zahnärzten in dieser Beziehung regelrecht ausgeliefert. Da geht es sogar den privat versicherten Patienten noch besser, deren Versicherung die Rechnungen der Zahnärzte auf Stichhaltigkeit prüfen und gelegentlich auch Qualitätskontrollen durchführen können.

- Die Honorare für Zahnersatzleistungen sind gesetzlich nur bis Mitte 1999 limitiert. Sie sollen das 1.7 fache des GOZ-Satzes nicht überschreiten; das ist in etwa das in dem bislang geltenden Bewertungsmaßstab der GKV geltende Niveau. Diese Preisbindung entfällt zum 1. Juli 1999. Dann können die Zahnärzte auch bei Kassenpatienten frei nach der GOZ liquidieren. Das bedeutet, sie können mit den Patienten sogenannte Abdingungsverträge schließen, die Honorare bis zum 6 fachen der GOZ-Gebühren ermöglichen. Auf jeden Fall werden sich die Zahnärzte dann nicht mehr mit dem Ufachen GOZ-Satz zufriedengeben, sondern das bei Privatpatienten zumeist übliche 2.3 oder 3,5fache verlangen. Dann liegt der Festzuschuß auch nicht mehr bei 50 %, sondern bei höchstens einem Drittel.

Die zahnärztliche Standespresse feiert - bis auf wenige Ausnahmen - die Privatisierung der Zahnersatzleistungen als großen Durchbruch in eine buchstäblich goldene Zukunft. Wenn sie sich da nicht täuscht! Viele Bürger werden sich den teuren Zahnersatz in Zukunft nicht mehr leisten können. Die Nachfrage nach Kronen und Brücken wird deutlich zurückgehen, insbesondere in den neuen Ländern, und damit auch der Umsatz vieler Zahnärzte. Die Mehrheit der Zahnärzte dürfte es schwer haben, die dadurch entstehenden Umsatzeinbußen durch Honorarzuwächse bei besserverdienenden Patienten auszugleichen. Profitieren werden nur Zahnärzte mit einer zahlungskräftigen Klientel.

Keine Innovationen für Kassenpatienten

Der bei Zahnersatz offen vollzogene Schritt zum PKV-Modell wird flankiert von einer Strategie der systematischen Vorbereitung des Ausstiegs der gesamten Zahnmedizin aus der GKV. Bereits seit Jahren läuft ein von der Öffentlichkeit weitgehend unbemerkter Prozeß der schleichenden Ausgrenzung zahnmedizinischer Innovationen aus dem Leistungsspektrum der GKV. Verursacht wurde diese Entwicklung durch die Weigerung der Zahnärztesfunktionäre, mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen über eine Revision des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (Bema) zu verhandeln. Dort wird in Form von Punkten festgelegt, wie hoch eine bestimmte Leistung im Verhältnis zu anderen zu bewerten ist, wobei Zeitaufwand, Materialkosten und Stand der Technik berücksichtigt werden sollten. Der Bema ist seit 1962 (!) so gut wie unverändert in Kraft, d. h. die zahnärztlichen Leistungen werden auf Basis völlig veralteter zahnmedizinischer Standards vergütet. Die zwangsläufige Folge dieses Anachronismus ist die systematische Ausgrenzung des zahnmedizinischen Fortschritts aus der sozialen Krankenversicherung, was auch das erklärte Ziel von Funktionären der Zahnärzte war und ist.

Die Krankenkassen haben wiederholt eine Gesetzesänderung gefordert, die es dem Bundesgesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde ermöglicht, den Bewertungsmaßstab den Veränderungen in der Zahnmedizin anzupassen, unabhängig von der zahnärztlichen Selbstverwaltung. Dem ist die Bundesregierung nicht nur nicht gefolgt, sie hat sogar dafür gesorgt, daß Innovationen bei zahn-erhaltenden Maßnahmen noch nicht einmal mehr bezuschußt werden dürfen, desgleichen wichtige zahnärztliche Leistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz anfallen können: - Angeheizt durch spektakuläre, nicht immer sachgerechte Fernsehberichte über mögliche Schädigungen durch Amalgamfüllungen ist in den vergangenen Jahren die Nachfrage nach alternativen Füllmaterialien steil angestiegen. Mittlerweile gibt es auch keinen wissenschaftlich haltbaren Zweifel mehr daran, daß hochwertigen Füllungen aus Kunststoff in vielen Fällen, z. B. bei ka-

riösem Erstbefall auch in Backenzähnen, der Vorzug vor Amalgam gegeben werden sollte. Das hat dazu geführt, daß in vielen Zahnarztpraxen kaum noch Amalgam verwendet wird. Allerdings müssen die Patienten die durch alternative Füllmaterialien gegenüber Amalgamfüllungen entstandenen Mehrkosten selbst tragen. Sie stehen vor der Alternative: entweder eine Amalgamfüllung mit großem Loch und der Opferung gesunder Zahnhartsubstanz auf Kosten der Krankenkasse oder der Griff ins Portemonnaie für eine prophylaxeorientierte Kunststofffüllung. - Im Rahmen von Zahnersatzanfertigungen ist gelegentlich die Diagnostik und Therapie von Kiefergelenkserkrankungen erforderlich, ebenso - bei zahnlosem Unterkiefer - die Implantation künstlicher Zahnwurzeln. Derartige Leistungen konnten bislang von den Krankenkassen nach zahnmedizinischer Begutachtung übernommen, zumindest aber bezuschußt werden. Seit dem 1. Januar 1997 müssen die Patienten die Kosten in voller Höhe selbst tragen. Das gilt auch für Fälle mit harter medizinischer Indikation. Welche Konsequenzen das im Einzelfall haben kann, zeigt ein aktuelles Urteil des Landgerichts Weiden, das einem Zahnarzt die Zahlung eines hohen Schmerzensgeldes auferlegte, weil er Zahnersatz ohne Kiefergelenksdiagnostik eingegliedert hatte. In dieser Abkoppelung der Kassenpatienten vom zahnmedizinischen Fortschritt liegt eine noch größere Gefahr für die soziale Krankenversicherung als in der Erhöhung von Zuzahlungen, ohne damit letztere Tendenz verharmlosen zu wollen. Vor allem durch die Ausgrenzung alternativer Füllungen ist der Ausstieg der gesamten Zahnmedizin aus dem Leistungskatalog der GKV praktisch vorprogrammiert.

Es geht bei diesen Neuregelungen nicht nur um die Zahnmedizin. Sie ist das Experimentierfeld für die generelle Zerschlagung der GKV als Einrichtung, die für die umfassende medizinische Versorgung der Bevölkerung zuständig ist. Das ist das erklärte Ziel der FDP, des Wirtschaftsflügels der CDU/CSU, von Arbeitgebern und ihren publizistischen Sprachrohren. Die Einführung der Kostenersatzung in der ambulanten medizinischen Versorgung zielt in genau diese Richtung. Der ebenso konservative wie in der Ärzteschaft

einflußreiche Hartmannbund macht keinen Hehl aus seinem politischen Ziel, die in der Zahnmedizin eingeführten Regelungen der privaten Abrechnung zwischen Arzt und Patient auch in den normalen Arztpraxen einzuführen und das System der Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen damit praktisch zu liquidieren.