

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der SPD
— Drucksache 12/1935 —

Leistungen für Zahnersatz in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Bundesregierung hatte mit ihrem Gesetzentwurf „Gesetz zur Reform des Gesundheitswesens“, Drucksache 11/2237, das „Ziel der Beitragsstabilität“ der gesetzlichen Krankenversicherung formuliert. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden Leistungskürzungen und höhere Selbstbeteiligungen für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen, die dann mit Inkrafttreten dieses Gesetzes zum 1. Januar 1989 im Sozialgesetzbuch V (SGB V) wirksam wurden. Unter anderem wurde die Selbstbeteiligung für Zahnersatz auf 40 Prozent verdoppelt.

In diesem Bereich jedoch sind besonders hohe Ausgabensteigerungen festzustellen.

1. Trifft es zu, daß die Ausgaben der Krankenkassen für die Vergütungen der Zahnärzte für Zahnbehandlung und Zahnersatz im ersten bis dritten Quartal 1991 etwa dreimal so stark gestiegen sind wie die Grundlöhne der Versicherten, und wie bewertet die Bundesregierung die damit verbundenen Auswirkungen auf die Beitragsentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Nach den vorläufigen Finanzschätzungen (KV 45) für das 1. bis 3. Quartal 1991 sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die gesamte zahnärztliche Versorgung je Mitglied gegenüber der vergleichbaren Vorjahresperiode um rund 11,2 Prozent gestiegen. Im einzelnen betrugen die Veränderungen bei der konservierend-chirurgischen Behandlung + 10,7 Prozent, beim Zahnersatz + 15,0 Prozent und bei der kieferorthopädischen Behandlung – 0,2 Prozent. Bei einem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied von 5,0 Prozent sind damit von der zahnärztlichen Versorgung erhebliche beitragssteigernde Effekte ausgegangen, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß insbesondere beim Zahnersatz in den letzten beiden Jahren deutliche Ausgabenrückgänge zu verzeichnen waren.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben der Parlamentarischen Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, Dr. Sabine Bergmann-Pohl, vom 9. Februar 1992 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

2. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß ein so starker Ausgabenanstieg für die zahnärztliche Versorgung nur möglich ist, wenn die Vertragspartner auf seiten der Selbstverwaltung der Zahnärzte und Krankenkassen den durch das Gesundheits-Reformgesetz eingeführten Grundsatz der Beitragsstabilität bei der Ausgestaltung der Vergütungsverträge für Zahnbehandlung und Zahnersatz nicht beachtet haben?

Durch die Gesundheitsreform wurden 1989 und 1990 deutliche Einsparungen insbesondere beim Zahnersatz erzielt. Bei einer Einschätzung der Steigerungsraten in den ersten drei Quartalen von 1991, die – wie zu Frage 1 ausgeführt – deutlich über der Grundlohnentwicklung lagen, sind daher der niedrige Basiswert und mögliche Sonderfaktoren zu berücksichtigen. Erst eine Betrachtung, die die Entwicklungstendenzen des Jahres 1992 mitumfaßt, wird eine verlässlichere Aussage darüber zulassen, ob und gegebenenfalls wodurch die Beitragssatzstabilität dauerhaft gefährdet wird.

3. Hat die Bundesministerin für Gesundheit die Absicht, die in ihrem aufsichtsrechtlichen Zuständigkeitsbereich geschlossenen Vergütungsvereinbarungen für Zahnersatz und Zahnbehandlung im Hinblick auf ihre Vereinbarkeit mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität zu überprüfen und gegebenenfalls zu beanstanden?

Der Bundesminister für Gesundheit wird aufsichtsrechtlich tätig, wenn die Situation es erforderlich macht. Im angeführten Fall wird die Entwicklung unter Berücksichtigung der Vertragsabschlüsse für 1992 genau beobachtet werden.

4. Wie hoch waren in den Jahren 1988 bis 1990 die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatzleistungen, und wie hoch war jeweils der von den Versicherten über die Selbstbeteiligung finanzierte Anteil an den Gesamtausgaben?

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz betrugen 1988 9,651 Mrd. DM, 1989 4,861 Mrd. DM und 1990 4,840 Mrd. DM. Die Versichertenanteile haben nach Berechnung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung 1988 rund 2,9 Mrd. DM, 1989 rund 2,5 Mrd. DM und 1990 rund 2,6 Mrd. DM betragen. Damit lagen die Versichertenanteile 1989 bei 34 Prozent und 1990 bei 35 Prozent. Die Differenz zu der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Zuzahlung für Zahnersatz von 40 Prozent (ohne Bonus) erklärt sich durch unterschiedliche Härtefälle in den verschiedenen Jahren.

5. Um welchen Betrag ist in den Jahren 1989 und 1990 die Belastung der Versicherten durch die mit dem Gesundheits-Reformgesetz eingeführte höhere Selbstbeteiligung für Zahnersatz gestiegen?

Während der durchschnittliche Versichertenanteil vor dem Gesundheits-Reformgesetz (1988) rund 23 Prozent betrug und 1989 bzw. 1990 auf 34 Prozent bzw. 35 Prozent angestiegen ist, ist die

Gesamtbelastung der Versicherten nach den oben genannten statistischen Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, bedingt durch Vorzieheffekte 1988 und entsprechende Nachfragenrückgänge 1989, in 1989 um rund 330 Mio. DM gegenüber 1988 gesunken und 1990 um rund 100 Mio. DM gegenüber 1989 gestiegen.

6. Welchen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sieht das Gesundheits-Reformgesetz auf Seiten der Zahnärzte vor?

Das Gesundheits-Reformgesetz sieht in § 85 Abs. 2 Satz 5 SGB V vor, daß die Zahnärzte Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans sowie für pauschale Material- und Laborkosten den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr in Rechnung stellen dürfen. Der Gesetzgeber war seinerzeit davon ausgegangen, daß die Zahnärzte damit einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund 500 Mio. DM leisten.

7. Wie hoch war der Ausgabenanstieg für Zahnersatz im Jahr 1990 und im ersten bis dritten Quartal 1991 bei der gesetzlichen Krankenversicherung, und wie beurteilt die Bundesregierung angesichts dieser Steigerungsraten die Steuerungswirkung der erhöhten Selbstbeteiligung?

1990 gingen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz um – 2,31 v. H. zurück. Im 1. bis 3. Quartal 1991 stiegen sie um 15,0 v. H. Wenn diese Ausgabentendenz auch im 4. Quartal 1991 anhält und zusätzlich die erhöhte Eigenbeteiligung für die Versicherten berücksichtigt wird, so hieße dies, daß die Gesamtausgaben für die prothetische Versorgung im Jahr 1991 über denen von 1987 liegen würden, dem letzten unbeeinflussten Jahr vor der Gesundheitsreform. Bei dieser Gegenüberstellung wird allerdings die allgemeine Preis- und Kostenentwicklung außer acht gelassen. Es läßt sich noch nicht abschließend sagen, inwieweit die beabsichtigte Steuerauswirkung der erhöhten Selbstbeteiligung beim Zahnersatz im Jahr 1991 eingetreten ist (vgl. auch Antwort zu Frage 10).

8. Ist der Bundesregierung bekannt, daß Zahnärzteverbände und öffentlich-rechtlich verfaßte Kassenzahnärztliche Vereinigungen Zahnärzte anhalten, zwischen Vertrags- und Wahlleistungen zu unterscheiden und auch bei gesetzlich versicherten Patienten sogenannte Wahlleistungen nur nach den Gebühren der privaten Gebührenordnung abzurechnen, und was gedenkt die Bundesregierung gegen solche rechtswidrigen Praktiken der Zahnärzteschaft zu unternehmen?

Nach geltendem Recht besteht eine Verpflichtung des Versicherten, bei Zahnersatz Mehrkosten selbst zu tragen, nur in eingeschränktem Umfang. § 30 Abs. 6 SGB V sieht dies nur für den Fall vor, daß der Versicherte aufwendigeren Zahnersatz als notwendig

von seinem Zahnarzt verlangt. Abgesehen von dieser Sonderregelung in § 30 Abs. 6 SGB V läßt das geltende Recht eine gesonderte Berechnung von Mehrkosten gegenüber den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu. Die Bundesregierung geht davon aus, daß bei Verstößen gegen die gesetzlichen Vorgaben des § 30 SGB V die zuständigen Aufsichtsbehörden, die für die Anwendung des SGB V insoweit zuständigen Minister und Senatoren der Länder, aufsichtsrechtlich einschreiten.

9. Ist der Bundesregierung bekannt, daß einige Kassenzahnärztliche Vereinigungen die Zahnärzte aufgefordert haben, sogenannte diagnostische und konservierend-chirurgische Begleitleistungen zum Zahnersatz auf dem Heil- und Kostenplan abzurechnen, und was gedenkt sie gegen diese rechtswidrige Belastung der Versicherten zu unternehmen?

Der Bundesregierung ist bekannt, daß die genannte Auffassung von einzelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vertreten worden ist. Die Einbeziehung sonstiger zahnärztlicher Leistungen in die Kostenerstattung bei Zahnersatz widerspricht dem geltenden Recht. Zahnerhaltende Leistungen können auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Sachgesamtheit in die Kostenerstattung einbezogen werden, weil der Gesetzgeber bewußt an der Sachleistung für zahnerhaltende Tätigkeiten festgehalten hat und die Kostenerstattung nur für die Bereiche Kieferorthopädie und Zahnersatz vorgesehen hat. Es ist Sache der zuständigen Länderaufsichtsbehörden, aufsichtsrechtlich gegen derartige Rechtsverstöße einzuschreiten.

10. Teilt die Bundesregierung die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Norbert Blüm, in einem Interview des Bonner Generalanzeigers vom 14. November 1991 geäußerte Ansicht, daß die Selbstbeteiligung ein Flop ist und beim Zahnersatz, wo sie am höchsten sei, auch die höchsten Ausgabensteigerungen festzustellen seien, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dieser Erkenntnis des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung?

Die Bundesregierung hält es für verfrüht, bereits jetzt ein abschließendes Urteil über Steuerungswirkungen der Selbstbeteiligung beim Zahnersatz abzugeben und Konsequenzen aus den Ausgabensteigerungen zu ziehen. Bezogen auf das Jahr 1991 und den Zahnersatz ist zwar festzustellen, daß trotz erhöhter Selbstbeteiligung die Gesamtausgaben für den Zahnersatz 1991 höher ausfallen als 1987. Es kann allerdings nicht gesagt werden, ob diese Tendenz von Dauer ist. Möglicherweise sind für dieses Ergebnis Sonderfaktoren verantwortlich, die sich in den Folgejahren nicht mehr wiederholen werden; so z. B. ein statistischer Basis-effekt aufgrund der niedrigen Ausgangslage 1990. Denkbar wäre auch, daß die erhöhte Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen in der Absicht, den Anspruch auf einen späteren Bonus beim Zahnersatz zu erhalten, auch vermehrt prothetische Folgebehandlungen ausgelöst hat.

11. Welche Ziele wurden mit der Einführung der Kostenerstattung für Zahnersatz durch das Gesundheits-Reformgesetz verfolgt, und welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor, die Aufschluß geben, ob diese Ziele erreicht worden sind?

Die Kostenerstattung beim Zahnersatz soll mehr Transparenz für den Versicherten schaffen, damit er sich ein realistisches Bild über die Kosten seines Zahnersatzes machen kann. Ob sich hieraus ein verändertes Nachfrageverhalten ergibt, ist derzeit noch nicht zu beantworten. Auch hier bedarf es einer längeren Beobachtungsphase. Im übrigen hat der Gesetzgeber die Kostenerstattung als Regelfall bewußt auf die Bereiche Zahnersatz und Kieferorthopädie begrenzt, um zunächst Erfahrungen mit der Kostenerstattung zu sammeln. Die Bundesregierung geht davon aus, daß bei gutem Willen aller Beteiligten und bei Erfüllung der vom Gesetzgeber gewünschten Ausgestaltung des Verfahrens (siehe auch Antwort zu Frage 12), sich das Kostenerstattungsprinzip bei Zahnersatz und Kieferorthopädie bewähren kann.

12. Welche unterschiedlichen Verfahrensweisen bei der Praktizierung der Kostenerstattung in diesem Leistungsbereich sind der Bundesregierung bekannt, und wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, daß von den Versicherten häufig hohe Vorauszahlungen verlangt werden?

Der Bundesregierung ist bekannt, daß bei der Kostenerstattung für Zahnersatz vertraglich unterschiedliche Verfahren vereinbart worden sind. Das geltende Recht überläßt es in § 30 SGB V grundsätzlich den Vertragspartnern, die Ausgestaltung der Kostenerstattung im einzelnen festzulegen soweit sie sich dabei an den Rahmen der Kassenzahnärztlichen Versorgung hält.

Die Bundesregierung hält es für unzulässig, vom Versicherten Vorauszahlungen zu verlangen. Sie beruft sich dabei auf die Begründung des Regierungsentwurfs zum GRG zu § 29 Abs. 1 SGB V, wo ausgeführt wird:

„Bei der Durchführung der Kostenerstattung sollen Krankenkassen und Kassenzahnärzte mit den Zahlungsmodalitäten den Belangen der Versicherten Rechnung tragen. Es wird davon ausgegangen, daß der Versicherte die vom Zahnarzt in Rechnung gestellten Beträge erst nach Auszahlung der Kassenleistung begleichen kann und daß die Kassenzahnärzte angemessene Ratenzahlungen vorsehen“ (Drucksache 11/2237 S. 171).

13. Welche Untersuchungsergebnisse über Qualitätsmängel bei Zahnersatz und Zahnbehandlung sind der Bundesregierung bekannt, und wie hoch sind die damit verbundenen Mehrkosten für die Krankenkassen?

Verschiedene zahnmedizinische Wissenschaftler haben 1988 ein Studienhandbuch erstellt, das sich mit der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin befaßt. Im Rahmen ihrer Bestandsaufnahme kamen sie zu dem Ergebnis, daß anhand der bisher vorliegenden Studien über zahnmedizinische Versorgungsbereiche „nicht ohne

weiteres auf eine generell gute Ergebnisqualität“ geschlossen werden könne. Angesichts der Tatsache, daß jedoch breite objektivierende Untersuchungen zur Ergebnisqualität zahnärztlicher Leistungen bisher noch weitgehend fehlen, ist es gegenwärtig auch nicht möglich, quantitativ abzuschätzen, welche Mehrkosten für die Krankenkassen durch eventuelle Qualitätsmängel entstehen.

14. Welche Regelungen zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung sind durch das Gesundheits-Reformgesetz eingeführt worden, wie ist der Stand der Umsetzung dieser Regelungen, und welche Erkenntnisse über konkrete Auswirkungen liegen der Bundesregierung vor?

Der Gesetzgeber hat in § 135 SGB V die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung zu bestimmen. Gemäß § 135 Abs. 4 SGB V haben die Zahnärzte und Krankenkassen gemeinsam einheitliche Qualitätskriterien für die Versorgung mit Zahnersatz zu vereinbaren.

§ 136 SGB V regelt die Qualitätsprüfung im Einzelfall und sieht vor, daß die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Qualität der erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben, deren Auswahl, Umfang und Verfahren im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen festgelegt wird, prüfen. Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen hat hierfür Kriterien zur Qualitätsbeurteilung zu entwickeln.

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Zahnärzten hat einen Arbeitsausschuß eingesetzt, der Vorschläge für qualitätssichernde Maßnahmen erarbeiten soll. Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Tübingen sind gegenwärtig konkrete Maßnahmen zur Erprobung qualitätssichernder Schritte eingeleitet worden. Erkenntnisse über konkrete Auswirkungen können derzeit noch nicht vorgelegt werden.

15. Wie ist der Stand der Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in der zahnärztlichen Versorgung, und wie viele Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz wurden in den Jahren 1989 und 1990 durchgeführt?

Wirtschaftlichkeitsprüfungen beim Zahnersatz und bei der kieferorthopädischen Versorgung erfolgen vor Beginn der Behandlung anhand des von den Krankenkassen zu genehmigenden Heil- und Kostenplans. Die Krankenkassen veranlassen die Erstellung eines Gutachtens, wenn Hinweise für eine geplante nicht notwendige oder unwirtschaftliche Versorgung vorliegen. Dies geschieht in rund 8 Prozent der Fälle.

Bei den anderen zahnärztlichen Versorgung, die nach dem Sachleistungsprinzip – also auf Krankenschein – erfolgen, werden die Abrechnungen von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Rahmen der routinemäßigen Bearbeitung einer sachlichen und

rechnerischen Vorprüfung unterzogen. Auffällige Abrechnungen werden anschließend einer detaillierten Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen und gegebenenfalls den Prüfungsausschüssen zur Beurteilung und Einleitung von Maßnahmen – wie z. B. Regressen – vorgelegt. Die Häufigkeit dieser Prüfungen ist regional unterschiedlich und liegt – nach Angaben der Krankenkassen – durchschnittlich bei 10 Prozent der Zahnärzte pro Quartal.

16. Ist der Bundesregierung bekannt, daß die Zahnärzte ihrer durch das Gesundheits-Reformgesetz eingeführten Verpflichtung, Angaben über Art und Zeitpunkt der Behandlung zur Erleichterung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung in die Abrechnungsunterlagen einzutragen, nicht nachkommen, und teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß Abrechnungen, auf denen diese Angaben fehlen, von den Krankenkassen nicht zu erstatten sind?

Der derzeit zwischen Krankenkassen und Zahnärzten vereinbarte Behandlungsschein läßt eine differenziertere Dokumentation der Behandlung nicht zu. Die Selbstverwaltungen sind jedoch bemüht, ein neues Formular zu entwickeln, das den Anforderungen des Gesundheits-Reformgesetzes gerecht wird. Krankenkassen und Zahnärzte erwarten einen Abschluß der Verhandlungen noch im 1. Halbjahr 1992, so daß nach Schaffung der verwaltungsmäßigen Voraussetzungen ab Januar 1993 nach dem neuen Muster abgerechnet werden kann.

17. Welche Untersuchungsergebnisse liegen der Bundesregierung vor, wie überhöhte Vergütungssätze für Zahnersatzleistungen im Vergleich zur Zahnbehandlung und -vorsorge belegen, und in welchem Umfang bestehen solche Überbewertungen in den Gebührenordnungen für die zahnärztliche Behandlung von Versicherten der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung zur Zeit noch?

Der Bewertungsmaßstab für die kassenzahnärztlichen Leistungen (BEMA-Z) stammt aus dem Jahr 1962. Eine erste grundlegende Überarbeitung des BEMA-Z wurde 1981, eine erneute und umfassende Umstrukturierung wurde mit Wirkung zum 1. Januar 1986 vorgenommen. Sie hatte zum Inhalt, daß im Durchschnitt die prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen um durchschnittlich 13,4 bzw. 14 Prozent abgewertet und konservierend-chirurgische Leistungen um 6,3 Prozent aufgewertet wurden. Diese Umstrukturierung wurde seinerzeit auf der Basis der Ergebnisse eines Forschungsvorhabens, durchgeführt vom Institut für Funktionsanalyse, Hamburg, mit dem Titel „Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Gebührenordnung“, vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Forschungsvorhabens ergaben, daß eine Aufwertung der konservierend-chirurgischen Leistungen um 37 Prozent und eine Abwertung der prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen um 30 bzw. 33 Prozent nötig gewesen wären, um zu einer gleichgewichtigen Bewertung aller zahnmedizinischen Versorgungsbereiche zu kommen. Damit entsprachen die Umstrukturierungen des BEMA-Z im Jahr 1986 in der Rich-

tung den Empfehlungen des Forschungsberichts, nicht jedoch im Ausmaß. Deshalb weist die Analyse der Bewertungsrelationen des BEMA-Z auch nach der Umstrukturierung im Jahr 1986 nach wie vor eine Unterbewertung der konservierend-chirurgischen und eine Überbewertung der prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen auf. Eine Sonderauswertung des Instituts ergab, daß gegenwärtig die konservierend-chirurgischen Leistungen nach wie vor um 22,3 Prozent zu niedrig und die prothetischen sowie die kieferorthopädischen Leistungen um 24,5 Prozent bzw. 28,0 Prozent zu hoch bewertet sind. Es ist deshalb nötig, daß die gemeinsame Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen eine weitere Umstrukturierung des BEMA-Z vornimmt, um zu einer ähnlich gleichgewichtigen Bewertung aller zahnärztlichen Leistungen zu kommen, wie sie in der modernisierten privat Zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ), die 1988 in Kraft getreten ist, bereits verwirklicht worden ist.

Eine gleichgewichtige Bewertung zahnerhaltender Maßnahmen im Vergleich zu prothetischen und kieferorthopädischen Maßnahmen ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, daß zukünftig der Prophylaxe und der Zahnerhaltung Vorrang vor der Spätversorgung der Zähne gegeben werden muß. Deshalb darf der gegenwärtige Zustand nicht Bestand haben, wonach Zahnärzte, die überwiegend zahnerhaltend und präventiv tätig sind, durch die Gebührenordnung benachteiligt werden.

18. Wie ist der Stand der Zahngesundheit bzw. der Zahnerkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland nach den der Bundesregierung vorliegenden Untersuchungsergebnissen im internationalen Vergleich zu beurteilen?

Im internationalen europäischen Vergleich der Zahngesundheit Jugendlicher im Alter von zwölf Jahren liegt die Bundesrepublik Deutschland im unteren Drittel. Deshalb kommt die kürzlich veröffentlichte Mundgesundheitsstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zur Empfehlung, daß „mittelfristig insbesondere eine weitere Verbesserung des Mundgesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen vordringlich“ ist und nur durch eine effiziente, bedarfsgerechte und flächendeckende präventive Betreuung spätestens ab dem Kindergarten- und Schulalter bis zum Jahr 2000 die von der Weltgesundheitsorganisation gesetzten Ziele für die Zahngesundheit Jugendlicher erreicht werden können. Diese Ziele sind von vielen westeuropäischen Ländern bereits seit längerem erreicht bzw. deutlich übertroffen worden. Bei der Zahngesundheit der Erwachsenen schneidet die Bundesrepublik Deutschland eher besser ab als die anderen europäischen Länder. Dies gilt sowohl für den Kariesbefall als auch für die Höhe des Versorgungsgrades und die Anzahl fehlender Zähne.

Die Zielsetzung des zahnmedizinischen Versorgungssystems besteht darin, die gesundheitlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die Patienten ein Leben lang gesunde Zähne behalten können. Deshalb muß es – nach Meinung der Mundgesundheitsstudie des IDZ – insbesondere bei den jüngeren Altersgruppen darauf ankommen, den Nachholbedarf der Bundesrepublik

Deutschland, „der im wesentlichen auf die in anderen Ländern teilweise deutlich effektiveren jugendzahnärztlichen Betreuungssysteme zurückgeführt werden kann“, zu beheben. Dazu ist eine weitere Intensivierung der gruppenprophylaktischen und individualprophylaktischen Betreuung in der Bundesrepublik Deutschland nötig.

19. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung vor hinsichtlich der Situation der Zahnvorsorge, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich beispielsweise zur Schweiz?

Die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen ist in der Schweiz fast doppelt so gut wie in der Bundesrepublik Deutschland. Bei den Erwachsenen im mittleren Lebensalter zeigt sich demgegenüber, daß die Zahngesundheit in der Bundesrepublik Deutschland eher besser ist. Dies gilt sowohl für den Kariesbefall als auch für den Indikator „fehlende Zähne“. Der Versorgungsgrad ist in beiden Ländern ungefähr gleich hoch. Worauf die erstaunliche Diskrepanz in der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsenen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz zurückzuführen ist, kann nicht gesagt werden. Eine mögliche Erklärung besteht darin, daß die meisten Erwachsenen im mittleren Lebensalter seinerzeit noch nicht in den Genuß der Vorsorgemaßnahmen gekommen sind. Möglicherweise spielt aber auch die extrem hohe Selbstbeteiligung in der Schweiz (Erwachsene haben rund 95 Prozent der zahnärztlichen Kosten privat zu tragen) eine Rolle.

20. Worauf ist es nach Auffassung der Bundesregierung zurückzuführen, daß die im Gesundheits-Reformgesetz enthaltenen Regelungen zur Verbesserung der Zahnprophylaxe nicht oder nicht genügend umgesetzt werden, und welche konkreten Handlungsmöglichkeiten sieht die Bundesregierung, um zu erreichen, daß die im Gesundheits-Reformgesetz beschlossenen Regelungen praktische Bedeutung bekommen?

Eine flächendeckende Umsetzung der Gruppenprophylaxe, die im wesentlichen die Kindergarten- und Schulkinder bis zum zwölften Lebensjahr umfaßt, sowie eine Intensivprophylaxe für sogenannte Karies-Risikokinder ist bisher noch nicht in allen Bundesländern gelungen. Erst in sieben Bundesländern gibt es Rahmenvereinbarungen gemäß § 21 Abs. 2 SGB V. Die Bundesregierung hofft allerdings, daß es in Kürze auch in den restlichen Bundesländern gelingt, entsprechende Rahmenvereinbarungen abzuschließen. Dies gilt auch für die fünf neuen Bundesländer.

Der Gruppenprophylaxe schließt sich im Alter von dreizehn bis zwanzig Jahren die Individualprophylaxe beim Zahnarzt an. Hier sieht das Gesundheits-Reformgesetz vor, daß Jugendliche sich halbjährlich zahnärztlich untersuchen und prophylaktisch beraten lassen können. Da die entsprechenden Maßnahmen erst zum 1. Januar 1991 in Kraft getreten sind, haben im ersten Halbjahr 1991 erst rund 10 Prozent der betroffenen Jugendlichen von

diesen Vorsorgemaßnahmen Gebrauch gemacht. Der Bundesminister für Gesundheit geht davon aus, daß die Teilnahmequoten der Jugendlichen an individualprophylaktischen Maßnahmen in den kommenden Monaten und Jahren deutlich gesteigert werden, da an die regelmäßige Wahrnehmung dieser Maßnahmen auch der Bonus im Falle der Notwendigkeit von späterem Zahnersatz geknüpft ist.

Eine wichtige Möglichkeit, die in Gang kommenden Prophylaxe-Bemühungen zu unterstützen, liegt in einer Intensivierung der zahnärztlichen Aus- und Fortbildung in der Prävention. Soweit es um die Ausbildung geht, beabsichtigt die Bundesregierung eine Novelle zur Approbationsordnung für Zahnärzte, durch die die Ausbildung in der Zahnheilkunde in diesem Bereich verstärkt werden soll. Ein entsprechender Entwurf wird vorbereitet.

