

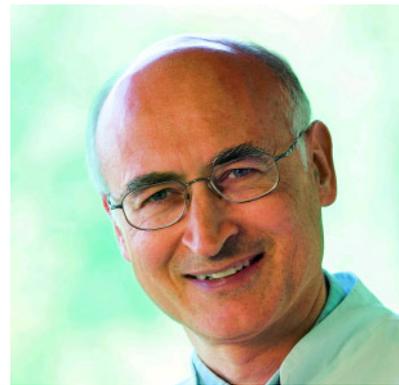
H.J. Staehle¹

Priorisierung und Posteriorisierung in Zahnmedizin und Medizin

Priorization and Posteriorization in dentistry and medicine

Das System der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung stößt nach Aussage von Ökonomen an seine wirtschaftlichen Grenzen. Als Lösungsansatz wird in der Zahnmedizin eine weiterführende Differenzierung in Grund- und Zusatzleistungen vorgenommen. Im Rahmen der Priorisierungs- und Posteriorisierungsdebatte wird nunmehr auch in der Medizin erörtert, ob die Behandlung von Erkrankungen, die bestimmte Kriterien erfüllen (zum Beispiel nicht vital bedrohlich, vermeidbar, selbstverschuldet, Folge von Fehlverhalten) künftig im Sinne von Zusatzleistungen zu einem großen Anteil von den Betroffenen selbst zu tragen ist. Es ist davon auszugehen, dass die von der Zahnmedizin geleistete „Pionierarbeit“ in Kürze auch in zahlreichen medizinischen Bereichen Anwendung finden wird. In diesem Beitrag wird am Beispiel einer Hautkrankheit (Tinea pedis, Fußpilz) in teilweise karikiertem Überzeichneten herausgearbeitet, wie sich die zahnmedizinischen Argumentationen im Falle einer Übertragung auf ein medizinisches Fach vermutlich darstellen werden.

Schlüsselwörter: Eigenverantwortung, Priorisierung von Gesundheitsleistungen, Hautgesundheit als Konsumgut, Selbstbezahlung der Behandlung von Fußpilzkrankungen



H.J. Staehle

The system of medical and dental care for the present population in Germany has, according to economists, reached its economic limits. A palpable solution in dentistry is initiated by the present discussion of a differentiation into priority services and additional services. Priority and posterior medical services have entered the discussion in human medicine, on whether special treatment of diseases can be categorized into certain criteria (such as: not vitally important, avoidable, self inflicted, resulting from unhealthy life style). The financial burden of these additional services should be carried mainly by the patient fulfilling these criteria. It may be assumed, that the “pioneer” initiative in dentistry will be applied quickly in numerous medical disciplines. In this context we chose, as an example, a dermatological disease (tinea pedis) to suggest how a purely dental argument will be probably handled when transferred into a medical discipline.

Key words: self responsibility, priorization of health services, healthy skin as consumer item, payment by the patient of tinea pedis disease

¹ Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten des Universitätsklinikums Heidelberg

Einleitung

Gesundheitsökonomien bedauern seit längerer Zeit, „dass in Deutschland die Begrenztheit der finanziellen Mittel für die Gesundheitsversorgung nicht ausreichend gesamtgesellschaftlich diskutiert werde“ [17]. Vor diesem Hintergrund schlägt z. B. das renommierte Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) vor, auch in der Gesamtmedizin das in der Zahnmedizin zum Teil bereits etablierte Konzept der Grund- und Zusatzleistungen vermehrt umzusetzen und die Eigenbeteiligung von Patienten spürbar zu erhöhen. Als Einstieg wird unter anderem eine Selbstbeteiligung bei der ambulanten Psychotherapie empfohlen, wobei neben ökonomischen auch medizinische Gründe genannt werden: Zuzahlungen seien „Teil des therapeutischen Prinzips“. Auch bei Arznei- und Hilfsmitteln sei eine spürbare Erhöhung von Zuzahlungen geboten [17].

Große Aufmerksamkeit erregte im Jahr 2009 der Vorschlag des Präsidenten der Bundesärztekammer, so genannte Priorisierungslisten für Krankheiten aufzustellen [16]. Er plädierte dafür, dass nur noch wirklich lebensbedrohende Krankheiten gänzlich auf Kassenkosten behandelt werden dürften. Es müsse eine von einem Gesundheitsrat geprüfte Rangliste erstellt werden. Krankheiten, die durch einen gesunden Lebensstil vermieden werden könnten, würden an unterste Stelle der Priorisierungsliste gesetzt [7].

Während die amtierende Regierung diesen Vorschlag noch mit Zurückhaltung aufnahm, fand der Vorstoß des Ärztekammerpräsidenten bei einem Teil der Bevölkerung bereits ein gewisses Verständnis. Am deutlichsten macht sich die öffentliche Meinung bekanntlich zuweilen in Leserbriefen Luft. Dort wurde beispielsweise angeregt, die Selbstbeteiligung der Bürgerinnen und Bürger an Behandlungskosten zu erhöhen, denn (Zitat) „nur über den Geldbeutel bringt man die Menschen dazu, bewusster und gesünder zu leben ... Es ist nicht asozial ... wenn man für mehr Gesundheit zahlen soll. Es ist vielmehr asozial (= gemeinschaftsschädigend), krank zu sein, denn das schadet nicht nur sich selbst, sondern auch der Gemeinschaft, wenn diese für individuelles Fehlverhalten zahlen muss“ [8].

Diese und andere Verlautbarungen können als Vorgeschmack auf das Klima betrachtet werden, das entstehen wird, wenn man die im Zuge ansteigender Arbeitslosenzahlen forcierte Diskussion über den Missbrauch von Sozialleistungen auf den Gesundheitsbereich ausdehnt und das im Fall „selbstverschuldet“ Krankheiten widerrechtliche „Erschleichen“ von gesundheitlichen Dienstleistungen dem Volkszorn aussetzt.

Von gesundheitspolitischer Seite wurde im Jahr 2009 vorgeschlagen, im allgemeinärztlichen Bereich die Eigenverantwortung der Bevölkerung dadurch zu erhöhen, dass die Ärzteschaft das Festzuschussmodell der Zahnärzte übernehme. Es sei dem Patienten durchaus möglich, zu entscheiden, welche Versorgung er haben wolle. Wo die Grenze zwischen Regel- und Zusatzversorgung liegen solle, hätten die Zahnärzte bereits definiert (Zitat): „Jeder kann mit der Regelversorgung essen und trinken und über die Straße gehen, ohne sozial geächtet zu sein“ [12].

Bei der Debatte über Priorisierungen und Posteriorisierungen von Gesundheitsleistungen geht es häufig um folgende drei Modelle:

- Das erste Modell fokussiert auf die Erstellung eines wie auch immer gearteten Selbstverantwortungsgradienten für das Auftreten von Erkrankungen als Differenzierungsinstrument.
- Im zweiten Modell wird die Wirksamkeit (zahn)medizinischer Interventionen (z. B. Ausmaß der Lebensverlängerung oder der Lebensqualitätsverbesserung) als Bewertungskriterium herangezogen.
- Im dritten Modell steht die Kosten-Nutzen-Bewertung im Vordergrund der Betrachtungen.

Die Realisierung solcher Modelle kann zu vielerlei Widersprüchen führen. Es dürfte unter anderem dann ein Konflikt entstehen, wenn eine Therapie hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zwar nicht im oberen Bereich liegt, dafür aber kostengünstig ist.

So erfüllen beispielsweise etliche leichtere Hauterkrankungen nicht unmittelbar das Kriterium „vital bedrohlich“. Sie können zudem zwar lästig sein, schränken jedoch die Lebensqualität oftmals nicht so stark ein, dass soziale und/oder berufliche Funktionen grundlegend gefährdet würden (wie dies

etwa bei starken Schmerzen der Fall wäre). So gesehen ist die Wirksamkeit ihrer Therapie a priori begrenzt.

Die Tatsache jedoch, dass der Behandlungsaufwand im Vergleich zu anderen Eingriffen gering ist, kann dazu führen, dass Kostenträger geneigt sind, dennoch eine Aufnahme in ihre Leistungskataloge vorzunehmen. Auf der anderen Seite könnte man argumentieren, dass gerade kostengünstige Maßnahmen aus der solidarischen Versicherung herausgenommen werden sollen, da ihre Übernahme dem einzelnen Bürger eher zuzumuten ist als kostenträchtige Interventionen.

Wollte man relevante Einspareffekte erzielen, müsste man bekanntlich gerade bei den schweren und lebensbedrohlichen Erkrankungen ansetzen, was aber derzeit (noch) nicht als konsensfähig gilt. Nach Ansicht von Gesundheitspolitikern muss „die Frage des Umgangs mit endlichen Ressourcen“ gestellt werden, allerdings kommt nach ihrer Einschätzung die Priorisierungsdebatte verfrüht, da die Öffentlichkeit noch nicht genügend darauf vorbereitet ist [3]. Aus diesem Grund dürften sich die Diskussionen zunächst vermutlich eher auf leichtere Erkrankungen konzentrieren, auch um die Bevölkerung „einschleichend“ auf stärkere Einschnitte vorzubereiten. Dazu bieten sich zahlreiche medizinische Disziplinen an.

Wie sich die gesundheitspolitische Debatte künftig vermutlich darstellen wird, soll in der folgenden Glosse in teils karikiertem Überzeichnetem am Beispiel einer weit verbreiteten dermatologischen Erkrankung aufgezeigt werden.

Mehr Eigenbeteiligung bei der Behandlung von Tinea Pedis gefordert

Die Deutsche Gesellschaft für Dermatologie hat zusammen mit dem Berufsverband Deutscher Dermatologen, der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung sowie weiterer medizinischer Institutionen eine Neuregelung der Finanzierung dermatologischer Leistungen vorgeschlagen. Die Kosten für die Behandlung bestimmter dermatologischer Erkrankungen wie beispielsweise des Fußpilzes (Tinea pedis) könnten analog den Erfahrungen in anderen Disziplinen [14] ohne größere Probleme in die Eigen- und Selbstverantwortung

„Mundferkel dürfen andere nicht belasten“

Von Zahnärzten ist derzeit wenig Wehklagen zu hören: Weder geschlossene Praxen vor Jahresende, weil das Geld angeblich nicht reicht, noch Streit mit Kassen über Honorarverträge. „Was nicht heißt, dass wir uns mit der verfehlten Gesundheitspolitik abgefunden haben“, sagt Karl Horst Schirbort aus Burgdorf, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN). Schirbort ist zugleich Chef der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dem höchsten Lobby-Gremium dieser Medizinergruppe.

Wir werden nicht ruhen, ordnungspolitische Systemveränderungen zu fordern“, ergänzt er. Nach sieben Jahren Kampf um Positionen und Einfluss auf die Bundespolitik geht Schirbort offenbar behutsamer als noch vor Jahren mit den Widerständen gegen seine Ideen um.

Schirbort wirbt in diesen Tagen da-



IM GESPRÄCH
KARL HORST SCHIRBORT

Der Vordenker der deutschen Zahnärzte kämpft weiter. Im Januar will er sich erneut für vier Jahre zum Chef der Zahnmediziner im Lande wählen lassen.

Deshalb plädiert der heute 63-Jährige für eine stärkere vorsorgeorientierte Zahnheilkunde. Ein großer Teil der Bevölkerung folge diesem Trend bereits. „Zahnerhaltung hat in den vergangenen 20 Jahren deutlich gegenüber der Spätversorgung mit Zahnersatz zugenommen.“

Aber Schirbort wäre kein Ständepolitiker, wenn er mit dieser Entwicklung nicht auch eine andere solidarische Finanzierung verbinden würde. „Ein Mundferkel sollte andere mit seiner Unvernunft nicht belasten.“ Zahn-

oder vom Zahnmediziner empfohlen und angenommen wird, bezahlt der Patient selbst – beispielsweise Zahnersatz.

Mit dem dadurch gesparten Geld könnten die Kassen schließlich die noch in ihrem Katalog verbliebenen Medizinerleistungen auskömmlich honorieren, hofft Schirbort – und gesteht zugleich ein, dass diese Umschichtung eher ein frommer Wunsch sein könnte: Was die Kassen sparen, geben sie wahrscheinlich nicht wieder her.

Für seine Argumente finde er in Ber-

„Fußferkel dürfen andere nicht belasten“

Von Zahnärzten ist derzeit wenig Wehklagen zu hören: Weder geschlossene Praxen vor Jahresende, weil das Geld angeblich nicht reicht, noch Streit mit Kassen über Honorarverträge. „Was nicht heißt, dass wir uns mit der verfehlten Gesundheitspolitik abgefunden haben“, sagt Karl Horst Schirbort aus Burgdorf, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN). Schirbort ist zugleich Chef der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dem höchsten Lobby-Gremium dieser Medizinergruppe.

Wir werden nicht ruhen, ordnungspolitische Systemveränderungen zu fordern“, ergänzt er. Nach sieben Jahren Kampf um Positionen und Einfluss auf die Bundespolitik geht Schirbort offenbar behutsamer als noch vor Jahren mit den Widerständen gegen seine Ideen um.

Schirbort wirbt in diesen Tagen da-



IM GESPRÄCH
KARL HORST SCHIRBORT

Der Vordenker der deutschen Zahnärzte kämpft weiter. Im Januar will er sich erneut für vier Jahre zum Chef der Zahnmediziner im Lande wählen lassen.

Deshalb plädiert der heute 63-Jährige für eine stärkere vorsorgeorientierte Zahnheilkunde. Ein großer Teil der Bevölkerung folge diesem Trend bereits. „Zahnerhaltung hat in den vergangenen 20 Jahren deutlich gegenüber der Spätversorgung mit Zahnersatz zugenommen.“

Aber Schirbort wäre kein Ständepolitiker, wenn er mit dieser Entwicklung nicht auch eine andere solidarische Finanzierung verbinden würde. „Ein Fußferkel sollte andere mit seiner Unvernunft nicht belasten.“ Zahn-

oder vom Zahnmediziner empfohlen und angenommen wird, bezahlt der Patient selbst – beispielsweise Zahnersatz.

Mit dem dadurch gesparten Geld könnten die Kassen schließlich die noch in ihrem Katalog verbliebenen Medizinerleistungen auskömmlich honorieren, hofft Schirbort – und gesteht zugleich ein, dass diese Umschichtung eher ein frommer Wunsch sein könnte: Was die Kassen sparen, geben sie wahrscheinlich nicht wieder her.

Für seine Argumente finde er in Ber-

Abbildung 1 „Fußferkel dürfen andere nicht belasten“ So könnte eine Schlagzeile künftig heißen (Fotomontage unten), falls sich die Dermatologen auf das Niveau der Vertragszahnärzteschaft begeben, deren höchster Repräsentant im Jahr 2000 forderte: „Mundferkel dürfen andere nicht mit ihrer Unvernunft belasten“ [18]. (Tab. 1 u. 2, Abb. 1: H.J. Staehle)

tung der Bürgerinnen und Bürger geführt werden. Das Herausnehmen einer Behandlung von Fußpilzkrankungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung sei sowohl aus medizinischen wie auch aus ökonomischen Gründen dringend geboten. Der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung unterstrich mit Hinweis auf andere Verlautbarungen [4], die Umsetzung dieser Forderung sei ein Testballon, der – bei entsprechendem Erfolg – auch auf andere medizinische Bereiche übertragen werden solle.

Medizinische Gesichtspunkte

Medizinisch sei die Forderung insofern gerechtfertigt, als Fußpilzkrankungen in den meisten Fällen vermeidbar seien. Zwar gebe es unterschiedliche Dispositionen für das Aufkommen von Fußpilz (Diabetiker seien beispielsweise ver-

mehrt betroffen), allerdings trage der Einzelne durch sein Verhalten (Körperhygiene, Gebrauch geeigneten Schuhwerks, korrektes Verhalten in öffentlichen Badeanstalten usw.) maßgeblich dazu bei, ob es zu größeren Komplikationen bei derartigen Erkrankungen komme oder nicht. Fußpilz sei heute „kein Schicksal“ mehr. Jeder einzelne Bürger könne durch einfache und kostengünstige Maßnahmen etwas dagegen tun (Tab. 1). In den weitaus meisten Fällen seien Fußpilzkrankungen zwar lästig aber nicht lebensbedrohend.

Die Dermatologen wiesen auf die guten Erfahrungen, die man bei Erkrankungen im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde durch Privatisierungsmaßnahmen erzielt habe. So hätten beispielsweise in der Schweiz infolge Privatisierung die dort früher häufig verbreiteten Erkrankungen wie Karies oder Parodontitis fast ausgerottet werden können. Der finanzielle Druck habe die

Schweizer zu Weltmeistern im Zähnebürsten gemacht und damit die medizinische Eigenverantwortung spürbar verbessert. Wie sogar der Wirtschaftswissenschaftler Bert Rürup, Chef der Wirtschaftswissenschaften, kürzlich habe verlauten lassen, hätten sich Privatisierungsmaßnahmen nachweislich ausgesprochen positiv auf das aktive Mundgesundheitsverhalten und damit auf die gesamte Gebissgesundheit ausgewirkt: Zitat: „Seit die Krankenversicherung nicht mehr für alles zahlt, haben die Schweizer gute Zähne. Warum? Weil Zahnersatz in hohem Maße prophylaxeabhängig ist“ [13].

Warum soll sich das, was in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde so gut funktioniert, nicht auch erfolgreich auf andere Bereiche wie zum Beispiel Hauterkrankungen übertragen lassen?

Der Einwand, dass im Fall einer Ausgrenzung dermatologischer Leistungen aus der GKV die Verbreitung von Fußpilz in der Bevölkerung steige und damit eine vermehrte Infektionsrate zu befürchten wäre, sei nicht belegt, wie Experten verlauten ließen. Vielmehr erwarte man über die Steigerung der Selbst- und Eigenverantwortung sogar eine gegenteilige Entwicklung.

Der höchste Repräsentant der deutschen Vertragsärzte äußerte sich in diesem Zusammenhang dahingehend, dass man endlich Klartext sprechen müsse und forderte in Anlehnung an seinen zahnärztlichen Kollegen [18] „Fußferkel“ dürfen andere künftig mit ihrer Unvernunft nicht mehr belasten“ (Abb. 1). Der Bundesvorsitzende des Freien Verbandes Deutscher Ärzte (FVDÄ) verdeutlichte diese Aussage mit dem modifizierten Zitat eines Schweizer Gesundheitsökonom [1] „Verschonen Sie mich vor einer Solidarität mit Leuten, die ihre Füße nicht waschen“.

Ökonomische Gesichtspunkte

In Zeiten gravierender Wirtschaftskrisen und damit verbundener zunehmender Finanzierungsnöte der Gesetzlichen Krankenkassen müsse es erlaubt sein – so die Ärztevertreter – auch einmal Tabu zu brechen. Dazu gehöre unter anderem, dass man langjährig gewachsene Ansprüche und Privilegien der Krankenversicherten auf den Prüfstand stelle. In diese Kategorie sei auch die Behandlung bestimmter nicht vital bedrohlicher Er-

1	Gründliche Fußpflege betreiben, Füße regelmäßig waschen
2	Für saubere und trockene Zehenzwischenräume sorgen (Vermeiden von zu engem Schuhwerk)
3	Nicht für längere Zeit luftundurchlässige Schuhe und Strümpfe tragen
4	In Schwimmbädern und anderen öffentlichen Einrichtungen Badeschuhe tragen
5	Auf Teppichböden (z. B. im Hotelzimmer) nicht barfuß gehen
6	Wäsche und Kleidung nicht gemeinsam mit anderen Menschen tragen

Tabelle 1 Steigerung der Eigenverantwortung zur Vorbeugung vor Fußpilz (Tinea pedis).

krankungen, wie dies beim Fußpilz in der Regel der Fall sei, einzuordnen. Man könne heute davon ausgehen, dass das Auftreten von Fußpilz in sehr vielen Fällen Folge von Fehlverhalten ist. Es müsse ein modernes Krankenversicherungssystem etabliert werden, das sicherstelle, „dass Menschen, die ihrer Gesundheit Sorge tragen, nicht für das Fehlverhalten anderer aufkommen müssen“. Hier verwiesen die Dermatologen nochmals auf die hervorragende zahnmedizinische Standesordnung der Schweiz [9].

Mit Blick auf das geringere Versorgungsniveau anderer Länder sei ein spürbarer Abbau medizinischer Standards in Deutschland durchaus angebracht. Die derzeitigen medizinischen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung betrachtete der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als zu überdimensioniert. Gerade am Beispiel der Dermatologie könne man das sehr gut aufzeigen. Wenn man sich anschau, wie viele Menschen im europäischen und außereuropäischen Ausland mit unzureichend behandelten dermatologischen Erkrankungen herumlaufen und wie häufig in Deutschland Dermatologen zu Lasten der Solidargemeinschaft in Anspruch genommen würden, dann könne man nur feststellen, dass die Deutschen auf sehr hohem Niveau klagten. In vielen anderen Ländern der Erde gebe es keine „Fußpilzpuder und -cremes auf Krankenschein“ und dennoch gehe dort die Welt nicht gleich unter. Der KBV-Vorsitzende vertrat mit Blick auf gleichwertige Aussagen [5] zur medizinischen Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung folgende Einschätzung: „Bei uns laufen alle auf dem Niveau einer Mercedes E-Klasse herum“. Aus diesem Grund setzte er sich dafür ein, dass zumindest alle modernen dermatologi-

schen Leistungen künftig nicht mehr durch die GKV finanziert werden.

Die Dermatologen seien durch das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen), die unter anderem vielfältige kosmetische Eingriffe an der Haut umfassen, bereits hinreichend auf einen Umstrukturierungsprozess vorbereitet. Insofern stehe einer sukzessiven Leistungsausgrenzung nichts mehr im Wege. Man müsse in der Bevölkerung das Bewusstsein dafür schärfen, dass man für schöne und gesunde Haut auch einen Eigenbeitrag leisten muss. Letztlich erwarte man durch das Herausnehmen von jenen Behandlungen, die nicht unmittelbar lebenserhaltend seien, spürbare Entlastungen mit einem Volumen von vielen Millionen Euro pro Jahr. Dies komme indirekt der Dermatologie zugute, da damit – zumindest vorerst – die Behandlung einer steigenden Zahl lebensbedrohlicher dermatologischer Erkrankungen wie zum Beispiel malignen Melanomen finanzierbar bleibe, ohne das Gesamtbudget erhöhen zu müssen. Die Dermatologen gingen somit bei der augenblicklich stattfindenden Priorisierungs- und Posteriorisierungsdebatte mit gutem Beispiel voran.

Gesunde und schöne Haut als Konsumartikel

Die Ärztevertreter verwiesen auf eine jüngst stattgefundene Tagung der privatärztlichen Vereinigung für Dermatologie, auf der unter anderem auch ein Gesundheitsökonom aus der Schweiz zu Wort kam, der „mit spitzer Feder vorrechnete, wie unsinnig das deutsche Sozialversicherungssystem speziell in der Dermatologie sei“.

Die Behandlung einer Fußpilzerkrankung sei – von wenigen medizinischen Ausnahmen abgesehen – niemals ein „Großschaden“, der den Einzelnen in den Ruin treibe. Es gebe allzeit eine wirtschaftlich tragbare Lösung für den Einzelnen.

Im Vergleich zu anderen Interventionen (zum Beispiel Zahnbehandlungen) sei die Behandlung von Fußpilz ohnehin als eher kostengünstig einzustufen. Hinzu komme, dass Fußpilz oftmals selbst verschuldet sei und daher sehr unterschiedliche Risikogruppen versicherungstechnisch unzulässig in einen Topf geworfen würden. Der Gesundheitsökonom plädierte unter hohem Applaus seiner Zuhörerschaft leidenschaftlich für eine versicherungsfreie Fußpilzbehandlung und geißelte die deutschen Zwangsabgaben auf diesem und anderen Gebieten der Medizin [vgl. 15].

Ergänzend gab der Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen zu bedenken, dass inzwischen jeder Bürger wisse, dass gesunde und schöne Haut auch als Konsumartikel angesehen werden könne, den man sich – entsprechend seinen individuellen Bedürfnissen – kaufe oder eben auch nicht und der folglich mit dem Kauf anderer Konsumartikel wie dem Kauf eines Radioapparats, einer Waschmaschine, eines Fahrrads oder eines Autos – je nach Anspruch des Einzelnen – in Konkurrenz zu stehen habe.

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für kosmetische Dermatologie schloss sich diesen Ausführungen an und forderte analog zu einem zahnärztlichen Kollegen [11] „Das seit Jahrzehnten in deutschen Köpfen verankerte Denken einer Krankenkassen-Vollkasko-Versorgung muss einfach vom Tisch gefegt werden ...“. Er begründete dies wie folgt: „Der Patient lernt dadurch schnell, dass es sich bei hochwertiger Dermatologie um ein Konsumgut handelt, welches er genauso wie jedes andere käuflich erwerben kann“ [vgl. 11].

Ähnlich äußerte sich der Präsident einer regionalen Ärztekammer, der unter der Devise vom „Patienten zum Kunden“ feststellte: „Unsere Patienten werden künftig zwischen den Kosten für bestimmte medizinische Eingriffe oder z. B. für die geplante Urlaubsreise wählen müssen. Nicht mehr ‚und‘ sondern ‚oder‘“ [vgl. 10].

Es wurde einhellig begrüßt, dass auch die Industrie dieser Argumentation

folge und dem Arzt beim „Direct Marketing“ entsprechendes Werbematerial für die Öffentlichkeitsarbeit an die Hand gebe. Unter der Devise, „Was man sich sonst so gönnt“ sollten bestimmte ärztliche Eingriffe mehr und mehr in Konkurrenz zu einer „Theaterkarte (ca. 50,00 €), einem Friseurbesuch Damen (ca. 80,00 €), einem Musicalbesuch zu zweit (ca. 150,00 €) oder einer Autoinspektion Mittelklassewagen (ca. 300,00 €) treten [vgl. 2].

Aufrütteln von „Fußferkeln“ aus ihrer „Allzeit-Rundum-Sorglos“-Mentalität

Der Umsatz dermatologischer Praxen in Deutschland wird nach Aussagen der KBV bald nur noch in einem sehr geringen Umfang durch GKV-Bezüge, zum größten Teil hingegen durch selbst entrichtete Honorare seitens der Patienten generiert. Auch die Eigenanteile für medizinisch unverzichtbare Behandlungen werden wohl oder übel steigen müssen. Leider werde nach wie vor eine durch die Gesetzliche Krankenversicherung erzeugte „Allzeit-Rundum-Sorglos“-Mentalität gefördert, die nicht mehr in die heutige Zeit passe. Inzwischen sei eindeutig belegt, dass dermatologische Erkrankungen vielfach als selbst zu verantwortende Folgen von Verwahrlosung und Indolenz anzusehen sind.

Es sei an der Zeit, mit einem Abbau von solidarisch finanzierten Behandlungen „Fußferkel“ (siehe oben) aus ihrer „Unvernunft“ und „Verantwortungslosigkeit“ aufrütteln.

Stellenwert dermatologischer Erkrankungen

Die dermatologischen Experten legten dar, dass es sich bei vielen Hautproblemen gar nicht um „echte“ Erkrankungen handle. Eine dermatologische Behandlung sei vielmehr oftmals vor allem dem privaten Luxusbedürfnis nach Wohlbefinden (Wellness) und Kosmetik (Outfit) geschuldet.

Wie oben bereits ausgeführt, sei der Patient längst zum Kunden geworden, der fällige Wechsel von der Angebotsorientierung zur Nachfrageorientierung sei erfolgreich vollzogen. Gesundheitsleistungen würden nicht mehr auf der

Grundlage vorwiegend medizinischer Kriterien angeboten, sondern entsprechend den Wünschen und finanziellen Möglichkeiten des Kunden verkauft [vgl. 19].

Mit welchem Recht würde eigentlich heute die Behandlung einer Hautkrankheit wie beispielsweise Fußpilz finanzierungstechnisch und versicherungsrechtlich anders eingestuft als die Behandlung einer Mundkrankheit, wie zum Beispiel einer Zahnfleischentzündung, wo es doch offenkundig ungewöhnlich viele Gemeinsamkeiten gebe? In beiden Fällen handle es sich um eine zwar häufig verbreitete, aber vielfach gut beherrschbare Infektionskrankheit (Tab. 2).

Der Arzt, sei er nun in einer Praxis oder in einer Klinik in verantwortlicher Position tätig, müsse künftig unternehmerisches Denken, Handeln und Fühlen verinnerlichen und ökonomischen bzw. kommerziellen Aspekten aufgeschlossen gegenüber stehen. Nicht ohne Grund sei dies heute in praktisch jeder Anzeige, die einen Chefarztposten an einer Klinik offeriere, nachzulesen.

Diskussion innerhalb der Ärzteschaft

Die vorgetragenen Argumente wurden von einer großen Zahl von Ärzten mit Beifall aufgenommen.

Allerdings blieben einzelne kritische Stimmen nicht aus. Auch wenn ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung Fußpilzinfektionen jetzt schon selbst (also ohne ärztliche Hilfe) behandle, sei das Auftreten von Fußpilz nach wie vor als echte Krankheit zu betrachten.

Es wurde zwar eingeräumt, dass man durch entsprechendes Verhalten (offene Schuhe, Trockenhalten der Zehenzwischenräume usw.) Fußpilz-Rezidive vermeiden könne. Auf der anderen Seite müsse beachtet werden, dass das Auftreten von Fußpilz möglicherweise genetisch mitbedingt sei. So sei beispielsweise bekannt, dass Fußpilz-Fälle nicht selten nur einen Teil der Familie betreffen, obwohl alle Familienmitglieder Kontakt mit entsprechenden Dermatophyten hätten. Bei Fußpilz sei es im Einzelfall angebracht, ein Fußsekzem differentialdiagnostisch auszuschließen, was zuverlässig nur durch ein Nativpräparat und eine mykologische Kul-

tur gelinge. Auch Folgeerkrankungen dürften nicht vergessen werden. So seien die häufigsten Ursachen für Erysipele am Unterschenkel nicht adäquat therapierte Fußpilz-Infektionen. Fußinfektionen mit gram-negativen Keimen seien ebenfalls typische Komplikationen eines nicht ausreichend behandelten Fußpilzes. Auch die Verhaltensabhängigkeit sei kritisch zu hinterfragen. So wisse man beispielsweise, dass bis zu 90 % der Schwimmnationalmannschaften von Fußpilz befallen seien. Für Bergarbeiter gebe es ähnliche Zahlen. Insofern sei eine Generalisierung des „Selbstverschuldungsprinzips“ als problematisch anzusehen.

Die tonangebenden Ärztevertreter warnten daraufhin davor, in der Öffentlichkeit den Eindruck einer Zersplitterung der Ärzteschaft zu erwecken. Kritikern wurde teils das Recht abgesprochen, auf die Untragbarkeit und Widersprüchlichkeit der vorgetragenen Argumente hinzuweisen, solange sie nicht selbst Lösungsvorschläge für das künftige Vorgehen präsentierten.

In internen Sitzungen wurde wiederum auf das gute Beispiel der Zahnärzteschaft verwiesen.

Selbstverständlich wisse man dort, dass die Mundgesundheit in der Schweiz nicht besser sei als in Deutschland [19], aber müsse man das denn so laut aussprechen? Es bestehe innerhalb der Zahnärzteschaft auch kein fachlicher Zweifel daran, dass beispielsweise etliche Parodontopathien als echte Krankheiten anzusehen seien, deren unzureichende Therapie zu negativen Folgeerscheinungen für die Allgemeingesundheit führen könne.

Auch bei oralen Erkrankungen sei längst bekannt, dass ihr Auftreten von zahlreichen Kofaktoren (einschließlich genetischer Art) abhängt, die vom Einzelnen nur bedingt beeinflussbar seien.

Dennoch sei es der Zahnärzteschaft durch gezielte Kampagnen gelungen, diese Einwände niedrig zu halten und den Gesetzgeber für ihre Vorstellungen zu gewinnen.

Ausblick

Die Dermatologen prognostizierten, dass ihre Argumente in Kürze von vielen anderen medizinischen Disziplinen aufgegriffen würden. Sie bedankten sich

Fußpilz (Tinea pedis)	Zahnfleiscentzündung
Fußpilz ist eine weit verbreitete Infektionskrankheit; Fußpilz ist in der Regel zwar lästig, aber nicht unmittelbar lebensbedrohend.	Zahnfleiscentzündungen sind weit verbreitete Infektionskrankheiten; Zahnfleiscentzündungen sind in der Regel zwar lästig, aber nicht unmittelbar lebensbedrohend [4].
Fußpilz ist durch Vorbeugemaßnahmen meist vermeidbar. Die Behandlung von Fußpilz ist deshalb dafür prädestiniert, in die Eigen- und Selbstverantwortung der Bürgerinnen und Bürger geführt werden.	Zahnfleiscentzündungen sind durch Vorbeugemaßnahmen meist vermeidbar [4]. Ihre Behandlung ist deshalb dafür prädestiniert, in die Eigen- und Selbstverantwortung der Bürgerinnen und Bürger geführt zu werden [14].
Wenn die Krankenversicherung nicht mehr für die Behandlung von Fußpilz bezahlt, bekommen die Menschen eine gesündere Haut. Warum? Weil das Entstehen von Fußpilz in hohem Maße prophylaxeabhängig ist.	Seit die Krankenversicherung nicht mehr für alles zahlt, haben die Schweizer gute Zähne. Warum? Weil Zahnfleischerkrankungen in hohem Maße prophylaxeabhängig sind [13].
Fußpilz ist vielfach Folge von Fehlverhalten (selbstverschuldet); Fußferkel sollen andere nicht mit ihrer Unvernunft belasten; es muss sichergestellt werden, dass Menschen, die ihrer Fußgesundheit Sorge tragen, nicht für das Fehlverhalten anderer aufkommen müssen; es darf nicht sein, dass sehr unterschiedliche Risikogruppen versicherungstechnisch unzulässig in einen Topf geworfen werden.	Zahnfleiscentzündungen sind vielfach Folge von Fehlverhalten (selbstverschuldet) [15]; Mundferkel sollen andere nicht mit ihrer Unvernunft belasten [18]; es muss sichergestellt werden, dass Menschen, die ihrer Mundgesundheit Sorge tragen, nicht für das Fehlverhalten anderer aufkommen müssen [9]; es darf nicht sein, dass sehr unterschiedliche Risikogruppen versicherungstechnisch unzulässig in einen Topf geworfen werden [15].
Forderungen von Gesundheitsökonomern: „Verschon Sie uns vor einer Solidarität mit Leuten, die ihre Füße nicht waschen“.	Forderungen von Gesundheitsökonomern: „Verschon Sie uns vor einer Solidarität mit Leuten, die ihre Zähne nicht putzen“ [1].
Gesunde und schöne Haut ist heute als käuflich zu erwerbender Konsumartikel zu bezeichnen.	Gesunde und schöne Zähne sind heute als käuflich zu erwerbender Konsumartikel zu bezeichnen [2, 11].
Die Patienten werden künftig zwischen den Kosten für die Behandlung von Fußpilz <i>oder</i> z. B. für die geplante Urlaubsreise wählen müssen. Nicht mehr „und“ sondern „oder“.	Die Patienten werden künftig zwischen den Kosten für Zahnersatz <i>oder</i> z. B. für die geplante Urlaubsreise wählen müssen. Nicht mehr „und“ sondern „oder“ [10].
Die Behandlung einer Fußpilzkrankung ist – von wenigen medizinischen Ausnahmen abgesehen – niemals ein „Großschaden“, der den Einzelnen in den finanziellen Ruin treibt. Es gibt allzeit eine wirtschaftlich tragbare Lösung für den Einzelnen.	Eine Zahnbehandlung ist – von wenigen medizinischen Ausnahmen abgesehen – niemals ein „Großschaden“, der den Einzelnen in den finanziellen Ruin treibt. Es gibt allzeit eine wirtschaftlich tragbare Lösung für den Einzelnen [15].
In anderen Ländern der Welt gibt es keine von der Solidargemeinschaft bezahlte Fußpilzbehandlung, größere Probleme treten deshalb dort nicht auf.	In anderen Ländern der Welt gibt es keine von der Solidargemeinschaft in so hohem Niveau bezahlte Zahnbehandlung, größere Probleme treten deshalb dort nicht auf [5].
Versicherungsfreie Fußpilzbehandlung hat sehr viele medizinische und ökonomische Vorteile; sie trägt dazu bei, die Bevölkerung aus ihrer unzeitgemäßen „Allzeit-Rundum-Sorglos“-Mentalität herauszuführen. Wir können es uns in der Gesundheitsversorgung nicht mehr leisten, dass in Deutschland alle auf dem Niveau einer Mercedes E-Klasse herumlaufen.	Versicherungsfreie Zahnbehandlung hat sehr viele medizinische und ökonomische Vorteile; sie trägt dazu bei, die Bevölkerung aus ihrer unzeitgemäßen „Allzeit-Rundum-Sorglos“-Mentalität herauszuführen [5,15]. Wir können es uns in der Gesundheitsversorgung nicht mehr leisten, dass in Deutschland alle auf dem Niveau einer Mercedes E-Klasse herumlaufen [5].

Tabelle 2 Gemeinsamkeiten von Fußpilz (Tinea pedis) und Zahnfleiscentzündungen (sinngemäße, zum Teil leicht abgewandelte Zitate in Klammern).

ausdrücklich bei den Vertretern der zahnärztlichen Standespolitik, die durch ihre jahrzehntelange, unermüdlige Überzeugungsarbeit erst die Voraussetzungen dafür geschaffen hätten, dass die Gesundheitspolitik inzwischen einer weiterreichenden Privatisierung ärztlicher Leistungen positiv gegenüber ste-

he. Zahnärztlicherseits wurde mit Genugtuung festgestellt, dass das, was in vielen Bereichen der Medizin nach wie vor offene Forderung sei, nämlich eine enge Definition von Grundleistungen, in der Zahnmedizin schon als weitgehend gelungen betrachtet werden könne [6].

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle
 Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der
 Klinik für Mund-, Zahn- und
 Kieferkrankheiten des Universitäts-
 klinikums Heidelberg
 Im Neuenheimer Feld 400
 69120 Heidelberg
 E-Mail: hans-joerg.staehle@med.uni-
 heidelberg.de

Literatur

1. Beckmann W: Verschonen Sie mich vor einer Solidarität mit Leuten, die ihre Zähne nicht putzen. Interview mit dem alpha-Forum des Bayerischen Rundfunks am 13.02.2003
2. Dentsply: Holen sie sich Ihr schönstes Lächeln. Was man sich sonst so gönnt ... Werbebroschüre (ohne Jahresangabe)
3. Faust H-G: Priorisierungsdebatte verfrüht. Zit. Aus: Rabbata S, Meißner M: Hoppe verlangt Mut zur Wahrheit. Dtsch Ärztebl 106 (21), C837-839 (2009)
4. Fedderwitz J: In keinem anderen medizinischen Bereich ist das Auftreten von Krankheiten so sehr abhängig vom Vorsorgeverhalten des Patienten – also: Durch Prävention lässt sich der allergrößte Teil von Zahnerkrankungen vermeiden. Zahnersatz – Testballon für den Umbau unseres Gesundheitssystems. Statement anlässlich des Presseforums der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vom 6. Oktober 2004
5. Fedderwitz J: Bei uns laufen alle auf dem Niveau einer Mercedes E-Klasse herum. Dogmenwechsel oder systemischer Wandel (Streitgespräch mit G. Meyer und H. J. Staehle, Moderation: E. Maibach-Nagel). Zahnärztl Mitt 98 (3), 268-274 (36-42) (2008)
6. Fedderwitz J: Aufgeweckt und wachgeküsst. Zahnärztl Mitt 99 (5), 486 (6) (2009)
7. Hoppe J-D: Nur das Nötigste auf Rezept. Interview für die Rhein-Neckar-Zeitung. Heidelberg, 9. Mai 2009
8. Hylak M: Gesundheitskosten – Hoppe hat Recht. Leserbrief. Rhein-Neckar-Zeitung. Heidelberg 16. Mai 2009
9. Imfeld T: Das Schweizer System der Zahnmedizin ... stellt sicher, dass Menschen, die ihrer Gesundheit Sorge tragen, nicht für das Fehlverhalten anderer aufkommen müssen. Zahnmedizin Schweiz – weiterhin im Dienst der oralen Gesundheit? Schweiz Monatsschr Zahnmed 118 (10), 1016-1021 (2008)
10. Jäger, B: Vom Patienten zum Kunden. Unsere Patienten werden künftig zwischen den Kosten für den Zahnersatz oder z. B. für die geplante Urlaubsreise wählen müssen. Nicht mehr „und“ sondern „oder“. Bericht des stellvertretenden Vorsitzenden 2008. In Bezirkszahnärztekammer Karlsruhe: Schriftlicher Bericht des Vorsitzenden. Fakten und Zahlen November 2007 bis Oktober 2008. Mannheim 2008
11. Jörgens, M: Das seit Jahrzehnten in deutschen Köpfen verankerte Denken einer Krankenkassen-Vollkasko-Versorgung muss einfach vom Tisch gefegt werden. Der Patient lernt dadurch schnell, dass es sich bei hochwertiger Zahnmedizin um ein Konsumgut handelt, welches er genauso wie jedes andere käuflich erwerben kann. Harte Zeiten für Praxisbetreiber? Stumpfe Realität oder Impuls zur Entwicklung? Zahnarzt Wirtschaft Praxis (ZWP) 13 (6), 5-6 (2007)
12. Lassotta B: Kritik am Gesundheitsfonds. Zit aus: Riedel P: Landesversammlung des Freien Verbandes in Karlsruhe – Staatlicher Dirigismus versus Eigenverantwortung. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg, Heft 8/2009, 16-17 (2009)
13. Niejahr, E: Wenn Gesundheitsökonomien auf die Schweiz zu sprechen kommen, reden sie häufig übers Zähneputzen. Offenbar kümmern sich die Schweizer vorbildlich um ihre Zahngesundheit – und deutsche Wirtschaftswissenschaftler wie Bert Rürup, Chef der Wirtschaftsweisen, begründet das damit, dass die Bürger fast alle Zahnbehandlungen selbst tragen müssen: „Seit die Krankenversicherung nicht mehr für alles zahlt, haben die Schweizer gute Zähne. Warum? Weil Zahnersatz in hohem Maße prophylaxeabhängig ist“. Gesundheit – Der Patient zahlt selbst. DIE ZEIT vom 04.12.2008
14. Oberender P, Zerth J: Der Zahnbereich ist dafür prädestiniert, in die Selbst- und Eigenverantwortung überführt zu werden. Versorgung im nachfragegesteuerten Gesundheitswesen: ein Widerspruch zwischen Medizin und Ethik. In Weißbuch der ZahnMedizin – Rahmenbedingungen und Handlungsoptionen einer zukunftssicheren Gesundheitsversorgung, Band 1. Herausgeber: Bayerische Landeszahnärztekammer, Landeszahnärztekammer Hessen und Zahnärztekammer Nordrhein. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin 2007
15. Oggier, W. Zit. nach. Cramer M: Eine Zahnbehandlung ist – von wenigen medizinischen Ausnahmen abgesehen – niemals ein „Großschaden“, der den Einzelnen wirtschaftlich in den Ruin treibt; es gibt allzeit eine wirtschaftlich tragbare Lösung. Hinzu kommt, dass Karies und Parodontalerkrankungen fast immer selbst verschuldet sind. PZVD im Aufwind – Erfolgreiche Privatzahnärzte-Tagung Hamburg – schlagkräftige Referenten geißeln deutsches Versicherungssystem. Die Zahnarztwoche 6/09, Seite 4 (2009)
16. Raspe H, Meyer T: Priorisierung – Vom schwedischen Vorbild lernen. Dtsch Ärztebl 106 (21), C855-858 (2009)
17. Richter-Kuhlmann E: Zuzahlungen – Mehr Eigenbeteiligung gefordert – Dtsch Ärztebl 106 (15), C578 (2009)
18. Schirborth KH: Mundferkel dürfen andere nicht belasten. In Munchow RG: Gespräch mit dem Vordenker der deutschen Zahnärzte. Peiner Allgemeine Zeitung, 08.12.2000
19. Staehle HJ: Genfer Gelöbnis und Zahnärzteschaft im System der Marktwirtschaft – Mundgesundheit als Konsumartikel. Zahnärztl Mitt 99 (11) (2009)

Anmerkung:

In den Zitationen wurden mit Ausnahme von Zitation Nr. 3, 7, 8, 12, 16 und 17 zahnmedizinische Sachverhalte sinngemäß auf medizinische Sachverhalte übertragen.