

Aktion Demokratische Gemeinschaft e.V. - ADG, München

Zielsetzung des Vereins ist die allgemeine Förderung des demokratischen Staatswesens. Daraus leitet sich als spezifischer Vereinszweck die Förderung von politischer Bildung und Erziehung ab.

Der Verein verfolgt keine politischen Zwecke im Sinne der einseitigen Beeinflussung der politischen Meinungsbildung oder der Förderung von politischen Parteien.

Aus dem Satzungszweck resultieren folgende Aufgaben zu seiner Verwirklichung:

- Erläuterung von komplexen politischen und sozialpolitischen Zusammenhängen, speziell des demokratischen Prinzips des Grundgesetzes, des Mehrparteiensystems und des parlamentarischen Regierungssystems,
- Förderung der Bereitschaft zu aktiver politischer Beteiligung, insbesondere hinsichtlich des Eintretens für die Grundrechte, Rechtsgleichheit und das Mehrheitsprinzip,
- Stärkung der Kritikfähigkeit und Handlungsbereitschaft der Bürger, speziell durch die Förderung des Pluralismus und der Toleranz gegenüber abweichenden Meinungen,
- Dialog und Zusammenarbeit mit anderen demokratischen Organisationen,
- Bereitstellung und Verbreitung von objektiven Informationen, einschließlich ihrer Quellen, durch öffentliche Bildungsveranstaltungen und schriftliche Information an Mitglieder und Öffentlichkeit.

Verfasser:
Manfred Schmidlein

Herausgeber und Druck:
Aktion Demokratische Gemeinschaft e.V.
Starenweg 4
82223 Eichenau
Tel. (089) 46 20 13 63 – Anrufbeantworter
e-mail: info@adg-ev.de
www.adg-ev.de
www.forum-renten.de



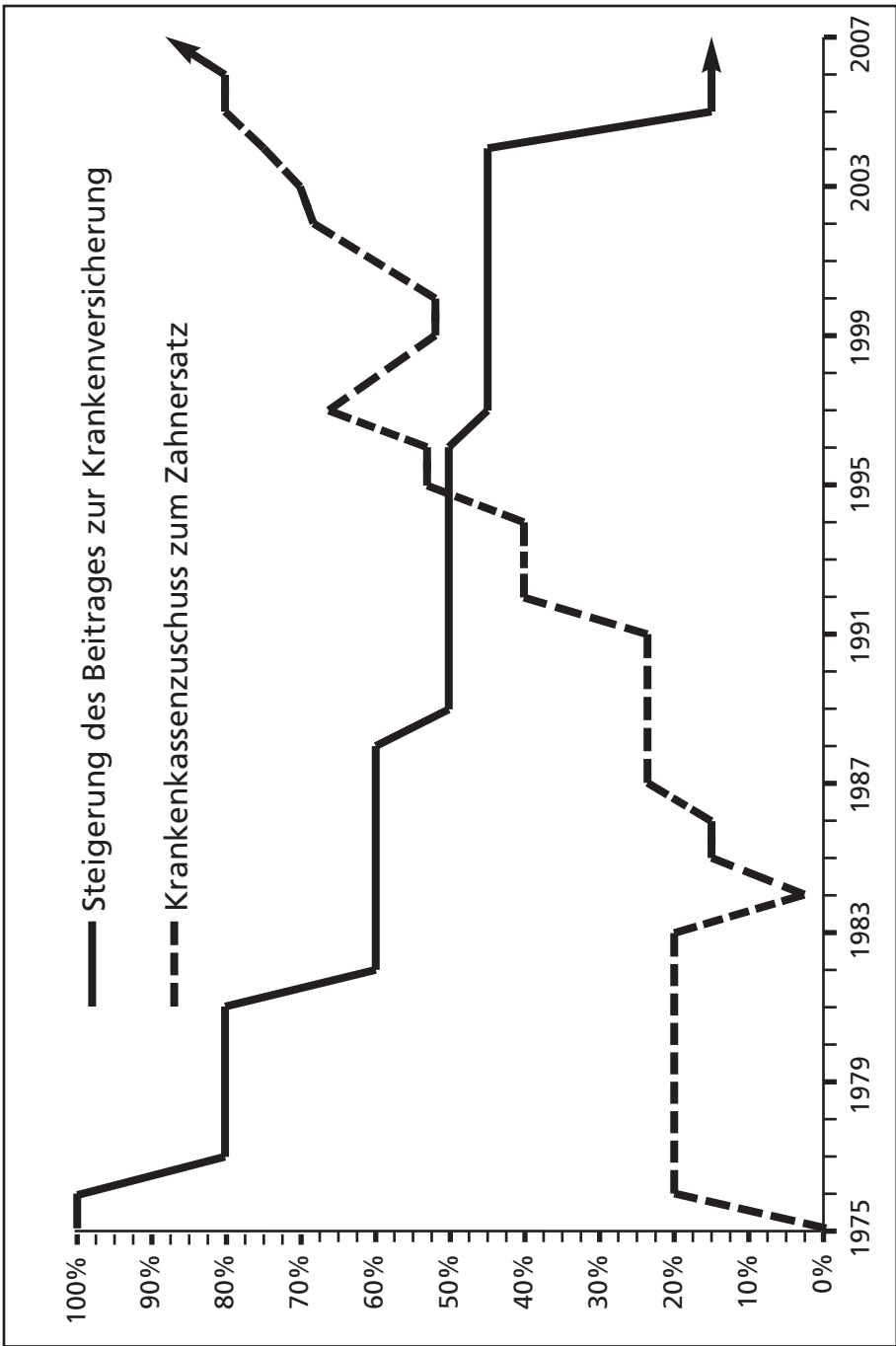
Eine Informationsschrift zum Thema:

Demontage der Leistungen für Zahnersatz in der GKV

11. Februar 2008

Diese Schrift richtet sich an engagierte Bürgerinnen und Bürger, die sich über den sozialen Frieden in Deutschland Sorgen machen und bereit sind, sich für diesen sozialen Frieden einzusetzen.

C001 0802 1



Patient X erhält also für den Zahnersatz nur 19,4% von der Krankenkasse (nur 14,9% ohne Bonusheft) und muss 80,6% selbst bezahlen. Wo ist da die 100%ige Kostenübernahme aus dem BSG-Urteil von 1974 bzw. dem Gesetz von 1975 geblieben?

Im gleichen Zeitraum von 1975 bis heute stieg der Beitrag zur Krankenversicherung von 8% auf ca. 15%; das ist eine Steigerung um 87,5%. Seit 1983 müssen Rentner ebenfalls Krankenkassenbeiträge bezahlen!

Das Diagramm auf Seite 7 verdeutlicht im Zeitraum von 1975 bis 2007 die prozentuale Steigerung des Krankenkassenbeitrages um 87,5 % und die gleichzeitige Leistungskürzung für Zahnersatz von 100% auf 19,4 %.

■

Patient X hat vorgesorgt und hat seit einigen Jahren eine Ergänzungsversicherung für Zahnersatz. Für einen monatlichen Beitrag von 12,00 werden 40% der Aufwendungen ersetzt. Er reicht alle Belege bei seiner Versicherung ein.

Patient X erhält von seiner Ergänzungsversicherung folgende Abrechnung:

Rechnungsbetrag	1 870,00
nichterstattungsfähige Leistungen	- 620,00
- Regelhöchstsatz 2,3facher Satz nach amtlicher Gebührenordnung, (nicht 3,5 facher Satz)	
- keine Leistungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	
- nur Leistungen nach bundeseinheitlichem Leistungsverzeichnis (BEL)	
erstattungsfähige Leistungen	1 250,00
Rückerstattung 40%	500,00

Patient X muß für seinen Zahnersatz trotz Ergänzungsversicherung noch 1.007,00 (ca. 54%) selbst bezahlen. Die hohe Summe der nichterstattungsfähigen Leistungen ärgern ihn besonders, denn hier hätte er sich mehr Beratung und Unterstützung von seiner Krankenkasse gewünscht.

Einführung der Leistungen für Zahnersatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahre 1975

Ein Urteil des Bundessozialgerichts von 1974 bewertete den Zahnverlust als Krankheit. Den Zahnärzten und Krankenkassen wurde auferlegt, u.a. die Versorgung mit Kronen und Brücken als zahntechnische Leistungen in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aufzunehmen. Ab 01.01.1975 erhalten gesetzlich Krankenversicherte erstmalig Zahnersatz im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung.

- Die Kosten für Zahnersatz werden zu 100% von den Krankenkassen übernommen.

Permanente Kürzungen bei den Leistungen für Zahnersatz in der GKV ab 1977

Das Jahr 1977 markiert den Einstieg in eine Kostendämpfungs-Gesetzgebung bei der GKV. Von den laufenden Gesundheitsreformen ist auch die Zahnersatzversorgung durch permanente Kürzungen bei den Leistungen betroffen.

1977: Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz

- Begrenzung der Kostenübernahme der Krankenkasse für Zahnersatz von 100% auf 80%.

1982: 2.Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz

- Begrenzung der Kostenübernahme der Krankenkasse für Zahnersatz von 80% auf 60%.

1989: Gesundheitsreformgesetz

- Einführung des Bonusheftes, Kostenübernahme der Krankenkasse für Zahnersatz abhängig von jährlichen Vorsorgeuntersuchungen, Begrenzung auf 50% höchstens 60%.

1993: Gesundheitsstrukturgesetz

- Große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnbereich werden nicht mehr erstattet.

1997 Beitragsentlastungsgesetz

- Begrenzung der Kostenübernahme der Krankenkasse für Zahnersatz auf 45% bzw. 55%.
- Einschränkungen bei Zahnbehandlung, z. B. keine implantologischen Leistungen, keine Erstattung für Inlays.
- Unter 18jährige werden von der GKV-Leistung "Zahnersatz" ausgegrenzt.

2003 Beitragssicherungsgesetz

- Absenkung der limitierten Vergütung für zahntechnische Leistungen um 5%.

2004 GKV-Modernisierungsgesetz

- Praxisgebühr beim Zahnarztbesuch: 1 x pro Quartal 10,00.

2005 Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

- An die Stelle des bisherigen prozentualen Anteils der GKV an den Kosten für Zahnersatz treten ab Januar 2005 befundbezogene Festzuschüsse.

Befundbezogene Festzuschüsse ab 2005 und ihre Auswirkungen für den Versicherten

Die Auswirkungen der befundbezogenen Festzuschüsse für den Versicherten werden am folgenden Beispiel erläutert:

Beim Patienten X stellt der Zahnarzt fest, daß die Lücke eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied an zwei Zahnkronen zu ersetzen ist.

Der Zahnarzt erstellt einen Heil- und Kostenplan für den Zahnersatz. Darin enthalten sind u. a. die Befund-Nummer 2.1 für eine zahnbegrenzte Lücke und die voraussichtlichen Behandlungskosten von 1 870,00.

Mit dem Heil- und Kostenplan läßt sich Patient X die Versorgungsleistung von der Krankenkasse als Zuschuss bewilligen.

Die Krankenkasse ermittelt anhand der Befund-Nummer 2.1 den Festzuschuss nach den Festzuschuss-Richtlinien.

Auszug aus Festzuschuss-Richtlinien (Beträge in Euro):

Befund	ohne Bonus	Bonus 20 %	Bonus 30 %	dopp. FZ
2.1 Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke	279,03	334,84	362,74	558,06

Erklärung: Bonus 20% gilt für 5 Jahre lückenlos geführtes Bonusheft; Bonus 30% gilt für 10 Jahre lückenlos geführtes Bonusheft; doppelter Festzuschuss (FZ) gilt für Härtefälle.

Patient X hat ein lückenlos geführtes Bonusheft seit über 10 Jahren und bekommt den Festzuschuss Bonus 30% also ca. 363,00 Zuschuss von der Krankenkasse.

Patient X möchte von der Krankenkasse wissen, warum der Zuschuss im Verhältnis zu den Behandlungskosten so gering ist, wo er doch die einfachste Versorgungsart gewählt hat und ob vielleicht die Behandlungskosten zu hoch angesetzt sind.

Er erhält die Antwort, daß sich die Krankenkasse nicht mehr prozentual an den tatsächlichen Kosten beteiligt und somit diese auch nicht mehr überprüft, sondern nur mehr einen befundorientierten Festzuschuss einer Regelversorgung bezahlt.

Die Regelversorgung beinhaltet befundorientierte Leistungen, die medizinisch ausreichen, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Ohne Bonus erhält der Versicherte einen Festzuschuss von 50% von der Regelversorgung.

Bei Bonus 20% sind es 60% und bei Bonus 30% sind es 65%.

Nach der Behandlung erhält Patient X folgende Rechnung von seinem Zahnarzt:

Gesamtkosten	1 870,00
Kassenanteil	- 363,00
<hr/>	
Rechnungsbetrag	1 507,00