

## Zahnsanierung bei psychischen Erkrankungen oder Speicheldrüsenerkrankungen

# Pflichtleistung der Krankenversicherung?

Martin Gaberthüel<sup>a</sup>,  
Brigitte Berger Kurzen<sup>b</sup>

a Dr. med., Vertrauensarzt,  
Helsana Versicherungen AG

b Dr. iur., Leiterin Fachführung,  
Helsana Versicherungen AG

### Einleitung

Der Vertrauensarzt der Krankenversicherung gemäss KVG ist oft mit der Frage der Leistungspflicht für Zahnsanierungen im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten (insbesondere Depressionen) und Speicheldrüsenerkrankungen konfrontiert. Meist wird der Zahnschaden aufgrund eines verminderten Speichelflusses begründet (medikamentös, aktinisch, Speicheldrüsenleiden usw.). Wir möchten im Folgenden darauf hinweisen, welche Voraussetzungen zur Leistungspflicht zu beachten sind.

### KVG

In Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 7 und lit. d KLV (Krankenpflegeleistungsverordnung) werden die Voraussetzungen aufgelistet. Es muss eine schwere Allgemeinerkrankung vorliegen, die zahnärztliche Behandlung muss eine Folge davon sein und zur Behandlung der Erkrankung notwendig sein. Ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen des Zahnschadens mit dem Leiden genügt somit nicht. Es muss des weiteren dargelegt sein, dass der Zahnschaden nicht vorbestehend und auch unvermeidbar war.

Der behandelnde Arzt ist also gehalten, den Patienten bei Verordnung von Medikamenten, die Xerostomie verursachen können, auf die vermehrte Pflicht zur Zahnpflege aufmerksam zu machen.

Diese Zahnpflege kann eventuell auch durch eine Hilfsperson durchgeführt werden. Dasselbe gilt bei Leiden mit nichtmedikamentöser Xerostomie.

### Rechtliche Grundlagen der Zahnbehandlung nach psychischer Krankheit oder zufolge Speicheldrüsenerkrankung aus der Sicht des Juristen

Zusammenfassung der Urteile BGE 128 V 66 (K 146/00), BGE 128 V 70 (K 139/99) sowie BGE 128 V 59 (K 106/99)

Die medikamentöse Behandlung einer schweren psychischen Erkrankung gilt als Folge derselben und kann zu einer leistungspflichtigen zahnärztlichen Behandlung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung führen. Löst beispielsweise die medikamentöse Behandlung einer schweren Depression als Nebenwirkung

eine Mundtrockenheit (Xerostomie) aus, die trotz regelmässiger Fluoridierung und Mundhygiene an sämtlichen Zähnen des Patienten zu einer floriden Schmelz-Dentin-Zement-Karies führt, sind die Kosten für diese Sanierung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen, sofern die Erkrankung des Kau-systems nicht objektiv vermeidbar gewesen ist. Objektiv vermeidbar ist alles, was durch eine genügende Mundhygiene hätte vermieden werden können. Die Gründe für die unterbliebene genügende Mundhygiene sind grundsätzlich nicht massgebend. Ist beispielsweise einem psychisch Kranken die Durchführung der Mundhygiene lediglich erschwert, rechtfertigt sich eine Leistungspflicht für eine daraus hervorgegangene schwere Beeinträchtigung der Kaufunktion nicht. Dies insbesondere unter dem Aspekt der rechtsgleichen Behandlung, denn das tägliche Zähneputzen kann auch für andere schwerkranke oder für betagte Personen schwierig sein, und dennoch hat die Krankenversicherung für daraus resultierende Zahnbehandlungskosten nicht aufzukommen. Einzig wenn eine genügende Mundhygiene auf Grund der psychischen Erkrankung verunmöglicht wird, weil bspw. die kranke Person die Mundhygiene ablehnt, weil sie deren Notwendigkeit nicht einzusehen vermag oder sich einer solchen widersetzt, kann die obligatorische Krankenpflegeversicherung leistungspflichtig werden. Dem schwer psychisch Kranken wird dabei die Hilfe Dritter angerechnet. (BGE 128 V 70).

Im speziellen Fall von Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 7 KLV ist Voraussetzung der Kostenübernahme, dass nicht nur die Allgemeinerkrankung schwer sein, sondern auch eine qualifizierte Beeinträchtigung der Kauffunktion vorliegen muss. Sodann ist ein Kausalzusammenhang zwischen der schweren psychischen Erkrankung und der schweren Beeinträchtigung der Kauffunktion sowie die Unvermeidbarkeit der letzteren notwendig.

Als genügende Mundhygiene werden Anstrengungen in Form täglicher Verrichtung, namentlich der Reinigung der Zähne, der Selbstkontrolle der Zähne, soweit dem Laien möglich, des Ganges zum Zahnarzt, wenn sich Auffälligkeiten am Kausystem zeigen, sowie periodische

Korrespondenz:  
Dr. med. Martin Gaberthüel  
Helsana Versicherungen AG  
Postfach  
CH-8081 Zürich  
martin.gaberthueel@helsana.ch

Kontrollen und Behandlungen durch den Zahnarzt verlangt (vgl. BGE 128 V 59, Erw. 4). Bei Xerostomie- und Oligosialiepatienten wird zur Vermeidung von Kausystemerkrankungen eine intensivierete Individualprophylaxe verlangt (siehe Empfehlungen Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Prof. Dr. T. Imfeld). Die Unvermeidbarkeit verlangt eine nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde genügende Mundhygiene; eine versicherte Person, die aufgrund ihrer Konstitution, durchgemachter Krankheiten oder durchgeführter Zahnbehandlungen eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen aufweist, kann es nicht bei der allgemein üblichen Mundhygiene bewenden lassen.

Die Mundhygiene muss jedoch in jedem Fall sowohl in der täglichen Durchführung als auch hinsichtlich des periodischen Ganges zum Zahnarzt und der Dentalhygiene in vernünftigen und zumutbarem Rahmen bleiben.

Fazit: Durch eine vermehrte Aufklärung der Ärzte über die Nebenwirkungen solcher Medikamente oder Krankheiten und über die Möglichkeit der Leistungsablehnung durch die obligatorischen Krankenpflegeversicherer wegen mangelnder adäquater Mundhygiene könnten einerseits Zahnbehandlungen verringert und andererseits Streitigkeiten betreffend die Kostenübernahme vermindert werden.

### **Empfehlungen der Universität Zürich für die Betreuung und Medikation von Xerostomie- und Oligosialiepatienten**

Folgende fachliche Richtlinien des Zentrums für Zahn- und Kieferheilkunde der Universität Zürich vom Dezember 2006 (von Prof. Dr. T. Imfeld freundlicherweise zur Veröffentlichung genehmigt) werden diesen Patienten empfohlen und sind auch online im Internet abrufbar unter [www.dent.unizh.ch/ppk/downloads.html](http://www.dent.unizh.ch/ppk/downloads.html):

#### **Betreuung und Medikation von Xerostomie- und Oligosialiepatienten**

##### **Intensivierte Individualprophylaxe**

###### *Professionelle Zahnreinigung*

3–4×/Jahr inklusive Fluoridapplikation, ggf. häufiger.

###### *Lokalapplikation von fluoridhaltigen Gelees und Mundspülungen*

Durch Patient mehrmals wöchentlich, ggf. mit Medikamententrägerschiene.

Fluoridgelees haben sich als bestes Mittel zur individuellen Kariesbekämpfung erwiesen, wobei die Häufigkeit der Anwendung eine mass-

gebliche Rolle spielt. Fluoridhaltige Mundspülungen sollten täglich benutzt werden (nicht sinnvoll unmittelbar nach dem Zähnebürsten oder nach Geleeanwendung).

Produktvorschläge:

- Gelees: Binaca (NaF), Elmex G (AmF), Emofluor (SnF);
- Mundspülungen: Act (pH 7,7; NaF), Aldiamed (Aloe vera, Lycocym, Lactoferrin), Binaca (pH-neutral; NaF). Candida Rot (pH 6,55; NaF), Emofluor (pH-neutral; NaF).

##### *Chemoprävention*

0,02% Chlorhexidin (CHX) im Wasserstrahlgerät (Munddusche) als Langzeitmedikamentation (Plak-Out-Konzentrat entsprechend verdünnen: 8 Tropfen auf 100 ml) zur Bekämpfung der azidogenen oralen Flora; alle 3–4 Monate für einige Tage intensivere Behandlung mit 2× täglicher Anwendung von 0,2% CHX; ChewX (Kaugummi mit CHX) bis zu 3× 2 Stück/Tag.

##### *Mundhygienehilfsmittel*

- Weiche Handzahnbürsten (z.B. Meridol oder Oral-B Advantage extra soft) oder wippende, nicht oszillierende elektrische Zahnbürsten (z.B. Oral-B Sonic Complete, Philips Sonicare, Water Pik Sonicmax);
- Zahnpasten: Candida Parodin, Candida Sensitive, Duraphat Zahnpaste mit 5000 ppmF, 1×/Tag (verschreibungspflichtig, zurzeit nur in Deutschland erhältlich), Elmex Mentholfrei, Elmex Rot, Emofluor, Mentadent C Active.

##### *Ernährungslenkung*

Ernährungsanamnese mit entsprechender Diätkontrolle (zucker- und säurearm).

##### **Speichelersatzmittel**

- Aldiamed Gel (heico Dent);
- Buccogel Gel (IBSA);
- Emofluor-Mundbefeuchtungsspray (Dr. Wild);
- Oralube Gel (Orion, Australien; muss importiert werden);
- Saliva Medac Spray (Medac; enthält allerdings Menthol);
- Saliva Orthana Spray (AS Pharma, Dänemark; auf Basis von tierischem Mucin; muss importiert werden).

##### **Speichelstimulation**

Kauen spezieller zuckerfreier Kaugummis (z.B. Candida [mit Mineralsalzen], ChewX [mit CHX], V6 [mit Carbamid], V6+Fluor [mit Fluorid]); keine zucker- und säurehaltigen Bonbons.

*Zusätzliche Massnahmen*

- Für ausreichende Luftfeuchtigkeit in den Wohn- und Arbeitsräumen, v.a. im Schlafzimmer sorgen;
- Mundatmung vermeiden;
- je nach Bedarf und Akzeptanz die Mundhöhle mit neutralem Speiseöl (z.B. Sonnenblumenöl) oder Malveol (Malvenöl) benetzen.

Die früher empfohlenen Produkte Biotène-Mundspülung und -Zahnpaste sowie Oralbalance-Gel werden nicht mehr empfohlen, da sie jetzt Glukose enthalten und nicht zahn-schonend sind. Dasselbe gilt für die neueren Produkte BioXtra-Mundspülung, -Zahnpaste und -Gelee.

Obgenannte Empfehlungen für den Schweizer Markt erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Sie sind jeweils in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt!

**Folgerungen**

Aus den dargelegten Fakten ergibt sich folgende Schlussfolgerung, die die behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Patienten mit Oligosialie und

Xerostomie beachten müssen, bevor Gesuche zur Leistungsübernahme an die Krankenversicherung gestellt werden:

- Ist eine Xerostomie/Oligosialie überhaupt ausgewiesen (Befunde)?
- Liegt ein schweres Leiden gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. c Ziff. 7 oder lit. d KLV vor?
- War der Zustand des Gebisses vor Auftreten der Xerostomie/Oligosialie nachgewiesenermassen beschwerdefrei und gut?
- Wurde der Patient über die Notwendigkeit einer intensivierten Pflege aufgeklärt (gilt auch für allfällige Hilfspersonen)?
- Wurde die intensivierte Pflege auch tatsächlich und kontrolliert durchgeführt?
- Worin besteht die zahnärztliche Folge des Leidens?
- Ist die zahnärztliche Behandlung zur Therapie des Leidens notwendig? Weshalb?

Gemäss Art. 57 KVG sind die Antworten auf die oben aufgeführten Fragen dem Vertrauensarzt vollständig dokumentiert vorzulegen, da ansonsten keine Beurteilung zuhanden der Versicherung möglich ist und eine Entscheidung der Kostenfrage der vorgesehenen zahnärztlichen Behandlung nicht gefällt werden kann.

## Kommentar der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie SGKG

Klaus W. Grätz\*,  
Pastpräsident SGKG

\* Dieser Kommentar ist vor allem in Zusammenarbeit mit den Kollegen Dr. med. Dr. med. dent. Roland Schmoker, Delegierter der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie (SGKG), und Prof. Dr. Thomas Imfeld, ZZMK der Universität Zürich, entstanden.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. Dr. med. Klaus W. Grätz  
UniversitätsSpital Zürich  
Klinik für Kiefer-  
und Gesichtschirurgie  
Frauenklinikstrasse 24  
CH-8091 Zürich

klaus.graetz@usz.ch

**Einleitung**

Der genannte Artikel eines Vertrauensarztes und eines juristischen Sachbearbeiters der Helsana vertritt unverkennbar und offensichtlich die Interessen der Krankenkassen. Der Kommentar von seiten der Schweizerischen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie SGKG soll die Sachlage aus Sicht des Patienten, der zitierten EVG-Urteile und des behandelnden Facharztes Kiefer- und Gesichtschirurgie darstellen.

**Sachverhalt**

Der Artikel enthält sicher wertvolle Hinweise für Ärzte und Pflegepersonal im Zusammenhang mit Zahnschäden. Im Artikel werden die medizinischen Indikationen, die Aufklärungspflicht und die Notwendigkeit einer entsprechenden

Dokumentation im Zusammenhang mit erweiterten Mundhygienemassnahmen zur Vermeidung von Zahnschäden aufgeführt.

Als Beispiel für die Liste der schweren Erkrankungen dienen die psychischen Erkrankungen und die Speicheldrüsenerkrankungen. Der Artikel stellt eine äusserst begrüssenswerte Modifikation dar betreffend die Schwere einer Erkrankung und besonders in der Durchsetzung solcher Hygienemassnahmen, auch vor dem Hintergrund der rigorosen Sparmassnahmen im Gesundheitswesen, diese nicht zu vernachlässigen.

Hauptsächliche Zahnschäden gemäss Art. 31 KVG sind die Parodontitis und Kariesbefall. Für beide besteht eine erhöhte Anfälligkeit bei vermindertem Speichelfluss. Dieser verminderte Speichelfluss kommt unter anderem bei den hier

erwähnten Speicheldrüsenerkrankungen und bei der Einnahme von Psychopharmaka und anderer Medikamente, aber auch nach Radiatio vor. Der Speichelfluss kann gemessen und durch entsprechende Behandlungsmassnahmen durchaus gefördert werden.

Aus diesen unbestrittenen Tatsachen folgert der Artikel, dass bei fehlendem Nachweis eines verminderten Speichelflusses die Voraussetzungen für eine Kassenpflicht für Zahnschäden bei solchen Erkrankungen nicht gegeben seien. Darüber hinaus wird als Voraussetzung für eine Kassenpflicht die Forderung gestellt, dass Ärzte und Pflegepersonen den Nachweis einer erfolgten Aufklärung des Patienten über die Notwendigkeit erweiterter Mundhygienemassnahmen zu erbringen haben. Schliesslich wird die Forderung erhoben, dass die erweiterten Mundhygienemassnahmen vom Arzt, vom Pflegepersonal und vom Patienten lückenlos zu dokumentieren seien.

Mit dem Hinweis auf drei EVG-Urteile werden weitere Voraussetzungen aufgelistet, die einem Auszug sämtlicher darin von den Krankenkassen vorgebrachter Vorbehalte entsprechen. Die EVG-Urteile lauten jedoch trotz aller Vorbehalte letztlich zugunsten der Patienten bzw. enden mit einer Rückweisung an die Krankenkassen.

In der Schlussfolgerung des Artikels werden die Voraussetzungen für eine Kassenpflicht nochmals erheblich erhöht:

1. Vor dem Auftreten der festgestellten Verminderung des Speichelflusses müsste der Zustand des Gebisses nachgewiesenermassen beschwerdefrei und gut sein. Es ist nicht berücksichtigt, wenn der Speichelfluss schon Jahre vor der festgestellten oder vermutlichen Verminderung vermindert war und deshalb bereits Zahnschäden vorhanden waren.
2. Zusätzlich müsste der Patient über die Notwendigkeit einer intensivierten Pflege aufgeklärt worden sein. Jeder Arzt kennt die juristischen «Spitzfindigkeiten» für den Nachweis einer erfolgten Aufklärung. Medizinische Gutachten nehmen dazu gar nicht mehr Stellung, weil die Beurteilung im juristischen Ermessen liegt.
3. Wie soll der Patient nachweisen können, dass die intensivierte Pflege tatsächlich erfolgt und dokumentiert ist?
4. Der «Dolchstoss» für eine Kassenpflicht folgt im Schlusssatz, nämlich, dass ohne vollständige Dokumentation der obengenannten Voraussetzung eine Beurteilung und Entscheidung der Kostenfrage gar nicht gefällt werden könne.

### **Pflichtleistung der Krankenversicherung**

Anlass für eine Regelung der Kassenpflicht für Zahnschäden war deren Fehlen im alten KUVG einerseits und die politische Forderung einer vollumfänglichen Deckung der Zahnpflege aus sozialen Erwägungen und aus Gründen der Kompatibilität zur EU andererseits.

Als gutschweizerischer Kompromiss wurden zur Regelung der Kassenpflicht wissenschaftliche Kriterien herangezogen. Diese beweisen, dass Karies und Parodontitis hauptsächlich selbstverantwortlich durch Vernachlässigen einfacher Massnahmen wie Zähneputzen, Fluorprophylaxe und Dentalhygiene entstehen und folglich nicht der Solidarität der Krankenkasse zur Last fallen dürfen.

Demgegenüber wurde von einem Expertengremium eine Liste der hauptsächlichsten Erkrankungen erstellt, bei denen ein durch einfache Massnahmen nicht vermeidbares, erhöhtes Risiko für Karies oder Parodontitis aufgrund bekannter oder nicht bekannter Faktoren nachgewiesen ist.

Ein derart entstandener Zahnschaden wurde der Kassenpflicht unterstellt.

Dabei wurden aus wissenschaftlichen Überlegungen ganz bewusst keine Schweregradkriterien für einzelne Faktoren im multifaktoriellen Geschehen aufgestellt, beispielsweise in Form von Laborparametern. Dies lässt sich dadurch begründen, dass die Ätiologie immer multifaktoriell ist und nicht alle Faktoren bekannt sind, die über längere Zeitdauer auch Zahnschäden verursachen und dass, wie überall in der Medizin, nie ein Anspruch darauf bestehen kann, alle Mechanismen zu kennen.

Hauptanliegen des Expertengremiums war die einfache Handhabung. Deshalb wurden die Erkrankungen abschliessend aufgelistet, und zwar möglichst einfach und glasklar.

### **Diskussion**

#### **Sachbearbeiterebene**

Der Appell auf Nichteintreten bei unvollständigem Nachweis der Forderung der Krankenkasse richtet sich an die Sachbearbeiterebene. Er ist juristisch absolut unhaltbar, gegenüber psychisch Erkrankten sogar ethisch nicht vertretbar.

Aufgrund des vorliegenden Artikels würde der Entscheid, auf ein Kostengutsprache gesuch gar nicht erst einzutreten, mit dem Hinweis begründet, die Voraussetzungen einer ausreichenden Aufklärung und einer lückenlosen Doku-

mentation seien nicht erbracht. Auf die Patienten in den drei genannten EVG-Entscheidungen wäre somit erst gar nicht eingetreten worden. Dies stelle eine Diskriminierung solcher Patienten dar.

### Juristische Ebene

Der Forderungskatalog richtet sich an die Juristen. Der basiert auf den für Krankenkassen berühmt-berüchtigten medizinischen Umkehrschlüssen. Verminderter Speichelfluss bei einer Speicheldrüsenerkrankung fördert das Karies- und Parodontitisrisiko. Ungenügender Speichelfluss definiert sich ab einem gewissen Grenzwert. Der Grenzwert ist nicht bezogen auf die Zahnschädigung, sondern auf die Definition der untersten Norm des Speichelflusses. Psychisch Erkrankte sind unter anderem auf Psychopharmaka angewiesen. Psychopharmaka können den Speichelfluss reduzieren.

Daraus konstruiert die Krankenkasse nun den Umkehrschluss, dass ein Zahnschaden bei einer psychischen Erkrankung nur kassenpflichtig sei, wenn der Speichelfluss unter dem Grenzwert liege. Ohne Nachweis eines Speichelflusses unter dem angenommenen Grenzwert liege kein psychisch bedingter Zahnschaden vor.

Diese juristische Fehlinterpretation stellt eine entsprechend krasse Diskriminierung solcher Patienten dar.

Zahnschäden und deren Behandlung aufgrund von Erkrankungen der Speicheldrüse und der Psyche gemäss Art. 31 KVG laufen wenigstens nicht ständig Gefahr, anders als dies z. B. bei Verlagerungen regelmässig der Fall ist, auf die Kassenpflicht von Art. 25 KVG der Erkrankung selbst ausgedehnt zu werden, d.h. auf die Speicheldrüsenerkrankung, die psychische Erkrankung, den Tumor, die Dysgnathie, die oroantrale Fistel, die Zahnverlagerung oder die Kiefergelenkerkrankung. In Wirklichkeit geht es jedoch um die durch die Erkrankung bedingten Zahnschäden, d.h. den Zahnverlust, die Zahnschiene, die für einen Fistelverschluss notwendige Zahnextraktion mit nachfolgendem Zahnersatz, die Demineralisation, Karies oder Parodontitis am Nachbarzahn usw. Allein die Überprüfung der juristischen Schlussfolgerungen in dieser Hinsicht gibt zu denken.

Viele Vertrauenszahnärzte und Vertrauensärzte lassen sich blenden durch vorgegebene Laborgrenzwerte. Wenn eine solche Vereinfachung zutreffen würde, hätte sich das Expertengremium seine ganze Arbeit ersparen können. Solche Normgrenzen von Laborwerten sind im multifaktoriellen Geschehen in einer Erkrankung völlig unmassgebend. Dies sei in

einigen Beispielen aufgezeigt, bei denen als Ausschlusskriterien für eine Leistungspflicht immer wieder Laborwerte, wie die Speichelflussrate oder die Knochendichte, herangezogen werden:

1. Eine psychische Erkrankung reduziert sich in ihren Auswirkungen hinsichtlich Zahnschäden nicht auf eine reduzierte Speichelflussmenge.
2. Völlig unmassgebend ist der Speichelfluss bei der Leukämie, mit oder ohne Ganzkörperbestrahlung und Knochenmarkstransplantation.
3. Bei einem Tumorleiden mit Bestrahlung und Zytostatikatherapie stellt ein reduzierter Speichelfluss lediglich einen Faktor unter vielen dar.

4. Die Arbeit der Fachexperten für die Liste der Erkrankungen Artikel 17–19 KLV, die nun einmal abschliessend so Gültigkeit hat, wie sie jetzt vorliegt, gilt als wissenschaftlich, ökonomisch, standespolitisch akzeptiert. Die Patientenansprüche sind rigoros eingeschränkt. Mangelndes Wissen über Mundhygiene, Fluorprophylaxe und Dentalhygiene können nicht geltend gemacht werden. Ohne nachgewiesene Erkrankung läuft nichts.

Umgekehrt stehen diese Erkrankungen als Eckpfeiler ohne Wenn und Aber, ohne Einschränkungen, ohne gegenseitige Abhängigkeiten, ohne Nachweis diskriminierender unrealistischer Forderung irgendeiner Aufklärung oder irgendwelcher erweiterter Mundhygienemassnahmen, ohne Nachweis der Pathogenese und ohne Laborwerte. Eine Speicheldrüsenerkrankung, eine psychische Erkrankung, eine Leukämie, eine Osteopathie des Alveolarkamms oder eine Auswirkung von Medikamenten stellen voneinander unabhängige Erkrankungen dar, jede mit multifaktorieller Pathogenese für eine Schädigung des Odontoparodontes. Der Nachweis, dass im Einzelfall eine der möglichen Pathogenesen nicht vorliege, dass also beispielsweise bei den oben genannten Erkrankungen die Speichelflussrate nicht unter dem Grenzwert liege, ist völlig unerheblich. Dies gilt auch für die Forderung des Nachweises einer lückenlosen Mundhygiene, deren Begriff der schweren Erkrankung als nicht erbringbar bereits eingerechnet ist, sei es tatsächlich und permanent oder zeitweise, sei es lediglich bezüglich eines lückenlosen Nachweises. Bei den psychischen Erkrankungen in den zitierten EVG-Urteilen handelt es sich eben gerade um solche Fälle.

Die vom Expertengremium eingerechneten Kosten wurden für die Behandlung vorge-

sehen, nicht für den administrativen Leerlauf. Die Liste der Erkrankungen ist abschliessend und nicht dafür gedacht, in jedem Einzelfall von vertrauensärztlicher Seite in Frage gestellt oder durch das Provozieren von Gerichtsfällen eingeschränkt zu werden, weder via Laborgrenzwerte noch Forderungen irgendwelcher Dokumentation. Was dem zurechnungsfähigen Patienten gelingen mag, wäre für einen psychisch kranken Patienten, der womöglich seine Medikamente vor der Speichelflussmessung nicht eingenommen hat oder zu diesem Zeitpunkt gerade nicht mehr einnehmen muss, unverantwortbar diskriminierend.

### Zusammenfassung

Der Artikel vertritt unausgewogen vor allem offensichtliche Kasseninteressen. Unter dem Deckmantel löblicher Hinweise an Ärzte und Pflegepersonal betreffend die Wichtigkeit erweiterter Mundhygienemassnahmen, entsprechender Aufklärung der Patienten und der Notwendigkeit, diese zu dokumentieren, enthält er eine ganze Reihe frei erfundener Restriktionen der Kassenpflicht.

Der Sinn einer Gesetzgebung, die im Vergleich zu umgebenden Ländern bereits äusserst restriktiv auf eine wissenschaftlich fundierte Auflistung bestimmter Erkrankungen eingeschränkt ist, kann nicht darin liegen, dass sich die Krankenkasse auf den kriminalistischen Nachweis irgendeiner Nachlässigkeit oder eines vielleicht sogar erkrankungsbedingt verpassten Termins zu einer perfekten erweiterten Mundhygiene beschränkt und damit die Leistungspflicht kursorisch ablehnt.

Mit typischen medizinischen Umkehrschlüssen werden auf verschiedener Ebene fehlinterpretierte Vorbehalte konstruiert:

1. Auf Sachbearbeiterebene für das Nichteintreten auf ein Kostengutsprachege such.
2. Auf juristischer Ebene für nicht stichhaltige medizinische Konstruktionen, die von un-

voreingenommenen Juristen als medizinische Fakten missverstanden werden können.

3. Auf Ebene Vertrauenszahnarzt bzw. Vertrauensarzt als Aufforderung mit Hilfe der Fehlinterpretationen in jedem Einzelfall die vom Fachexperten erstellte abschliessende Liste der schweren Erkrankungen durch Konstruktionen von Voraussetzung in Frage zu stellen.

Der vorliegende Kommentar aus Sicht der SGK soll zu bedenken geben, dass solche Patienten nicht einfach auf allen Ebenen systematisch diskriminiert werden dürfen, sondern dass jeder Einzelfall, wie dies in den zitierten EVG-Urteilen geschehen ist, individuell abgeklärt werden muss.

Zu bemerken ist ausserdem, dass in dem bereits vorliegenden Titel Essstörungen einbezogen waren, im neuen aber nur auf die «Mundtrockenheit» eingegangen wird.

Unter 2. KVG Absatz 2 sollte es heissen, auf die vermehrte Pflicht zur *individuellen* und *professionellen* Zahnpflege aufmerksam zu machen.

Zu Art. 3. Rechtliche Grundlagen der Zahnbehandlungen soll angemerkt werden, dass man nicht aus Versicherungsgründen warten darf, bis alle Zähne befallen sind, die Versicherung ist für den Patienten da, nicht umgekehrt. Im selben Artikel sollte unter Absatz 3: Periodische Kontrollen und Behandlungen durch den Zahnarzt auch Prophylaxepersonal mit eingeschlossen werden.

Bei 4. Empfehlungen Universität Zürich für die Betreuung und Medikation von Xerostomie und Oligosialiepatienten muss darauf hingewiesen werden, dass die fachlichen Richtlinien im Dezember 2006 durch Herrn Prof. Dr. Thomas Imfeld erneuert wurden.

Bemerkung zu 5. Folgerungen: Es ist wichtig zu erwähnen, dass bei Xerostomie infolge Allgemeinerkrankung auch Prophylaxemassnahmen in der Zahnarztpraxis leistungspflichtig sind, selbst ohne Zahnschäden.