

Saekel, Rüdiger

Article — Digitized Version

Die Effizienz der zahnmedizinischen Versorgung: Ein internationaler Vergleich

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Saekel, Rüdiger (1987) : Die Effizienz der zahnmedizinischen Versorgung: Ein internationaler Vergleich, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 67, Iss. 9, pp. 462-468

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136318>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Rüdiger Saekel

Die Effizienz der zahnmedizinischen Versorgung: Ein internationaler Vergleich

Die Kosten der zahnmedizinischen Versorgung sind in der Bundesrepublik Deutschland weitaus höher als in den meisten anderen Industriestaaten. Stehen diesen überdurchschnittlichen Kosten auch überdurchschnittliche Leistungen gegenüber? Wie ließe sich im Rahmen der geplanten Strukturreform im Gesundheitswesen die Effizienz in diesem wichtigen Teilbereich verbessern?

Kosten-Nutzen-Vergleiche unterschiedlicher Gesundheitssysteme sind selten, da es bisher nur wenig verlässliche Gesundheitsindikatoren gibt, ihre Erhebungstechniken oft voneinander abweichen und die Abgrenzungsverfahren der Kostenseite häufig schwer vergleichbar sind. Dies gilt in verstärktem Maße für einzelne Leistungsbereiche des Gesundheitswesens. Für die zahnmedizinische Versorgung ist neuerdings jedoch ein aussagefähiger internationaler Effizienz-Vergleich möglich, da insbesondere die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kürzlich umfangreiches Material hierzu veröffentlicht hat¹.

Danach lag die Bundesrepublik, gemessen an den Pro-Kopf-Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung, zusammen mit der Schweiz an der Spitze der untersuchten westlichen Industrieländer: Die Schweiz wandte 1982 107,5 US-\$ für die gesamte zahnmedizinische Versorgung auf, praktisch gleichauf lag die Bundesrepublik mit 107,4 \$, gefolgt von Schweden mit 101,7 \$ (vgl. Tabelle 1). Wesentlich weniger haben die USA (84 \$), Frankreich (75 \$), Norwegen (67 \$) und Dänemark (59 \$) ausgegeben. Die Niederlande (48 \$), Finnland (42 \$), Österreich (35 \$) und insbesondere Großbritannien (22 \$) weisen die niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben auf, wobei die Werte für Österreich und Großbritannien um die rein privat finanzierten Kosten, die allerdings nicht stark ins Gewicht fallen, zu erhöhen sind.

Noch deutlicher wird die Spitzenstellung der Bundesrepublik, wenn man die Ausgaben für die zahnmedizinische

Verorgung in Relation zum Bruttosozialprodukt setzt. Nach diesem Maßstab sind die zahnmedizinischen Aufwendungen in der Bundesrepublik weitaus am höchsten: Sie betragen 1982 1,01 % des BSP (rund 16,1 Mrd. DM). Schweden, die Schweiz, Frankreich und die USA folgen mit 0,87, 0,72, 0,70 bzw. 0,64 %. Deutlich niedriger liegen die Anteile für alle anderen untersuchten Länder, z. B. Dänemark (0,56 %), die Niederlande (0,51 %), Norwegen (0,50 %) und Österreich (0,39 %).

Auch ein Vergleich des Anteils der zahnmedizinischen Versorgung an den gesamten Gesundheitsaufwendungen (ohne Einkommenleistungen) verdeutlicht die hohen Kosten in der Bundesrepublik (vgl. Tabelle 1): Hier fließen 12,3 % der für die Gesundheit zur Verfügung stehenden Mittel in die zahnmedizinische Versorgung, wohingegen Länder mit ebenfalls hohen zahnmedizinischen Aufwendungen, so z. B. die Schweiz und Schweden, nur 9,7 bzw. 8,7 % aufwenden. Andere Länder wie die USA (6,0 %), Frankreich (5,6 %) oder Großbritannien (4,4 %) weisen noch deutlich niedrigere Quoten auf.

Die WHO stellte überdies fest, daß überwiegend privat finanzierte Systeme, verglichen mit Sozialversicherungssystemen, signifikant niedrigere zahnmedizinische Ausgaben pro Kopf aufweisen². Angesichts der

Rüdiger Saekel, 46, Dipl.-Volkswirt, ist Regiergungsdirektor im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Der Artikel gibt seine persönliche Meinung wieder.

¹ Vgl. World Health Organization (WHO): Country profiles on oral health in Europe 1986, Kopenhagen 1986; und WHO: Financing of dental care in Europe, Part I, Kopenhagen 1986.

² Vgl. WHO: Financing of ..., a.a.O.

³ Vgl. WHO: Country profiles ..., a.a.O.

⁴ Vgl. WHO: Country profiles ..., a.a.O.; G. Hüllibrand: Kariesbefall und Gebißzustand zahnärztlicher Patienten in der Bundesrepublik, Diss., Würzburg 1986; National Institute of Dental Research: Survey 1979/80.

Tatsache, daß alle untersuchten westlichen Länder über bedeutend höhere Selbstbeteiligungsquoten verfügen als die Bundesrepublik, ist dieses Ergebnis allerdings nicht verwunderlich. Ob ihm ein kausaler Erklärungswert zukommt, soll weiter unten geprüft werden.

Indikatoren der Zahngesundheit

Vor dem Hintergrund der im internationalen Vergleich hohen Kosten der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik stellt sich die Frage, ob diesen überdurchschnittlichen Kosten auch eine überdurchschnittliche Zahngesundheit gegenübersteht. Generell sind solche Leistungsvergleiche im Gesundheitsbereich problematisch, da die Gesundheitspolitik vieler Länder – auch die der Bundesrepublik – kaum über konkrete gesundheitliche Zielvorgaben verfügt. Dies ist erfreulicherweise in der Zahnmedizin anders. Hier haben die Weltgesundheitsorganisation und die Internationale Zahnärztervereinigung (FDI) gemeinsam Ziele für die Zahngesundheit bis zum Jahr 2000 entwickelt. Sie lauten:

- Kariesfreiheit von 50 % der 5- bis 6jährigen,
- nicht mehr als drei kariöse, fehlende und gefüllte Zähne (DMFT) im Alter von 12 Jahren,
- vollständiges Gebiß bei 85 % der Bevölkerung im Alter von 18 Jahren,
- Absenkung des gegenwärtigen Standes der Zahnlosigkeit um 50 % bei der Bevölkerung im Alter von 35 bis 44 Jahren,
- Absenkung des gegenwärtigen Standes der Zahnlosigkeit um 25 % bei der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und darüber.

Diese Ziele wurden 1984 von der EG noch um Ziele für die Gesundheit des Zahnhalteapparates ergänzt.

Die genannten Ziele werden im folgenden als Indikatoren für den Leistungsstand der zahnmedizinischen Versorgung in den einzelnen Ländern verwendet. Obwohl – wie bei medizinischen Studien häufig – nicht für alle Länder repräsentative Daten, sondern teilweise nur große Regionalstudien zur Verfügung stehen, sind die folgenden internationalen Vergleiche dennoch aussagefähig und vermitteln ein tendenziell richtiges Bild. Im Hinblick auf Ziel 1 (Kariesfreiheit von 50 % der 5- bis 6jährigen) zeigt sich im internationalen Vergleich, daß Dänemark, Finnland und die Niederlande dieses Ziel bereits erreicht haben und Großbritannien, Schweden sowie Irland kurz davor sind³. Die Bundesrepublik und Italien haben unter den westlichen Industrieländern die geringsten Anteile an kariesfreien Gebissen (nur rund 20 %). In den wenigen Regionen der Bundesrepublik, in

denen funktionsfähige gruppenprophylaktische Betreuungsprogramme bestehen, werden zwar Anteile von 45 % und mehr bereits erreicht, doch gelten diese Werte nicht für das gesamte Bundesgebiet.

Auch bei einem Vergleich der Zahngesundheit anhand von Ziel 2 (nicht mehr als drei DMFT-Zähne im Alter von 12 Jahren) liegt die Bundesrepublik, verglichen mit 14 anderen Staaten, an letzter Stelle. Im Durchschnitt hat ein 12jähriger in der Bundesrepublik 6,2 kariöse, fehlende und gefüllte Zähne. Der Gebißzustand der Kinder in der Bundesrepublik ist damit rund doppelt so schlecht wie der von Kindern in den skandinavischen Ländern, den USA, den Niederlanden, der Schweiz und Großbritannien. Die schlechte Zahngesundheit deutscher Kinder setzt sich bis zum 18. Lebensjahr fort (DMFT: 14,0); in diesem Alter fehlen bereits durchschnittlich 2,7 Zähne⁴.

Das Bild ändert sich bei den Erwachsenen. So ist für die 35- bis 44jährigen festzustellen, daß zahnmedizinisch fortgeschrittene westeuropäische Länder mit gut ausgebautem Prophylaxesystem bei Kindern und Jugendlichen, z.B. Dänemark, Niederlande, Großbritannien, Schweiz, schlechtere Werte bei Erwachsenen aufweisen als die Bundesrepublik. Daten zu Ziel 4 (Zahnlosigkeit 35- bis 44jähriger) bestätigen diesen Eindruck. Zahnlosigkeit ist in diesen Altersklassen in der Bundesrepublik und Schweden nur zu 1,1 % bzw. 1,0 % vertreten. Alle anderen Länder weisen bereits im mittleren Erwachsenenalter Raten an Zahnlosigkeit zwischen 6 % (Norwegen) und 18 % (Niederlande) auf. Das gleiche Bild zeigt sich bei Ziel 5 (Zahnlosigkeit der über 65jährigen)⁵.

Verlässliche Daten zum Vorhandensein von Zahnfleisch- und Zahnbettterkrankungen liegen leider nur wenige vor. Die wichtigsten hat Lange⁶ zusammengestellt. Danach sind deutsche 15jährige weit stärker von parodontaler Knochendestruktion betroffen als z.B. 15jährige in Dänemark, Finnland und der Schweiz, also in Ländern mit breitenwirksamer jugendzahnärztlicher Betreuung. Ein Vergleich von deutschen und schweizerischen Rekruten offenbart, daß in beiden Ländern fast alle 20jährigen an Parodontal-Erkrankungen leiden, die Schweregrade allerdings bei deutschen Rekruten höher sind⁷. Nach Angaben der WHO-Datenbank für 1980 erreicht die Parodontalbehandlungsbedürftigkeit 35- bis

³ Vgl. WHO: Country profiles ..., a.a.O.

⁴ Vgl. E. Lange: Parodontologie-Daten, Fakten, Entwicklungen, Zielsetzungen, in: Die Quintessenz 9/83, S. 1745.

⁷ Vgl. K. M. Ponti: Zahnmedizin in der Bundesrepublik und der Schweiz, Versuch einer Gegenüberstellung, Dissertation, Zürich 1985, S. 31.

44-jähriger in der Bundesrepublik ein mittleres Niveau. Die Erkrankungsraten liegen damit jedoch eher höher als in vielen Vergleichsländern⁸.

Kosten-Nutzen-Vergleich

Die Daten zum Kostenniveau zahnmedizinischer Versorgung und zum Zahngesundheitszustand ermöglichen nun einen ersten Effizienzvergleich verschiedener zahnmedizinischer Versorgungssysteme. Dieser Vergleich ergibt zunächst, daß unter Effizienz-Erwägungen die zahnmedizinische Versorgung in den Niederlanden, Großbritannien und Dänemark besonders günstig ist. In diesen Ländern ist der Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen besonders gut, und die Kosten der zahnmedizinischen Versorgung liegen rund die Hälfte unter den Kosten des teuersten Landes, der Bundesrepublik.

Ein Vergleich der drei Länder mit der kostspieligsten zahnmedizinischen Versorgung – Bundesrepublik, Schweiz und Schweden – ergibt, daß die absoluten Pro-Kopf-Aufwendungen dieser Länder ähnlich hoch sind. Allerdings ist der Zahngesundheitszustand schweizerischer und schwedischer Kinder und Jugendlicher nahezu doppelt so gut wie der der deutschen. Anders stellt sich allerdings die Situation bei Erwachsenen dar. Hier ist die Karieshäufigkeit bei 35- bis 44-jährigen in der Bundesrepublik geringer als in der Schweiz.

Diese Feststellung ändert jedoch nichts an der Tatsache, daß unter Effizienzgesichtspunkten das zahnmedizinische Versorgungssystem der Bundesrepublik im Vergleich mit anderen westlichen Ländern sehr ungünstig abschneidet. Unter Kosten-Nutzen-Aspekten wendet die Bundesrepublik zu viel für ihre zahnmedizinische Versorgung auf. Auf diesen Tatbestand weist auch

⁸ D. B a r m s : Mundgesundheit und Behandlungsbedarf in den Industrieländern – Folgerungen der Weltgesundheitsorganisation, in: Forschungsinstitut für die Zahnärztliche Versorgung (FZV): Zukunftsperspektiven der zahnärztlichen Versorgung, Köln 1986, S. 21.

⁹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten 1987, Baden-Baden 1987, S. 124 ff.

das erste Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hin, das sich u.a. ausführlich mit der Entwicklung der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik befaßt⁹. Gemessen am westeuropäischen Effizienz-Standard vergleichbar entwickelter Länder müßte es möglich sein, mit rund 20 % geringeren Aufwendungen erhebliche Verbesserungen der Zahngesundheit der Bevölkerung zu erreichen.

Fragt man, worauf die mangelnde Effizienz des zahnmedizinischen Versorgungssystems in der Bundesrepublik zurückzuführen ist, so bieten sich zwei Erklärungsmuster an:

- Ein falscher therapeutischer Ansatz – Kuration mit Betonung der Spätversorgung statt Prävention und Betonung der Frühversorgung oder
- mangelnde Eigenverantwortung der Patienten, insbesondere hervorgerufen durch fehlende oder nicht genügend hohe Selbstbeteiligung.

Zahnmedizinisches Angebot

Der in einem Lande dominierende therapeutische Ansatz spiegelt sich am ehesten in der Struktur des zahnmedizinischen Angebots wider. Ein grober Maßstab hierfür sind Indikatoren der Zahnarzt-, Zahntechniker- und Dentalhygienikerdichte in den betreffenden Ländern. Diese Indikatoren können gleichzeitig zur Prüfung der These herangezogen werden, daß auch im zahnmedizinischen Bereich der Umfang des Angebots (z. B. die Anzahl der Zahnärzte pro 100 000 Einwohner) die Kosten der Gesundheitsversorgung wesentlich determinierte.

Die verfügbaren Daten über die Zahnärztdichte in den einzelnen Staaten erlauben jedoch keine eindeutige Aussage über die Art des Zusammenhangs zwischen Kosten oder Effizienz der zahnmedizinischen Versorgung und Zahnärztdichte. So praktizieren die meisten Zahnärzte pro 100 000 Einwohner in den skandinavischen Ländern (rund 90 Zahnärzte pro 100 000 Ein-

KONJUNKTUR VON MORGEN

Der vierzehntäglich erscheinende Kurzbericht des HWWA – Institut für Wirtschaftsforschung – Hamburg über die Binnen- und Weltkonjunktur und die Rohstoffmärkte

ISSN 0023-3439

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG

Tabelle 1
Kosten der zahnmedizinischen Versorgung und Gesundheitsausgaben
insgesamt im internationalen Vergleich 1982

	Zahnmedizinische Ausgaben pro Kopf (US-Dollar)	Gesundheitsausgaben pro Kopf (US-Dollar)	Zahnmedizinische Ausgaben in % des Bruttosozial- produkts	Gesundheitsausgaben in % des Bruttosozial- produkts	Zahnmedizinische Ausgaben in % der Gesundheits- ausgaben
Österreich ¹	35,46	644,40	0,39	7,37	5,32
Dänemark ²	58,62	745,82	0,56	7,07	7,86
Bundesrepublik ³	107,41	872,65	1,01	8,71	12,31
Finnland ⁴	41,80	692,83	0,40	6,71	6,03
Frankreich	75,35	931,20	0,70	9,30	7,57
Island	47,53	880,13	0,48	8,01	5,93
Niederlande ⁵	48,45	836,27	0,51	8,72	5,81
Norwegen	67,30	931,93	0,50	7,04	7,06
Schweden	101,70	1168,50	0,87	10,03	8,68
Schweiz	107,48	1157,30	0,72	7,40	9,74
Großbritannien ⁶	22,36	510,25	0,26	5,88	4,38
USA	83,90	1388,00	0,64	10,60	6,04

¹ Ohne rein privat finanzierte Ausgaben, Krankenhäuser und Schulzahnkliniken. ² Ohne rein privat finanzierte Ausgaben und Krankenhäuser. ³ Ohne schulzahnärztlichen Dienst, ohne Selbstbeteiligung privat Versicherter. ⁴ Ohne Krankenhäuser und betriebszahnärztlichen Dienst. ⁵ Ohne Ausgaben für Behinderte und Universitätsdienste. ⁶ Ohne rein privat finanzierte Ausgaben und betriebszahnärztliche Dienste.
 Quelle: WHO: Financing of dental care in Europe, Part I, Kopenhagen 1986; OECD: Measuring Health Care 1960-1983, Paris 1985; eigene Berechnungen (aktualisierte Werte für Bundesrepublik Deutschland und Schweiz).

wohner). Die Schweiz und die Bundesrepublik, die die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für die zahnmedizinische Versorgung aufweisen, liegen dagegen im westeuropäischen Mittelfeld (rund 60 Zahnärzte pro 100 000 Einwohner). Österreich, die Niederlande und Großbritannien (rund 40 Zahnärzte pro 100 000 Einwohner) bilden das untere Drittel der hochentwickelten Länder. Auch eine Abhängigkeit zwischen Höhe des Bruttosozialprodukts und Anzahl der Zahnärzte läßt sich für die hochentwickelten westeuropäischen Länder kaum nachweisen: Die Schweiz mit dem höchsten Bruttosozialprodukt pro Kopf weist nur eine durchschnittliche Zahnärztdichte auf, wohingegen die skandinavischen Länder mit mittlerem Bruttosozialprodukt pro Kopf die mit Abstand höchste Zahnärztdichte haben.

Aufschlußreicher im Hinblick auf den therapeutischen Ansatz und die Kosten der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik ist der Indikator „Zahntechniker pro Zahnarzt“. In den meisten westeuropäischen Ländern liegt diese Quote bei rund 0,20, d.h. auf jeweils einen Zahntechniker kommen fünf Zahnärzte. Auch in Italien, Frankreich und der Schweiz entfallen auf einen Zahntechniker immerhin noch rund zwei Zahnärzte. In der Bundesrepublik dagegen liegt die Relation bei 1,2, d.h. es gibt mehr Zahntechniker als Zahnärzte. Diese sich von der europäischen Norm deutlich abhebende Angebotsstruktur ist eine Folge der langjährigen Überbetonung zahnprothetischer Versorgungsformen in der Bundesrepublik. Obwohl seit 1981 diesem Trend – teilweise erfolgreich – entgegengesteuert wird, dominierten 1986 die zahnprothetischen Ausgaben (einschließlich Selbstbeteiligung) mit 55 % immer noch die zahnerhaltenden Maßnahmen mit 45 %. 1970 hatten die zahnerhaltenden Maßnahmen noch einen Anteil von 65 %.

Den verfehlten therapeutischen Ansatz in der Bundesrepublik spiegeln auch die Angaben über prophylaktisch tätige Dentalhygienikerinnen wider. Diesen Beruf gibt es in fast allen europäischen Ländern mit guter Zahngesundheit der Jugendlichen, z.B. in der Schweiz, Schweden, den Niederlanden, Finnland, Großbritannien und Dänemark. In diesen Ländern entfällt ungefähr eine Dentalhygienikerin auf acht Zahnärzte. Die Bundesrepublik verfügt dagegen über keine Dentalhygienikerin. In dieser Tatsache zeigt sich ebenfalls die fehlende präventive Ausrichtung der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik. Zwar gibt es auch hier zahnmedizinische Fachhelferinnen (ZMF), die prophylaktische Kenntnisse besitzen. Allerdings werden sie nur im Ausnahmefall prophylaktisch eingesetzt, weil die gegenwärtigen zahnärztlichen Gebührenverzeichnisse keine prophylaktischen Positionen enthalten und präventive Maßnahmen überwiegend als rein zahnärztliche Aufgabe angesehen werden.

Es kann davon ausgegangen werden, daß eine Umorientierung im therapeutischen Ansatz auch in der Bundesrepublik wesentliche Kosteneinsparungen und Effizienzverbesserungen zur Folge hätte. Langfrist-Studien über die kostenmäßigen Auswirkungen der Prophylaxe, die nicht nur hypothetischen Charakter haben, sind allerdings selten. Eine entsprechende Untersuchung für Neuseeland¹⁰ hat jedoch gezeigt, daß eine flächendeckende und breitenwirksame Prophylaxe bei Kindern (Alter 7 bis 13 Jahre) innerhalb von 19 Jahren zu Behandlungsrückgängen von fünf Füllungen pro Kind und Jahr auf eine Füllung pro Kind und Jahr führte. Auf

¹⁰ Vgl. T. W. Cutress: Wandel der Mundgesundheit und Auswirkungen der Prophylaxe in der Zahnheilkunde, in: FZV: Zukunftsperspektiven ..., a.a.O., S. 49.

der Basis dieser Werte und weiterer Untersuchungen über den Verlauf der Zahngesundheit bei Erwachsenen ist für Neuseeland zu erwarten, daß die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung und damit die Kosten der Zahnmedizin zukünftig stark zurückgehen werden.

Selbstbeteiligung

Neben dem therapeutischen Ansatz dürften Höhe und Ausgestaltung der Selbstbeteiligung eine wichtige Rolle für die Kosten und die Effizienz der zahnmedizinischen Versorgung spielen. Eine Prüfung der Höhe der Selbstbeteiligung in den westlichen Ländern zeigt, daß in der Bundesrepublik die Selbstbeteiligung mit Abstand am niedrigsten ist. Nur bei zahntechnischen Leistungen hat der Patient eine Selbstbeteiligung in Höhe von 40 % zu entrichten. Bezogen auf die gesamten zahnmedizinischen Ausgaben entspricht dies 1982 einer Selbstbeteiligungsquote von 13 %. Alle anderen Länder haben deutlich höhere Selbstbeteiligungsquoten (vgl. Tabelle 2).

In manchen Ländern ist darüber hinaus das zahnmedizinische Leistungsspektrum des Sozialversicherungssystems stark begrenzt: So werden in Österreich keine Kronen und Brücken, in Dänemark keine Goldarbeiten, keine kieferorthopädischen Leistungen, keine Voll- und Teilprothesen und in den Niederlanden keine Kronen und Brücken sowie keine systematischen Parodontose-Behandlungen gewährt¹¹. In der Schweiz gibt es – von wenigen Ausnahmen abgesehen – generell keine Zahnbehandlungen als Pflichtleistung der Krankenkassen. Freiwillige Versicherungen gegen Zahnkrankheiten sind möglich, aber weniger als 5 % der erwachsenen Bevölkerung machen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Auch die USA kennen keine Pflichtversicherung gegen Zahnkrankheiten. Zwar haben freiwillige Versicherungen gegen Zahnkrankheiten in der Vergangenheit stark

zugenommen (1984 hatten rund 40 % der Amerikaner derartige Versicherungen), doch schwankt der Versicherungsgrad mit der Konjunktur. So haben viele Arbeitnehmer während der letzten Rezession in den USA ihre Versicherungen gegen Zahnschäden (die häufig als Sozialleistungen von den großen Industrieunternehmen gezahlt werden) zugunsten von Lohnerhöhungen bzw. des Erhalts des Arbeitsplatzes aufgegeben¹². Auch der nationale Gesundheitsdienst in Neuseeland übernimmt keine Zahnbehandlungen bei Erwachsenen.

Angesichts des eingeschränkten Leistungsspektrums und der Selbstbeteiligungsregelungen liegt die Vermutung nahe, daß die Erwachsenen in vielen Ländern die Selbstbeteiligung als so hoch empfinden, daß sie sich dadurch vom rechtzeitigen Zahnarztbesuch abhalten lassen. Das senkt zwar die Kosten der zahnmedizinischen Versorgung, erhöht aber nicht unbedingt deren Effizienz, wie der schlechte Gebißzustand von Erwachsenen in vielen Ländern zeigt.

Testfall Schweiz

Um die Hypothesen zur Bedeutung des prophylaktischen Ansatzes und zur Selbstbeteiligung überprüfen zu können, bietet sich eine gesonderte Analyse der schweizerischen Erfahrungen an. Denn hier besteht seit über 20 Jahren eine breitenwirksame Jugendprophylaxe, und die Selbstbeteiligung bei Erwachsenen ist höher als in allen anderen europäischen Ländern.

Betrachtet man die Aufteilung der zahnmedizinischen Kosten für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen im Jahr 1982, so wurde in der Schweiz nur ungefähr halb so viel für zahntechnische Leistungen ausgegeben wie in der Bundesrepublik: Während die Schweiz nur rund 32 % der zahnmedizinischen Gesamtausgaben für Prothetik aufwendet¹³, sind es in der Bundesrepublik rund 55 %. Der deutlich niedrigere Anteil der prothetischen Leistungen spiegelt sich auch in der geringeren jährlichen Extraktionsrate der Zähne pro 100 Personen wider: Während in der Schweiz 1979 pro 100 Personen 14 Zähne extrahiert wurden, lag die Zahl in der Bundesrepublik mit 45 mehr als dreimal so hoch¹⁴.

Die stärker zahnerhaltende Orientierung des schweizerischen Systems dürfte auf die dort weitaus höhere Bewertung zahnerhaltender Leistungen zurückzuführen sein. So werden einflächige Amalgamfüllungen fast

Tabelle 2

Selbstbeteiligungsquoten für die zahnmedizinische Versorgung Erwachsener¹ insgesamt 1982

Land	Direktzahlungen von Patienten in %
Österreich	20
Dänemark	40-60
Frankreich	25
Bundesrepublik	13
Finnland	über 50
Norwegen	über 80
Island	über 40
Schweden	50
Niederlande	56
Schweiz	95
Großbritannien	23
USA	64

¹ Für die meisten Länder gilt, daß Kinder bis 16 bzw. 20 Jahren (Schweden) keine Selbstbeteiligung zu zahlen haben. Quelle: WHO: Financing of dental care in Europe, Part I, Kopenhagen 1986; Health Care Financing Administration, Baltimore 1984.

¹¹ Vgl. WHO: Financing of ..., a.a.O., S. 10 ff.

¹² Vgl. R. H. Arnett, D. R. McKusick et al.: Projections of health care spending to 1990, in: Health Care Financing Review, 7. Jg., Nr. 3, Baltimore 1986, S. 19.

¹³ Vgl. M. K. Ponti, a.a.O., S. 26.

¹⁴ Vgl. M. K. Ponti, a.a.O., S. 34.

doppelt so gut und zwei- bzw. dreiflächige Füllungen fast dreimal so gut honoriert wie in der Bundesrepublik¹⁵.

Allerdings verbraucht die Schweiz pro Kopf doppelt so viel Zahngold wie die Bundesrepublik, und die offiziellen Preise Schweizer zahntechnischer Labore liegen um rund 13 % über denen der Bundesrepublik. Wenn in der Schweiz Zahnersatz nötig wird, streben Zahnarzt und Patient nach höchstwertiger Qualität. Einfachversorgungen spielen keine Rolle. Konkurrenz zwischen zahn-technischen Laboren besteht nicht hinsichtlich des Preis-Leistungsverhältnisses, sondern nur hinsichtlich der Qualität¹⁶.

Obwohl die Schweiz über eine nahezu perfekte gruppenprophylaktische Betreuung bis zum Beginn des Erwachsenenalters verfügt und das Schwergewicht der Versorgung auf der Zahnerhaltung liegt, ist der Gebißzustand im mittleren Erwachsenenalter eher schlechter oder zumindest nicht besser als der der deutschen Bürger, und die absoluten Pro-Kopf-Ausgaben der zahnmedizinischen Versorgung sind in der Schweiz die höchsten in Europa. Wie ist das zu erklären?

Die flächendeckende Jugendzahnpflege, die in der Schweiz seit ungefähr 1960 betrieben wird, hat zwar die jüngere Erwachsenengeneration bereits erreicht, aber offensichtlich noch nicht die mittleren Erwachsenenjahrgänge. Die Individual-Prophylaxe, die Schweizer Zahnärzte bei Erwachsenen betreiben, kann diese Lücke offensichtlich (noch) nicht schließen. Hinsichtlich der Kostenseite scheint die extrem hohe Selbstbeteiligung viele Erwachsene von einer rechtzeitigen Behandlung abzuhalten und – bei nicht zu umgehender prothetischer Versorgung – zu besonders aufwendigen Versorgungsformen zu führen. Auf diese Zusammenhänge dürfte es zurückzuführen sein, daß die absoluten Gesamtkosten der schweizerischen zahnmedizinischen Versorgung pro Kopf noch geringfügig höher als in der Bundesrepublik sind.

Grenzen der Selbstbeteiligung

Die fast 100%ige Selbstbeteiligung bei Erwachsenen scheint damit weniger geeignet zu sein, die Gesamtkosten der zahnmedizinischen Versorgung niedrig zu halten, eine gute lebenslange Zahngesundheitsvorsorge zu fördern, überzogene prothetische Versorgungsformen zu vermeiden und einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen zahn-technischen Laboren zu schaffen. So war die Bundesrepublik z.B. beim Ersatz hochkarätiger Edelmetall-Legierungen durch kostengünstigere Al-

ternativlegierungen in den Jahren 1982-85 deutlich erfolgreicher als die Schweiz.

Der internationale Effizienzvergleich und der isolierte Vergleich Bundesrepublik und Schweiz scheinen somit nahezulegen, daß die Art des Finanzierungssystems zwar wichtig, aber wohl weniger ausschlaggebend für die Effizienz zahnmedizinischer Versorgungssysteme ist als andere Faktoren, wie insbesondere der therapeutische Ansatz und die Art der Behandlung (gruppenprophylaktische Betreuung der Jugend, präventive Orientierung zahnärztlichen Handelns, präventiv tätiges Hilfspersonal). Bedeutsam scheinen auch Anreize für regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und die Form der Steuerung zahnmedizinischer Versorgungsstrukturen zu sein (ausschließlich durch den Patienten oder auch durch die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Zahnärzteschaft bzw. die öffentliche Gesundheitspolitik).

Wie weiter oben dargelegt wurde, kann Selbstbeteiligung die Kosten der zahnmedizinischen Versorgung senken. Ob dies unter Effizienzgesichtspunkten eine vernünftige Maßnahme darstellt, hängt entscheidend von der Ausgestaltung ab. Offensichtlich verhindert eine zu hohe Selbstbeteiligung bei Erwachsenen die rechtzeitige Behandlung. Dies wiederum verschlechtert die Zahngesundheit, treibt die gesamten Kosten der zahnmedizinischen Versorgung in die Höhe und verringert so die Effizienz des Versorgungssystems.

Diese Ergebnisse decken sich mit Erkenntnissen aus dem großen, mehrjährigen Selbstbeteiligungsexperiment in den USA, der Rand-Studie, die nachweist, daß eine niedrige Selbstbeteiligungsquote sich positiv auf die zahnmedizinische Gesundheit auswirkt¹⁷.

Grundsätzliche Überlegungen

Aus dem internationalen Vergleich lassen sich für die Reform der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik folgende Anregungen gewinnen:

□ Der in der Bundesrepublik vorherrschende restaurative zahnmedizinische Therapieansatz, auftretende Zahnkrankheiten symptomatisch zu behandeln, ist langfristig zum Scheitern verurteilt, da die zahnmedizinische Versorgung – im Unterschied zur Medizin – durch eine Eigendynamik gekennzeichnet ist, die darin besteht, daß eine Zahnkrankheit in der Regel nicht ausheilt, sondern ein einmal gefüllter Zahn während der gesamten

¹⁶ Vgl. M. Heckens: Zahntechnik in der Schweiz – bundesdeutsche Verhältnisse von morgen?, in: teleskop, Heft 2, 1986, S. 38-41.

¹⁷ Vgl. H. Bailit, J. P. Newhouse, R. Brook u. a.: Does more generous dental insurance coverage improve oral health? A study in patient cost-sharing, Santa Monica, Rand Corporation, 1984.

¹⁵ Vgl. M. K. Ponti, a.a.O., S. 24.

Lebenszeit versorgt werden muß¹⁸. Deshalb geht die Nachfrage nach zahnärztlicher Versorgung nicht zurück, sondern steigt permanent an. Maßnahmen der Kostendämpfung können hieran nur wenig ändern. Abhilfe kann prinzipiell nur durch einen Wandel des therapeutischen Ansatzes geschaffen werden.

Manche Länder halten Zahnkrankheiten für sozialpolitisch weniger schutzwürdig als Allgemeinerkrankungen. Außerdem können sie durch lebenslange richtige Mundhygiene und Ernährung weitgehend vermieden werden. Grundsätzlich bedarf es daher bei Erwachsenen in diesem Bereich nicht unbedingt einer Versicherung, insbesondere nicht einer Sozialversicherung mit solidarischem Ausgleich. Dies belegen die Beispiele Schweiz, Neuseeland, USA. Allerdings setzen derartige Systeme eine funktionierende breitenwirksame zahnmedizinische Prophylaxe und Frühversorgung der Kinder sowie eine entsprechende prophylaktische Einstellung der Zahnärzte voraus. Unter Effizienzkriterien ist es aber fraglich, ob derartige Systeme eine echte Problemlösung darstellen oder ob sie nur eine weitgehende Kostenverlagerung vom Solidarsystem auf den einzelnen bewirken.

Prinzipiell ist es im Bereich der Zahnmedizin zu rechtfertigen, das Instrument der Selbstbeteiligung gezielt zur Effizienzerhöhung des Versorgungssystems einzusetzen. Allerdings sollte die Selbstbeteiligung nicht abschreckend hoch und nicht für alle Teilbereiche der zahnmedizinischen Versorgung festgesetzt werden. So macht es beispielsweise wenig Sinn, Behandlungsformen, die gefördert werden sollen, mit Selbstbeteiligung zu belegen, wie z.B. Prophylaxe-, Zahnerhaltungs- und parodontologische Behandlungsmaßnahmen.

Konkrete Vorschläge

Neben diesen allgemeinen Erkenntnissen lassen sich folgende konkrete Vorschläge für Gesetzgeber, Zahnärzte, Krankenkassen und Versicherte ableiten:

Der Gesetzgeber sollte die Pflicht der Krankenkassen zur Mitfinanzierung der Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche mindestens bis zum 16. Lebensjahr in die Reichsversicherungsordnung aufnehmen.

Die öffentliche Gesundheitspolitik und die Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen sollten Zwischenziele im Hinblick auf die Erreichung der Zahngesundheit bis zum Jahr 2000 festlegen, die laufend kontrolliert werden.

Für die Zahnärzte sollten – ausgabenneutral – in den Gebührenordnungen Positionen für die Individual-Pro-

phylaxe bei Erwachsenen vorgesehen und vermehrt Anreize zur Frühbehandlung von Kindern sowie zur Stärkung zahnerhaltender Maßnahmen bei Erwachsenen geschaffen werden.

Um die Umorientierung zur Prophylaxe, Frühversorgung und systematischen Zahnerhaltung kapazitätsmäßig und finanziell bewältigen zu können, bedarf es des verstärkten Einsatzes von prophylaktisch tätigem zahnmedizinischen Hilfspersonal. Hierfür müßten schnellstens zusätzliche Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Wünschenswert wäre es, alternative Versorgungs- und Vergütungsformen zu erproben. Hier böte es sich an, den Gedanken der Health-Maintenance-Organisations (HMO) aus den USA aufzugreifen und für deutsche Verhältnisse zu modifizieren. Zum Beispiel könnten Krankenkassen Sonderverträge schließen mit Zahnärzten oder Zahn-, Mund- und Kieferkliniken, die bereit sind – gegen eine pauschale und im vorhinein fixierte Jahresprämie, die unter dem heute zu zahlenden durchschnittlichen Beitragssatz für die zahnmedizinische Versorgung liegen müßte –, die gesamte zahnmedizinische Versorgung zu übernehmen. Die Idee wäre dabei, daß diese alternative Angebotsform ein direktes finanzielles Interesse daran hätte, den Patienten gesund zu erhalten. Eine zu schaffende Experimentierklausel in der Reichsversicherungsordnung könnte die gesetzliche Basis zur Erprobung derartiger Versorgungsformen bieten.

Um auch bei den Versicherten für eine entsprechende Motivation zur richtigen Mundgesundheitspflege und regelmäßigen Kontrolle ihrer Zahngesundheit zu sorgen, könnten gezielte finanzielle Anreize eingesetzt werden. So könnten die Versicherten – dem dänischen und niederländischen Beispiel folgend – durch ein Bonus- oder Malussystem zur regelmäßigen Überprüfung ihrer Zahngesundheit angeregt werden.

Um die kostenträchtigen kieferorthopädischen Behandlungen auf rein medizinisch indizierte Fälle zu begrenzen und die nötige Mitarbeit der Eltern bei der mehrjährigen Behandlung der Kinder zu sichern, könnte eine obligatorische Selbstbeteiligung von 20 % eingeführt werden.

Da der Patient bei der Auswahl der zahntechnischen Leistungen – nach vorheriger Aufklärung durch Krankenkasse und Zahnarzt – eine Mitentscheidungsmöglichkeit hat, könnte zur Beschleunigung des Abbaus der Überversorgung bei zahntechnischen Leistungen die gegenwärtige Selbstbeteiligung in Höhe von 40 % auf 50 % gesteigert werden.

¹⁸ Vgl. T.W. Cutress, a.a.O., S. 42.