

Verlagsbeilage im *journalist* Dezember 2004 • Medienfachverlag Rommerskirchen • Rolandseck

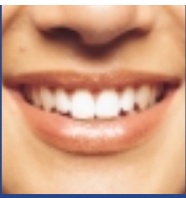
Themen

Service für Presse, Hörfunk und Fernsehen

Mit Biss in die Zukunft?

Gesundheitsreform und zahnmedizinische Versorgung





Blick über den Tellerrand

David Klingenberg

Der Blick über die Staatsgrenzen wird vor allem dann wichtig, wenn man an die eigenen Grenzen gerät. So wird auch in der öffentlichen Debatte über die Möglichkeiten und Grenzen der Finanzierung der Gesundheitsversorgung auf internationale Vergleiche zurückgegriffen, um von den Nachbarn Anregungen für eigene Systemreformen zu erhalten. Auf den ersten Blick weisen die Gesundheitssysteme der europäischen Staaten sehr unterschiedliche Finanzierungs- und Organisationsformen auf. Bei näherer Betrachtung lassen sie sich aber drei „klassischen“ Formen der Gesundheitssystemgestaltung mehr oder weniger deutlich zuordnen.

Andere Länder, andere Systeme

Das „Bismarck-System“ (in Anlehnung an den deutschen Reichskanzler Bismarck) wird durch die dominierende Stellung der Sozialversicherung mit seiner am Arbeitseinkommen orientierten Finanzierung über Beiträge charakterisiert. Neben dem deutschen Gesundheitssystem weisen vor allem die Benelux-Staaten, Frankreich und Österreich Züge des Bismarck-Systems auf. In diesen Staaten fällt sofort die starke Stellung der Sozialversicherung mit einem Finanzierungsanteil zwischen 50 und 70 Prozent auf (Ausnahme: Belgien). Die privaten Zuzahlungen betragen im Schnitt zwischen 7 und 17 Prozent. Die ambulante Leistungserbringung ist im Bismarck-System generell privat organisiert, die stationäre Versorgung wird teils privat, teils öffentlich erbracht.

Die zweite Grundform der Gesundheitssystemgestaltung ist das überwiegend aus allgemeinen Steuermitteln finanzierte „Beveridge-System“ (benannt nach dem Ökonomen und Statistiker Lord Beveridge, der wichtige Impulse zur Gründung des britischen National Health Service gab). Neben Großbritannien können auch Irland, Italien, Spa-

nien, Portugal, Griechenland sowie die skandinavischen Staaten dem Beveridge-System zugerechnet werden. Innerhalb dieser Gruppe gibt es allerdings deutliche Unterschiede bezüglich des Sicherungsniveaus.

Die Staaten mit Beveridge-System finanzieren die gesundheitliche Versorgung primär über allgemeine Steuermittel, deren Finanzierungsanteil zwischen 55 und 80 Prozent liegt (Ausnahme: Griechenland). Die ergänzende Absicherung über Sozialversicherungssysteme bzw. komplementäre private Krankenversicherungen spielt in diesen Ländern eine vergleichsweise geringe Rolle, während der Anteil der privaten Zuzahlungen zwischen 17 und 40 Prozent beträgt. Die Leistungserbringung ist überwiegend öffentlich organisiert.

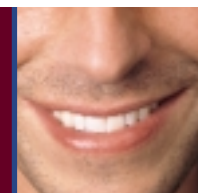
Als drittes Modell ist das in den ehemals sozialistischen Staaten Mittel- und Osteuropas vorherrschende „Semashko-System“ (benannt nach dem Arzt und ersten Gesundheitsminister Russlands, Nikolai Semashko) verstärkt ins Blickfeld geraten. Das Semashko-System hat mit dem Bismarck-System die dominierende Stellung der Sozialversicherung und mit dem Beveridge-System die vorwiegend öffentliche Leistungserbrin-

gung gemein. In den ehemaligen Ostblockstaaten liegt der entsprechende Finanzierungsanteil der Sozialversicherung zwischen 70 und 90 Prozent. Der offizielle Anteil der privaten Zuzahlungen ist marginal, allerdings gibt es mittlerweile einen flächendeckenden „Schwarzmarkt“ für medizinische Behandlungen. Informelle und zumeist auch illegale Patientenzuzahlungen sind zur Regel geworden, so dass das statistische Zahlenbild hier die Situation vor Ort nicht realistisch abzubilden vermag.

Zuzahlungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung

Selbstbehalte und private Zuzahlungen sind im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung international üblich. In einigen europäischen Ländern gehörten Zahnbehandlungen und/oder Zahnersatz noch nie zum öffentlichen Leistungskatalog. Kinder sind in den meisten europäischen Staaten von Zuzahlungen befreit, in einer Reihe von Ländern existieren zudem Sonderregelungen für Behinderte, Sozialhilfeempfänger und Arbeitslose.

Im direkten Vergleich mit Österreich, Frankreich, Schweiz, den Niederlanden und Dänemark liegt die Zuzahlung in Deutschland anteilmäßig in allen Leistungsbereichen deutlich unter dem Durchschnitt der Nachbarländer. Auch durch die Zuzahlungserhöhungen im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) hat sich das Bild nicht grundsätzlich geändert (vgl. Abb. 1 und 2). Deutschland liegt im unteren Mittelfeld. Lediglich in den Niederlanden sowie in Frankreich ist die Zuzahlungsbelastung niedriger, wäh-

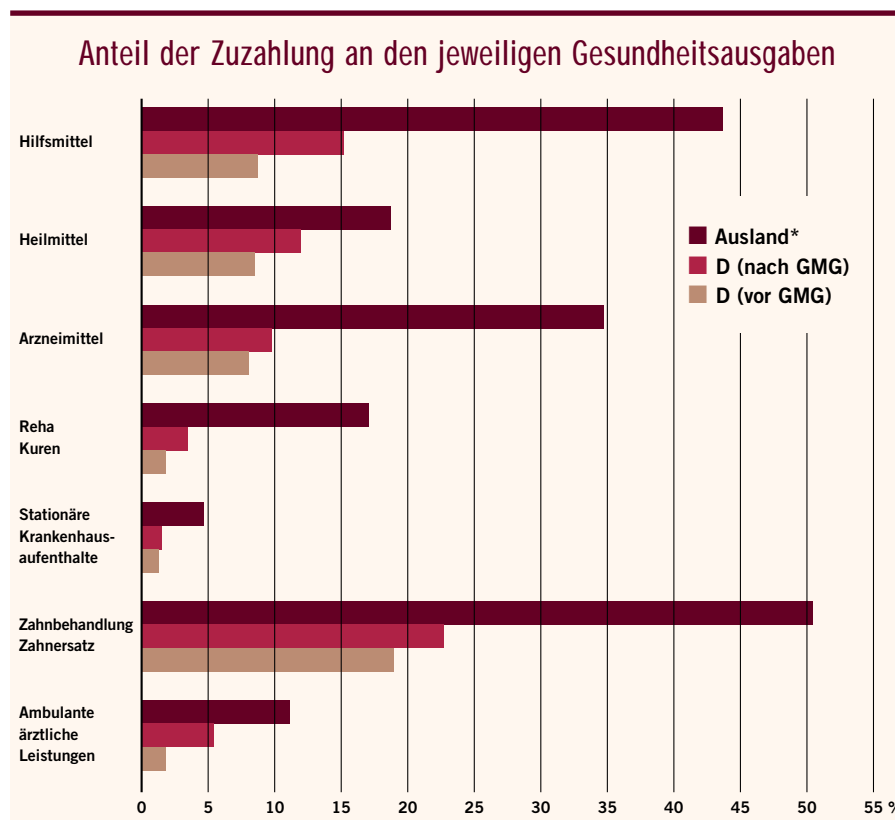


rend sie in Österreich auf etwa gleichem Niveau liegt. In Dänemark wird den Patienten schon deutlich mehr an Eigenbeteiligung abverlangt; in der Schweiz beträgt die Zuzahlung im Schnitt sogar mehr als das Dreifache dessen, was der deutsche Patient an Zuzahlungen leistet.

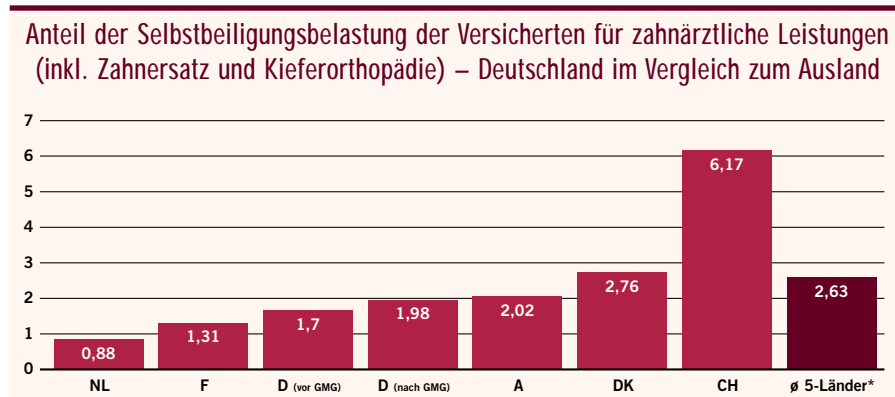
Generell gelten Zuzahlungsregelungen als effizienzfördernd, da bei „kostenlosem“ Zugang zur Gesundheitsversorgung ein „übermäßiger“ Konsum der Gesundheitsleistungen nicht ausgeschlossen werden kann. Zuzahlungen beenden den „preislosen“ Zustand, dämpfen Anreize zu einem etwaigen Überkonsum und reduzieren damit das Problem des „moral hazard“. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird mit steigender Zuzahlungshöhe elastischer. Das bedeutet aber auch, dass bei hohen Zuzahlungen möglicherweise auch dringlicher medizinischer Bedarf zurückgestellt wird. Wissenschaftliche Untersuchungen gehen davon aus, dass bei prozentualen Selbstbehalten bis 25 Prozent mit einem durchschnittlichen Nachfrageausfall von 12 Prozent zu rechnen ist. Bei Tarifen mit 25 Prozent bis 90 Prozent Eigenanteil beträgt der Nachfrageausfall im Schnitt 39 Prozent. Generell wird die Nachfrage in den unteren Einkommensklassen überproportional gedämpft.

Versorgungspolitische Perspektiven

Die Einführung bzw. Erhöhung von Zuzahlungen ist immer auch ein Versuch, dem Gesundheitssystem weitere Finanzierungsquellen zu erschließen. Ob damit zugleich die Versorgungsqualität steigt, ist eine andere Frage, die nur anhand von versorgungspolitischen Outcome-Parametern – in der Zahnmedizin also vor allem den Indices für Karies (DMFT) und Zahnbitterkrankun-



* = jeweiliger Mittelwert der fünf Länder Österreich, Frankreich, Schweiz, Niederlande und Dänemark. Quelle: Schneider, M.; Hofmann, U.; Köse, A.; Zuzahlungen im internationalen Vergleich, BASYS, Augsburg 2004, Übersichten A.4 und A.18 **Abb. 1**



* = Mittelwert der fünf Länder Österreich, Frankreich, Schweiz, Niederlande und Dänemark. Quelle: Schneider, M.; Hofmann, U.; Köse, A.; Zuzahlungen im internationalen Vergleich, BASYS, Augsburg 2004, Übersichten A.4 und A.18 **Abb. 2**

gen (CPI) – beantwortet werden kann. Die Befürworter von Zuzahlungsregelungen müssen sich die Frage gefallen lassen, inwieweit die medizinische Versorgung durch private Zuzahlungen verbessert bzw. bedarfsgerechter gestaltet werden kann. Kritische Fragen stellen sich indes auch denjenigen, die für einen Verzicht auf Zuzahlungen plädieren: Wie kann die Finanzierung der

Gesundheitsleistungen dann alternativ sichergestellt werden? Wird die entsprechende Gesundheitsleistung ohne anteilige private Finanzierung überhaupt noch angeboten? Die Zuzahlungsquote an sich ist wenig aussagekräftig, wenn Teilbereiche des gesetzlichen Leistungskataloges komplett ausgegrenzt und gar nicht mehr angeboten werden. An diesem Punkt



werden die Grenzen internationaler, auf Finanzierungsstatistiken gestützter Vergleiche deutlich. Manchmal ist der Verzicht auf Selbstbehalte auch nur ein scheinbarer: So weist Großbritannien mit 3,2 Prozent zwar die geringste Zahlungssquote auf, dennoch kostet das britische System die Patienten einiges: Sie bezahlen mit ihrer kostbaren Zeit, vor allem in Form von Warte- und Wartezeiten. „Being patient“ wird unter diesen Bedingungen schnell zu einem doppeldeutigen Begriff.

Aus versorgungspolitischer Perspektive sind intelligente Selbstbeteiligungsmodelle vorzuziehen, die an der Gesundheitskompetenz der Patienten ansetzen. Das in Deutschland verankerte Modell der Bonusregelung setzt mit der Differenzierung des Eigenanteils grundsätzlich sinnvolle Anreize, indem es eigenverantwortliches Mundgesundheitsverhalten mit einem Bonus belohnt.

Wohin geht die Reise?

Vieles deutet darauf hin, dass die Unterschiede zwischen den europäischen Ländern hinsichtlich der Finanzierungsmodalitäten und der Formen der Leistungserbringung in Zukunft

geringer werden. Europaweit sind deutliche Anzeichen für eine Konvergenz der Gesundheitssysteme erkennbar. Stichworte wie Globalisierung und Massenarbeitslosigkeit verweisen auf länderübergreifende Probleme, auf die Deutschland ebenso wie seine Nachbarn mit sozialstaatlichen Reformen in allen Sicherungsbereichen reagieren muss.

Auch wenn es international keinen völlig einheitlichen Trend gibt, so sind dennoch im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung systemübergreifend die beiden folgenden Reformtendenzen absehbar:

Der Anteil der öffentlichen Finanzierung wird deutlich zurückgefahren, der Anteil der privaten Finanzierung durch Selbstbeteiligungen bzw. private Zusatzversicherungen steigt entsprechend an. Die europäischen Länder werden nach dem Vorbild der südeuropäischen Beveridge-Staaten zukünftig von den Patienten höhere direkte Selbstbeteiligungen an den Krankheitskosten fordern; die entsprechenden Entwicklungen sind systemübergreifend sowohl in den Bismarck-Staaten (D, NL) als auch in den skandinavischen Beveridge-Systemen (S, DK) und in Großbritan-

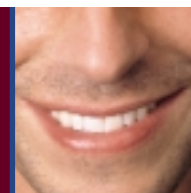
nien zu beobachten. Hinzu kommt eine generelle Stärkung der privaten Krankenversicherung, sei es in Form einer komplementären privaten Zusatzversicherung (z. B. sog. Zahnergänzungsversicherungen), sei es in Form einer substitutiven privaten Krankheitskostenvollversicherung. Bei den mittel- und osteuropäischen Semashko-Staaten ist der Druck besonders hoch, im Zuge der Sanierung der Staatsfinanzen den Anteil der öffentlichen Finanzierung der Gesundheitsversorgung zurückzufahren und stattdessen verstärkt auf private Finanzierungsmodelle zu setzen.

Auch die private Leistungserbringung wird in der zahnmedizinischen Versorgung zukünftig tendenziell mehr Gewicht erhalten. So werden sich die Beveridge-Staaten in der Frage der Leistungserbringung wohl stärker am Bismarck-System orientieren, d. h. der öffentliche Gesundheitsdienst wird zunehmend auf spezielle Bereiche konzentriert werden. In erster Linie werden dies Versorgungsangebote für Kinder im Rahmen individual- und gruppenprophylaktischer Behandlungsprogramme sein. Die mittel- und osteuropäischen Transformationsländer werden den Anteil der privaten Leistungserbringung in Abhängigkeit von den Beharrungstendenzen der überkommenen staatlichen Leistungserbringung teils zögerlich, teils aber auch rasch erhöhen.

Bekanntlich steckt in jeder Krise auch eine Chance: So bleibt zu hoffen, dass sich mit der zunehmenden privaten Finanzierung und Leistungserbringung zugleich eine stärkere Orientierung der Gesundheitssysteme an den Verbraucherentscheidungen, und das bedeutet, an den Patienteninteressen, durchsetzt.

Dr. David Klingenberg ist wissenschaftlicher Referent am Institut der Deutschen Zahnärzte in Köln.





Gesetzlicher Leistungsumfang und Selbstbehalte bei Zahnbehandlung – ausgewählte europäische Staaten im Vergleich



Belgien

Umfasst prophylaktische Maßnahmen, konservierende Behandlung, Extraktionen, Zahnersatz und Kieferchirurgie. Materialkosten nach Genehmigung durch Vertrauensarzt bis zu 100% nach Vollendung des 50. Lebensjahres bzw. vor Vollendung des 50. Lebensjahres bei besonderen Erkrankungen. Zahnersatz wird von der Versicherung in der Regel nur an Personen im Alter von mindestens 50 Jahren geleistet. Keine Altersbegrenzung gilt für bestimmte Ausnahmefälle bei medizinischen Gründen.



Dänemark

Selbstbeteiligung der Versicherten von 35% bis 60% der Kosten für in der Gebührenordnung aufgeführte Leistungen und von 100% für dort nicht aufgeführte Leistungen. Kinder sind vollständig, Behinderte teilweise von der Selbstbeteiligung befreit. Zahnersatz ist keine Versicherungsleistung. Kosten werden vom Patienten getragen.



Spanien

Extraktionen und verschiedene Behandlungen. Im Falle eines Arbeitsunfalls und bei Berufskrankheit ist die wiederherstellende Kiefer-/Gesichtschirurgie gedeckt. Bei Zahnersatz ist finanzielle Unterstützung möglich.



Frankreich

Präventive und konservierende Behandlung, Extraktionen und nach gebilligtem Antrag Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung. Erstattung nach Gebührentarif wie ärztliche Behandlungen. Selbstbeteiligung von 30%.



Italien

Kostenlose Behandlung in Zentren des Nationalen Gesundheitsdienstes (Servizio Sanitario Nazionale, S.S.N.) bzw. bei Vertragsärzten. Zahnersatz ist keine Versicherungsleistung. Kosten werden vom Patienten getragen.



Niederlande

Für Kinder: Zahnpflege, einschließlich Prophylaxe, maximal zwei Fluoridanwendungen pro Jahr (ab sechs Jahren), Versiegelungen, regelmäßige Zahnpflege und chirurgische Eingriffe. Für Erwachsene: Prophylaxe (Kontrolluntersuchungen mindestens einmal jährlich), Zahnprothesen und spezielle chirurgische Eingriffe. Zahnprothese: Selbstbeteiligung in Höhe von 25%.



Österreich

Zahnbehandlung und (unentbehrlicher) Zahnersatz werden nach Maßgabe der Satzungen gewährt. Die Zahnbehandlung umfasst: konservierende, chirurgische und kieferorthopädische Behandlung. Für kieferorthopädische Behandlung und abnehmbaren Zahnersatz beträgt die Kostenbeteiligung des Versicherten bzw. Angehörigen zwischen 25% und 50%; seit 1997 ist pro Zahnbehandlungsschein eine Selbstbeteiligung in Höhe von € 3,63 zu leisten (ausgenommen: Kinder, Rentner, Bedürftige). Für außervertragliche Leistungen (z. B. Inlays, Kronen) beträgt der Kostenzuschuss des Versicherungsträgers zwischen € 24 und € 215 pro Einheit.



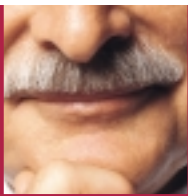
Schweden

Bis zum Alter von 20 Jahren ist die allgemeine zahnärztliche Versorgung (folktandvården) kostenlos. Die zahnärztliche Versorgung umfasst einerseits die Grundversorgung (Kontrolluntersuchungen, Füllungen, Wurzelbehandlung und Notfallversorgung) und andererseits Zahnersatz und Kieferorthopädie. Die Preisbildung ist frei und der Anbieter bestimmt den Kostenanteil des Patienten. Für die Grundversorgung zahlt die Sozialversicherungskasse (försäkringskassan) einen von der Regierung bestimmten Festbetrag an den Leistungserbringer. Der Patient zahlt die verbleibenden Kosten. Die Grundversorgung ist auch auf Subskriptionsbasis möglich, wobei ein fester Gesamtpreis für einen 2-Jahres-Zeitraum gezahlt wird.



Großbritannien.

Anteilige Selbstbeteiligung für Zahnbehandlungen und Kontrolluntersuchungen, die durch den Allgemeinen Zahnärztlichen Dienst (General Dental Service) des NHS erfolgen. Der NHS trägt 80% der Behandlungskosten bis zu GBP 360 (€ 575). bzw. GBP 354 (€ 565) in Wales. Keine Selbstbeteiligung für: Schwangere bzw. Frauen, die in den 12 Monaten vor Beginn der Behandlung entbunden haben; Jugendliche unter 18 Jahren; Jugendliche unter 19 Jahren in Vollzeitausbildung; Bezieher (und deren Partner) von Sozialhilfe (Income Support), Arbeitslosenhilfe (Income-based Jobseeker's Allowance), des Steuerabsetzbetrags für Familien mit niedrigem Erwerbseinkommen (Working Families' Tax Credit) oder des Steuerabsetzbetrags für erwerbstätige Behinderte (Disabled Person's Tax Credit), die in einer Steuerbefreiungsbescheinigung (Tax Credit NHS Exemption Certificate) aufgeführt sind. Personen mit geringem Einkommen können einen Zuschuss zu den Behandlungskosten erhalten. Keine Selbstbeteiligung für Zahnbehandlungen (ausgenommen Prothesen und Brücken) durch Krankenhäuser oder zahnärztliche Dienste der Gemeinden.



Sie haben Interesse an Presseinformationen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung?

Dann senden Sie bitte das ausgefüllte Formular per Fax an: **030 / 28 01 79 20**

Anmeldung für den Presseverteiler der KZBV:

■ _____
Vorname, Name

■ _____
Straße, Hausnr.

■ _____
PLZ, Ort

■ _____
Institution, Redaktion

■ _____
E-Mail-Adresse

■ _____
Telefon

■ _____
Telefax

Was möchten Sie von uns erhalten?

Pressemitteilungen

Einladungen zu Presseveranstaltungen

Wie möchten Sie informiert werden?

per E-Mail

und/oder

per Fax

KZBV Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Vertretung der KZBV am Regierungssitz, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Reinhardtstr. 34 · 10117 Berlin · Telefon 030 / 28 01 79-27 · Telefax 030 / 28 01 79-20 · E-Mail: kzbpvr@kzbv.de

Impressum:

Herausgeber: Medienfachverlag Rommerskirchen, Mainzer Str. 16 - 18, 53424 Remagen-Rolandseck, Telefon 02228 / 931-171

Verantwortlich: Dr. Reiner Kern, KZBV, Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Tel. 030 / 28 01 79 27

Texte: Dr. Reiner Kern, Dr. David Klungenberger, ZA Dieter Krenkel, Egbert Maibach-Nagel

Layout: Stephan Wieneritsch

Fotos: KZBV, proDente, MEV