

Steuerungs- und Verteilungswirkungen der Praxisgebühr im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung – eine Kosten-Nutzen-Analyse

D. Klingenberger

Effects of the New German Quarterly Practice Fee on Dental Treatment – Cost-Benefit Analysis

Zusammenfassung

Hintergrund: Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 19. November 2003 hat der Gesetzgeber die Einführung einer sog. „Praxisgebühr“ in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung verfügt. Der Gesetzgeber erhofft sich von der Einführung der Praxisgebühr eine Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes sowie eine Reduktion medizinisch unnötiger Nachfrage, die sich kostendämpfend auswirken und eine Konsolidierung der Kassenfinanzen möglich machen soll. In der Öffentlichkeit wird das Steuerungsinstrument der Praxisgebühr äußerst kontrovers beurteilt. **Ziel der Analyse** ist die Abwägung des Nutzens und der Kosten der Praxisgebühr unter Berücksichtigung der Besonderheiten des zahnmedizinischen Versorgungssystems. Im **Ergebnis** verdeutlicht die Analyse der allokativen und distributiven Effekte, dass die Praxisgebühr den Besonderheiten des zahnmedizinischen Versorgungsbereiches zu wenig Rechnung trägt und dass aus gesundheitsökonomischer wie sozialmedizinischer Perspektive die Nachteile überwiegen. Mittel- bis langfristig ist weder mikro- noch makroökonomisch eine spürbare Kostendämpfung durch die Praxisgebühr zu erwarten.

Schlüsselwörter

Gesundheitssystem · Finanzierung von Gesundheitsleistungen · Zuzahlungen · Zahnmedizin · Zahnarzt-Patienten-Beziehung

Abstract

Background: In the German Law on the Modernisation of the Statutory Healthcare System of 19 November 2003 the legislator enacted payment of a so-called quarterly practice fee for ambulant medical and dental care. The legislator hopes that by the introduction of this fee the central “steering” function of the family doctor is strengthened and that medically unnecessary treatment will be reduced, thus reducing cost and consolidating health insurance funds. In public, however, the introduction of the practice fee as a steering instrument is very controversially discussed. The **aim of the analysis** is to balance the cost-effectiveness of a quarterly practice fee with regard to the specific features of the dental care system. **Results:** Analysis of the allocative and distributive effects shows that the practice fee does not adequately take into account the specific features of the dental care sector and that the adverse effects prevail if seen under the aspect of health economics and social medicine. Neither on the micro-economic nor on the macro-economic level a noticeable medicine-term or long-term cost containment effect may be expected.

Key words

Health care system · health care financing · co-payment · dentistry · dentist-patient relationship

Institutsangaben

Institut der Deutschen Zahnärzte

Korrespondenzadresse

Dr. rer. pol. David Klingenberger · Institut der Deutschen Zahnärzte · Universitätsstr. 73 · 50931 Köln · E-mail: d.klingenberger@kzbv.de

Bibliografie

Gesundheitswesen 2005; 67: 196–203 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-857957
ISSN 0941-3790

Einleitung

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 19. November 2003 sieht die Einführung einer sog. „Praxisgebühr“ in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung vor. Die Idee der Erhebung einer Gebühr bei der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Dienstleistungen ist nicht neu. So wurden die gesetzlichen Krankenkassen im Jahre 1924 ermächtigt, für die Ausstellung eines Krankenscheines eine Gebühr von 10 Reichspfennigen zu erheben. Diese wurde im Juli 1930 per Notverordnung auf 50 Reichspfennige erhöht und erst im März 1945 wieder gestrichen [1]. In den Jahren 1959/60 wurde die Wiedereinführung einer Krankenscheingebühr unter Sozialminister Theodor Blank erneut intensiv diskutiert, zur Verabschiedung eines entsprechenden Reformgesetzes kam es jedoch nie.

Zu einer Renaissance der Praxisgebührenidee kam es erst zwei Generationen später, nachdem der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten über die Neuordnung der Krankenkassenfinanzierung im Jahr 2003 die „Erhebung einer sog. Praxisgebühr bei der nichtpräventiven Nutzung ambulanter ärztlicher Praxen“ [2] empfahl. Bereits im Jahr 2000 hatte der ehemalige Vorsitzende des Sachverständigenrates, Prof. Friedrich Wilhelm Schwartz, an anderer Stelle die Einführung einer „maßvollen“ Praxisgebühr angeregt, um die Bereitschaft zur Selbstbehandlung von Trivialerkrankungen zu stärken [3]. Ähnliche Vorschläge wurden von der sog. Rürup-Kommission unterbreitet. Die Politik hat diese Anregungen aufgegriffen und im Rahmen der jüngsten Gesundheitsreformen in Gesetzesform gegossen.

Steuerungs- und Finanzierungsziele des Gesetzgebers

Mit der Einführung der Praxisgebühr will der Gesetzgeber erreichen, dass gesetzlich versicherte Patienten nur dann einen (Zahn-)Arzt aufsuchen, wenn dies medizinisch erforderlich ist. Die gesundheitspolitisch erwünschte Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen soll dabei jedoch nicht beeinträchtigt werden. Zugleich soll das Primärarztssystem gestärkt, die Steuerungsfunktion des Hausarztes als sog. „gatekeeper“ ausgebaut und das „doctor hopping“ durch die Erhebung einer Praxisgebühr erschwert werden, wodurch sich der Gesetzgeber eine Reduktion der Ausgaben in der ambulanten fachärztlichen Versorgung und eine Konsolidierung der Kassenfinanzen erhofft. Der Gesetzgeber verfolgt mit der Einführung folglich sowohl Finanzierungs- als auch allokativer Steuerungsziele unter den Nebenbedingungen sozialer und gesundheitlicher Verträglichkeit [2].

Kosten-Nutzen-Abwägung der Praxisgebühr

Im Folgenden wird die Praxisgebühr im Hinblick auf die Erfüllung der oben umrissenen Zieldimensionen analysiert. Dem Nutzen, der durch die Einführung einer Praxisgebühr zu erwarten ist, werden die hieraus resultierenden Kosten gegenübergestellt. Die Untersuchung konzentriert sich auf den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung, der generell eine Reihe von Gemein-

samkeiten mit der ambulanten allgemeinmedizinischen Versorgung hat, in mancherlei Hinsicht aber auch Besonderheiten aufweist, die es im Rahmen einer differenzierten Analyse zu beachten gilt.

Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung

Bei den therapierten Krankheitsbildern in der zahnmedizinischen Versorgung stehen der Verlust von Zahnhartsubstanz infolge von Karieserkrankungen sowie entzündliche Erkrankungen des Parodontiums, die ebenfalls zu Zahnverlusten führen können, im Vordergrund. Insbesondere Karies muss aufgrund ihrer ausgesprochen hohen Lebenszeitprävalenz – etwa 99% der Menschen in Deutschland haben mindestens einmal in ihrem Leben Karies, d.h. lediglich 0,8% der Erwachsenen in Deutschland verfügen über ein naturgesundes Gebiss [4] – immer noch als die „Volkskrankheit“ schlechthin angesehen werden. Im Unterschied zu den meisten anderen Erkrankungen mit ähnlich hohen Prävalenzraten (z.B. grippaler Infekt) handelt es sich bei der Karies um eine Erkrankung mit bleibendem bzw. zunehmendem Schaden (caries profunda), die infolgedessen zeitnah therapiert werden sollte. Eine Selbstbehandlung einer manifesten Karies ist nicht möglich, der medizinische Laie ist insofern zwingend auf eine professionelle zahnmedizinische Versorgung angewiesen.

Einer der großen Erfolge der präventiven Zahnmedizin ist zweifelsohne die mittlerweile erfreulich hohe Kontrollorientierung der Patienten, d.h. der zunehmende Anteil der Patienten, die ihren Zahnarzt nicht erst bei entsprechender Symptomatik (Zahnschmerzen, Zahnfleischentzündung etc.) kontaktieren, sondern regelmäßig zur Kontrolle aufsuchen [5]. Dies ist umso erfreulicher als zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen vom Patienten mitunter als unangenehm und schmerzhaft empfunden werden. Aus empirischen Studien weiß man, dass die sog. „Dentalangst“ in erheblichem Maße die Motive und die Frequenz der Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste steuert, starkes Angstempfinden mithin die Wahrscheinlichkeit der Nichtinanspruchnahme des zahnärztlichen Versorgungssystems erhöht. Laut der ersten deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS I) schwankte die Angstprävalenz mit hohem Ausprägungsgrad bei den Erwachsenen zwischen 6 und 13% [6].

Aus dem Bundesgesundheitsurvey 1998 ist bekannt, dass etwa 75% der Männer und 78% der Frauen mindestens einmal pro Jahr einen Zahnarzt aufsuchen. Diese im Vergleich zu allen anderen Fachärzten sehr hohe Kontaktfrequenz – die im Übrigen sogar über der des üblicherweise als Hausarzt fungierenden Allgemeinarztes liegt – ist gesundheitspolitisch ausdrücklich gewollt und wird durch die Bonusregelung des §30 Abs. 2 SGB V gesetzlich flankiert. Bei einem Rückgang der Zahnarztbesuche insgesamt ist die Zahl der kontrollorientierten Besuche pro Jahr absolut gestiegen, was die hohe Bedeutung regelmäßiger Zahnarztbesuche für den Erfolg der Oralprophylaxe verdeutlicht. Das Inanspruchnahmeverhalten hat sich in den letzten Jahren an das gesetzlich vorgegebene Mindestmaß von einmal pro Jahr angepasst und macht damit ersichtlich, „wie sehr die Inanspruchnahme durch gesetzliche Maßnahmen beeinflusst und gestaltet werden kann“ [7].

Bei der Mundgesundheit handelt es sich folglich um einen Bereich, der in besonderem Maße verhaltensmedizinisch beeinflussbar ist. Vergleichbare gesetzlich eingeführte Vorsorgeunter-

suchungen zur Früherkennung von Krankheiten wie etwa der „Check Up 35“ werden nur von etwa 15 % der Versicherten in Anspruch genommen, zur Krebsvorsorgeuntersuchung nach §25 SGB V gehen knapp 50% der Frauen und zirka 20% der Männer.

Die Daten des Bundesgesundheits surveys verdeutlichen im Übrigen auch, dass die Anzahl der klinischen Kontakte signifikant positiv mit der Patientenzufriedenheit korreliert, die Patienten also mit „ihrem“ Zahnarzt in der Regel zufrieden sind. Entsprechend hoch ist die soziale Zahnarztbindung; lediglich 4,2% der im Rahmen der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III) befragten Teilnehmer gaben an, häufiger den Zahnarzt zu wechseln.

Infolge der positiven Entwicklung der Mundgesundheit und des kontinuierlichen Kariesrückgangs („caries decline“) über die vergangenen Jahrzehnte konnte Deutschland im internationalen Vergleich bei der Mundgesundheit in die Spitzengruppe aufrücken [8]. Wenn man in diesem Zusammenhang durchaus von einer Erfolgsstory der Präventionsbemühungen sprechen kann, sollte jedoch auch das Phänomen einer immer noch bestehenden Kariespolarisierung, d. h. einer „Schiefelage“ der Kariesverteilung innerhalb der Bevölkerung, Erwähnung finden. Neben verschiedenen medizinischen Faktoren werden „sozialspezifische Gründe“ (vor allem Bildungs- und Einkommensunterschiede) für dieses empirische Verteilungsmuster verantwortlich gemacht [9, 10]. Die gezielte Betreuung von Personen mit einem erhöhten Kariesrisiko („Hochrisikogruppen“) gehört zweifellos zu den großen sozialmedizinischen Herausforderungen auf dem Gebiet der Zahnheilkunde in Deutschland.

Die zahnmedizinische Behandlung der Patienten wird in der Regel von einem Zahnarzt in vollem Umfang geplant und durchgeführt, d. h. die Einschaltung anderer Fachgebiete zur differenzialdiagnostischen Abklärung, die in der ambulanten medizinischen Versorgung weithin üblich ist, bleibt im Bereich der zahnärztlichen Versorgung eine seltene Ausnahme. Infolge des weitgehenden Fehlens von Überweisungsaktivitäten ist der vertragszahnärztliche Bereich bislang auch weder in Modellvorhaben im Sinne der §§63 ff. SGB V noch in integrierte Versorgungsformen gemäß §§ 140 a ff. SGB V einbezogen worden [11].

Ein weiterer Unterschied zur ambulanten medizinischen Versorgung ist darin zu sehen, dass in Teilbereichen der zahnärztlichen Versorgung (v. a. Prothetik) traditionell eine vergleichsweise hohe direkte Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten üblich ist und insofern bereits vor Einführung der Praxisgebühr eine wirksame Nachfragesteuerung erfolgte. Im Bereich der zahnprothetischen Versorgung beträgt der Selbstbehalt 50%, bei regelmäßiger Zahnpflege und halbjährlicher Kontrolluntersuchung reduziert sich der Selbstbehalt auf 35 bis 40% der Kosten (vgl. §30 Abs. 2 SGB V). Die Kosten zahnprothetischer Maßnahmen sind üblicherweise auch in den benachbarten europäischen Staaten zu einem großen Teil bzw. vollständig vom Patienten zu tragen [12] – und zwar unabhängig vom jeweils realisierten sozialen Sicherungsmodell [13].

Nutzenanalyse

Vor dem Hintergrund der skizzierten Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung stellt sich die Frage, inwiefern die Praxisgebühr die vom Gesetzgeber angestrebten Ziele auch

und insbesondere im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung erfüllen kann.

Gesundheitsökonomische Aspekte

Die Praxisgebühr ist eine Form der absoluten Selbstbeteiligung (in der Fachterminologie auch Abzugsfranchise genannt) und stellt – neben der indirekten Beteiligung der Versicherten in Form eines einkommensabhängigen Krankenkassenbeitrags – eine direkte Beteiligung des gesetzlich versicherten Patienten an den Kosten einer ambulanten medizinischen Behandlung dar. Mit dem veränderten Finanzierungsmodus sind Verhaltensänderungen der Versicherten bei der Nachfrage und Inanspruchnahme von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen intendiert, die sich präventionsfördernd und kostenminimierend auswirken (sollen). Die Praxisgebühr setzt demnach bei den nachfrageseitigen Determinanten der Gesundheitsausgabenentwicklung an [2].

Die wissenschaftliche Begründung und Herleitung für alle Formen der direkten Selbstbeteiligung basieren auf dem sog. „moral hazard“-Theorem. Mit diesem Terminus werden der Anreiz bzw. die „moralische Versuchung“ der Versicherten umschrieben, wegen des nahezu umfassenden Krankenversicherungsschutzes die persönliche Gesundheitsvorsorge zu vernachlässigen (ex ante moral hazard) und im Schadensfall die Gesundheitsgüter übermäßig in Anspruch zu nehmen (ex post moral hazard) [14]. Ohne einen spürbaren Eigenanteil haben die Versicherten gemäß obigem Theorem keinen ausreichenden Anreiz, die Erkrankungswahrscheinlichkeit und die Höhe der Leistungen zu beeinflussen, da im Krankheitsfall volle Kostendeckung besteht. Das Problem des moral hazard stellt sich immer dann, wenn der Einzelne nicht für seine Krankheitskosten selbst aufkommen muss, sondern eine Versicherung diese Ausgaben trägt. Es kommt also quasi zu einer „versicherungsinduzierten Verhaltensänderung“ [15].

Der amerikanische Gesundheitsökonom Pauly hat das Phänomen des moral hazard kurz und bündig als „demanding more at a zero price than at a positive one“ [16] definiert und damit zugleich die recht simple „Philosophie“ der Praxisgebühr auf den Punkt gebracht: Senkung der Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -dienstleistungen durch Einführung von Preisen.

Mikroökonomisch betrachtet stellt die Praxisgebühr einen solchen „Preis“ dar, der bei der Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Dienstleistung zu entrichten ist. Ob und in welchem Ausmaß der Patient die Nachfrage nach dieser Dienstleistung aufgrund der Einführung bzw. Erhöhung eines Preises reduziert, ist jeweils von der Preiselastizität der Nachfrage abhängig. Theoretisch ist sogar eine Ausweitung der Nachfrage denkbar (sog. „Veblen-Effekt“). Die Preiselastizität der Nachfrage muss natürlich in der Realität jeweils empirisch ermittelt werden und ist immer auch in Abhängigkeit von der individuellen Wertschätzung der Gesundheitsgüter und dem persönlich verfügbaren Einkommen zu sehen. Generell kann von einer eher geringen Nachfrageelastizität nach zahnärztlichen Leistungen (zwischen 0 und -0,3) ausgegangen werden, d. h. eine Preiserhöhung um 10 Einheiten führt in der Regel zu einem Mengenrückgang zwischen 0 und 3 Einheiten [17].

Zwischenfazit: Unter dem Aspekt der allokativen Effizienz sind Selbstbeteiligungsregelungen generell positiv zu bewerten, da eine etwaige Übernachfrage in der Regel reduziert wird und die

Opportunitätskosten eines nachlässigen Mundgesundheitsverhaltens *ceteris paribus* steigen. Grundsätzlich ist sowohl eine Reduktion des *ex ante* moral hazard als auch des *ex post* moral hazard durch Einführung einer Praxisgebühr möglich. Zumindest kurzfristig ist insofern mit einer moderaten finanziellen Entlastung der Krankenkassen durch Einführung der Praxisgebühr zu rechnen.

Sozialmedizinische Aspekte

Da die Nachfrage nach zahnmedizinischen Leistungen infolge der Einführung von Preisen auch einkommenselastisch wird, sind bei Einführung direkter Selbstbeteiligungen nicht nur allokativen, sondern ebenso distributive Effekte zu erwarten. So hat das umfangreiche US-amerikanische RAND Health Insurance Experiment (1974–1982) gezeigt, dass durch die Einführung direkter Selbstbeteiligungen die Zahl der Zahnarztbesuche von einkommensschwachen Personen stärker vermindert wurde, so dass bei den Besserverdienenden die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen durchgängig höher lag [15]. Selbstbeteiligungen wirken demnach „prinzipiell regressiv: Sie treffen also die Bezieher niedrigerer Einkommen stärker als die Besserverdienenden“ [18]. Aus sozialmedizinischer Sicht kommt verschärfend hinzu, dass die Zugehörigkeit zu einer niedrigeren Sozialschicht in der Tendenz mit einem verhaltens- wie auch verhältnisbedingt vergleichsweise schlechteren (Mund-)Gesundheitszustand einhergeht [19], weshalb diese medizinischen „Risikogruppen“ besonderer Maßnahmen der personalen Gesundheitserziehung (Verhaltensprävention) sowie der Gesundheitsförderung durch strukturelle Maßnahmen (Verhältnisprävention) bedürfen. D. h. bei dieser Gruppe trifft der Tatbestand niedriger Zahlungsfähigkeit auf entsprechend höheren Bedarf [20].

Bei der Einführung von Preisen gerät der Gesetzgeber insofern tendenziell in Widerspruch zur verteilungspolitischen Aufgabenstellung der GKV, aufgrund der die Selektionsfunktion von Marktpreisen ganz bewusst weitestgehend ausgeschaltet werden sollte. Der Sinn einer sozialen Krankenversicherung wie der GKV besteht ja gerade darin, „dass sie den Patienten von zumindest einem Teil seines Einkommensrisikos befreit, so dass dieser aufgrund der Wohlfahrtssteigerung und des Einkommenseffektes eine insgesamt höhere Nachfrage entfalten kann“ [21]. Über Jahrzehnte hin galt das Augenmerk der Gesundheitspolitik vor allem der Frage, wie die schichtenspezifische Unterinanspruchnahme von Gesundheitsgütern abgebaut und die Sozialschichten mit dem höchsten Krankheitsrisiko und der geringsten Selbsthilfefähigkeit an die Gesundheitsversorgung herangeführt werden können (Meritorisierung von Gesundheitsgütern).

Der Gesetzgeber hat daher mit den in §§61, 62 SGB V verfügbaren Härtefallregelungen versucht, soziale Härten bei Zuzahlungen zu vermeiden und insbesondere chronisch Erkrankte oberhalb eines einkommensabhängig gestaffelten Höchstbetrags zu entlasten. Bundesweit sind mittlerweile ca. 4,8 Millionen Versicherte von allen gesetzlichen Zuzahlungen befreit.

Zwischenfazit: Bei einer angemessenen Berücksichtigung sozialer Kriterien im Sozial- und Steuerrecht lassen sich regressiven Belastungswirkungen direkter Selbstbeteiligungsformen theoretisch verhindern bzw. zumindest abmildern.

Kostenanalyse

Dem Nutzen, der mit der Einführung der Praxisgebühr verbunden ist, stehen Nachteile, Risiken und Kosten gegenüber, die das Erreichen der angestrebten fiskal- und gesundheitspolitischen Ziele erschweren bzw. verhindern können.

Gesundheitsökonomische Aspekte

Die im „moral hazard“-Theorem modellierte pauschale Überkonsumptionsvermutung ist, wie schon die zeitgleiche Koexistenz von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen [10] zeigt, fraglich. Gegen diese Vermutung sprechen nicht nur sozialepidemiologische Erkenntnisse, sondern ebenso gesundheitsökonomische Plausibilitäten. Zum einen werden zeitintensive Leistungen (im Sinne hoher Wege-, Warte- und Behandlungszeiten) aufgrund bestehender Zeitopportunitätskosten von vornherein in geringerem Maße nachgefragt [22], zum anderen dürfte eine Überversorgung bei vielen zahnmedizinischen Leistungen keinen zusätzlichen „benefit“ für den Patienten abwerfen, sondern vielmehr mit Unannehmlichkeiten, mitunter sogar mit gesundheitlichen Gefahren oder Schmerzen verbunden sein. In welchen Fällen Überkonsumption im Sinne von moral hazard vorliegt und in welchen Fällen nicht, wird letztlich nur durch eine „falsifikationsorientierte empirische Konsumsoziologie“ [23] zu ermitteln sein.

Dem Gesetzgeber fehlt mangels objektiver Kriterien in vielen Fällen nicht nur das empirische Wissen, welche Nachfrage im Gesundheitsbereich als „überflüssig“ zu gelten hat; er verfügt mit der Praxisgebühr ebenso wenig über das adäquate Instrumentarium, das diesen Filtereffekt in der nötigen Differenziertheit leisten könnte. Da eine gezielte Diskriminierung von moral hazard durch die Praxisgebühr nicht möglich ist, „birgt die durch Nutzergebühren verursachte Aufschiebung oder gar Unterlassung medizinischer notwendiger Maßnahmen die Gefahr, Krankheiten zu verschleppen, was später aufwendigere, teurere Therapien erforderlich macht“ [18].

Die Überinanspruchnahme von zahnmedizinischen Leistungen kann sich u.U. auch im sog. doctor hopping, d.h. der unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragszahnärzten, äußern. Hierbei dürften vielfach auch Präferenzunsicherheiten der Patienten eine gewichtige Rolle spielen, die sich u.U. durch eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation reduzieren lassen, während die Abforderung einer Praxisgebühr hier eher kontraproduktiv wirken dürfte.

Im Bereich der Zahnmedizin dürfte das doctor hopping nach den bisherigen empirischen Erkenntnissen allerdings nur eine marginale Rolle spielen. Ein Trend zum „dentist shopping“ ist empirisch jedenfalls nicht belegt. Der Sachverhalt, dass medizinische Dienstleistungen Vertrauensgüter darstellen, schlägt sich vielmehr in einem entsprechend hohen Vertrauen der Patienten in ihren Zahnarzt nieder, d.h. die Wechselneigung des Patienten ist sehr gering [17]. Die Ergebnisse aus der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III) machen deutlich, dass die soziale Zahnarztbindung im Zeitablauf relativ stabil geblieben ist und in den neuen Bundesländern sogar deutlich gefestigt werden konnte [5].

Ungeklärt ist des Weiteren, wie sich die Praxisgebühr auf das Zweitmeinungssystem auswirken wird, das vom Sachverständigenrat ausdrücklich als „Verfahren der Qualitätssicherung“ [10] bezeichnet worden ist. Die Reduzierung unnötiger Doppeluntersuchungen wäre wünschenswert, dabei sollten allerdings qualitätswirksame (und u. U. kostenträchtige) Fehlanreize, die infolge einer mit zusätzlichen Kosten für den Patienten verbundenen Second-Opinion-Prozedur entstehen könnten, unbedingt vermieden werden. Laut DMS III holen lediglich 3,5% der Patienten vor Beginn umfangreicherer Zahnbehandlungen eine Zweitmeinung durch einen anderen Zahnarzt ein. Im Sinne einer verbesserten Kostentransparenz und Konsumentensouveränität wäre ein Ausbau von Informationssystemen wünschenswert, die nicht durch eine Praxisgebühr als Preisbarriere belastet sind.

Zwischenfazit: Intention des Gesetzgebers war, mit der Praxisgebühr nicht unterschiedslos jede Nachfrage nach zahnärztlichen Dienstleistungen mit einem Preis zu belegen, sondern gezielt eine medizinisch nicht notwendige Überversorgung abzubauen. Dieses Ziel wird – auch wenn die gesetzlich eingeführten Vorsorgeuntersuchungen für die Patienten zuzahlungsfrei bleiben – durch die geltende Regelung nicht erreicht. Es ist vielmehr damit zu rechnen, dass die Praxisgebühr in vielen Fällen nicht nur medizinisch nicht notwendige Überinanspruchnahme erfasst, sondern darüber hinaus auch die medizinisch sinnvolle Nachfrage nach medizinischen Leistungen mit Preisen belegt [24]. Die unkoordinierte Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten spielt in der zahnmedizinischen Versorgung lediglich eine untergeordnete Rolle und kann von daher kein gewichtiges Argument zur Einführung von Praxisgebühren in der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung sein. Für eine wirksame (und qualitätsgesicherte) Reduzierung des doctor hopping steht der gemeinsamen Selbstverwaltung im Übrigen die vom Gesetzgeber eröffnete Option der Modellvorhaben nach § 64 Abs. 4 SGB V mit Kostenerstattung zur Verfügung.

Sozialmedizinische Aspekte

Mit Einführung der Praxisgebühr hat der Gesetzgeber, um das Problem der sozialabhängigen Morbidität nicht durch Implementation zusätzlicher Nutzungsfilter und Behandlungsbarrieren erneut zu verschärfen, zugleich Ausnahmetatbestände im Sinne einer sozialpolitischen Härtefallregelung beschlossen. Die Befreiungsvoraussetzungen wurden allerdings gegenüber der vor der Gesetzesänderung geltenden Regelung deutlich verschärft, wodurch die Anzahl der zuzahlungsbefreiten Versicherten von etwa 12 Millionen auf aktuell 4,8 Millionen gesunken ist.

Unabhängig von den konkreten Details stellt sich bei entsprechenden Härtefallregelungen immer das Problem der Kenntnis und Nutzung solcher Sozialklauseln durch sozial schwache und/oder chronisch kranke Patienten. Eine Studie zum Bekanntheitsgrad der Härtefallregelung in der gesetzlichen Krankenversicherung ergab, dass knapp 62% der Befragten die Überforderungsklausel (Rückerstattung der geleisteten Zuzahlungen) nicht kannten; knapp 28% der Befragten war die Sozialklausel (Befreiung von den Zuzahlungen) kein Begriff [11, 25]. Da das Nachfrageverhalten nicht nur von den realen Kosten, sondern auch von den vermuteten Kosten abhängt [17, 26], kann es unter diesen Umständen selbst in zuzahlungsfreien Bereichen (u.a. Individualprophylaxe) zu Nachfrageausfällen kommen.

Die Analyse von Pfaff et al. [20] verdeutlicht, dass die regressiven Verteilungswirkungen der Praxisgebühr selbst bei Einbezug der Härtefallklausel fortbestehen. Die ökonomischen Belastungen sind vor allem von denjenigen zu tragen, die einen vergleichsweise höheren Bedarf an medizinischen Leistungen haben, d.h. ältere Menschen werden tendenziell stärker als jüngere, Frauen stärker als Männer belastet. Und da es sich hierbei nur teilweise um medizinisch überflüssige Nachfrage handeln dürfte, werden in erster Linie Kranke, insbesondere chronisch kranke Menschen belastet, während gesunde Versicherte von einer etwaigen Beitragsatzsenkung profitieren könnten. Insofern handelt es sich bei der Praxisgebühr um eine versteckte gesundheitsabhängige Beitragsdifferenzierung, die dem Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. konkret dem Prinzip der Beitragserhebung nach Maßgabe der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, diametral entgegenläuft.

Zwischenfazit: Aufgrund des recht geringen Bekanntheitsgrades der Härtefallregelungen ist davon auszugehen, dass es auch bei der Praxisgebühr eine gewisse Dunkelziffer an Fällen geben wird (für eine Schätzung vgl. [27]), in denen die Nachfrage medizinisch indizierter Leistungen aus Einkommensgründen zurückgestellt wird, womit sich das Problem der schichtenspezifischen Unterinanspruchnahme wieder verschärfen dürfte.

Finanzierungseffekte der Praxisgebühr

Prognosen über die zu erwartenden Finanzierungseffekte der Praxisgebühr sind jeweils durch die zugrunde liegenden Verhaltensannahmen determiniert. Werden Verhaltensänderungen gemäß der Ceteris-paribus-Klausel ausgeschlossen, also auf den reinen Einnahmeeffekt der Praxisgebühr abgestellt (statische Analyse), oder wird der Analyse ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Patienten, verbunden mit höheren Überweisungswerten, zugrunde gelegt (dynamische Analyse)? In Abhängigkeit von den jeweiligen Modellannahmen kann insofern lediglich ein „Korridor“ für die letztendlich resultierenden Finanzierungseffekte bestimmt werden.

Für den Bereich der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung wurde eine Entlastungswirkung in Höhe von etwa 0,8 Mrd. € prognostiziert [28]. Unter Hinzuziehung der KZBV-Abrechnungstatistik für das Jahr 2003 [29] und der Annahme einer Befreiungsquote von 30% sowie einer Reduktion der Inanspruchnahme ambulant-zahnärztlicher Leistungen um 3% (vgl. Berechnungsvariante „3“ in [20]) ergibt eine eigene überschlägige Schätzung eine Entlastungswirkung für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von ca. 0,7 Mrd. €.

Die Abrechnungsdaten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (vgl. Tab. 1) machen deutlich, dass die Praxisgebühr kurzfristig zu einem deutlichen Fallzahlenrückgang geführt hat. In den alten Bundesländern sank die Fallzahl im ersten Quartal 2004 gegenüber dem Vorjahresquartal um 11,3%, in den neuen Bundesländern sogar um 19%. Im zweiten Quartal 2004 war allerdings bereits eine merkliche Abschwächung der Wirkung der Praxisgebühr erkennbar. Der Fallzahlrückgang gegenüber dem Vorjahresquartal betrug in den alten Bundesländern nur noch 7%, in den neuen Bundesländern 11,9%. Die Zahlen sind im Übr-

Tab. 1 Entwicklung der Fallzahlen im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung (1. Halbjahr 2004)

	Deutschland	alte Bundesländer ¹		neue Bundesländer	
	Veränderung gegenüber Vorjahresquartal	Veränderung gegenüber Vorjahresquartal	Spannweite ($R_{\max} - R_{\min}$) der KZV-Werte (in Prozentpunkten)	Veränderung gegenüber Vorjahresquartal	Spannweite ($R_{\max} - R_{\min}$) der KZV-Werte (in Prozentpunkten)
Quartal I/04	- 13,1 %	- 11,3 %	4,7	- 19,0 %	4,6
Quartal II/04	- 8,2 %	- 7,0 %	4,9	- 11,9 %	3,8

Quelle: KZBV-Abrechnungsstatistik für kons.-chir. Behandlung (Stand: Dezember 2004), Fachbereich KZBV-Statistik.

¹ Ca. 80% der Abrechnungsfälle erfasst (es fehlen die KZVen Nordrhein, Schleswig-Holstein, Berlin)

gen vorsichtig zu interpretieren, da im zahnmedizinischen Versorgungsbereich zeitgleich eine Umstrukturierung des Bema (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) erfolgte.

Die unterschiedliche Fallzahlentwicklung in den alten und den neuen Bundesländern ist zugleich ein Indiz für die gestiegene Einkommensabhängigkeit der Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen – je höher das durchschnittliche Haushaltseinkommen, desto geringer der Fallzahlenrückgang. Neben den Ost-West-Unterschieden besteht zusätzlich ein Nord-Süd-Gefälle. Der geringste Fallzahlrückgang zeigte sich in den südlichen KZVen. Baden-Württemberg und Bayern sind zugleich die Bundesländer mit der bundesweit höchsten Haushaltskaufkraft (Baden-Württemberg: 39 250 € [2002], Bayern: 38 882 € [2002]).

Von der Fallzahlentwicklung an sich kann (infolge der Einzelleistungsvergütung) nicht direkt auf finanzielle Entlastungseffekte der Praxisgebühr geschlossen werden. Hierzu müsste der Gesamtbetrag der abgerechneten Leistungen im kons.-chir. Bereich betrachtet werden, der allerdings aufgrund der erwähnten Bema-Umstrukturierung für den betrachteten Zeitraum nicht aussagekräftig ist.

Eine längerfristige Ausgabensenkung für das Gesamtsystem wird unter Berücksichtigung aller im Rahmen der Analyse angesprochenen Effekte voraussichtlich nicht zu erwarten sein, weil der Hauptanteil der Einsparungen aus dem statischen Effekt resultiert, also insofern lediglich eine Umfinanzierung – weg von der paritätischen Finanzierung über die Arbeitseinkommen hin zu einer Direktzahlung durch die privaten Haushalte – bedeutet. Aus dem dynamischen Effekt der Praxisgebühr ließe sich vermutlich nicht einmal der Verwaltungsaufwand der Zahnärzte für die überschlägigen 100 Mio. Quartalsfälle pro Jahr finanzieren. Gesamtwirtschaftlich betrachtet stellt die Einführung der Praxisgebühr aufgrund des hohen Verwaltungsaufwands daher ein „Negativsummenspiel“ dar. Angesichts dieses Fazits stellt sich die Frage, wieso die Praxisgebühr trotz der nachweislich damit verbundenen Probleme eingeführt wurde.

Cui bono?

Die Einführung der Praxisgebühr ist nicht allein (und wahrscheinlich nicht einmal vorrangig) gesundheitspolitisch motiviert, sondern vor dem Hintergrund arbeitsmarktpolitischer Weichenstellungen im Zeitalter der Globalisierung zu sehen.

Die lohneinkommenszentrierte Beitragsfinanzierung der deutschen Sozialversicherung wird aufgrund der gegenüber einer aus Steuermitteln bzw. rein privat finanzierten Krankheitskostenabsicherung vergleichsweise höheren Lohnnebenkosten von Arbeitgeberseite als Wettbewerbshindernis auf den Weltmärkten gesehen und für die hohe Arbeitslosigkeit in Deutschland mitverantwortlich gemacht [30]. Mit der Einführung der Praxisgebühr soll primär der Belastung der Arbeitgeber durch Lohnnebenkosten gegengesteuert werden, während eine entsprechende Erhöhung der Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheitsdienstleistungen nicht problematisiert wird, sondern als Ausweis einer zunehmenden Zahlungsbereitschaft souveräner Konsumenten gilt.

Damit findet im Gesundheitswesen im großen Umfang das statt, was man treffend als „Verschiebebahnhof“ im Sinne eines sog. „Cost-Shifting“ bei weitgehend ungebremster Ausgabendynamik beschreiben kann. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) schreibt diesen Trend fort und beendet faktisch die paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer in der gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. die frühere 50/50-Belastung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird durch das GMG – neben der Praxisgebühr u.a. auch durch die ab 2005 wirksame Herausnahme des Zahnersatzes aus der paritätischen Finanzierung – in ein Verhältnis von 46,7 zu 53,3% transformiert [31].

Schlussfolgerungen und Ausblick

Mikrostrukturelle Aspekte

Aus der mikroökonomischen Perspektive kann geschlussfolgert werden, dass eine dauerhafte individuelle Verhaltensänderung im Sinne einer gezielten Reduktion medizinisch überflüssiger Nachfrage durch die Praxisgebühr schon aufgrund der relativ geringen Höhe unwahrscheinlich ist. Von Gebühren sind, insbesondere im Vergleich zu prozentualen Selbstbeteiligungsregelungen, nur relativ geringe Nachfragereaktionen zu erwarten [32], da die Nachfrage oberhalb des Franchisebetrags für den Patienten wiederum „kostenlos“ ist. Im Bereich der Zahnprothetik gibt es im Übrigen keine „Bagatellfälle“, zu deren Begrenzung die Praxisgebühr beitragen könnte; zudem ist das „doctor hopping“ im zahnmedizinischen Bereich empirisch nicht nachgewiesen.

Eine dauerhafte Reduktion der Nachfrage ist aufgrund der relativ höheren Belastung primär bei einkommensschwachen Personen zu erwarten, die aus epidemiologischer Sicht als sog. Risikogruppe zugleich einen höheren Behandlungsbedarf aufweisen. Dieses

sozialpolitisch kontraproduktive Belastungsmuster wird auch durch die geltende Härtefallregelung nicht entscheidend verändert. Eine großzügigere Härtefallregelung wäre unter dem Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit wünschenswert; dies ginge allerdings zu Lasten des Finanzierungsaufkommens. Generell gilt, dass Selbstbehalte im Sinne der Kostendämpfung umso weniger effektiv sind, je „sozial tragbarer“ sie ausgestaltet werden [33]. So ist aufgrund der großzügigeren Gestaltung der Richtlinien für chronisch Kranke absehbar, dass die Einsparziele des Gesetzgebers nicht im ursprünglich geplanten Umfang erreicht werden [34]. Die Gesundheitspolitik versucht sich hier vergebens an einer „Quadratur des Kreises“ [33].

Makrostrukturelle Aspekte

Der Praxisgebühr kommt aufgrund der zweifelhaften mikroökonomischen Effekte insofern auch makroökonomisch nur ein verschwindend geringes Gewicht zu. Die prognostizierten Einsparungen durch die Praxisgebühr im zahnärztlichen Versorgungsbereich in Höhe von etwa 0,8 Mrd. € machen einen Anteil von etwa 0,56% an den GKV-Gesamtausgaben aus und würden ceteris paribus eine Reduktion des Beitragsatzes um etwa 0,08 Prozentpunkte ermöglichen. Berücksichtigt man, dass die Beitragsbelastung der Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes durch die GKV einem Kostenanteil von etwa 1% entspricht [35], so wird „deutlich, dass der gesundheitsbedingten Arbeitgeberbelastung für sich genommen gegenüber den gesamten Produktionskosten nur eine sehr untergeordnete Bedeutung zukommt“ [36] und die Praxisgebühr insofern auch keinen substanziellen Beitrag zum Beschäftigungswachstum sowie zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft leisten kann. Eine Senkung des durchschnittlichen GKV-Beitragsatzes um 0,08 Prozentpunkte würde lediglich zu einer Senkung der GKV-bezogenen Lohnnebenkosten um 0,56% führen, was bei voller Überwälzung der Kosten auf den Preis beispielsweise ein Produkt, das zuvor 1000 € kostete, um knapp 6 Cent verbilligen würde. Die Außenwertschwankungen des Euro liegen um ein Vielfaches höher. Einer hypothetischen Stärkung der Auslandsnachfrage stünde zudem ein tendenzieller Rückgang der Binnennachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen mit entsprechend negativen Beschäftigungswirkungen gegenüber [30].

Ausblick

Für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung konnte die Analyse der allokativen und distributiven Effekte der Praxisgebühr verdeutlichen, dass die Praxisgebühr den Besonderheiten des zahnmedizinischen Versorgungsbereichs zu wenig Rechnung trägt und aus gesundheitsökonomischer wie sozialmedizinischer Sicht mehr Nachteile als Vorteile aufweist. Die Hoffnungen der Gesundheitspolitik auf eine spürbare Kostendämpfung mittels Praxisgebühr in der zahnmedizinischen Versorgung erweisen sich sowohl unter dem mikro- als auch unter dem makrostrukturellen Aspekt weitestgehend als unbegründet. Die gesundheits- und fiskalpolitischen Ziele werden nicht im angestrebten Umfang erreicht, da sich die Steuerungswirkungen der Praxisgebühr nach einem kurzfristigen „Überschießen“ rasch wieder abschwächen.

Bereits jetzt ist absehbar, dass die fiskalischen Effekte der Praxisgebühr mittelfristig durch andere gesetzliche Regelungen neutralisiert werden, so etwa durch die Bestimmung des § 65a Abs. 2 SGB V, demnach Versicherte, die an einer hausarztzentrierten

Versorgung nach § 73 b SGB V, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach § 137 f SGB V oder an einer integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V teilnehmen, geringere bzw. keine Zuzahlungen zu leisten haben.

Mit dem ab 1. Januar 2005 geltenden System befundorientierter Festzuschüsse hat der Gesetzgeber im zahnmedizinischen Versorgungsbereich ein weiteres Steuerungsinstrument zur Verfügung, das die normativen Steuerungs- und Finanzierungsziele des Gesetzgebers voraussichtlich effizienter und sozialverträglicher umzusetzen vermag [37] sowie die bisherigen, infolge präventiver Zahnarztbesuche erzielten Erfolge in der Oralprophylaxe nicht gefährdet. Anlass genug für den Gesetzgeber zu prüfen, ob die Praxisgebühr im zahnmedizinischen Versorgungsbereich unter den geänderten Bedingungen nicht obsolet geworden ist.

Literatur

- Ruf T. Zur Selbstbeteiligung der Versicherten. Eine Studie zu ihren Grenzen und Möglichkeiten. PKV-Dokumentation 8. Köln, 1982
- SVRKAiG. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Finanzierung und Nutzerorientierung. Bonn, 2003: Bd. I
- Schwartz FW, Jung K. Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sozialer Fortschritt 2000; 49 (4): 70–75
- Schiffner U, Reich E. Prävalenzen zu ausgewählten klinischen Variablen bei den Erwachsenen (35–44 Jahre): Karies/Füllungen bei den Erwachsenen. In: Micheelis W, Reich E (Hrsg.). Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III), Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. IDZ-Materialienreihe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1999: Bd. 21: 247–275
- Micheelis W, Schroeder E. Sozialwissenschaftliche Daten und Analysen der drei Alterskohorten. In: Micheelis W, Reich E (Hrsg.). Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III), Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997, IDZ-Materialienreihe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1999: Bd. 21: 433–455
- Micheelis W, Eder-Debye R, Bauch J. Sozialwissenschaftlicher Teil: Am Beispiel der Dentalangst. In: Micheelis W, Bauch J (Hrsg.). Mundgesundheitszustand und Verhalten in der Bundesrepublik Deutschland, IDZ-Materialienreihe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1991: Bd. 11.1: 410–424
- Schroeder E. Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2020. Ein Bericht der I+G Gesundheitsforschung München für die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e.V. (DGZPW). München, 2001
- Tiemann B, Klingenberg D, Weber M. System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland, IDZ Materialienreihe, Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag, 2003: Bd. 28
- Micheelis W. Soziale Ungleichheit und Mundkrankheiten. In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg.). Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München: Juventa, 2001: 128–140
- SVRKAiG. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege; Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos, 2002
- Pfaff AB et al. Inanspruchnahme von Härtefallregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Public Health Forum 2001; 9 (33): 23–24
- Kaufhold R, Schneider M. Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (EURO-Z). Köln: IDZ-Information Nr. 1/2000
- Klingenberg D. Zwischen Bismarck, Beveridge und Semashko: Zuzahlungen zu zahnärztlichen Leistungen – ein internationaler Vergleich. zm 2004; 94 (18): 94–102
- Breyer F, Zweifel PS, Kifmann M. Gesundheitsökonomie. Berlin/Heidelberg/New York: Springer, 2003: 4. Aufl

- ¹⁵ Rau F. Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen, Empirische Wirksamkeitsanalysen im internationalen Vergleich. Konstanz: Hartung-Gorre, 1992
- ¹⁶ Pauly MV. The Economics of Moral Hazard, Comment. *American Economic Review* 1968; 58: 531–537
- ¹⁷ Klingenberg D, Micheelis W. Nachfrage zahnprothetischer Leistungen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Einflussgrößen. *ZWR* 2003; 112 (3, 4): 81–90, 134–140
- ¹⁸ Holst J, Laaser U. Zuzahlungen im Gesundheitswesen – Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; 100 (51–52): 2616–2618
- ¹⁹ Ahrens D. Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung – Eigenverantwortung für Gesundheit? *Das Gesundheitswesen* 2004; 66 (4): 213–221
- ²⁰ Pfaff AB et al. Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen. Universität Augsburg, Institut für Volkswirtschaftslehre, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe. November 2003; Beitrag Nr. 253
- ²¹ Schneider U. Kostenfalle Gesundheitswesen? Ökonomische Herausforderung und Perspektiven der Gesundheitssicherung. Universität Bayreuth, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere. Juni 2003; Nr. 08–03
- ²² Piffel S. Eigenbeteiligung in der ambulanten Gesundheitsversorgung, Möglichkeiten gesundheitsökonomischer Ausgestaltung. München: Minerva Publikation, 1990
- ²³ Schulz-Nieswandt F. Bedarfsorientierte Gesundheitspolitik – Grundfragen einer kritizistischen Lehre meritorischer Wohlfahrtspolitik. Regensburg: Transfer Verlag, 1992
- ²⁴ Gericke CA, Wismar M, Busse R. Finanzielle Selbstbeteiligung der Patienten in Deutschland – Kaum empirische Evidenz, DGSM Jahrestagung 2004, 23. September 2004, Magdeburg. *Das Gesundheitswesen* 2004; 66 (8–9): 584
- ²⁵ Eller M, Baumann F, Mielck A. Bekanntheitsgrad der Härtefallregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Das Gesundheitswesen* 2002; 64: 565–571
- ²⁶ van Steenkiste M. Zugang zu zahnärztlichen Leistungen und Einstellung zum Zahnarzt bei deutschen und türkischen Eltern. *Das Gesundheitswesen* 2004; 66: 93–101
- ²⁷ Eller M et al. Die Härtefallregelung innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung – wie viele Versicherte sind anspruchsberechtigt? *Sozialer Fortschritt* 2004; 53 (1): 1–7
- ²⁸ Langer B. Telefonische Auskunft vom 19. Januar 2004, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre II, Universität Augsburg
- ²⁹ KZBV. KZBV Jahrbuch 2004 – Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln, 2004
- ³⁰ SVRKAiG. Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Baden-Baden: Nomos, 1996
- ³¹ Gericke CA, Wismar M, Busse R. Cost sharing in the German Health Care System, Diskussionspapier 2004/4, TU Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management. Berlin, 2004
- ³² Schulenburg JM. Graf von der: Selbstbeteiligung, Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen. Tübingen: Mohr (Siebeck), 1987
- ³³ Pfaff M. Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig „sozial tragbar“ und „kostendämpfend“ sein? *Sozialer Fortschritt* 1985; 34 (12): 272–276
- ³⁴ o. V. Was die Patienten entlastet, könnte die Kassen chronisch krank machen. *Ärzte Zeitung* 2004; 13: 6
- ³⁵ Kühn H. Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. In: Michaelis W (Hrsg.). *Der Preis der Gesundheit*. Landsberg/Lech: ecomed, 2001: 1–25
- ³⁶ Ecker T, Häusler B, Schneider M. Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitsbedingte Kosten im internationalen Vergleich. Berlin/Augsburg, 2004
- ³⁷ Saekel R. Wettbewerbliche Gestaltung – Erfolgversprechende ordnungspolitische Reform des Zahnersatzsektors durch Festzuschüsse. *Gesellschaftspolitische Kommentare* 2004; 6–7: 16–23

Buchbesprechung

Heinze, G, Reuß, M. **Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch im Betrieb**. Arbeitsschutz – Arbeitsrecht – Prävention – Rehabilitation, 2. aktualisierte Auflage, 187 Seiten, broschiiert, Erich Schmidt Verlag Berlin, 29,80 €, ISBN 3-503-08314-6

Die Erstauflage dieses Bandes ist in dieser Zeitschrift bereits besprochen worden.

In der jetzt aktualisierten Neuauflage sind einerseits aktuelle neuropsychiatrische Erkenntnisse bezüglich der Gehirn- und Suchtforschung mit aufgenommen worden. Andererseits hat das Kapitel 3 eine Überarbeitung dergestalt erfahren, dass die rechtlichen Auswirkungen von Suchtmisbrauch am Arbeits-

platz präziser formuliert wurden. Ebenso sind u. a. auch die seit dem 1.1.2004 gültigen Unfallverhütungsvorschriften „Grundsätze der Prävention“ mit berücksichtigt worden.

Dieser Band hat durch die Überarbeitung deutlich gewonnen. Er ist jetzt praxisnäher als noch in der ersten Auflage. Er wendet sich überwiegend an Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner. Auch die Kolleginnen und Kollegen im Gutachtenwesen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes können von diesem Band profitieren. Er sollte Standardwerke der Suchtmedizin ergänzen, da er insbesondere die rechtlichen Auswirkungen und Regelungen des Arbeitslebens stärker berücksichtigt als manch anderes Werk aus diesem Themenfeld. M. Dirksen-Fischer, Hamburg