

2005 – 2015

# » 10 Jahre Festzuschüsse zum Zahnersatz

Ein Erfolgsmodell in der  
gesetzlichen Krankenversicherung



# Die Situation in den Nachbarländern

## Ausgangspunkt:

## Die Vielfalt gewachsener nationaler Systeme

Die Gesundheitssysteme unserer Nachbarn sind, genauso wie das deutsche System, unter ihren je eigenen individuellen historischen Rahmenbedingungen entstanden und gewachsen. Da die Gesundheitssysteme nicht „am Reißbrett“ konstruiert wurden, muss man auch bei der Gestaltung von Gesundheitsreformen immer an die institutionellen Gegebenheiten des jeweiligen Landes anknüpfen. Sozialwissenschaftler sprechen in dem Zusammenhang von der Anforderung einer „Pfadabhängigkeit“ von Reformprozessen.

Trotz der historisch entstandenen Vielfalt der nationalen Gesundheitssysteme gibt es dennoch eine Reihe von verbindenden Gemeinsamkeiten, beispielsweise in der Frage der Finanzierung der Gesundheitsleistungen.<sup>1</sup> Im Rahmen einer vergleichenden Gesundheitssystembetrachtung wird oftmals typologisch vorgegangen, das heißt, man ordnet ein Gesundheitssystem anhand von bestimmten Merkmalen einem „Idealtypus“ zu. Während in einigen Ländern die Gesundheitsleistungen mehrheitlich über eine steuerfinanzierte Grundversorgung organisiert werden (sog. Beveridge-System), ist in anderen Ländern die beitragsfinanzierte Sozialversicherung vorherrschend (sog. Bismarck-System).<sup>2</sup> Auch der Stellenwert der privaten Finanzierungsanteile (Private Krankenversicherung, Selbstbeteiligungen der Patienten) spielt für die Einordnung der Gesundheitssysteme eine wichtige Rolle.

Zu dem sozialversicherungs-basierten Bismarck-System zählen neben Deutschland vor allem Frankreich, die Niederlande, Belgien sowie Luxemburg. Auch die Schweiz sowie Griechenland sind hier einzuordnen, allerdings mit merklich höheren privaten Finanzierungsanteilen.

Neben Großbritannien und Irland zählen die skandinavischen und die südeuropäischen Länder zum Beveridge-System, das heißt, die Finanzierung erfolgt mehrheitlich aus Steuern. Der private Finanzierungsanteil kann hier variieren; im Falle der skandinavischen Staaten ist er eher gering, bei den südeuropäischen Nachbarn in der Regel höher.

Im Folgenden soll anhand einer Reihe von Parametern geklärt werden, wie die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland im direkten Vergleich mit den Nachbarländern zu bewerten ist.

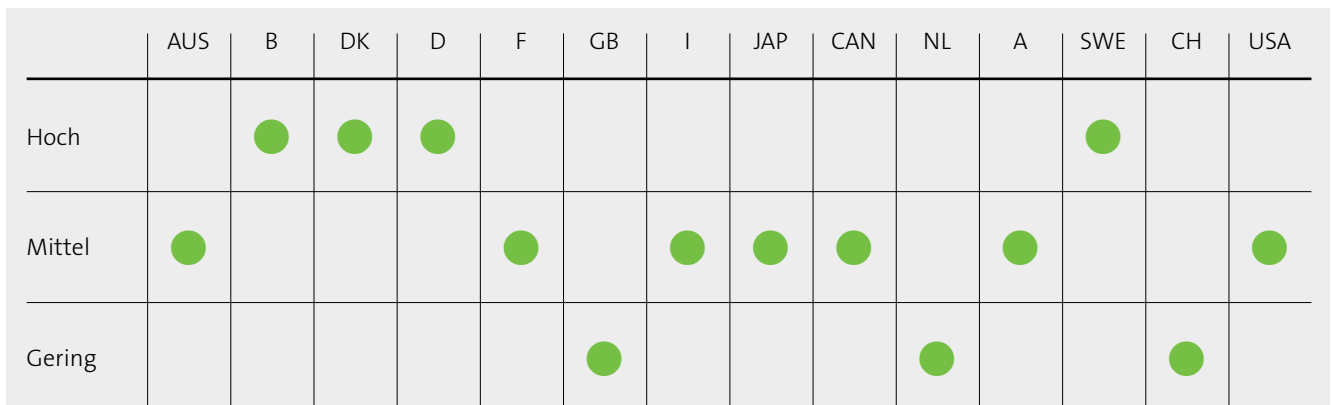


Abb. 1

Quelle: In Anlehnung an Beske und Drabinski, 2005, Bd. II, S. 175 (eigene Aktualisierungen).

### > Zahnärztdichte (Zahnärzte je 1.000 Einwohner) im internationalen Vergleich

<sup>1</sup> Wendt, C.: Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, 3. Aufl., Wiesbaden 2013.

<sup>2</sup> Klingenberg, D.: Zwischen Bismarck, Beveridge und Semashko: Zuzahlungen zu zahnärztlichen Leistungen – ein internationaler Vergleich“, in: Zahnärztliche Mitteilungen, 94. Jg., Nr. 18 / 2004, S. 94-102.

## Versorgungsumfang

Der Versorgungsumfang eines Gesundheitssystems bestimmt sich danach, in welchem Ausmaß die Bevölkerung mit Gesundheitsgütern und -dienstleistungen versorgt wird beziehungsweise inwiefern der freie und zeitnahe Zugang der Bevölkerung zu diesen Gesundheitsgütern gewährleistet ist. Anhaltspunkte für den Versorgungsumfang erhält man insofern primär über eine Ressourcenbetrachtung des Gesundheitssystems. Aussagen über das Versorgungsniveau können aus einer solchen Ressourcenbetrachtung im Übrigen nicht direkt abgeleitet werden, da hierbei zusätzlich medizinische Outcomes berücksichtigt werden müssten.

Zur Bestimmung des Versorgungsumfangs im zahnmedizinischen Bereich lassen sich folgende Indikatoren heranziehen:<sup>3</sup>

- die Zahnarztdichte,
- die Anzahl der Zahnarztconsultationen pro Kopf und Jahr,
- der Umfang der im Leistungskatalog der Krankenversicherung enthaltenen zahnmedizinischen und insbesondere zahnprothetischen Versorgung,
- sowie das Ausmaß der Zuzahlungen der Patienten in der zahnmedizinischen Versorgung.

### > Zahnarztdichte

Eine wichtige Größe im Rahmen einer Ressourcenbetrachtung ist die jeweilige nationale Zahnarztdichte, das heißt die Frage, wie viele Patienten ein einzelner Zahnarzt zu versorgen hat. Mit zunehmender Zahnarztdichte verbessert sich die zahnmedizinische Versorgung, da eine (regionale) Unterversorgung unwahrscheinlicher wird. Ein Optimum lässt sich nicht allgemeingültig definieren, sondern hängt von den individuellen Rahmenbedingungen ab.

Bei der Zahnarztdichte liegt der OECD-Durchschnitt bei 0,61 Zahnärzten je 1.000 Einwohner. Deutschland liegt mit 0,85 Zahnärzten je 1.000 Einwohner an erster Stelle (Island und Norwegen, die in der nachstehenden Tabelle nicht aufgeführt sind, haben eine noch höhere Zahnarztdichte). Es folgt Schweden mit einer Zahnarztdichte von 0,83 Zahnärzten je 1.000 Einwohner sowie Dänemark und Belgien jeweils mit einer Zahnarztdichte von 0,81 Zahnärzten je 1.000 Einwohner. An letzter Stelle liegen die Niederlande mit einer Zahnarztdichte von 0,48 Zahnärzten je 1.000 Einwohner (Abb. 1).

Der direkte Vergleich der Zahnarztdichte zeigt, dass die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland mit den vorhandenen Ressourcen (ambulante Zahnarztpraxen in freier Niederlassung) sichergestellt werden kann.

### > Zahnarztconsultationen

Die Maßzahl der jährlichen Zahnarztconsultationen pro Kopf gibt Auskunft darüber, inwieweit das bestehende Angebot der Zahnarztpraxen auch von den Patienten nachgefragt wird. Die Nachfrage nach zahnärztlichen Dienstleistungen ist unter anderem abhängig von der Erkrankungshäufigkeit, dem Grad der Präventionsorientierung der Bevölkerung, aber auch von der Frage, inwieweit es Zugangsbarrieren zur zahnärztlichen Versorgung gibt. Diese können etwa in langen Wartezeiten oder aber in hohen finanziellen Selbstbeteiligungen der Patienten (siehe hierzu Abschnitt „Zuzahlungen zur zahnmedizinischen Versorgung“) bestehen.

Die folgende Tabelle verdeutlicht, dass die Patienten in Deutschland im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern vergleichsweise häufig zum Zahnarzt gehen (Tab. 1). Der Anteil der Menschen, die nur bei Schmerzen oder Beschwerden zum Zahnarzt gehen, ist im Zeitablauf deutlich gesunken, der Anteil der kontrollorientierten Patienten, die regelmäßig einen Zahnarzt aufsuchen, hingegen gestiegen. Der Anteil der kontrollorientierten Patienten liegt in Deutschland zwischen 66 Prozent (Jugendliche) und 76 Prozent (Erwachsene).<sup>4</sup> Dies ist präventionspolitisch zu begrüßen.

	Anzahl der Zahnarztconsultationen pro Kopf und Jahr (2011)
Dänemark	0,9
Deutschland	2,4
Frankreich	1,7
Großbritannien	0,8
Niederlande	2,3
Schweiz	1,2
Ungarn	0,7

Tab. 1 Quelle: Klingenberg et al., 2015<sup>5</sup>

### > Anzahl der Zahnarztconsultationen pro Kopf und Jahr

<sup>3</sup> Beske, F., Drabinski, Th.: Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, Eine Analyse von 14 Ländern, Bd. I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen; Bd. II: Geldleistungen, IGSF-Schriftenreihe Bd. 104, Kiel 2005.

<sup>4</sup> Micheelis, W., Schiffner, U.: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Köln 2006

<sup>5</sup> Klingenberg, D., Schneider, M., Hofmann, U., Köse, A.: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (EURO-Z-II), Köln 2015, i. E.

Einen ähnlich hohen Wert wie Deutschland weisen lediglich die Niederlande auf, während in Dänemark, in Großbritannien sowie in Ungarn im Durchschnitt weniger als ein Zahnarztbesuch pro Kopf und Jahr zu verzeichnen ist. Der Vergleich verdeutlicht, dass Deutschland eine niedrighschwellige Versorgung im zahnärztlichen Bereich realisiert hat, die von der Bevölkerung auch wahrgenommen wird.

### > Leistungsumfang in der zahnmedizinischen Versorgung

Die Vielfalt der nationalen Regulierungen zeigt sich vor allem beim Leistungskatalog der Krankenversicherungen. Im Leistungskatalog sind diejenigen zahnmedizinischen Leistungen erfasst, die ganz oder teilweise erstattungsfähig sind. Unter zahnmedizinischer Versorgung werden hier primär die konservierend-chirurgischen Behandlungen verstanden. Manche Länder setzen auf einen umfangreichen Leistungskatalog, verlangen jedoch für viele Leistungen eine Selbstbeteiligung. Andere Länder konzentrieren sich hingegen bei den öffentlich finanzierten Leistungen auf einen „schlanken“ Katalog mit einer geringen Selbstbeteiligung. In einigen Ländern ist die zahnmedizinische Versorgung an das Alter der Patienten gekoppelt. So umfasst der Leistungskatalog in den Niederlanden beispielsweise die zahnärztliche Behandlung nur bis zum Alter von 22 Jahren. In Dänemark liegt die Altersgrenze bei 18 Jahren.<sup>6</sup>

Der Umfang der vom Leistungskatalog abgedeckten zahnmedizinischen Versorgung ist in Belgien, Deutschland, Frankreich, Japan und Österreich am höchsten, eingeschränkt in Dänemark, Großbritannien, Italien, den Niederlanden und Schweden, gering in Australien, Kanada, in der Schweiz und den USA (Abb. 2).

Der direkte Vergleich zeigt, dass in Deutschland eine umfangreiche zahnmedizinische Versorgung durch den gesetzlichen Leistungskatalog abgedeckt wird. Ein hoher Versorgungsumfang wird eher von den sozialversicherungsbasierten Bismarck-Ländern gewährleistet, während die steuerfinanzierten Beveridge-Länder tendenziell nur eine Grundversorgung bereitstellen oder Leistungen der zahnmedizinischen Versorgung sogar vollständig oder fast vollständig aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen haben.

### > Leistungsumfang in der zahnprothetischen Versorgung

Während die konservierend-chirurgischen Behandlungen eine hohe Fallzahl aufweisen, dies jedoch bei einem im Schnitt geringen Fallwert, ist dies bei der zahnprothetischen Versorgung umgekehrt, das heißt, die Fallzahl ist vergleichsweise niedrig, allerdings bei deutlich höheren Behandlungskosten je Fall. Generell kann man sagen, dass der Leistungsumfang in der zahnprothetischen Versorgung geringer ist als bei den anderen zahnmedizinischen Versorgungsleistungen, die Patienten insofern hier mit den höchsten Selbstbeteiligungen zu rechnen haben.

Zahnersatz ist in größerem Umfang lediglich in den Leistungskatalogen von Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Österreich und Schweden enthalten. Im begrenzten Umfang sind zahnprothetische Leistungen im Leistungskatalog in Belgien, Kanada und in den Niederlanden verankert. Keine gesetzlichen Leistungen für Zahnersatz haben Australien, Dänemark, Italien, die Schweiz sowie die USA (Abb.3).

	AUS	B	DK	D	F	GB	I	JAP	CAN	NL	A	SWE	CH	USA
Hoch		●		●	●			●			●			
Mittel			●				●					●		
Gering	●					●			●	●			●	●

Abb. 2

Quelle: In Anlehnung an Beske und Drabinski, 2005, Bd. II, S. 179 (eigene Aktualisierungen).

### > Umfang der zahnmedizinischen Versorgung im internationalen Vergleich

<sup>6</sup> Finkenstedt, V. Niehaus, F.: Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen. Ein internationaler Überblick. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, März 2013.

Der direkte Vergleich zeigt, dass in Deutschland auch eine umfangreiche zahnprothetische Versorgung durch den gesetzlichen Leistungskatalog abgedeckt wird. Eine Vielzahl von Ländern hat Zahnersatz hingegen vollständig aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen.

> **Zuzahlungen zur zahnmedizinischen Versorgung**

Eng mit dem Leistungsumfang verbunden ist die Frage, welchen finanziellen Eigenanteil an den Behandlungskosten der Patient zu tragen hat. Mit dem Begriff der Zuzahlung ist hier der Anteil der Gesundheitsausgaben gemeint, der vom Patienten selbst zu tragen ist, ehe die Erstattungspflicht des Versicherers eintritt. Selbstbehalte können unterschiedlich ausgestaltet sein, zum Beispiel als prozentualer Anteil an den Leistungskosten, als Absolutbetrag pro Abrechnungszeitraum oder als eine Kombination davon. Unter bestimmten definierten Bedingungen können Patienten von Zuzahlungen befreit werden, so etwa aus Altersgründen (Kinder und Jugendliche sowie Senioren) oder aus sozialpolitischen Erfordernissen (Erwerbslosigkeit).

Zuzahlungen bei der zahnmedizinischen und insbesondere bei der zahnprothetischen Versorgung sind weithin üblich.<sup>7</sup> Ähnlich wie in Deutschland existiert in den Nachbarländern

mehrheitlich nur eine Teilabdeckung dieser Leistungen. Während in Deutschland für zahnmedizinische Behandlungen in der Regel keine Selbstbeteiligungen zu entrichten sind und für zahnprothetische Behandlungen in der Regelversorgung ein Festzuschuss der Krankenkasse in Höhe von 50 Prozent (bei Nachweis präventiver Anstrengungen per Bonusheft sogar bis zu 65 Prozent) der Behandlungskosten gezahlt wird, fallen beispielsweise in Frankreich und in Großbritannien hohe Selbstbeteiligungen (über 80 Prozent Eigenanteil) an. Der vollständige Ausschluss von zahnmedizinischen und/oder zahnprothetischen Versorgung aus dem Leistungskatalog impliziert eine Selbstbeteiligung des Patienten in Höhe von 100 Prozent. Dies betrifft vor allem die Schweiz und die Niederlande, in weiten Teilen aber auch Dänemark sowie Ungarn.

Der direkte Vergleich zeigt, dass in Deutschland eine moderate Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten existiert. Zuzahlungen sind in der Hauptsache für zahnprothetische Versorgung zu entrichten, für Geringverdiener existiert zudem eine soziale Härtefallregelung. Das Niveau der Zuzahlungen fällt in sämtlichen Nachbarländern höher, zum Teil deutlich höher, aus.

	AUS	B	DK	D	F	GB	I	JAP	CAN	NL	A	SWE	CH	USA
Ja				●	●	●		●			●	●		
Begrenzt		●							●	●				
Nein	●		●				●						●	●

Abb. 3

Quelle: In Anlehnung an Beske und Drabinski, 2005, Bd. II, S. 180 (eigene Aktualisierungen).

> **Zahnersatz im Leistungskatalog im internationalen Vergleich**

<sup>7</sup> Klingenberg, D.: Zwischen Bismarck, Beveridge und Semashko: Zuzahlungen zu zahnärztlichen Leistungen – ein internationaler Vergleich, in: Zahnärztliche Mitteilungen, 94. Jg., Nr. 18 / 2004, S. 94-102.

## Versorgungsniveau

Der zuvor skizzierte national unterschiedliche Versorgungsumfang mündet letztlich in national ebenfalls unterschiedliche Versorgungsniveaus. Die Bewertung und der Vergleich von nationalen Versorgungsniveaus anhand von zahnmedizinischen Outcome-Parametern sind sehr komplex, da generell das Problem der Nutzenmessung besteht. Die Konstruktion eines allgemeinen Zahngesundheitsindex<sup>8</sup> wirft die Frage der Gewichtung der jeweiligen Teilindizes auf; ein entsprechender „General“-Index hat sich daher für die Zahnmedizin bislang aus guten Gründen nicht durchgesetzt.

Als international anerkannter Outcome-Parameter in der Zahnmedizin ist insbesondere der sogenannte DMFT-Index aussagekräftig. Der DMFT-Index beschreibt die Anzahl der Zähne (T = teeth), die eine kariöse Läsion besitzen (D = decayed), aufgrund von Karies entfernt wurden (M = missing) oder durch restaurative Therapie einer kariösen Läsion mit einer Füllung versorgt wurden (F = filled). Die Summe dieser drei Faktoren beschreibt den DMFT-Index.

In der folgenden Tabelle werden die empirisch ermittelten DMF-T-Indizes der Kinder (12 Jahre) und der Erwachsenen (35 bis 44 Jahre) verglichen (Tab. 2).

Die europäischen Nachbarländer weisen demnach teils vergleichbare, teils höhere Werte als Deutschland beim Kariesbefall ihrer Bevölkerung auf. Dies betrifft vor allem Ungarn, das als postkommunistischer Staat Osteuropas gesundheitspolitisch immer noch nicht an das Versorgungsniveau der westeuropäischen Länder aufschließen konnte.

Aus oralepidemiologischer Sicht konnte Deutschland in den vergangenen zwanzig Jahren international zur Spitzengruppe aufschließen. In Westdeutschland war der DMFT-Index im Jahr 2005 bereits auf einen Wert von 0,5 gesunken, während er in Ostdeutschland, das nach dem Mauerfall im Jahr 1989 einem vergleichbaren Transformationsprozess wie Ungarn unterlag, mittlerweile auf 0,8 gefallen ist.

Die Ressourcenbetrachtung konnte verdeutlichen, wie Deutschland im Hinblick auf die zahnmedizinische Versorgung im internationalen Vergleich aufgestellt ist. Die Versorgung in der Fläche wird durch ein ausreichendes Angebot gewährleistet (Zahnarzt-dichte) und von der Bevölkerung auch wahrgenommen (Zahnarzt-konsultationen). Der Leistungskatalog ist vergleichsweise umfangreich und das Niveau der Zuzahlungen moderat.

	DMFT 12-Jährige	DMFT 35 – 44-Jährige
Dänemark	0,6	13,5
Deutschland	0,7	14,5
Frankreich	1,2	-
Großbritannien	0,7	16,6
Niederlande	0,8	-
Schweiz	0,8	14,5
Ungarn	2,4	15,4

Tab. 2 Quelle: [www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/](http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/)

### > Kariesbefall im internationalen Vergleich

<sup>8</sup> Bauer, J., Neumann, Th., Saekel, R.: Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheits und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme, Bern 2009.

## Resümee

Resümierend kann man sagen, dass Deutschland im internationalen Vergleich insbesondere hinsichtlich des zahnmedizinischen Versorgungsumfangs – ablesbar an der Zahnarztdichte und dem Umfang der Leistungen für zahnärztliche und zahnprothetische Maßnahmen – eine Spitzenposition einnimmt. So kommt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten über Fragen der Über-, Unter- und Fehlversorgung in der zahnärztlichen Versorgung zu dem Ergebnis, dass „der zahnärztliche Versorgungsgrad der in Deutschland lebenden Bevölkerung insgesamt gesehen als hoch bezeichnet“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001, Bd. III.4, Nr. 16) werden kann. Von einer noch unzureichenden zahnärztlichen Versorgung sind besonders Personen betroffen, die in sozialen Brennpunkten leben. Bei Menschen in Behinderten-, Rehabilitations-, Pflege- und Alteneinrichtungen beziehungsweise bei sonstigen pflegebedürftigen Personen liegen ebenfalls erkennbare Versorgungsdefizite vor. Zur Verbesserung der Mundgesundheit dieser sogenannten Risikogruppen wurden mittlerweile besondere Versorgungsinitiativen gestartet (Alter und Behinderung, sog. AuB-Konzept; frühkindliche Karies [ECC]).

Es gibt unter den europäischen Nachbarstaaten Deutschlands bislang kein Pendant zum Festzuschuss-Konzept. Die vielfältigen Leistungsausschlüsse in den Nachbarstaaten und der vor allem im zahnprothetischen Versorgungsbereich doch sehr lückenhafte Leistungskatalog der europäischen Nachbarn erschweren den Zugang der Bevölkerung zur zahnmedizinischen Versorgung sowie die Teilhabe der Bevölkerung am zahnmedizinischen Fortschritt. Das deutsche Festzuschussystem könnte insofern durchaus als Vorbild für gesundheitspolitische Reformen unserer europäischen Nachbarn dienen.