

Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland

Vom Sorgenkind zum Musterknaben?


Rüdiger Sackel, Bonn

Ausgangslage Mitte der 70er Jahre

1974 BSG: Zahnersatz ist in Gesamtverträgen zu regeln

1975 Prothetik seither Teil des GKV-Leistungskatalogs

1977 Bundesschiedsamt: metallkeramische Brücken, Schienung, Verblockung des Restgebisses, Kombinationsersatz gehören zum GKV-Leistungskatalog

- 
- Umfassender Leistungskatalog in der Zahnheilkunde
 - Krankenkassen tragen alle Kosten

Auswirkungen der Rahmenbedingungen

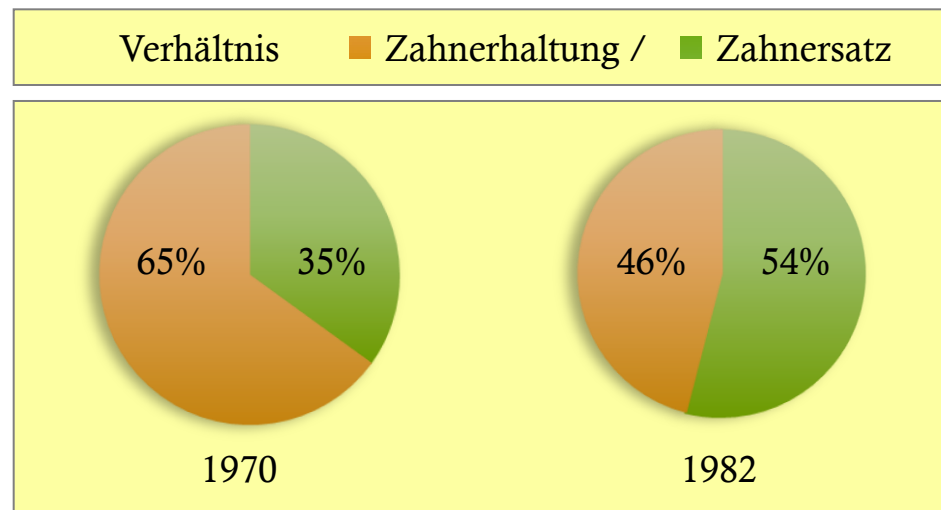
Arzt-/Patientenverhältnis

Zahnärzte/Patienten einigten sich jeweils auf teuerste Versorgungsvariante



Folge

Totale Fehlsteuerung der Zahnheilkunde mit unsinniger Überbetonung des Zahnersatzes



- 1982: 1/3 des Weltzahngoldverbrauchs entfiel auf Deutschland

Finanzielle Auswirkungen auf GKV Anfang der 80er Jahre

Aufwendungen für Zahnmedizin halb so hoch wie für die stationäre Versorgung

ODER

nur 2 Mrd. niedriger als für gesamte ambulante ärztliche Versorgung


Aufwendungen für 28 Zähne fast so hoch wie Aufwendungen für den gesamten Menschen

30.000 Zahnärzte und Zahntechniker verbrauchten nahezu ebenso viele Ressourcen wie 63.000 niedergelassene Ärzte

Internationaler Ressourcenvergleich 1980

Länder	Ausgaben für zahnmedizinische Leistungen insgesamt	
	in % der Gesundheitsausgaben	in % des BIP
Deutschland	14,7	1,15
Schweden	9,2	0,8
Schweiz	8,9	0,7
Frankreich	6,4	0,5
Niederlande	5,4	0,4
Dänemark	4,1	0,4
Großbritannien	4,3	0,3
USA	5,5	0,5

Quelle: Bauer, Neumann, Saekel 2009

- 
- Deutsche Zahnmedizin teilweise um ein Mehrfaches teurer als im Ausland

Mundgesundheit 1978/80

6-Jährige	12-Jährige	35-44-Jährige	65+-Jährige
kariesfrei: 3,8% dmft: 7,5	DMFT: 6,8	DMFT: 17,1	DMFT: 23,0

20-Jährige	35-44-Jährige	65+-Jährige
Zahnverluste: 1,6	Zahnverluste: 4,8	Zahnverluste: 17,8

- Deutschland ist Weltmeister in der Kariesverbreitung
- Mundgesundheit der Deutschen ist „bedrückend“, „katastrophal“, „düster“ (Naujocks 1985 und 1986)

Wandel des therapeutischen Ansatzes

Restaurativer Ansatz

Ansatz scheitert, da

- Zahnerkrankung in der Regel nicht ausheilt und ein einmal gefüllter Zahn lebenslang betreut werden muss
- Folge: permanenter Anstieg der Nachfrage nach zahnärztlicher Versorgung.

Kausaler Ansatz

- Zahnerkrankungen durch Prävention meistens vermeidbar bzw. lange hinausschiebbar
- Folge: Umorientierung von der Spät- zur Frühversorgung und minimalinvasiven Sanierung

Therapiewechsel
nötig

Leitbild der zahnmedizinischen Versorgung

Lebenslanger Erhalt eigener Zähne

Vorrang für Prävention und Zahnerhaltung

- Zahnschäden durch Vorbeugung vermeiden
- Schäden früh diagnostizieren und minimalinvasiv sanieren

Eigenvorsorge der Versicherten/Patienten

- Eigenvorsorge und Mitarbeit als günstigste Art der Prophylaxe für Erfolg unerlässlich
- Im Solidarsystem ist Eigenvorsorge unverzichtbar

Änderung der Rahmenbedingungen

1978

- 20% Selbstbeteiligung bei Zahnersatz (ZE)

1982

- Abbau der Überbewertung bei ZE und KFO
- Anreize für Zahnerhaltung
- Mehrkostenregelung bei ZE

1989

- Einführung Gruppen- und Individualprophylaxe
- Bonus bei regelmäßiger Vorsorge
- 40% Selbstbeteiligung bei ZE

1993

- Prävention/Kinderzahnheilkunde werden Lehr- und Prüfinhalte in Approbationsordnung
- Ausgrenzung großer Brücken mit > 2 Teleskopkronen
- Absenkung der Punktwerte für ZE und KFO

1998

- Früherkennungsmaßnahmen für 0-6-Jährige
- (Einführung prophylaktischer Leistungen für Erwachsene)

2000

- Leitbild im SGB V verankert
- gleichgewichtige Bewertung von Zahnerhaltung, Prävention, ZE und KFO

Auswirkungen veränderter Rahmenbedingungen auf Mundgesundheit

Moderater Rückgang der Milchzahnkaries; Kariesfreiheit > 50%; dmft: 2,2 statt 7,5 (1978)

12-Jährige haben weltweit beste Zahngesundheit; DMFT: 0,7 statt 6,8 (1978/80)

ZE-Niveau verbessert; 35-44-Jährige überwiegend festsitzend versorgt; Senioren mit steigendem Anteil festsitzender Versorgungen

Mundgesundheit in allen Altersklassen stark verbessert

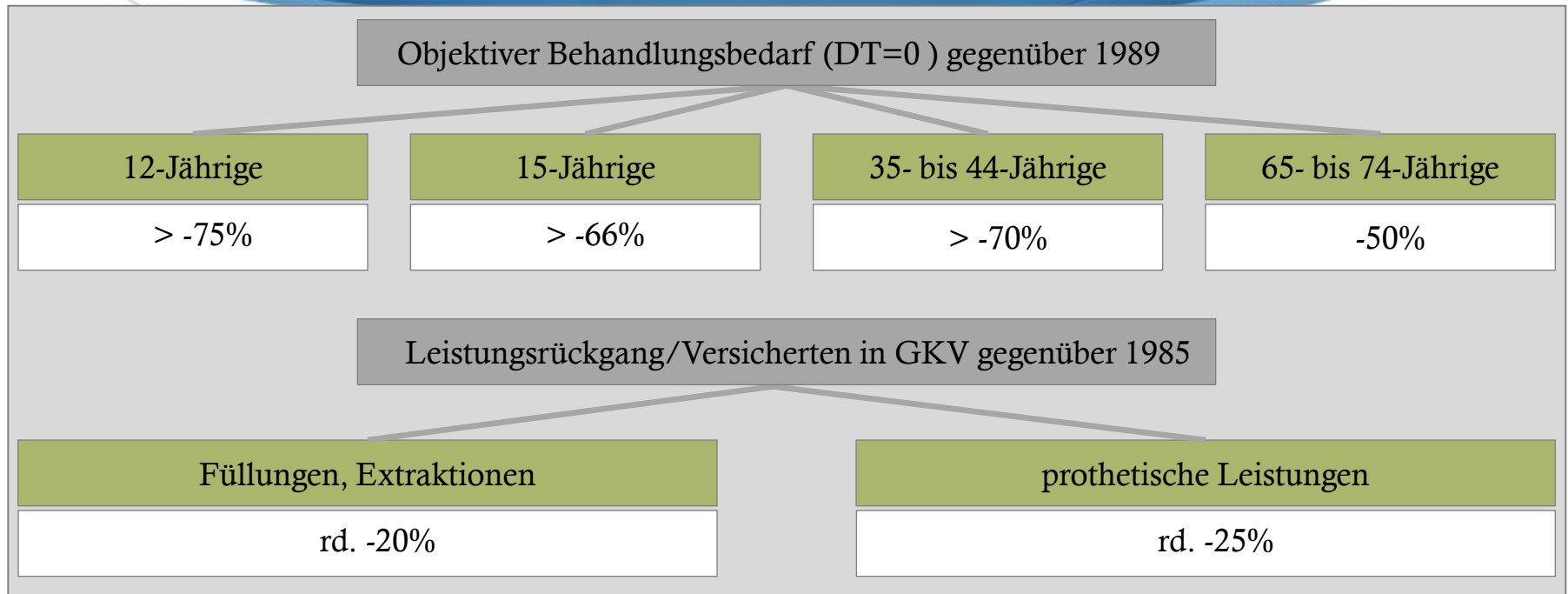
Kariesrückgang nutzt allen Sozialschichten; Risikogruppe mit höchster Karieslast sinkt stetig (DMFT >2: 10,2%)

Zahnverluste bei 65-74-Jährigen: 14,1 statt 17,8 (1978)

Kariesbefall bei 20-Jährigen halbiert gegenüber 1978

Zahnverluste bei 35-44-Jährigen: 2,4 statt 4,8 (1978)

Auswirkungen ... auf Behandlungsbedarf



- Realer Behandlungsrückgang < epidemiologisch errechenbarer Behandlungsrückgang

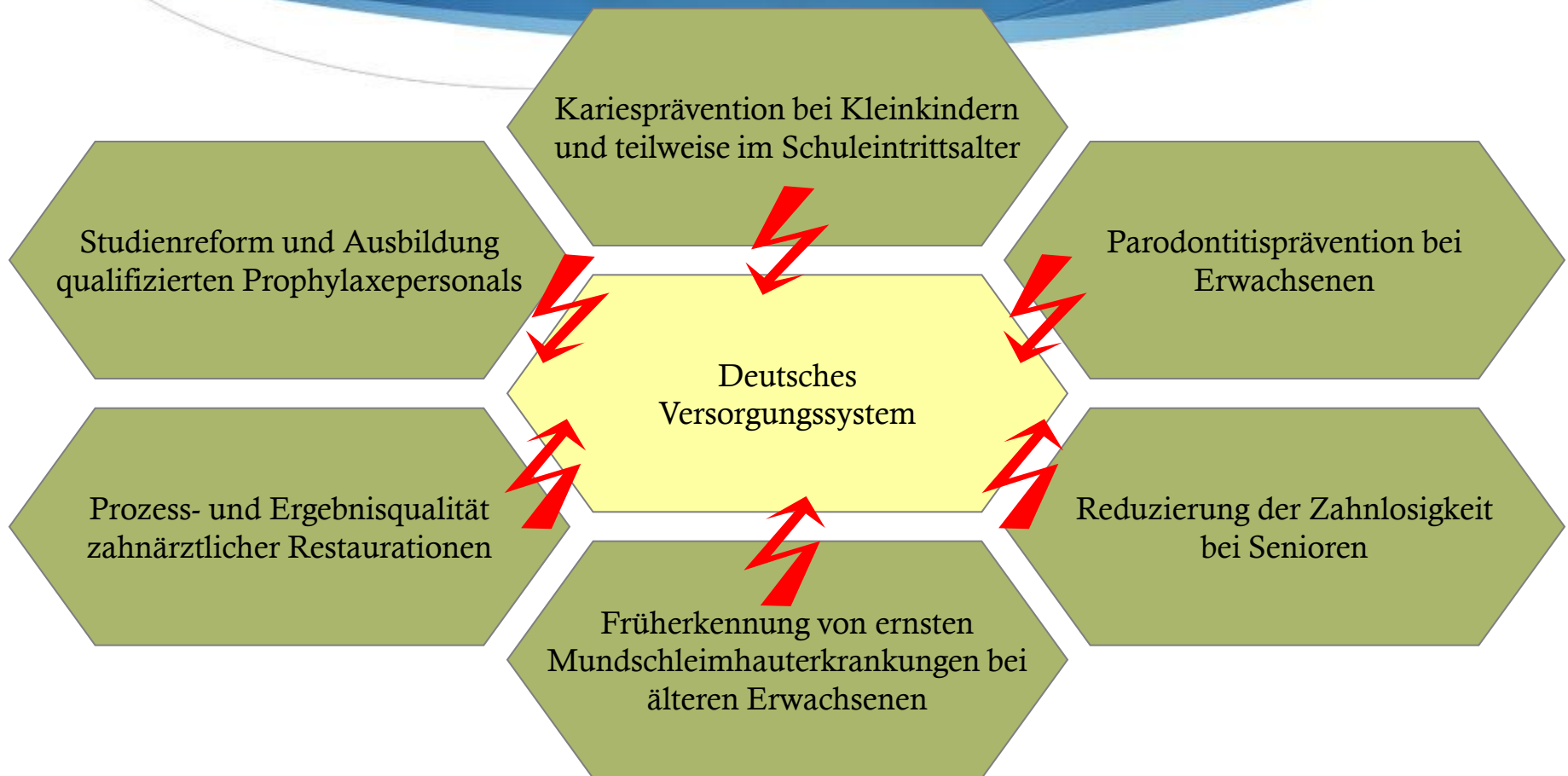
Bsp.: Über 1/3 der Füllungen werden aus nicht kariesbedingten Gründen zu Lasten der GKV gelegt oder ausgetauscht

Auswirkungen ... auf den gesamtwirtschaftlichen Ressourcenverbrauch

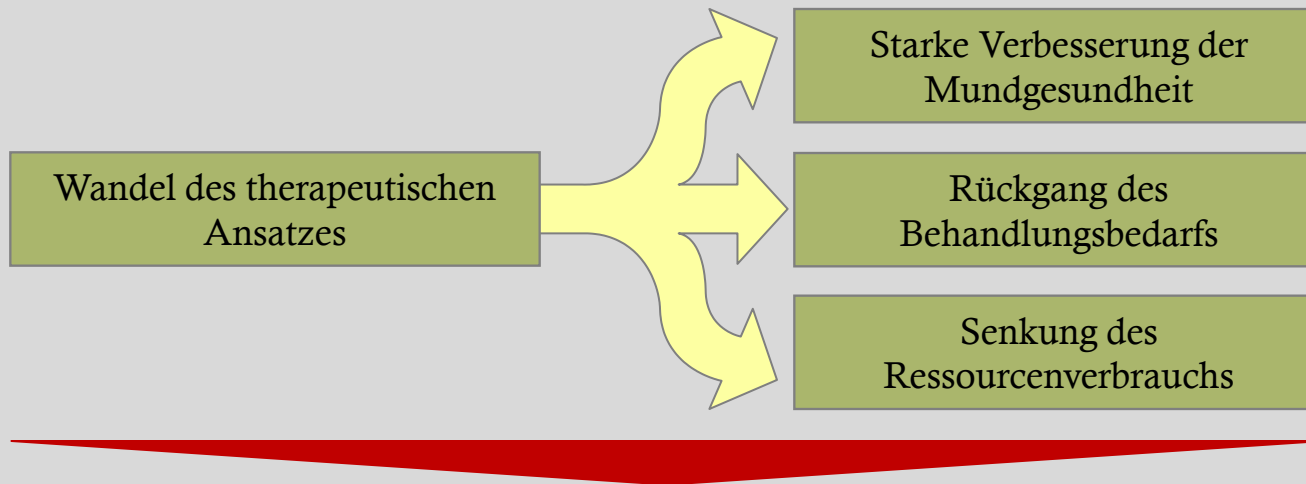
Länder	Ausgaben für zahnmedizinische Leistungen insgesamt			
	in % der Gesundheitsausgaben		in % des BIP	
	1980	2005	1980	2005
Deutschland	14,7	7,8	1,15	0,83
Schweden	9,2	7,6	0,8	0,71
Schweiz	8,9	6,3	0,7	0,7
Frankreich	6,4	4,6	0,5	0,5
Niederlande	5,4	3,9	0,4	0,37
Dänemark	4,1	5,0	0,4	0,5
Großbritannien	4,3	4,4	0,3	0,41
USA	5,5	4,6	0,5	0,7

Quelle: Bauer, Neumann, Saekel 2009

Defizite im deutschen Versorgungssystem



Gesamtbewertung der Entwicklung des zahnmedizinischen Versorgungssystems



- + Effektivität und Effizienz der zahnmedizinischen Versorgung wurden gestärkt
- + Kein anderer Gesundheitsbereich in Deutschland kann eine ähnlich positive Bilanz aufweisen
- Deutschland immer noch teuerstes Versorgungssystem, Wirtschaftlichkeitsreserven >10%

FAZIT

- Deutschland auf dem Weg zum Musterknaben
- Strukturelle Verbesserungen nötig, um die besten Länder – Schweden/Australien – einzuholen