



Prämienmodell Zahnmedizin Pro und Contra zum Vorschlag des FVDZ

Editorial:

Am Anfang stand der Leistungswille 3

Dr. Karl-Heinz Sundmacher:

Das Prämienmodell Zahnmedizin des Freien
Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) 4

Matthias Ernst / Prof. Dr. Wolfgang Seger:

Die historische Entwicklung des politischen Kon-
zeptes der Gesundheitsprämie / Kopfpauschale8

Dr. Wolfgang Eßer:

Qui bono? Zum Vorschlag des FVDZ zur
Einführung eines Prämienmodells Zahnmedizin 11

Dr./RO Eric Banthien:

Das Prämienmodell des FVDZ 14

Dr. Thomas Einfeldt:

Zahnmedizin raus aus der GKV?
Zum Vorschlag des FVDZ 16

Anna Sax:

Solidarität mit Schönheitsfehlern
Das Schweizer Finanzierungsmodell als
sozialpolitische Herausforderung..... 17

Benn Roolf

Am Anfang stand der Leistungswille und nicht das Anspruchsdenken.

Liebe Leserinnen und Leser,

es scheint eine gewisse Müdigkeit zu geben, über große Entwürfe für das deutsche Gesundheitssystem zu reden. Das betrifft auch die Diskussion um das Prämiennmodell Zahnmedizin - ein Vorschlag des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, der die Herausnahme der Zahnmedizin aus der heutigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherungen vorsieht und alternativ die zahnärztlichen Leistungen aus einkommensunabhängigen Prämien finanzieren will. Ein Konzept, das den großen Wurf will und keine kleinen Schritte. Und das mit guten Gründen:

Wir stehen vor dramatischen demografischen Problemen - das streitet heute niemand ernsthaft ab. Auf Grund der zunehmenden Zahl älterer Menschen werden die Aufwendungen für Rente und Gesundheit explodieren. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Beitragszahler. In der gesetzlichen Rentenversicherung bedeuten weniger Beitragszahler weniger Beitrag und damit weniger Rente für die Rentner. Die langfristige Absenkung der gesetzlichen Rente ist inzwischen beschlossen und die entstandene Rentenlücke muss eigenverantwortlich mit privater Altersvorsorge ausgeglichen werden. Im Bereich der Krankenversicherung sieht es anders aus. Hier wird der voraussehbar stärkere Bedarf - der Kieler Gesundheitsökonom Fritz Beske geht von einer Verdreifachung der Gesundheitsausgaben bis zum Jahre 2060 aus - von der Politik noch ignoriert. Und das, obwohl mehr oder minder allen Beteiligten klar ist, dass bei gleichbleibenden äußeren Parametern die Leistungen der GKV eingeschränkt werden müssen, weil sie aus dem begrenzten Beitragsaufkommen nicht mehr finanzierbar sind.

Politik lebt von Zuspitzungen. Wer etwas verändern will, kontrastiert die Sachzwänge, um gehört zu werden. Wer sich durch Prognosen bedroht fühlt, wird die Probleme kleinreden, solange es möglich ist. So überrascht uns das wissenschaftliche Institut der AOK, WiDo, im aktuellen Versorgungs-Report 2012 „Gesundheit im Alter“ mit Berechnungen, nach denen die Gesundheitsausgaben auf Grund des wachsenden Anteils älterer Menschen bis 2050 nur um 19% steigen sollen. Wiewohl man sich bei so viel Optimismus ungläubig die Augen reibt, zeigt doch die AOK-Veröffentlichung, dass die Zukunft nun begonnen hat und die Diskussion langsam in Gang kommt.

Wie soll sich der Berufsstand nun in diese Diskussion einbringen? Wolfgang Eßer fragt in seinem Beitrag völlig zu Recht, warum ausgerechnet die Zahnärzteschaft voranstürmen soll, um die Probleme der GKV zu lösen. Dennoch kochen beim Thema Prämiennmodell Zahnmedizin die Emotionen hoch, aber selbst viele von denen, die prinzipiell hinter dem Vorschlag stehen, mögen ihn nicht auf die politische Tagesordnung setzen. Zu groß ist die Befürchtung, unkalkulierbare Risiken heraufzubeschwören. Zu frisch noch die Erinnerung an den Scherbenhaufen, den die standespolitische Fundamentalopposition hinterlassen hat. Und nicht zuletzt: Zu deutlich dürfte sein, dass der Vorschlag des FVDZ selbst unter der schwarz-gelben Koalition aktuell kaum eine Chance hat.

Warum diskutieren wir also dennoch über das Prämiennmodell Zahnmedizin? Die Antwort lautet: Weil das Konzept - abseits aller Inhalte, aller realistischen und unrealistischen Gestaltungsvorschläge - auch einen kulturellen Konflikt artikuliert. Es geht um das tiefe Unbehagen eines Angehörigen der Freien Berufe inmitten eines politischen Klimas von Vollversorgungsmentalität, Anspruchsdenken und Flatratemedizin. Die hartnäckige Forderung der Zahnärzteschaft, die Budgetflatrate zugunsten einer am tatsächlichen Leistungsgeschehen orientierten Entlohnung zurückzuschrauben, war nicht nur der legitime Einsatz für die eigenen Interessen, sondern vor allem auch ein Ausdruck der Empörung über die Verkehrung von Werten. Es war schlicht ein Skandal, das Morbiditätsrisiko von den Schultern der Krankenkassen zu nehmen und den Zahnärzten aufzubürden - eine Entscheidung, die nun zumindest teilweise korrigiert wurde.

Was bleibt, ist ein tiefsitzendes Misstrauen der Kolleginnen und Kollegen gegenüber der Politik, das immer wieder neue Nahrung bekommt - wie im Fall der enttäuschenden GOZ-Novellierung. Teilhabe muss ernst gemeint sein und auf Augenhöhe stattfinden - erst dann kann die Politik von den Ressourcen ihrer Partner wirklich profitieren. Die Zahnärzteschaft hätte hier die klassischen Tugenden der Freiberuflichkeit einzubringen, ein liberaler Wertekanon, der - in die Politik übertragen - einst den wirtschaftlichen Aufstieg Deutschlands angestoßen hat. Am Anfang stand der Leistungswille und nicht das Anspruchsdenken. Daran zu erinnern, dürfte heute nicht weniger produktiv als vor 150 Jahren sein.



Benn Roolf
Redakteur
IGZ Die Alternative

Karl-Heinz Sundmacher

Das Prämienmodell Zahnmedizin des FVDZ



Dr. Karl-Heinz Sundmacher
Bundesvorsitzender des Freien
Verbandes Deutscher Zahnärz-
te (FVDZ)

Einleitung

Wie immer, wenn eine Forderung nach Wandel und Neuerung das Gewohnte und Eingefahrene in Frage stellt, kommen die „Realpolitiker“ aus dem Busch und stellen „systemrelevante“ Fragen. Diese haben zumeist den Zweck, die Unmöglichkeit des Projekts vom heutigen Standpunkt aus zu beweisen. Sie kranken allerdings daran, dass sie stillschweigend von der „Alternativlosigkeit“ des jetzigen Systems ausgehen, also nicht berücksichtigen, dass nach dem geforderten Systemwechsel andere Parameter entscheidend werden und die heutigen eingefahrenen Strukturen also nur sehr begrenzte Gültigkeit behalten werden. Solche Diskussionen sind dadurch charakterisiert, dass man aneinander vorbeiredet. Dieser Beitrag soll helfen, das Aneinandervorbeireden zu beenden und eine sachliche und ergebnisoffene Diskussion anzustoßen.

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte arbeitet seit nahezu zwanzig Jahren systematisch an Lösungen, mit denen angesichts der Herausforderungen des demographischen Wandels und der kontinuierlich steigenden Kostenbelastung durch den medizinisch-technischen Fortschritt unser Gesundheitswesen zukunftsfester gemacht werden kann. Natürlich unter besonderer Berücksichtigung der Zahnmedizin, ihrer Stellung in der gesetzlichen Krankenversicherung und ihres Stellenwertes in unserer Gesellschaft.

Seit Anfang der 1990er Jahre gibt es die Forderung nach einer Aufgliederung der zahn/medizinischen Leistungen der GKV in Grund- und Wahlleistungen – gegen den Widerstand aus Sozialverbänden, Politikern und auch aus den eigenen Reihen. Im Jahr 2000 hat die Hauptversammlung des Freien Verbandes in Köln das Grundsatzpapier „Eckpunkte zur Neustrukturierung des Gesundheitswesens“ verabschiedet, das „Grundsätze für eine obligatorische Krankenversicherung“ definiert und „Vertrags- und Wahlleistungen als Grundlage für ein finanzierbares Gesundheitswesen“ fordert.

Zu den Kernforderungen des Freien Verbandes gehört des Weiteren, dass es im Zuge der geforderten grundlegenden Umstrukturierung des Gesundheitswesens auch zu einem anderen Finanzierungsmix kommt: Weniger von der Hand in den Mund (= Umlagefinanzierung über lohnbezogene Beiträge), mehr längerfristige Vorsorge (= kapitalgedeckte Finanzierung über Prämien). In einem ersten Schritt kann dies für den Bereich Zahnmedizin erfolgen, der, wie kein anderer

Leistungsbereich der GKV, seit mehr als 30 Jahren von privatrechtlichen Strängen durchzogen ist.

Das Prämienmodell Zahnmedizin

Auf der Grundlage der vorgenannten Überlegungen und geleitet von der Gewissheit, dass in den nächsten dreißig Jahren die Auswirkungen der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts eine dramatisch kritischer werdende Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Folge haben werden, hat der Bundesvorstand des FVDZ im ersten Halbjahr 2010 die Grundstrukturen eines Prämienmodells für die Finanzierung des GKV-Bereichs Zahnmedizin beschrieben.

Zur Absicherung der theoretischen Ergebnisse hat der Bundesvorstand das „Institut für Mikrodatenanalyse“ (Leiter: Dr. Thomas Drabinski) beauftragt, die Machbarkeit der Vorstellungen des Freien Verbandes zu überprüfen. Die Studie mit dem Titel „Gesundheitsprämie im Modell Zahnmedizin“ liegt seit Juni 2010 vor.

Auf der Grundlage der oben erwähnten Beschreibung des Bundesvorstands und der Machbarkeitsstudie von Dr. Drabinski hat die Hauptversammlung des Freien Verbandes im Oktober 2010 mit großer Mehrheit den Beschluss zum „Prämienmodell Zahnmedizin“ gefasst, mit dem der Gesetzgeber aufgefordert wird „den GKV-Leistungsbereich Zahnmedizin kurzfristig von der Umlage- in die Prämienfinanzierung zu überführen.“ In einer ausführlichen Anlage werden die Grundzüge des FVDZ-Modells Zahnmedizin beschrieben (Stand: Oktober 2010):

1. Der Leistungsbereich Zahnmedizin wird [Anm.: zum Stichtag X] aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert. Der FVDZ schlägt vor, die Finanzierung durch einen einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrag („Prämie Zahnmedizin“) zu sichern.
2. Es besteht die Pflicht zur Versicherung der „Prämie Zahnmedizin“ – genau so, wie es heute für diesen Leistungsbereich die Pflichtversicherung GKV gibt.
3. Unverändert besteht auch im „Modell Zahnmedizin“ Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot.
4. Die „Prämie Zahnmedizin“ wird für jeden bisherigen GKV-Versicherten über 18 Jahre erhoben; Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren zahlen keine separate Prämie.

5. Die heutigen Eckdaten für die Einstufung als „Härtefall“ sollen auch im „Modell Zahnmedizin“ berücksichtigt werden.
6. Der Versicherte hat einen Leistungsanspruch, der dem bisherigen GKV-Leistungsumfang entspricht.
7. Die Berechnung der „Startprämie“ erfolgt auf der Basis der aktuellsten verfügbaren Daten über die GKV-Leistungsausgaben für den Gesamtbereich Zahnmedizin und der Gesamtzahl der GKV-Versicherten über 18 Jahre.
8. Die Differenzierung der „Startprämie“ nach Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteilen erfolgt auf der Basis der aktuellen Rechtslage.
9. Der allgemeine GKV-Beitragsatz muss um den in die zahnmedizinische Prämienfinanzierung ausgliederten Beitragsatzanteil abgesenkt werden.
10. Die Leistungsabrechnung erfolgt im „Prämienmodell Zahnmedizin“ direkt über den Patienten (das Mitglied, den Versicherten) nach dem Kostenerstattungsprinzip.
11. Die Versicherten im „Prämienmodell Zahnmedizin“ können jeden Zahnarzt ihrer Wahl aufsuchen.

Begründungen und Erläuterungen

Die Prämienfinanzierung lediglich als andere Form der GKV-Beitragshebung zu installieren ist aus Sicht des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte der falsche Weg. Mit einer alleinigen Umstellung der Finanzierungssystematik und dem Beibehalten der bisherigen Strukturen wäre die Chance einer grundsätzlichen Umstrukturierung nicht genutzt.

Der Freie Verband setzt sich dafür ein, dass die Umstellung auf eine Prämienfinanzierung grundsätzlich nach genau definierten Leistungssektoren erfolgt. Eine Umstellung nach reinen Prozentanteilen vom Gesamtausgabevolumen ohne nachvollziehbaren Bezug zum Leistungsgeschehen halten wir aus systematischen Gründen für falsch.

Die Umstellung auf Prämienfinanzierung nach genau definierten Leistungssektoren hat den Vorteil,

- dass die Leistungen für diesen Bereich inhaltlich genau beschrieben und gegenüber anderen Bereichen abgegrenzt werden können;
- dass im Zuge dieses Definitionsprozesses der bisherige Leistungskatalog der Krankenversicherung um versicherungsfremde Leistungen bereinigt werden kann.

Der Freie Verband hält es für unbedingt erforderlich, dass mit der Umstellung eines Leistungsbereichs wie der Zahnmedizin auf Prämienfinanzierung auch das Sachleistungssystem beendet und an dessen Stelle die Direktabrechnung mit Kostenerstattung und einer sozial abgedeckten Eigenbeteiligung gesetzt wird. Die Beibehaltung der Sachleistungssystema-

tik in einem Prämiensystem wäre systemwidrig. Für die Frage der möglichen Überforderung von finanziell schwachen Versicherten durch die Kostenerstattung können pragmatische, vor allem unbürokratische Lösungen gefunden werden.

Weil bereits ab 2015 die Finanzierungsproblematik der GKV noch stärker als bisher zunehmen wird und für viele, heute als selbstverständlich angesehene Leis-

Die Umstellung auf eine Prämienfinanzierung soll nach genau definierten Leistungssektoren erfolgen.

tungen kein Geld mehr vorhanden sein wird, muss es das Ziel sein, im Rahmen der Gesamtumstrukturierung des Gesundheitswesens das Sachleistungssystem auf einen Kernbereich medizinisch unabdingbar notwendiger Leistungen – wie z.B. die stationäre Behandlung – zu reduzieren.

Ergänzungen aus heutiger Sicht

Ungeachtet aller fixierten Überzeugungen muss man zugeben, dass es vergleichsweise leicht ist, Grundzüge zu beschreiben und vergleichsweise schwierig, daraus resultierende Detailregelungen festzulegen, als da z.B. sind:

1. Fortschreibung des Leistungsumfangs bzw. -inhalts
2. Arbeitgeberanteil und Prämienzahlung
3. Berechnung und Finanzierung des Sozialausgleichs
4. Prämienhöhe und -anpassungen

Die bisherigen Überlegungen hierzu sehen so aus:

ad 1. Fortschreibung des Leistungsumfangs bzw. -inhalts

Grundsätzlich ist nicht daran gedacht, das Leistungspaket durch die Aufnahme weiterer Leistungen zu erweitern. So wie auch heute schon wären neue Leistungen als Leistungen zu definieren, die nicht zum Versicherungspaket Zahnmedizin gehören und daher vom Behandler mit dem Versicherten/Patienten separat zu vereinbaren respektive vom Versicherten zusätzlich zu versichern wären.

Es bietet sich im Gegenteil an, so wie im Beschluss der Hauptversammlung gesagt, den Umstellungsprozess auf die Prämienfinanzierung dazu zu nutzen, den aktuellen Leistungskatalog auf nicht notwendige und/oder versicherungsfremde Leistungen zu durchforschen und um diese zu bereinigen.

ad 2. Arbeitgeberanteil und Prämienzahlung

Der Arbeitgeber wird auch zukünftig anteilig an den Kosten der Prämie Zahnmedizin beteiligt. Die Berechnung des Arbeitgeberanteils erfolgt analog zur heute geltenden gesetzlichen Regelung. Da es sich nach den Vorstellungen des Freien Verbandes bei der Prämie Zahnmedizin um eine private Versicherung handelt, wird der Arbeitgeberanteil mit dem Gehalt ausgezahlt und der Arbeitnehmer wird für die Zahlung der Prämie verantwortlich.

ad 3. Berechnung und Finanzierung des Sozialausgleichs

Für die Berechnung des Sozialausgleichs hat Dr. Drabinski in seiner Studie „Gesundheitsprämie im Bereich Zahnmedizin“ die rechtlichen Grundlagen erläutert und fundierte Berechnungen vorgenommen.

Die demografischen Probleme liegen nicht erst in ferner Zukunft. Bereits ab 2015 werden die ersten Auswirkungen spürbar werden.



Foto: fotorf / Fotolia.com

Sie sollen und können aus Platzgründen hier nicht wiederholt werden. Entscheidend ist aber die Antwort auf die Frage, wie der Sozialausgleich finanziert werden soll? Systemextern über das Steuersystem oder systemintern innerhalb der GKV.

Aus ordnungspolitischen Gründen hat der Freie Verband immer für einen systemexternen Sozialausgleich über das Steuersystem votiert. Angesichts der auch für Deutschland hochbrisanten Staatsschuldenkrise wäre es allerdings höchst fahrlässig, diese Position nicht zu hinterfragen.

Dass die Problematik keinesfalls neu ist, zeigt die Tatsache, dass auch Dr. Drabinski vor 18 Monaten bereits auf die „finanziell schlechten Rahmenbedingungen der öffentlichen Haushalte“ verwies und explizit hervorhob, dass im Falle eines extern finanzierten Sozialausgleichs ein Teil der dafür erforderlichen Mittel über neue Schulden finanziert werden müsste.

Allerdings trifft diese Tatsache auch auf den von Dr. Drabinski in seiner Studie berechneten systeminternen Sozialausgleich zu, wenn auch in geringerem Ausmaß. Sehr wohl benötigt aber auch diese Form des Sozialausgleichs Steuermittel. Und zwar in steigender Höhe, also auch über steigende Schulden.

Die Entscheidung, ob ein Sozialausgleich über eine systemexterne oder systeminterne Finanzierung erfolgen soll, hat uns der Gesetzgeber allerdings bis auf Weiteres abgenommen: Er hat mit dem GKV-Finanzierungsgesetz den so genannten Zusatzbeitrag umstrukturiert und bestimmt, dass der damit verbundene Sozialausgleich systemextern über das Steuersystem erfolgt. Ergo können wir heute davon ausgehen, dass auch alle weiteren Veränderungen in Sachen GKV-Finanzierung diese Grundstruktur beibehalten: Ist ein Sozialausgleich gesetzlich vorgesehen, dann erfolgt er über das Steuersystem – mit allen heute erkennbaren Risiken für die Realisierung.

ad 4 Prämienhöhe und -anpassungen

Für die Weiterentwicklung des Prämienmodells Zahnmedizin des Freien Verbandes hat das Vorgesagte die einfache Konsequenz, dass die etwas sperrig formulierte Grundforderung Nr. 9 des HV-Beschlusses 2010 wieder auf dem Tisch ist: „Der allgemeine GKV-Beitragsatz muss um den in die zahnmedizinische Prämienfinanzierung ausgegliederten Beitragsanteil abgesenkt werden.“

Wie sich das auf die Höhe der Prämie auswirkt, soll kurz in Form einer Überschlagsrechnung dargestellt werden:

Anfang Januar 2011 erwartete der Schätzerkreis der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem Beitragsatz von 15,5% ein Aufkommen in Höhe von 181,6 Mrd. Euro. Die Kosten für die zahnmedizinische Behandlung aller GKV-Versicherten (ohne Verwaltungskostenanteil) wurden für 2011 auf 11,9 Mrd. Euro geschätzt, was einem Beitragsanteil von 1,016 Prozentpunkten entspricht. Werden die 11,9 Mrd. Euro durch die Zahl der erwachsenen GKV-Versicherten (ca. 56,430 Mio.) geteilt, so ergibt sich ein Betrag von knapp 17,60 Euro/Monat, den die Finanzierung der zahnmedizinischen Behandlung aller GKV-Versicherten auf heutigem Niveau erfordert und den demzufolge jeder Prämienpflichtige aufbringen müsste.

Realistischerweise entstehen auch im Prämienmodell Zahnmedizin Verwaltungskosten. Fügt man den reinen Behandlungskosten aus Vereinfachungsgründen die von Dr. Drabinski errechneten 667 Mio. Euro GKV-Verwaltungskosten hinzu, dann erhöht sich der zu finanzierende Gesamtaufwand auf 12,567 Mrd. Euro; das entspricht einer Monatsprämie von knapp 18,60 Euro für jeden erwachsenen Versicherten.

So weit, so einfach. Wir sind uns alle darüber im Klaren, dass die Umstellung auf ein Prämiensystem mehr

ist als die Berechnung einer Durchschnittsprämie oder die Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes um den Anteil der zahnmedizinischen Leistungsausgaben. Weil verlässliche politische Entscheidungen und langfristig wirkende Weichenstellungen fehlen, können wichtige Detailfragen daher nur mit politischen Forderungen beantwortet werden, wie z.B. die Frage, in welchem System die Prämie Zahnmedizin etabliert werden soll? Der FVDZ fordert: Im PKV-System. Dass eine solche Entscheidung eine grundsätzlich andere Herangehensweise an Umsetzungsfragen präjudiziert als im Falle des Verbleibs im bisherigen GKV-System, dürfte jedem einleuchten. Insofern setzt auch die Antwort auf die Frage nach dem Mechanismus von Prämienanpassungen die vorherige Entscheidung voraus: In welchem System wird die Prämie Zahnmedizin angesiedelt?

Diskussion

Der Vorschlag des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, die zahnmedizinische Versorgung der Bürger von der Umlage- auf die Prämienfinanzierung umzustellen, darf nicht isoliert gesehen werden. Er ist nicht Selbstzweck, sondern Teil einer Gesamtstrategie, die das Ziel hat, den eingangs angesprochenen ungeheuren Anforderungen der nächsten Jahrzehnte gerecht zu werden.

Schon heute sind die Möglichkeiten der lohnabhängigen Finanzierung über das Umlageverfahren durch alle möglichen Tricks längst fahrlässig überdehnt: Praxisgebühr, Krankenhaustagegebühr, Medikamentenzuzahlungen. Das sind nur drei Beispiele für Umgehungstatbestände, die vorgenommen werden, um zu verschleiern, dass das Geld aus den Beitragseinnahmen nicht reicht. Die Höhe des allgemeinen GKV-Beitragssatzes hat ein Niveau erreicht, das kaum noch zumutbar erscheint. Und ein Ende ist angesichts der in den nächsten 3-4 Jahren „schwungvoll“ einsetzenden Rentnerwelle nicht abzusehen.

Angesichts dieser absehbaren Probleme muss die Politik jetzt beginnen, ihre Verantwortung gegenüber der nächsten Generation wahrzunehmen. Der erste Schritt kann nur so aussehen, dass man den Menschen endlich die Wahrheit über die sinkende Leistungsfähigkeit der Sozialsysteme und natürlich auch der GKV sagt. Die zwei wichtigsten unangenehmen Botschaften lauten:

1. Kranksein wird zukünftig teurer.
2. Die sog. Solidargemeinschaft kann nicht mehr alle wünschenswerten Behandlungen bezahlen.

Wünschenswert wäre, dass auch die Konsequenzen aus diesen Wahrheiten erklärt und Lösungshinweise gegeben werden:

- Ihr müsst mehr selber bezahlen.

- Es wird Leistungseinschränkungen geben – die notwendigen Behandlungen aber werden garantiert.

Wir Zahnärzte sind mit diesen Wahrheiten vertraut, wir leben seit Jahren mit ihnen. Der für viele als angenehm empfundene Status quo hat aber keine Ewigkeitsgarantie. Die demographische Herausforderung mit ihrem Zwang zur Konzentration auf das Wesentliche wird ihn wegwischen. Denn die immer weiter aufgehende Schere zwischen sinkenden Einnahmen und steigenden Ausgaben ist durch keine noch so populistische oder demagogische Rhetorik zu schließen.

Das Prämienmodell Zahnmedizin muss als erster Schritt einer weitergehenden Umstrukturierung der GKV-Finanzierung gesehen werden: Abgrenzbare Versorgungsbereiche werden auf Prämienfinanzie-

Das Prämienmodell Zahnmedizin muss als erster Schritt einer weitergehenden Umstrukturierung der GKV-Finanzierung gesehen werden.

rung umgestellt. In der medizinischen Versorgung sind hierzu sicherlich einige Facharztbereiche wie z.B. Augenheilkunde oder HNO denkbar. Und: Die verfügbaren Mittel müssen auf die wesentlichen medizinischen Behandlungen konzentriert werden. Es ist keine Nestbeschmutzung, wenn man feststellt, dass nur ein geringer Teil des zahnmedizinischen Therapiespektrums zu den „wesentlichen medizinischen Behandlungen“ zu zählen ist.

Für uns Zahnärztinnen und Zahnärzte hat das Prämienmodell Zahnmedizin den Vorteil, dass es weiterhin einen durch versicherungstechnisch abgesicherte Leistungszusagen stabil finanzierten zahnmedizinischen Markt gibt. Darüber hinaus wird die Finanzierung dieser Leistungen von den zunehmenden Problemen der Finanzierung der medizinischen Versorgung abgekoppelt, sie kommt in ruhigeres Fahrwasser.

Für unsere Patienten hat das Prämienmodell Zahnmedizin den Vorteil, dass es ihnen auch weiterhin eine zahnmedizinische Versorgung auf dem heutigen GKV-Niveau zu bezahlbaren Preisen sichert und dass die von ihnen gezahlte Prämie Zahnmedizin ausschließlich zur Finanzierung ihrer Zahngesundheit und nicht – wie heute – zur Quersubventionierung anderer GKV-Leistungsbereiche eingesetzt wird.

Und ganz wichtig: Es gibt im Bereich Zahnmedizin keinen altersabhängigen Anstieg der Ausgaben und damit wird es auch keinen durch eine Zunahme der Morbidität bedingten altersabhängigen Anstieg der Prämie geben.

Matthias Ernst / Wolfgang Seger

Die historische Entwicklung des politischen Konzeptes der Gesundheitsprämie / Kopfpauschale.



Matthias Ernst,
Bachelor of Arts (B.A.) Nursing
MDK Niedersachsen



Prof. Dr. med.
Wolfgang Seger,
MDK Niedersachsen

1. Einleitung

Die Debatte um eine Reform des bestehenden Finanzierungsmodells in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird von zwei entscheidenden Vorstellungen geprägt. Dies sind zum einen der Begriff der einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie / Kopfpauschale und zum anderen das Konzept der Bürgerversicherung. Im Laufe der andauernden gesundheitspolitischen Diskussionen haben sich diese beiden Begrifflichkeiten als Synonyme für eine grundsätzliche politische Positionierung verfestigt.

Konzeptionell lassen sich das politische Modell der Gesundheitsprämie bei der aktuellen Regierungskoalition und das Modell der Bürgerversicherung eher bei der Opposition verorten. Diese unterschiedlichen Konzeptentwürfe ließen sich schon im Bundestagswahlkampf 2005 erkennen und führten als Konsequenz des damaligen Wahlergebnisses unter anderem zur Einführung des Gesundheitsfonds. Obwohl sich Elemente beider Entwürfe auch im jeweils anderen Konzept identifizieren lassen, beziehen sich die Konfliktpunkte in erster Linie auf die Vermischung von gesellschaftlichen Umverteilungsanliegen und grundsätzlichen Versicherungsaspekten. Weitere Streitpunkte sind in diesem Kontext z. B. die finanziellen und wirtschaftlichen Dimensionen einer Versicherungsstruktur, die langfristigen gesellschaftspolitischen Auswirkungen und deren Wirkung auf die soziale Gerechtigkeit innerhalb der Sozialsysteme. Um diese aufgeheizte Diskussion zu versachlichen und gleichzeitig ein besseres Verständnis für die gegenteiligen Positionen zu erreichen, ist das Ziel dieses Artikels eine historische Aufarbeitung der politischen Entwicklung der Gesundheitsprämie. Zu diesem Zweck wurden die verschiedenen politischen Beschlüsse der CDU/CSU und der FDP (seit 2003) auf Aussagen zu diesem Konzept untersucht. Mit dem Wissen um die Ursprünge des politischen Konzeptes ist der Betrachter in der Lage, die aktuelle Diskussion innerhalb der Regierungskoalition und die teilweise sehr widersprüchlichen Aussagen der beteiligten Partner zu diesem Themenbereich nachzuvollziehen und sich mit diesem Verständnis wieder auf die wissenschaftlichen Fakten und Sachargumente des Modells zu konzentrieren.

2. CDU/CSU – Historische Entwicklung des politischen Konzeptes

Mit den Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2003 und dem Bericht der Kommission zum Thema „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ wurde das Konzept der Kopfpauschale / Gesundheitsprämie mit seinen verschiedenen Varianten als eine Möglichkeit zur Weiterentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgestellt. Obgleich bereits vor diesem Zeitpunkt verschiedene Modelle vorlagen, rückte dieses Konzept im Rahmen der damaligen Diskussion um eine umfassende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung in den Mittelpunkt der politischen Meinungsbildung. Neben den vorgeschlagenen Modellen zur Gesundheitsprämie wurden auch Vorschläge zum Konzept einer Bürgerversicherung dargestellt.

Schon zu diesem Zeitpunkt war erkennbar, dass die Vorstellung dieser Konzepte eine umfassende gesellschaftliche und politische Diskussion auslösen wird. Obwohl die Mitglieder des Sachverständigenrates und der Kommission bereits innerhalb der Gutachten auf die Gemeinsamkeiten, Unterschiede und die Auswirkungen der verschiedenen Konzepte hinwiesen, konzentrierte sich die gesundheitspolitische Diskussion innerhalb der Parteien in erster Linie auf die grundsätzliche Frage über die Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs und dem Einfluss auf den Wettbewerbsfaktor Arbeit.

Vor dem Hintergrund dieser Gutachten erhielt das Konzept einer einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie erstmalig einen breiten Raum auf dem 17. Parteitag der CDU in Dresden. Im Gegensatz zu den Beschlüssen vorheriger Parteitage wurden die Konzepte innerhalb des Parteitagsbeschlusses namentlich benannt und es erfolgte eine Ablehnung des Modells der Bürgerversicherung. Auf dem Parteitag wurde eine eindeutige Befürwortung der einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie inklusive eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs als zukünftiges Finanzierungsmodell beschlossen. Die Entscheidung für dieses Modell wurde vor dem Hintergrund der formulierten Zielstellung zur Reform der GKV getroffen und zum einen mit dem demographischen

Der vorliegende Beitrag ist der Zeitschrift „Sozialer Fortschritt“ Nr. 4-5/2011, S. 105-107, entnommen. Duncker & Humblot, Berlin. Nachdruck ohne Quellenverzeichnis, Literatur bei den Autoren.

Wandel und zum anderen mit den steigenden Lohnnebenkosten begründet.

Diese politischen Leitlinien zum Gesundheitssystem finden sich in leicht abgeänderter Form auch in den aktuellen Konzepten der Regierungskommission zur Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) „Zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ wieder.

auf. Die Notwendigkeit für finanzielle Reformen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wird nur sehr allgemein beschrieben und nicht mehr mit Berechnungsmodellen verknüpft.

Zusammenfassend ist erkennbar, dass sich die politische Diskussion innerhalb der CDU/CSU von einem klaren Bekenntnis zum Konzept der Gesundheitsprämie und hin zu einem allgemeinen finanziellen Reformbedarf innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung verschoben hatte.

Die politische Diskussion innerhalb der CDU/CSU hat sich von einem klaren Bekenntnis zum Konzept der Gesundheitsprämie hin zu einem allgemeinen finanziellen Reformbedarf innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung verschoben.

Dort dienen sie zur Begründung für den empfohlenen Maßnahmenkatalog der Regierungskommission zur Gesundheitsprämie.

Auf dem 18. Parteitag der CDU wurde das Modell einer einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie noch einmal beschlossen und die Ablehnung der Bürgerversicherung auch im Namen der CSU bekräftigt. Wie bereits beim Parteitag 2003 wurde eine entsprechende Modellrechnung aufgeführt und die Entkopplung der Arbeitgeberbeiträge von zukünftigen Kostensteigerungen als weiteres Ziel beschrieben.

Im Rahmen des 19. und 20. Parteitags in den Jahren 2005 / 2006 wurde die Thematik der Gesundheitsprämie bzw. der Reform des Gesundheitswesens nicht weiter behandelt und folglich wurden keine neuen Beschlüsse zur Gesundheitsprämie verabschiedet. Erst mit der Verabschiedung eines neuen Grundsatzprogramms auf dem 21. Parteitag 2007 wurde die Reform des Gesundheitssystems erneut thematisiert. In den Beschlüssen „Freiheit und Sicherheit. Grundsätze für Deutschland.“ und „Chancen für alle – Bildung. Arbeit. Wohlstand.“ wird auf die Reformnotwendigkeit und die Umgestaltung der Finanzierung verwiesen. Bemerkenswert ist in diesem Kontext, dass der Begriff „Gesundheitsprämie“ in beiden Papieren nicht mehr erscheint und das Konzept mit anderen Begrifflichkeiten, wie beispielsweise „solidarische Prämielemente“ umschrieben wird.

Im Rahmen des 22. Parteitages in 2008 wurden keine weiteren Beschlüsse zur Reform des Gesundheitswesens gefasst. Das gemeinsame Wahlprogramm der CDU/CSU zur Bundestagswahl 2009 verzichtet weiterhin auf die Begrifflichkeit der Gesundheitsprämie und führt im Kapitel „Zukunftsfähige Politik für Gesundheit und Pflege“ die bekannten Leitlinien zum Gesundheitssystem aus den Beschlüssen 2003 / 2004

Diese Einschätzung wird auch durch die entsprechenden Beschlussdokumente der CSU belegt. Der Beschluss des „Kleinen Parteitags“ der CSU vom 14. Mai 2005 beinhaltet im Bezug auf die geforderte Senkung der Lohnnebenkosten nur eine kurze Aussage zur Einführung eines solidarischen Gesundheitsprämienmodells in der GKV ohne weitere Erläuterungen. Im Grundsatzprogramm aus dem Jahr 2007 finden sich keine Aussagen zur Gesundheitsprämie, jedoch werden für die Krankenversicherung eine zukunftsfähige Struktur und Finanzierung unter Einbeziehung solidarischer Aspekte gefordert. Im Rahmen der Klausurtagung des CSU-Parteivorstandes am 4. / 5. April 2008 in Wildbad Kreuth wurde eine Entschließung zur Gesundheitspolitik verabschiedet, die sich zum damaligen Zeitpunkt ausdrücklich zum innerhalb der Großen Koalition verabschiedeten gesundheitspolitischen Kompromiss und dem GKVWettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) bekannte.

3. FDP – Historische Entwicklung des politischen Konzeptes

Mit dem Beschluss des FDP-Präsidiums vom 15. September 2003 wurde das Konzept der Bürgerversicherung abgelehnt und eine strukturelle Reform der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert. In den Beschlüssen zum 55. und 57. Bundesparteitag 2004 / 2007 erfolgte eine Konkretisierung dieser Reformvorschläge und identisch zu den Beschlüssen der CDU/CSU wurde eine Entkopplung von den Lohnnebenkosten gefordert. Im Beschluss von 2004 wurde das Modell der Kopfpauschale der CDU unter dem Aspekt der Aufhebung der Lohnanbindung begrüßt, aber als insgesamt unzureichende Alternative abgelehnt. Die in den Beschlüssen von 2004 und 2007 verabschiedeten Reformvorschläge stellten eine ka-

Während innerhalb der CDU eine gewisse Präferenz für das Modell einer Gesundheitsprämie besteht, liegen die Vorstellungen der CSU und der FDP in dieser Frage diametral auseinander.

pitalgedeckte Versicherungslösung mit einer steuerfinanzierten Unterstützung für Bedürftige zur Diskussion und gingen in diesen Punkten deutlich über das Modell der Gesundheitsprämie hinaus. Dieser geforderte Systemwechsel wurde bereits im Wahlprogramm von 2005 mit der Forderung nach einem privaten Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung bekräftigt.

Das Wahlprogramm der FDP zur Bundestagswahl 2009 benennt das Fehlen einer nachhaltigen Finanzierung als größtes Problem innerhalb des Gesundheitssektors. Die Modelle der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie werden als nicht lösungsorientierte Konzepte abgelehnt und gleichzeitig wird eine grundlegende Neuorientierung des Gesundheitssystems gefordert.

Als bestimmende Elemente eines freiheitlichen Systems wurden in diesem Kontext eine Balance aus Solidarität und Eigenverantwortung genannt. Um dieses Ziel zu erreichen beinhaltet das Programm die Einführung eines leistungsgerechten Prämien-systems, die Abschaffung des bestehenden Umlageverfahrens und eine Entkopplung der Beiträge vom Arbeitslohn. Im Gegensatz zu den Beschlüssen der CDU/CSU fordert die FDP zusätzlich eine generationsgerechte Verteilung der Lasten. Ein Vorschlag zum sozialen Ausgleich soll aus dem Krankenversicherungssystem in ein steuerfinanziertes Transfer-system ausgelagert werden.

4. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP 2009

Der Koalitionsvertrag der 17. Legislaturperiode führt die unterschiedlichen Positionen der beteiligten Partner zusammen und definiert die Forderung nach einem innovationsfreundlichen, leistungsgerechten und demographiefesten Gesundheitssystem. Weiterhin wird das Ziel einer zukunftsfesten und verlässlichen Finanzierung unter Berücksichtigung der Faktoren Solidarität und Eigenverantwortung heraus gestellt.

Für das Erreichen dieses Ziels werden die Inhalte der Leitlinien aus den verschiedenen Beschlüssen der CDU/CSU und der FDP zusammengefasst und in einzelnen Absätzen konkretisiert. Diese Forderun-

gen beziehen sich zum Beispiel auf mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem, einer Veränderung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung und einer verbesserten Prävention.

Obwohl die Begrifflichkeit der einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie im Koalitionsvertrag nicht erwähnt wird, enthält der entsprechende Absatz zur Finanzierung zentrale Elemente dieses Konzeptes. Dies sind beispielhaft die Entkopplung der Beiträge von den Lohnnebenkosten, die Einführung von einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge und die Schaffung eines sozialen Ausgleichs).

5. Resümee

Zusammenfassend führt die Analyse der entsprechenden Beschlussdokumente zu einem überraschenden Ergebnis und liefert Erklärungsmuster für die aktuellen Schwierigkeiten und Auseinandersetzungen in der Regierungskoalition. Im Gegensatz zur weitverbreiteten gesellschaftlichen und politischen Meinung, besteht zwischen den Koalitionspartnern keine einheitliche Festlegung auf das Konzept der Gesundheitsprämie. Während innerhalb der CDU eine gewisse Präferenz für das Modell einer Gesundheitsprämie besteht, liegen die Vorstellungen der CSU und der FDP in dieser Frage diametral auseinander. Die programmatischen Schwerpunkte der CSU decken sich in weiten Teilen mit Aspekten der Bürgerversicherung und fordern einen Finanzierungsmix aus Beiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern als umlagefinanziertes System. Die Positionen der FDP fokussieren sich auf die Abschaffung der Umlagefinanzierung und die Einführung eines leistungsgerechten Prämien-systems mit Kapitaldeckung und der Entkopplung von den Lohnkosten. Vor diesem Hintergrund erhält das aktuell verabschiedete Konzept der Regierungskoalition eine erweiterte Bedeutung. Es zeigt in seinen beschlossenen Maßnahmen den inneren Konflikt der Koalitionspartner auf und bringt sie auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zusammen.

Unabhängig von dieser Problematik führt die Umsetzung der geplanten Elemente, wie zum Beispiel die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge und das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge zu einem Einstieg in den Ausstieg aus der paritätischen Beitragsfinanzierung.

Wolfgang Eber

Qui bono ?

Zum Vorschlag des FVDZ zur Einführung eines Prämienmodells Zahnmedizin

Die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt stellen die Finanzierung der GKV zweifelsfrei vor große Herausforderungen. Die zahnmedizinische Versorgung gerät dabei immer wieder in den Fokus für gesetzgeberische Bemühungen um eine Lösung der Finanzierungsfragen der GKV. Wiederholt hat auch der FVDZ dieses Thema auf seine Agenda genommen und hierzu kürzlich das sogenannte Prämienmodell vorgestellt. Dieses weckt viele Hoffnungen in der Zahnärzteschaft, lässt aber die Beantwortung grundlegender Fragen offen.

Das Prämienmodell Zahnmedizin des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte will die Finanzierung der zahnmedizinischen Versorgung der gesetzlich Versicherten von der Umlage- auf eine Prämienfinanzierung umstellen. Die Pflichtversicherung soll durch eine Pflicht zur Versicherung ersetzt werden. Der FVDZ setzt dabei auf ein Versicherungssystem mit einkommensunabhängigen Prämien und steuerfinanziertem Sozialausgleich. Statt der bisherigen Sachleistung soll für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung eine Direktabrechnung mit Kostenerstattung eingeführt werden. Das „Modell der kleinen Zahnprämie“ soll dazu beitragen, den allgemeinen Beitragsatz zur gesetzlichen Krankenversicherung um den bisherigen Anteil des Versorgungsbereichs Zahnmedizin zu senken. Die Idee ist nicht neu: Teilbereiche der zahnmedizinischen Versorgung wurden bereits aus der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen und sollten per zusätzlicher, einheitlicher Pauschale bezahlt werden. Der FVDZ selber hat in seinem früheren Ansatz die komplette Ausgliederung der Zahnmedizin aus der GKV gefordert. Diese Forderung ist von der Politik nicht aufgegriffen worden. Sie wäre vor dem Hintergrund der Tatsache, dass der Gesetzgeber respektive der Verordnungsgeber autark über die Vergütung zahnärztlicher Leistungen befinden kann, möglicherweise ein wirtschaftliches Debakel für die Zahnärzteschaft geworden.

Ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag mit Sozialausgleich, wie er von der schwarz-gelben Regierungskoalition mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführt wurde, steht im Fokus gesundheitspolitischer Auseinandersetzungen. SPD und Grüne haben ihre jeweiligen Bürgerversicherungsmodel-

le vorgestellt und angekündigt, die Zusatzbeiträge wieder rückgängig zu machen und zu einer paritätischen Finanzierung zurückzukehren. Das Prämienmodell Zahnmedizin würde genau in dieses Fahrwasser hineingeraten.

Die ersten Erfahrungen mit dem GKV-Finanzierungsgesetz lassen einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag bzw. eine Prämie mit Sozialausgleich aus Steuermitteln fraglich erscheinen: Über den Hebel des Sozialausgleichs bestimmt zunehmend der Finanzminister das Geschehen und tritt als Verfechter strikter Budgetpolitik mit dem Ziel auf, Ausgabenzuwächse zu verhindern. Ähnliche Überlegungen haben bei der Einführung des Basistarifs dazu geführt, dass die Abrechnung bei Basistarifversicherten zwar auf der Grundlage der GOZ, aber zu gebundenen (gedeckelten) Gebühren auf Bema-Niveau erfolgt.

Vor diesem Hintergrund wirft das Prämienmodell Zahnmedizin des FVDZ eine Reihe von Fragen auf, die im Berufsstand noch nicht diskutiert und bis dato vom FVDZ auch unbeantwortet geblieben sind.

Verfassungsrechtlich mag der Ansatz des FVDZ zulässig sein, denn dem Bundesgesetzgeber steht nach dem Grundgesetz für den Bereich der Sozialversicherung grundsätzlich ein weiter Gestaltungsspielraum zu. So war auch in der Vergangenheit der Leistungsbezug Zahnersatz bis zur Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse im Jahre 2005 eine wahre Spielwiese gesetzgeberischer Bemühungen. Es sei erinnert an das Beitragsentlastungsgesetz, das am 1.1.1997 in Kraft trat und mit dem der Anspruch auf Zuschüsse zum Zahnersatz für unter 18jährige gestrichen wurde. Stattdessen wurden Maßnahmen der Individualprophylaxe insbesondere bei den bis zu 18jährigen neu geregelt. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurden ab 1.7.1997 die Leistungen bei Zahnersatz reduziert, erstmals Festzuschüsse eingeführt und das Verhältnis Vertragszahnarzt – Patient auf eine privatrechtliche Beziehung gestellt. Bei der Versorgung mit Zahnersatz wurde der 50 – 60%ige Zuschuss der gesetzlichen Krankenkassen um 5% abgesenkt und durch standardisierte Festzuschüsse in bestimmten Versorgungsformen ersetzt, die durch den seinerzeitigen Bundesausschuss der Zahnärzte und Kran-



Dr. Wolfgang Eber
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

kenkassen festgelegt wurden. Der Versicherte wurde diesbezüglich wie ein Privatpatient behandelt. Schon mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz wurden ab dem 1.1.1999 alle Elemente der privaten Krankenversicherung im Bereich der zahnärztlichen Versorgung wieder zurückgenommen und die vor dem 1.1.1997 geltende Rechtslage wiederhergestellt. Nachdem es zu keiner Einigung über die gesonderte Finanzie-

wird das Prämienmodell Zahnmedizin nicht gerecht, wenn die Pflichtversicherung durch eine Pflicht zur Versicherung ersetzt werden soll. Eine solche Forderung ist darüber hinaus mit nicht unerheblichen Risiken verbunden. Erinnert sei dabei an die Einführung eines Basistarifs, die notwendigerweise die Frage eines Sozialausgleichs aufgeworfen hat. Das Modell lässt offen, wie die Direktabrechnung mit Kostener-

Es muss sich die Frage stellen, wieso gerade die Zahnärzteschaft die Probleme der GKV lösen und die damit verbundenen Risiken schultern sollte?

zung des Zahnersatzes in der GKV kam, wurde unter Beibehaltung des Leistungsanspruchs die Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem allgemeinen Leistungskatalog und die Einführung einer obligatorischen Satzungsregelung für Zahnersatz ebenso wie die Wahlmöglichkeit zur privaten Krankenversicherung rückgängig gemacht. Zahnersatz wurde wieder zur Sachleistung und der Ausschluss der Zahnersatzleistung für nach 1978 Geborene wieder rückgängig gemacht. Das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung bei Zahnersatz (ZahnFinAnpG) vom 15.12.2004 führte für bereits abgeschlossene private Zusatzversicherungen ein Sonderkündigungsrecht ein. Erst mit dem GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurde zum 1.1.2005 erneut ein System befundbezogener Festzuschüsse vorgesehen, das bis heute unter allen Beteiligten eine sehr hohe Akzeptanz genießt. Damit ist für GKV-Versicherte die Teilhabe am medizinischen Fortschritt Realität geworden. Das Festzuschussystem garantiert ein hohes Versorgungsniveau in der Prothetik. Es ist sozial gerecht, transparent, unbürokratisch und entwickelt eine positive Steuerungswirkung auf die GKV-Ausgaben. Mit dem Erfolg des Festzuschussystems ist die prothetische Versorgung aus dem Fokus politischer Auseinandersetzungen gerückt. Vor dem Hintergrund der erneuten Diskussion, die Zahnheilkunde aus der GKV auszugliedern, muss die Frage gestellt werden, ob sich der Berufsstand selbst wieder ins Fadenkreuz politischer Auseinandersetzungen rücken will und wenn ja, welche betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen für den Berufsstand bei erfolgter Ausgliederung Realität werden könnten?

Die Erfahrungen zeigen, dass generell ein gesellschaftlicher Konsens besteht, Versicherte vor finanzieller Überforderung zu schützen und ein System der sozialen Abfederung bereitzustellen. Diesem Grundgedanken

stattung und einer sozial abgedeckten Eigenbeteiligung konkret umgesetzt werden soll. Zur Frage einer möglichen Überforderung von finanziell schwachen Versicherten durch die Prämienzahlung und Kostenersatzung wird auf pragmatische, vor allem unbürokratische Leistungen verwiesen, ohne dass näher auf die Umsetzung eingegangen wird.

Weitere grundsätzliche Fragen wie die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung, die Anpassung an den medizinischen Fortschritt und die demografische Entwicklung sind ungeklärt. Die Berechnungen zur Höhe des Beitrages im Prämienmodell und die Finanzierung der Härtefälle sind nicht nachvollzogen. Das Prämienmodell gründet sich auf der bekannten Annahme des FVDZ, außerhalb des engen Rahmens der GKV bringe eine neue GOZ den Zahnärzten mehr betriebswirtschaftliche Freiheit. Wie sich spätestens im Rahmen der anstehenden GOZ-Novellierung gezeigt hat, ist dies nicht der Fall, weshalb der FVDZ diese Novelle mit einer gewissen Konsequenz in toto abgelehnt hat. Vor allem aber kann nicht ausgeschlossen werden, dass für den Fall einer Ausgliederung der Zahnmedizin aus der GKV die Frage des Sozialausgleichs politisch ähnlich wie im Basistarif mit generell gebundenen Gebühren beantwortet werden würde, verbunden mit katastrophalen Folgen für die Zahnärzteschaft.

Außerdem muss sich die Frage stellen, wieso gerade die Zahnärzteschaft die Probleme der GKV lösen und die damit verbundenen Risiken schultern sollte? Weder ist sie Kostentreiber in der GKV noch sind irgendwelche Aktivitäten innerhalb der Politik zu erkennen, die darauf hindeuten könnten, dass den berechtigten Interessen der Zahnärzte auf Planungssicherheit und angemessene Vergütung heute oder in Zukunft hin-

reichend Rechnung getragen werden würde. Vielmehr wird auch eine neue Gebührenordnung für Zahnärzte nicht von der Zahnärzteschaft festgelegt, sondern alleine vom Gesetzgeber verordnet. Auch weiterhin wird der Zahnärzteschaft kein Verhandlungsrecht eingeräumt, es gibt auch keine Anpassungsklausel, die zumindest den Inflationsausgleich sicherstellen würde. Die Zahnärzteschaft ist also auch weiterhin darauf angewiesen, dass sich der Gesetzgeber bei einer Novellierung der GOZ ihre Argumente zu eigen macht oder nicht. Die Tatsache, dass es der Gesetzgeber im anstehenden Novellierungsverfahren nach über 23 Jahren nicht für erforderlich gehalten hat, eine Anhebung der GOZ-Punktwerte vorzunehmen, mag beredtes Beispiel dafür sein, womit die Zahnärzteschaft zu rechnen hätte.

Die KZBV hat sich nicht nur zum System der gesetzlichen Krankenversicherung bekannt, sondern mit dem Mehrkosten- und Festzuschussystem nachhaltig und konsequent das Prinzip der Grund- und Wahlleistungen in der zahnmedizinischen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten etabliert.

Die Mehrkostenregelungen und das Festzuschussystem sind die Antworten der Zahnärzteschaft auf mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Sie sichern den Patienten die Teilhabe am medizinischen Fortschritt und stärken auf der Basis der freien Zahnarztwahl die direkte Beziehung zwischen Patient und Zahnarzt. Gleichzeitig bahnt das Festzuschussystem den Weg der Wahl der Kostenerstattung durch den Patienten unter gleichzeitigem Abbau von bürokratischen Hürden. Die Kostenerstattung zu liberalisieren und den Versicherten den barrierefreien Zugang

Die Mehrkostenregelungen und das Festzuschussystem sind die Antworten der Zahnärzteschaft auf mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen.

zur Kostenerstattung zu gewährleisten bleibt ebenso erklärtes Ziel der KZBV wie den Versicherten die freie Wahl zwischen Kostenerstattung und Sachleistung zu ermöglichen, wobei das Recht auf freie Arztwahl unangetastet bleiben muss. Dabei definiert die KZBV ihre Aufgabe innerhalb der Selbstverwaltung auch weiterhin dahingehend, eine sozial ausgewogene, wohnortnahe, flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Die im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes erreichten Ziele im Hinblick auf eine Vergütungsreform im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung schaffen die Basis, die Folgen der Budgetierung zu beseitigen und eine am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Anpassung der Gesamtvergütungen durchzusetzen. Auf diesen Grundlagen will die KZBV auch weiterhin die Grundversorgung der Versicherten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleisten und gleichzeitig die wettbewerblichen und unternehmerischen Möglichkeiten des Gesundheitssystems für die Zahnärzteschaft erhalten und weiter öffnen. Insofern bleibt der Nutzen eines Prämienmodells zunächst im Unklaren.

Perfekt registrieren.

Universelles und scanbares Registriermaterial

Indikationen und Vorteile:

- universelle Registrierungen
- scanbar für CAD/CAM-Anwendungen
- für die Bißgabel bei der Gesichtsbogenübertragung nach Prof. Dr. (HR) Alexander Gutowski
- für die Anpassung von para-okklusalen Löffeladaptern nach PD Dr. M. Oliver Ahlers (CMD)
- für dynamische Registrierungen (FGP)
- perfekte physikalische Eigenschaften



R-SI-LINE® METAL-BITE®

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Informationen unter Tel. 0 40 - 22 75 76 17
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
r-dental.com

Fordern Sie auch unsere Produktinformationen an.



Eric Banthien

Das Prämienmodell des FVDZ



Dr./RO Eric Banthien,
Vorsitzender der IGZ,
Vorsitzender der KZV Hamburg

Neue Zeiten bringen neue Herausforderungen und diese rufen dann auch nach neuen Lösungen. Den Kopf in den Sand zu stecken hat da noch nie geholfen. Insofern ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass der Freie Verband Deutscher Zahnärzte erneut die Diskussion um die Finanzierung der zahnärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (im Weiteren GKV genannt) anstößt. Der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt werden die Kosten der medizinischen Versorgung in den nächsten Jahren stark ansteigen lassen und es steht zu befürchten, dass die Politik dieses wieder auf dem Rücken der Leistungsträger abladen wird.

Um zu erklären, warum dies immer so einfach möglich ist, muss man zunächst einmal unsere Position (und die der Ärzte) in unserem Gesundheitssystem beleuchten. Seit den Bismarckschen Sozialgesetzen, noch mehr in den Jahren der sozialen Marktwirtschaft hat sich zunächst ganz langsam, aber stetig zunehmend in unserem Land die Auffassung verfestigt, dass bestimmte Dinge, die einst ganz natürlich in den Verantwortungsbereich des Individuums fielen, nun zu den unveräußerlichen Rechten des Menschen gehören, und der Staat die Pflicht hat, diese zu gewährleisten. Dazu gehört, neben einem Leben in materieller Absicherung (jetzt noch ALG II, aber die Rufe nach einem bedingungslosen Grundeinkommen werden immer lauter...), auch eine gute Gesundheit - wobei immer erst die Versorgungspflicht des Staates eingefordert wird, während die Pflicht des Individuums zur eigenverantwortlichen Vorsorge mehr und mehr aus dem Blick gerät. Die gesunde Balance zwischen „Fördern und Fordern“ löst sich in der praktischen Politik schnell auf: Das Verteilen von Wohltaten ist allemal populärer als das Einfordern von Pflichten. Und so schürt die Politik - in einer Art vorauseilendem und falschem Populismus - die Auffassung, der Staat habe neben vielen anderen Aufgaben auch die Pflicht, die Gesundheit der Bürger zu erhalten oder wiederherzustellen. Ärzte und Zahnärzte werden insofern nur noch als Erfüllungsgehilfen dieser staatlichen Aufgaben wahrgenommen. Dass sie diese Aufgabe mit eigenem unternehmerischen Risiko wahrnehmen, ja dass sie sogar qualifizierte Arbeitsplätze zur Verfügung stellen und somit nicht unwesentlich zur Gesamtwirtschaft beitragen, wird hierbei völlig ignoriert. Mit dieser Tätigkeit ein Einkommen zu erzielen gilt im Gegenteil fast schon als anrüchig. Das

Einkommen interessiert nur insoweit, als man es als ungerechtfertigt hoch denunzieren kann. „Das muss ja wohl reichen“ ist ständig der Tenor, mit dem man protestierende Heilberufler der Geldgier bezichtigt. Wo andere Wirtschaftszweige regelmäßig für steigende Umsätze gelobt werden, und steigende Geschäftszahlen zuverlässig positive Indikatoren sind, da tauchen diese im öffentlichen Diskurs über das Gesundheitssystem stets nur als steigende Kosten und somit als Belastung für die Gesellschaft auf. Und die Schuldigen an jeder Kostensteigerung sind zuverlässig die Heilberufler, deren Tun es durch kostendämpfende Maßnahmen Einhalt zu gebieten gilt!

Warum habe ich diese deprimierende Bestandsaufnahme vorangestellt? Weil wir uns bei unseren Vorschlägen zur Reform des Gesundheitswesens immer auch dieser unserer Position bewusst sein müssen. Sie legt unserer Phantasie gewisse Fesseln an, weil alles, was wir vorschlagen immer besonders misstrauisch beäugt wird. Und da stehen wir nun, sehen den wachsenden Bedarf an zahnmedizinischer Behandlung heraufdräuen, und müssen über einen Ausweg selbst nachdenken. Einen Ausweg, der das GKV-System vor der wachsenden Belastung schützt, ohne die (Zahn)Ärzte wieder zu Zahlern zu machen. Die IGZ hat damit schon vor langer Zeit begonnen und Lösungen angeboten, die zum Abschluss dieser Erörterung erneut vorgebracht werden.

Die Grundidee, die Gesundheitsversorgung über eine Prämie, statt über einen prozentualen Beitrag zu versichern, ist auch der IGZ nicht fremd. Tatsächlich hat die IGZ als ein Mittel gegen die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens schon früher wiederholt eine versicherungstechnisch sauber gerechnete Prämie vorgeschlagen. Diese Prämie würde allerdings die Beitragslast insgesamt erhöhen: Wenn damit wirklich alle Leistungen bezahlt werden sollen, muss mehr Geld ins System. Das ist eher unrealistisch, und somit sind wir bei der zweiten Übereinstimmung zwischen IGZ und Freiem Verband. Auch die IGZ hat immer wieder gefordert, dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen durchforstet werden muss. Er muss auf den Umfang reduziert werden, den zu bezahlen die GKV in der Lage ist.

Der Unterschied besteht darin, dass die IGZ nie dafür war und auch nicht sein wird, die Zahnmedizin

von der Medizin abzukoppeln oder gar in ein separates Versicherungssystem zu stecken, wie es der Freie Verband will. Mehr noch schlägt der Freie Verband vor, die Leistungen nach GOZ zu berechnen und die dazugehörige Versicherung im Bereich der Privaten Krankenversicherungen (im Weiteren PKV) anzusiedeln. Das wirft nun mehrere Probleme auf. Wie weiter oben erläutert brauchen solche Vorschläge, wenn sie eine Chance haben sollen, zunächst einmal Akzeptanz. Wenn das Publikum aber nur versteht, dass der gesetzliche Versicherungsschutz für Zahnbehandlungen verschwinden soll, jeder dagegen verpflichtet wird, sich privat zu versichern, wird zunächst einmal wieder die „Gier-Diskussion“ eröffnet werden. „Zahnärzte wollen nur noch Privatpatienten“, ist da eine mögliche Schlagzeile. Das mag dem einen oder anderen feige klingen, aber ein guter Vorschlag, der durchsetzbar ist, ist allemal besser als eine himmelstürmende Idee, die im politischen Diskurs keine Chance hat.

Es gibt aber auch praktische Erwägungen: Die IGZ hat immer unterstrichen, dass wir nicht befugt sind, im Namen unserer Patienten auf das Recht auf Behandlung zu verzichten. Im Gegenteil ist und bleibt es Credo der IGZ, dass die Gelder, die in der GKV für Zahnbehandlung vorgesehen sind, weiterhin für Zahnbehandlung zur Verfügung stehen sollen. Es besteht und bestand immer die Gefahr, dass die Zahnmedizin, rein aus Gründen der Kostendämpfung, zu Gunsten anderer Bereiche der Medizin ausgeschlossen oder reduziert wird; dem sollten wir nicht auch noch Vorschub leisten.

Und drittens ist der Vorschlag des FVDZ in der Lage, die Trennung zwischen PKV- und GKV-System aufzuweichen und damit der Konvergenz der Versicherungssysteme weiteren Vorschub zu leisten. Eine Zahnversicherung, die systematisch noch der GKV zugehörig ist, ihren Versicherten auch einen der GKV nachempfundenen Leistungsumfang versichert, aber in GOZ-Positionen abgerechnet wird, nach GOZ erstattet und in der privaten Krankenversicherung angesiedelt ist, wird das zweite Einfallstor der GKV ins PKV-System nach dem Basistarif. Hier liegt wohl der größte Fehler des Vorschlages des Freien Verbandes. Was haben wir uns dagegen gewehrt, als die Systematik der GKV in die Verträge der privaten Krankenversicherung übertragen werden sollte, und jetzt fordern wir es selbst? Das kann nicht der richtige Weg sein!

Zusätzlich problematisch macht den Vorschlag der Wust an weiterer Bürokratie, der dadurch ausgelöst wird. Die Medizin soll ja weiter in der GKV bleiben. Und die Zahnmedizin wird nicht wirklich reine Privatleistung. Die sozialen Komponenten werden zu-

sätzlich, aber in einer andern Systematik, weiterhin berücksichtigt. Die Prämie sozial abzufedern wird notwendig sein, soweit richtig. Zuschüsse aus Steuermitteln in eine private Krankenversicherung zu zahlen scheint aber systemwidrig. Die Eigenbeteiligung bei Behandlungskosten sozial abzufedern wird in der Systematik der PKV noch schwieriger. Soll der Patient sie beim Lohnsteuerjahresausgleich als besondere Belastung einreichen und solange in Vorlage treten? Das ist eher illusorisch. Diese Mittel hat der Härtefall-Versicherte nicht eben mal herumliegen.

Schließlich ist auch die Trennung von Zahnmedizin und Medizin in verschiedene Versicherungssysteme dazu geeignet, die Zahnmedizin in den Augen des Publikums zu einer weniger wichtigen Medizin zu machen. Wie weiter oben ausgeführt ist der Mensch bei uns gewohnt, alle wirklich wichtigen Lebensbereiche in einem staatlichen System versichert zu wissen. Es wäre zu befürchten, dass die Absonderung der Zahnmedizin hier Schaden verursacht.

Die IGZ ist aus allen diesen Gründen nicht für eine Ausgliederung der Zahnmedizin aus dem GKV-System. Und auch nicht für eine Preisgabe der Gelder, die in diesem System für zahnärztliche Behandlung vorgesehen sind. Unsere Patienten sollen in die Praxis kommen und wissen, dass die notwendigen Grundleistungen versichert sind. Sie sollen sich mittels Zahlungen der ganzen Palette der Zahnmedizin erfreuen dürfen, sollen aber nie notwendige Behandlungen aufschieben müssen aus Angst vor entstehenden Kosten. Die Herausforderungen der Demographie und besonders die des medizinischen Fortschritts müssen daher über Festzuschussysteme und Mehrkostenvereinbarungen abgedeckt werden, während das strikt Notwendige immer angstbarrierefrei zugänglich bleibt. Der Leistungskatalog muss ständig angepasst und überprüft werden, die als notwendig erkannten Leistungen über eine versicherungstechnisch sauber kalkulierte Prämie finanziert. Diese sollte dann aus Steuermitteln sozial abgedeckt werden. Auf jeden Fall aber muss alles dieses innerhalb des GKV-Systems passieren, in der privaten Krankenversicherung hat die gesetzliche Zahnbehandlung weiterhin nichts zu suchen!

Thomas Einfeldt

Zahnmedizin raus aus der GKV?

Zum Vorschlag des Freien Verbandes, die Zahnmedizin aus dem Leistungskatalog der GKV herauszulösen



Dr. Thomas Einfeldt
Vorstandsmitglied der Zahn-
ärztekammer Hamburg

„Das sukzessive Herauslösen klar abgegrenzter Bereiche aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren Finanzierung über Prämien ist der beste Weg für eine nachhaltige Entwicklung.“ FVDZ-Chef Sundmacher nimmt eine alte Forderung des Freien Verbandes erneut auf. Es ist der Glaube, dass die „Privatisierung“ uns Zahnärzte aus den Budgetbegrenzungen und den Honorarzwängen herausbringen könnte. Auf der diesjährigen Hauptversammlung wird ein Schweizer Ökonom als Sachverständiger bemüht, der aufzeigt, wie ein Prämienmodell dieses Vorhaben finanzieren kann. Fraglich ist, ob nun ausgerechnet die Schweiz und deren vergleichsweise teures Gesundheitssystem ein Spar-Vorbild für Deutschland sein.

Grundsätzlich ist aber zu klären, was die deutsche Gesellschaft will was sie für gerecht und fair hält. Der deutsche Verbraucher möchte eine solide Grundversorgung seiner Gesundheit (und zwar in allen Teilgebieten) und hat sich im Bereich der Zahnmedizin an Zusatzleistungen gewöhnt, ist bereit, dafür sogar Zusatzversicherungen abzuschließen.

Die IGZ hat stets die Überzeugung bekundet, dass die Zahnmedizin an das ärztliche System angegliedert bleiben muss. Zahn-Medizin und Medizin müssen verbunden bleiben. „Gesund beginnt im Mund“ hieß ein Slogan der BZÄK, der auch deutlich machen sollte, wie wichtig die Zahnmedizin für die Allgemeingesundheit des Patienten ist. Die Verursacher-Frage oder das „Selber-Schuld-putzt-nicht-Prinzip“ ist zu simpel und wird - wie beispielsweise im Bereich der Parodontologie den Ursachen nicht gerecht -, ist unsozial und führt in die falsche Richtung. Zahnmedizin ist kein Bereich, den man aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauslösen sollte. Die Zahnmediziner haben lange dafür gekämpft, dass KZVen eingerichtet wurden, die die Versorgung sicher stellen, und dafür, dass durch die freie Arztwahl alle Vertragszahnärzte alle gesetzlich Versicherten behandeln konnten. Das war aber nicht immer so!

In jüngster Zeit war es der BZÄK ein großer Erfolg, die „Öffnungsklausel“ in der GOZ abzuwehren und somit „Einkaufsmodelle“ der privaten Krankenversicherungen zu verhindern. Die Zahnmedizin aus dem medizinischen Versicherungssystem herauszulösen,

mit einer „Pflicht zur Versicherung“ zu versehen und durch einkommensunabhängige Prämien zu finanzieren, die steuerfinanzierte Sozialausgleiche benötigen, ist ein großes Wagnis. Welche Signale gingen von so einem Vorhaben aus?

1. Zahnmedizin ist nicht so wichtig wie Augenheilkunde, HNO, Chirurgie oder Orthopädie.
2. Zahnmedizin wird zum Anhängsel der Medizin. Statt Zahnärzten können auch Dentisten die nötigen Dienstleistungen erbringen und ihr „Handwerk“ auf Fachhochschulniveau erlernen. Ernsthaftige Erkrankungen der Mundhöhle werden von MKG-Chirurgen und HNO-Ärzten behandelt.
3. Zahnmedizin ließe sich künftig so versichern wie eine Auto-Kasko-Versicherung. Statt um die Gesundheit von Patienten ginge es um die Behebung von Schadensfällen - ein Schub in Richtung Vergewerblichung des Berufsstandes.
4. Wenn es steuerfinanzierte Sozialausgleiche für die Prämien geben soll, dann holen wir mit dem Finanzminister einen Finanzier an den Verhandlungstisch, der den Punktwert in der GOZ seit 1988 nicht erhöht hat.

Die IGZ hat vor etlichen Jahren erfolgreich die Festzuschüsse in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht. Im ZE-Bereich haben sie sich sinnvoll ausgewirkt und die Budgettierung beendet. Zuzahlungen existieren im Kons-Bereich für Füllungen und entsprechen schon fast den Festzuschüssen. Festzuschüsse könnte es auch im Bereich PAR, Kfbr und Endo geben.

Es ist unklug, die Zahnmedizin von der Medizin abzukoppeln. Im Gegenteil, es muss deutlich werden, dass zahnmedizinische Leistungen eine Grundlage für Gesundheit sind. Der Anteil der Zahnmedizin an den GKV-Ausgaben ist in den letzten Jahren gesunken, obwohl ihre Bedeutung gestiegen ist. Eigentlich müssten wir mehr aus dem GKV-Topf bekommen, weil gerade im Beratungsbereich und in der Prävention viel mehr geleistet wird – zu alten Honoraren.

Ob wir eine Bürgerversicherung bekommen, wie die SPD und Grünen sie fordern oder eine einkommensunabhängige Kopf-Pauschale/Prämie mit steuerfinanzierten Sozialausgleich – das werden wir sehen, aber es wäre falsch, sich freiwillig von dem Finanzierungssystem der Ärzte abzukoppeln.

Anna Sax

Solidarität mit Schönheitsfehlern

Das Schweizer Finanzierungsmodell als sozialpolitische Herausforderung

Die Schweiz gehört weltweit zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben. Finanziert werden diese Ausgaben größtenteils über Kopfpauschalen für die soziale Krankenversicherung und eine hohe Selbstbeteiligung der Patientinnen und Patienten. Diese Art der Finanzierung führt zu einer überdurchschnittlichen Belastung der Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen. Reformvorhaben gehen vor allem in die Richtung einer Förderung der integrierten Versorgungsnetze und eines verfeinerten Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen.

Wie in fast allen OECD-Ländern wachsen auch in der Schweiz die Gesundheitskosten kontinuierlich an. Sie sind 2009 auf einer Höhe von etwas über 6000 Euro pro Kopf und Jahr angelangt, was weltweit einer der höchsten Werte ist. Der Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) liegt wie in Deutschland bei rund 11.5%. Dieser Anteil ist seit 10 Jahren in etwa stabil geblieben, die Gesundheitsausgaben entwickelten sich mithin im Gleichschritt mit dem Wirtschaftswachstum. Überdurchschnittlich fiel das Wachstum in den letzten Jahren bei den ambulanten Leistungen der Krankenhäuser ins Gewicht. Die Kostenverlagerung vom stationären zum ambulanten Bereich zeitigt gewisse Umverteilungswirkungen zu Lasten der tieferen Einkommensschichten, was mit dem schweizerischen Finanzierungssystem zu tun hat: Die ambulante Gesundheitsversorgung wird – abgesehen von Zuzahlungen der Patientinnen – vollständig über einkommensunabhängige Kopfpauschalen finanziert, während die Krankenhausrechnungen zur Hälfte über Steuergelder beglichen werden.

Finanzierungs-Mix führt zu sozialen Härtefällen

Die soziale Krankenversicherung ist für die ganze Bevölkerung obligatorisch. Sie wird von rund 80 Krankenkassen durchgeführt und deckt die Grundversorgung ab – mit Ausnahme der Zahnarztkosten, die von den Patienten direkt bezahlt oder über eine private Zusatzversicherung gedeckt werden können. Ebenfalls privat versichert werden kann der Aufenthalt im Einzelzimmer oder die Behandlung durch einen bevorzugten Arzt im Krankenhaus. Insgesamt deckt die obligatorische Grundversicherung rund ein Drittel der Gesundheitsausgaben ab. Ein weiteres Drittel wird über andere Sozialversicherungen (Unfall- und

Invalidenversicherung, Altersvorsorge), Privatversicherungen oder Steuergelder finanziert und das letzte Drittel wird schließlich durch die Patientinnen und Patienten direkt aus der eigenen Tasche bezahlt. Dieser Out-of-pocket Anteil von über 30% ist zumindest innerhalb der OECD-Länder mit Abstand der höchste. Er setzt sich zusammen aus wählbaren Franchisen (Selbstbehalten), einer Selbstbeteiligung von 10%, selbst gekauften Arzneimitteln, ungedeckten Pflegekosten im Alter und Zahnarztbehandlungen. Zusammen mit den einkommensunabhängigen Kopfpauschalen zur Finanzierung der obligatorischen Grundversicherung ergibt sich so eine hohe finanzielle Belastung der Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen und insbesondere der Familien.

Die Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherung waren seit ihrer Einführung im Jahr 1996 immer wieder ein Thema in den gesundheitspolitischen Diskussionen in der Schweiz. Ihre Abschaffung ist jedoch nicht mehrheitsfähig und bereits mehrfach in Volksabstimmungen gescheitert. Der Grund dafür dürfte darin liegen, dass der Mittelstand eine Mehrbelastung durch einkommensabhängige Beiträge befürchtet. Jedoch wird mit individuellen Prämienverbilligungen (staatlichen Zuschüssen an die Krankenkassenprämien einkommensschwacher Haushalte) versucht, einen sozialen Ausgleich zu schaffen, was bei der Gruppe mit den kleinsten Einkommen tatsächlich gelingt. Für die mittleren Einkommensschichten jedoch, deren Einkünfte knapp über der Schwelle des Anspruchs auf Prämienverbilligung liegen, bleibt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Haushaltsbudget hoch. Die Situation verschärft sich zusätzlich durch die oben erwähnte Leistungsverschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich, weil dadurch die Versicherungsbeiträge im Vergleich zu den Gesamtkosten überdurchschnittlich ansteigen.

Solidarität mit Einschränkungen

Hinter dem Finanzierungsmodell über Kopfpauschalen mit individueller Prämienverbilligung liegt ursprünglich der Gedanke der Solidarität: Gesunde sollen die Kosten der Gesundheitsversorgung ebenso mittragen wie Kranke. Allerdings erfährt diese Solidarität Einbußen, dies vor allem aus vier Gründen: Erstens wirkt das Prämienverbilligungssystem nicht im gewünschten Maß und ist zudem in den Kantonen unterschied-



Anna Sax, lic.oec.publ. MHA, Gesundheitsökonomin, Dozentin und Redakteurin der Schweizerischen Ärztezeitung

lich ausgestaltet. Zweitens gibt es die Möglichkeit einer wählbaren Franchise; das heißt, indem sie sich verpflichten, auf einer abgestuften Skala die ersten 300 bis 2500 Franken (240 bis 2000 Euro) aus der eigenen Tasche zu bezahlen, können die Versicherten ihre Beiträge um maximal 40% reduzieren; es versteht sich von selbst, dass diese Möglichkeit in erster Linie von wohlhabenderen Personen mit einem eher guten

tengruppen mit attraktiven Angeboten „anzulocken“. Dieser Systemfehler soll allerdings in absehbarer Zeit korrigiert werden.

Die Kopfpauschalen stehen trotz einiger Probleme, die sie verursachen, nicht ernsthaft zur Debatte. Diskutiert wird jedoch zunehmend die Frage, welcher Out-of-pocket Anteil an der Finanzierung noch vertretbar sei. Franchisen, Zuzahlungen an die Arzt-

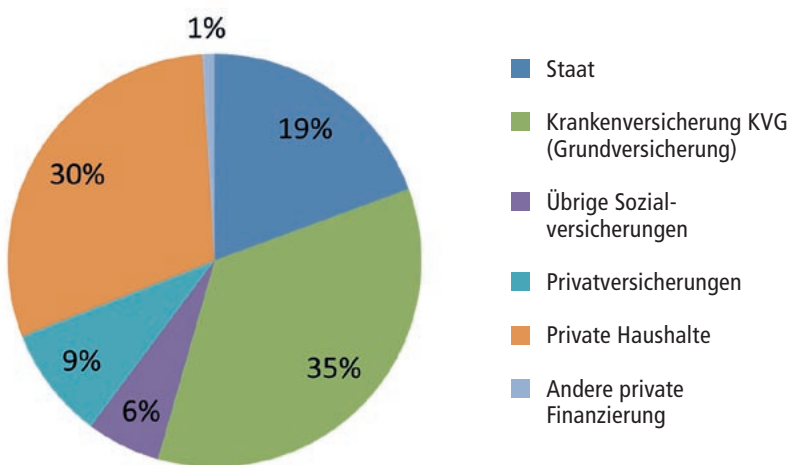
In einer Genfer Untersuchung gaben 15% der Befragten an, aus Kostengründen auf Arztbesuche zu verzichten, am häufigsten wird ein Besuch beim Zahnarzt aufgeschoben.

Gesundheitszustand wahrgenommen wird. Drittens variieren die Kopfpauschalen innerhalb der Schweiz stark: Bei der gleichen Krankenversicherung kann die Grundversicherung in Genf doppelt so teuer sein wie in Appenzell, denn die Prämien richten sich unter anderem nach den effektiv anfallenden Gesundheitskosten in den Kantonen. Viertens schließlich – und das ist für viele Experten der wichtigste „Schönheitsfehler“ im System – fehlt es an einem genügend fein austarierten Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen. Dies hat zur Folge, dass es an koordinierten Versorgungsprogrammen für chronisch und mehrfach kranke Versicherte fehlt, weil die Krankenkassen kein Interesse daran haben, diese Patien-

und Krankenhauskosten, hohe Eigenbeteiligungen bei den Kosten der Langzeitpflege und insbesondere die nicht durch die Krankenkassen gedeckten Zahnbehandlungen werden von den einen als sinnvoller Anreiz zu mehr Eigenverantwortung wahrgenommen, von anderen jedoch als unsozial gebrandmarkt. Tatsächlich zeigen Untersuchungen über die Auswirkungen hoher Eigenbeteiligungen, dass diese bei vulnerablen Gruppen wie Migrantinnen, bildungsfernen und/oder einkommensschwachen Schichten zu einer Unterversorgung führen können. Eine Vergleichsstudie zwischen der Schweiz und Deutschland¹ hat gezeigt, dass Personen in der Schweiz weniger oft zum Arzt gehen als in Deutschland, was als positives Signal für die Wahrnehmung von Eigenverantwortung interpretiert werden kann. Allerdings zeigt sich bei der Schweizer Bevölkerung ein unterschiedliches Verhalten je nach sozialem Status: Je tiefer das Einkommens- und Bildungsniveau und je schlechter der Gesundheitszustand, desto stärker negativ wirkt sich die Zuzahlungspflicht auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen aus. In einer Genfer Untersuchung² gaben 15% der Befragten an, aus Kostengründen auf Arztbesuche zu verzichten; am häufigsten wird ein Besuch beim Zahnarzt aufgeschoben. Auch hier sind die Gruppen mit niedrigen Einkommen am stärksten vertreten.

Die hohen und weiter steigenden Kopfpauschalen zusammen mit dem hohen Anteil selbst bezahlter Kosten könnten über kurz oder lang zu einer sozialen Zerreißprobe führen. Bei einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Frühjahr 2011 bezeichneten 52% der Befragten die Ausgaben für die Kranken-

Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens nach Direktzahlern



Der Staat beteiligt sich an der Finanzierung einerseits in Form von verschiedenen Subventionen an die stationären Betriebe des Gesundheitswesens und an Einrichtungen wie die Spitex, und andererseits in Form von Dienstleistungen zu Gunsten der Bevölkerung: Verwaltung des öffentlichen Gesundheitswesens, Prävention und Rettungsdienste. Der Finanzierungsanteil der Haushalte setzt sich zusammen aus den Zahlungen für Leistungen, die nicht von den Versicherungen abgedeckt werden und den Kostenbeteiligungen und Selbstbehalten bei der Krankenversicherung. Stand: 9.09.2011, Quelle: Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, © BFS - Statistisches Lexikon der Schweiz

1 Huber Carola A., Kostenbeteiligungen: Schaden oder Nutzen für die Gesundheitsversorgung? Eine vergleichende Wirkungsanalyse zwischen Deutschland und der Schweiz, Bern 2009
2 Wolff Hans u.a., Health care renunciation for economic reasons in Switzerland, in: Swiss Medical Weekly 2011;141:w13165

kassenprämien als „gelegentliches oder dauerhaftes Problem“³. Bei den unteren Einkommensschichten steigt dieser Anteil auf 75%. Die Zahl der Versicherten, die mit der Zahlung ihrer Prämien im Rückstand sind und so riskieren, nur noch im Notfall auf ärztliche Hilfe zählen zu können, ist denn auch seit einigen Jahren im Steigen begriffen. Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen können ein Haushaltsbudget zusätzlich aus dem Lot bringen. So kann die Zahnkorrektur für ein Kind ohne weiteres mehrere Tausend Franken kosten. Immer mehr Schweizerinnen und Schweizer suchen einen Zahnarzt im benachbarten Ausland auf, um Kosten zu sparen, oder sie verzichten sogar auf notwendige Zahnarztbesuche.

Zahnärztliche Versorgung im Wandel

Auf der anderen Seite gibt es auch Hinweise darauf, dass die selbst zu finanzierenden Zahnarztkosten die Prävention und die Eigenverantwortung fördern. Tatsächlich ist die Zahngesundheit der Schweizer Bevölkerung gut, der Kariesbefall ist seit Jahren rückläufig. Zudem findet ein Wandel in der zahnärztlichen Versorgung statt. Unter den Zahnarztpraxen hat ein verstärkter Wettbewerb eingesetzt, und die hohen Preise sind in den letzten Jahren unter Druck gekommen. An die Stelle von frei praktizierenden Zahnärzten treten Praxisketten mit angestellten Zahnärzten, die dank der Personenfreizügigkeit mit der EU mehrheitlich aus dem europäischen Ausland rekrutiert werden. Die Patientinnen und Patienten holen vor einer größeren zahnärztlichen Behandlung immer öfter Kostenvoranschläge ein, um Preisvergleiche anstellen zu können. Unter dem Strich lässt sich feststellen, dass das Kostenwachstum in der Zahnmedizin hinter dem Wachstum der Gesundheitsausgaben zurück geblieben ist. Wirtschaftsliberale GesundheitsökonomInnen führen dies auf die marktwirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der Branche zurück. Anzuführen ist allerdings auch hier, dass beispielsweise in der Migrationsbevölkerung eine zahnärztliche Unterversorgung festzustellen ist: Kariesbildung, bei der Bevölkerung insgesamt im Rückgang, ist bei Kleinkindern ausländischer Herkunft zunehmend anzutreffen.

Geplante und beschlossene Reformen

Verschiedene Reformprojekte sind derzeit in der schweizerischen Gesundheitspolitik in Arbeit oder bereits verabschiedet:

- Bereits ab 2012 werden die Leistungen der Krankenhäuser mit diagnosebezogenen Fallpauschalen DRG abgerechnet, wie es in Deutschland schon seit längerem der Fall ist. Davon erhofft man sich effizientere Abläufe und mehr Transparenz über Leistungen und Kosten im stationären Bereich.

Unter den Zahnarztpraxen hat ein verstärkter Wettbewerb eingesetzt, und die hohen Preise sind in den letzten Jahren unter Druck gekommen. An die Stelle von frei praktizierenden Zahnärzten treten Praxisketten mit angestellten Zahnärzten.

- Ende September 2011 entschied das Parlament, dass künftig integrierte Versorgungsnetze stärker gefördert werden. Dies soll mittels Anreizen bei den Versicherten geschehen, indem die Selbstbeteiligung von 10% auf 15% erhöht wird für Patienten, die sich weiterhin außerhalb der Versorgungsnetze von (Spezial-)Ärztinnen ihrer Wahl behandeln lassen wollen. Gegen diesen Parlamentsbeschluss wurde das Referendum ergriffen, was bedeutet, dass es zu einer Volksabstimmung kommen wird.
- Ebenfalls in einer Volksabstimmung entscheiden wird sich die Frage, ob die soziale Krankenversicherung auch in Zukunft durch 80 verschiedene Krankenkassen, die sich gegenseitig die „guten Risiken“ abzugeben versuchen, durchgeführt werden soll. Gegenstand dieser Abstimmungsvorlage ist eine öffentliche Einheitskrankenkasse. Je länger eine Verfeinerung des Risikostrukturausgleiches zwischen den Krankenkassen auf sich warten lässt, desto mehr steigen die Chancen für einen Volksentscheid zugunsten einer öffentlichen Einheitskrankenkasse.
- Ein weiteres gesundheitspolitisches Projekt, das bereits mehrfach aufgegriffen und wieder ad acta gelegt worden ist, besteht in einer monistischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung aus einer Hand über die ganze Betreuungskette hinweg. Damit sollen Fehlanreize behoben werden, die aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsschlüssel zwischen Staat und Krankenkassen im stationären und im ambulanten Bereich entstehen.

Als Fazit bleibt zu vermerken, dass die Kopfpauschalen zur Finanzierung der obligatorischen Grundversicherung politisch zur Zeit nicht zur Debatte stehen. Allerdings wird sich die Politik der Problematik einer steigenden Belastung der einkommensschwachen Haushalte, kombiniert mit einem hohen Anteil an Zuzahlungen und Out-of-pocket Finanzierung, durch Kopfpauschalen mehr und mehr bewusst. Reform- und ausbaubedürftig ist insbesondere das System der individuellen Prämienverbilligungen, was wegen der Zuständigkeit der 26 Kantone alles andere als eine einfache Aufgabe sein wird.

³ Interpharma/gfs Gesundheitsmonitor 2011. Download: http://www.interpharma.ch/de/pdf/Schlussbericht_gfs_Monitor_2011.pdf

Impressum

Herausgeber:

Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland IGZ e.V.

Dr./RO Eric Banthien

Papyrusweg 8, 22117 Hamburg

Telefon: (040) 712 73 11

Telefax: (040) 712 96 24

Redaktion:

Benn Rooff

Radener Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Verlag und Anzeigenverkauf:

one line Produktionsbüro & Werbeagentur

Radener Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Titelfoto: BK / Fotolia.com

Auflage:

2.500 Exemplare

Erscheinungsweise:

4mal im Jahr

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder. Bei redaktionellen Einsendungen ohne besonderen Vermerk behalten sich der Herausgeber und Verlag das ausschließliche Recht auf Vervielfältigung in jeglicher Form ohne Beschränkung vor. Alle Rechte, auch die der auszugsweisen Vervielfältigung, bedürfen der Genehmigung des Herausgebers und des Verlages. Die gesamte Grafik ist geschützt und darf nicht anderweitig abgedruckt oder vervielfältigt werden. Gerichtsstand und Erfüllungsort: Berlin.

Die Verbände der IGZ

Brandenburg:

Verband Niedergelassener Zahnärzte

Land Brandenburg e.V.

Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam

Tel. (0331) 297 71 04

Fax (0331) 297 71 65

www.vnzlb.de

Hamburg:

Zahnärzteverband Z2000

Mühlendamm 92, 22087 Hamburg

Tel. (040) 22 76 180

Fax (040) 22 76 120

Saarland:

Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.

Puccinistr. 2, 66119 Saarbrücken

Tel. (0681) 58 49 359

Fax (0681) 58 49 363

www.vdzis.de

Westfalen-Lippe:

Wählerverband Zahnärzte Westfalen

Reichshofstr. 77, 58239 Schwerte

Tel. (02304) 671 37

Fax (02304) 632 54

www.w-z-w.de