

---

# Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext

Ralph Kaufhold, Markus Schneider

## Inhaltsverzeichnis

- 1 Ausgangssituation und Zielsetzung**
- 2 Methodisches Studiendesign**
- 3 Länderbeschreibung**
  - 3.1 Dänemark
  - 3.2 Deutschland
  - 3.3 Frankreich
  - 3.4 Großbritannien
  - 3.5 Niederlande
  - 3.6 Schweiz
  - 3.7 Ungarn
- 4 Forschungsergebnisse**
  - 4.1 Eingehende Untersuchung und Beratung eines neuen Patienten
  - 4.2 Individualprophylaktische Versorgung für Kinder
  - 4.3 Zweiflächige direkte Füllung für Zahn 45
  - 4.4 Dreiflächige indirekte Einlagefüllung an Zahn 36
  - 4.5 Wurzelkanalfüllung an Zahn 46
  - 4.6 Extraktion des Zahnes 31
  - 4.7 Verblendete Krone auf dem Zahn 21
  - 4.8 Vollgussbrücke von Zahn 45 bis Zahn 47
  - 4.9 Vollverblendete Brücke von Zahn 45 bis Zahn 47
  - 4.10 Modellgussprothese
  - 4.11 Totalprothetische Versorgung im Ober- und Unterkiefer
- 5 Zusammenfassende Diskussion**

## 1 Ausgangssituation und Zielsetzung

Viele Bereiche des öffentlichen und privaten Lebens werden durch Entscheidungen auf der europäischen Ebene beeinflusst, prominentestes Beispiel ist die Einführung des Euro als gemeinsame Währung. Die Urteile des Europäischen Gerichtshofes aus dem Jahr 1998 zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zeigen, dass auch für die nationalen Gesundheitssysteme von einer wachsenden Bedeutung der europäischen Komponente ausgegangen werden kann. Eine notwendige Voraussetzung, um diese Entwicklung aktiv begleiten und gestalten zu können, ist der gegenseitige Informationsaustausch über die (zahn-)ärztlichen Versorgungssysteme. Da bereits heute nationale gesundheitspolitische Diskussionen vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen geführt werden, erwächst aus einem solchen Transfer von Know-How ein zusätzlicher Nutzen für alle Akteure im Gesundheitswesen.

Das gesundheitsökonomische Forschungsprojekt "Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (EURO-Z)", welches das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit der Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (BASYS) realisiert hat, verfolgt das Ziel, einen systematischen Überblick über die zahnärztliche Vergütungssituation in sieben europäischen Ländern zu gewinnen. Bisherige Erhebungsansätze zu diesem Thema basieren in der Regel auf dem Vergleich nationaler Gebührenordnungen. Die Aussagekraft solcher Studien ist begrenzt, da sie die Frage nach den Leistungsinhalten der Gebührenpositionen nicht beantworten können. Darüber hinaus erfolgt im europäischen Ausland die Vergütung zahnärztlicher Leistungen nicht immer auf der Grundlage einer Gebührenordnung.

Für EURO-Z wurden in einem methodisch aufwendigen, zweistufigen Erhebungsverfahren - Stufe 1: schriftliche Befragung und Stufe 2: Vor-Ort-Gespräche - die Honorare, Material- und Laborkosten, Selbstbeteiligungsregelungen und weitere Kontextinformationen für elf Leistungen aus verschiedenen Bereichen des zahnmedizinischen Versorgungsspektrums erhoben (vgl. Kapitel 2). Die vorliegende IDZ-Information präsentiert die zentralen Studienergebnisse, welche die gesundheitspolitische Diskussionslandschaft neu beleben können.

Die Autoren möchten an dieser Stelle herzlich den nationalen zahnärztlichen Berufsverbänden danken, ohne deren weitreichende Unterstützung EURO-Z in dieser Form nicht möglich gewesen wäre. Ein weiterer Dank geht an unsere engagierten Kollegen, insbesondere Zahnarzt/Dipl.-Ing. Meyer und Frau Fink (beide IDZ) und ferner Dr. Hofmann (BASYS), welche durch ihre inhaltliche Mitarbeit erkennbar zum Erfolg von EURO-Z beigetragen haben. Für die intensive Diskussion über die zahnmedizinischen Leistungsinhalte gebührt Dr. Engel, Präsident der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, ein besonderer Dank.

## 2 Methodisches Studiendesign

Im Kern ist EURO-Z eine schriftliche und mündliche Expertenbefragung, welche das Ziel hat, in sieben europäischen Ländern das zahnärztliche Honorar, die Material- und Laborkosten und die Selbstbeteiligungsregelungen für elf zahnmedizinische Leistungen zu erheben. Bezogen auf die zentrale Fragestellung von EURO-Z bietet die Expertenbefragung eine gute Möglichkeit, in einem organisatorisch und finanziell vertretbaren Rahmen die gewünschten Informationen zu erhalten. Da die monetären Aspekte der zahnärztlichen Versorgung allein wenig aussagekräftig sind, wurden zusätzliche Kontextinformationen in den einzelnen Ländern, z. B. über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die allgemeinen Lebenshaltungskosten, gesammelt. Natürlich kann aus diesen Informationen kein klinisch-medizinischer Qualitätsvergleich zahnärztlicher Leistungen abgeleitet werden, jedoch vermitteln sie einen ersten Eindruck über mögliche Hintergründe von "Preisunterschieden".

### *Vorbereitungsphase*

Die zahnmedizinischen Leistungen wurden so ausgewählt, dass sie einen versorgungsmedizinischen Bogen von der eingehenden Untersuchung und Beratung bis hin zur totalprothetischen Versorgung spannen. Gleichzeitig wurden sowohl Leistungen, welche aus deutscher Sicht die Kriterien "ausreichend, zweckmäßig und wirt-

schaftlich" erfüllen, als auch qualitativ höherwertige Versorgungsformen berücksichtigt. Einen Überblick über die ausgewählten Leistungen gibt Tabelle 1.

**Tabelle 1: Ausgewählte zahnärztliche Leistungen**

- Eingehende Untersuchung und Beratung eines neuen Patienten
- Individualprophylaktische Versorgung für Kinder
- Zweiflächige direkte Füllung
- Dreiflächige indirekte Einlagefüllung
- Wurzelkanalfüllung
- Extraktion
- Verblendete Krone
- Vollgussbrücke
- Vollverblendete Brücke
- Modellgussprothese
- Totalprothetische Versorgung

Neben Deutschland (D) wurden Dänemark (DK), Frankreich (F), Großbritannien (GB), Niederlande (NL), Schweiz (CH) und Ungarn (H) in die Untersuchung einbezogen. Ähnlich wie in **Deutschland** erfolgt auch in **Frankreich** die (zahn-) medizinische Versorgung eines Großteils der Bevölkerung im Rahmen einer gesetzlichen Krankenversicherung. Anders sieht dies in **Dänemark** und **Großbritannien** aus. Dort sind staatliche Gesundheitssysteme Träger der (zahn-) medizinischen Versorgung. Die weitreichende Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung macht die **Niederlande** und die **Schweiz** für EURO-Z interessant. **Ungarn**, ein Land, dessen Gesundheitssystem sich im Wandel von einer staatlichen Versorgung hin zu einer gesetzlichen Krankenversicherung befindet, rundet die Auswahl ab.

#### *Schriftliche Befragung*

Wichtigster Arbeitsschritt bei der Entwicklung des Fragebogens war eine Konkretisierung der ausgewählten Leistungen, indem jeweils die zu versorgenden Zähne und die zu verwendenden Materialien verbindlich für die Abfrage vorgegeben wurden. Der Fragebogen enthielt eine Aufforderung, für jede Leistung neben den monetären Größen die zentralen zahnärztlichen Behandlungseckpunkte anzugeben und zu kommentieren. Auf einer Informationsveranstaltung am 15. April 1999 in Köln wurden das Anliegen und Projektdesign von EURO-Z mit Vertretern der zahnärztlichen Berufsverbände aus Deutschland, Frankreich, Großbritannien und der Schweiz ausführlich diskutiert. Die Ergebnisse und Ideen wurden bei der inhaltlichen Gestaltung des Fragebogens berücksichtigt. Anfang Mai 1999 erfolgte der Versand des in Landessprache bzw. ins Englische übersetzten Fragebogens an die von den sieben zahnärztlichen Berufsverbänden benannten Experten. Ende Juni 1999 war der Fragebogenrücklauf abgeschlossen.

#### *Vor-Ort-Gespräche*

Die Auswertung der schriftlichen Ergebnisse zeigte, dass die erreichte Antworttiefe im Hinblick auf die zentralen Behandlungseckpunkte stark variierte. Um zu "vergleichbaren" Leistungsinhalten zu gelangen, wurden anhand eines Referenzsystems die Antwortlücken identifiziert und in einen zahnmedizinischen Fragenkatalog für die

Vor-Ort-Gespräche aufgenommen. Parallel wurde ein bebildertes zahnmedizinisches Manual, welches sich an den Behandlungseckpunkten des Referenzsystems orientiert, entwickelt. Hauptzweck und vorrangiges Ziel der Vor-Ort-Gespräche war die Validierung der schriftlichen Antworten und das Schließen der Antwortlücken. In einem zweiten Gesprächsteil sollten Kontextinformationen gesammelt werden, um die Interpretationsbasis der Ergebnisse zu verbessern. Auch hierzu wurde ein umfangreicher Fragenkatalog erarbeitet. Alle Vor-Ort-Gespräche in den einzelnen Ländern wurden im Oktober 1999 mit den Experten, welche den Fragebogen in Stufe 1 beantwortet hatten, durchgeführt. Im Durchschnitt standen jeweils etwa drei Stunden für die Interviews zur Verfügung.

Die Ergebnisse der schriftlichen und mündlichen Befragung wurden, soweit notwendig, durch allgemein zugängliche Datenquellen ergänzt. Für den Fall, dass sich offene Fragen auf diesem Wege nicht klären ließen, wurde die Experten erneut telefonisch oder schriftlich angesprochen.

### **3 Länderbeschreibung**

Im folgenden Kapitel werden die Grundzüge der zahnmedizinischen Versorgung und ihre Einbettung in die Gesundheitssysteme (vgl. Anderson, Whitehouse und Treasure, 1997) der EURO-Z-Länder skizziert.

#### **3.1 Dänemark**

Mit 5,3 Mio. Menschen ist Dänemark das Land mit der niedrigsten Bevölkerungszahl in der Untersuchung. Das dänische Staatsgebiet umfasst 43.094 km<sup>2</sup> (vgl. Statistisches Bundesamt, 1999). Seit 1973 ist für die gesundheitliche Betreuung aller dänischen Bürger der staatliche Gesundheitsdienst zuständig, dessen Organisation den 14 Amtskommunen sowie den 275 Gemeinden obliegt. Regierung und Parlament setzen den gesetzlichen und politischen Rahmen. Die Finanzierung des Gesundheitsdienstes erfolgt aus dem allgemeinen Steueraufkommen.

Für Kinder und Jugendliche bis unter 18 Jahren wird jede zahnärztliche Behandlung inkl. kieferorthopädischer Leistungen kostenlos durch Zahnärzte des öffentlichen Dienstes erbracht. Die zahnärztliche Versorgung der Erwachsenen wird durch ca. 3800 in eigener Praxis niedergelassene Zahnärzte sichergestellt. Der Patient hat das Recht auf freie Wahl seines Zahnarztes. Für Untersuchung und Diagnose, Prophylaxe, plastische Füllungen, Extraktionen und Leistungen der Parodontologie, Endodontie und Oralchirurgie erhalten die Patienten einen staatlichen Zuschuss (vgl. Widström und Eaton, 1999). Dieser Zuschuss erreicht in Abhängigkeit vom Alter des Patienten und der Art der Versorgung maximal 66 %. Die meisten Erwachsenen müssen Röntgenbilder, kieferorthopädische Leistungen, Kronen, festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatz voll übernehmen. Etwa jeder vierte Erwachsene verfügt über eine private Krankenversicherung, welche den Teil der zahnärztlichen Behandlungskosten deckt, die nicht durch den Staat übernommen werden. Die Fortschreibung der verbindlichen Gebührenordnung sowie das staatliche Zuschusssystem werden halbjährlich zwischen dem Berufsverband dänischer Zahnärzte (Dansk Tandlaegeforening) und den Amtskommunen abgestimmt. Für zahnärztliche Versorgungen, die nicht durch die Regierung bezuschusst werden, kann der Zahnarzt in

Abhängigkeit vom Arbeitsaufwand über die Höhe des Honorars frei entscheiden. Insgesamt entfallen etwa 35 % der Umsätze auf diese Leistungen (vgl. Preusker, 1999).

**Tabelle 2: Kennzahlen zur Epidemiologie und zur zahnärztlichen Versorgung in Dänemark**

DMFT (12-Jährige) <sup>1)</sup>				1,2 (1995)
DMFT (35- bis 44-Jährige) <sup>1)</sup>				22,9 (1985)
Völlige Zahnlosigkeit (65- bis 74-Jährige) in Prozent der Bevölkerung <sup>2)</sup>				40,0 (o. J.)
		<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>
Einwohner je Zahnarzt <sup>3)</sup>		1129	1124	1117
Zahnärztliche Leistungen pro Kopf in DM (KKP) <sup>4), 5)</sup>		333	351	352
Zahnärztliche Leistungen in Prozent des BIP <sup>4), 6)</sup>		0,72	0,71	0,69

Quelle: 1) WHO, 2000

2) Widström, Eaton und van den Heuvel, 1996

3) Danmarks Statistik, 1997; eigene Berechnungen

4) BASYS, 2000

5) KKP = Kaufkraftparität

6) BIP = Bruttoinlandsprodukt

### 3.2 Deutschland

Das deutsche Staatsgebiet umfasst 357.020 km<sup>2</sup>; unter den EURO-Z Ländern hat Deutschland mit 82,0 Mio. Menschen die größte Bevölkerung (vgl. Statistisches Bundesamt, 1999). In Deutschland gibt es seit langem ein institutionell gefestigtes Krankenversicherungssystem. Die Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen und -gütern wird durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV) gewährleistet. Westdeutsche Arbeitnehmer, deren Einkommen unterhalb einer Beitragsbemessungsgrenze von 6.450 DM pro Monat liegt, sind Pflichtmitglied der GKV. Ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze eröffnet dem Arbeitnehmer die Möglichkeit, Mitglied der PKV zu werden. Etwa 90 % der Bevölkerung sind Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen erfolgt im wesentlichen durch einkommensabhängige Beiträge, die paritätisch vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen werden. Die Versicherten der GKV erhalten im Krankheitsfall die erforderlichen (zahn-) medizinischen Leistungen als Sachleistungen. In der PKV gilt das Prinzip der Vertragsfreiheit; der vom Versicherungsnehmer gewählte Leistungsumfang bestimmt die Höhe seiner Beitragszahlungen. Die Leistungsgewährung in der PKV erfolgt nach dem Kostenerstattungsprinzip (vgl. Kaufhold, 1996). Grundsätzlich kann jedes Mitglied der GKV und PKV seinen (Zahn-)Arzt frei wählen.

Im Jahr 1998 wurde die zahnärztliche Versorgung in Deutschland durch 62.277 handelnd tätige Zahnärzte sichergestellt. Etwa 83 % dieser Zahnärzte waren in eigener Praxis niedergelassen, weitere 12 % praktizierten als Assistent, angestellter Zahnarzt oder Vertreter des Praxisinhabers (vgl. BZÄK, 1999). Die Spitze der zahnärztlichen Berufsvertretung bilden die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Die wichtigste Aufgabe der KZBV und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder ist die Sicherstellung der

vertragszahnärztlichen Versorgung, d. h.: In verbindlichen Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen werden die Rechte und Pflichten der Vertragszahnärzte festgelegt, aufgrund deren die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz und kieferorthopädischen Maßnahmen der gesetzlich Versicherten durchzuführen ist. Die BZÄK und die Landes Zahnärztekammern vertreten die gesundheitspolitischen und beruflichen Interessen aller Zahnärzte und verfolgen das allgemeine gesundheitspolitische Ziel, die Mundgesundheit der Bevölkerung zu erhalten und wiederherzustellen (vgl. BZÄK/KZBV, 2000). Der Leistungskatalog der GKV umfasst allgemeine, konservierende und chirurgische Behandlungen, Kieferorthopädie für Kinder unter 18 Jahren, Parodontalbehandlungen und Prothetik. Der Versicherte muss bei der kieferorthopädischen Behandlung 10-20 %, bei der prothetischen Versorgung 35-50 % der Behandlungskosten übernehmen. Nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung zahlt die gesetzliche Krankenkasse die geleistete Selbstbeteiligung an die Versicherten zurück. Im Bereich der GKV wird das zahnärztliche Honorar anhand des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z) festgelegt. Der BEMA-Z weist jeder zahnärztlichen Einzelleistung eine Punktzahl zu. Das zahnärztliche Honorar ergibt sich durch Multiplikation der Punktzahlen mit dem gültigen Punktwert. Grundlage für die Vergütung zahnärztlicher Leistungen, welche für Privatpatienten erbracht werden, ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Die GOZ weist den einzelnen zahnärztlichen Leistungen einen in DM ausgedrückten Gebührensatz zu, den der Zahnarzt unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des einzelnen Behandlungsfalls (in bestimmten Grenzen) erhöhen kann. In den alten Bundesländern setzte sich das zahnärztliche Einkommen 1997 wie folgt zusammen: ca. 80 % GKV-Bereich inkl. 20 % Selbstbeteiligungen, ca. 20 % PKV-Bereich (vgl. KZBV, 2000).

**Tabelle 3: Kennzahlen zur Epidemiologie und zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland**

DMFT (12-Jährige) <sup>1)</sup>	1,7 (1997)		
DMFT (35- bis 44-Jährige) <sup>1)</sup>	16,1 (1997)		
Völlige Zahnlosigkeit (65- bis 74-Jährige) in Prozent der Bevölkerung <sup>1)</sup>	24,8 (1997)		
	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>
Einwohner je Zahnarzt <sup>2)</sup>	1350	1336	1323
Zahnärztliche Leistungen pro Kopf in DM (KKP) <sup>3)</sup>	386	416	434
Zahnärztliche Leistungen in Prozent des BIP <sup>3)</sup>	0,92	0,97	0,98

Quelle: 1) IDZ, 1999

2) BZÄK, 1999; eigene Berechnungen

3) BASYS, 2000

### 3.3 Frankreich

Mit einer Fläche von 543.964 km<sup>2</sup> verfügt Frankreich über das größte Staatsgebiet der ausgewählten Länder. Die französische Bevölkerung umfasst etwa 58,3 Mio. Personen (vgl. Statistisches Bundesamt, 1999). Die gesetzliche Krankenversicherung (Assurance Maladie) wurde 1945 eingeführt. Sie gewährleistet den allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung und ist eine der Sozialversicherung zugeordnete

Pflichtversicherung. Das Krankenversicherungssystem findet seine Ausformung durch verschiedene berufsständische Krankenkassen, in denen etwa 95 % der Bevölkerung versichert sind (vgl. Duriez, 1998). Die Finanzierung des Systems erfolgt anteilig durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Bemessungsgrundlage ist das Bruttoeinkommen, eine Beitragsbemessungsgrenze existiert nicht.

Alle in Frankreich ansässigen Personen haben Anspruch auf eine zahnärztliche Versorgung im Sinne der "Convention". Die Convention wird zwischen dem Berufsverband der französischen Zahnärzte (Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, CNSD) und dem höchsten Verwaltungsorgan der gesetzlichen Krankenversicherung (Caisse National d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) ausgehandelt. In der Convention werden nicht nur Leistungsumfang und Höhe der zahnärztlichen Gebühren festgelegt, vielmehr enthält sie auch allgemeine Regelungen zur zahnärztlichen Berufsausübung (vgl. Durand de Bousingen, 1999). Ungefähr 95 % der französischen Zahnärzte sind in eigener Praxis niedergelassen und praktizieren - von wenigen Ausnahmen abgesehen - im Rahmen der Convention. Für den Patienten gilt das Recht der freien Zahnarztwahl. Für konservierend-chirurgische und parodontologische Leistungen legt die Convention die Höhe der zahnärztlichen Honorare verbindlich fest. In Frankreich gilt das Kostenerstattungsprinzip, d. h. der Patient bezahlt den Zahnarzt und erhält von seiner Krankenkasse für die oben genannten Leistungsbereiche eine Erstattung von bis zu 70 %. Bei den meisten prothetischen Leistungen ist der Zahnarzt in der Preisgestaltung frei. Nach vorheriger Genehmigung erstatten die Krankenkassen einen Teil der prothetischen Behandlungskosten in Form einer Pauschale. Über 90 % der französischen Bevölkerung verfügen über eine freiwillige Zusatzversicherung "Mutuelles", welche die Selbstbeteiligungen vollständig oder teilweise abdeckt (vgl. Durand de Bousingen, 1999). Im Jahr 1997 kamen die privaten Haushalte für etwa 37 % der Ausgaben für zahnärztliche Versorgung nach Abzug der Zuschüsse auf (vgl. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999).

**Tabelle 4: Kennzahlen zur Epidemiologie und zur zahnärztlichen Versorgung in Frankreich**

DMFT (12-Jährige) <sup>1)</sup>				2,1 (1993)
DMFT (35- bis 44-Jährige) <sup>1)</sup>				14,6 (1994)
Völlige Zahnlosigkeit (65- bis 74-Jährige) in Prozent der Bevölkerung <sup>2)</sup>				15,5 (o. J.)
		<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>
Einwohner je Zahnarzt <sup>3)</sup>		1469	1479	1488
Zahnärztliche Leistungen pro Kopf in DM (KKP) <sup>4)</sup>		221	226	226
Zahnärztliche Leistungen in Prozent des BIP <sup>4)</sup>		0,54	0,54	0,53

Quelle: 1) WHO, 2000

2) Hescot, 1999

3) CNAMTS, 1997

4) BASYS, 2000

### 3.4 Großbritannien

Mit 59,9 Mio. Einwohnern und einem Staatsgebiet von 241.751 km<sup>2</sup> (vgl. Statistisches Bundesamt, 1999) ist Großbritannien ein dichtbesiedeltes Land. Großbritan-

nien verfügt seit 1948 über einen nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS). Der NHS gewährt allen Bürgern des Landes gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Die Finanzierung des NHS erfolgt überwiegend aus Steuergeldern, ein geringer Teil stammt aus den Pflichtbeiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber zur staatlichen Einheitsversicherung (National Insurance, NI). Das Gesundheitsministerium ist gegenüber dem Parlament für die Bereitstellung der Gesundheitsleistungen innerhalb des NHS verantwortlich.

Die zahnärztliche Versorgung wird in erster Linie durch selbstständige Zahnärzte (General Dental Practitioners, GDP) in eigener Praxis erbracht. Um eine zahnärztliche Behandlung zu Bedingungen des NHS erhalten zu können, muss sich der Patient in einer Zahnarztpraxis registrieren lassen. Diese Registrierung gilt für 15 Monate, in dieser Zeit kann der Patient den Zahnarzt nicht wechseln. Der GDP ist nicht verpflichtet, jeden neuen Patienten des NHS zur Behandlung anzunehmen. Zur Zeit sind etwa 28 Mio. Briten als "registered patients" bei einem GDP eingeschrieben, dies entspricht etwa 44 % aller Erwachsenen und 61 % aller Kinder (vgl. The Stationery Office Limited, 2000). Die Höhe der zahnärztlichen NHS-Honorare wird durch den Berufsverband der britischen Zahnärzte (British Dental Association, BDA) und das Gesundheitsministerium ausgehandelt. Die zahnärztliche Versorgung ist für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr frei, der behandelnde Zahnarzt erhält eine nach Alter gestaffelte Kopfpauschale. Die zahnärztliche NHS-Versorgung der Erwachsenen reicht von der Untersuchung und Diagnose bis zu prothetischen Leistungen. Das zahnärztliche Honorar wird nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung ermittelt, die Selbstbeteiligung des Patienten beträgt für alle Leistungen 80 % bis zu einer Höchstgrenze von 348 £ (KKP: 1058 DM) pro Jahr. Etwa 1,5 Mio. Briten verfügen über eine zahnärztliche Zusatzversicherung (vgl. Widström und Eaton, 1999). Die größten privaten Versicherer arbeiten mit sogenannten Vorauszahlungsplänen, bei denen die teilnehmenden Zahnärzte eine Kopfpauschale erhalten. Bei reinen Privatpatienten, welche die gesamten Behandlungskosten selbst tragen, ist der Zahnarzt in der Honorargestaltung frei. Zwischen 1992 und 1999 stieg der finanzielle Anteil der privaten zahnärztlichen Versorgung von 8 % auf 35 % (vgl. BDA, 2000). Innerhalb des NHS gibt es einen öffentlichen zahnärztlichen Dienst (Community Dental Service, CDS), zu dessen Aufgaben neben der Betreuung von Schulkindern und Patienten, welche ansonsten keinen Zugang zur zahnärztlichen Versorgung haben, auch die Durchführung staatlicher Screening-Programme gehört.



**Tabelle 5: Kennzahlen zur Epidemiologie und zur zahnärztlichen Versorgung in Großbritannien**

DMFT (12-Jährige) <sup>1)</sup>				1,1 (1997)
DMFT (35- bis 44-Jährige) <sup>1)</sup>				19,0 (1990)
Völlige Zahnlosigkeit (65- bis 74-Jährige) in Prozent der Bevölkerung <sup>2)</sup>				58,0 (o. J.)
	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	
Einwohner je Zahnarzt <sup>3)</sup>	2235	2212	2184	
Zahnärztliche Leistungen pro Kopf in DM (KKP) <sup>4)</sup>	165	174	176	
Zahnärztliche Leistungen in Prozent des BIP <sup>4)</sup>	0,45	0,44	0,43	

Quelle: 1) WHO, 2000

2) Widström, Eaton und van den Heuvel, 1996

3) BDA, 1999; eigene Berechnungen

4) BASYS, 2000

### 3.5 Niederlande

Mit 15,6 Mio. Einwohnern auf 41.029 km<sup>2</sup> sind die Niederlande das dichtbesiedeltste Land des EURO-Z-Ländersamples (vgl. Statistisches Bundesamt, 1999). Die soziale Absicherung gegen Krankheitsrisiken erfolgt durch zwei verschiedene Sozialversicherungssysteme. In der Volksversicherung (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ), die insbesondere ambulante und stationäre Pflege, die Versorgung von körperlich und geistig Behinderten sowie die psychiatrische Versorgung umfasst, sind alle Niederländer pflichtversichert (vgl. Müller, 1996). Niederländische Bürger, deren Jahreseinkommen unter 64.300 NLG (KKP: 61.728 DM) liegt, sind Pflichtmitglied der sozialen Krankenversicherung (Ziekenfondswet, ZFW). Die ZFW deckt ambulante haus- und fachärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung, einen Teil der zahnärztlichen Behandlung sowie Arznei- und Hilfsmittel ab. Niederländer, deren Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, dies sind etwa 35 % der Bevölkerung, müssen sich privat krankenversichern. Die Finanzierung der AWBZ und der ZFW erfolgt im wesentlichen über einkommensabhängige Beiträge, die größtenteils vom Arbeitgeber getragen werden, der Beitragsanteil der Arbeitnehmer ist wesentlich geringer. Die Mitglieder der ZFW können private Zusatzversicherungen für nicht im Pflichtpaket ihrer Krankenkasse enthaltene Leistungen abschließen. Von dieser Möglichkeit machen ca. 90 % der Krankenkassenmitglieder Gebrauch, insbesondere um die Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung abzudecken (Jakubowski und Busse, 1999). Fast alle privaten Zusatzversicherungen sehen einen Eigenanteil von 25 % vor (vgl. Gerritz, 1996).

Neun von zehn in den Niederlanden tätige Zahnärzte besitzen eine eigene Praxis (vgl. Vos und Kruisheer, 1999). Der zahnärztliche Versicherungsschutz für Erwachsene im Rahmen der sozialen Krankenversicherung umfasst nur noch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, Beratungen über Mundhygiene und Zahnsteinentfernung. Für diese "Cluster"-Leistungen erhält der Zahnarzt eine jährliche Vorsorgepauschale, unabhängig davon, wie oft der Patient diese Leistungen in Anspruch nimmt. Aus dem Bereich der prothetischen Leistungen ist nur noch die Vollprothese Gegenstand des ZFW-Leistungskataloges. Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und einen jährlichen Zahnarztbesuch nachweisen können, haben Anspruch auf

eine kostenlose zahnärztliche Versorgung innerhalb der sozialen Krankenversicherung, mit Ausnahme von Kronen, Brücken, kieferorthopädischen Leistungen und Implantaten. Die zahnärztlichen Honorare werden nicht zwischen dem Berufsverband niederländischer Zahnärzte (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, NMT) und den Krankenkassen ausgehandelt, sondern von der Zentralstelle für Tarife, nach Anhörung der Beteiligten, festgelegt. Dieses Tarifsystem gilt sowohl für die soziale als auch für die private Krankenversicherung. Die darin aufgeführten Honorare dürfen unter- aber nicht überschritten werden. Im Jahr 1997 kamen die privaten Haushalte für etwa zwei Drittel der Ausgaben für zahnärztliche Versorgung nach Abzug der Versicherungsleistung auf.

**Tabelle 6: Kennzahlen zur Epidemiologie und zur zahnärztlichen Versorgung in den Niederlanden**

DMFT (12-Jährige) <sup>1)</sup>	0,9 (1993)		
DMFT (35- bis 44-Jährige) <sup>1)</sup>	17,4 (1986)		
Völlige Zahnlosigkeit (65- bis 74-Jährige) in Prozent der Bevölkerung <sup>2)</sup>	65,0 (o. J.)		
	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>
Einwohner je Zahnarzt <sup>3)</sup>	1945	1933	1880
Zahnärztliche Leistungen pro Kopf in DM (KKP) <sup>4)</sup>	139	146	156
Zahnärztliche Leistungen in Prozent des BIP <sup>4)</sup>	0,34	0,34	0,37

Quelle: 1) WHO, 2000

2) Widstöm, Eaton und van den Heuvel, 1996

3) CBS, 1998; NMT, 1999; eigene Berechnungen

4) BASYS, 2000

### 3.6 Schweiz

In der Schweiz leben auf 41.284 km<sup>2</sup> etwa 7,3 Mio. Menschen (vgl. Statistisches Bundesamt, 1999). Mit dem 01.01.1996 trat in der Schweiz ein neues Krankenversicherungsgesetz in Kraft. Mit diesem Gesetz wurde erstmalig eine allgemeine Versicherungspflicht eingeführt. Diese bezieht sich auf ein einheitliches Leistungspaket, das eine vollständige medizinische Versorgung gewährleistet (vgl. Stillfried, 1996). Beiträge zur Krankenversicherung werden in Form einer Kopfprämie erhoben, der Arbeitgeber ist an den Versicherungsbeiträgen nicht beteiligt. Darüber hinaus wird der Versicherte über eine Jahresfranchise und eine prozentuale Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten - bis maximal 750 Franken (KKP: 758 DM) pro Jahr - beteiligt. Den schweizerischen Krankenkassen ist es erlaubt, private Zusatzversicherungen mit risikoäquivalenten Prämien anzubieten (vgl. Bonelli, 1997). Etwa 10 % der Schweizer Bevölkerung haben zur Abdeckung von Zahnbehandlungskosten eine private Zusatzversicherung abgeschlossen.

Über 85 % der Schweizer Zahnärzte arbeiten in einer Privatpraxis. Sowohl die wissenschaftlichen als auch die wirtschaftlichen und standespolitischen Interessen der Zahnärzte werden durch die Schweizerische Zahnärztesgesellschaft (Société Suisse d'Odonto-Stomatologie, SSO) vertreten. Die zahnärztliche Honorierung erfolgt anhand eines umfangreichen Zahnarzt-Tarifes. Dieser basiert darauf, dass jeder zahnärztlichen Leistung eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zugeordnet wird. Multipli-

ziert mit dem Taxpunktwert ergibt sich der Frankenbetrag. Der Zahnarzt-Tarif gilt einerseits für Sozialversicherer im Bereich der Unfallversicherung sowie der Invaliden- und Militärversicherung und andererseits für Privatpatienten. Vom Zahnarzt-Tarif nicht berührt wird die Krankenversicherung, da die Krankenkassen in der Grundversicherung keinerlei zahnärztliche Behandlungen übernehmen. Krankenkassen, die zahnmedizinische Leistungen vergüten, tun dies entweder auf Grund ihrer statutarischen Bestimmungen oder aber im Rahmen einer Zusatzversicherung; in beiden Fällen gilt der Tarif für Privatpatienten (vgl. SSO, 1994). Die Kosten einer zahnmedizinischen Behandlung übernimmt die Krankenversicherung nur, wenn diese durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kauystems oder aufgrund einer schweren Allgemeinerkrankung oder durch Unfall notwendig geworden ist. In einer Positivliste ist genau aufgeführt, bei welcher medizinischen Indikation die Krankenkasse leistungspflichtig wird (vgl. Eugster, 1997). Die Verfassung einiger Schweizer Kantone sieht die Einrichtung eines sogenannten schulzahnärztlichen Dienstes für Kinder auf Gemeindeebene vor, der sowohl durch einen öffentlichen zahnärztlichen Dienst als auch durch privat praktizierende Zahnärzte erbracht werden kann (vgl. KSK, 2000). Im Jahr 1997 kamen die privaten Haushalte für etwa 92 % der Ausgaben für zahnärztliche Versorgung nach Abzug aller Versicherungsleistungen auf (Bundesamt für Statistik, 1999).

**Tabelle 7: Kennzahlen zur Epidemiologie und zur zahnärztlichen Versorgung in der Schweiz**

DMFT (12-Jährige) <sup>1)</sup>	1,1 (1992)		
DMFT (35- bis 44-Jährige) <sup>1)</sup>	18,8 (1988)		
Völlige Zahnlosigkeit (65- bis 74-Jährige) in Prozent der Bevölkerung <sup>2)</sup>	15,3 (1988)		
	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>
Einwohner je Zahnarzt <sup>3)</sup>	1973	1910	1892
Zahnärztliche Leistungen pro Kopf in DM (KKP) <sup>4)</sup>	408	434	461
Zahnärztliche Leistungen in Prozent des BIP <sup>4)</sup>	0,79	0,85	0,87

Quelle: 1) WHO, 2000

2) Feldmann et al., 1993

3) Pharma Information, 1997, 1998

4) BASYS, 2000

### 3.7 Ungarn

Ungarn verfügt über ein Staatsgebiet von 93.032 km<sup>2</sup> und eine Bevölkerung von 9,9 Mio. Menschen (vgl. Statistisches Bundesamt, 1999). Vor dem Hintergrund der politischen Wende des Jahres 1992 wurde das ungarische Gesundheitswesen grundlegend reformiert. Die staatlich finanzierte freie Gesundheitsversorgung wurde abgelöst durch ein Krankenversicherungssystem mit Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung, deren einziger Träger die nationale Krankenkasse (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, OEP) ist. Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt durch einkommensabhängige Beiträge zur nationalen Krankenkasse, die überwiegend vom Arbeitgeber getragen werden, und staatliche Budgets (vgl. Arzneimittel Zeitung, 1998). Den gesundheitspolitischen Rahmen setzt das Gesundheitsmi-

nisterium, die organisatorische Verantwortung für die ambulante und stationäre (zahn-) medizinische Versorgung tragen die Gemeinden.

Von den rund 4500 ungarischen Zahnärzten haben etwa 2500 einen Vertrag mit der nationalen Krankenkasse. Etwa ein Viertel der Vertragszahnärzte ist bei den Gemeinden angestellt, welche die zahnärztlichen Leistungen mit der nationalen Krankenkasse abrechnet und den Zahnarzt entlohnt. Rund drei Viertel der Vertragszahnärzte arbeiten in einer Privatpraxis, davon jeder vierte in einer sogenannten "funktional" privatisierten Praxis. Funktional privatisiert bedeutet, dass die Praxis zwar Eigentum der Gemeinde ist, der Zahnarzt aber in einem direkten Abrechnungsverhältnis zur nationalen Krankenkasse steht. Im Gegenzug verpflichtet sich der Zahnarzt, an der zahnmedizinischen Grundversorgung der Bevölkerung teilzunehmen. Grundsätzlich besteht für den Patienten eine freie Zahnarztwahl. Im Rahmen der Grundversorgung sind seit 1996 zahnärztliche Notfallversorgung, Diagnose- bzw. Kontrolluntersuchungen, Zahnsteinentfernung, chirurgische Eingriffe und die Versorgung von Prothesenbeschwerden für jeden Patienten zuzahlungsfrei. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden die Kosten der zahnmedizinischen Versorgung mit Ausnahme der zahntechnischen Arbeiten durch die nationale Krankenkasse übernommen (vgl. European Commission, 1999). Zwischen dem 18. und 60. Lebensjahr müssen die Patienten für alle zahnmedizinischen Leistungen außerhalb der Grundversorgung selbst aufkommen (vgl. Gesetz LXXXIII über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, 1997), das zahnärztliche Honorar wird in diesem Fall über eine Gebührenordnung geregelt. Ab dem 60. Lebensjahr sind plastische Füllungen, endodontische Leistungen und die zahnärztlichen und zahntechnischen Arbeiten bei herausnehmbarem Zahnersatz zuzahlungsfrei. Die Kosten der zahntechnischen Arbeiten müssen unter 60-jährige Patienten voll übernehmen (vgl. Kalocsai und Somogyi, 1997). Eine Zahnarztpraxis, welche an der zahnmedizinischen Grundversorgung teilnimmt, erhält zur Finanzierung einen Sockelbetrag. Darüber hinaus wird die Grundversorgung mittels altersabhängiger Kopfpauschalen vergütet. Leistungen außerhalb der Grundversorgung werden anhand einer Gebührenordnung vergütet. Wichtigste berufspolitische Organisation der Zahnärzte ist seit 1989 die Zahnärztliche Sektion der Ärztekammer.

**Tabelle 8: Kennzahlen zur Epidemiologie und zur zahnärztlichen Versorgung in Ungarn**

DMFT (12-Jährige) <sup>1)</sup>	3,8 (1996)		
DMFT (35- bis 44-Jährige) <sup>1)</sup>	15,0 (1991)		
Völlige Zahnlosigkeit (65- bis 74-Jährige) in Prozent der Bevölkerung	-		
	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>
Einwohner je Zahnarzt <sup>2)</sup>	2007	1929	1863
Zahnärztliche Leistungen pro Kopf in DM (KKP) <sup>3)</sup>	-	-	65
Zahnärztliche Leistungen in Prozent des BIP <sup>3)</sup>	-	-	0,32

Quelle: 1) WHO, 2000

2) Hungarian Central Statistical Office, 1998

3) BASYS, 2000

## 4 Forschungsergebnisse

Die folgende Ergebnisdarstellung umfasst für jede zahnmedizinische Leistung eine Aufstellung der zentralen Behandlungseckpunkte, eine Übersicht der Länderbesonderheiten im Hinblick auf Inanspruchnahme und Vergütung, eine Gegenüberstellung ausgewählter Preisindizes, Angaben zu den Patientenselbstbeteiligungen und das Verhältnis von zahnärztlichem Honorar zu Material- und Laborkosten.

Mit "**Preis**" einer zahnmedizinischen Leistung wird die Summe aus zahnärztlichem Honorar und Material- und Laborkosten bezeichnet. Mittels Kaufkraftparitäten (vgl. OECD, 1999) und Einkommensverhältnissen (vgl. IW, 1999) wurden die nationalen Preise in DM-Beträge umgerechnet. **Kaufkraftparitäten (KKP)** ergeben sich aus dem Verhältnis zwischen den in Landeswährung ausgedrückten Beträgen, die erforderlich sind, um in den verschiedenen untersuchten Ländern einen Korb vergleichbarer und repräsentativer Waren zu erwerben (vgl. Statistisches Bundesamt, 1999). Die **Einkommensverhältnisse (EKV)** beziehen sich auf die durchschnittlichen Stundenlöhne in der verarbeitenden Industrie.

**Der zentrale Bezugspunkt für den Preisvergleich ist ein in Deutschland gesetzlich versicherter Patient.** Für die zahnmedizinischen Leistungen, die nicht vollständig in den Rahmen des BEMA-Z passen, wurde zur Preisermittlung die GOZ herangezogen. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Preise der zahnmedizinischen Leistungen nicht in DM-Beträgen sondern als Index dargestellt.

In Deutschland wurde für die konservierend-chirurgischen und für prothetische Leistungen des BEMA-Z ein Punktwert von 1,54 DM bzw. 1,22 DM zugrunde gelegt. Die zugehörigen Material- und Laborkosten wurden auf der Grundlage der 1999 gültigen Preisvereinbarungen für gewerbliche Laboratorien geschätzt. Wurde der Preis anhand der GOZ ermittelt, wurden die Material- und Laborkosten anhand der bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen berechnet.

Die Gebührenordnung des NHS in Großbritannien unterscheidet nicht zwischen dem zahnärztlichen Honorar und den Material- und Laborkosten. Eine Aufteilung in diese beiden Größen erfolgte durch den englischen Experten. Da der Zahnarzt vom NHS auch Zahlungen erhält, die nicht unmittelbar an eine Leistungserbringung geknüpft sind, wurden das zahnärztliche Honorar und die Material- und Laborkosten in Absprache mit dem Experten um 12,5 % erhöht.

Der Focus der Betrachtung liegt für die Schweiz auf den Privatpatienten, da die gesetzliche Krankenversicherung nur in wenigen Ausnahmefällen eine zahnmedizinische Versorgung trägt. Zur Berechnung der zahnärztlichen Honorare wurde eine mittlere Taxpunktzahl und ein Taxpunktwert von 3,90 Franken herangezogen.

### 4.1 Eingehende Untersuchung und Beratung eines neuen Patienten

#### *Behandlungseckpunkte*

Anamnese, extraorale und intraorale Untersuchung, Röntgenaufnahmen zur Kariesdiagnostik, Dokumentation, Behandlungsplanung

*Länderbesonderheiten*

**Dänemark:** Die Angaben gelten für Patienten ab dem 26. Lebensjahr. Im Alter zwischen 18 und 25 Jahren reduziert sich die Selbstbeteiligung von 60 % auf 34 %. Kinder und Jugendliche werden bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres kostenfrei durch angestellte Zahnärzte der Gemeinden versorgt.

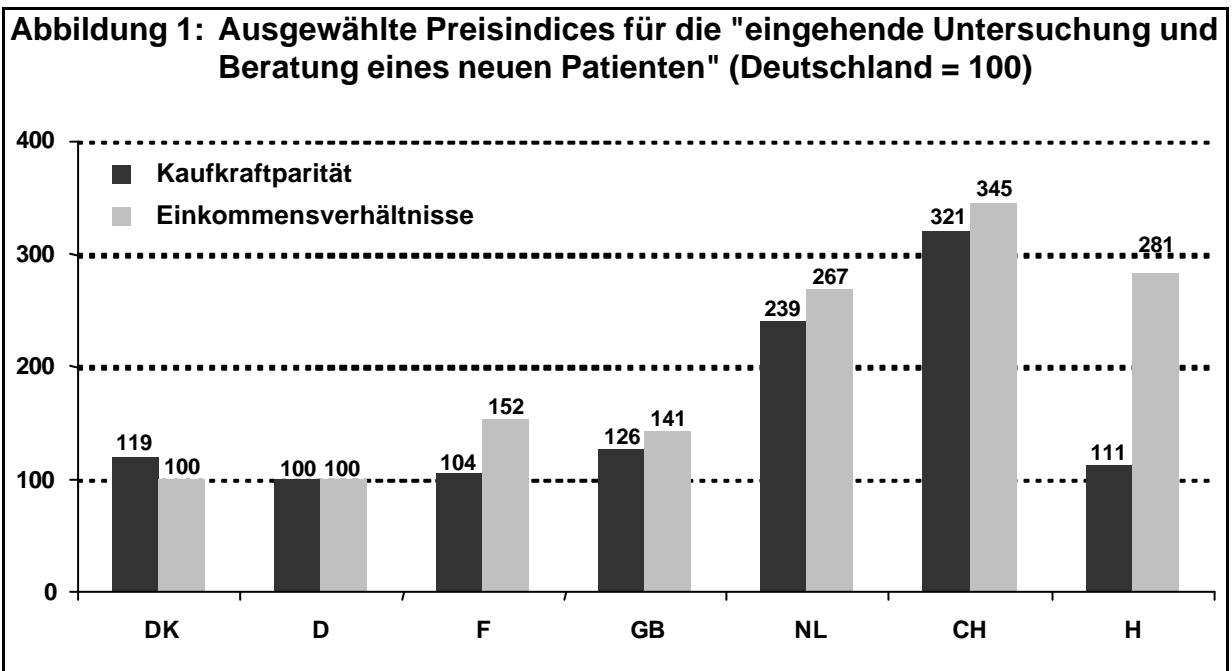
**Frankreich:** Mit Ausnahme der Röntgenaufnahmen sind alle Behandlungseckpunkte durch die zugrundegelegte Gebührenposition vergütet. Röntgenaufnahmen können nicht gemeinsam mit dieser Gebührenposition abgerechnet werden.

**Großbritannien:** Die Angaben gelten für über 18-jährige Patienten.

**Niederlande:** Die Angaben gelten für über 18-jährige Patienten. Mit Ausnahme der Röntgenaufnahmen sind alle Behandlungseckpunkte "Cluster"-Leistungen, die von der sozialen Krankenversicherung mit einer jährlichen Vorsorgepauschale pro Patient vergütet werden.

**Schweiz:** Die Angaben gelten für einen Privatpatienten.

**Ungarn:** Alle Behandlungseckpunkte gehören zur zahnmedizinischen Grundversorgung. Vertragszahnärzte erhalten von der nationalen Krankenkasse für die Praxis eine "Basisfinanzierung". Die Angaben sind als "Basisfinanzierung" pro Patient zu interpretieren.



**Tabelle 9: Eingehende Untersuchung und Beratung eines neuen Patienten**

	Selbstbeteiligung des Patienten*	Anteil an den Gesamtkosten:	
		zahnärztliches Honorar	Material- und Laborkosten
Dänemark	60 %	100 %	k. A.
Deutschland	0 %	100 %	k. A.
Frankreich	30 %	100 %	k. A.
Großbritannien	80 %	100 %	k. A.
Niederlande	0 %**	100 %	k. A.
Schweiz	100 %	100 %	k. A.
Ungarn	0 %	100 %	k. A.

\* ohne private (Zusatz-)Versicherung

\*\* ohne Röntgenleistungen

## 4.2 Individualprophylaktische Versorgung für Kinder

### *Behandlungseckpunkte*

Feststellung des Mundhygieniezustandes, Aufklärung/Beratung/Motivation, Zahnreinigung, lokale Fluoridierung, Fissurenversiegelung, Kontrolle, Dokumentation

### *Länderbesonderheiten*

- Dänemark:** Bis zum 18. Lebensjahr wird die individualprophylaktische Versorgung der Kinder und Jugendlichen in der Regel von angestellten Zahnärzten der Gemeinden erbracht.
- Deutschland:** Bis zum 6. Lebensjahr umfasst die individualprophylaktische Versorgung Früherkennungsuntersuchungen und die lokale Fluoridierung der Zähne. Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 6 und 18 Jahren haben Anspruch auf eine erweiterte individualprophylaktische Versorgung, deren zeitliche Struktur im BEMA-Z geregelt ist.
- Frankreich:** Kinder und Jugendliche müssen für die Inanspruchnahme von individualprophylaktischen Leistungen eine Selbstbeteiligung von 30 % übernehmen. Ein individualprophylaktisches Versorgungsprogramm befindet sich zur Zeit in der Testphase.
- Großbritannien:** Ein Zahnarzt erhält vom nationalen Gesundheitsdienst für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren eine nach Altersgruppen gestaffelte monatliche Kopfpauschale, mit der alle Leistungen einschließlich der individualprophylaktischen Versorgung abgegolten sind.
- Niederlande:** Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und einen jährlichen Zahnarztbesuch nachweisen können, haben Anspruch auf eine kostenlose zahnärztliche Versorgung einschließlich der Individualprophylaxe.
- Schweiz:** Dem Zahnarzt steht ein umfangreicher Katalog individualprophylaktischer Leistungen zur Verfügung, die abgestimmt auf die individu-

elle Situation des Kindes zur Anwendung gelangen. Die Kosten der individualprophylaktischen Versorgung werden von den Krankenkassen nicht übernommen.

Ungarn: Bis zum 18. Lebensjahr wird die individualprophylaktische Versorgung durch die nationale Krankenkasse finanziert.

Wie sich zeigt, ist die individualprophylaktische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den betrachteten Ländern zum Teil sehr unterschiedlich organisiert. Da diese Unterschiede die Definition eines "allgemeingültigen" Leistungsbündels nicht erlauben, **ist ein Preisvergleich an dieser Stelle nicht möglich.**

#### 4.3 Zweiflächige direkte Füllung für Zahn 45

- Klasse II Kavität (mo)
- Werkstoff Füllung: Composite

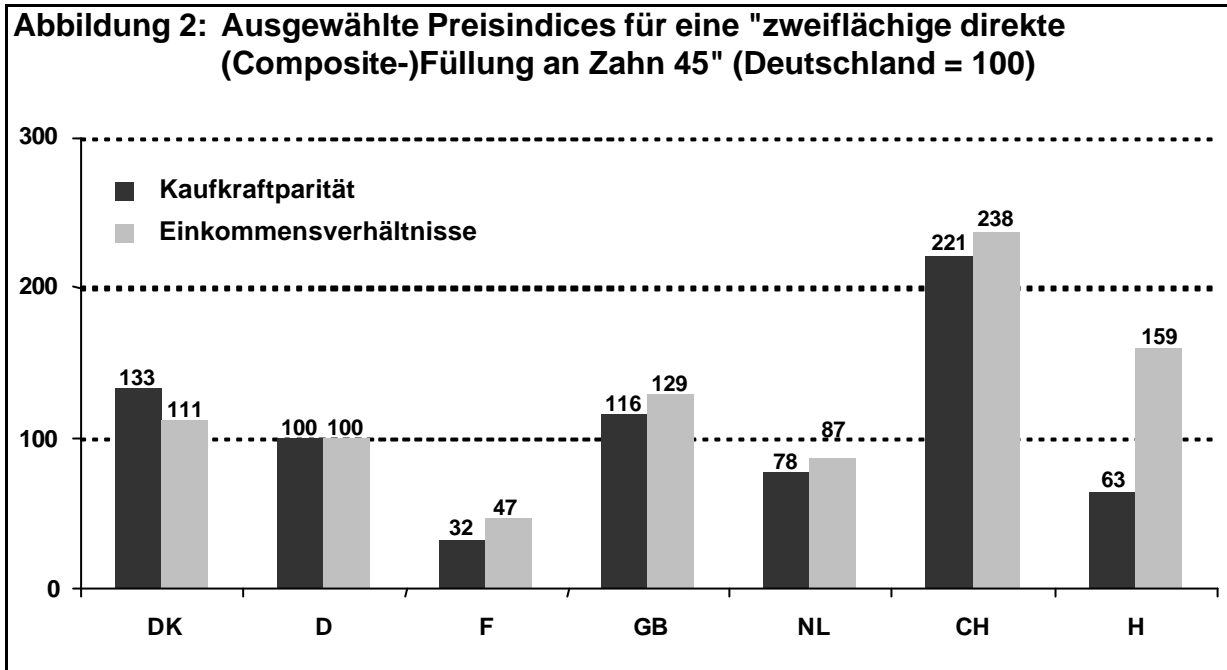
##### *Behandlungseckpunkte*

Aufklärung des Patienten, Bestimmung der Zahnfarbe, Anästhesie, Anlegen eines Kofferdams, Kariesentfernung und Kavitätenpräparation, Unterfüllung, Anlegen einer Matrize, Konditionierung der Kavitätenwände, Füllen der Kavität, Polymerisation, Funktionskontrolle mit Einschleifen, Politur der Füllung, Fluoridierung

##### *Länderbesonderheiten*

- Dänemark: Der Zahnarzt entscheidet in Abhängigkeit vom Behandlungsaufwand über die Höhe seines Honorars. Der Patient erhält vom staatlichen Gesundheitsdienst für diese Leistung einen Zuschuss in Form eines Festbetrages.
- Deutschland: Die Angaben beziehen sich auf die Regelungen der GOZ. Bis auf Ausnahmefälle, z. B. Amalgam-Allergie, ist diese Versorgung nicht Gegenstand des GKV-Leistungskatalogs. Der Patient kann von seiner gesetzlichen Krankenkasse einen Zuschuss in Höhe der alternativen Füllungstherapie erhalten.
- Frankreich: Diese Leistung wird durch die gesetzliche Krankenversicherung zu 70 % übernommen. Der angegebene Preis ist ein Höchstpreis, der auch für eine Privatbehandlung gilt.
- Großbritannien: Da diese Leistung nicht durch den nationalen Gesundheitsdienst bezuschusst wird, entscheidet der Zahnarzt in Abhängigkeit vom Behandlungsaufwand über die Höhe seines Honorars.
- Niederlande: Diese Leistung wird nicht durch die soziale Krankenversicherung übernommen.
- Schweiz: Die Angaben gelten für einen Privatpatienten.
- Ungarn: Diese Leistung gehört nicht zur Grundversorgung, wird jedoch von der nationalen Krankenkasse bezuschusst.





**Tabelle 10: Zweiflächige direkte (Composite-)Füllung an Zahn 45**

	Anteil an den Gesamtkosten:		
	Selbstbeteiligung des Patienten*	zahnärztliches Honorar	Material- und Laborkosten
Dänemark	91 %**	93 %	7 %
Deutschland	54 %**	100 %	k. A.
Frankreich	30 %	100 %	0 %
Großbritannien	100 %	100 %	k. A.
Niederlande	100 %	100 %	k. A.
Schweiz	100 %	100 %	k. A.
Ungarn	50 %**	71 %	29 %

\* ohne private (Zusatz-)Versicherung

\*\* rechnerischer Wert

#### 4.4 Dreiflächige indirekte Einlagefüllung an Zahn 36

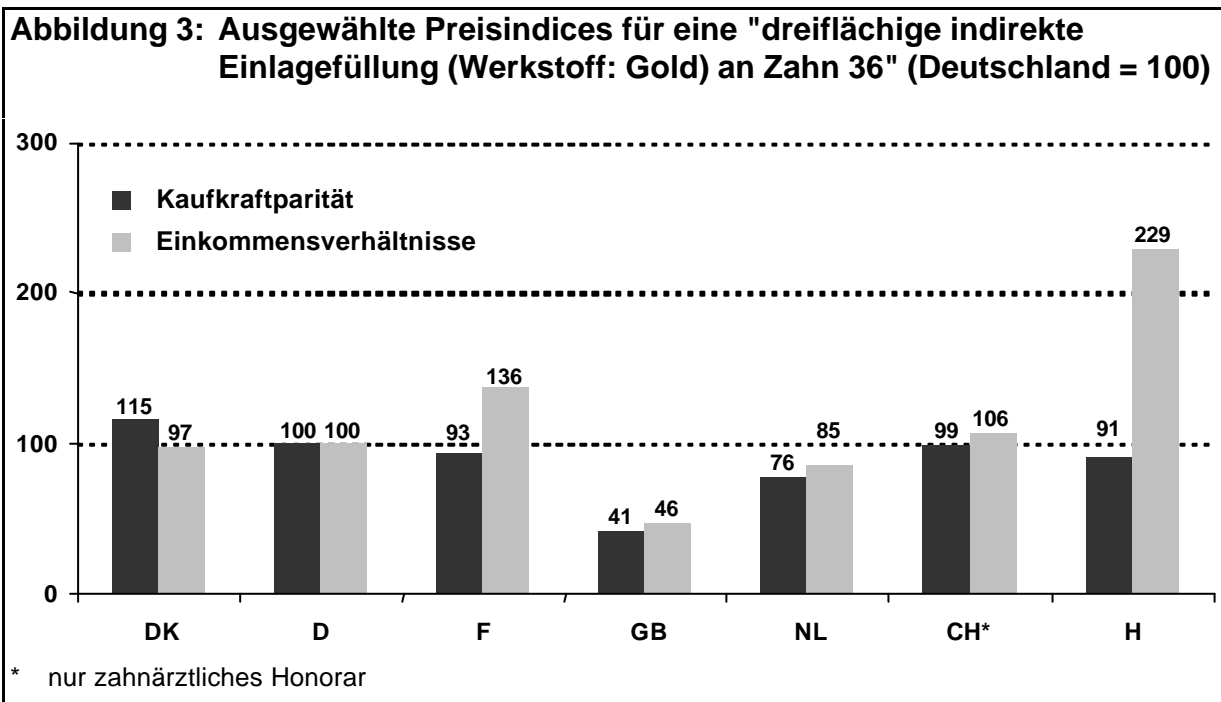
- Klasse II Kavität (mod)
- Werkstoff der Füllung: Gold

##### *Behandlungseckpunkte*

Aufklärung des Patienten, Anästhesie, Kariesentfernung und Kavitätenpräparation, Unterfüllung, Abformung des Ober- und Unterkiefers zur Herstellung von Meistermodellen, Herstellung und Eingliederung eines Provisoriums, Anprobe des Inlays, Funktionskontrolle mit Einschleifen, Politur, Eingliederung des Inlays, Funktionskontrolle

*Länderbesonderheiten*

- Dänemark:** Da diese Leistung in der Regel nicht durch den staatlichen Gesundheitsdienst bezuschusst wird, entscheidet der Zahnarzt in Abhängigkeit vom Behandlungsaufwand über die Höhe seines Honorars.
- Deutschland:** Die Angaben beziehen sich auf die Regelungen der GOZ. Diese Versorgung ist nicht Gegenstand des GKV-Leistungskatalogs. Der Patient kann von seiner gesetzlichen Krankenkasse einen Zuschuss in Höhe der alternativen Füllungstherapie erhalten.
- Frankreich:** Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt nur bis zu einer festgelegten Grenze einen Zuschuss von 70 % zu den Behandlungskosten.
- Niederlande:** Diese Leistung wird nicht durch die soziale Krankenversicherung übernommen.
- Schweiz:** Die Angaben gelten für einen Privatpatienten. Angaben über die Material- und Laborkosten liegen nicht vor.
- Ungarn:** Diese Leistung gehört nicht zur Grundversorgung.



**Tabelle 11: Dreiflächige indirekte Einlagefüllung (Werkstoff: Gold) an Zahn 36**

	Selbstbeteiligung des Patienten*	Anteil an den Gesamtkosten:	
		zahnärztliches Honorar	Material- und Laborkosten
Dänemark	100 %	50 %	50 %
Deutschland	92 %**	34 %	66 %
Frankreich	93 %**	58 %	42 %
Großbritannien	80 %	61 %	39 %
Niederlande	100 %	54 %	46 %
Schweiz	100 %	k. A.	k. A.
Ungarn	100 %	56 %	44 %

\* ohne private (Zusatz-)Versicherung

\*\* rechnerischer Wert

#### 4.5 Wurzelkanalfüllung an Zahn 46

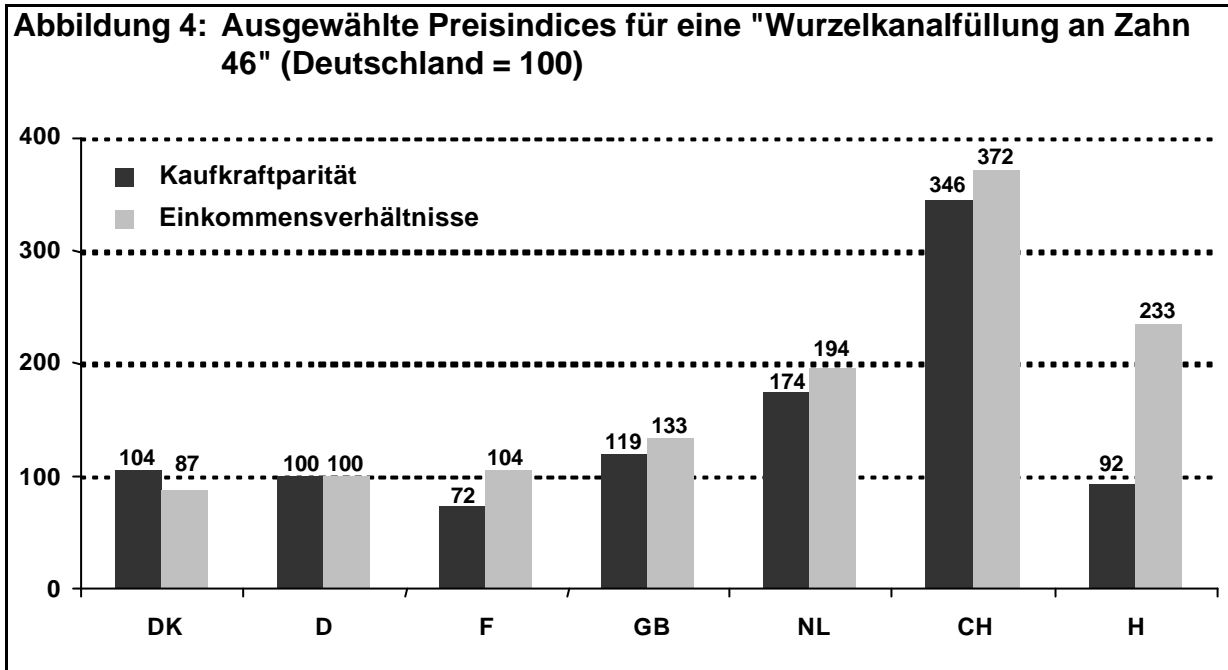
- vitaler Zahn

##### *Behandlungseckpunkte*

Aufklärung des Patienten, Anästhesie, Anlegen eines Kofferdams, Präparation des Zahnes und Eröffnung des Pulpenkavums (zur Darstellung der Kanaleingänge), Nervexstirpation, Röntgenmessaufnahme zur Bestimmung der Arbeitslänge für alle Kanäle, Aufbereitung aller Kanäle, Wurzelkanalfüllung, Röntgenkontrollaufnahme zur Beurteilung aller Wurzelkanalfüllungen, temporäre Füllung der Kavität

##### *Länderbesonderheiten*

- Dänemark: Der Patient erhält vom staatlichen Gesundheitsdienst einen Zuschuss in Form eines Festbetrages pro Wurzelkanal.
- Niederlande: Diese Leistung wird bei Erwachsenen nicht durch die soziale Krankenversicherung übernommen.
- Schweiz: Die Angaben gelten für einen Privatpatienten.
- Ungarn: Für 0- bis 18-jährige und über 60-jährige Patienten übernimmt die nationale Krankenkasse das Honorar dieser Leistung. 18- bis 60-jährige Patienten müssen einen Teil dieser Leistung selbst finanzieren.



**Tabelle 12: Wurzelkanalfüllung an Zahn 46**

	Anteil an den Gesamtkosten:		
	Selbstbeteiligung des Patienten*	zahnärztliches Honorar	Material- und Laborkosten
Dänemark	85 %**	100 %	k. A.
Deutschland	0 %	100 %	k. A.
Frankreich	30 %	100 %	k. A.
Großbritannien	80 %	100 %	k. A.
Niederlande	100 %***	100 %	k. A.
Schweiz	100 %	100 %	k. A.
Ungarn	50 %**/****	67 %	33 %

\* ohne private (Zusatz-)Versicherung

\*\* rechnerischer Wert

\*\*\* über 18-jährige Patienten

\*\*\*\* 18- bis 60-jährige Patienten

#### 4.6 Extraktion des Zahnes 31

##### *Behandlungseckpunkte*

Aufklärung des Patienten, Anästhesie, Extraktion, Wundversorgung, Verhaltensmaßnahmen für den Patienten

*Länderbesonderheiten*

Dänemark: Die Angaben gelten für einen erwachsenen Patienten.

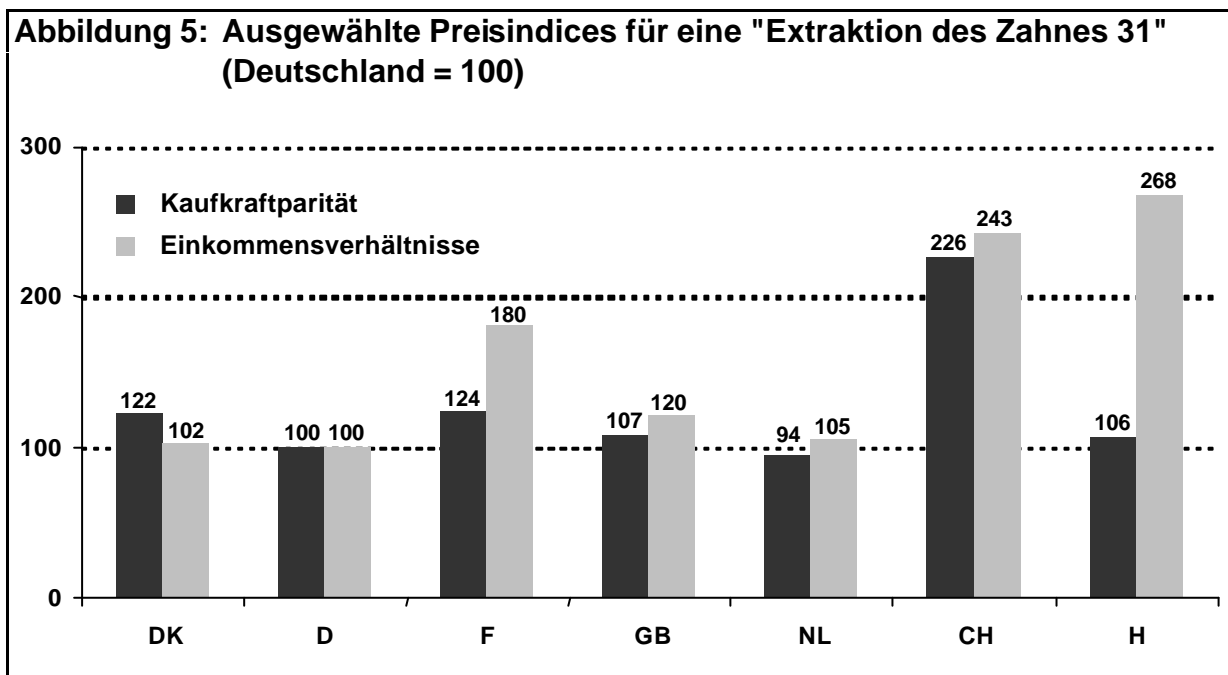
Frankreich: Diese Leistung wird durch die gesetzliche Krankenversicherung zu 70 % übernommen. Der angegebene Preis ist ein Höchstpreis, der auch für eine Privatbehandlung gilt.

Großbritannien: Die Angaben gelten für die Extraktion eines Zahnes in einer Sitzung.

Niederlande: Diese Leistung wird bei Erwachsenen nicht durch die soziale Krankenversicherung übernommen.

Schweiz: Die Angaben gelten für einen Privatpatienten.

Ungarn: Die Extraktion gehört zur zahnmedizinischen Grundversorgung. Vertragszahnärzte erhalten von der nationalen Krankenkasse für die Praxis eine "Basisfinanzierung". Die Angaben zum zahnärztlichen Honorar sind als "Basisfinanzierung" pro Patient zu interpretieren.



**Tabelle 13: Extraktion des Zahnes 31**

	Selbstbeteiligung des Patienten*	Anteil an den Gesamtkosten:	
		zahnärztliches Honorar	Material- und Laborkosten
Dänemark	60 %**	100 %	k. A.
Deutschland	0 %	100 %	k. A.
Frankreich	30 %	100 %	k. A.
Großbritannien	80 %	100 %	k. A.
Niederlande	100 %**	100 %	k. A.
Schweiz	100 %	100 %	k. A.
Ungarn	0 %	70 %	30 %

\* ohne private (Zusatz-)Versicherung

\*\* über 18-jährige Patienten

#### 4.7 Verblendete Krone auf dem Zahn 21

- Werkstoff Gerüst: Gold
- Werkstoff Verblendung: Keramik

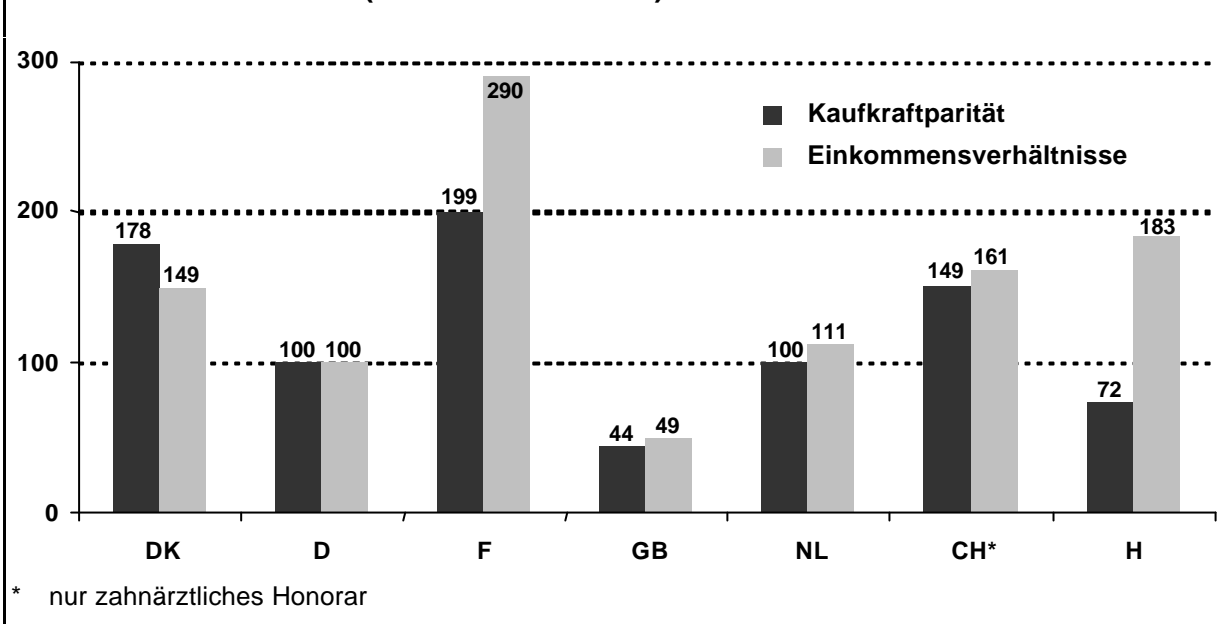
##### *Behandlungseckpunkte*

Aufklärung des Patienten, Anästhesie, Stumpfpräparation, Bestimmung der Zahnfarbe für die Verblendung, Abformung des Ober- und Unterkiefers zur Herstellung von Meistermodellen, Herstellung und Eingliederung eines Provisoriums, Anprobe der Krone, Funktionskontrolle mit Einschleifen, Politur, Eingliederung der Krone, Funktionskontrolle, Nachkontrolle

##### *Länderbesonderheiten*

- Dänemark: Da diese Leistung in der Regel nicht durch den staatlichen Gesundheitsdienst bezuschusst wird, entscheidet der Zahnarzt in Abhängigkeit vom Behandlungsaufwand über die Höhe seines Honorars.
- Deutschland: Der Patient erhält von seiner gesetzlichen Krankenkasse einen Zuschuss von 50-65 % zu den zahnärztlichen Behandlungskosten. Die Material- und Laborkosten werden, zumindest teilweise, im gleichen Umfang bezuschusst.
- Frankreich: Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt nur bis zu einer festgelegten Grenze einen Zuschuss von 70 % zu den Behandlungskosten.
- Niederlande: Diese Leistung wird nicht durch die soziale Krankenversicherung übernommen.
- Schweiz: Die Angaben gelten für einen Privatpatienten. Angaben über die Material- und Laborkosten liegen nicht vor.
- Ungarn: Diese Leistung gehört nicht zur Grundversorgung.

**Abbildung 6: Ausgewählte Preisindizes für eine "verblendete Krone auf dem Zahn 21" (Deutschland = 100)**



**Tabelle 14: Verblendete Krone auf dem Zahn 21**

	Selbstbeteiligung des Patienten*	Anteil an den Gesamtkosten:	
		zahnärztliches Honorar	Material- und Laborkosten
Dänemark	100 %	58 %	42 %
Deutschland	42-55 %**	38 %	62 %
Frankreich	93 %	74 %	26 %
Großbritannien	80 %	63 %	27 %
Niederlande	100 %	51 %	49 %
Schweiz	100 %	k. A.	k. A.
Ungarn	100 %	32 %	68 %

\* ohne private (Zusatz-)Versicherung

\*\* rechnerischer Wert

#### 4.8 Vollgussbrücke von Zahn 45 bis Zahn 47

- Ersatz des Zahnes 46
- Werkstoff Brücke: Gold

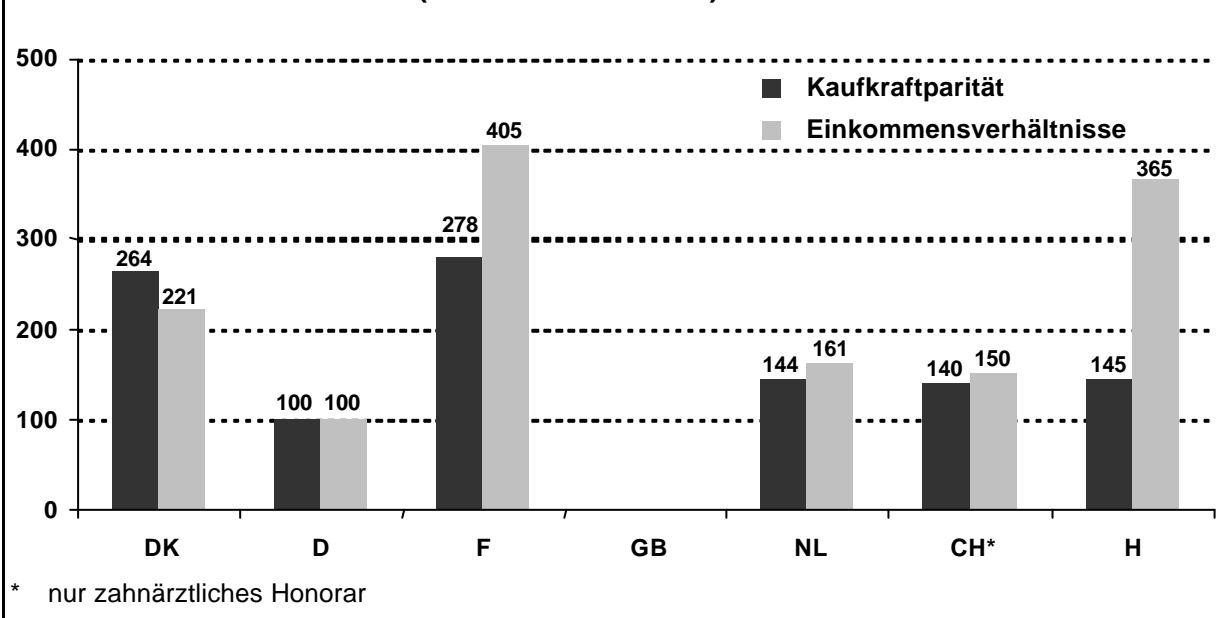
##### *Behandlungseckpunkte*

Aufklärung des Patienten, Anästhesie, Stumpfpräparation, Abformung des Ober- und Unterkiefers zur Herstellung von Meistermodellen, Bissregistrierung, Herstellung und Eingliederung der Provisorien, Anprobe der Brücke, Funktionskontrolle mit Einschleifen, Politur, Eingliederung der Brücke, Funktionskontrolle, Nachkontrolle

*Länderbesonderheiten*

- Dänemark:** Da diese Leistung in der Regel nicht durch den staatlichen Gesundheitsdienst bezuschusst wird, entscheidet der Zahnarzt in Abhängigkeit vom Behandlungsaufwand über die Höhe seines Honorars.
- Deutschland:** Der Patient erhält von seiner gesetzlichen Krankenkasse einen Zuschuss von 50-65 % zu den zahnärztlichen Behandlungskosten. Die Material- und Laborkosten werden, zumindest teilweise, im gleichen Umfang bezuschusst.
- Frankreich:** Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt nur bis zu einer festgelegten Grenze einen Zuschuss von 70 % zu den Behandlungskosten.
- Großbritannien:** Diese Leistung wird nicht durch den nationalen Gesundheitsdienst übernommen und von Privatpatienten nur sehr selten nachgefragt.
- Niederlande:** Diese Leistung wird nicht durch die soziale Krankenversicherung übernommen.
- Schweiz:** Die Angaben gelten für einen Privatpatienten. Angaben über die Material- und Laborkosten liegen nicht vor. Nach Auskunft des Experten ist diese Leistung in der Schweiz "generell gesehen nicht mehr aktuell".
- Ungarn:** Diese Leistung gehört nicht zur Grundversorgung.

**Abbildung 7: Ausgewählte Preisindizes für eine "Vollgussbrücke von Zahn 45 bis Zahn 47" (Deutschland = 100)**





**Tabelle 15: Vollgussbrücke von Zahn 45 bis Zahn 47**

	Selbstbeteiligung des Patienten*	Anteil an den Gesamtkosten:	
		zahnärztliches Honorar	Material- und Laborkosten
Dänemark	100 %	70 %	30 %
Deutschland	47-59 %**	44 %	56 %
Frankreich	92 %**	73 %	27 %
Großbritannien	k. A.	k. A.	k. A.
Niederlande	100 %	51 %	49 %
Schweiz	100 %	k. A.	k. A.
Ungarn	100 %	26 %	74 %

\* ohne private (Zusatz-)Versicherung

\*\* rechnerischer Wert

#### 4.9 Vollverblendete Brücke von Zahn 45 bis Zahn 47

- Ersatz des Zahnes 46
- Werkstoff Gerüst: Gold
- Werkstoff Verblendung: Keramik

##### *Behandlungseckpunkte*

Aufklärung des Patienten, Anästhesie, Stumpfpräparation, Bestimmung der Zahnfarbe für die Verblendung, Abformung des Ober- und Unterkiefers zur Herstellung von Meistermodellen, Bissregistrierung, Herstellung und Eingliederung der Provisorien, Gerüstanprobe, Anprobe der Brücke mit Verblendung, Funktionskontrolle mit Einschleifen, Politur, Eingliederung der Brücke, Funktionskontrolle, Nachkontrolle

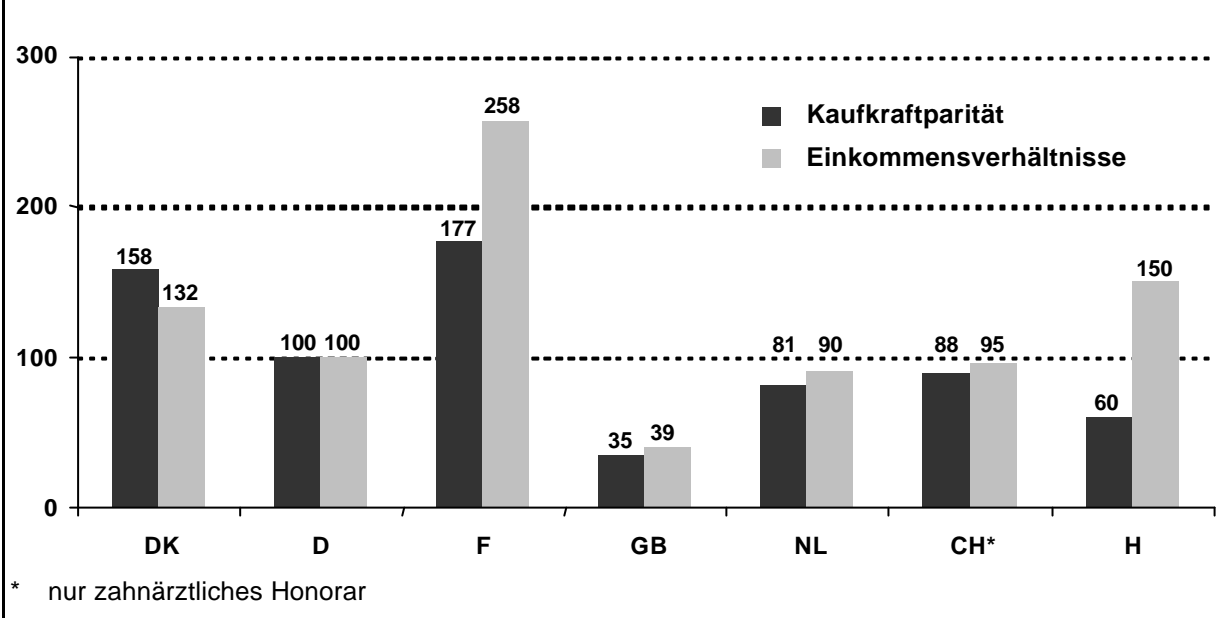
##### *Länderbesonderheiten*

- Dänemark: Da diese Leistung in der Regel nicht durch den staatlichen Gesundheitsdienst bezuschusst wird, entscheidet der Zahnarzt in Abhängigkeit vom Behandlungsaufwand über die Höhe seines Honorars.
- Deutschland: Die Angaben beziehen sich auf die Regelungen der GOZ. Diese Versorgung ist nicht Gegenstand des GKV-Leistungskatalogs. Der Patient erhält von seiner gesetzlichen Krankenkasse einen Zuschuss, der sich an einer Vollgussbrücke orientiert.
- Frankreich: Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt nur bis zu einer festgelegten Grenze einen Zuschuss von 70 % zu den Behandlungskosten.
- Großbritannien: Diese Leistung wird durch den nationalen Gesundheitsdienst übernommen, jedoch ist sie genehmigungspflichtig. Für Leistungen, welche die Grundlage des Genehmigungsverfahrens bilden, erhält der Zahnarzt ein Honorar.
- Niederlande: Diese Leistung wird nicht durch die soziale Krankenversicherung übernommen.

Schweiz: Die Angaben gelten für einen Privatpatienten. Angaben über die Material- und Laborkosten liegen nicht vor.

Ungarn: Diese Leistung gehört nicht zur Grundversorgung.

**Abbildung 8: Ausgewählte Preisindizes für eine "vollverblendete Brücke von Zahn 45 bis Zahn 47" (Deutschland = 100)**



**Tabelle 16: Vollverblendete Brücke von Zahn 45 bis Zahn 47**

	Selbstbeteiligung des Patienten*	Anteil an den Gesamtkosten:	
		zahnärztliches Honorar	Material- und Laborkosten
Dänemark	100 %	71 %	29 %
Deutschland	78-84 %**	34 %	66 %
Frankreich	93 %**	73 %	27 %
Großbritannien	80 %	58 %	42 %
Niederlande	100 %	48 %	52 %
Schweiz	100 %	k. A.	k. A.
Ungarn	100 %	33 %	67 %

\* ohne private (Zusatz-)Versicherung

\*\* rechnerischer Wert

#### 4.10 Modellgussprothese

- Ersatz der Zähne 36, 32, 31, 41, 42, 44, 45, 46 durch Kunststoffzähne

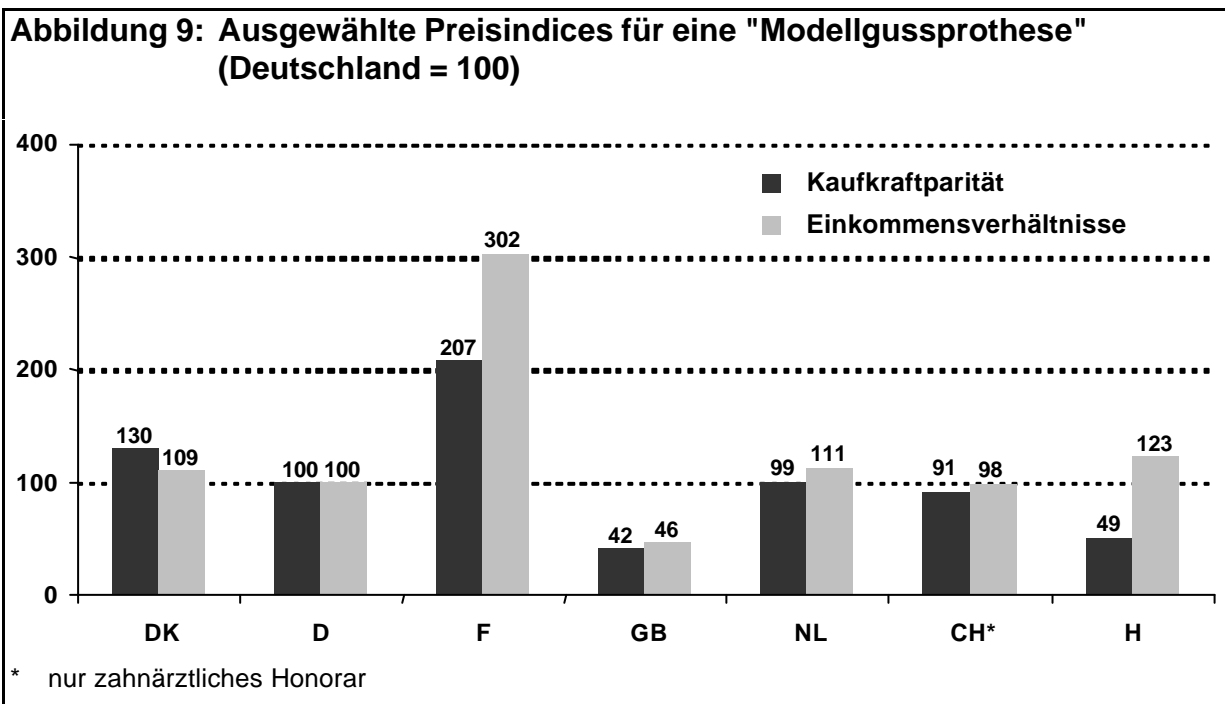
##### *Behandlungseckpunkte*

Aufklärung des Patienten, Situationsabformung zur Herstellung von Studienmodellen beider Kiefer und eines individuellen Löffels für den Unterkiefer, Festlegen des

Klammerverlaufes auf dem Unterkiefer-Studienmodell, Einschleifen der Klammerauflagen im Unterkiefer des Patienten, Funktionsabformung des Unterkiefers mit dem individuellen Löffel und des Oberkiefers mit einem konfektionierten Löffel zur Herstellung von Meistermodellen, (ggf.) Bestimmung der Okklusionsebene, Bestimmung der Zentrallage des Unterkiefers, Einsetzen des Oberkiefer-Meistermodells in den Artikulator, Anprobe der Modellbasis, Bestimmung der Zahnfarbe und Zahnform, Wachsenprobe, Eingliederung der Modellgussprothese, Funktionskontrolle mit Einschleifen der Prothesenzähne, Politur, Nachkontrolle

### Länderbesonderheiten

- Dänemark:** Da diese Leistung in der Regel nicht durch den staatlichen Gesundheitsdienst bezuschusst wird, entscheidet der Zahnarzt in Abhängigkeit vom Behandlungsaufwand über die Höhe seines Honorars.
- Frankreich:** Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt nur bis zu einer festgelegten Grenze einen Zuschuss von 70 % zu den Behandlungskosten.
- Niederlande:** Diese Leistung wird nicht durch die soziale Krankenversicherung übernommen.
- Schweiz:** Die Angaben gelten für einen Privatpatienten. Angaben über die Material- und Laborkosten liegen nicht vor.
- Ungarn:** Ab dem 60. Lebensjahr werden das zahnärztliche Honorar und die Material- und Laborkosten von der nationalen Krankenkasse voll übernommen. Bis zum 60. Lebensjahr tragen die Patienten die Behandlungskosten allein.



**Tabelle 17: Modellgussprothese**

	Selbstbeteiligung des Patienten*	Anteil an den Gesamtkosten:	
		zahnärztliches Honorar	Material- und Laborkosten
Dänemark	100 %	76 %	24 %
Deutschland	35-50 %	38 %	62 %
Frankreich	86 %**	73 %	27 %
Großbritannien	80 %	40 %	60 %
Niederlande	100 %	36 %	64 %
Schweiz	100 %	k. A.	k. A.
Ungarn	100 %***	54 %	46 %

\* ohne private (Zusatz-)Versicherung

\*\* rechnerischer Wert

\*\*\* 18- bis 60-jährige Patienten

#### 4.11 Totalprothetische Versorgung im Ober- und Unterkiefer

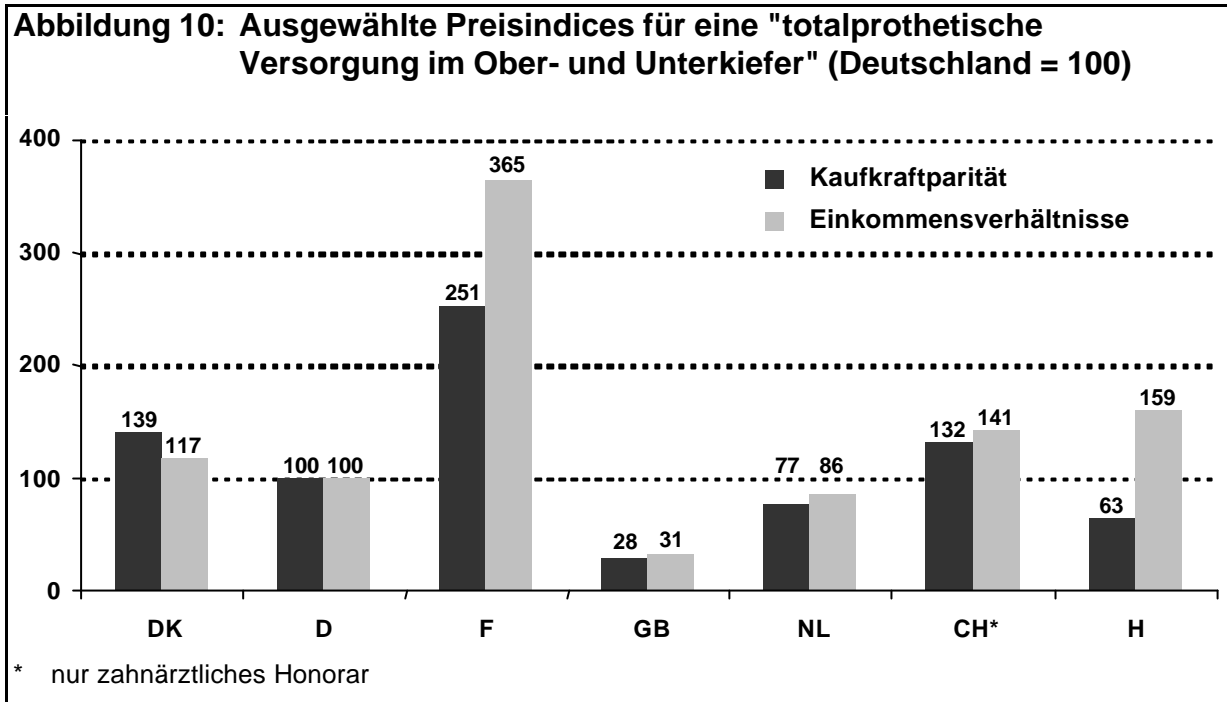
- Ersatz der fehlenden Zähne durch Kunststoffzähne

##### *Behandlungseckpunkte*

Aufklärung des Patienten, Situationsabformung zur Herstellung von Studienmodellen beider Kiefer und individueller Löffel für den Unter- und Oberkiefer, Funktionsabformung mit den individuellen Löffeln zur Herstellung der Meistermodelle, Bestimmung der Okklusionsebene, Bestimmung der Zentrallage des Unterkiefers, Einsetzen des Oberkiefer-Meistermodells in den Artikulator, Auswahl von Zahnfarbe und Zahnform, Wachsenprobe, Funktionskontrolle und Einschleifen von Okklusion und Artikulation der fertigen Prothese im Artikulator, Eingliederung der Unterkiefer- und Oberkieferprothese, Funktionskontrolle und Feineinschleifen im Mund, Politur, Nachkontrolle

##### *Länderbesonderheiten*

- Dänemark: Da diese Leistung in der Regel nicht durch den staatlichen Gesundheitsdienst bezuschusst wird, entscheidet der Zahnarzt in Abhängigkeit vom Behandlungsaufwand über die Höhe seines Honorars.
- Frankreich: Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt nur bis zu einer festgelegten Grenze einen Zuschuss von 70 % zu den Behandlungskosten.
- Niederlande: Der Patient erhält von der sozialen Krankenversicherung einen Zuschuss von 75 %.
- Schweiz: Die Angaben gelten für einen Privatpatienten. Angaben über die Material- und Laborkosten liegen nicht vor.
- Ungarn: Ab dem 60. Lebensjahr werden das zahnärztliche Honorar und die Material- und Laborkosten von der nationalen Krankenkasse voll übernommen. Bis zum 60. Lebensjahr tragen die Patienten die Behandlungskosten allein.



**Tabelle 18: Totalprothetische Versorgung im Ober- und Unterkiefer**

	Selbstbeteiligung des Patienten*	Anteil an den Gesamtkosten:	
		zahnärztliches Honorar	Material- und Laborkosten
Dänemark	100 %	69 %	31 %
Deutschland	35-50 %	52 %	48 %
Frankreich	89 %**	85 %	15 %
Großbritannien	80 %	63 %	27 %
Niederlande	25 %	49 %	51 %
Schweiz	100 %	k. A.	k. A.
Ungarn	100 %***	41 %	59 %

\* ohne private (Zusatz-)Versicherung

\*\* rechnerischer Wert

\*\*\* 18- bis 60-jährige Patienten

## 5 Zusammenfassende Diskussion

Das Anliegen des Forschungsprojekts EURO-Z ist ein systematischer Einblick in die zahnmedizinische Vergütungssituation des Jahres 1999 für sieben europäische Länder. Diese gesundheitsökonomische Studie wurde in enger Kooperation mit den zahnärztlichen Berufsverbänden der ausgewählten Länder durchgeführt. Diese Organisationen benannten jeweils einen Experten, der für eine ausführliche schriftliche und mündliche Befragung zur Verfügung stand. Der Vorteil dieses zweistufigen Rechercheverfahrens war, dass mit einem organisatorisch und finanziell vertretbaren Aufwand die gewünschten Informationen erhoben und validiert werden konnten.

Auch wenn sich EURO-Z in erster Linie den monetären Aspekten der zahnmedizinischen Versorgung widmet, wurde die Bedeutung von Kontextinformationen nicht verneint. Auf Grundlage dieser Kontextinformationen können zwar Erklärungsansätze für mögliche "Preisunterschiede" gefunden werden, jedoch erlauben sie keinen klinisch-medizinischen Qualitätsvergleich zahnärztlicher Leistungen; dazu wäre ein völlig anderes methodisches Erhebungsdesign vonnöten.

Jeglicher Vergleich ist nur dann sinnvoll, wenn die zu vergleichenden Objekte bzw. Dienstleistungen über ähnliche bzw. gleiche Eigenschaften verfügen. Bezogen auf die Fragestellung von EURO-Z ergibt sich das Problem, dass es für einen zahnmedizinischen Behandlungsanlass keine standardisierten Versorgungen gibt. Vielmehr existieren in der Regel unterschiedliche Versorgungsalternativen, zwischen denen Patient und Zahnarzt gemeinsam wählen können. Um die aus diesem Sachverhalt erwachsende "Unschärfe" möglichst gering zu halten, wurden die ausgewählten zahnmedizinischen Leistungen durch die verbindliche Vorgabe der zu versorgenden Zähne und der zu verwendenden Materialien konkretisiert. Darüber hinaus wurden die in den Fragebögen angegebenen Behandlungseckpunkte anhand eines Referenzsystems in den Vor-Ort-Gesprächen überprüft und vervollständigt. Zwar kann und will dieses aufwendige Vorgehen nicht jede Variation ausschließen, jedoch können diese die Ergebnislandschaft wohl kaum merklich verändern.

In Kapitel 4 wurden die empirischen Ergebnisse anhand ausgewählter Preisindices detailliert präsentiert. Diese Form der Darstellung wurde gewählt, da sie eine bessere Gesamtübersicht ermöglicht. **Mit Ausnahme der dreiflächigen Einlagefüllung aus Gold befinden sich die deutschen Preise der zahnmedizinischen Versorgung im europäischen Mittelfeld.** In Deutschland ist der prozentuale Anteil des zahnärztlichen Honorars an den Gesamtkosten in der Regel niedriger als in den anderen Ländern des EURO-Z-Samples. Der über die GKV gegen Krankheitsrisiken abgesicherte Patient wird europaweit mit vergleichsweise niedrigen Selbstbeteiligungen belastet. Darüber hinaus gehören im europäischen Ausland viele der untersuchten zahnmedizinischen Versorgungen nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen bzw. der nationalen Gesundheitsdienste. Diese Aussage gilt insbesondere für die prothetischen Leistungen.

Im Bereich der Prothetik zeichnen sich einige klare Tendenzen ab<sup>1</sup>. Die höchsten Preise finden sich in Dänemark und Frankreich, zwei Länder, in denen der Zahnarzt über die Höhe seines Prothetikhonorars in Abhängigkeit vom Umfang seiner Leistung eigenverantwortlich entscheiden kann. Ein Grund für die hohen Preise, so jedenfalls die Argumentation der französischen Zahnärzte, sind die niedrigen zahnärztlichen Honorare für einzelne Leistungen der "Convention". Allein mit diesen verbindlichen Honoraren könne das wirtschaftliche Überleben der niedergelassenen Zahnärzte (vgl. Durand de Bousingen, 1999) und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung nicht gesichert werden. Die deutschen und niederländischen Preise liegen im Mittelfeld. Das mit Abstand niedrigste Preisniveau für prothetische Leistungen findet sich im englischen NHS.

Aus methodischer Sicht ist anzumerken, dass das Vorhaben, beobachtete Preisunterschiede erklären (!) zu wollen, nur im Ansatz realisiert werden konnte. Verantwort-

---

<sup>1</sup> Die Schweiz wird in diesen Vergleich nicht mit einbezogen, da Angaben über die Material- und Laborkosten nicht vorliegen.

lich dafür ist, dass die Preise zahnärztlicher Leistungen in Gesundheitssysteme eingebettet sind, deren komplexe Strukturen über lange Zeiträume gewachsen sind. Eines machte EURO-Z jedoch deutlich: Betriebswirtschaftliche Aspekte der Praxisführung spielen bei der Gestaltung von Gebührenordnungen offenbar eine untergeordnete bzw. keine Rolle! Eine Ausnahme stellt die Schweiz dar, deren Tarifsystem auf der Grundlage einer Modellpraxis kalkuliert wurde.

Mit EURO-Z liegt eine Momentaufnahme für das Jahr 1999 des europäischen Preisniveaus der zahnmedizinischen Versorgung, des Verhältnisses von zahnärztlichem Honorar zu Material- und Laborkosten und Höhe der Selbstbeteiligungen der Patienten vor. Daten über die Häufigkeit der Inanspruchnahme verschiedener Leistungen würden das Gesamtbild abrunden. Vorliegende in- und ausländische Statistiken ordnen die Gebührenpositionen in der Regel nicht den verschiedenen zahnmedizinischen Behandlungsanlässen zu. Die angegebenen Häufigkeiten lassen sich jedoch nicht auf die Leistungsinhalte umrechnen, ohne dass die jeweiligen alternativen Versorgungsformen quantifiziert sind. Die wichtige Facette des Umfangs und der Struktur der zahnärztlichen Leistungserbringung (sog. Frequenzbetrachtungen) musste daher aus der Betrachtung - leider - ausgeklammert werden.

Die Bemerkung eines Experten, mit EURO-Z würden letztlich mehr Fragen aufgeworfen als Antworten gefunden werden, hat sich in Teilen bestätigt. Wird davon abgesehen, dass dies häufig das Schicksal von Forschung ist, kann die Schlussfolgerung nur lauten, ähnliche Projekte der europäischen Gesundheitssystemforschung kontinuierlich durchzuführen. In diesem Sinne versteht sich EURO-Z als ein Startpunkt.

## Literaturverzeichnis

Anderson, R., Whitehouse, N., Treasure, E.: EU Manual of Dental Practice 1997. A practical guide to the oral health systems and current practice of dentistry in eighteen European countries. Cardiff 1997

Arzneimittel Zeitung (Hrsg.): Europäische Gesundheitssysteme und Pharmamärkte. Neu-Isenburg 1998

BASYS, Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung: BASYS Gesundheitsdaten. Interne Datenbank, Stand: Januar 2000

BDA, British Dental Association: Practising dentistry in the UK – guide for overseas dentists. London 1999

BDA, British Dental Association: schriftliche Auskunft, Februar 2000

Bonelli, M.: Das Schweizer Krankenversicherungssystem - Ein Modell für Deutschland? Die BKK 5/97, S. 216-220

Bundesamt für Statistik: Kosten des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 1997 und Entwicklung seit 1960. Neuchâtel 1999

BZÄK, Bundeszahnärztekammer: Geschäftsbericht 1998/1999. Köln 1999

BZÄK/KZBV, Bundeszahnärztekammer/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Internet-Information "www.kzbv.de". Stand: Februar 2000

- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek/Ministerie van Volksgezondheit, Welzijn en Sport: Vademecum of Health Statistics of the Netherlands, Den Haag 1998
- CNAMTS, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés: Carnets Statistiques, Chirurgiens-dentistes, Sages-femmes, Laboratoires. No. 96, Paris 1997
- Danmark Statistik: Statistics årsbog. Kopenhagen 1997
- Durand de Bousingen, D.: Reihe EU-Berichte: Die zahnärztliche Versorgung in Frankreich. Hohe Praxiskosten- niedrige Honorare. Zahnärztl Mitt 89 (1999), S. 834-837
- Duriez, M., Lequet-Slama, D.: Les systèmes de santé en Europe. Paris 1998
- Eugster, G.: Krankenversicherungsrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Behandlung nach Art. 31 Abs. 1 KVG. Schweiz Monatsschr Zahnmed, Vol. 107: 2/1997, S. 99-111
- Feldmann, D., Hefti, A. F., de Crousaz, P., Marthaler, T. M., Hotz, P., Menghini, G. D., Vock, P.: Zahnkaries (DMFT) bei Erwachsenen in der Schweiz 1988. Schweiz Monatsschr Zahnmed 103 (7), 1993, S. 835-843
- Gerritz, K. J.: Zahnärztliche Systeme im Vergleich. Deutschland - Holland. Rheinisches Zahnärzteblatt 5/1996, S. 27-33
- Gesetz LXXXIII über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Übersetzung: Országos Egészségbiztosítási Pénztár (National Health Insurance Fund Administration), Budapest 1997
- Hescot, P.: Situation und Perspektiven der Zahngesundheit in Frankreich. In: BZÄK, Bundeszahnärztekammer: Prävention und Qualitätsmanagement in der Zahnmedizin in der Europäischen Union. Zusammenfassung der Beiträge der Podiumsdiskussion am 25.06.1999 in Brüssel. Köln 1999, S. 123-128
- Hungarian Central Statistical Office: Statistical Yearbook of Hungary. Budapest 1998
- IDZ, Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Köln 1999
- IW, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.): Industrielle Arbeitskosten im internationalen Vergleich. IW-Trends 26 (2) 1999
- Jakubowski, E., Busse, R.: Das Gesundheitswesen in der EU. Vergleichende Untersuchung. Europäisches Parlament. Generaldirektion Wissenschaft. Reihe Volksgeundheit und Verbraucherschutz. SACO 101 DE, 3-1999
- European Commission: MISSCEEC, Mutual Information System on Social Protection in the Central and Eastern European Countries, Multi-country, 1999 Consensus Programme, Brüssel 1999
- Kalocsai, K., Somogyi, E.: Aktuelle Situation des Gesundheitssystems in Ungarn. Schwerpunkt zahnärztliche Versorgung. Referat auf der Journalistenfahrt der KZBV 1997
- Kaufhold, R.: Der Wettbewerb in der Krankenversicherung. Marburg 1996
- KSK, Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer: mündliche Auskunft, Februar 2000



- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité: Comptes Nationaux de la Santé 1996-1997-1998, Paris 1999
- Müller, J.: Ausgestaltung und Reform des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung in den Niederlanden. KrV, Oktober 1996, S. 283-287
- NMT, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde: Internet-Information "www.nmt.nl". Stand: Dezember 1999
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development: National Accounts, Vol. I. Paris 1999
- Pharma Information: Das Gesundheitswesen in der Schweiz. Leistungen, Kosten, Preise. Basel 1997, 1998
- Preusker, U. K.: EU-Berichte - Die zahnärztliche Versorgung in Dänemark. Öffentliche Zahngesundheit mit privatem Biss. Zahnärztl Mitt 89 (1999), S. 2191-2196
- SSO, Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft: Zahnarzt-Tarif. Verträge und Tarif über die Honorierung zahnärztlicher Leistungen. Stand April 1994
- Statistik Abteilung der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: mündliche Auskunft, Februar 2000
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1999 für das Ausland. Wiesbaden 1999
- Stillfried, D.: Schweizer Gesundheitsreform - Vorbild für Deutschland? Die Ersatzkasse 8/96, S. 277-283
- The Stationery Office Limited: Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration - Twenty-Ninth Report. London 2000
- Vos, J., Kruisheer, K.: Reihe EU-Berichte: Die zahnärztliche Versorgung in den Niederlanden. Hoher Arbeitsdruck und große Nachwuchssorgen. Zahnärztl Mitt 89 (1999), S. 2458-2464
- WHO, World Health Organisation: Internet-Information "www.whocollab.odont.lu.se". Stand: Februar 2000
- Widström, E., Eaton, K. A.: Systems for the Provision of Oral Health Care, Workforce and Costs in der EU und EEA - A Council of European Chief Dental Officers' Survey. Helsinki 1999
- Widström, E., Eaton, K., van den Heuvel, J.: Dentistry in the EU and EEA. A Council of European Chief Dental Officers Survey. Helsinki 1996