Kosten und Nutzen zusätzlicher zahnärztlicher Versorgung

Vortrag von Prof. Dr. Bertram Häussler, IGES, auf der DAZ-IUZB-Jahrestagung 2012

Häussler

Obwohl ca. 90% der Deutschen gesetzlich versichert sind, erwirtschaften die deutschen Zahnarztpraxen inzwischen mehr als 50% ihres Umsatzes mit Leistungen außerhalb des gesetzlichen Leistungskataloges. Das heißt, diese präventiven und therapeutischen Angebote, die zum Teil wenig erforscht und in keiner Richtlinie oder Leitlinie beschrieben sind, stellen einen überaus bedeutsamen Teil der zahnmedizinischen Versorgung dar. Den beiden zahnärztlichen Vereinen DAZ und IUZB (Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin) war dies Anlass, bei ihrer gemeinsamen Tagung im Oktober 2012 in Berlin diesen Versorgungsbereich und insbesondere Nutzen und Kosten der zusätzlichen Leistungen zum Thema zu machen. Bei einer solchen Fragestellung lag es nahe, einen Experten des Berliner IGES Institutes einzuladen, das sich seit mehr als drei Jahrzehnten mit Gesundheits- und Sozialforschung beschäftigt. Langjähriger Mitarbeiter und seit 2006 Vorsitzender der IGES-Geschäftsführung ist Prof. Dr. Bertram Häussler, Mediziner und Soziologe. Er gab einen Einblick in die erforderliche Methodik und stellte sich der Diskussion über die von ihm genauer beleuchteten Beispiele aus dem Bereich Zahnmedizin. Dabei zeigte sich, dass zwischen zahnärztlichen Praktikern und denen, die das Versorgungsgeschehen erforschen, Austausch durchaus angebracht ist. Wir danken Prof. Häussler für die nachfolgenden Auszüge aus seinem Referat.

Das im Jahr 2005 in der Zahnmedizin eingeführte Festzuschuss-System hat zur Folge, dass die Versicherten von vielen neuen Behandlungsmethoden nur dann profitieren können, wenn sie sich selbst an den Kosten beteiligen. Das bedeutet, dass der Patient zum „Käufer“ zahnmedizinischer Leistungen wird und einen inneren Entscheidungsprozess durchläuft, bei dem er den persönlichen Nutzen einer Behandlung für sich abwägt.

Im nicht-medizinischen, privaten Bereich ist eine große Spannbreite der persönlichen Gewichtung von „Kosten“ und „Nutzen“ gesellschaftlich akzeptiert: etwa beim Autokauf, bei dem es manche für sinnvoll halten, ein Familienauto mit mehr als 500 PS auszurüsten, andere dagegen ein benzinsparendes und preisgünstiges Modell präferieren. Interessant ist dabei ein Blick auf die verschiedenen Dimensionen der Bewertung von Angeboten: Je zeitlich näher und je stärker individuell erlebbar die „Folgen“ einer Wahl sind – etwa beim Autokauf oder der Entscheidung über die Farbe einer Überkronung – desto kompetenter und fundierter kann ich über meinen persönlichen Nutzen urteilen.

Geringe Eigenkompetenz besteht jedoch, wenn der Nutzen eines Produktes oder einer Behandlung erst langfristig erlebbar wird, oder wenn es schwierig ist, eine bestimmte Wirkung genau auf einen bestimmten Einfluss zurückzuführen: Ob mir die langjährige Einnahme von Simvastatin oder das Einsetzen eines bestimmten Füllmaterials nutzt, kann man nicht über selbst gemachte Erfahrungen entscheiden. In diesem Fall besteht ein hoher Bedarf an zusätzlichen, unterstützenden Informationen: vor allem an Erkenntnissen aus methodisch strukturierten Vergleichen.

Die Kosten-Nutzen-Abwägung bekommt zudem einen öffentlichen Charakter, wenn die Finanzierung aus öffentlichen Mitteln erfolgt, also außerhalb der persönlichen Verantwortung liegt, wie dies im deutschen Gesundheitssystem im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. Dann tritt ein „third party payer“ - eine dritte Instanz in Form der GKV - in Erscheinung, die vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen vor einer Investition nach dem nachgewiesenen Nutzen einer therapeutischen Maßnahme fragt.

Zunehmende Belastung privater Haushalte

Das befundbezogene Festzuschuss-System stellt hingegen eine hybride Form der Finanzierung dar. Sie erfolgt teils öffentlich, teils privat. Wenn sich ein Patient für eine über die Regelversorgung hinaus gehende Behandlung entscheidet, steigt sein Eigenanteil. Während einerseits von Vorteil ist, dass persönliche Präferenzen berücksichtigt werden können, muss andererseits festgestellt werden, dass die Einführung des Festzuschuss-Systems zu einer deutlichen finanziellen Mehrbelastung der pri-

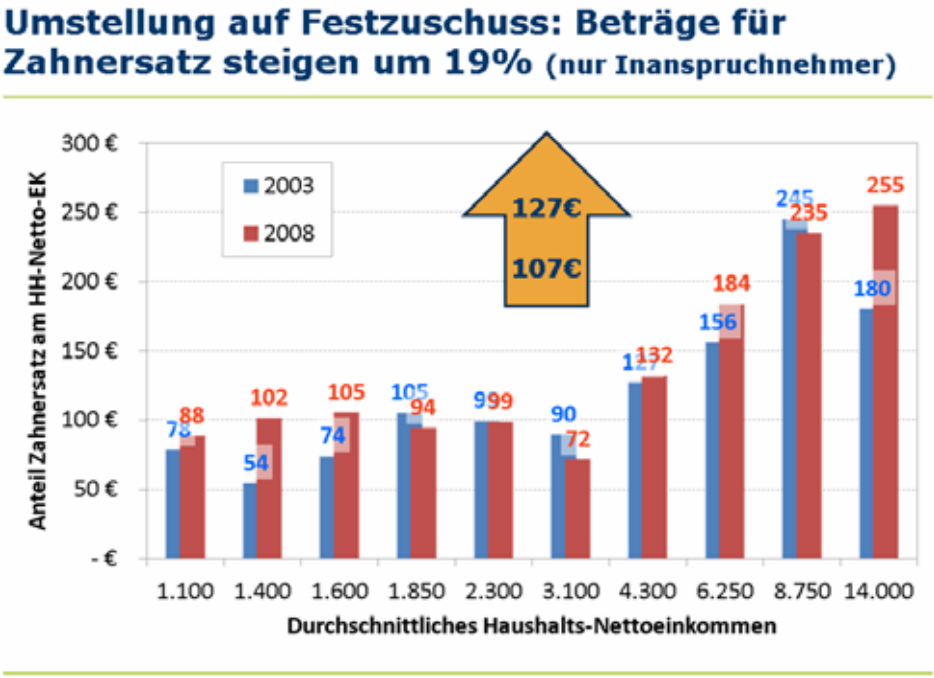

Abb. 1 – Quelle: IGES Institut

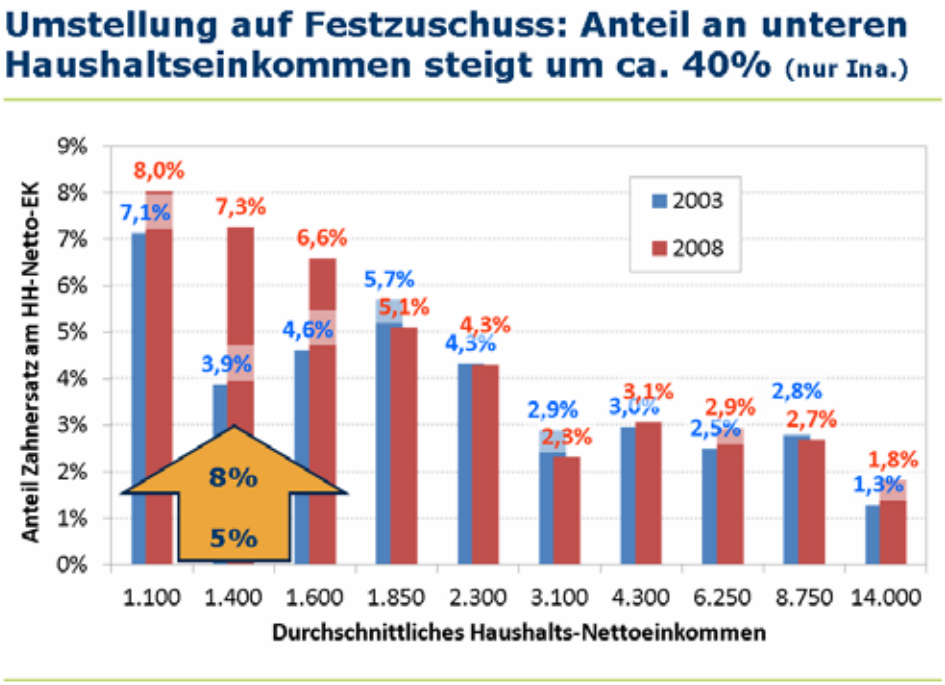

Abb. 2 – Quelle: IGES Institut

vaten Haushalte geführt hat. So stiegen die Ausgaben für Zahnersatz über alle Haushalts-Nettoeinkommensgruppen hinweg von durchschnittlich 107 Euro im Jahr 2003 auf 127 Euro 2008 (Abb. 1). Das entspricht einer Zunahme von 19 Prozent, wobei vor allem Haushalte mit sehr hohem Netto-Einkommen sehr viel mehr in den Zahnersatz investieren. Betrachtet man jedoch den Anteil der Ausgaben für Zahnersatz am Netto-Einkommen in den jeweiligen Einkommensgruppen, fällt auf, dass dieser vor allem bei niedrigeren Gruppen gestiegen ist. In den drei untersten Einkommensgruppen (Haushalts-Nettoeinkommen zwischen 1.100 und 1.600 Euro) wuchs er um 40 Prozent von fünf auf acht Prozent (Abb. 2) des Haushaltsnettoeinkommens derjenigen Haushalte, die Zahnersatz in Anspruch genommen haben.

Ein sozialpolitischer Umstand, der nicht zuletzt auch die im Sozialgesetzbuch festgelegte Überprüfung des Kostendämpfungs-Instruments Festzuschuss begründet (§ 56 Abs. 2 Satz 11 SGB V). Dabei steht zur Debatte, ob die GKV gleichviel oder mehr an zahnmedizinischen Behandlungen finanziell tragen soll.

Patientenrelevanz nicht immer der Fokus

In legitimer Weise können solche Entscheidungen nur gefällt werden, wenn man sich auf den Boden der evidenzbasierten Medizin begibt. Es muss nachweisbar sein, dass man mit einem festgesetzten Betrag das Problem aus der Perspektive des Patienten lösen kann. Dieses scheint selbstverständlich zu sein, ist es aber rückblickend in der Medizin selten gewesen.

Bekanntes Beispiel ist etwa die Hormonersatztherapie bei Frauen in den Wechseljahren, die zu Beginn als die ideale Lösung zahlreicher Gesundheitsprobleme gesehen wurde, die im Klimakterium auftreten können, einschließlich der Prävention der Osteoporose. Heute wissen wir, dass diese Behandlung zahlreiche Risiken birgt (kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, Krebs) und nur bei sorgfältigster Abwägung unter ständiger Kontrolle durchgeführt werden sollte.

Evidenznachweis oft verfehlt

Die internationale „Cochrane Collaboration“ (CC) gilt heute als zuverlässigste Quelle für unabhängige Bewertungen des klinischen und ökonomischen Nutzens. Sie hat auch zahlreiche Übersichtsarbeiten aus dem Bereich der Dentalmedizin erarbeitet. Man muss in den Datenbanken der CC nicht lange stöbern, um die üblichen Gründe zu identifizieren, die verhindern, dass ein Nutzen nachgewiesen werden konnte: Studien, die auf Grund von verzerrenden, systematischen Fehlern (Bias) ausgeschlossen werden müssen, weil der Beobachtungszeitraum zu kurz war und die Ergebnisse nur Surrogate beschreiben und keine patientenrelevanten Ergebnisse.

PZR in der Studienkritik

In diese Gemengelage ist nun auch die professionelle Zahnreinigung (PZR) geraten. Ungeachtet eines möglichen kosmetischen Nutzens kommt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu dem Schluss, dass ihr medizinischer Nutzen bei Erwachsenen ohne Parodontitis unklar sei, weil sich keine aussagekräftigen Studien finden ließen. Anders sieht es die KZBV: Auch wenn es für diese Leistung keinen verpflichtenden Kassenzuschuss gebe, sei die Notwendigkeit und Wirksamkeit der Therapie belegt – speziell bei parodontal gefährdeten Patienten. Viele Kassen bezuschussten die PZR deshalb auf freiwilliger Basis.

Diese auf den ersten Blick unbefriedigende Situation heißt es erst einmal auszuhalten. Wo keine aussagekräftigen Studien zu finden sind, sind Aussagen über den patientenrelevanten Nutzen letztendlich nur schwer zu treffen, auch wenn in den Augen vieler Zahnärzte viele Dinge „von selbst evident“ sind, also keiner Untersuchung wert erscheinen.

Aber letztlich braucht eine innovative Zahnmedizin keine Sorge zu haben, ihren Nutzen nicht belegen zu können. Wenn sie sich dem Thema mit Optimismus und der Freude am Forschen nähert, werden sich letztlich auch ihre Leistungen als nachweisbar nutzbringend erweisen.

Prof. Dr. Bertram Häussler
IGES Institut GmbH Berlin
www.iges.de

Kontroverse um zahnärztliche „IGeL-Leistungen“

In der Medizin sind sie seit Langem etabliert: IGeL = Individuelle Gesundheitsleistungen, deren Kosten nicht von der GKV übernommen werden. Um Versicherten die Orientierung auf diesem „Markt“ zu erleichtern, haben die Gesetzlichen Kassen das Web-Portal **www.igel-monitor.de** ins Leben gerufen und stellen dort sukzessive auf wissenschaftliche Literaturrecherchen gestützte Bewertungen von häufig nachgefragten Leistungen ein.

Als erstes zahnärztliches Leistungsangebot fand kürzlich die Professionelle Zahnreinigung Aufnahme in den IGeL-Monitor. Die Stellungnahme („Nutzen unklar“) führte zu zahlreichen Reaktionen zahnärztlicher Organisationen (DAZ-Reaktion nächste Seite). Wer die PZR-Bewertung im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehen will, findet sie unter www.igel-monitor/IGeL_A_Z.php?action=view&id=74