

**WILLY OGGIER**

Gesundheitsökonomische  
Beratungen AG, Küsnacht

**KORRESPONDENZ**

Dr. Willy Oggier  
Gesundheitsökonomische  
Beratungen AG  
Boglerenstrasse 4a  
CH-8700 Küsnacht  
Tel. +41 44 273 52 34  
E-Mail: gesundheitsoekonom.  
willyoggier@bluewin.ch

Résumé français voir page 399.  
La traduction française de cet  
article sera publiée dans SDJ  
10/2019.



## Zahnmedizinische Versorgung: die Schweiz im Vergleich

**SCHLÜSSELWÖRTER**

Obligatorische Zahnversicherung, Zahnversorgungssysteme im Vergleich, Finanzierung Zahnmedizin im Vergleich

**Bild oben:** Der Vergleich der Schweiz mit drei Nachbarländern zeigt auf, dass viele der behaupteten Vorteile einer obligatorischen Zahnversicherung nur für einen sehr eingeschränkten Leistungsbereich gelten.

**ZUSAMMENFASSUNG**

Ein neuer länderübergreifender Vergleich zur zahnmedizinischen Versorgung in der Schweiz, in Deutschland, in Frankreich und in Österreich zeigt Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen Systeme auf. Angesichts der länderübergreifend verfügbaren und vergleichbaren Daten musste sich diese Arbeit auf den Bereich der Versicherungsausgestaltung, des Leistungsumfangs und der Kostenerstattungsregelungen in der Zahnmedizin konzentrieren. Der Vergleich der Schweiz mit drei Nachbarländern, welche alle über eine obligatorische Zahnversicherung verfügen, zeigt auf, dass viele der

behaupteten Vorteile einer obligatorischen Zahnversicherung bei genauerer Betrachtung – wenn überhaupt – nur für einen sehr eingeschränkten Leistungsbereich gelten. Hinzu kommt, dass die Versicherten in der Regel auch für die abgedeckten Leistungen (hohe) Zuzahlungen leisten müssen.

Eine obligatorische Zahnversicherung dürfte ausserdem den insbesondere in der Deutschschweiz gut verankerten Ansatz der Prophylaxe und Prävention durch Kantone und Gemeinden eher eindämmen als fördern.

## Die zahnmedizinische Versorgung in der Schweiz

### Länderbeschreibung

Das schweizerische Gesundheitswesen unterscheidet für den Krankheitsfall zwischen einer Grundversicherung, welche ihre gesetzlichen Grundlagen im eidgenössischen Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat, und privaten Zusatzversicherungen, welche dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) unterstellt sind. Im Gegensatz zu anderen Ländern sind Zusatzversicherungen in der Schweiz komplementärer und nicht ersetzender Natur. Personen, welche eine Zusatzversicherung abschliessen, können sich demnach nicht der Bezahlung der Grundversicherungsprämie entziehen. Anders als beispielsweise in Deutschland kann man sich also nicht ab einer bestimmten Einkommensgrenze von der gesetzlichen Krankenversicherung und damit von der Solidargemeinschaft verabschieden, indem man zu einer privaten Krankenversicherung wechselt. Und anders als etwa in Österreich erfolgt in der Grundversicherung keine Trennung nach Berufsgruppen und damit verbunden auch keine unterschiedlichen Leistungsumfänge und/oder Kostendeckungen.

### Prinzipien der zahnmedizinischen Versorgung

(WEBER & GASSMANN 2015)

Das Ziel der zahnmedizinischen Versorgung ist der Erhalt und/oder die Wiederherstellung der oralen Gesundheit. Sie umfasst sowohl die primäre als auch die sekundäre orale Gesundheit. Erstere besteht in der Abwesenheit von Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparats und der Mundschleimhaut sowie in der Funktionsfähigkeit des Gebisses. Sekundäre orale Gesundheit wird dadurch erreicht, dass einmal entstandene Schäden behoben und so die Funktionsfähigkeit erhalten bzw. wiederhergestellt wird.

### Finanzierung

Das Sozialversicherungssystem der Schweiz basiert in der Zahnmedizin auf dem Grundsatz, dass die schweren, nicht vermeidbaren Schäden des Kausystems durch die Sozialversicherungen gedeckt werden. Dagegen wird bei durch entsprechende Hygiene vermeidbaren Krankheiten der Selbstverantwortung des Patienten Priorität eingeräumt.

Die Krankenversicherung übernimmt zudem zahnärztliche Behandlungen, die durch andere Krankheiten oder deren Behandlung verursacht werden. Die entsprechenden Krankheiten sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung aufgelistet.

Neben den Sozialversicherungen gibt es die Möglichkeit, sich komplementär durch private Zusatzversicherungen gegen Kosten der zahnärztlichen Behandlungen ganz oder teilweise zu versichern. Die Leistungen dieser Versicherungen sind teilweise sehr unterschiedlich.

Die Kosten der unfallbedingten Zahnschäden werden in der Schweiz entweder durch die obligatorische Unfallversicherung für Arbeitnehmer, welche mindestens acht Stunden pro Woche bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind, oder durch die Krankenversicherung als subsidiäre Unfallversicherung gedeckt.

Die Invalidenversicherung deckt bei Geburtsgebrechen zahnärztliche Behandlungen bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Altersjahr. Voraussetzung dafür ist, dass das Geburtsgebrechen in der entsprechenden Verordnung über die Geburtsgebrechen (GgV) aufgeführt ist.

Privat zu übernehmende Kosten für einfache, wirtschaftliche und zweckmässige Zahnbehandlungen werden Ergänzungsleis-

tungsbezüglern (Menschen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen, deren Einkommenssituation individuell überprüft wird) von der öffentlichen Hand bezahlt.

Gemäss den definitiven Daten des Bundesamtes für Statistik wurden für das Jahr 2016 für den Bereich «Zahnärzte» Kosten von 4002000000 Franken ausgewiesen. Der Anteil der zahnmedizinischen Kosten an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens im Jahr 2016 lag bei 5,0 Prozent (Vorjahr 5,2 Prozent). Die Kosten reduzierten sich um 1,6 Prozent – im Gegensatz zu den gesamten Gesundheitskosten, welche gesamthaft um 3,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr zunahmen.

### Aktuelle Probleme und Reformpostulate

Angesichts unterschiedlicher Umfrageergebnisse über den Verzicht auf zahnmedizinische Leistungen aus finanziellen Gründen in der Schweiz publizierte das Bundesamt für Statistik (MERÇAY 2018) eine Analyse zu den unterschiedlichen methodologischen Ansätzen und Fragestellungen der im Jahr 2016 publizierten Erhebungen im Rahmen der Einkommens- und Lebensbedingungen (SILC) des Bundesamtes für Statistik und der International Health Policy Survey (IHP) des Gesundheitsobservatoriums Obsan.

Für die hier zu erörternden Fragestellungen von besonderer Bedeutung sind folgende Erkenntnisse:

- Wenn Sozialversicherungen im Fokus stehen, geht es in der Regel um Fragen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (wie dies beispielsweise in Art. 32 Abs. 1 KVG erwähnt wird). Sozialversicherungen stellen demnach erhöhte Anforderungen an die Leistungsübernahme, z. B. eben, dass nur Leistungen übernommen werden, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Diese Dimensionen müssen in der Regel auch nach einer wissenschaftlichen Form nachgewiesen werden. Aus dieser Betrachtung heraus ergibt sich, dass für die Frage nach dem Verzicht im heutigen System jene Umfrage herangezogen werden sollte, welche den restriktiveren Begriff der notwendigen Leistungen formuliert. Denn Sozialversicherungen gehen ebenfalls eher von einem restriktiven Begriff aus. Demnach hatten 3,4 Prozent der Bevölkerung im Jahr 2016 aus finanziellen Gründen bestimmte notwendige medizinische Leistungen nicht in Anspruch genommen.
- Zu klären ist in diesem Zusammenhang die Frage, warum diese 3,4 Prozent keine genügenden finanziellen Mittel dafür hatten. Es werden beispielsweise unterschiedliche Massnahmen zu prüfen sein, wenn die entsprechenden finanziellen Situationen auf Nichtnutzung bestehender Unterstützungssysteme (beispielsweise als Folge von Nichtwissen) oder auf Lücken im Abdeckungssystem zurückzuführen sind.
- Würde von den Ergebnissen der IHP-Umfrage ausgegangen, würden angesichts des deutlich breiter definierten Verzichts-begriffs 20,7 Prozent der Bevölkerung auf Leistungen aus finanziellen Gründen verzichtet haben. Zu diesen Leistungen könnten beispielsweise ästhetische Leistungen gehören. Dabei gilt es, darauf hinzuweisen, dass es sich um freiwillige Leistungen handelt wie beispielsweise das Bleaching. Leistungen nach einem Unfall im Rahmen der rekonstruktiven Chirurgie werden von der obligatorischen Unfallversicherung übernommen. Dieses Beispiel zeigt auch: Es ist nicht Aufgabe einer Sozialversicherung, Leistungen wie Bleaching oder Goldimplantate zu finanzieren. Wenn darauf aus finanziellen Gründen verzichtet werden muss, dürfte dies aus sozialpolitischer Sicht nicht problematisch sein.

- Interessant ist auch der Hinweis des Bundesamtes für Statistik in der oben erwähnten Publikation, «que le différentiel constaté en Suisse entre le taux de privation en matière de soins dentaires nécessaires (SILC) et le taux de renoncement pour des raisons de coût (IHP) est semblable dans des pays tels que la France ou l'Allemagne. Pour ces deux indicateurs, la Suisse se situe entre la France (qui a le taux le plus élevé) et l'Allemagne» (S. 4). Oder mit anderen Worten: Nachbarländer mit Sozialversicherungsansätzen für die Zahnmedizin weisen keine signifikant besseren Werte auf als die Schweiz.
- Selbstverwaltungsprinzip: Zwar beschliesst der Staat die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung. Die weitere Organisation und Finanzierung der einzelnen medizinischen Leistungen ist aber Aufgabe der sogenannten Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Sie wird gemeinsam von den Vertreterinnen und Vertretern der Ärzte und Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Krankenkassen und Versicherten wahrgenommen.

### Feststellbare Outcomes

Ausgehend von den bisherigen Erkenntnissen und früheren Arbeiten des Autors können – bevor weitere Länder analysiert werden – insbesondere folgende Elemente für die Schweiz festgehalten werden:

- In der Schweiz fehlen nicht nur, aber auch im Bereich der Zahnmedizin und der Zahnversorgung wichtige gesundheitsstatistische Daten. Ebenso fehlen längere Zeitreihen, in denen bezogen auf bestimmte Outcomes das schweizerische mit anderen Versorgungssystemen verglichen werden kann.
- Da, wo bereits Unterstützungssysteme bestehen, sind diese auch so bekannt zu machen, dass Personen mit tiefer Schulbildung vermehrt davon Kenntnis erhalten. Dadurch könnten die bisherigen Unterstützungssysteme zielgruppenspezifisch in ihrer Effektivität und Effizienz gesteigert werden.
- Ausserdem könnte beispielsweise die Frage gestellt werden, ob nicht die geringere Verbreitung der Schulzahnprophylaxe in der Westschweiz zu teilweise höherem Kariesbefall gerade in Personenkreisen mit tiefer Schulbildung in dieser Region führt und dadurch u. a. auch finanzielle Folgen entstehen, weil Kantone und Gemeinden im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention beispielsweise in den Schulen den Aufgaben weniger nachkommen als in der Deutschschweiz.

## Die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland

### Länderbeschreibung

(WWW.GESUNDHEITSINFORMATION.DE, 21. DEZEMBER 2018)

Das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland basiert auf vier Grundprinzipien:

- Versicherungspflicht: Alle Bürger sind verpflichtet, sich in einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) zu versichern – solange sie brutto nicht mehr verdienen als einen bestimmten Betrag («Versicherungspflichtgrenze»). Wer mehr verdient, kann sich in einer privaten Krankenversicherung (PKV) versichern.
  - Beitragsfinanzierung: Die Gesundheitsversorgung wird überwiegend durch Beiträge der krankenversicherten Bürgerinnen und Bürger sowie der Arbeitgeber finanziert. Zuschüsse aus Steuereinnahmen kommen hinzu.
  - Solidaritätsprinzip: In der «Solidargemeinschaft» des Gesundheitssystems tragen alle gesetzlich Versicherten gemeinsam das persönliche Risiko der Kosten, die durch eine Krankheit entstehen. Jeder gesetzlich Versicherte hat den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgung und Lohnfortzahlung während einer Erkrankung – egal, wie hoch sein Einkommen und damit seine Beiträge sind. Dabei richtet sich die Beitragshöhe nach dem Einkommen. Allerdings werden die Beiträge nur bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe (der «Beitragsbemessungsgrenze») prozentual berechnet. Alle, die mehr verdienen, zahlen den gleichen Höchstbetrag.
- Grundsätzlich sind folgende Ebenen der Versorgung zu unterscheiden (WWW.VDK.DE, 25. SEPTEMBER 2017):
- Die Regelversorgung orientiert sich am Wirtschaftlichkeitsgebot. Sie soll «ausreichend, zweckmässig und wirtschaftlich» sein. Diese Standardversorgung ist genau festgelegt. Wer sich beispielsweise für höherwertige Materialien entscheidet, zahlt diese Zusatzleistung selbst. Wenn die Patienten über die Regelversorgung hinausgehen wollen, gilt es, zwischen der gleichartigen und der andersartigen Versorgung zu unterscheiden.
  - Die gleichartige Versorgung umfasst die Kassenleistung, aber auch darüber hinausgehende Zusatzleistungen. Wird beispielsweise im Seitenzahnbereich eine Metallkrone vorgesehen, möchte der Patient aber aus optischen Gründen eine Keramikbehandlung, so muss er die Kosten für die Verblendung selbst bezahlen. Die anfallenden Zusatzkosten werden

nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GZO) abgerechnet.

- Bei der andersartigen Versorgung fallen in der Regel höhere Kosten an. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn der Patient statt der vorgesehenen Brücke ein Implantat zur Schliessung einer Zahllücke wünscht. In diesem Fall erhält der Versicherte einen Festzuschuss der Krankenversicherung, der Zahnarzt rechnet jedoch die gesamte Behandlung nach der privaten Gebührenordnung ab.

## Finanzierung

(WWW.BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM.DE, 21. AUGUST 2018)

Die Krankenkassen übernehmen befundbezogene Festzuschüsse für medizinisch notwendigen Zahnersatz. Der befundbezogene Festzuschuss umfasst 50 Prozent des für die jeweilige Regelversorgung festgesetzten Betrages. Sofern Versicherte mit ihrem Bonusheft nachweisen können, dass sie in jedem der Jahre vor Beginn der Behandlung die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen haben, erhöht sich der Festzuschuss auf 60 Prozent und nach zehn Jahren ununterbrochener Inanspruchnahme auf 65 Prozent der Kosten der Regelversorgung. Versicherte können sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren.

Zu den gedeckten Leistungen zählen etwa das Entfernen von Karies, Zahnfüllungen oder das Ziehen eines Zahnes. Bei der Wahl der Zahnfüllung können, je nach Lage des Zahns im Kiefer, Zusatzkosten für die Versicherten anfallen, wenn sie sich für eine zahnfarbene Füllung entscheiden. Andere Zahnbehandlungen wie etwa die Wurzelkanalbehandlung sind nur eingeschränkte Kassenleistungen. Sie werden von der gesetzlichen Krankenversicherung nur übernommen, wenn der Zahn als erhaltungswürdig eingestuft wird. Für Zahnersatz, also Kronen, Brücken und Prothesen, erfolgt nur eine teilweise Kostenübernahme (WWW.VDK.DE, 25. SEPTEMBER 2017).

Private Zahnzusatzversicherungen beteiligen sich an den Kosten, die Krankenkassen nicht übernehmen. Weil es Obergrenzen gibt, werden von Kassen und Zusatzversicherungen zusammen in der Regel nicht mehr als 80 bis 90 Prozent der Kosten gedeckt (WWW.TEST.DE, 17. APRIL 2018).

Wer in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lebt, kann unter Umständen eine Härtefallregelung in Anspruch nehmen.

## Aktuelle Probleme und Reformpostulate

Eine repräsentative Umfrage des Gesundheitsmagazins «Apotheken Umschau» ergab, dass zwei von fünf der 2229 befragten Frauen und Männer ab 14 Jahren einräumten, kein Geld für eine Zahnbehandlung von mehr als 500 Euro übrig zu haben. Jede achte Person (12,1 Prozent) hat einen oder mehrere fehlende Zähne, deren Lücken nicht durch Zahnersatz oder -prothesen ersetzt sind. Zahnersatz stellt für viele eine kaum zu bewältigende finanzielle Belastung dar, im Schnitt müssen Patienten 724 Euro jährlich für ihren Zahnersatz aus eigener Tasche dazu zahlen (WWW.LVZ.DE 2016).

## Feststellbare Outcomes

Die grösste deutsche gesetzliche Krankenversicherung, Barmer GEK, publiziert jährliche Zahnreports, deren Erkenntnisse Hinweise auf Outcomes des deutschen Systems geben. Der «Barmer GEK Zahnreport 2015» thematisiert, dass nach einer Füllung viele Zähne nach kurzer Zeit wieder therapiert werden

müssen. So müssen die Zahnärzte fast jeden dritten Zahn nach einer Füllung innerhalb von vier Jahren erneut einer Behandlung unterziehen. Im Jahr 2013 waren mehr als 20 Millionen gesetzlich Versicherte von einer Füllungstherapie betroffen (WWW.BARMER.DE 2015).

Regionale Unterschiede bilden das Thema des «Barmer GEK Zahnreports 2016». Bayern legen an ihren Zahnersatz andere Massstäbe an als Saarländer. Sie zahlen mehr dafür, doch ob sie damit auch die besseren «Dritten» bekommen, ist fraglich (WWW.BARMER.DE 2016).

Die Parodontitistherapie verfehlt offenbar häufig ihr Ziel, Zähne zu erhalten. Dies geht aus dem «Barmer Zahnreport 2017» hervor. Nach der Parodontitistherapie gehen demnach bei etwa einem Drittel der Erkrankten und damit bei bundesweit 440 000 Personen innerhalb von vier Jahren Zähne verloren (WWW.BARMER.DE 2017).

Neue Ausgaben in Millionenhöhe für die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern verfehlen bisher ein wesentliches Ziel. Denn die therapeutischen Leistungen durch den Zahnarzt verharren nach wie vor auf einem niedrigen Niveau (WWW.BARMER.DE 2018).

## Die zahnmedizinische Versorgung in Frankreich Länderbeschrieb

Die Krankenversicherung ist in Frankreich als Pflichtversicherung ausgestattet. Wer eine Arbeitsstelle antritt, wird durch seinen Arbeitgeber automatisch bei der nationalen Krankenversicherung angemeldet. Für Selbstständige, Bauern oder Eisenbahner gibt es eigene Krankenkassen. Generell ist dabei zu beachten, dass die Pflichtversicherung in Frankreich durch relativ hohe Selbstbehalte gekennzeichnet ist, was dazu führt, dass viele Franzosen eine private Zusatzversicherung zur Schliessung von Lücken abschliessen.

In Frankreich können die Versicherten ihren Arzt frei wählen. Dabei gilt es, zwei Kategorien zu unterscheiden. Bei den tariflich gebundenen Ärzten (médecins conventionnés) werden die Behandlungskosten im Rahmen der geltenden Höchstansätze vergütet. Neben den «médecins conventionnés» gibt es Privatärzte (médecins non conventionnés), die ihre Honorare frei festlegen. Bei diesen wird nur ein Anteil der in Rechnung gestellten Beträge von der Pflichtversicherung übernommen.

Eine 100-prozentige Kostenerstattung gibt es in Frankreich nur in Ausnahmefällen. Die staatlichen Behörden legen fest, welche Beträge von den Krankenkassen übernommen werden. Der Anteil der von der Pflichtversicherung übernommenen Kosten hängt von der Art der Behandlung ab und unterliegt häufigen Änderungen.

Personen mit einem geringen Einkommen haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf spezielle Gesundheitsprogramme. Wer nicht automatisch über ein Krankenversicherungssystem versichert ist, kann über die «couverture maladie universelle (CMU)» eine Krankenversicherung erhalten.

Private Zusatzversicherungen werden insbesondere zur Übernahme der Selbstbehalte für ambulante und stationäre Behandlungen, für Zuschüsse für Zahnersatz, Brillen und andere Sehhilfen sowie für die Deckung von Kosten anderer Behandlungsmethoden wie Osteopathie, Akupunktur und/oder Chiropraktik genutzt. Alternativ werden auch einzelne Policen für Zahnersatz oder stationäre Aufenthalte in Spitälern ermöglicht (WWW.ESS-EUROPE.DE/KRANKENVERSICHERUNG-FRANKREICH, 21. AUGUST 2018).

Die französische gesetzliche Krankenversicherung ist wegen ihrer finanziellen Probleme regelmässig Thema in Politik und Öffentlichkeit. So hat etwa der französische Rechnungshof die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland im Vergleich zur französischen als vorbildlich erklärt, weil sie knapp einen Prozentpunkt der Wirtschaftsleistung weniger dafür ausbebe und die Krankenversicherer höhere Anteile der Kosten erstatten. Und während die französische Krankenversicherung seit dem Jahr 2000 ein Defizit von 105 Milliarden Euro angehäuft habe, belaufe sich der Überschuss in Deutschland auf 12 Milliarden Euro (WWW.SPIEGEL.DE, 16. SEPTEMBER 2015).

### Prinzipien der zahnmedizinischen Versorgung

«Zähne haben keinen grossen Stellenwert in Frankreich»: Diese aus dem Jahr 2004 stammende Aussage des Zahntechnikers Yves Probst illustriert nicht nur, dass die Krankenkasse eine geringe Basissumme an die entsprechenden Leistungen bezahlt, sondern auch dass sich viele Franzosen die teuren privaten Zusatzversicherungen insbesondere für Zahnersatz kaum leisten können. Probst erwähnt, dass sich nur 70 Prozent der Franzosen Zahnersatz überhaupt leisten können. Die eingangs zitierte

Aussage ist aber auch Ausdruck davon, dass in Frankreich historisch für den Schritt in die Selbstständigkeit relativ geringe fachliche Hürden existierten und damit eher der günstige Preis als die fachliche Qualifikation im Zentrum der Zulassungsvorschriften waren (BRAND 2004).

### Finanzierung

Die Konsultationen beim Zahnarzt werden durch die obligatorische Krankenversicherung bei Pflichtleistungen, die von einem «médecin conventionnés» erbracht werden, in der Regel zu 70 Prozent des «tarif conventionnel» vergütet. Die restlichen 30 Prozent hat der Versicherte demnach aus der eigenen Tasche oder über eine Zusatzversicherung zu bezahlen. Handelt es sich bei den behandelnden Zahnärzten um «médecins non conventionnés» kann der durch Eigenfinanzierung oder Zusatzversicherungen zu finanzierende Anteil höher ausfallen, weil die entsprechenden Zahnärzte nicht an die entsprechenden Sozialversicherungstarife gebunden sind. Eine gute Übersicht über die entsprechenden Kostenübernahmen findet sich auf [www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33956](http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33956), wo u.a. folgende Aufstellungen zu finden sind (WWW.SERVICE-PUBLIC.FR/PARTICULIERS/VOSDROITS/F33956, 21. AUGUST 2018):

#### Consultations

Les consultations chez un dentiste sont prises en charge par l'Assurance maladie et remboursées à 70 % sur la base du tarif conventionnel (Assurance Maladie). Le stomatologiste est un médecin auquel s'applique la participation forfaitaire de 1 €.

Tarifs et remboursements des consultations

Praticien consulté		Tarif	Base de remboursement	Montant remboursé
Chirurgien-dentiste	Cas général	23 €	23 €	16,1 €
	Spécialisé en ODF	23 €	23 €	16,1 €
	Secteur 1	28 €	28 €	18,6 €
Médecin stomatologiste	Secteur 2	Honoraires libres	23 €	15,10 €

#### À savoir :

le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance maladie, alors que le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres.

#### Soins dentaires

Les soins dentaires comprennent les soins conservateurs, du type détartrage, traitement d'une carie ou dévitalisation, et les soins chirurgicaux, type extraction.

Ils sont remboursés à 70 % sur la base du tarif conventionnel (Assurance maladie).

Ces tarifs sont différents lorsqu'ils sont réalisés sur des adultes ou sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans. Les soins dentaires ne sont pas soumis à la participation forfaitaire de 1 € sauf s'ils sont réalisés par un stomatologiste.

#### À partir de 13 ans

Quelques tarifs et remboursements de soins dentaires

Soin dentaire	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé
Détartrage	28,92 €	70 %	20,24 €
Soin d'une carie une face	16,87 €	70 %	11,81 €
Soin d'une carie deux faces	28,92 €	70 %	20,24 €
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine	33,74 €	70 %	23,62 €
Extraction d'une dent de lait	16,72 €	70 %	11,70 €
Extraction d'une dent permanente	33,44 €	70 %	23,41 €

#### Enfant de moins de 13 ans

Quelques tarifs et remboursements de soins dentaires sur les dents permanentes

Soin dentaire	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé
Soin d'une carie une face	19,28 €	70 %	13,50 €
Soin d'une carie deux faces	33,74 €	70 %	23,62 €
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine	38,56 €	70 %	26,99 €
Dévitalisation d'une prémolaire	57,84 €	70 %	40,49 €
Dévitalisation d'une molaire	93,99 €	70 %	65,79 €

## Aktuelle Probleme und Reformpostulate

Die Kosten der zahnmedizinischen Versorgung belasten trotz der teilweisen Kostenübernahme die französische Bevölkerung. Matthieu Delbos, «chirurgien-dentiste» und Vizepräsident der Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux, und Nathalie Coutinet, Ökonomin an der Universität Paris 13 und Forscherin am Centre d'économie de Paris Nord, Mitglied des économistes atterrés, schreiben dazu: «17,7 % des Français renoncent aux soins; il faut de l'argent.» (WWW.FRANCEINTER.FR, 5. JUNI 2018)

Im Rahmen des Präsidentenwahlkampfes versprach der inzwischen amtierende französische Staatspräsident Emmanuel Macron, dass die Zuzahlungen zu den Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschafft würden («le reste à charge zéro»). Es stellte sich bei der Konkretisierung heraus, dass nur ein Teil der Leistungen von der Zuzahlung befreit werden sollte (WWW.LESECHOS.FR, 21. FEBRUAR 2018):

La prise en charge intégrale des soins dentaires demeurera limitée à un panier de soins essentiels, représentant 35 % de la dépense actuelle, soit 1,8 milliard d'euros d'honoraires sur un total de 5,2 milliards par an. En volume, cela concernera tout de même près de la moitié des actes, soit 6,2 millions sur 13,4 millions par an.

Gratuité pour les dents de devant

Jusqu'à présent, seuls les soins conservateurs et chirurgicaux de base sont réglementés et donc bien remboursés, à condition d'avoir une assurance complémentaire. Avant la fin du quinquennat, d'autres actes aujourd'hui à tarif libre, nettement plus onéreux, deviendront gratuits.

L'Assurance-maladie propose par exemple que la couronne métallique, qu'elle rembourse aujourd'hui 107 euros, atterrisse dans le panier à coût zéro. Plus esthétique, la couronne céramo-métallique y figurerait également, mais uniquement pour les dents de devant, incisives, canines, prémolaires. En revanche, le fin du fin, la couronne tout en céramique, n'y serait pas. Mêmes subtilités pour les bridges, qui seraient gratuits s'ils sont métalliques, et pour les prothèses amovibles, qui devront être à base de résine pour être totalement remboursées.

Pour parvenir à mettre en place ce reste à charge zéro, l'Assurance-maladie doit au passage réglementer ces tarifs, c'est-à-dire instaurer des plafonds de facturation. Or le niveau de ces plafonds est à l'origine de l'échec de la négociation conventionnelle de 2017. Face à l'hostilité des dentistes, la précédente ministre de la Santé, Marisol Touraine, avait dû imposer un règlement arbitral, lequel a été suspendu par sa successeuse Agnès Buzyn dans un souci de conciliation.

Le nouveau plan remet sur la table des plafonds très similaires, par exemple 290 euros pour la couronne métallique (hors Ile-de-France). Le plafond est même 10 euros plus bas, à 500 euros, pour la couronne céramo-métallique.

Il est prévu de créer un deuxième panier «reste à charge modéré», en échange de revalorisations d'actes. La moitié des honoraires seraient logés dans ce gros panier, par exemple la couronne tout-céramique, dont le prix serait plafonné à 550 euros.

Pour l'instant, l'effort que les dentistes devront consentir sur le reste à charge zéro est chiffré à 388 millions d'euros par an. Côté financeurs, l'Assurance-maladie noie le poisson.

barung sieht im Wesentlichen folgende Eckpunkte vor (WWW.LEMONDE.FR, 1. JUNI 2018):

Le texte prévoyant la mise en application de la promesse de campagne d'Emmanuel Macron d'un «reste à charge zéro» pour les soins dentaires a été adopté, vendredi 1er juin, à plus de 90 % par les dentistes de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), après l'avoir été à 76 % la veille par ceux de l'Union dentaire (UD).

L'accord de ces deux syndicats, à l'issue de huit mois de discussion avec l'Assurance-maladie, va permettre la signature d'une nouvelle convention d'ici à la fin du mois. La mise en place de l'offre sans reste à charge débutera en 2020 et «sera totalement accessible pour l'ensemble des actes concernés» au 1er janvier 2021, selon un communiqué du ministère de la santé. A cette date, les patients auront le choix entre trois offres de soins pour leurs prothèses dentaires, qui correspondront à trois niveaux de prise en charge différents.

Le premier, dit «RAC zéro», pour lequel il n'y aura rien à débours, distinguera les couronnes destinées aux dents «de devant», visibles, qui seront en céramique, et celles pour les molaires, invisibles, qui seront, elles, en métal. «Les prothèses que nous remboursons sont de grande qualité (...) Ce n'est pas du tout bas de gamme», a assuré la ministre de la santé, Agnès Buzyn, vendredi sur Europe 1, en réponse notamment aux accusations de la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL), le syndicat non signataire, de mise en place d'une «dentisterie low cost».

Un possible «effet de rattrapage»

Deux autres niveaux de prise en charge seront mis en place: un niveau «modéré» ou «maîtrisé», avec des prothèses aux tarifs plafonnés, dont la prise en charge par la Sécurité sociale et les complémentaires sera partielle, et un niveau où les honoraires seront libres, dans lequel on trouvera des couronnes «à très haute technicité» ou à «l'esthétique encore plus fouillée», selon la CNSD. «Il faut que les gens qui ont envie d'accéder à du superflu puissent le faire», a fait valoir Mme Buzyn vendredi matin.

L'entrée en vigueur du dispositif pourrait entraîner un «effet de rattrapage» pendant un ou deux ans, admettent les signataires de l'accord, sans pouvoir anticiper le nombre de patients qui pourraient retrouver le chemin de leur dentiste. Selon des chiffres de la Cour des comptes publiés en 2016, près de 4,7 millions de Français avaient renoncé en 2012 à des soins dentaires pour des raisons financières.

Ce plafonnement des prix de la majorité des prothèses dentaires se fait en contrepartie d'une revalorisation des «soins conservateurs» (traitement de caries, détartrage par exemple) et de la création de nouveaux actes. Dans l'ensemble, le gain net pour les dentistes sera à terme supérieure à 230 millions d'euros par an. «Même si elle ne résout pas tous les problèmes, cette convention est un changement de paradigme très important», a assuré vendredi lors d'une conférence de presse Thierry Soulié, le président de la CNSD.

Die «reste à zéro»-Politik findet nicht nur im Bereich der Zahnmedizin, sondern auch im Bereich von Brillen und anderen Sehhilfen ihren Niederschlag. Sie ist allerdings auch umgehend kritisiert worden. Der Ökonom Frédéric Bizard weist in seiner Kolumne in der Zeitung «Le Monde» u.a. auf folgende Aspekte hin (WWW.LEMONDE.FR, 1. JUNI 2018):

Anfang Juni wurden die weiterentwickelten Konzepte durch zwei zahnärztliche Gewerkschaften gutgeheißen. Die Verein-

Certains en France défendent une évolution à l'anglaise et rêvent d'un grand système public national de santé. Cette mesure est une vraie destruction du modèle français solidaire qui vise à garantir l'égalité face à la qualité des soins. Si les paniers de soins sans reste à charge seront accessibles à tous, le reste des soins, qui comprendront l'innovation et la qualité de service, ne sera plus accessible qu'à une minorité aisée.

## Die zahnmedizinische Versorgung in Österreich

### Länderbeschrieb

Im Gegensatz zur Schweiz kann in Österreich die obligatorische Krankenversicherung nicht frei gewählt werden. Die Zuteilung erfolgt automatisch mit dem Eintritt ins Erwerbsleben. Zuvor sind Kinder bei den Eltern pflichtversichert. Die Pflichtversicherung ist berufsständisch und regional organisiert. Neben neun grossen Gebietskrankenkassen für Arbeiter und Angestellte existieren eine eigene Kasse für Unternehmer und Selbstständige, für Beamte, für Bauern und kleinere Kassen für Berufsgruppen wie Ärzte, Architekten oder Eisenbahner. Die Versicherungsbeiträge werden vom Lohn abgezogen, der Arbeitgeber bezahlt die Hälfte. Selbstständige zahlen einen ähnlich hohen Beitrag von ihrem Einkommen. Die Ärzte rechnen direkt mit den Kassen ab. Der Leistungsumfang der einzelnen Kassen kann sich aber unterscheiden. Selbstständige müssen zwischen 10 und 20 Prozent der Gesundheitskosten selbst tragen. Dafür bezahlt ihre Kasse den Ärzten bessere Entschädigungen. Die grossen Gebietskrankenkassen, bei denen rund 80 Prozent der Bevölkerung versichert sind, zahlen vor allem den Grundversorgern eher geringe Entgelte. Neue Behandlungsmethoden, Physio- oder Psychotherapien werden kaum bezahlt. Es gibt Leistungen, welche jede Versicherung übernehmen muss. Kleinere Versicherungen von Beamten und Selbstständigen finanzieren darüber hinaus mehr Leistungen wie Alternativmedizin oder Prävention. Angesichts der eher bescheidenen Leistungen der Pflichtversicherung leisten sich viele Österreicher Zusatzversicherungen. Bei Fachärzten, welche Verträge mit allen Kassen aufweisen, drohen längere Wartezeiten. Lange Wartezeiten gibt es oft in den Ambulatorien von Spitälern und bei verschiedenen nicht lebensrettenden Operationen (ODEHNAL 2014).

Insgesamt sind bei den 15 sogenannten Krankenfürsorgeanstalten (KFA) für Beamte und Bedienstete einzelner Städte sowie Lehrer rund 250 000 Personen mit ihren Angehörigen versichert. Die mit Abstand grösste ist die Krankenfürsorgeanstalt für Bedienstete der Stadt Wien mit rund 83 000 Versicherten (Daten aus dem Jahr 2017), jene der Stadt Baden, die mit Wien kooperiert, bringt es auf rund 250 Versicherte. Allein in Oberösterreich gibt es sechs solcher Kassen: in Linz, Wels, Steyr sowie für Landesbeamte, Gemeindebedienstete und Landeslehrer in Pflichtschulen. In Tirol sind es drei für Landesbeamte, Gemeindebedienstete sowie Landeslehrer. KFA-Versicherte verfügen in der Regel über im Vergleich zu bei der Gebietskrankenkasse versicherten Menschen über bessere Konditionen. So gibt es etwa bei Letzterer bei Zahnimplantaten keinen Zuschuss, bei der KFA Wien bis zu 700 Euro, für Gemeindebedienstete in Oberösterreich 550 Euro. Finanziell profitieren die KFA davon, dass es sich um Beitragszahler ohne hohes Kündigungsrisiko handelt (ETTINGER 2018).

## Prinzipien der zahnmedizinischen Versorgung

Der Bericht des Rechnungshofes zur Versorgung im Bereich der Zahnmedizin vom April 2018 kommt auf einige «Prinzipien» der zahnmedizinischen Versorgung in Österreich zu sprechen. Erwähnt werden können u.a. (RECHNUNGSHOF ÖSTERREICH 2018):

- Eine umfassende Festlegung von Zielen, Indikatoren und Massnahmen im Bereich der Zahnmedizin erfolgte in den dafür vorgesehenen Zielsteuerungskommissionen nicht. Es wurden lediglich einzelne Indikatoren (Kariesfreiheit bei unter Sechsjährigen) definiert (S. 19).
- Kritisch äusserte sich der Bericht des Rechnungshofes dazu, dass die Krankenversicherungsträger eine Beratung nur bezahlen, wenn der behandelnde Zahnarzt keine weiteren Leistungen verrechnete. Bei akuten Problemen (z.B. Zahnfleischentzündung, Karies) wäre jedoch die Beratung für die betroffenen Personen wichtig. Durch die Existenz der reinen Einzelleistungsvergütung vermisst wurde auch eine Einbettung beispielsweise in ein Anreizsystem für regelmässige Zahnarztbesuche oder bestimmte Anstrengungen in der Mundhygiene (etwa in Analogie zur deutschen Lösung des «Bonusheftes», einer erhöhten Leistung für Zahnersatz bei Nachweis von Massnahmen zum Zahnerhalt) (S. 28f.).
- Moniert wird auch, dass in wichtigen Bereichen Grundlagen für die Planung fehlten. Dies galt insbesondere für den Bereich der Epidemiologie sowie bei der Quantifizierung des spezifischen Bedarfs für die besonderen Zielgruppen der kasseneigenen Zahnambulatorien. Dazu gehören beispielsweise Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Infektionskrankheiten, sozial schwache Gruppen wie Häftlinge oder Obdachlose. Hingewiesen wird dabei auf die Widersprüche in den Aussagen zum Bedarf aufseiten der Kassen: Einerseits reduzierten die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse und die Wiener Gebietskrankenkasse die Kassenstellen in Relation zur Bevölkerung aus Angst vor einer Überversorgung, andererseits waren «beträchtliche Wartezeiten» zu beobachten (S. 53).

## Finanzierung

Unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe ein Zuschuss für Zahnersatz gewährt wird, regelt die Satzung der jeweiligen Krankenkasse. In der Regel übernehmen die österreichischen Krankenkassen die Kosten nur für einen unentbehrlichen Zahnersatz inklusive notwendiger Reparaturen unentbehrlicher Zahnersatzstücke. Für einen medizinisch nicht notwendigen, d.h. nur aus ästhetischen Gründen hergestellten feststehenden Zahnersatz (Kronen, Brücken, Stützähne, Implantate, gegossene Stiftaufbauten) zahlen die Kassen in der Regel hingegen nicht. Ausnahme davon bildet der Umstand, dass ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Versicherte bzw. mitversicherte Angehörige müssen daher für einen Zahnersatz und gegebenenfalls dessen Reparatur oft eine Zuzahlung leisten. Die anteilige Kostenübernahme beschränkt sich in der Regel auf einfachen herausnehmbaren Zahnersatz wie eine Kunststoff-, Metallguss- oder Sofortprothese (Immediatersatz nach Zahnextraktion). Versicherte treten dabei zunächst in Vorlage, d.h. bezahlen den Gesamtbetrag, legen danach der Krankenkasse die Originalnote vor und bekommen den bewilligten Betrag rückerstattet. Für kieferorthopädische Behandlungen mit abnehmbaren Geräten, Kunststoffprothesen und deren Reparaturen, Metallgerüstprothesen (z.B. Zahnklammer), Vollmetallkronen an Klammerzähnen und Verblend-Metall-Keramik-Kronen bei Teilprothesen

erfolgt in der Regel ein Krankenkassenzuschuss (z. B. Wiener Gebietskrankenkasse: bei Kunststoffprothesen und deren Reparatur 75 Prozent). Für Kronen und Brücken als festen Zahnersatz gibt es in den Ambulatorien der Gebietskrankenkassen Fixpreise bzw. für Klammerzahnkronen zur Verbesserung des Prothesenhalts einen Kostenzuschuss. Auf eine Versorgung mit Implantaten oder implantatgetragenen Zahnersatz besteht in der Regel kein Anspruch auf Kostenerstattung, ausser eine übliche prothetische Versorgung ohne Implantate ist nicht möglich oder das Prothesenlager kann keinen schleimhautgelagerten Zahnersatz tragen ([WWW.HEROLD.AT/BLOG/ZAHNERSATZ-KRANKENKASSE](http://WWW.HEROLD.AT/BLOG/ZAHNERSATZ-KRANKENKASSE), 21. AUGUST 2018).

Unter den Zahnzusatzversicherungsangeboten gibt es grosse Unterschiede, die sowohl den Leistungsumfang als auch die Kosten der Versicherung betreffen. In der Regel trägt eine private Zahnzusatzversicherung nicht die gesamten Kosten der Zahnbehandlungen, sondern rund 50 Prozent bei günstigeren Tarifen und bis zu 80 Prozent bei höheren Tarifen. Es werden auch Tarife mit Selbstbehalt angeboten. Meistens müssen Versicherungsnehmer nach dem Versicherungsabschluss eine Wartezeit beachten. Diese kann mehrere Monate betragen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass bei der Zahnversicherung die vollen Vergütungssätze meistens erst nach drei bis fünf Jahren zur Verfügung stehen. Eine «Alleinversicherung» der Zahnbehandlungen ist in Österreich nicht üblich. Eine Zahnzusatzversicherung wird in der Regel in Kombination mit einer Sonderklasseversicherung erhältlich ([WWW.VERSICHERUNGEN.AT](http://WWW.VERSICHERUNGEN.AT), 13. DEZEMBER 2018).

### Aktuelle Probleme und Reformpostulate

Der Bericht des Rechnungshofes zur Versorgung im Bereich der Zahnmedizin vom April 2018 listet eine Reihe von Problemen und Reformpostulaten auf, die untenstehend wiedergegeben werden sollen (RECHNUNGSHOF ÖSTERREICH 2018):

- Wegen des Alters der gesamtvertraglichen Regelungen und der technischen Entwicklungen kam es wiederholt zu Auseinandersetzungen zwischen den Gesamtvertragspartnern über die auf Kassenkosten zu erbringenden Leistungen und die berufsrechtliche Verpflichtung, eine Behandlung am aktuellen Stand der Technik zu erbringen (S. 77).
- Festgestellt wurde, dass es Zahnarztpraxen gibt, die eine Wurzelbehandlung «am Stand der Technik» als Privatleistung anbieten und sich dabei ausdrücklich von den Kassenleistungen abgrenzen (S. 78).
- Der Qualitätssicherung waren in diesem Bereich enge Grenzen gesetzt. Eine Behandlung am Stand der Technik wäre nach Ansicht des Rechnungshofes zwar gesetzlich gefordert, aber durch die Umsetzung in Gesamtvertrag und Qualitätssicherungssystematik nicht sichergestellt (S. 78).
- Gemeinsam mit Spanien ist Österreich das einzige europäische Land, das keine Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie ausbildet (S. 81).

### Feststellbare Outcomes

Am Beispiel der Behandlung von Zahnfleischproblemen (Parodontitis) zeigt der Bericht des Rechnungshofes die Probleme besonders deutlich auf: Daten zur Häufigkeit der Erkrankung fehlen, es wird von einer Dunkelziffer analog zu Deutschland von 53 Prozent der Erwachsenen ausgegangen. Ebenso mangelt es an Daten zur Behandlung, obwohl Parodontitis die häufigste Ursache für Zahnverlust bei Erwachsenen und ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Probleme und Diabetes darstellt. Eine

aktuelle, am Stand der Technik definierte Versorgungsleistung der Sozialversicherung wird ebenso vermisst wie klare Ziele für Gesundheit und Versorgungsdichte der Bevölkerung.

### Fazit

Wer davon ausgeht, dass eine obligatorische Zahnversicherung die finanzielle Tragbarkeit der Zahnmedizin für die einzelnen Menschen erhöht und die Zahnversorgung verbessert, wird im Rahmen der oben dargestellten Finanzierungen von zahnmedizinischen Leistungen durch eine obligatorische Krankenversicherung in Deutschland, Frankreich und Österreich im Vergleich zur Schweiz insbesondere zu folgenden Erkenntnissen gelangen:

- Die obligatorischen Krankenversicherungen garantieren keine gleichmässige Verteilung mit zahnmedizinischer Versorgung, weder regional noch sozial. Denn in den untersuchten Ländern gibt es keine obligatorische Grundversicherung, welche frei gewählt werden kann und gleichzeitig alle Einwohnerinnen und Einwohner umfasst. Die Systeme sind teilweise dual organisiert wie in Deutschland. Einkommensstärkere Schichten und Beamte haben ihre eigenen Systeme und tragen damit kaum bis gar nicht zur Versicherungssolidarität mit den sozial Schwächeren bei. In anderen Ländern sind die Versicherungen nicht frei wählbar, wie etwa in Österreich berufsständisch organisiert und mit teilweise unterschiedlichem Leistungsumfang gerade in der Zahnmedizin versehen. Dabei ist es in der Regel keineswegs so, dass Kassen mit den sozial schwächeren Versicherten über umfassendere Leistungsumfänge in der Zahnmedizin verfügen, sondern genau umgekehrt: Weil es sich in der Regel um Menschen mit versicherungstechnisch schlechteren Risiken handelt, werden diesen geringere Leistungsumfänge garantiert.
- Der «Barmer GEK Report 2016» zeigt zudem, dass auch der Mythos einer gleichen Versorgung durch eine obligatorische Zahnversicherung in Deutschland nicht erreicht wird. Vielmehr ist festgestellt worden, dass es keine einheitliche vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland gibt.
- Sozial schwächere Schichten sehen sich in solchen Systemen nicht selten damit konfrontiert, dass sie bei gesetzlichen Pflichtleistungen in der Zahnmedizin teilweise hohe Selbstbeteiligungen übernehmen müssen. Dies gilt in Deutschland selbst dann, wenn in Ergänzung dazu private Versicherungen Leistungen abdecken, bleiben doch in der Regel mindestens 10 bis 20 Prozent der Kosten beim Versicherten hängen. Analoge Situationen lassen sich auch in Österreich feststellen. Hinzu kommt in diesem Fall, dass eine Zahnzusatzversicherung in der Regel nicht allein gewählt werden kann, sondern nur im Rahmen eines grösseren Versicherungspaketes. Auch die reine Betrachtung der Deckung durch die gesetzliche Krankenversicherung zeigt dieses Bild, mussten doch die deutschen gesetzlich Versicherten gemäss dem «Barmer GEK Zahnreport 2014» mehr als die Hälfte der anfallenden Kosten bei Zahnersatz selbst bezahlen. Darüber können auch gewisse minimale Härtefallregelungen nicht hinwegtäuschen. In der Schweiz entfallen solche Zahlungen bei Ergänzungsleistungsbezügerinnen und -bezügern, wenn sie ihre Ansprüche geltend machen.
- Analoges gilt für das französische System. Die Konsultationen beim Zahnarzt werden durch die obligatorische Krankenversicherung bei Pflichtleistungen, die von einem «médecin conventionnés» erbracht werden, in der Regel zu 70 Prozent des «tarif conventionnel» vergütet. Die restlichen 30 Prozent



hat der Versicherte demnach aus der eigenen Tasche oder über eine Zusatzversicherung zu bezahlen. Handelt es sich bei den behandelnden Zahnärzten um «médecins non conventionnés» kann der durch Eigenfinanzierung oder Zusatzversicherungen zu finanzierende Anteil höher ausfallen, weil die entsprechenden Zahnärzte nicht an die entsprechenden Sozialversicherungstarife gebunden sind.

- Die von Staatspräsident Macron initiierte Politik des «reste à charge zéro» verbessert daran kaum etwas. Wenn in einem Bereich Leistungen kostenfrei bezogen werden können, steigen in der Regel zur Beitragssatzstabilisierung in den nicht voll gedeckten Bereichen die privaten Zuzahlungen, was dazu führen dürfte, dass Innovationen und bessere Servicequalität künftig vermehrt und/oder vor allem in den privaten Segmenten stattfinden und den auf die «reste à charge zéro»-Leistungen angewiesenen Versicherten weitgehend vorenthalten werden.
- Die aufgezeigten Entwicklungen bei ausgewählten obligatorischen Zahnversicherungen lassen auch die von den Befürwortern eines solchen Instruments gerne verwendete Argumentation der Vermeidung einer Zweiklassenmedizin ins Leere laufen. Während bei gesetzlich Versicherten ohne viel Kaufkraft in der Regel verstärkt Füllungen eingesetzt werden, kommen bei Versicherten, die sich Zuzahlungen leisten können, eher Kronen zur Anwendung (BARMER GEK ZAHNREPORT 2015).
- Auch Mehrausgaben in Millionenhöhe für die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern durch die obligatorische Zahnversicherung verfehlten bisher das wesentliche Ziel, die Inanspruchnahme einfacher Therapieleistungen zu verbessern. Die im «Barmer Zahnreport 2018» publizierte Umfrage zeigt, dass es eben nicht nur auf das Zurverfügungstellen von zusätzlichen Mitteln ankommt, sondern beispielsweise auch auf die (nicht) vorhandene zahnärztliche Ausstattung im Pflegeheim bzw. den bürokratischen Aufwand des Zum-Zahnarzt-Gehens.
- Viele der dargestellten ausländischen Systeme leiden auch unter dem Tatbestand, dass der Leistungskatalog beschränkt ist, oft ungefähr jenem oder gar weniger Leistungen entspricht, als in der Schweiz über Ergänzungsleistungen und andere Unterstützungsleistungen abgedeckt sind.
- In der Schweiz liegt das Problem weniger im Fehlen einer obligatorischen Zahnversicherung als in der Bekanntmachung und korrekten Nutzung der bestehenden Möglichkeiten für sozial Schwächere.
- Im Gegensatz zur Schweiz ist die obligatorische Kranken- (und damit auch Zahn-)versicherung in den untersuchten Ländern nicht auf die gesamte Bevölkerung bezogen und dadurch mit der Gefahr verbunden, dass als Folge des Tarifdrucks weniger Zahnärzte bereit sind, zu den Sozialversicherungstarifen zu arbeiten bzw. Zahnärzte Strategien anwenden, um den Patienten bewusst teurere Nichtpflichtleistungen zu verkaufen, bei denen die Preise frei festgelegt und damit durch entsprechende Privathonorare drohende Einkommensverluste aus der obligatorischen Zahnversicherung umgangen bzw. (über-)kompensiert werden können. Ansätze dafür lassen sich beispielsweise in Österreich ausmachen und auch im Rahmen der aktuellen zahnpolitischen Debatten in Frankreich.
- Hinzu kommt, dass angesichts der Kosten- und technischen Entwicklung in der obligatorischen Zahnversicherung kaum eine zeitgemässe Versorgung für die Bevölke-

rung sichergestellt werden kann. Oft hinzu kommen auch langdauernde Anerkennungsverfahren oder das geringe Interesse der Akteure, überhaupt entsprechende Verträge zur Vergütung der entsprechenden Leistungen zu vereinbaren, weil sie gegen deren eigenen (finanziellen) Interessen verstossen.

- Trotz der angeblichen Abdeckung durch eine obligatorische Zahnversicherung leidet ein ähnlich hoher Anteil an Menschen wie in der Schweiz unter dem Umstand, dass die entstehenden Zahnbehandlungskosten für sie nicht tragbar sind. Dies dürfte nicht zuletzt auf die oben beschriebenen, teilweise hohen Selbstbeteiligungsanteile zurückzuführen sein.
- Auch auf die Nutzung der Prophylaxemöglichkeiten scheint eine obligatorische Zahnversicherung wenig Einfluss zu haben, nutzt doch beispielsweise nicht einmal jeder Zweite gemäss dem «Barmer Zahnreport 2017» die Möglichkeit zur Zahnsteinentfernung. Für Österreich stellt ein Bericht des Rechnungshofes fest, dass im europäischen Vergleich die Krankenversicherer wenig zur Prävention beitragen, im Bereich der konservierend-chirurgischen Zahnbehandlung dagegen viel bezahlen.
- Darüber hinaus scheint es Anhaltspunkte dafür zu geben, dass Bundesländer und Kommunen – anders als Kantone und Gemeinden vor allem in der Deutschschweiz – weniger Anreize verspüren, in Zahnprophylaxe und Prävention, gerade auch im Säuglings- und Kindesalter, zu investieren. Gesundheitsökonomisch scheint dies nachvollziehbar zu sein, weil dadurch keine oder weniger eigene Kosten eingespart werden können (wie z. B. durch andernfalls durch die Kantone zu finanzierende, aber durch Prävention vermeidbare Ergänzungsleistungen für zahnmedizinische Leistungen). Denn die Kosten werden von der obligatorischen Zahnversicherung übernommen. Dies dürfte mit ein Grund sein, warum beispielsweise in Deutschland entsprechende Bonusprogramme bei gesetzlichen Krankenversicherern eingeführt wurden und in Österreich solche vom Rechnungshof in einem Bericht vermisst wurden.

## Abstract

OGGIER W: **Dental care: Switzerland in comparison** (in German). SWISS DENTAL JOURNAL SSO 129: 389–398 (2019)

A new cross-border comparison of dental care in Switzerland, Germany, France and Austria explores the common features of and differences between the different systems. In view of the cross-border data that was available for comparison, this work focuses on insurance systems, the scope of services, and cost reimbursement approaches in dentistry.

A comparison of Switzerland with three neighbouring countries, all of which have a compulsory dental insurance system, shows that on closer inspection, many of the alleged benefits of a compulsory dental insurance system only apply – if at all – to a very narrow range of services. Furthermore, those insured generally have to pay additional (high) fees for the services covered under their insurance scheme.

Compulsory dental insurance is likely to hinder rather than promote the cantons' and municipalities' approaches to prophylaxis and preventative care, which are particularly well established in German-speaking Switzerland.

## Literatur

- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (HRSG.):** Privation ou renoncement aux soins dentaires, comment comprendre des résultats divergents?, verfasst von Clémence Merçay, Obsan, 31. Januar 2018
- BRAND N:** Zahntechnik – Europa im Vergleich. In: ZWI, Nr. 6, 54–58 (2004)
- ETTINGER K:** Was bei der Kassenfusion tabu ist. In: Wiener Zeitung, 20./21. Oktober 2018
- LEIPZIGER VOLKSZEITUNG:** Angst vor der nächsten Zahnarztrechnung, www.lvz.de, Abfrage vom 26. November 2016
- ODEHNAL B:** Österreichs Kassensystem krankt. In: Tages-Anzeiger, Nr. 215, 17. September 2014
- RECHNUNGSHOF ÖSTERREICH (HRSG.):** Bericht des Rechnungshofes: Versorgung im Bereich der Zahnmedizin, III-133 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP, Reihe Bund 2018/24, Wien, (2018)
- WEBER A, GASSMANN S:** Zahnmedizin. In: Oggier W (Hrsg.), Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017, Hogrefe-Verlag, Bern, 5. Auflage, S. 461–469 (2015)
- STIFTUNG WARENTEST:** Gesetzliche Krankenversicherung: Alle Infos zum Thema Krankenkassen. www.test.de, Abfrage vom 17. April 2018
- WWW.BARMER.DE:** Barmer GEK Zahnreport 2015, Presseportal, erstellt am 13. April 2015, letzte Aktualisierung am 15. Dezember 2016
- WWW.BARMER.DE:** Barmer GEK Zahnreport 2016, Presseportal, erstellt am 28. April 2016, letzte Aktualisierung am 15. Dezember 2016
- WWW.BARMER.DE:** Barmer Zahnreport 2017, Presseportal, erstellt am 26. April 2017, letzte Aktualisierung am 18. April 2018
- WWW.BARMER.DE:** Barmer Zahnreport 2018, Presseportal, erstellt am 19. April 2018, letzte Aktualisierung am 2. Juli 2018
- WWW.BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM.DE:** Zahnärztliche Behandlung, Abfrage vom 21. August 2018
- WWW.ESS-EUROPE.DE/KRANKENVERSICHERUNG-FRANKREICH:** Abfrage vom 21. August 2018
- WWW.FRANCEINTER.FR:** Abfrage vom 5. Juni 2018
- WWW.GESUNDHEITSINFORMATION.DE:** Abfrage vom 21. Dezember 2018
- WWW.HEROLD.AT/BLOG/ZAHNERSATZ-KRANKENKASSE:** Abfrage vom 21. August 2018
- WWW.LEMONDE.FR:** publié le 1<sup>er</sup> juin 2018, mis à jour le 4 juin 2018
- WWW.LESECHOS.FR:** Abfrage vom 21. Februar 2018
- WWW.SERVICE-PUBLIC.FR/PARTICULIERS/VOSDROITS/F33956:** Abfrage vom 21. August 2018
- WWW.SPIEGEL.DE:** Abfrage vom 16. September 2015
- WWW.VDK.DE:** Zahnbehandlung und Zahnersatz: Was zahlt die Kasse? Abfrage vom 25. September 2017
- WWW.VERSICHERUNGEN.AT:** Abfrage vom 13. Dezember 2018