

Credit Suisse, Economic Briefing Nr. 30

Das Schweizer Gesundheitswesen: Diagnose für einen Patienten

Semay Ayoubi und Petra Huth

Das Schweizerische Gesundheitswesen steht derzeit zu Recht im politischen Rampenlicht. Im internationalen Vergleich gehören die Ausgaben für das Gesundheitswesen in der Schweiz zu den höchsten. Langfristig problematisch ist die Kostenentwicklung, die zwischen 1990 und 2000 mit jährlich 4,8 fast doppelt so hoch war wie das Wachstum des Bruttoinlandproduktes. Die Diskussion entzündet sich aber an der Entwicklung der Prämien der obligatorischen Krankenversicherung, die zwischen 1985 und 2000 im Durchschnitt 6,5% pro Jahr anzogen. Da es sich um eine Sozialversicherung mit Beiträgen in Form von Kopfprämien handelt, ist die wirtschaftliche Belastung der privaten Haushalte stetig steigend und trifft tiefere Einkommensklassen ungleich härter. Die Prämienverbilligungen haben aber dazu geführt, dass sich der grösste Prämienruck von Haushalten mit tiefen zu jenen mit mittleren Einkommen ohne Verbilligungsanspruch verschoben hat.

Trotz der Problematik gilt es aber auch, die Vorteile des Systems zu würdigen. Die Leistungen können im internationalen Vergleich als sehr gut gewertet werden. Die Solidarität unter den Versicherten ist gegeben, und die Leistungen sind in hoher Qualität und ausreichendem Mass verfügbar. Die stetig erweiterten medizinischen Möglichkeiten erlauben Eingriffe, welche die Rekonvaleszenzzeiten verkürzen und den Gesundheitszustand verbessern. Damit ist nicht nur ein individueller, sondern auch ein volkswirtschaftlicher und gesellschaftlicher Nutzen verbunden.

Wirtschaftliche Relevanz

Im internationalen Vergleich gehört das Gesundheitswesen der Schweiz zu den teuersten und kompliziertesten Systemen. Dabei weist es aber bei allen Versorgungskennziffern sehr gute Leistungen aus: Dies gilt sowohl für die Ärztedichte, die Anzahl der Konsultationen, die Dichte an Krankenhausbetten und die Ausstattung mit Diagnostik. Mit 300 000 Beschäftigten hat sich das Gesundheitswesen mittlerweile zu einem der mächtigsten Wirtschaftszweige entwickelt. Damit wachsen die Forderungen nach mehr Wirtschaftlichkeit und nach einer fairen Mittelverteilung im Verhältnis zu anderen Gesellschaftsbereichen. Der Kostenanstieg hat komplexe und vielfältige Ursachen. Angebotsseitig besteht der überragende Trend in der wachsenden Spezialisierung und Technisierung. Hinzu kommen Ursachen wie das Überangebot privat praktizierender Ärzte und die Entwicklung kostspieliger Medikamente (EPO, Xigris, Mabtera). Nachfrageseitig stehen an erster Stelle die schrumpfende und alternde (Erwerbs-)Bevölkerung, hoch angesetzte Pflegeleistungen und

ein Erwartungsverhalten der Patienten, das sich wenig an den realen Kosten orientiert.

Über 33 Mrd. sFr., d.h. gut 10 Prozent des Bruttoinlandproduktes (BIP), wurden im Jahr 2000 in der Schweiz für die Gesundheitspflege aufgewendet. Die Kosten des Gesundheitswesens nehmen deutlich schneller zu als das BIP. Zwischen 1990 und 2000 stiegen die Gesundheitskosten im Durchschnitt jährlich um 4,8 Prozent, während das BIP mit einer jährlichen Rate von durchschnittlich 2,5 Prozent wuchs. Unabhängig vom Niveau der Kosten und der normativen Beurteilung besteht ein weitgehender politischer Konsens darüber, die Kostenentwicklung zu bremsen. Dabei sollen aber nicht Leistungen gekürzt, sondern der Mitteleinsatz optimiert werden. Das Rationalisierungspotenzial sollte also ausgeschöpft werden, bevor über Rationierungsmassnahmen diskutiert wird, die zwangsläufig einschneidend wären, wenn sie kostenwirksam sein sollen.

Unter Rationierung verstehen wir, dass eine wirksame medizinische Leistung nicht allen Patienten angeboten werden kann, weil nicht genügend Ressourcen verfügbar sind. Der Unterschied zwischen offener und verdeckter Rationierung besteht darin, dass im einen Fall die Kriterien diskutiert und bekannt sind, im andern Fall zufällig und ohne eine für die Öffentlichkeit nachvollziehbare Diskussion festgelegt werden.

Die Krankenversicherungsprämien sind zwischen 1985 und 2000 im Durchschnitt jährlich um 6,5 Prozent gestiegen, während die Kosten für das Gesundheitswesen lediglich um 2,3 Prozent jährlich zugenommen haben. Somit hat die Prämienlast für die Versicherten stärker zugenommen als die Kosten im Gesund-

heitswesen. Grund für die asymmetrische Kostenzunahme ist der vermehrte Rückzug der öffentlichen Hand, sodass der steuerfinanzierte Leistungsanteil in den letzten Jahren gesunken ist. Überdies stiegen die Ausgaben für Leistungen aus dem Grundversicherungskatalog stärker an als für die übrigen Gesundheitsleistungen.

Die Beiträge der privaten Haushalte umfassen mehr als nur die Krankenversicherungsprämien. Weitere Ausgaben sind in Form von Selbstbehalten und Franchisen zu den beanspruchten Versicherungsleistungen zu erbringen. Einen nahezu vergleichbar hohen Teil wie für die Grundversicherungsprämie wenden die privaten Haushalte auf dem Selbstzahlermarkt auf, d.h. für Leistungen, für welche kein Versicherungsschutz besteht.

Kosten-Nutzen-Verhältnis

Die Kostenproblematik wirkt sich in erster Linie im Sozialversicherungsbereich aus. Die Besonderheit von Sozialversicherungen liegt darin, dass die Kosten zu Lasten der Allgemeinheit anfallen. Die Preise werden deshalb festgelegt und damit der Preiswettbewerb ausgeschlossen. Das marktwirtschaftliche Modell wird zu Gunsten des sozialpolitischen Ziels zurückgestellt, bei dem es primär um die Solidarität unter den Versicherten bzw. den gleichen Zugang zu allen Leistungen geht. Das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung verhindert Ausweichmöglichkeiten für die Versicherten bei Kostenschüben.

Die eigene Gesundheit ist kein Gut, das vornehmlich aus der Produktion des Gesundheitswesens stammt, sie hängt massgeblich von anderen Einflussgrössen wie gute Ernährung, Umwelteinflüsse und der eigenen materiellen und sozialen Befindlichkeit ab. Die moderne Medizin ermöglicht einem Patienten vor allem eine verbesserte Lebensqualität

Gründe für die Kostensteigerung

Die Dauer des behinderungsfreien Alterns nimmt zu. Unabhängig von der eher marktwirtschaftlichen oder planwirtschaftlichen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme unterscheidet sich die Lebenserwartung in den westeuropäischen Industrieländern kaum und unterliegt dem gleichen steigenden Trend. Ältere Menschen besuchen allerdings signifikant häufiger Ärzte, weisen mehr Spitalaufenthalte auf und nutzen die Spitex-Dienstleistungen. Wegen der demografischen Alterung der Bevölkerung werden zukünftig aber dennoch mehr

Menschen in die Phase der Hochaltrigkeit eintreten.

Einen wesentlichen Einfluss auf die Kosten im Gesundheitswesen übt die Nähe zum Todeszeitpunkt aus. Das heisst, unabhängig ob die Versicherten im Alter von 60, 70 oder 90 sterben, die Gesundheitskosten nehmen in den rund 24 Monaten vor dem Tod progressiv zu.

Stark kostentreibend wirkt auch die Anwendung der medizinischen, pharmazeutischen und medizinaltechnologischen Fortschritte. Anpassungen an die Fortschritte in der medizinischen Forschung sind notwendig, um den qualitativ hohen Stand des Schweizer Gesundheitswesens zu wahren. Sie haben aber insbesondere im stationären Bereich zu einer starken Teuerung von jährlich 4,1 Prozent in den Jahren 1985 bis 2001 geführt. Die Entwicklung medizinischer Technologie ist ein sehr dynamischer Forschungsbereich, und die Investitionen sind sehr hoch. Die Halbwertszeit medizinischer Erkenntnisse beträgt aber nur rund 5 Jahre.

Systembedingte Gründe für die Kostensteigerung

Ein wesentlicher Teil der Kostensteigerung entsteht aber auch systemimmanent. In ihren Grundzügen kommen folgende Faktoren zum Tragen:

Die Patienten messen der Gesundheit eine im Vergleich zu den Kosten überproportional zunehmende Wertschätzung bei. In der ökonomischen Theorie wird in diesem Zusammenhang von einem superiores Gut gesprochen.

Bei der Krankenversicherung treten die typischen Anzeichen eines Versicherungsmarkts in Erscheinung. Damit verbunden ist die Problematik eines zu geringen Kostenbewusstseins beim Nachfrager. Dies gründet auf der Tatsache, dass Leistungsbezieher und Zahler der medizinischen Leistung nicht identisch sind.

Der Leistungsumfang wird weitgehend durch die Leistungserbringer selber bestimmt. In diesem Zusammenhang ist von der angebotsinduzierten Nachfrage die Rede.

Gesundheit ist ein so genannt superiores Gut, d.h. mit steigendem Einkommen sind die Haushalte auf Grund ihrer hohen Wertschätzung bereit, für die Gesundheitspflege einen überproportional zunehmenden Anteil des verfügbaren Einkommens aufzuwenden. Den Leistungen im Gesundheitswesen wird auf Grund dessen im Gegensatz zu normalen Gütern und Dienstleistungen kaum

ein sinkender Grenznutzen zugeordnet. Der Entscheid des Patienten für oder wider einen Arztbesuch führt wegen der Abgeltung entstehender Kosten zu einer höheren Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Die Problematik des Versicherungsmarktes wird in der Schweiz mittels Kostenbeteiligung durch die Patienten abgefedert. Die Franchise kommt damit bis zum ordentlichen oder gewählten Franchisebetrag einer vollständigen Kostenübernahme durch den Patienten gleich. Darüber hinaus übernehmen die Patienten jeweils den anrechenbaren Selbstbehalt von 10 Prozent. Solche Formen der Kostenbeteiligung wirken als Schwelle beim Entscheid für oder wieder einen Arztbesuch. Hingegen ist der Einfluss des Patienten bei der Festlegung des Leistungsumfangs und der anfallenden Kosten gering. Da der Arzt in der Regel die erste Ansprechperson des Patienten ist, legt er den Umfang der zu erbringenden Leistungen selbst fest. Innerhalb des Gesundheitswesens zeigt sich denn auch das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage bei den Arztpraxen am ausgeprägtesten. In diesem Bereich treten die typischen Auswirkungen der Mengenausweitung am deutlichsten in Erscheinung.

Die drei Faktoren in Kombination beschleunigen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen. Da sie jedoch systemimmanent sind, besteht die Möglichkeit, ihnen mit regularotischen Massnahmen entgegenzuwirken.

Strukturelle Gründe

In der Schweiz bestehen sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung Überkapazitäten. Die kantonale Spitalplanung soll sie in der stationären Pflege abbauen. Im ambulanten Bereich ist auf Grund des Kontrahierungszwanges gegenwärtig nur geringer Spielraum vorhanden, der Zunahme der Ärztedichte zu begegnen.

Struktur und Mechanismus des Gesundheitsmarktes

Nachfolgend werden die Akteure auf dem Gesundheitsmarkt vor allem mit Blick auf die Kostenwirkung betrachtet. Schwerpunkt ist nicht zuletzt die Interdependenz der Akteure, die zur komplexen Struktur des Gesundheitswesens beiträgt. Angesichts der Komplexität wird auch klar, weshalb dem System die Reformen möglichst in homöopathischen Dosen verabreicht werden. Radikale Schritte bergen nämlich die Gefahr unerwünschter Nebenwirkungen oder

widersprechen den sozial- und gesellschaftspolitischen Zielen.

Frei praktizierende Ärzte

Die Ärzte in freier Praxis rechnen ihre Leistungen nach kantonalen Einzelleistungstarifen ab. Die Tarife sind seit 1992 praktisch unverändert geblieben. Dennoch haben die Kosten in den letzten Jahren stark zugenommen. Im Gegensatz zum stationären Sektor ist nämlich das Angebotsverhalten der Ärzte durch eine steigende Leistungsmenge gekennzeichnet. Diese Mengenausweitung ist jedoch nicht per se als Missbrauch zu werten. Zum Teil erbringen die Ärzte mehr Leistungen, weil in den Arztpraxen neue medizinische, pharmazeutische und technische Möglichkeiten für die Diagnose und Behandlung vorhanden sind und genutzt werden. Der Nutzen für den Patienten ist dann gegeben, wenn der Heilungsprozess beschleunigt oder eine Spitaleinweisung vermieden werden kann.

Tarifsystem

Die Preise für ärztliche Leistungen sind in Tarifen festgelegt. Damit besteht unter den Leistungserbringern kein Wettbewerb. Die Leistungen, welche über die Grundversicherung vergütet werden, müssen gemäss einem gesamtschweizerisch einheitlichen Leistungskatalog verrechnet werden. Mit Tarmed liegt ein solcher vereinheitlichter Arzttarif vor, dessen Einführung sich allerdings auf Grund der damit verbundenen Umverteilungswirkung verzögert hat. Dabei werden die beratenden gegenüber den technischen Leistungen besser als bis anhin vergütet. Insgesamt darf mit der Einführung von Tarmed nicht mit kostendämpfenden Effekten gerechnet werden. Allerdings wird durch die einheitliche Abrechnungsstruktur bei den Krankenkassen die Transparenz erhöht und damit der Weg zur besseren Kostenkontrolle geebnet. Denkbar ist auch, dass auf Grund der gesamtschweizerisch vergleichbaren Abrechnungsbasis die Datenlage soweit verbessert wird, dass mittelfristig Fallpauschalen für die häufigsten Indikationen festgelegt werden können.

Angebotsstruktur

Mit Blick auf die Möglichkeit der angebotsinduzierten Nachfrage und die damit verbundene Mengenausweitung ist die Ärztedichte ein zentraler Faktor für die Kosten. Ein internationaler Vergleich zeigt, dass die Schweiz im Landesdurchschnitt gut versorgt ist. Mit Blick auf die

Verkauf von Edelmetallabfällen aus der Zahntechnik

Das Zentralamt EMK hat erfahren, dass seit geraumer Zeit ausländische Firmen, insbesondere englischer Herkunft, in der Schweiz bei Zahnärzten Edelmetallabfälle ankaufen, ohne im Besitz einer Handelsbewilligung zu sein.

Wir bitten Sie, Edelmetallabfälle nur an Handelsbewilligungsinhaber zu verkaufen.

Zentralamt für Edelmetallkontrolle
Monbijoustrasse 40, 3003 Bern
Tel. 031/322 65 17, Fax 031/324 84 41
Internet: www.zoll.admin.ch

etappenweise Einführung des freien Personenverkehrs seit 1. Juni 2002 und die damit verbundene Anerkennung der EU-Diplome dürfte die Ärztedichte weiter zunehmen, zumal die Verdienstmöglichkeiten in der Schweiz deutlich über dem französischen und deutschen Niveau liegen. Mit Artikel 55a wurde per Anfang 2001 die Grundlage für die Einführung einer Bedarfsklausel ins KVG integriert.

Spitäler

Medizinischer Fortschritt wirkt kostentreibend. Trotz sinkender Bettenzahl und geringerer Anzahl Pflagetage nahmen die Kosten in der stationären Pflege zwischen 1995 und 2000 im Durchschnitt jährlich um nominal 3,3 Prozent zu. Die Kostenentwicklung manifestiert sich vor allem im Fortschritt in der Medizinaltechnologie und den Behandlungsmethoden. Im Zuge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung steigt der Bedarf an stationären Behandlungen. Dies drückt sich auch in einer kontinuierlich steigenden Anzahl Hospitalisierungen aus, die nicht allein durch das Bevölkerungswachstum erklärt werden kann.

Versicherer

Bei den Krankenversicherern handelt es sich entweder um Krankenkassen oder um private Einrichtungen, die Krankenversicherungen anbieten. In der sozialen Krankenversicherung, auch Grundpflegeversicherung genannt, agieren die Krankenversicherer in einem stark regulierten Bereich. Sie werden vom Bundesamt für Sozialversicherungen beaufsichtigt und unterstehen folgenden Pflichten:

- Kontrahierungszwang,
- Versicherungspflicht,
- Pflichtleistungen,
- Risikoausgleich,
- Reservehaltung.

Art. 78 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) schreibt je nach Versichertenbestand des Krankenversi-

cherers die Haltung unterschiedlicher Mindestreserven vor.

Die Prämienentwicklung bei den Krankenversicherungen widerspiegelt damit zwangsläufig die langfristige Kostenentwicklung. Dabei werden Krankenversicherungsprämien vom BSV genehmigt. Temporäre Divergenzen zwischen Prämieinnahmen und Vergütungen werden über die Reserven (siehe SMfZ 12/2002, S. 1323) abgedeckt.

Rolle der Krankenversicherer

Die Krankenversicherer spielen in ihrer Funktion als Verbindungsstelle zwischen den Versicherten und den Leistungserbringern eine zentrale Rolle, ohne am Prozess der Leistungserbringung direkt beteiligt zu sein. Doch fließen bei den Krankenversicherern wichtige Informationen über die erbrachten Leistungen und deren Kostenstruktur zusammen. Diese Informationen befähigen die Krankenversicherer grundsätzlich, Wirtschaftlichkeitskontrollen vorzunehmen. Doch ist es ihnen auf Grund des bestehenden Kontrahierungszwangs nur bei Missbrauch seitens der Leistungserbringer möglich zu intervenieren.

Angesichts der starken Reglementierung und der steigenden Kosten haben sich die Krankenversicherer in letzter Zeit für einschneidende Korrekturen in der Krankenversicherung stark gemacht. In erster Linie ist ihnen der Kontrahierungszwang ein Dorn im Auge. Doch auch in der Spitalfinanzierung machen sie sich für einen Systemwechsel stark. Ihnen schwebt eine monistische Spitalfinanzierung durch die Krankenversicherer vor, d.h., dass die kantonalen Beiträge für die Leistungen der Grundversicherung unabhängig von der Trägerschaft, der Abteilung und der Liegeklasse ausgerichtet werden. Eine solche würde die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den mit öffentlichen Geldern subventionierten Spitälern und den privaten Spitälern aufheben.

Medikamentenmarkt

Die unbestritten grosse volkswirtschaftliche Bedeutung der Schweizer Pharmaindustrie lässt sich anhand des internationalen Handels sowie in Bezug auf den Marktanteil auf dem Heimmarkt abschätzen. Rund 31 Prozent der in der Schweiz verkauften Medikamente, die im Jahr 2000 einen Umsatz von 974 Mio. sFr. zu Herstellerabgabepreisen entsprachen, werden auch in der Schweiz hergestellt.

Eigenheiten des Medikamentenmarktes

Die Pharmaindustrie weist international folgende wettbewerbsrelevante Faktoren auf:

- Hohe Aufwendungen für Forschung und Entwicklung (F+E)
- Hohe/r Innovationskraft und -rythmus
- Patentschutz
- Internationale Preisdiskriminierung

Der Patentschutz ermöglicht der Pharmaindustrie die Amortisation der F&E-Aufwendungen auf einem zeitlich beschränkt geschützten Markt. Die länderspezifische Preisdiskriminierung trägt der jeweiligen Zahlungsbereitschaft bzw. der Kaufkraft eines Landes Rechnung und ist in der Branche üblich. Das System der Preisdiskriminierung kann nur Bestand haben, wenn die jeweiligen Staaten Parallelimporte für patentgeschützte Heilmittel verbieten.

Der schweizerische Medikamentenmarkt ist wie das gesamte Gesundheitswesen hochgradig reguliert. Einerseits besteht Regulierungsbedarf hinsichtlich der Abgeltung von Medikamenten über die soziale Krankenversicherung. Andererseits ist die Zulassung von Medikamenten auf dem Schweizer Markt zum Schutz der Verbraucher reguliert. Soll ein Heilmittel von den Krankenversicherern im Rahmen der Grundpflegeversicherung abgegolten werden, muss es auf der Spezialitätenliste figurieren.

Beeinflussung des Patientenverhaltens

Die im Versicherungsmarkt typischen Verhaltensrisiken seitens der Versicherten sollen indirekt über Formen der Kostenbeteiligung oder direkt mittels Einschränkung des freien Zugangs zu den Leistungserbringern gemildert werden. Die Kostenbeteiligung wird über Franchisen, Selbstbehalt oder zeitlich verzögert mittels Bonusversicherungen durchgesetzt. Umgekehrt können neben Formen eingeschränkter Arztwahl auch die Bevorzugung von Generika oder das

Einholen von Zweitmeinungen kostendämpfend wirken. Der Gesetzgeber hat mit der ordentlichen Franchise und dem Selbstbehalt für alle Patienten eine minimale Kostenbeteiligung vorgesehen. Das KVG sieht zur Kosteneindämmung explizit drei Versicherungsformen vor, bei welchen Krankenversicherer Prämienrabatte auf die Grundversicherung gewähren dürfen. Dazu gehören die wählbare Franchise, die eingeschränkte Arztwahl sowie Bonussysteme, welche die Leistungsfreiheit belohnen.

Prämienverbilligungen

Die sozialpolitische unerwünschte Wirkung der Kopfprämie in der obligatori-

schen Krankenversicherung wird mittels Prämienverbilligung abgedeckt. Ziel der Prämienverbilligung ist, Haushalte «in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen» finanziell zu entlasten.

Reformbedarf/Errungenschaften wahren

Die Qualität und die Versorgungslage im schweizerischen Gesundheitswesen sind sehr gut. Die Problematik liegt bei den Kosten beziehungsweise in der Kostenentwicklung. Reformen sind daher unbestritten notwendig. Die Herausforderung stellt sich dahingehend, die Kostenentwicklung zu dämpfen, ohne die Vorteile und Errungenschaften des heutigen Sys-

tems zu gefährden. Bei jedem Eingriff ist deshalb eine Güterabwägung zwischen Sparmöglichkeiten und den in Kauf zu nehmenden Nachteilen (Nebenwirkungen) unabdingbar.

Die gute Qualität des schweizerischen Gesundheitswesens sowie die Unwägbarkeiten in Bezug auf die effektive Wirkung von Eingriffen legen ein vorsichtiges Agieren nahe. Wir erachten einen rigorosen Systemwechsel weder als notwendig noch als angebracht. Das KVG beinhaltet alle wichtigen Faktoren, damit die Ziele einer qualitativ hochstehenden, wirtschaftlichen und ausreichenden Versorgung erreicht werden können. ■

Zahnmedizin in einer westungarischen Kleinstadt

Prof. Dr. med. dent. Thomas Marthaler

Der Titel ruft wohl vage Erinnerungen an Inserate wach: billige Zahnbehandlung in Ungarn. Auf Seite 90 des Beobachters (24/2002) finden sich beispielsweise unter «Ferien/Reisen» sechs Inserate. Fünf davon sind Anpreisungen für Reisen nach Ungarn mit dem Ziele billiger Zahnbehandlungen. Der nachfolgende Bericht zeigt eine andere Seite auf: Die darniederliegende zahnärztliche Betreuung der Jugend.

Spaziert man durch das Städtchen Mosonmagyaróvár (M.), kann man den architektonischen Reiz mitteleuropäischer Architektur geniessen. Niedrige, längsgestellte Häuser säumen die Hauptstrasse, die zur Fussgängerzone erklärt worden ist. Die meisten Gebäude sind renoviert, und die vielen Läden darin bieten verschiedene Artikel für Touristen an.

Auch wenn man nicht ungarisch kann, findet man sich leicht zurecht, da das meiste deutsch angeschrieben ist. Kleine Geschenke, Schönheitssalon, Gesichtspflege, Friseur, Fingernagelverlängerung – all dies und viel Ähnliches wird angekündigt. Und die häufigste Anschrift: Zahnarzt oder Zahnklinik! Tatsächlich gibt es in dieser Stadt 160 Zahnärzte.

M. hat rund 35 000 Einwohner, zusammen mit der näheren Umgebung sind es etwa 40 000. Also fallen rund 250 Einwohner auf einen Zahnarzt. Kinder werden in diesen Praxen kaum behandelt. Es gibt eine Schulzahnklinik mit einem Behandlungsstuhl, Bodenfläche inkl. Wartezimmer zirka 30 Quadratmeter. Zwei teilzeitlich angestellte Zahnärztinnen kümmern sich in insgesamt 4 Tagen pro Woche so gut wie möglich um die rund 6000 Kinder. Eine gut ausgebaute Schulzahnpflege wie in Skandinavien oder

der Schweiz würde dazu 6 vollamtliche Zahnärzte erfordern. Die Klinik besitzt eine einfache, für die meisten Grundbedürfnisse genügende Ausstattung.

Wie steht es um den Kariesbefall bei den 12-jährigen Kindern? In M. lagen bei den 12-Jährigen 2002 3,8 erkrankte Zähne (DMFT) vor, davon waren 0,8 gefüllt. Im Kanton Zürich war der Befall im Jahre 1976 ähnlich hoch: 3,6 DMFT, wovon allerdings 2,2 gefüllt. Die Durchschnitte von 2000 betragen nur noch: 0,9 DMFT, davon gefüllt 0,7. Es lässt sich nicht vo-

raussagen, ob es auch in Ungarn rund 20 Jahre braucht, bis der Kariesbefall in M. oder ganz Ungarn auf ein ähnlich tiefes Niveau reduziert sein wird.

Pro Jahr müssen die ungarischen Kinder laut nationaler Regelung jährlich zweimal untersucht werden. Dies beansprucht viel zahnärztliche Kapazität. In 160 Arbeitstagen müssen pro Tag 75 zahnärztliche Detailuntersuche stattfinden und dies bei wöchentlich vier Arbeitstagen während der Schulzeit. Bei jeder Zahnuntersuchung muss pro Zahn Folgendes festgehalten werden: D, M, F oder im Milchgebiss, d, m oder f.

Die 160 Privatpraxen behandeln fast nur «westliche» Kunden. Von der Millionenstadt Wien fährt man per Auto, abgesehen von gelegentlichen Verzögerungen wegen Grenzkontrollen, in einer knappen Stunde nach Mosonmagyaróvár. Ostösterreichische Dialekte hört man überall, und die Cars zeigen dieselbe Herkunft der Gäste an. Autos mit Schweizer Nummernschildern waren nicht zu se-





hen. Laut Inseraten reisen unsere Mitbürger eher nach Budapest.

Einige auffällige schöne rote Autos zirkulieren durch M. Vorne und hinten sind sie mit dem Namen der Praxis, Telefon und Faxnummer beschriftet. Von einer Praxis besichtigte ich den Eingang: ein kleines Café mit Bar (kein Einzelfall). Was bemerkenswert war: Unter den dort aufliegenden Merkblättern war eines, das den Patienten Empfehlungen zur Mundhygiene und Vorbeugung angab.

Der Betrieb der Schulzahnklinik wird auf nationaler Ebene finanziert. Die Gehälter der Schulzahnärzte betragen weniger als ein Fünftel im Vergleich zum Einkommen der 160 Privatzahnärzte. Die Privatzahnärzte in M. und wohl in ganz Ungarn erwarten wohl vom staatlichen Dienst mit Gratisbehandlung, dass dieser die volle Verantwortung für die Jugendbetreuung übernimmt. In der Schweiz war es grundsätzlich anders: Abgesehen von den grossen Städten mit meist kommunalen Schulzahnkliniken konnten nur die ansässigen Privatzahnärzte eine Schul-

zahnpflege aufbauen, und ab Ende des 2. Weltkrieges haben die lokalen Kollegen diese wichtige sozialmedizinische Aufgabe angesichts des desolaten Gebisszustandes der Jugend tatsächlich an die Hand genommen. Dies mit grossem Erfolg, weil sie sich auch schon früh für eine vorbeugungsorientierte Schulzahnpflege eingesetzt haben.

Das Interesse der Eltern in M. an den Zähnen ihrer Kinder ist gering! Konservierende und orthodontische Behandlungen sind gratis bis zum Alter von 18 Jahren; trotzdem lehnt etwa die Hälfte der Eltern jegliche zahnärztliche Hilfe ab. Dazu werden die Bemühungen um Vorbeugung durch eine besondere Ängstlichkeit gegenüber Fluoriden behindert. Sie ist zur Hauptsache die Folge jahrzehntelanger Antifluorid-Propaganda eines früher einflussreichen und medienbewandten Universitätsdozenten. Die präventiv orientierten Zahnärzte – solche gibt es natürlich auch in Ungarn wie auch in den meisten mitteleuropäischen Ländern – haben es also besonders schwer, ihre auf verbesserte Mundgesundheit zielenden Bestrebungen erfolgreich zu gestalten.

Im Warenhaus kosten die billigsten Zahnbürsten etwa zwei Schweizerfranken. Gemessen am Lohnniveau in der Schweiz läge der Preis in der Schweiz also bei etwa 12 Franken oder mehr. Eine einheimi-

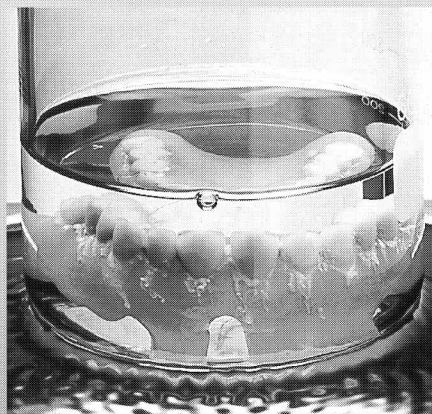


sche Zahnbürstindustrie, die sehr billig produzieren könnte, gibt es anscheinend nicht. Ähnlich teuer sind die fluoridhaltigen Zahnpasten, welche ebenfalls zwei bis drei Franken kosten; immerhin gibt es in diesem Falle eine einheimische, deutlich billigere fluoridhaltige (Klein-) Kinderzahnpaste mit deklariertem Gehalt von 500 ppm F.

Eine der Schulzahnärztinnen in M. hat auf eigene Initiative mit einem Vorbeugungsprogramm für die Jugend begonnen. Angesichts der oben skizzierten Lage sind die Schwierigkeiten gross, das Interesse der Familien gering. Zum Wohle aller Kindergärtler und Schüler wird in allen Küchen der vorschulischen und schulischen Einrichtungen – auch im lokalen Spital – seit dem 1. Dezember 2002 fluoridiertes und jodiertes Kochsalz verwendet. Das Programm steht unter dem Patronat der Semmelweis-Universität in Budapest. Ich reiste nach M., um von der Schweiz aus diese Aktion zu unterstützen.

Es ist zu hoffen, dass die Jugend von M., deren Zahnzustand und zahnärztliche Betreuung so unbefriedigend ist, von diesem Programm möglichst rasch zu profitieren beginnt. Das könnte als Signal für andere Gebiete Ungarns wirken, denn vielerorts bestehen ähnlich beklagenswerte Zustände.

Damit bleibt die betrübliche Lage noch mindestens ein Jahrzehnt bestehen: Westliche erwachsene Dentaltouristen holen sich mit harter Währung umfassende Zahnbehandlungen inklusive kosmetisch bedingter Eingriffe, wogegen für die einheimische Jugend es an fast allem fehlt. Bis die Jugend eine vergleichbare zahnärztliche Versorgung erfahren wird, wie sie im Westen üblich ist – mit ausgebauter Vorbeugung und beinahe lückenloser Behandlung im Rahmen der Schulzahnpflege –, werden auch beim grossem Einsatz noch Jahre vergehen! ■



ZZ-Löser

Zement- und Zahnsteinlöser für Ultraschallgeräte

- Zahnstein an Prothesen und orthodontischen Apparaturen wird in wenigen Minuten restlos aufgelöst.
- Nikotinbeläge werden aufgeweicht und können einfacher mechanisch entfernt werden.

- Phosphatzemente an Instrumenten, Kronen etc. werden schnell und schonend entfernt.
- Löst auch sämtliche Kalkrückstände.

Lieferform: Einheit zu 2x 31 Kanister
Giftklasse 4

Postfach 189
CH-8062 Zürich

Telefon 01/322 29 04
Fax 01/321 10 66

Benzer Dental AG
Zürich

