

Volker Ulrich/Walter Ried (Hrsg.)

Unter Mitarbeit von Christian Igel und Wolfgang G. Lange

Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen

Theorie und Politik öffentlichen Handelns,
insbesondere in der Krankenversicherung

Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille



Nomos

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Deutsche Bibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at <http://dnb.ddb.de>.

ISBN 978-3-8329-2762-2

1. Auflage 2007

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2007. Printed in Germany. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

This work is subject to copyright. All rights are reserved, whether the whole or part of the material is concerned, specifically those of translation, reprinting, re-use of illustrations, broadcasting, reproduction by photocopying machine or similar means, and storage in data banks. Under § 54 of the German Copyright Law where copies are made for other than private use a fee is payable to »Verwertungsgesellschaft Wort«, Munich.

Die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung der Zahnmedizin

Jürgen Weitkamp und David Klingenberg

„Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in einer entwickelten Volkswirtschaft dar. Es dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit, sondern trägt mit seinen Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit den entsprechenden Wirkungen auf den Arbeitsmarkt bei. In anderen Bereichen werden steigende Umsätze, Gewinne und Beschäftigungszahlen als Erfolgsmeldung angesehen und kommen in die Schlagzeilen der Medien. Es überrascht daher, daß derartige Entwicklungen im Gesundheitswesen als personalintensiver Dienstleistungsbranche mit einem ausgeprägten Anteil an Hochtechnologieprodukten und mittelständischen Industriebetrieben in der Regel als Kostenexplosion und Überangebot wahrgenommen werden. Sie verstärken den Ruf nach Reformen auch dann, wenn sich die Versorgung aufgrund des medizinischen Fortschritts verbessert.“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1996, Nr. 297)

Der eingangs zitierte Passus des damaligen Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahre 1996 hat bis heute nichts von seiner Aktualität eingebüßt und verdeutlicht darüber hinaus die umfassende und differenzierte volkswirtschaftliche Sicht, die der Jubilar im Laufe seiner langjährigen wissenschaftlichen Karriere immer wieder angemahnt hat. Als renommierter Finanzwissenschaftler und Gesundheitsökonom ist Prof. Eberhard Wille seit 1993 Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (vormals: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) und hat seit Oktober 2002 dessen Vorsitz inne. Seit Juni 2001 gehört Prof. Wille auch dem Consilium der Bundeszahnärztekammer, einem unabhängigen wissenschaftlichen Beratungsgremium, an, das die Bundeszahnärztekammer in Fragen der zahnärztlichen Berufsausübung und der zahnmedizinischen Versorgung berät (vgl. Bundeszahnärztekammer, 2006).

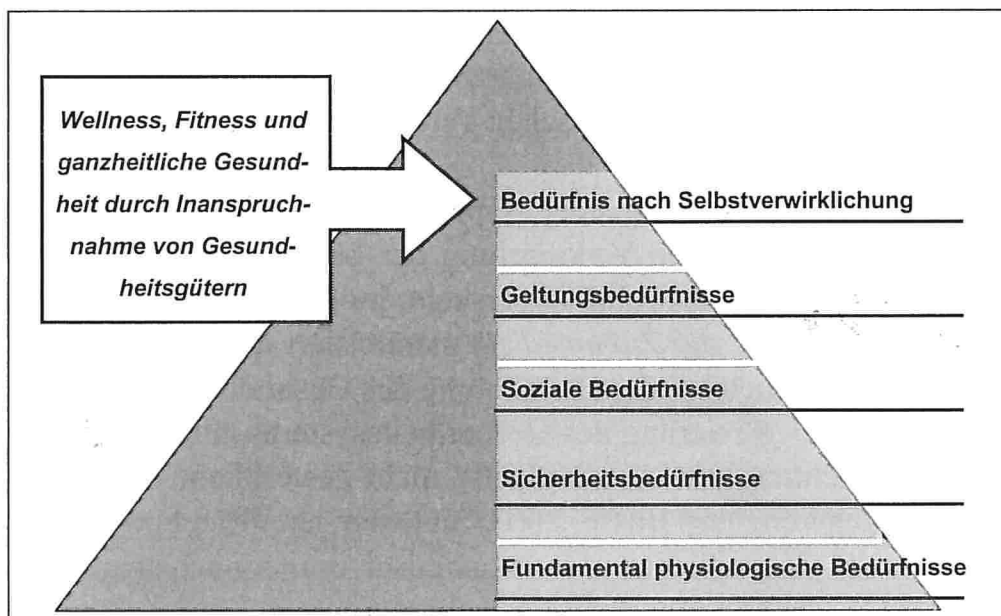
Mit dem vorliegenden Beitrag über Aspekte der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung wird eine inhaltliche Verknüpfung der beiden genannten wissenschaftlichen Beratungstätigkeiten des Jubilars versucht, indem der Aspekt der *gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung der Zahnmedizin* thematisiert wird.

Es gibt gute Gründe, sich bei der Betrachtung des Gesundheitssektors von der historisch überkommenen „Fixierung des Gesundheitssystems auf öffentliche oder private Wohlfahrtseinrichtungen und individuelle, nicht-gewerbliche heilberufliche Leistungserbringer“ (Schwartz und Busse, 2003) zu lösen, hat diese Fixierung doch dazu beigetragen, dass das Gesundheitswesen ökonomisch immer noch primär als konsumtiver, güterverzehrender Wohlfahrtssektor wahrgenommen wird, seltener jedoch als

produktiver Bereich der Volkswirtschaft. Diese eingeschränkte Sichtweise hat sich auch im Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) niedergeschlagen, der im Rahmen der sog. „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer Höhe an das Niveau der Grundlohnsumme bindet. Infolge dieser Verknüpfung werden vordergründig die Ausgaben der Krankenkassen gedämpft. In der Konsequenz wird aufgrund dieser restriktiven Ausgabenpolitik jedoch auch das wirtschaftliche Wachstum im Gesundheitssektor gedrosselt und der Arbeitskräftebedarf reduziert.

Die Vorgabe eines festen Anteils der Gesundheitsausgaben an dem volkswirtschaftlichen Lohneinkommen negiert, dass die Nachfrage der Bevölkerung nach Gesundheitsgütern nicht unverrückbar feststeht, sondern sich infolge von demographischen Entwicklungen, Präferenzverschiebungen und gesellschaftlichem Wertewandel im Zeitablauf verändert hat und sich weiterhin verändern wird. Gesundheit ist ein sog. „superiores Gut“, das mit steigendem Wohlstand nicht nur absolut, sondern auch relativ häufiger nachgefragt wird. Die Menschen sind bereit, einen überproportionalen Anteil des Wohlstandszuwachses für das Gut Gesundheit auszugeben. Gesundheit wird dabei zunehmend ganzheitlich definiert, die Behandlung von Krankheiten wird durch Aspekte von „wellness“ und „well-being“ ergänzt. In unserer Bedürfnishierarchie (vgl. Abbildung 1) erlangen Gesundheitsgüter zukünftig eine neue Bedeutung, denn sie werden nicht mehr ausschließlich zur Befriedigung von physiologischen Bedürfnissen („need-dentistry“) nachgefragt, sondern sollen auf einer höheren, geistigen Ebene das Bedürfnis der Menschen nach Selbstverwirklichung („want-dentistry“) stillen (vgl. Maslow, 2002). Auch in der Zahnmedizin zeigt sich der gesellschaftliche Wertewandel deutlich an dem gestiegenen Bewusstsein für die Bedeutung gesunder Zähne und dem Nutzen präventiver Konzepte (vgl. Weitkamp und Ziller, 2002; Oesterreich und Ziller, 2006).

Abb. 1: Maslow'sche Bedürfnispyramide



Wenden wir unseren Blick von der Nachfrage- zur Angebotsseite. Die Medizintechnik wird oftmals als Kostentreiber eingestuft; medizinisch-technische Innovationen stellen aber aus volkswirtschaftlicher Sicht ebenso „ein Wachstumspotential dar, das eine Leistungsausweitung und damit eine Vergrößerung des Marktvolumens ermöglicht“ (Potratz und Hilbert, 2003). Im internationalen Dentalmarkt wird innerhalb der nächsten fünf Jahre ein Umsatzwachstum von vier bis sechs Prozent prognostiziert: „Um die erhöhte Nachfrage der Patienten zu befriedigen, werden Zahnärzte darauf angewiesen sein, neu entwickelte Produkte und Materialien, die den Arbeitsaufwand verringern, zu nutzen, um ihre Arbeit zu rationalisieren“ (o.V., 2006).

Die genannten Faktoren dürften das Gesundheitswesen generell zu einer Wachstumsbranche par excellence machen, dies aber natürlich nur, wenn die Politik die Weichen entsprechend stellt. Der Wissenschaftler Leo A. Nefiodow hat in seinem vielbeachteten Buch „Der sechste Kondratieff“ überzeugende Belege angeführt, warum die „psycho-soziale Gesundheit und Kompetenz“ nach der Informationstechnik zum nächsten Basisimpuls der Weltwirtschaft werden könnte: „Im nächsten, im sechsten Kondratieff-Zyklus, wird der gesellschaftliche Bedarf nach Gesundheit im Vordergrund stehen“ (Nefiodow, 1997). Verschiedentlich ist die Gesundheitswirtschaft auch als „hidden champion“ des Strukturwandels“ (Potratz und Hilbert, 2003) bezeichnet worden. Das Zusammentreffen von angebotsseitigen wachstumsfördernden Faktoren (Entwicklung von innovativen informationstechnischen, optischen und biotechnologischen Komponenten und Verfahren in der Medizin und Zahnmedizin) und den skizzierten nachfrageseitigen Faktoren (gesellschaftlicher Bewusstseinswandel, „dental awareness“) beinhaltet Chancen, die politisch aber auch offensiv erschlossen werden müssen.

Welche bedeutsame ökonomische Rolle der „Gesundheitsmarkt“ bereits heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, in Deutschland spielt, erschließt sich beim Blick in die trockene Statistik. Etwa 240 Milliarden Euro werden derzeit jährlich für Gesundheit ausgegeben, das sind rund 11 Prozent des deutschen Bruttoinlandsproduktes. Allein der in deutschen Zahnarztpraxen erwirtschaftete Gesamtumsatz beläuft sich auf rund 20 Milliarden Euro. Das deutsche Gesundheitssystem bietet aktuell rund 4,3 Millionen Menschen Arbeit, im zahnmedizinischen Versorgungsbereich arbeiten einschließlich der 56.000 Praxisinhaber etwa 282.000 Beschäftigte. Zusätzlich hängen zirka 100.000 weitere Arbeitsplätze in der Dentalindustrie und den zahntechnischen Laboren mittelbar von den Zahnarztpraxen ab. Die Auszubildendenrate in den Zahnarztpraxen liegt mit 13,5 Prozent der Beschäftigten weit über dem Durchschnitt anderer Branchen. Im Zeitraum von 1976 bis 1994 war das freiberufliche Gesundheitswesen laut Sachverständigenrat die Branche mit den absolut höchsten Beschäftigungsgewinnen (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1996). Nach neueren Berechnungen des Instituts der Deutschen Wirtschaft befanden sich – bezogen auf den Zeitraum von 1978 bis 1999 – unter den 20 Berufen mit den höchsten Beschäftigungsgewinnen im Dienstleistungssektor allein sechs Berufe des Gesundheitswesens. Der Anteil der Gesundheitsbranche an den Beschäftigungsge-

winnen im Dienstleistungsbereich im selben Zeitraum wird auf zirka 24 Prozent geschätzt (vgl. Henke, 2001). Während in vielen Dienstleistungsbereichen in den letzten Jahren rationalisierungsbedingt Stellen eingespart wurden, nahm die Beschäftigung in den Zahnarztpraxen im Zeitraum von 1995 bis 2004 um etwa 8,5 Prozent zu (vgl. KZBV, 2005). Diese Zahlen unterstreichen die Bedeutung des Gesundheitsmarktes und speziell die des Dentalmarktes für die Stabilisierung der arbeitsmarktpolitischen Lage in Deutschland.

Grundbedingung für ein verstetigtes Wachstum auf dem Gesundheitsmarkt sind die Zukunftserwartungen der Akteure. Nur im Falle positiver Zukunftserwartungen werden die entsprechenden Investitionen für einen Ausbau der Versorgungskapazitäten getätigt. Die Investitionsentscheidungen auf dem freiberuflichen Gesundheitsmarkt werden dezentral durch die zahnärztlichen Praxisinhaber gefällt und lassen sich zentralstaatlich allenfalls durch Anreize fördern, jedoch nicht oktroyieren. In den Jahren 2004/2005 wurden allein durch die zahnärztlichen Existenzgründer Investitionen in Höhe von schätzungsweise 1,0 Milliarden Euro getätigt und mit diesen Mitteln über 20.000 Arbeitsplätze neu geschaffen bzw. gesichert. Das durchschnittliche Finanzierungsvolumen von zahnärztlichen Einzelpraxisneugründungen in den alten Bundesländern stieg im Zeitraum von 1985 bis 2005 um 55 Prozent auf aktuell 355.000 Euro an und lag damit erneut deutlich über den im allgemeinmedizinischen Sektor getätigten Investitionen. Es ist gleichwohl nicht selbstverständlich, dass die Zahnärzteschaft weiterhin diesem Wachstumspfad folgen wird. So sank der bei zahnärztlichen Einzelpraxisübernahmen gezahlte sog. Goodwill, in dem sich die subjektive Erwartung des übernehmenden Zahnarztes bezüglich der zukünftigen Ertragslage der Praxis widerspiegelt, im Jahr 2005 gegenüber dem Vorjahr um mehr als sieben Prozent (vgl. Klingenberg und Schwarte, 2006).

Die versorgungspolitische „Erfolgsstory“ der Zahnmedizin, die sich von einem erfreulichen Anstieg der Kontrollorientierung der Patienten bis hin zu einem deutlichen Rückgang der Karies in der Bevölkerung spannt (vgl. Micheelis und Schiffner, 2006), ist keine naturwüchsige Selbstverständlichkeit – sie fußt mit ihren hohen Qualitäts- und Effizienzanforderungen immer auch auf betriebswirtschaftlichen Grundlagen, deren Rahmenbedingungen von der Politik mitgestaltet werden (zum grundsätzlichen Zusammenhang zwischen personellen/sachlichen Kapazitäten [Ausstattungsebene] und Outcome-Indikatoren [Wirkungsebene] vgl. Wille, 1999).

Damit soll keiner Ökonomisierung und Monetarisierung der Zahnmedizin das Wort geredet werden – wesentliche Aspekte der Zahnmedizin wie etwa die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten (vgl. John, Micheelis und Biffar, 2004) entziehen sich per se einer eindimensionalen monetären Kosten-Nutzen-Betrachtung. Dennoch erscheint der Hinweis darauf, dass die freiberuflich praktizierte Zahnmedizin neben ihren unbestreitbaren präventions- und versorgungspolitischen Erfolgen und dem damit verbundenen lebensqualitätsbezogenen Nutzen für die Bevölkerung *auch gesamtwirtschaftlich positive Effekte* mit sich bringt, mit Blick auf den mitunter unreflektierten Reformeifer der Gesundheitspolitik durchaus als gerechtfertigt. Ge-

sundheitliche und gesamtwirtschaftliche Ziele stehen nicht in Konkurrenz zueinander, sondern vermögen – wie das Beispiel der freiberuflich praktizierten Zahnmedizin verdeutlicht – einander in idealer Weise gegenseitig zu fördern.

Literatur

- Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Das Gesundheitswesen im Umbruch? Reformansätze aus Sicht des Consiliums der Bundeszahnärztekammer, Diskussionsdokumente 1, Berlin 2006.
- Henke, Klaus-Dirk: Beschäftigung in der Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft – unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitssektors –, Berlin 2001.
- John, Mike T., Micheelis, Wolfgang, Biffar, Rainer: Einflussfaktoren mundgesundheitsbezogener Lebensqualität – Validierung einer deutschen Kurzversion des Oral Health Impact Profile (OHIP-G14), in: DZZ, 59. Jg., Nr. 6/2004, S. 328-333.
- Klingenberger, David, Schwarte, Andrea: Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung, IDZ-Information 3/2006, Köln 2006. Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln 2006.
- KZBV (Hrsg.): KZBV-Jahrbuch 2005, Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, Köln 2005.
- Maslow, Abraham H.: Motivation und Persönlichkeit, Barmbek 2002.
- Micheelis, Wolfgang, Schiffner, Ulrich (Gesamtbearbeitung): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005, IDZ-Materialienreihe Bd. 31, Köln 2006.
- Nefiodow, Leo A.: Der sechste Kondratieff – Wege zur Produktion und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, 2. Aufl., St. Augustin 1997.
- Oesterreich, Dietmar, Ziller, Sebastian: Präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – wichtige Krankheitsbilder und deren oralprophylaktischer Zugang, in: Kirch, Wilhelm, Badura, Bernhard (Hrsg.), Prävention, Heidelberg 2006, S. 553-574.
- o.V.: Dentalmarkt ist ein Wachstumsmarkt, DZW-Report über den weltweiten Dentalmarkt (Teil 1), in: DZW, Nr. 50/2006, S. 6.
- Potratz, Wolfgang, Hilbert, Josef: Jenseits von Beitragssätzen und Risikoausgleich, in: Institut Arbeit und Technik, Jahrbuch 2002/2003, Gelsenkirchen, 2003, S. 153-162.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Sondergutachten, Baden-Baden 1996.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm, Busse, Reinhard: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.): Public Health, 2. Aufl., München, Jena 2003, S. 518-545.
- Weitkamp, Jürgen, Ziller, Sebastian: Die präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in neuer Systematik, in: ZBW, Heft 2/2002, S. 26-28, Heft 3/2002, S. 22-24.
- Wille, Eberhard: Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, Eberhard (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden 1999, S. 95 – 156.-