

Vertragszahnärztliche Vergütung

Bestehende und zukünftige Wettbewerbsunterschiede durch die vertragszahnärztliche Vergütung unter Berücksichtigung des Gesundheitsfonds

Kurzstudie für den Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

Torsten Fürstenberg

Robert Haustein

Martin Albrecht

Berlin, November, 2007

IGES Institut GmbH | Wichmannstraße 5 | 10787 Berlin

Telefon +49 30 230 80 90 | www.iges.de



Inhalt

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Executive Summary | 7 |
| 2 | Einleitung | 9 |
| 3 | Das vertragszahnärztliche Versorgungs- und Vergütungssystem | 11 |
| 3.1 | Stellung der zahnärztlichen Versorgung in der GKV | 11 |
| 3.2 | Vertragszahnärztliche Versorgung | 14 |
| 3.2.1 | Die Gesamtvergütung | 15 |
| 3.2.2 | Honorarverteilung..... | 17 |
| 3.3 | Auswirkungen des GKV-WSG..... | 18 |
| 3.4 | Wettbewerbsverzerrung | 19 |
| 4 | Analyse der Ausgabendifferenzen und Berechnung der Effekte nach Einführung des Gesundheitsfonds | 20 |
| 4.1 | Datengrundlage | 20 |
| 4.2 | Ausgabensituation im vertragszahnärztlichen Leistungsbereich | 20 |
| 4.3 | Komponentenzerlegung | 24 |
| 4.4 | Ergebnisse | 30 |
| 5 | Lösungsoptionen..... | 33 |
| 5.1 | Punktwertangleichung an das Niveau der Primärkassenpunktwerte..... | 33 |
| 5.2 | Punktwertangleichung an das Niveau der Ersatzkassenpunktwerte..... | 34 |
| 5.3 | Punktwertangleichung an einen bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert | 35 |
| 5.4 | Punktwertangleichung an einen regionalen durchschnittlichen Punktwert | 40 |
| 5.5 | Fazit..... | 42 |
| 6 | Anhang | 44 |
| 6.1 | Bundeseinheitlicher Punktwert für Zahnersatz | 44 |
| 6.2 | Zuordnung KJ1 und BEMA | 46 |

Abbildungen

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Leistungsausgaben der GKV, nach Leistungsbereichen in Mrd. € (2005) | 11 |
| Abbildung 2: Ausgabenanteile für zahnärztliche Behandlung nach Leistungsart (2005) | 13 |
| Abbildung 3: Ausgabenanteile für zahnärztliche Leistungsarten nach Kassenart (2005) | 14 |
| Abbildung 4: Beziehung zwischen den Akteuren der vertragszahnärztlichen Versorgung | 15 |
| Abbildung 5: Punktwertentwicklung für die BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) (alte Bundesländer)..... | 16 |
| Abbildung 6: Punktwertdifferenzen zwischen Ersatzkassen für Angestellte und Primärkassen nach Leistungsarten und alten / neuen Bundesländern..... | 18 |
| Abbildung 7: Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen je Versicherten nach Kassen- und Leistungsart (2005)..... | 21 |
| Abbildung 8: Ausgabenunterschiede je Versicherten nach Preis- und Mengenkomponekte (2005)..... | 26 |
| Abbildung 9: Preisunterschiedsbedingte Mehrausgaben der Ersatzkassen für Angestellte gegenüber den Primärkassen (2005) | 28 |
| Abbildung 10: Jährliche preisunterschiedsbedingte Mehrausgaben je Mitglied der Ersatzkassen für Angestellte gegenüber den Primärkassen (2005)..... | 29 |
| Abbildung 11: Monatliche preisunterschiedsbedingte Mehrausgaben je Mitglied der Ersatzkassen für Angestellte gegenüber den Primärkassen (2005)..... | 30 |
| Abbildung 12: Ausgabeneffekte bei Anwendung eines bundeseinheitlichen Punktwertes auf dem Niveau der Primärkassen..... | 34 |
| Abbildung 13: Ausgabeneffekte bei Anwendung eines bundeseinheitlichen Punktwertes auf dem Niveau der Ersatzkassen für Angestellte | 35 |
| Abbildung 14: Ausgabeneffekte bei Anwendung eines bundeseinheitlichen kassenartenübergreifenden Punktwertes | 36 |
| Abbildung 15: Finanzielle Verschiebungen nach KZV-Region bei Anwendung eines bundeseinheitlichen kassenartenübergreifenden Punktwertes | 39 |

| | |
|---|----|
| Abbildung 16: Auswirkungen der Lösungsoptionen auf die Gesamtvergütungen | 40 |
| Abbildung 17: Punktwertangleichung auf KZV-Ebene | 41 |

Tabellen

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Gliederung des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen | 12 |
| Tabelle 2: Versichertenstruktur der GKV und Punktwerte für zahnärztliche Leistungen nach Kassenarten (2005) | 22 |
| Tabelle 3: Ausgaben, Leistungsmenge und Punktwerte nach BEMA-Teilen und Kassenart (2005) | 23 |
| Tabelle 4: Zerlegung der Ausgabendifferenz in Mengen- und Preiskomponente (2005) | 25 |
| Tabelle 5: Ausgabendifferenz der Ersatzkassen für Angestellte versus Primärkassen je Versicherten nach Komponenten (2005) | 27 |
| Tabelle 6: Preisunterschiedsbedingte Mehrausgaben der Ersatzkassen für Angestellte gegenüber den Primärkassen (2005) | 27 |
| Tabelle 7: Unterschiede der Punktwertmittelberechnung nach Zahl der Versicherten und nach Leistungsmenge (BEMA-Teile 1,2,4) | 37 |
| Tabelle 8: Bundeseinheitliche Punktwerte für Zahnersatz | 44 |
| Tabelle 9: Zuordnung der Kontierung gem. Statistik KJ1 und BEMA-Teilen | 46 |

Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Erläuterung |
|------------------|---|
| AEV | Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. |
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse |
| BEMA-Z | Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen |
| BKK | Betriebskrankenkasse |
| BKN | Bundesknappschaft |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GSG | Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) |
| IKK | Innungskrankenkasse |
| KZBV | Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung |
| KZV | Kassenzahnärztliche Vereinigung |
| LKK | Landwirtschaftliche Krankenkasse |
| Mio. | Millionen |
| Mrd. | Milliarden |
| PK | Primärkasse |
| See-KK | Seekrankenkasse |
| SGB V | Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung |
| VdAK | Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. |

1 Executive Summary

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 erfolgt die Festlegung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes durch das Bundesministerium für Gesundheit. Krankenkassen, die nicht in der Lage sind, alleinig durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre Ausgaben zu decken, müssen einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Realisieren sie dagegen infolge der Zuweisungen aus dem Fonds Überschüsse, können sie an ihre Versicherten Prämien auszahlen. Die Zusatzbeiträge (bzw. auszahlenden Prämien) werden zu dem entscheidenden Parameter im Beitragswettbewerb der Krankenkassen.

Mit der Angleichung der Einnahmesituation der Krankenkassen wird im vertragsärztlichen Leistungssektor auch die Ausgabenseite der Krankenkassen vereinheitlicht. Bisher bestehende Preisunterschiede für gleiche Leistungen zwischen Primär- und Ersatzkassen bei der Vergütung von Ärzten werden durch eine Punktwertangleichung neutralisiert.

Im vertragszahnärztlichen Bereich werden hingegen auch nach Einführung des Gesundheitsfonds Preisunterschiede zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen bei der Vergütung von Zahnärzten existieren. Die Ersatzkassen für Angestellte haben aufgrund der höheren Punktwerte damit im Vergleich zu den Primärkassen Mehrausgaben, welche mit Einführung des einheitlichen Beitragssatzes und der standardisierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über die zu erhebenden Zusatzbeiträge kompensiert werden müssen.

Die Ersatzkassen für Angestellte werden durch die höheren Leistungspreise (Punktwerte), die sie an die kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Gesamtvergütungen zahlen, im direkten Vergleich zu den Primärkassen insgesamt mit jährlich 169,3 Mio. € belastet (Datenbasis 2005). Im Unterschied zu den Primärkassen ergibt sich, bei alleiniger Betrachtung des zahnärztlichen Versorgungsbereichs, somit eine Mehrbelastung der Mitglieder der Ersatzkassen für Angestellte in Höhe von monatlich 90 Cent.

Die gegenwärtige Vergütungssystematik im vertragszahnärztlichen Leistungssektor ist daher mit einer Wettbewerbsverzerrung zu Ungunsten der Ersatzkassen für Angestellte verbunden.

Um eine einheitliche und damit wettbewerbsneutrale Vergütungssituation im Bereich der vertragszahnärztlichen Leistungen für alle Krankenkassen herzustellen, stehen mehrere Lösungsoptionen zur Verfügung.

Eine Punktwertangleichung an die bestehenden Punktwerte entweder der Primärkassen oder der Ersatzkassen für Angestellte würde die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen aufheben. In der erstgenannten Lösungsoption würden die Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen der Ersatzkassen für Angestellte um 169 Mio. € (5,2 % der Gesamtvergütung) sinken, in der letztgenannten Lösungsoption die Ausgaben der Primärkassen um 318 Mio. € (5,1 % der Gesamtvergütung) steigen (Datenbasis 2005).

Eine Angleichung an einen bundeseinheitlichen Punktwert, wie schon im Bereich der Leistungen des Zahnersatzes seit 2005 implementiert und im Bereich der vertragsärztlichen Leistungen ab 2009 gesetzlich vorgegeben, würde zu einer Reduktion der Gesamtvergütungen der Ersatzkassen für Angestellte in Höhe von 3,5 % und zu einem Anstieg der Gesamtvergütungen der Primärkassen in Höhe von 1,6 % (bezogen auf die jeweiligen Gesamtvergütungen) führen. Aufgrund der unterschiedlichen Vergütungshöhen in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen würde es durch diese Preisnivellierung zu finanziellen Verschiebungen zwischen den KZV-Regionen kommen. Durch regionale Punktwertangleichungen zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen könnten die Preisdifferenzen zwischen den einzelnen KZV-Regionen beibehalten werden, gleichzeitig aber die Preisdifferenzen und damit die Wettbewerbsdifferenzen zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen (jeweils innerhalb einer KZV-Region) aufgehoben werden.

Es bestehen somit praktikable und in anderen Leistungssektoren bzw. in anderen Leistungsbereichen der vertragszahnärztlichen Versorgung bereits etablierte Verfahren, um die bestehenden und mit Einführung des Gesundheitsfonds besonders hervortretenden Wettbewerbsnachteile der Ersatzkassen für Angestellte im vertragszahnärztlichen Leistungssektor zu beseitigen.

2 Einleitung

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) des Jahres 1992 markierte den Wendepunkt hin zu einer wettbewerblichen Ausrichtung des deutschen Gesundheitswesens. Die berufsständische Gliederung der Krankenkassen wurde mit Wirkung zum 1.1.1993 durch eine freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten ersetzt und mit einem kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich zur Sicherung des Solidarprinzips verbunden. Hierdurch sollten Einnahmeunterschiede als auch die Ausgabenunterschiede der Krankenkassen, sofern sie durch in erster Linie historisch bedingte Risikostrukturunterschiede begründet sind, ausgeglichen werden. Der Beitragssatz einer Krankenkasse sollte die Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse widerspiegeln. Die hohen Beitragssatzunterschiede der Krankenkassen aufgrund der Versichertenstruktur (d. h. deren Einkommens- und Risikostruktur) haben sich seitdem angeglichen.

Mit dem GSG kam es zu einer Budgetierung der Gesamtvergütung nach Maßgabe der Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen. Mit dieser Budgetierung wurden auch die historisch bedingten strukturellen Vergütungsunterschiede zwischen Primär- und Ersatzkassen festgeschrieben. Diese Unterschiede in der Vergütungshöhe bestehen bis heute grundsätzlich im vertragszahnärztlichen als auch im vertragsärztlichen Bereich fort.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wird die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung tiefgreifenden Änderungen unterworfen. Die Einnahmenseite der Krankenkassen wird durch einen bundeseinheitlichen, für alle Krankenkassen geltenden, vom Bundesgesundheitsministerium festgesetzten Beitragssatz in Verbindung mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bestimmt. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen den Beitragsbedarf, der aufgrund der Morbidität ihrer Versicherten ermittelt wurde. Jede Krankenkasse erhält den identischen Beitragsbedarf für Versicherte mit identischer Morbidität (gemäß der berücksichtigten Kriterien).

Krankenkassen, die mit den ihnen zugewiesenen Zahlungen ihre Ausgaben nicht decken können, müssen einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Dieser Zusatzbeitrag soll den Wettbewerb im GKV-System fördern, da er nach Meinung des Gesetzgebers für die Versicherten die Bei-

tragsunterschiede zwischen den Krankenkassen deutlicher hervortreten lässt.

Mit dem GKV-WSG werden, in zeitlicher Übereinstimmung mit der Vereinheitlichung der Einnahmeseite der Krankenkassen durch den Gesundheitsfonds, teilweise auch die bestehenden kollektivvertraglich begründeten Unterschiede auf der Ausgabenseite der Krankenkassen nivelliert. So wird die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nicht nur zwischen den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern insbesondere auch zwischen den Krankenkassen vereinheitlicht.

Im vertragszahnärztlichen Bereich hingegen wurde im Jahr 2005 zwar ein bundeseinheitlicher kassenartenübergreifend geltender Punktwert für die Leistungen des Zahnersatzes eingeführt, für 75 % der zahnärztlichen Leistungen gelten hingegen weiterhin kassenartenspezifische unterschiedlich hohe Punktwerte.

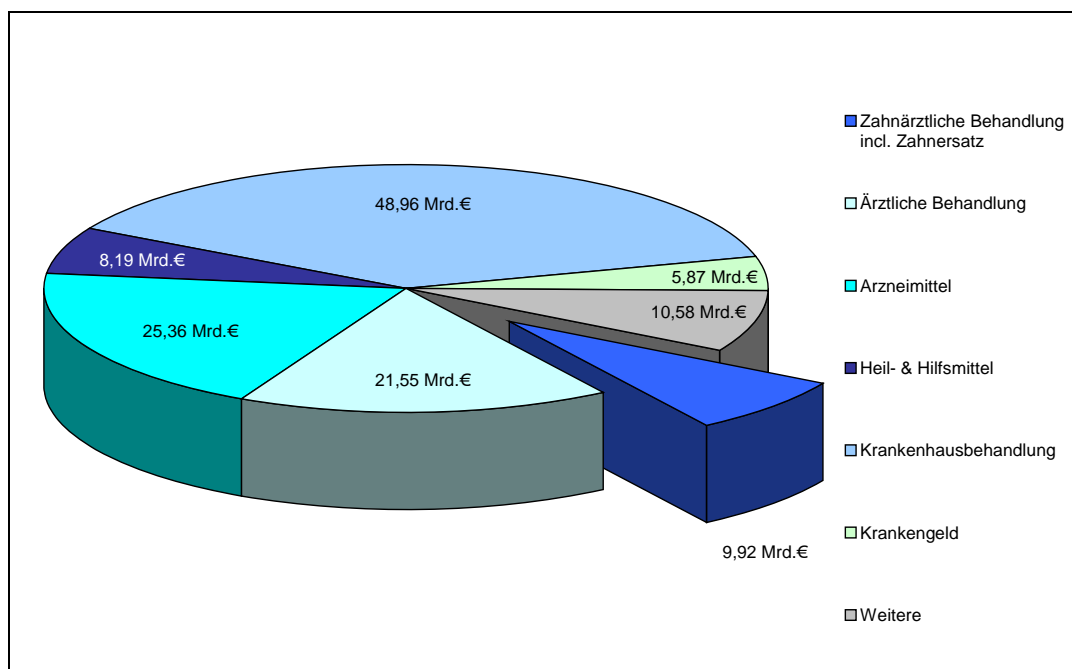
Die Ersatzkassen für Angestellte haben vor diesem Hintergrund das IGES Institut beauftragt, die finanziellen Auswirkungen einer unterschiedlichen Leistungsbewertung im vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich zu ermitteln und Vorschläge zu erarbeiten, wie vor dem Hintergrund der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 auch die Ausgabenseite der Krankenkassen im vertragszahnärztlichen Bereich vereinheitlicht werden könnte, um Wettbewerbsneutralität zu gewährleisten.

3 Das vertragszahnärztliche Versorgungs- und Vergütungssystem

3.1 Stellung der zahnärztlichen Versorgung in der GKV

Die gesamten Leistungsausgaben der GKV beliefen sich im Jahr 2005 auf 134,8 Mrd. € Hiervon entfielen 9,92 Mrd. € (7,4 %) auf zahnärztliche Leistungen inklusive Zahnersatz (Abbildung 1).

Abbildung 1: Leistungsausgaben der GKV, nach Leistungsbereichen in Mrd. € (2005)



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

Im Jahr 2006 betrug die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte in eigener Praxis 56.179. Hinzu kamen 6.510 in Zahnarztpraxen tätige Zahnärzte (As-

sistenten, angestellte Zahnärzte, Praxisvertreter etc.)¹. Die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte in eigener Praxis stieg in den letzten 10 Jahren um insgesamt 11,4 Prozent. Im Jahr 2006 betrug die Zahl niedergelassener Zahnärzte in eigener Praxis 68,2 je 100.000 Einwohner.

Anhand der Abrechnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA) können die vertragszahnärztlich erbrachten zahnmedizinischen Leistungen in Leistungsarten gegliedert werden (Tabelle 1). Die Leistungen der Individualprophylaxe fallen hierbei in den Teil 1 des BEMA, werden aber aufgrund ihrer regelmäßig besonderen Vergütung gesondert aufgelistet.

Tabelle 1: Gliederung des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen

| BEMA-Teil | BEMA-Titel | Abkürzung |
|-----------|---|-------------|
| Teil 1 | Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen | Kons |
| | (IP) Individualprophylaxe | IP |
| Teil 2 | Behandlung von Verletzungen des Gesichtschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Ausbiss helfen) | Kieferbruch |
| Teil 3 | Kieferorthopädische Behandlung | Kfo |
| Teil 4 | Systematische Behandlung von Parodontopathien | Par |
| Teil 5 | Versorgung mit Zahnersatz & Zahnkronen | ZE |

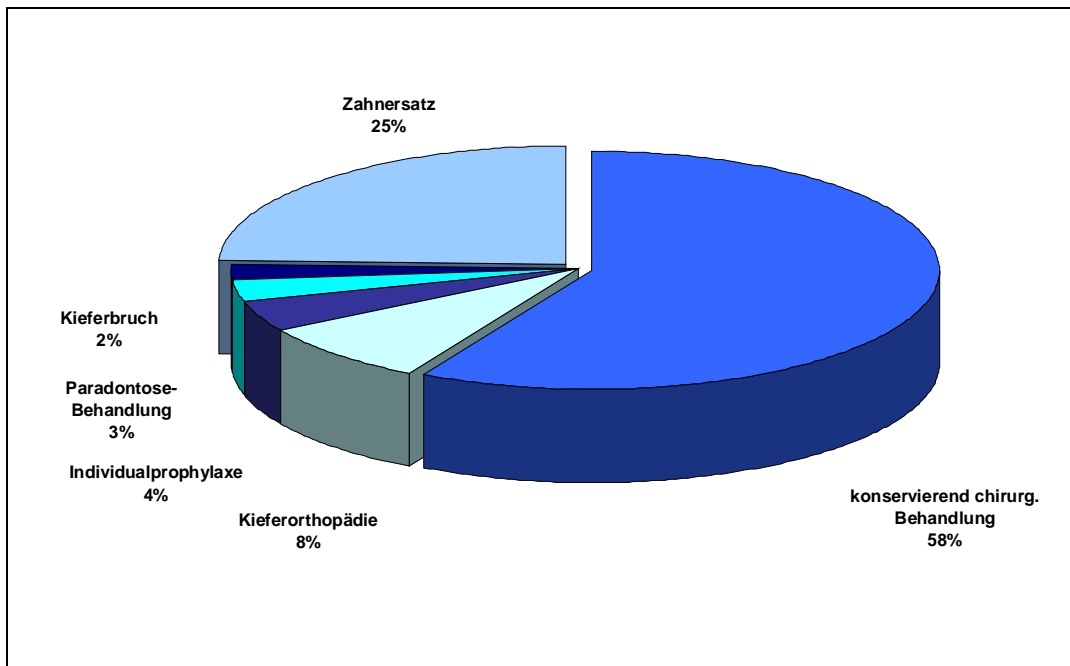
Quelle: BEMA

Abbildung 2 stellt die Ausgabenanteile der GKV für die einzelnen zahnärztlichen Leistungsarten im Jahr 2005 dar. Der BEMA-Teil 1 (konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen) dominiert deutlich mit einem Ausgabenanteil von 58 %. Die Leistungen des Zahnersatzes mit einem Ausgabenanteil von 25 % folgen an zweiter Stelle. Die übrigen Leistungsarten (Kieferorthopädie, Parodontosebehandlung, Kieferbruch Individualprophylaxe) haben einen Anteil von insgesamt 17 % am Ausgabenvolumen für zahnärztliche Leistungen².

¹ An der vertragsärztlichen Versorgung (Humanmedizin) nahmen zum Vergleich insgesamt 132.895 Ärzte teil, hierunter 58.972 Hausärzte.

² Schließt man aus der Betrachtung die zahnärztlichen Leistungsarten aus, die über einen bundeseinheitlichen und kasseneinheitlichen Punktwert vergütet werden

Abbildung 2: Ausgabenanteile für zahnärztliche Behandlung nach Leistungsart (2005)



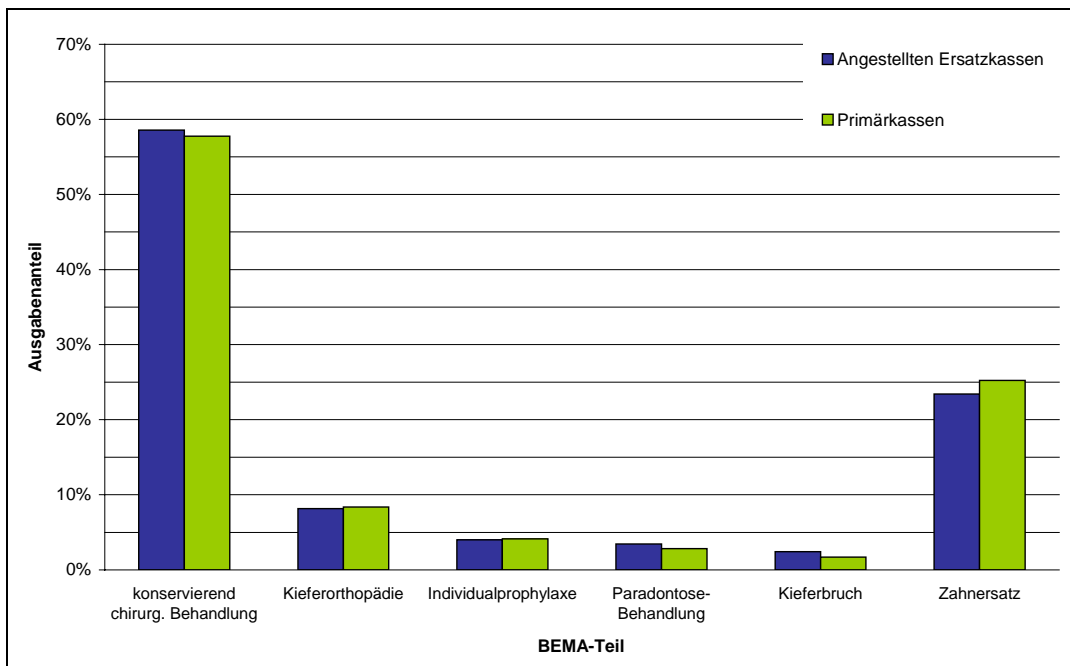
Quelle: KJ 1; IGES

Die Ausgabenanteile für die einzelnen zahnärztlichen Leistungsarten im Jahr 2005 waren bei den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen³ nahezu identisch (Abbildung 3). Der größte Unterschied betraf die Leistungsart Zahnersatz. Hier lag der Ausgabenanteil bei den Ersatzkassen für Angestellte mit 23,4 % unter dem der Primärkassen (25,2 %).

(Zahnersatz), so steigt der Ausgabenanteil für die konservierend chirurgische Behandlung auf 77 %.

³ Primärkassen: Gesetzliche Krankenkassen mit Ausnahme der Ersatzkassen für Angestellte und der Ersatzkassen für Arbeiter (AOK, BKK, IKK, See-KK, LKK, BKN).

Abbildung 3: Ausgabenanteile für zahnärztliche Leistungsarten nach Kassenart (2005)



Quelle: KJ1; IGES

3.2 Vertragszahnärztliche Versorgung

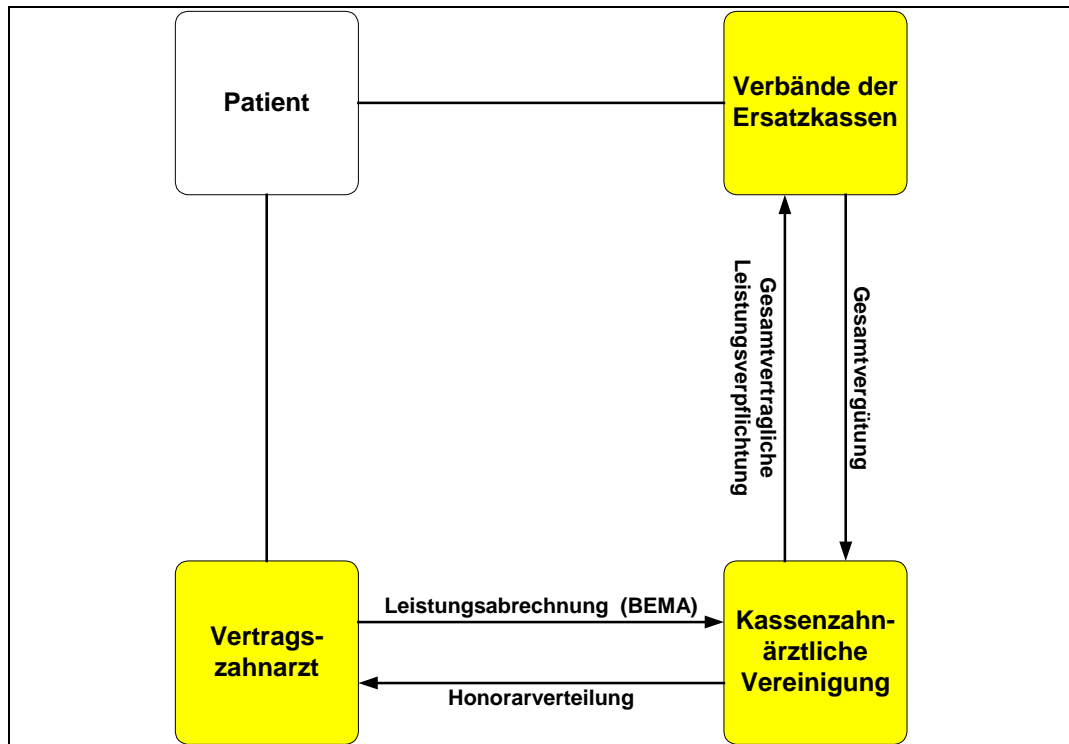
Zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung wirken Zahnärzte und Krankenkassen zusammen (§ 72 Abs. 1 SGB V). Der Sicherstellungsauftrag für die vertragszahnärztliche Versorgung der Versicherten in der GKV liegt bei der regional zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Hierfür erhalten diese von den Krankenkassen, mit befreiender Wirkung für die Krankenkassen, als monetäre Gegenleistung für die zahnärztlich erbrachten Leistungen die Gesamtvergütung.

Die Höhe dieser Gesamtvergütung wird im Rahmen der Gesamtverträge zwischen den Verbänden der Ersatzkassen (bzw. den Landesverbänden der Krankenkassen) und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bestimmt. Die Gesamtvergütung wird dann, nach Maßgabe des jeweiligen Honorarverteilungsvertrages, durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an die Vertragszahnärzte verteilt.

Der Vertragszahnarzt rechnet seine erbrachten Leistungen mit der KZV anhand des Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) ab. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausge-

drücktes Verhältnis zueinander. Abbildung 4 stellt die Beziehungen dieser Akteure untereinander graphisch dar. Eine direkte Beziehung zwischen Krankenkasse und leistungserbringendem Zahnarzt besteht in diesem System nicht.

Abbildung 4: Beziehung zwischen den Akteuren der vertragszahnärztlichen Versorgung



Quelle: IGES

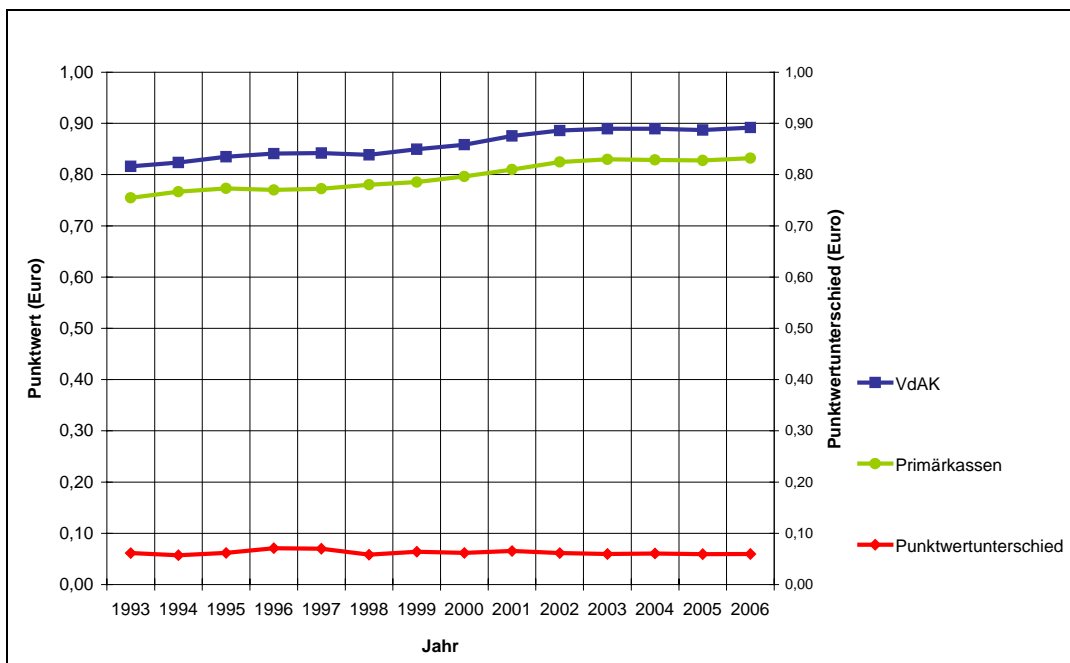
3.2.1 Die Gesamtvergütung

Die Höhe der Gesamtvergütung als auch deren Veränderung wird im Gesamtvertrag vereinbart. Auf Basis des Ausgabenvolumens für die vertragszahnärztliche Versorgung im Ausgangszeitraum 1991/1992 wurde ein Pro-Kopf Betrag errechnet, welcher von den Krankenkassen für die vertragszahnärztliche Versorgung je Mitglied an die KZV zu zahlen war. Durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz wurden dann im Jahre 1999 die Ausgabenvolumina und die Punktwerte in den Leistungsarten Zahnersatz und Kieferorthopädie auf die Werte von 1997 abzüglich 5 % reduziert und die Ausgabenvolumina der anderen Leistungsarten auf die Werte von 1997 limitiert. Die jährlichen Anpassungen der Gesamtvergütung je Mitglied orientierten sich in der Vergangenheit an der Grundlohnsummenentwicklung in

Verbindung mit dem Grundsatz der Beitragsatzstabilität (§ 71 SGB V). Der Verhandlungskorridor für die Anpassung der Gesamtvergütung stellte sich also als sehr schmal dar, zumal gemäß der Rechtsprechung von der Angemessenheit der vorjährigen Gesamtvergütung auszugehen war und die Gesamtvergütung des Vorjahres als Anknüpfungspunkt für die Festlegung der Gesamtvergütung im folgenden Jahr diente⁴.

Die lineare Entwicklung der Punktwerte für die Ersatzkassen für Angestellte und für die Primärkassen verdeutlicht dies (Abbildung 5): Zwischen 1993 und 2006 erhöhte sich der Punktwert für die Ersatzkassen der Angestellten um 7,6 Cent, für die Primärkassen um 7,8 Cent. Der Punktwertunterschied zwischen den Kassenarten blieb über den gesamten Zeitraum nahezu konstant bei 6 Cent.

Abbildung 5: Punktwertentwicklung für die BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) (alte Bundesländer)



Quelle: KZBV; IGES

⁴ S. a. Bundessozialgericht, Urteil vom 14. 12. 2005, Az: B 6 KA 25/04 R

3.2.2 Honorarverteilung

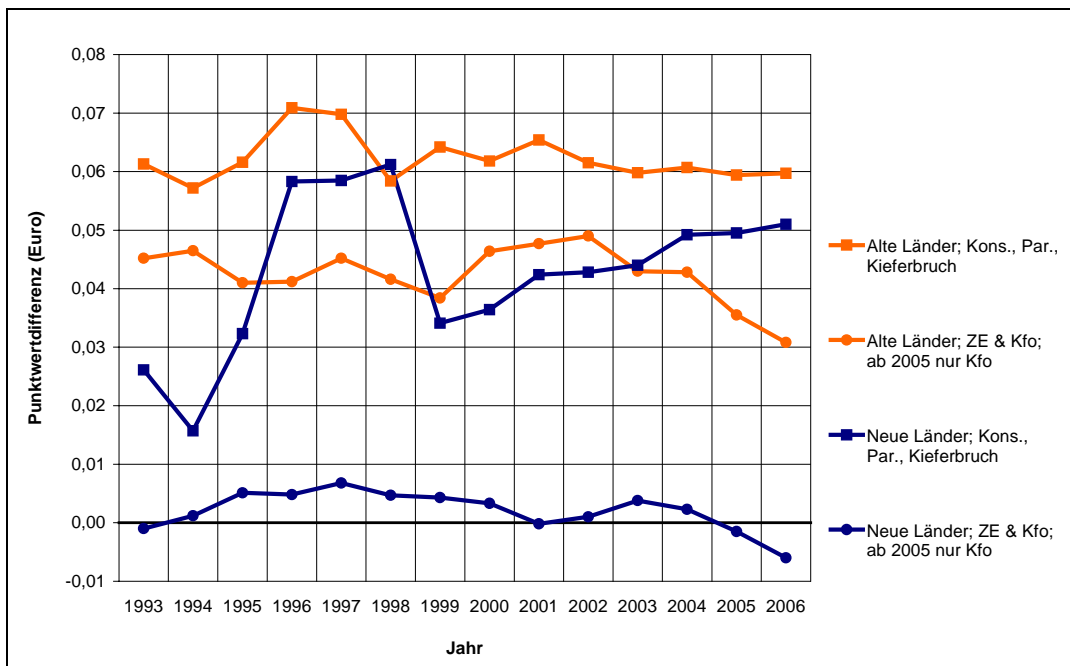
Die Verteilung der Gesamtvergütung auf den einzelnen leistungserbringenden Zahnarzt wird in dem Honorarverteilungsvertrag geregelt. Die eigentliche Leistungsabrechnung zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt anhand des BEMA. Die Leistungen des BEMA sind jedoch nicht mit einem Euro-Betrag bewertet, sondern mit Punkten. Der Vertragszahnarzt erbringt seine Leistungen demzufolge nicht zu einem festen Euro-Betrag, sondern zu einem Punktwert multipliziert mit der Punktzahl der Leistung.

Der monetäre Betrag eines abgerechneten Punktes wird jährlich zwischen den Gesamtvertragspartnern vereinbart⁵, wobei zwischen den einzelnen Leistungsarten des BEMA unterschieden wird. Regelmäßig werden drei unterschiedliche Punktwerte in einem Gesamtvertrag vereinbart, für die BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP), für den BEMA-Teil 3 und für Leistungen der Individualprophylaxe. Für Leistungen des Zahnersatzes (BEMA-Teil 5) gilt hingegen seit dem Jahr 2005 ein bundeseinheitlicher sowie kassenarten-übergreifender einheitlicher Punktwert (s. a. 6.1).

Da sowohl die Ersatzkassen für Angestellte als auch die Primärkassen unabhängig voneinander Vereinbarungen zur Regelung der Gesamtvergütung einerseits und den Punktwerten der Leistungsbereiche andererseits treffen, unterscheiden sich die Punktwerte nicht nur zwischen den einzelnen KZVen, sondern zudem auch zwischen Ersatzkassen für Angestellte und Primärkassen (Abbildung 6). Hierbei sind mit Ausnahme des Leistungsbereichs Kieferorthopädie in den neuen Bundesländern deutliche Differenzen zu erkennen. Die Ersatzkassen für Angestellte weisen über den betrachteten Zeitraum höhere Punktwerte auf.

⁵ In 13 der 17 KZV-Bezirke erfolgt eine reine Einzelleistungsvergütung mit Festsetzung eines höchstzulässigen Ausgabenvolumens. In den übrigen KZV-Bezirken erfolgt eine Pauschalvergütung.

Abbildung 6: Punktwertdifferenzen zwischen Ersatzkassen für Angestellte und Primärkassen nach Leistungsarten und alten / neuen Bundesländern



Quelle: KZBV; IGES

3.3 Auswirkungen des GKV-WSG

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 werden tiefgreifende Änderungen in der Finanzierung der GKV wirksam. Während bisher die Beitragssätze von den Krankenkassen festgelegt wurden, wird dieser Handlungsspielraum zukünftig nicht weiter bestehen. Statt dessen erfolgt die Festlegung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes durch das Bundesministerium für Gesundheit. Krankenkassen, die nicht in der Lage sind, alleinig durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre Ausgaben zu decken, müssen einen Zusatzbeitrag⁶ von ihren Mitgliedern erheben.

Zeitgleich mit der Vereinheitlichung der Einnahmeseite durch den bundesweiten Beitragssatz und der morbiditätsadjustierten Beitragszuweisung wird im vertragsärztlichen Leistungssektor auch die Ausgabenseite der Krankenkassen vereinheitlicht. Bisher bestehende Preisunterschiede für gleiche Lei-

⁶ Bis zu einer Höhe von 8 € pro Monat ohne Einkommensprüfung, bei höheren Zusatzbeiträgen beschränkt auf 1% des Einkommens.

stungen zwischen Primär- und Ersatzkassen werden durch eine Punktwertvereinheitlichung neutralisiert. In den einzelnen KV-Bezirken besteht weiterhin ein Spielraum, das Leistungspreisniveau (Punktwert) an die regionalen Preisniveaus (Mieten, Gehälter etc.) anzupassen, allerdings ohne kassen(arten)spezifische oder arztgruppenspezifische Differenzierung.

Im vertragszahnärztlichen Leistungssektor hingegen wurden durch das GKV-WSG keinerlei Punktwertvereinheitlichungen angestrebt. Hier werden trotz der bevorstehenden Vereinheitlichung der Einnahmeseite der Krankenkassen die Ausgabendifferenzen fortbestehen.

3.4 Wettbewerbsverzerrung

Im vertragszahnärztlichen Bereich werden auch nach Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 Preisunterschiede für gleiche Leistungen zwischen Ersatzkassen für Angestellte und Primärkassen existieren. Die Ersatzkassen für Angestellte zahlen den KZVen also für die gleiche erbrachte und anhand des BEMA vom erbringenden Zahnarzt abgerechnete Leistung einen höheren Preis als die Primärkassen. Auf der Einnahmeseite stehen dem gegenüber die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, die zwar die Risikostruktur der jeweiligen Krankenkasse berücksichtigen, aber nicht die Ausgabensituation und damit auch nicht leistungsunabhängige, sondern rein historisch begründete Unterschiede im Vergütungsniveau.

Die Ersatzkassen für Angestellte haben damit im Vergleich zu den Primärkassen Mehrausgaben, welche mit Einführung des einheitlichen Beitragsatzes und der standardisierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über die zu erhebenden Zusatzbeiträge kompensiert werden müssen.

Die gegenwärtige Vergütungssystematik im vertragszahnärztlichen Leistungssektor ist daher mit einer Wettbewerbsverzerrung zu Ungunsten der Ersatzkassen für Angestellte verbunden.

4 Analyse der Ausgabendifferenzen und Berechnung der Effekte nach Einführung des Gesundheitsfonds

4.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die nachfolgenden Analysen sind die öffentlichen Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Verwendet wurden die amtliche Mitgliederstatistik der GKV nach dem Vordruck KM6 sowie die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV nach dem Vordruck KJ1. Die Punktwerte wurden dem Jahrbuch 2006 der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) entnommen.

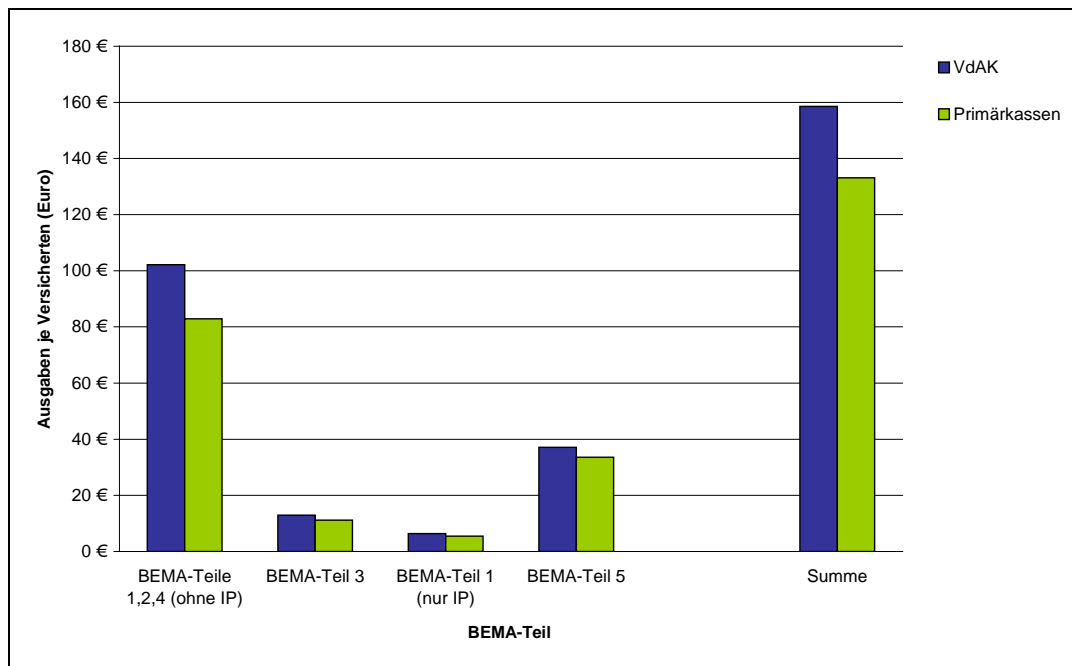
Sofern regionale Punktwerte (KZV-spezifisch) verwendet wurden, basieren diese auf den Gesamtverträgen des Jahres 2005 und wurden durch den VdAK bereitgestellt.

4.2 Ausgabensituation im vertragszahnärztlichen Leistungsbereich

Abbildung 7 stellt die Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen im Jahr 2005 je Versicherten differenziert nach Leistungsarten für die Ersatzkassen für Angestellte sowie für die Primärkassen dar. Die Ausgaben der Ersatzkassen für Angestellte lagen je Versicherten mit 158,54 € deutlich über den Ausgaben der Primärkassen (133,10 €).

Die Ausgabendifferenz zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen belief sich für die BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) auf 19,29 € je Versicherten, für die Leistungsart Kieferorthopädie auf 1,77 € je Versicherten, für die Leistungsart Individualprophylaxe auf 0,85 € je Versicherten und für Leistungen des Zahnersatzes auf 3,54 € je Versicherten. Insgesamt ergab sich somit ein Ausgabenunterschied von 25,44 € je Versicherten.

Abbildung 7: Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen je Versicherten nach Kassen- und Leistungsart (2005)



Quelle: KJ 1; IGES

Zur weiteren Untersuchung der oben dargestellten Ausgabenunterschiede müssen zunächst die Punktwerte, mit dem die Krankenkassen die Leistungsvergütung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entrichten, bekannt sein. Da nicht alle auf Landesebene zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten Punktwerte veröffentlicht werden, werden die von der KZBV veröffentlichten Punktwerte für die weitere Berechnung verwendet.

Basierend auf den unterschiedlichen Punktwerten für zahnärztliche Leistungen (abhängig von KZV-Bezirk und Kassenart) hat die KZBV durchschnittliche Punktwerte differenziert nach Kassenart (Ersatzkassen für Angestellte, Ersatzkassen für Arbeiter, Primärkassen), nach Region (neue / alte Bundesländer) und nach Leistungsart (BEMA-Teile 1,2,4; Kfo) ermittelt. Ausgehend von diesen Grunddaten wurde zunächst ein bundeseinheitlicher Punktwert für die BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) und 3 jeweils für die Ersatzkassen für Angestellte, Ersatzkassen für Arbeiter und für die Primärkassen errechnet. Eine Gewichtung der in die Berechnung einfließenden Punktwerte erfolgte anhand der jeweiligen kassenartenbezogenen Zahl der Versicherten (Tabelle 2).

Tabelle 2: Versichertenstruktur der GKV und Punktwerte für zahnärztliche Leistungen nach Kassenarten (2005)

| | VdAK | AEV | Primärkassen | GKV |
|---|------------|-----------|--------------|------------|
| Anzahl Versicherte | | | | |
| Alte Bundesländer | 18.289.863 | 1.363.349 | 38.466.656 | 58.099.868 |
| Neue Bundesländer | 3.489.917 | 212.126 | 8.386.166 | 12.088.209 |
| Deutschland | 21.779.780 | 1.575.475 | 46.832.822 | 70.188.077 |
| Punktwert BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) | | | | |
| Alte Bundesländer | 0,887 | 0,837 | 0,827 | 0,846 |
| Neue Bundesländer | 0,778 | 0,777 | 0,729 | 0,744 |
| Deutschland | 0,870 | 0,829 | 0,810 | 0,829 |
| Punktwert BEMA-Teil 3 | | | | |
| Alte Bundesländer | 0,746 | 0,701 | 0,710 | 0,721 |
| Neue Bundesländer | 0,651 | 0,649 | 0,653 | 0,652 |
| Deutschland | 0,731 | 0,694 | 0,700 | 0,709 |

Quelle: KJ1, KM6, KZBV; IGES

Die Differenz in der Höhe der ermittelten Punktwerte zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen betrug für die Leistungsbereiche BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) in den alten Bundesländern 6 Cent (d. h.: der Punktwert VdAK liegt um 7,3 % über dem Niveau der Primärkassen) und in den neuen Bundesländern 4,9 Cent (analog: 6,7 %) ⁷. Auch im Leistungsbereich Kieferorthopädie (BEMA-Teil 3) ist die Punktwertdifferenz zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen in den alten Bundesländern mit 3,6 Cent (5,1 %) höher als in den neuen Bundesländern mit -0,2 Cent (-0,3 %). Der bundesweit für die Leistungsarten BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) ermittelte Punktwert differiert zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen um 7,4 % ⁸.

⁷ Auf diese Leistungsarten entfallen insgesamt 83 % des GKV Ausgabenvolumens für zahnärztliche Leistungen, die nicht über einen bundeseinheitlichen kassenartenübergreifenden Punktwert (Zahnersatz) vergütet werden.

⁸ Die Ersatzkassen für Arbeiter werden im Folgenden aufgrund ihrer geringeren Mitgliederzahl nicht im Detail betrachtet. Ihre Punktwerte bewegen sich zwischen den Punktwerten der Ersatzkassen für Angestellte und den Punktwerten der Primärkassen.

Tabelle 3 zeigt ausgewählte Kennzahlen der vertragszahnärztlichen Versorgung differenziert nach Leistungsarten, die für die weiteren Berechnungen notwendig sind, nämlich den Anteil der Mitglieder unter den Versicherten sowie die Zerlegung der Ausgaben in eine Preiskomponente (durchschnittlicher Punktwert) und eine Mengenkomponekte (Punktevolumen der abgerechneten Leistungen). Die bundesweit durchschnittlichen Punktwerte wurden aus Tabelle 2 entnommen. Die vertragszahnärztlich erbrachte Leistungsmenge wurde anhand der Ausgabenstatistik (KJ 1) der GKV und den oben berechneten Punktwerten ermittelt.

Tabelle 3: Ausgaben, Leistungsmenge und Punktwerte nach BEMA-Teilen und Kassenart (2005)

| Grunddaten | VdAK | Primärkassen |
|-----------------------------------|--------------|---------------------|
| Versicherte | 21.779.780 | 46.832.822 |
| davon Mitglieder | 15.670.249 | 33.283.423 |
| BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) | | |
| Ausgaben | 2.225 Mio. € | 3.882 Mio. € |
| Preis der Leistung (Punktwert) | 0,870 € | 0,810 € |
| Leistungsmenge (Punkte) | 2.559 Mio. | 4.793 Mio. |
| BEMA-Teil 3 | | |
| Ausgaben | 281 Mio. € | 522 Mio. € |
| Preis der Leistung (Punktwert) | 0,731 € | 0,700 € |
| Leistungsmenge (Punkte) | 385 Mio. | 746 Mio. |
| BEMA-Teil 1 (nur IP) | | |
| Ausgaben | 138 Mio. € | 257 Mio. € |
| Preis der Leistung (Punktwert) | 0,875 € | 0,844 € |
| Leistungsmenge (Punkte) | 157 Mio. | 304 Mio. |
| BEMA-Teil 5 | | |
| Ausgaben | 808 Mio. € | 1.572 Mio. € |
| Preis der Leistung (Punktwert) | 0,7143 € | 0,7143 € |
| Leistungsmenge (Punkte) | 1.131 Mio. | 2.201 Mio. |

Quelle: KJ1, KM6, KZBV; IGES

4.3 Komponentenzerlegung

Die in Abbildung 7 dargestellten Ausgabenunterschiede zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen in Höhe von 25,44 € können in eine Mengenkomponeute und eine Preiskomponeute zerlegt werden.

Die Mengenkomponeute bezeichnet den Anteil des Ausgabenunterschieds, der auf Inanspruchnahme-Unterschiede der Versicherten der Ersatzkassen für Angestellte zurückzuführen ist. Die Mengenkomponeute errechnet sich aus der Differenz der Leistungsmengen je Versicherten zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen, bewertet mit dem Preisniveau der Primärkassen.

Die Preiskomponeute bezeichnet hingegen den Anteil des Ausgabenunterschieds, der sich aufgrund eines unterschiedlichen Preisniveaus (entsprechend der Punktwerte) ergibt. Die Preiskomponeute errechnet sich aus der Leistungsmenge je Versicherten der Ersatzkassen für Angestellte, bewertet mit der Differenz der Punktwerte zwischen Ersatzkassen für Angestellte und Primärkassen.

Tabelle 4: Zerlegung der Ausgabendifferenz in Mengen- und Preiskomponente (2005)

| | BEMA-Teil | | | | Σ |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | 1,2,4 (Ø IP) | 3 | IP | 5 | |
| Ausgaben / Versicherter VdAK | 102,18 € | 12,92 € | 6,34 € | 37,10 € | 158,54 € |
| Ausgaben / Versicherter PK | 82,89 € | 11,15 € | 5,49 € | 33,57 € | 133,10 € |
| Ausgabendifferenz / Versicherter | 19,29 € | 1,77 € | 0,85 € | 3,54 € | 25,44 € |
| Mengenkomponente | | | | | |
| Leistungsmenge / Versicherter VdAK | 117,51 | 17,69 | 7,25 | 51,95 | 194,39 |
| Leistungsmenge / Versicherter PK | 102,35 | 15,94 | 6,50 | 46,99 | 171,78 |
| Mengendifferenz / Versicherter | 15,16 | 1,75 | 0,75 | 4,95 | 22,61 |
| Ausgabendifferenz / Versicherter (1) | 12,28 € | 1,23 € | 0,63 € | 3,54 € | 17,67 € |
| Preiskomponente | | | | | |
| Leistungspreis (Punktwert) VdAK | 0,870 € | 0,731 € | 0,875 € | 0,714 € | - |
| Leistungspreis (Punktwert) PK | 0,810 € | 0,700 € | 0,844 € | 0,714 € | - |
| Preisdifferenz | 0,06 € | 0,031 € | 0,03 € | 0,00 € | - |
| Ausgabendifferenz / Versicherter (2) | 7,01 € | 0,54 € | 0,22 € | 0,00 € | 7,78 € |

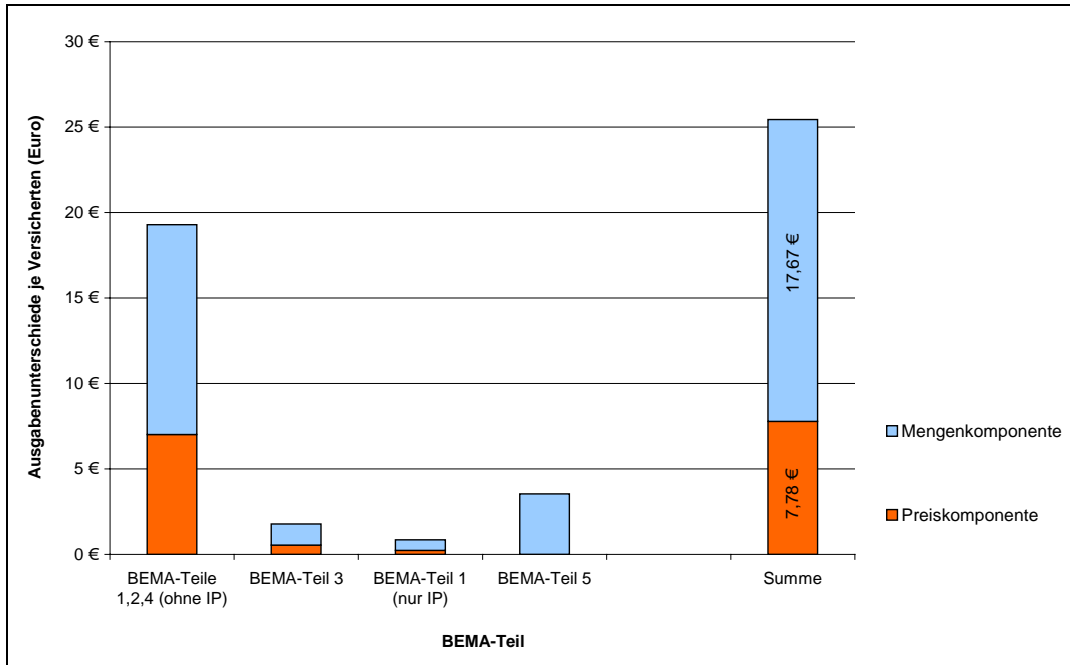
(1) Mengendifferenz / Versicherter * Leistungspreis (Punktwert) PK

(2) Preisdifferenz * Leistungsmenge / Versicherter VdAK

Quelle: KJ1; IGES; PK = Primärkassen; Abweichungen in den Summenbildungen sind rundungsbedingt

Auf Bundesebene ergibt sich demnach eine mengeninduzierte Ausgabendifferenz von 17,67 € je Versicherten sowie eine preisinduzierte Ausgabendifferenz von 7,78 € je Versicherten (Tabelle 4; Abbildung 8). Der größte Anteil entfällt hierbei auf die BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP), entsprechend dem hohen Ausgabenanteil dieser Leistungsart (58 % an den Gesamtausgaben für zahnärztliche Leistungen). Für die Leistungsart Zahnersatz beträgt die Preiskomponente 0 €, weil für diese Leistungsart für alle Kassenarten ein identischer bundeseinheitlicher Punktwert gilt. Ausgabenunterschiede können sich in dieser Leistungsart ausschließlich in der Mengenkomponente aufgrund unterschiedlicher Leistungsmengen je Versicherten darstellen.

Abbildung 8: Ausgabenunterschiede je Versicherten nach Preis- und Mengenkompone (2005)



Quelle: KM6, KJ1; IGES

Der Anteil der Mengenkompone an den gesamtem Ausgabenunterschieden beträgt 69 %, der Anteil der Preiskompone 31 % (s. a. Tabelle 5). Der Anteil der Preiskompone ist im Bereich der Leistungsarten BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) mit 36 % am höchsten, im Bereich der Leistungen der Individualprophylaxe mit 26 % am geringsten (wenn man vom BEMA-Teil 5 absieht).

Tabelle 5: Ausgabendifferenz der Ersatzkassen für Angestellte versus Primärkassen je Versicherten nach Komponenten (2005)

| BEMA-Teil | Ausgabendifferenz | | Mengenkomponente | | Preiskomponente | |
|------------|-------------------|---------|------------------|---------|-----------------|--|
| | Absolut | Absolut | Prozentual | Absolut | Prozentual | |
| 124 (Ø IP) | 19,29 € | 12,28 € | 63,6% | 7,01 € | 36,4% | |
| Kfo | 1,77 € | 1,23 € | 69,3% | 0,54 € | 30,7% | |
| IP | 0,85 € | 0,63 € | 74,1% | 0,22 € | 25,9% | |
| ZE | 3,54 € | 3,54 € | 100,0% | 0,00 € | 0,0% | |
| Summe | 25,44 € | 17,67 € | 69,4% | 7,78 € | 30,6% | |

Quelle: KJ1; IGES; Abweichungen in den Summenbildungen sind rundungsbedingt

Ein Ausgabenunterschied von 7,78 € je Versicherten (incl. der mitversicherten Familienangehörigen) entfällt demnach ausschließlich auf den im Vergleich zu den Primärkassen höheren Preis für zahnärztliche Leistungen, den die Ersatzkassen für Angestellte den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zahlen. Für die Ersatzkassen für Angestellte ergeben sich somit insgesamt bei 21,8 Mio. Versicherten im Jahr 2005 im Vergleich zu den Primärkassen ausschließlich preisinduzierte Mehrausgaben in Höhe von 169,3 Mio. € (Tabelle 6; s. a. Abbildung 9)⁹.

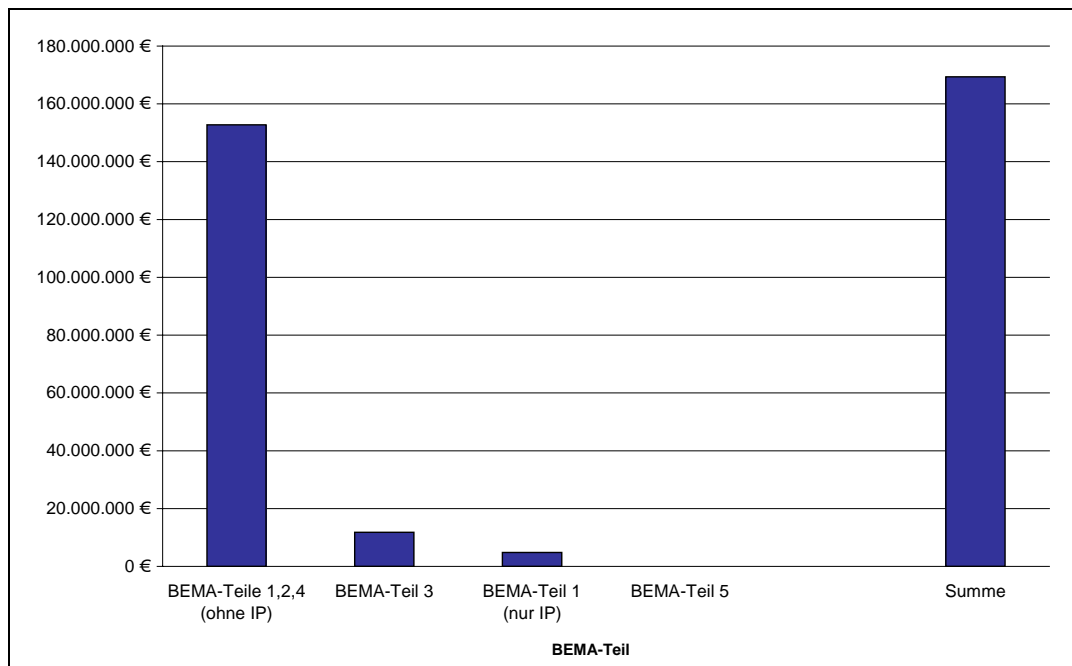
Tabelle 6: Preisunterschiedsbedingte Mehrausgaben der Ersatzkassen für Angestellte gegenüber den Primärkassen (2005)

| BEMA-Teil | Differenzbetrag gesamt | Differenzbetrag je Mitglied | Differenzbetrag je Mitglied je Monat |
|---------------|---------------------------|--------------------------------|---|
| 124 (ohne IP) | 152,7 Mio. € | 9,75 € | 81,2 Cent |
| Kfo | 11,8 Mio. € | 0,75 € | 6,3 Cent |
| IP | 4,8 Mio. € | 0,31 € | 2,6 Cent |
| ZE | - € | - € | - € |
| Summe | 169,3 Mio. € | 10,81 € | 90,1 Cent |

Quelle: KJ1; IGES

⁹ Die mengeninduzierten Mehrausgaben für die Ersatzkassen für Angestellte betragen im Jahr 2005 im Vergleich zu den Primärkassen 384 Mio. € (17,67 € je Versicherten).

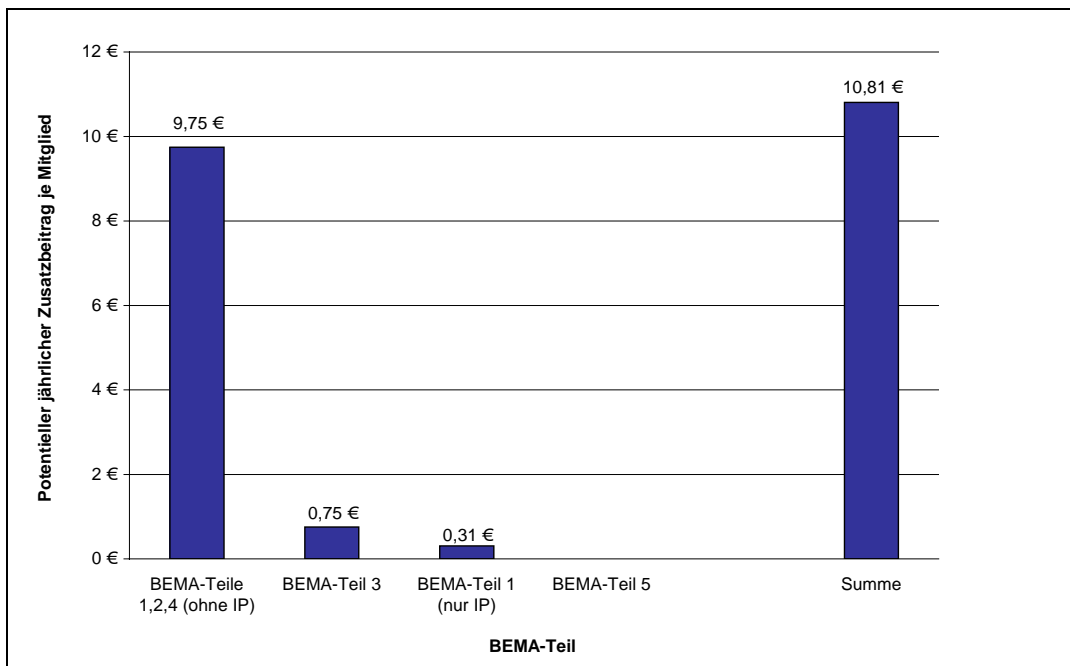
Abbildung 9: Preisunterschiedsbedingte Mehrausgaben der Ersatzkassen für Angestellte gegenüber den Primärkassen (2005)



Quelle: KZBV, KJ 1, IGES

Dieses höhere Ausgabenvolumen muss durch die Mitglieder (15,7 Mio.) der Ersatzkassen für Angestellte refinanziert werden. Je Mitglied ergibt sich somit insgesamt eine im Vergleich zu den Primärkassen ausschließlich preisbedingte Mehrbelastung in Höhe von 10,81 € pro Jahr (s. a. Abbildung 10), d. h. 90 Cent pro Monat (s. a. Abbildung 11).

Abbildung 10: Jährliche preisunterschiedsbedingte Mehrausgaben je Mitglied der Ersatzkassen für Angestellte gegenüber den Primärkassen (2005)



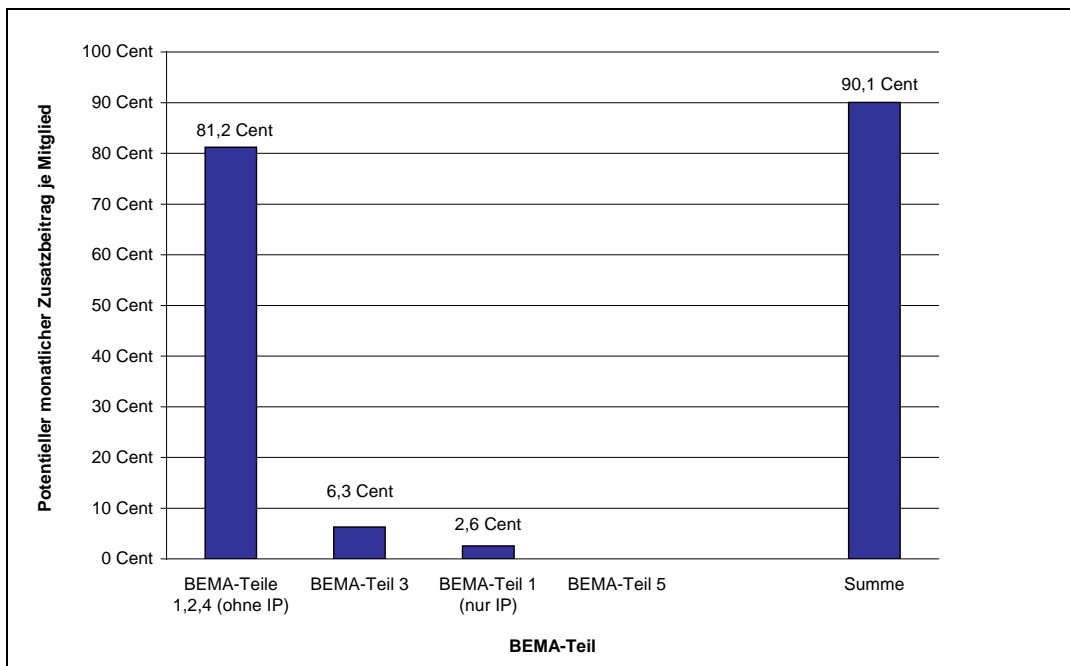
Quelle: KZBV, KJ1; IGES

Die angegebenen Differenzbeträge stellen die reale Ausgabensituation dar. Die Ausschöpfungsquote der Gesamtvergütungen liegt im Bereich der Ersatzkassen für Angestellte in den Leistungsarten BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) und Kieferorthopädie gemeinsam bei 95,8 %¹⁰. Dies bedeutet, dass es bei Ausschöpfung der gesamten vereinbarten Gesamtvergütung zu einem Anstieg des Differenzbetrages käme, da auch die dann zusätzlich erbrachten Leistungen mit einem im Vergleich zu den Primärkassen höheren Punktwert vergütet würden¹¹.

¹⁰ Angabe des VdAK

¹¹ Die preisunterschiedsbedingten Mehrausgaben der Ersatzkassen für Angestellte gegenüber den Primärkassen würden bei voller Ausschöpfung der Gesamtvergütung insgesamt 176,8 Mio. € betragen (11,28 € je Mitglied).

Abbildung 11: Monatliche preisunterschiedsbedingte Mehrausgaben je Mitglied der Ersatzkassen für Angestellte gegenüber den Primärkassen (2005)



Quelle: KZBV, KJ1; IGES

4.4 Ergebnisse

Die Ersatzkassen für Angestellte werden insgesamt durch die höheren Leistungspreise (Punktwerte), die sie an die kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Gesamtvergütungen zahlen, im direkten Vergleich zu den Primärkassen mit jährlich 169,3 Mio. € belastet (Datenbasis 2005).

Die Ausgabenunterschiede der Ersatzkassen für Angestellte zu den Primärkassen aufgrund der erhöhten Leistungsmengen im vertragszahnärztlichen Leistungsbereich betragen 384 Mio. €. Diese Ausgabenunterschiede sollten, sofern sie morbiditätsbedingt angefallen sind, über den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen ausgeglichen werden¹².

¹² Die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ab 2009 ist für den Bereich der zahnmedizinischen Leistungen noch nicht bekannt.

Nach Einführung des Gesundheitsfonds und eines für alle Krankenkassen geltenden bundeseinheitlichen Beitragsatzes müssen überdurchschnittliche Ausgaben einer Kasse, insoweit sie nicht durch Minderausgaben an anderer Stelle ausgeglichen werden können, über die Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages¹³ finanziert werden. Der Zusatzbeitrag wird ausschließlich von den Mitgliedern der entsprechenden Krankenkasse erhoben.

Im Unterschied zu den Primärkassen ergibt sich bei alleiniger Betrachtung des zahnärztlichen Versorgungsbereichs eine Mehrbelastung der beitragspflichtigen Mitglieder der Ersatzkassen für Angestellte in Höhe von monatlich 90 Cent. Die Beitragsposition der Ersatzkassen würde also, zieht man die Daten des Jahres 2005 heran, unter den zukünftigen Finanzierungsbedingungen um 90 Cent je Mitglied und Monat unter derjenigen der Primärkassen liegen. Das bedeutet für die Ersatzkassen

- in dem Fall, in dem sie Zusatzbeiträge erheben, diese um den entsprechenden Betrag erhöhen müssten, oder
- in dem Fall, dass sie bei ansonsten günstiger Finanzierungssituation Beitragsnachlässe für ihre Mitglieder („Prämien“) gewähren, diese um den entsprechenden Betrag reduzieren müssten.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang neben der eigentlichen Höhe des Differenzbetrages auch das Sonderkündigungsrecht (gem. § 175 Abs. 4 SGB V [Inkrafttreten am 1. Januar 2009]) bei erstmaliger Erhebung des Zusatzbeitrages (unabhängig von dessen Höhe). Es ist davon auszugehen, dass mit Einführung des Gesundheitsfonds der Wettbewerb unter den Krankenkassen intensiviert wird¹⁴. Die zusätzlich zu dem bundeseinheitlichen Beitragssatz zu erhebenden Zusatzbeiträge (bzw. auszufahrenden Prämien) werden zu dem entscheidenden Parameter im Beitragswettbewerb der Krankenkassen.

¹³ Gemäß § 242 Abs. 1 SGB V (Inkrafttreten am 1. Januar 2009) kann ein Zusatzbeitrag bis zu 8 € monatlich ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds erhoben werden, sodass eine weitere Prüfung der Einkommensstruktur der Mitglieder der Ersatzkassen für Angestellte hier nicht erforderlich wird.

¹⁴ Im Unterschied zur derzeitigen Situation, in der die Krankenkassenbeiträge aufgrund unterschiedlicher Beitragsätze schwer vergleichbar sind, werden mit Einführung des Gesundheitsfonds die Krankenkassenbeiträge über den Zusatzbeitrag bzw. die Prämienzahlung direkt und damit einfacher für den Versicherten vergleichbar, insbesondere wenn sie als Absolutbetrag erhoben werden.

Aufgrund des deutlich unterschiedlichen Niveaus der zahnärztlichen Vergütung (Punktwerte) muss daher von einer Wettbewerbsverzerrung zu Ungunsten der Ersatzkassen für Angestellten gesprochen werden.

5 Lösungsoptionen

Die Probleme, die sich aus den in Abschnitt 4 dargestellten preisbedingten Ausgabendifferenzen für den Wettbewerb zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen ergeben, können auf unterschiedliche Weise gelöst werden.

Bei einer Bewertung der unterschiedlichen Lösungsmöglichkeiten beziehen wir uns im Folgenden primär auf die Reduktion der preisinduzierten Ausgabenunterschiede, die zu Wettbewerbsverzerrungen führen können, unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (z. B. § 71 SGB V [Beitragsatzstabilität]).

5.1 Punktwertangleichung an das Niveau der Primärkassenpunktwerte

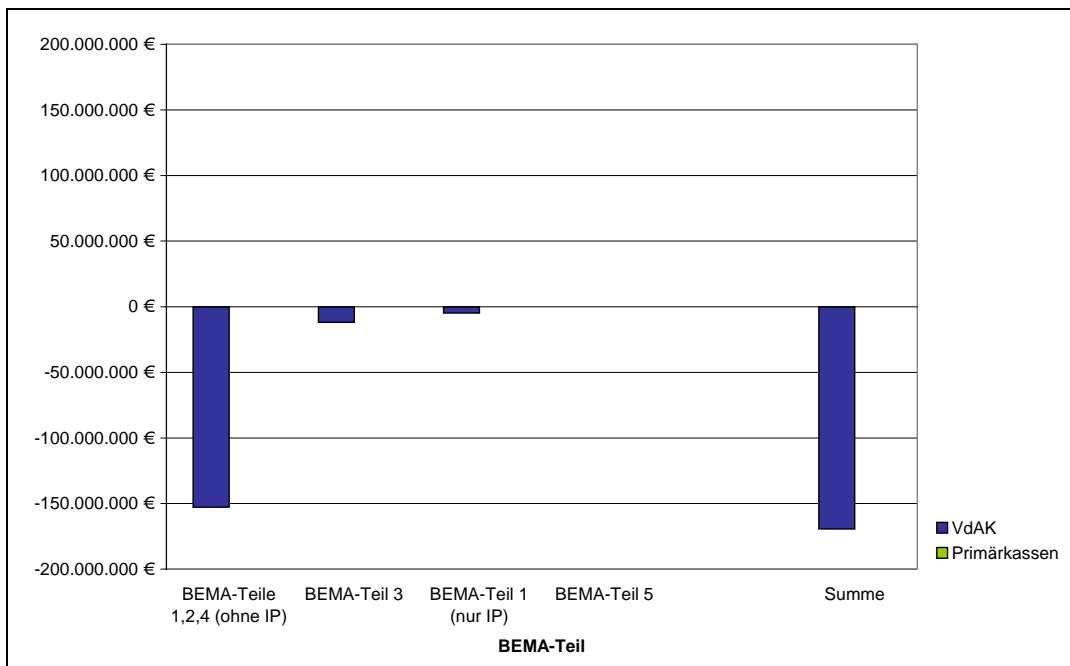
Das Problem der differierenden Punktwerte könnte durch eine bundesweite Angleichung der Punktwerte der Ersatzkassen für Angestellte an das Niveau der Primärkassenpunktwerte gelöst werden. Insgesamt würden hierdurch die Ausgaben der Ersatzkassen für Angestellte für vertragszahnärztliche Leistungen – bezogen auf das Jahr 2005 – um 169,3 Mio. € sinken (Abbildung 12). Insbesondere fielen dabei die BEMA-Teile 1,2,4 mit einer Verminderung der Leistungsausgaben um 152,7 Mio. € ins Gewicht.

Die Gesamtvergütungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen würden sich insgesamt um den selben Betrag reduzieren. Für die vertragszahnärztliche Versorgung ständen demzufolge – auf Datenbasis des Jahres 2005 geschätzte – 169 Mio. € jährlich weniger zur Verfügung.

Für die Primärkassen würden sich bei dieser Lösungsoption keine monetären Änderungen ergeben, da ihre vereinbarten Gesamtvergütungen unangetastet blieben.

Die Beitragszahler der Ersatzkassen für Angestellte würden um Zahlungen in Höhe von 169 Mio. € jährlich entlastet.

Abbildung 12: Ausgabeneffekte bei Anwendung eines bundeseinheitlichen Punktwertes auf dem Niveau der Primärkassen



Quelle: IGES

5.2 Punktwertangleichung an das Niveau der Ersatzkassenpunktwerte

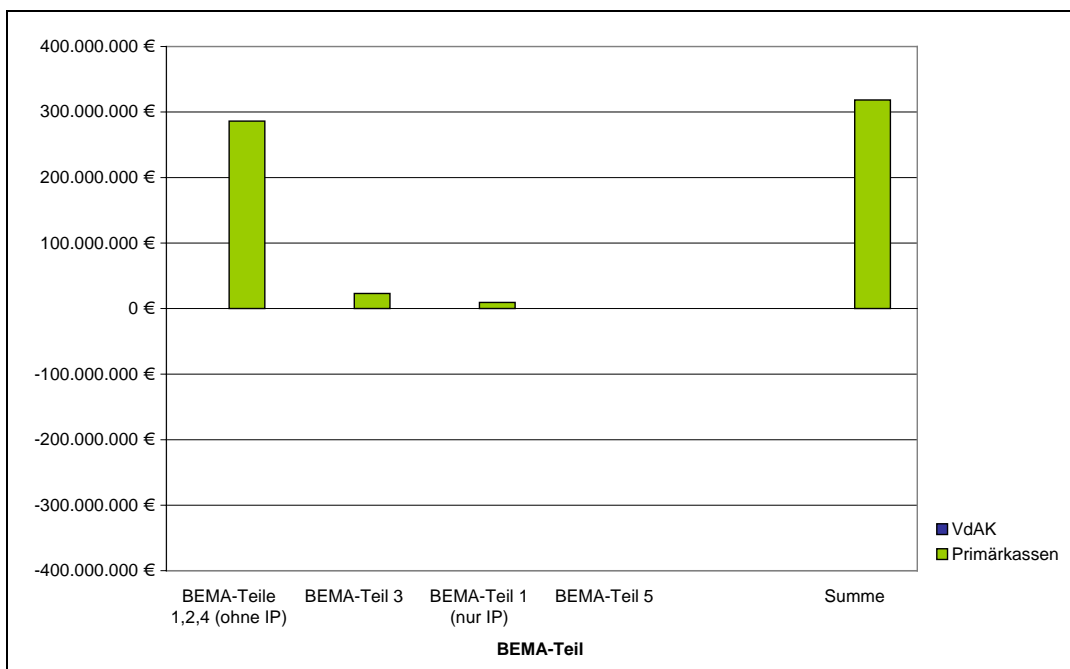
Die Angleichung der Punktwerte könnte auch bundesweit an das Niveau der Punktwerte der Ersatzkassen für Angestellte erfolgen. Im Vergleich zur ersten Lösungsoption entstünden konträre Effekte auf die Leistungsausgaben der Krankenkassen. Bei den Primärkassen würde es zu einer Zunahme ihrer Leistungsausgaben für zahnärztliche Leistungen – auf Basis der Daten des Jahres 2005 – in Höhe von 318,2 Mio. € kommen (Abbildung 13)¹⁵. Die Leistungsausgaben der Ersatzkassen blieben unverändert.

Aufgrund der deutlich gestiegenen durchschnittlichen Punktwerte käme es zu einem Anstieg der Gesamtvergütungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen um den selben Betrag.

¹⁵ Dieser Betrag errechnet sich aus den Differenzen der Punktwerte für die einzelnen BEMA-Teile multipliziert mit den jeweiligen Leistungsmengen der Primärkassen (s. a. Tabelle 3).

Die Beitragszahler der Primärkassen würden in Höhe von 318,2 Mio. € jährlich belastet¹⁶.

Abbildung 13: Ausgabeneffekte bei Anwendung eines bundeseinheitlichen Punktwertes auf dem Niveau der Ersatzkassen für Angestellte



Quelle: IGES

5.3 Punktwertangleichung an einen bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert

Wie für die Leistungsart Zahnersatz im Jahr 2005 umgesetzt, könnte auch für die übrigen zahnärztlichen Leistungsarten ein bundeseinheitlicher Punktwert ermittelt werden (s. a. 6.1). In der nachfolgenden Berechnung wurde für die drei Leistungsarten BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP), Kieferorthopädie und Individualprophylaxe jeweils getrennt ein bundeseinheitlicher Punktwert bestimmt. Alternativ könnte auch ein bundeseinheitlicher Punktwert für die Leistungsarten BEMA-Teile 1,2,4 (ohne IP) und Kiefer-

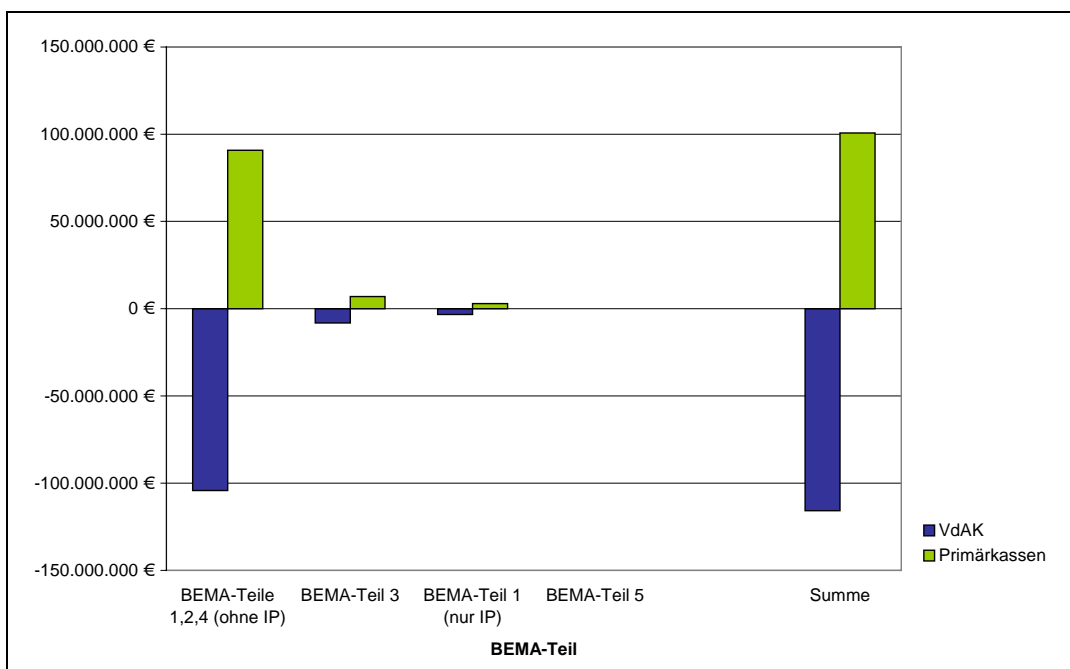
¹⁶ Dies entspricht einem Anteil von 3,2 % an den gesamten vertragszahnärztlichen Leistungsausgaben bzw. 0,035 Beitragssatzpunkte (Bezugsjahr 2005).

orthopädie gemeinsam bestimmt werden. Hier sind versorgungspolitische Erwägungen und Anreize zur Leistungserbringung zu beachten.

Die Umsetzung dieser Lösungsoption ist sicherlich – auch bedingt durch die Erfahrungen mit der Berechnung und den Auswirkungen der bundeseinheitlichen Punktwerte im BEMA-Teil 5 – in einem überschaubaren Zeitrahmen möglich.

Die erstmalige Festlegung von bundeseinheitlichen Punktwerten würde, den Regeln für den Leistungsbereich Zahnersatz nach § 57 Abs. 1 SGB V folgend, zu einer Ausgabenumverteilung zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen führen (Abbildung 14).

Abbildung 14: Ausgabeneffekte bei Anwendung eines bundeseinheitlichen kassenartenübergreifenden Punktwertes



Quelle: IGES

Während die Ersatzkassen für Angestellte wegen der für sie dann niedrigeren Punktwerte um Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistung in Höhe von 115,7 Mio. € entlastet würden, käme es für die Primärkassen zu einer

Ausgabenerhöhung um 100,7 Mio. € (bezogen auf Datenbasis des Jahres 2005)¹⁷.

Der Effekt, dass die Ausgabenverminderung auf Seiten der Ersatzkassen für Angestellte und die Ausgabenerhöhung auf Seiten der Primärkassen sich nicht gegenseitig aufheben, ist auf die Art der Ermittlung des durchschnittlichen bundeseinheitlichen und kassenartenübergreifenden Punktwertes zurückzuführen. Die Ermittlung erfolgt hier regelmäßig basierend auf der Zahl der Versicherten und nicht basierend auf der Ausgabenhöhe. Hierdurch kann es aufgrund der fehlenden Summentreue bei der Ermittlung des durchschnittlichen Punktwertes zu Abweichungen bei der Ausgabenhöhe kommen (s. a. Berechnung für die BEMA-Teile 1,2,4 [Tabelle 7]). Um diese Auswirkungen auf das Gesamtsystem in Höhe von 0,15 % der gesamten vertragszahnärztlichen Leistungsausgaben auszugleichen, könnte ein bundeseinheitlicher Punktwert zum einen anhand der Leistungsausgaben gewichtet werden, zum anderen könnten Ausgleichsmechanismen bei der erstmaligen Ermittlung der Gesamtvergütung nach Einführung eines bundeseinheitlichen Punktwertes angewandt werden.

Tabelle 7: Unterschiede der Punktwertmittelberechnung nach Zahl der Versicherten und nach Leistungsmenge (BEMA-Teile 1,2,4)

| | VdAK | Primärkassen | Summe |
|----------------|--------------|--------------|--------------|
| Versicherte | 21,8 Mio. | 46,8 Mio. | 68,6 Mio. |
| Leistungsmenge | 2.559 Mio. | 4.793 Mio. | 7.352 Mio. |
| Punktwert | 0,870 € | 0,810 € | |
| Ausgaben | 2.225 Mio. € | 3.882 Mio. € | 6.107 Mio. € |

Mittlere Punktwerte (und korrespondierende Ausgaben) gewichtet anhand der

| | Punktwert | Ausgaben |
|-----------------------|-----------|--------------|
| Zahl der Versicherten | 0,829 € | 6.094 Mio. € |
| Leistungsmenge | 0,831 € | 6.107 Mio. € |
| Differenz | 0,002 € | 13 Mio. € |

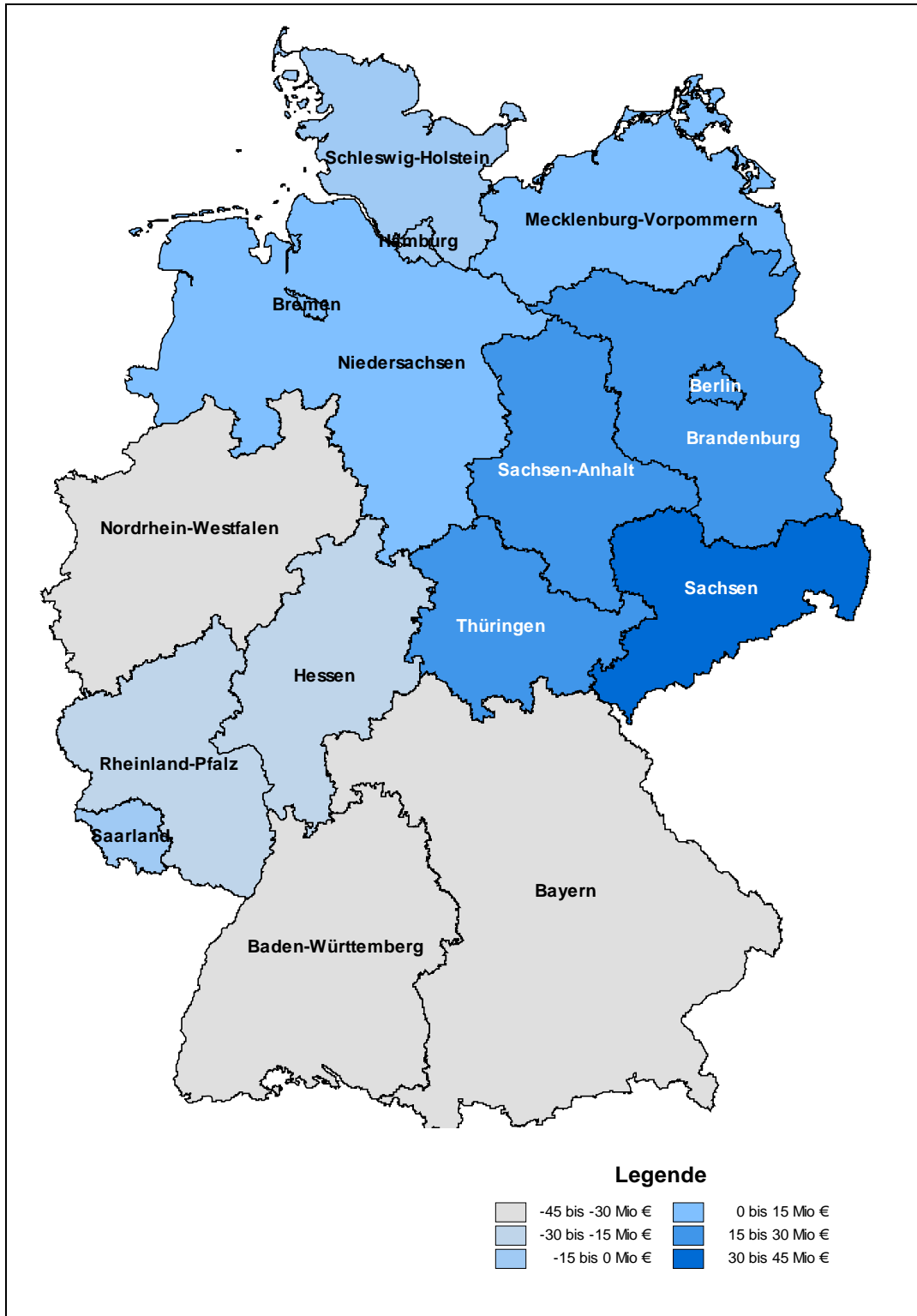
Quelle: IGES

¹⁷ Unter Berücksichtigung der Ausgabenerhöhung der Ersatzkassen für Arbeiter in Höhe von 0,6 Mio. € ergibt sich somit eine Differenz zwischen Ausgabenerhöhung und Ausgabenentlastung für alle BEMA-Teile in Höhe von insgesamt 14,4 Mio. €

Unabhängig davon, auf welche Weise die Berechnung der bundeseinheitlichen Punktwerte erfolgt, ergäben sich bei dieser Lösung finanzielle Verschiebungen innerhalb des KZV-Systems.

So käme es für einige Kassenzahnärztliche Vereinigungen, die vor Umstellung im Vergleich zum bundeseinheitlichen Punktwert einen niedrigeren Punktwert hatten, zu einer Erhöhung ihrer Gesamtvergütung. Andere KZVen hingegen, welche bisher über den bundeseinheitlichen Punktwerten liegende Punktwerte vereinbart hatten, würden eine Verringerung ihrer Gesamtvergütung erfahren. Abbildung 15 zeigt die regionalen Effekte einer bundesweiten Punktwertvereinheitlichung.

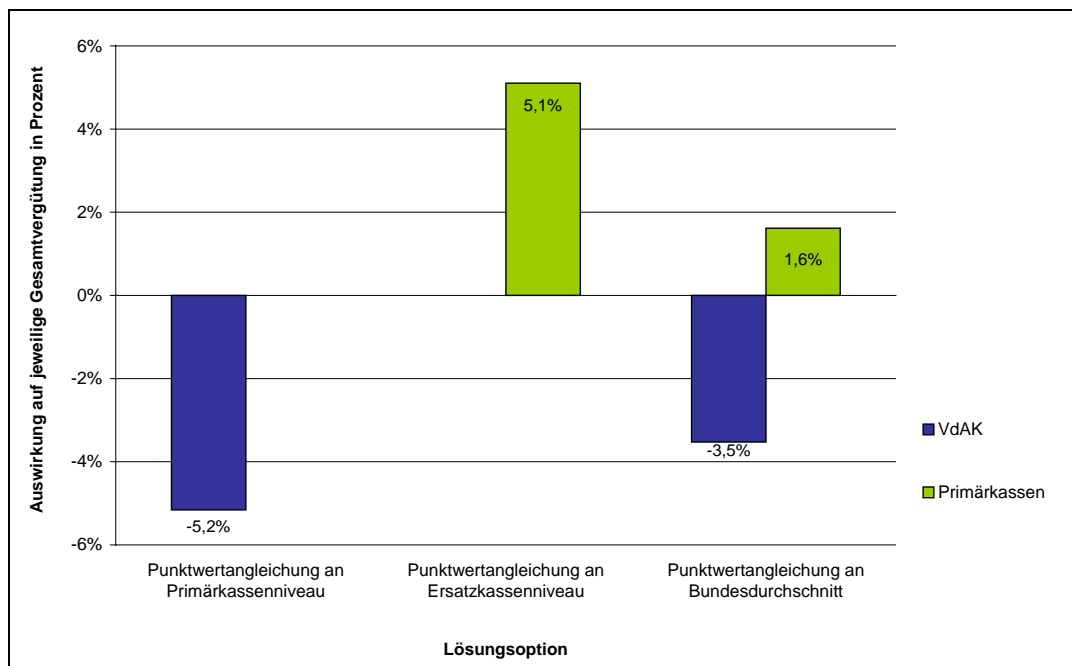
Abbildung 15: Finanzielle Verschiebungen nach KZV-Region bei Anwendung eines bundeseinheitlichen kassenartenübergreifenden Punktwertes



Quelle: IGES

Abbildung 16 stellt die Auswirkungen der bisher dargestellten drei Lösungsoptionen für die Ersatzkassen für Angestellte sowie für die Primärkassen bezogen auf deren jeweilige Gesamtvergütung dar. Bei einer Punktwertangleichung an das Niveau der Primärkassenpunktswerte würden die Gesamtvergütungen der Ersatzkassen für Angestellte um insgesamt 5,2 % sinken. Im Falle einer Punktwertangleichung an das Niveau der Ersatzkassenpunktswerte würden die Gesamtvergütungen der Primärkassen um insgesamt 5,1 % zunehmen. Bei Anwendung eines bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwertes würden die Gesamtvergütungen der Ersatzkassen für Angestellte um 3,5 % vermindert, die Gesamtvergütungen der Primärkassen hingegen um 1,6 % erhöht.

Abbildung 16: Auswirkungen der Lösungsoptionen auf die Gesamtvergütungen



Quelle: IGES

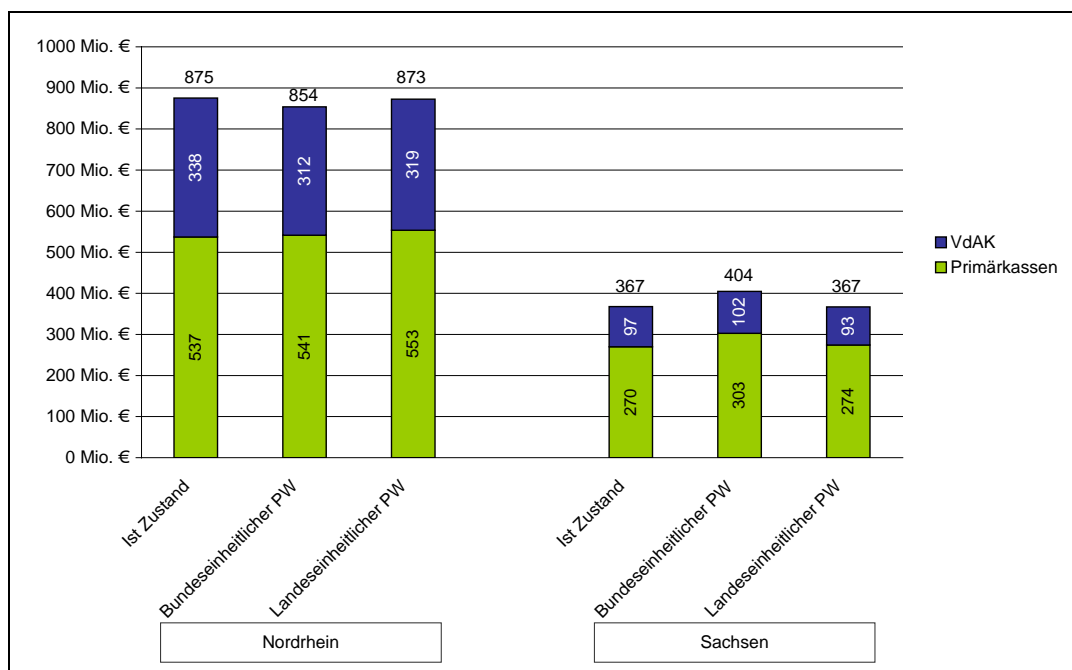
5.4 Punktwertangleichung an einen regionalen durchschnittlichen Punktwert

Durch die Ermittlung regionaler kassenartenübergreifender durchschnittlicher Punktwerte könnte das Ausgabenniveau der Ersatzkassen für Angestellte und der Primärkassen einander angeglichen werden, ohne dass die finanziellen Verschiebungen im System der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in dem aufgezeigten Ausmaß aufträten.

Auf Landesebene würden für die einzelnen Leistungsarten einheitliche Punktwerte vereinbart. Bei Anwendung dieser Lösungsoption könnten KZV-spezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.

Abbildung 17 zeigt beispielhaft die Auswirkungen von regionalen einheitlichen Punktwerten in den KZVen Nordrhein und Sachsen.

Abbildung 17: Punktwertangleichung auf KZV-Ebene



Quelle: VdAK; IGES

Die gesamten Ausgabeneffekte für die Ersatzkassen für Angestellte und für die Primärkassen belaufen sich bei dieser Lösungsoption in der Größenordnung der dargestellten Größen zur Lösungsoption 5.3 (bundeseinheitliche Punktwerte).

5.5 Fazit

Um eine einheitliche und damit wettbewerbsneutrale Vergütungssituation (Ausgabenseite) im Bereich der vertragszahnärztlichen Leistungen für alle Krankenkassen herzustellen, stehen verschiedenen Lösungsoptionen zur Verfügung.

Eine Punktwertangleichung an die bestehenden Punktwerte der Primärkassen oder der Ersatzkassen für Angestellte würde die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen aufheben. Allerdings entstünden deutliche monetäre Auswirkungen auf das System der vertragszahnärztlichen Versorgung. In der erstgenannten Lösungsoption würden die Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen (bezogen auf die Datenbasis des Jahres 2005) um 169 Mio. € reduziert, in der letztgenannten Lösungsoption um 318 Mio. € ausgeweitet.

Eine Angleichung an einen bundeseinheitlichen Punktwert, wie schon im Bereich der Leistungen des Zahnersatzes seit 2005 implementiert und im Bereich der vertragsärztlichen Leistungen ab 2009 gesetzlich vorgegeben, würde für das Gesamtsystem nahezu kostenneutral verlaufen. Entstehen würden finanzielle Verschiebungen zwischen den KZV-Regionen, die die derzeitigen West / Ost und Süd / Nord Preisdifferenzen im vertragszahnärztlichen Bereich nivellieren würden.

Ebenfalls nahezu mit einer Kostenneutralität für das Gesamtsystem wäre eine regionale Angleichung der Punktwerte verbunden. Hierbei würden die bestehenden regionalen Preisdifferenzen beibehalten, gleichzeitig aber die Preisdifferenzen und damit die Wettbewerbsdifferenzen zwischen den Ersatzkassen für Angestellte und den Primärkassen aufgehoben.

Literaturverzeichnis

- Bayerische Landeszahnärztekammer, Landeszahnärztekammer Hessen, Zahnärztekammer Nordrhein (Hg.) (2007) Weißbuch der ZahnMedizin, Bd. 1: Rahmenbedingungen und Handlungsoptionen einer zukunftssicheren Gesundheitsversorgung. Berlin, Chicago u.a.: Quintessenz Verlags-GmbH
- Brecht JG, Meyer VP et al. (2004) Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2020 (PROG 20). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV
- Bundesministerium für Gesundheit (2006) Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KJ 1 – 2005 (Download am 13.09.2007 unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de>)
- Bundesministerium für Gesundheit (2006) Zahl der Versicherten gegliedert nach Altersgruppen und Wohnort nach dem Vordruck KM6 – 2005 (Download am 13.09.2007 unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de>)
- Deutscher Bundestag (11. Wahlperiode) (1990) Endbericht der Enquête-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 4. Juni 1987 und vom 27. Okt. 1988. Drucksachen 11/310 und 11/3181. Bonn
- Göpffarth D, Greß S u.a. (Hg.) (2006) Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. Sankt Augustin: Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH
- Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)(Hg.) (2001) Die zahnärztliche Versorgung im Umbruch. Ausgangsbedingungen und Gestaltungsperspektiven. Festschrift zum 20-jährigen Bestehen des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) 1980-2000. Köln, München: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV-Hanser
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)(Hg.) (2006) KZBV Jahrbuch 2006. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989) Jahresgutachten 1989. Baden-Baden, Bonn
- Tiemann B, Klingenberg D, Weber M (2003) System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV

6 Anhang

6.1 Bundeseinheitlicher Punktwert für Zahnersatz

Seit dem 1. Januar 2005 erfolgt die Vergütung für Leistungen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) bundeseinheitlich (§ 57 SGB V [s. u.]). Unterschiedliche Ausgaben für gleiche Leistungen der Krankenkassen nach KZV-Bezirk oder Kassenart existieren hiermit für diesen Leistungsbereich nicht mehr. Diese Vereinheitlichung wurde durch die Festlegung eines bundesweit und kassenartenübergreifend geltenden Punktwertes für Leistungen der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen erreicht.

Die erstmalige Berechnung dieses bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwertes erfolgte anhand der Punktwerte für das Jahr 2004 für das Jahr 2005 unter Anwendung der für das Jahr 2005 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen. Die Gewichtung zur Ermittlung dieses bundeseinheitlichen Punktwertes erfolgte anhand der Zahl der Versicherten (s. a. Tabelle 8). Bei der weiteren Festlegung dieses Punktwertes sind die Regelungen des § 71 Abs. 1-3 SGB V (Beitragssatzstabilität) und § 85 Abs. 3 SGB V (Veränderungen der Gesamtvergütungen) zu beachten.

Tabelle 8: Bundeseinheitliche Punktwerte für Zahnersatz

| Zeitraum | Punktwert (BEMA-Teil 5) |
|--------------------|--------------------------------|
| 2005 | 0,7143 € |
| 2006 (ab 1. April) | 0,7235 € |
| 2007 | 0,7269 € |

Quelle: KZBV

§ 57 Abs. 1 SGB V (Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern)

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das Folgejahr, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2. Für die erstmalige Vereinbarung ermitteln die Vertragspartner nach Satz 1 den bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert des Jahres 2004 für zahnärztliche Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Soweit Punktwerte für das Jahr 2004 bis zum 30. Juni 2004 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2005 wird der durchschnittliche Punktwert nach den Sätzen 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gelten § 71 Abs. 1 bis 3 sowie § 85 Abs. 3. Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge nach Satz 6. § 89 Abs. 4 gilt mit der Maßgabe, dass auch § 89 Abs. 1 und 1a entsprechend gilt. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 1a Satz 2 betragen für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 zwei Monate.

6.2 Zuordnung KJ1 und BEMA

Tabelle 9: Zuordnung der Kontierung gem. Statistik KJ1 und BEMA-Teilen

| GKV Kontenrahmen gem Statistik KJ1 | BEMA-Teil |
|--|-------------------|
| Ausgaben für Zahnärzte (einschl. Zahnersatz) | Teil 1-5 |
| Summe Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz | Teil 1-4 incl. IP |
| konservierend chirurg. Behandlung | Teil 1 (ohne IP) |
| Vergütungszuschläge für Füllungen | Teil 1 (ohne IP) |
| Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (FU1 bis FU3) | IP |
| Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre) | IP |
| Fissurenversiegelung | IP |
| Sonstige zahnärztliche Leistungen (Kieferbruch) | Teil 2 |
| KFO-Behandlung insgesamt | Teil 3 |
| KFO-Behandlung Honorar | Teil 3 |
| KFO-Behandlung Material & Labor | Teil 3 |
| Parodontose-Behandlung | Teil 4 |
| Zahnersatz insgesamt | Teil 5 |
| Zahnersatz Honorar | Teil 5 |
| Zahnersatz Material- und Laborkosten | Teil 5 |
| Vergütungszuschläge für Zahnersatz | Teil 5 |
| Festzuschüsse für Zahnersatz | Teil 5 |
| Zahnersatz Mehraufwendungen | Teil 5 |

Quelle: IGES

