



Festzuschuss-Erhebung

Erhebung zu den Auswirkungen be-
fundbezogener Festzuschüsse
beim Zahnersatz

Folgerhebung 2009

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3
Summary	4
1. Allgemeiner Teil	5
1.1 Hintergrund und Rahmenbedingungen	5
1.2 Erhebung der Stichprobe	7
1.3 Auswertung der Stichprobe	9
1.4 Strukturdaten	10
1.5 Qualitätssicherung der erhobenen Daten	11
2. Ergebnisse	13
2.1 Entwicklung der Versorgungsarten	13
2.2 Kosten, Festzuschüsse und Eigenanteil	13
2.3 Entstehung der Kosten	19
2.3.1 Honorar	20
2.3.2 Honorar versus Material- und Laborkosten	22
2.3.3 Zahntechnik	23
2.4 Entwicklung des Versichertenanteils	24
3. Diskussion	25
4. Ausblick	28
5. Referenzen	29
6. Anhang	32

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Gesamtkosten und Festzuschüsse	16
Abbildung 2	Implantatanteil in der andersartigen Versorgung.....	17
Abbildung 3	Implantatanteil an der Gesamtversorgung	17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Schematische Darstellung der geschichteten Stichprobe	8
Tabelle 2	Versichertenstatus	10
Tabelle 3	Härtefälle	10
Tabelle 4	Mischfälle	10
Tabelle 5	Anteile der Versorgungsarten	13
Tabelle 6	Entwicklung der Grundlohnsumme	14
Tabelle 7	Kosten, Festzuschuss und Versichertenanteil.....	15
Tabelle 8	Festzuschuss und Versichertenanteil	18
Tabelle 9	Gesamtkosten	19
Tabelle 10	Honoraranteile BEMA und GOZ	21
Tabelle 11	Verteilung der Gesamtkosten	22
Tabelle 12	Verteilung der Material- und Laborkosten	23

Summary

Gestiegene Belastung der Versicherten

Mit der vorliegenden Erhebung legen die Ersatzkassen belastbare Ergebnisse vor, die erstmalig belegen, dass die Versicherten seit der Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse zunehmend finanziell belastet werden.

Implantatversorgungen haben sich nahezu verdoppelt

Der Anteil der andersartigen Versorgungen an der Gesamtversorgung stieg deutlich von 4,6 % in 2005 auf 8,0 % in 2009 an.

Gestiegene Kosten in nahezu allen Bereichen

Die durchschnittliche Kosten-Entwicklung stieg erwartungsgemäß in nahezu allen Bereichen. Im Vergleich zur kumulierten Grundlohnsummenentwicklung von 5,46 % stiegen die Durchschnittskosten in der Regelversorgung unterproportional um nur 1,7 %; in der gleich- (8,1 %) und andersartigen Versorgung (6,4 %) hingegen überproportional, in Bezug auf Implantatversorgungen sogar deutlich überproportional (13,6 %).

Verlagerung vom BEMA zur GOZ

Bei den zahnärztlichen Honoraren, die über den vertraglichen Leistungskatalog (BEMA) und die private Gebührenordnung (GOZ) abgerechnet werden, zeigt sich eine deutliche Verlagerung hin zur GOZ. Über alle Versorgungsarten wurden 2009 nur noch weniger als ein Viertel (23,8 %) aller Honorare über den BEMA abgerechnet.

Eigenanteil hat sich erhöht

Der Versichertenanteil ist in der Regelversorgung konstant geblieben. Allerdings führt der Anstieg der GOZ-Honorare sowie der Material- und Laborkosten außerhalb der Regelversorgung zu einer Erhöhung des Eigenanteils der Versicherten, und zwar um 10,2 % in der gleichartigen, und um 14,3 % in der andersartigen Versorgung.

1. Allgemeiner Teil

Befundbezogene Festzuschüsse beim Zahnersatz waren von Beginn an nicht unumstritten: Während Befürworter die Teilhabe am zahnmedizinisch-technischen Fortschritt betonten, warnten die Krankenkassen vor einer überproportionalen finanziellen Belastung der Versicherten. Jetzt legen die Ersatzkassen erstmalig eine entsprechende Erhebung vor.

1.1 Hintergrund und Rahmenbedingungen

Bei einer Versorgung mit Zahnersatz erhalten die Versicherten seit dem 1. Januar 2005 von ihrer Krankenkasse einen Festzuschuss (FZS), der sich nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gem. § 56 Abs. 1 SGB V festgelegten Regelversorgungen für den individuellen Befund richtet. Bei einer Regelversorgung erhält der Versicherte einen Festzuschuss, der etwa 50 Prozent der Kosten abdeckt. Um den Versicherten einen Anreiz für ein zahngesundheitsbewusstes Verhalten zu bieten, erhöht sich der Festzuschuss um 20 bzw. 30 Prozent, wenn der Versicherte in den letzten fünf bzw. zehn Jahren mindestens einmal pro Jahr eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen hat (sogenannte Bonusregelung).

Wählt der Versicherte eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung (zum Beispiel Vollkeramikkrone anstelle teilverblendeter Krone), handelt es sich um eine sogenannte gleichartige Versorgung. Sofern der Versicherte eine andere als die Regelversorgung wählt (zum Beispiel Implantatversorgung anstelle Brückenversorgung), spricht man von einer andersartigen Versorgung. Der Festzuschuss bleibt identisch; zusätzliche Kosten für gleich- oder andersartige Versorgungsleistungen werden vom Zahnarzt privat in Rechnung gestellt und erhöhen den Eigenanteil des Versicherten.

Ein führendes Argument für das Festzuschusssystem war die Teilhabe der Versicherten am zahnmedizinisch-technischen Fortschritt; die Zahnärzteschaft feierte die Festzuschüsse als soziale Errungenschaft. Die Krankenkassen warnten indes vor einer überproportionalen finanziellen Belastung der Versicherten.

Die Zahnärzteschaft vertritt aktuell Positionen zur Ausweitung des FZS-Systems in der Öffentlichkeit und gegenüber der Politik.¹ Eine öffentliche Diskussion über die Notwendigkeit – geschweige denn die Eignung – einer Ausweitung von Festzuschuss-Modellen in weitere Leistungsbereiche ist bislang nicht erfolgt. Die Kritik der Krankenkassen bei der Einführung des FZS-Systems im Zahnersatzbereich in Bezug auf deren Vermutung einer überproportionalen finanziellen Belastung der Versicherten konnte bislang nicht entkräftet werden. Auf der Grundlage der bislang vorliegenden Erhebungen² zum FZS-System konnte nicht hinreichend beantwortet werden, ob die Versicherten tatsächlich finanziell stärker belastet werden oder nicht.

- Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat in ihren bisherigen Erhebungen aus den Jahren 2005 und 2006 lediglich den durchschnittlichen GOZ-Steigerungsfaktor untersucht und erwartungsgemäß keine Steigerung festgestellt.³
- Da den Krankenkassen im alten (prozentualen) Bezuschussungssystem die Privatliquidationen in der Regel nicht vorlagen, konnten die Spitzenverbände in ihrer Studie aus dem Jahr 2005 keinen Vergleich der Systeme 2004/2005 und deren Wirkungen, insbesondere zur Höhe des Privatanteils der Versicherten, vornehmen. Deutlich wurde aber, dass zumindest aufgrund der Neufassung der Richtlinien (und der darin vorgenommenen Leistungsausgrenzung) von einer gestiegenen Belastung ausgegangen werden muss.⁴
- In der VdAK-Erhebung aus dem Jahr 2005 wurde eine reine IST-Erhebung des Status quo (inkl. des Privatanteils) im Jahr 2005, jedoch kein Vergleich 2004/2005, vorgenommen.⁵

Aus administrativer Sicht ist das FZS-System durchaus funktionsfähig, allerdings geben Einzelfälle Anlass zu der Annahme, dass tatsächlich eine überpro-

¹ Vgl. Fedderwitz (2007), S. 916 und KZBV (2009)

² Vgl. Klingenberger / Micheelis (2006), KZBV (2006) und (2007), SpiV (2006) und Wessels / Knappe (2005)

³ Vgl. Klingenberger / Micheelis (2006), KZBV (2006) und KZBV (2007)

⁴ Vgl. SpiV (2006)

⁵ Vgl. Wessels / Knappe (2005)

portionale Belastung der Versicherten vorliegt. Zwar hat der Gesetzgeber eine Verpflichtung in § 56 Abs. 2 Satz 11 SGB V aufgenommen, wonach Inhalt und Umfang der Regelversorgungen in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an den Stand der zahnmedizinischen Entwicklung anzupassen sind. Aktuell wird tatsächlich im Unterausschuss (UA) Zahnärzte (AG Methodik) des G-BA über eine GKV-weite Erhebung beraten. Die geplante Tiefe der Erhebung und die noch ausstehenden erforderlichen Beschlüsse im G-BA lassen aber erst spät belastbare Ergebnisse erwarten. Bis heute haben es die Beteiligten im G-BA nicht geschafft, ihre Partikularinteressen zurückzustellen und Differenzen über Art und Umfang einer erforderlichen Untersuchungstiefe zu überwinden.

Daher haben sich die Ersatzkassen dazu entschlossen, ihre Erhebung von 2005 auf Grundlage eines identischen Erhebungsdesigns zu wiederholen. Im Jahr 2005 wurden für die Stichprobe ausschließlich abgerechnete Heil- und Kostenpläne (HKP) berücksichtigt, die im Juni 2005 abgerechnet wurden. Dieser Zeitraum war im Jahr 2005 bewusst gewählt worden, um Verzerrungen durch saisonale Schwankungen zu vermeiden. Daher wurde festgelegt, für eine erneute Erhebung auf abgerechnete HKP aus dem Juni 2009 zurückzugreifen.

Bei möglichst identischer Erhebung wie im Jahr 2005 sollte damit nicht nur eine aktuelle IST-Erhebung für das Jahr 2009, sondern auch die Darstellung der Entwicklung von 2005 nach 2009 möglich werden. Damit kann erstmalig auch eine Entwicklung des Versichertenanteils und damit der finanziellen Belastung der Versicherten für den Zeitraum von 2005 nach 2009 dargestellt werden.

1.2 Erhebung der Stichprobe

Für die Erhebung der Stichprobe bei den teilnehmenden Ersatzkassen wurde von folgenden methodischen Grundlagen ausgegangen:

- 1.) Für die Erhebung wurden ausschließlich Daten aus abgerechneten Heil- und Kostenplänen bzw. bei andersartigen Versorgungen aus den Privatliquidationen erfasst, die im **Juni 2009** abgerechnet wurden.

- 2.) Mit diesen Abrechnungsdaten sollen die Auswirkungen der Festzuschüsse für die aktuelle Situation im Jahr 2009 beschrieben werden. Dazu hat jede teilnehmende Ersatzkasse die Abrechnungsdaten aus 306 Heil- und Kostenplänen sowie Privatliquidationen erhoben, sodass insgesamt auf eine Stichprobe (n=1.530) zurückgegriffen werden konnte, die verwertbare Aussagen ermöglicht.

	Stichprobe			Gesamt
	Regelversorgung	gleichartige Versorgung	andersartige Versorgung	
Barmer	102	102	102	306
TK	102	102	102	306
DAK	102	102	102	306
KKH	102	102	102	306
GEK	102	102	102	306
Gesamtfallzahl Erhebung	510	510	510	1.530

Tabelle 1 Schematische Darstellung der geschichteten Stichprobe

- 3.) Die Stichprobe umfasst die Bereiche der Regelversorgung sowie der gleich- und andersartigen Versorgung zu gleichen Teilen (ca. 33 v. H.).

Um eine *randomisierte Stichprobe* zu erhalten, wurde vorgegeben, dass die teilnehmenden Ersatzkassen

- a) für die *Regelversorgung* aus **jedem der 17 KZV-Bereiche jeden fünften abgerechneten Fall** erfassen. Für die anteilige Stichprobengröße (n=102 je Ersatzkasse) waren aus jedem KZV-Bereich sechs Fälle zu erfassen,
- b) für die *gleichartige Versorgung* ebenfalls aus **jedem der 17 KZV-Bereiche jeden fünften abgerechneten Fall** erfassen. Für die anteilige Stichprobengröße (n=102 je Mitgliedskasse) waren aus jedem KZV-Bereich sechs Fälle zu erfassen und

- c) für die *andersartige Versorgung* die **Privatliquidationen** den 17 KZV-Bereichen zuordnen. Für die anteilige Stichprobengröße (n=102 je Mitgliedskasse) war ebenfalls, wie unter Punkt a) beschrieben, jeder fünfte abgerechnete Fall zu erfassen.

Um über die Stichprobe hinaus Aussagen über die Entwicklung der Anteile von Regel-, gleich- und andersartiger Versorgung machen zu können, haben die teilnehmenden Ersatzkassen für den Erhebungszeitraum (**Juni 2009**) die Gesamtfallzahlen aller abgerechneten Heil- und Kostenpläne erhoben. Diese wurden ergänzend jeweils nach Regel-, gleich- und andersartiger Versorgung aufgeschlüsselt.

1.3 Auswertung der Stichprobe

Zur Auswertung der Stichprobe hat die vdek-Zentrale den als Anlage angefügten Datenkranz entwickelt, der den Ersatzkassen zur Erfassung zur Verfügung gestellt wurde. Für jede Spalte wurden entsprechende Ausfüllhinweise erstellt, um eine einheitliche Erfassung der erhobenen Daten sicherzustellen. Die Datei enthielt ergänzend in den einzelnen Spalten Kommentare, die eindeutig beschrieben, welche Daten aus den abgerechneten Heil- und Kostenplänen bzw. den Privatliquidationen zu übernehmen waren. Der Datenkranz und die Ausfüllhinweise sind dieser Dokumentation der Erhebung als Anlage angefügt.

Die Daten konnten in der Regel unmittelbar aus den abgerechneten Heil- und Kostenplänen bzw. den Privatliquidationen übernommen werden und mussten nicht gesondert ermittelt werden.

Den Kolleginnen und Kollegen der teilnehmenden Ersatzkassen, die sich an der Erhebung der Stichprobe und der Erfassung der Daten beteiligt haben, sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich gedankt. Ohne ihre Mitarbeit wäre die Durchführung der Erhebung nicht möglich gewesen.

1.4 Strukturdaten

Strukturverteilung: Die Strukturverteilung ist in den Stichproben der Erhebungen aus den Jahren 2009 und 2005 tendenziell gleich gelagert.

Versichertenstatus		
in %	Stichprobe 2009	Stichprobe 2005
Mitglied	55,1	59,2
Familienversicherte	5,3	6,0
Rentner	39,7	34,8
	100,0	100,0

Tabelle 2 *Versichertenstatus*

Anteil der Härtefälle: Insgesamt betrug der Anteil der in der Gesamtstichprobe enthaltene Anteil von Härtefällen 6 % . Der Rückgang der Härtefälle ist mit den geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen zu erklären.

Härtefälle		
in %	2005	2009
Regelversorgung	15,8	9,5
Gleichartige Vers.	6,8	3,6
Andersartige Vers.	5,9	4,7
mit Implantaten	4,8	3,1
ohne Implantate	6,3	6,7
Gesamt	9,5	6,0

Tabelle 3 *Härtefälle*

Mischfälle		
in %	2005	2009
Regelversorgung	0,0	0,0
Gleichartige Vers.	6,1	11,6
Andersartige Vers.	16,2	20,8
mit Implantaten	11,4	18,7
ohne Implantate	17,8	23,6
Gesamt	7,5	10,7

Tabelle 4 *Mischfälle*

Anteil an Mischfällen: Insgesamt betrug der Anteil der in der Gesamtstichprobe enthaltenen Mischfällen 10,7 % und ist damit gegenüber dem Anteil der in der Gesamtstichprobe enthaltenen Mischfälle aus dem Jahr 2005 von 7,5 % ange-

stiegen. Mischfälle waren ausschließlich in der gleich- und andersartigen Versorgung vorhanden. In der Regelversorgung traten keine Mischfälle auf. Auch ohne Berücksichtigung dieser Mischfälle ergaben sich für die Gesamtauswertung keine relevanten Abweichungen.

1.5 Qualitätssicherung der erhobenen Daten

Um die Qualität der erhobenen Daten zu gewährleisten, wurde eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Hierzu wurden in der Auswertungsmatrix (vgl. den Datenkranz in der Anlage) mehrere Kontrollfelder eingeführt, um die Summen aus den abgerechneten Heil- und Kostenplänen (HKP) in den Spalten P (entspricht dem Feld V.7 „Gesamtsumme“ des HKP), Q (entspricht dem Feld V.8 „Festzuschuss Kasse“ des HKP) und R (entspricht dem Feld V.7 „Versichertenanteil“ des HKP) zu überprüfen. Die Kontrollfelder wurden dabei mit entsprechenden Formeln hinterlegt, um die Summenbildungen nachzuvollziehen. Anschließend wurden die so ermittelten Summen von den erfassten Summen aus den HKP subtrahiert. Bei einer korrekten Summe war im Ergebnis immer der Wert Null zu erwarten. Sobald im Rahmen der Plausibilitätsprüfung im Ergebnis in einem der Kontrollfelder ein Wert ungleich Null auftrat, wurde dieser Fall als „unplausibel“ eingestuft und einer vollständigen Einzelfallprüfung unterzogen.

Insgesamt wurden durch dieses Verfahren 103 Fälle als „unplausibel“ klassifiziert. Bezogen auf die Gesamtstichprobe von 1.530 Fällen waren somit 6,7 % aller Fälle zunächst unplausibel und wurden einer umfangreichen Einzelfallprüfung unterzogen.

Mit 91 Fällen konnte im Zuge der Einzelfallprüfung allerdings der überwiegende Teil dieser zunächst unplausiblen Fälle vor der Auswertung plausibilisiert werden. Die Plausibilisierung der 91 zunächst als unplausibel eingestuften Fälle war möglich durch folgende Maßnahmen im Rahmen der Einzelfallprüfung:

- in 18 Fällen wurde eine offensichtlich falsche Ziffer durch die korrekte Ziffer ersetzt,

- in 36 Fällen wurde eine Korrektur von offensichtlichen Summenfehlern vorgenommen,
- in 14 Fällen wurden minimale Rundungsdifferenzen in einer Höhe von 0,01 bis 0,04 Euro beibehalten und die Fälle im weiteren Auswertungsverfahren mitberücksichtigt,
- in 15 Fällen wurden geringfügige Differenzen in einer Höhe zwischen 0,05 und 3,66 Euro festgestellt. Im weiteren Auswertungsverfahren wurde geprüft, inwieweit die Beibehaltung zu einer Abweichung der Durchschnittswerte führt und im Ergebnis festgestellt, dass aufgrund der hohen Fallzahl der Gesamtstichprobe ($n = 1.530$) in keinem Fall der Durchschnittswert um mehr als 0,10 Euro trotz Beibehaltung dieser Differenzen variierte. Daher wurden diese 15 Fälle trotz der geringfügigen Differenzen im Auswertungsverfahren weiter mitberücksichtigt,
- in zwei Fällen wurde eine offensichtlich fehlende Ziffer eingefügt und
- in sechs Fällen eine offensichtlich überflüssige Ziffer entfernt.

Tatsächlich blieben zwölf Fälle, also 0,8 % aller Fälle der Gesamtstichprobe, auch nach der Einzelfallprüfung unplausibel und wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

2. Ergebnisse

2.1 Entwicklung der Versorgungsarten

Bei den teilnehmenden Ersatzkassen wurden im Juni 2009 insgesamt 235.690 Heil- und Kostenpläne (HKP) abgerechnet. Davon waren 113.081 der Regelversorgung, 103.766 der gleichartigen Versorgung und 18.843 der andersartigen Versorgung zuzuordnen.

Bei der Ersatzkassen-Erhebung im Jahr 2005 wurde nicht zwischen Regel- und gleichartiger Versorgung differenziert, sodass nicht beurteilt werden kann, ob sich Veränderungen ergeben haben. Allerdings wird deutlich, dass in 2009 nur knapp die Hälfte (48 %) aller Versorgungen als reine Regelversorgung erbracht wurde.

Verteilung aller abgerechneten HKP			
in %	Regel- versorgung	gleichartige Versorgung	andersartige Versorgung
2005	95,4		4,6
2009	48,0	44,0	8,0

Tabelle 5 Anteile der Versorgungsarten

Der Anteil der andersartigen Versorgungen an der Gesamtversorgung stieg deutlich von 4,6 % im Jahr 2005 auf 8,0 % im Jahr 2009 an.

2.2 Kosten, Festzuschüsse und Eigenanteil

Bei Betrachtung der durchschnittlichen Kosten-Entwicklung ist erwartungsgemäß in nahezu allen Bereichen eine Steigerung auszumachen. Aus dem Anstieg

der Grundlöhne in den Jahren von 2005 bis 2009 ergibt sich eine kumulierte Grundlohnsummenentwicklung (GLS) von 5,46 %.⁶

Jahr	GLS-Rate	kumulierte GLS-Rate	in %
2004		Basisjahr	100,00
2005	0,97	0,97000	100,97
2006	0,79	0,79766	101,77
2007	0,64	0,65131	102,42
2008	1,41	1,44411	103,86
2009	1,54	1,59949	105,46
	5,35	5,46258	

Tabelle 6 Entwicklung der Grundlohnsumme

Im Vergleich hierzu sind die durchschnittlichen Kosten in der Regelversorgung unterproportional um nur 1,7 % angestiegen. In der gleich- (8,1 %) und andersartigen Versorgung (6,4 %) hingegen überproportional. Eine differenzierte Betrachtung der andersartigen Versorgung mit und ohne Implantate macht darüber hinaus deutlich, dass bei Implantatversorgungen der Anstieg deutlich überproportional ist (13,6%), während er ohne Implantate moderat (2,8%) ausfällt (s. Tabelle 7).

Insgesamt wird aus Abbildung 1 deutlich, dass die Relation zwischen der Höhe der Festzuschüsse und den durchschnittlichen Kosten weitgehend erhalten geblieben ist. Damit kann die These aus der Erhebung im Jahr 2005 bestätigt werden, dass die Festlegung der Festzuschusshöhe korrekt erfolgt ist. Die durchschnittlichen Gesamtkosten und Festzuschüsse sind nahezu vollständig gestiegen.

⁶ Vgl. BMG 2010. Der Anstieg der Grundlohnsumme wird jährlich vom BMG gem. § 71 Abs. 3 SGB V bis spätestens 15. September für das Folgejahr bekannt gegeben.

Kosten, Festzuschuss und Versichertenanteil (in €)

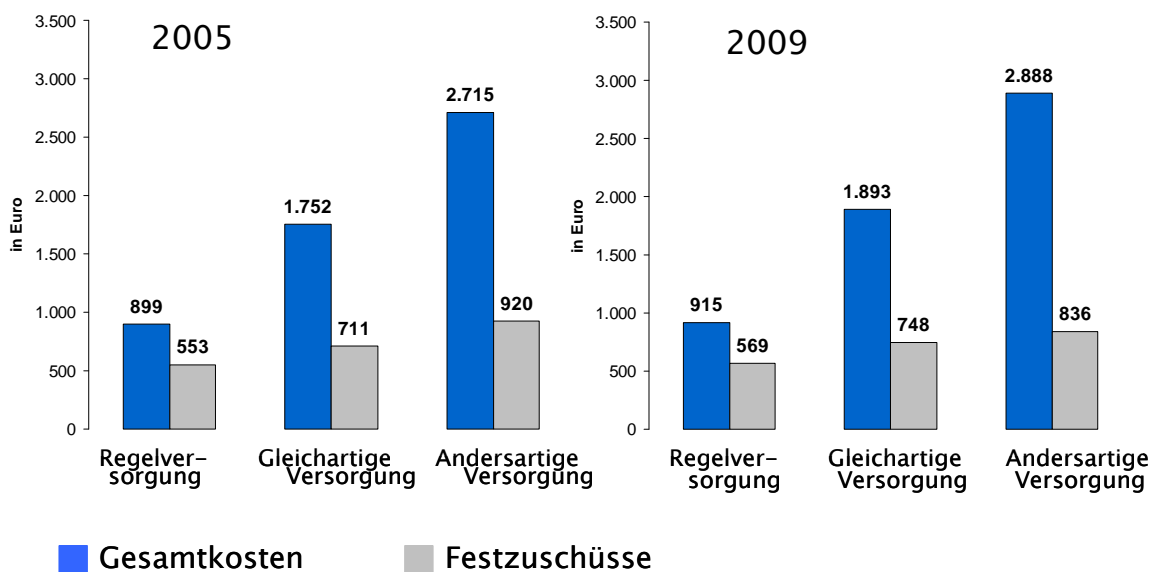
in Euro	Gesamt- kosten	Festzuschuss		Versichertenanteil	
		absolut	in %	absolut	in %
Regelversorgung					
2005	899,03	552,93	61,5	346,11	38,5
2009	914,75	568,77	62,2	345,98	37,8
Diff. abs.	15,71	15,84	0,68	-0,13	-0,68
Diff. %	1,7%	2,9%	1,1%	0,0%	-1,8%
gleichartige Versorgung					
2005	1.752,23	711,15	40,6	1.040,13	59,4
2009	1.893,43	747,68	39,5	1.145,74	60,5
Diff. Abs.	141,19	36,53	-1,10	105,62	1,15
Diff. %	8,1%	5,1%	-2,7%	10,2%	1,9%
andersartige Versorgung					
2005	2.714,94	919,60	33,9	1.795,36	66,1
2009	2.888,00	836,43	29,0	2.051,65	71,0
Diff. abs.	173,06	-83,17	-4,91	256,30	4,91
Diff. %	6,4%	-9,0%	-14,5%	14,3%	7,4%
mit Implantaten					
2005	2.575,18	562,11	21,8	2.013,07	78,2
2009	2.925,43	639,79	21,9	2.285,64	78,1
Diff. abs.	350,25	77,68	0,04	272,57	-0,04
Diff. %	13,6%	13,8%	0,2%	13,5%	-0,1%
ohne Implantate					
2005	2.763,53	1.043,90	37,8	1.719,66	62,2
2009	2.840,68	1.084,99	38,2	1.755,88	61,8
Diff. abs.	77,15	41,09	0,42	36,22	-0,41
Diff. %	2,8%	3,9%	1,1%	2,1%	-0,7%
Gesamt					
2005	1.784,14	726,62	40,7	1.057,21	59,3
2009	1.885,93	715,94	38,0	1.170,02	62,0
Diff. Abs.	101,79	-10,68	-2,76	112,81	2,78
Diff. %	5,7%	-1,5%	-6,8%	10,7%	4,7%

Tabelle 7 Kosten, Festzuschuss und Versichertenanteil

Einzig in der andersartigen Versorgung hat sich eine deutliche Relationsverschiebung ergeben: Während der durchschnittliche Festzuschuss bei andersartigen Versorgungsleistungen im Jahr 2005 mit 920 Euro noch 33,9 % der durchschnittlichen Gesamtkosten betrug, sank er im Jahr 2009 auf 836,43 Euro (29,0 %).

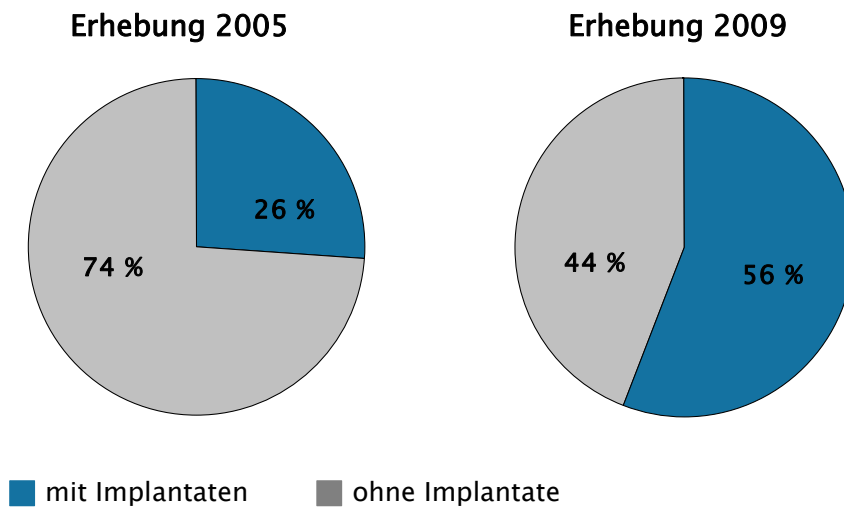
chen Gesamtkosten abdeckte, ist der durchschnittliche Festzuschuss im Jahr 2009 auf nur noch 836 Euro gesunken und deckt noch 29,0 % der durchschnittlichen Gesamtkosten ab. Diese Entwicklung kann bei einer eingehenden Betrachtung der Zuschusshöhen im Verhältnis zu den Gesamtkosten nachvollzogen werden: Während sich der prozentuale Anteil des Festzuschusses an den Gesamtkosten der Versorgung von 2005 bis 2009 überwiegend nur geringfügig verändert hat, ist in der andersartigen Versorgung das durchschnittliche prozentuale Verhältnis des Festzuschusses zu den Gesamtkosten recht deutlich um 4,9 Prozentpunkte (mit Härtefällen) bzw. 4,2 Prozentpunkte (ohne Härtefälle) gesunken, d. h. der durchschnittliche Versichertenanteil bei andersartigen Versorgungungen ist deutlich gestiegen (s. Tabelle 8).

Abbildung 1 Gesamtkosten und Festzuschüsse



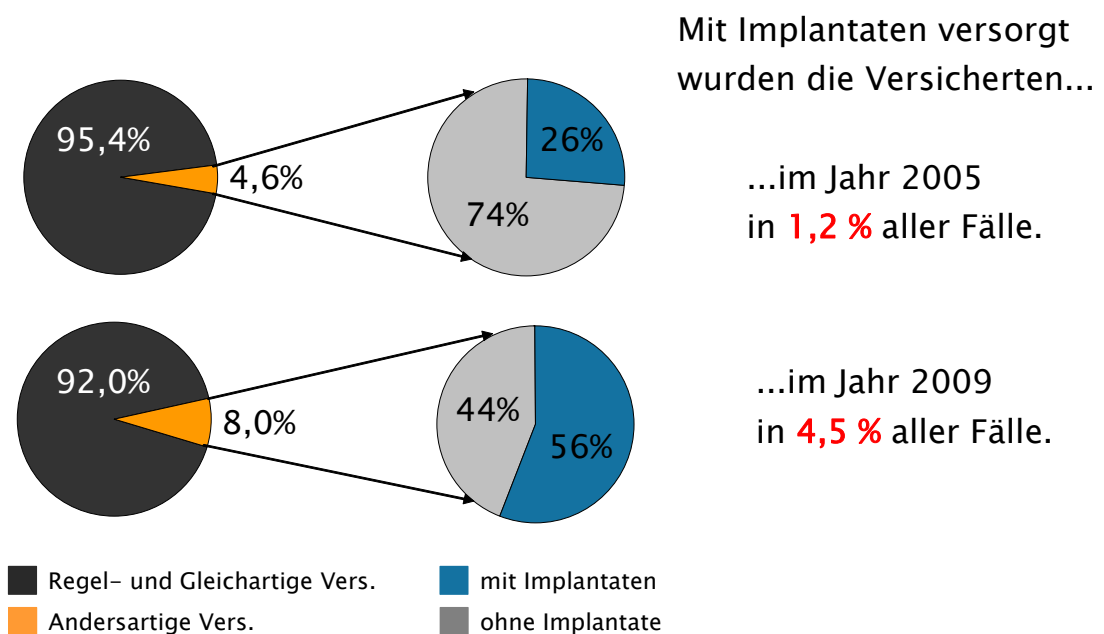
Eine Erklärung ergibt sich durch eine differenzierte Betrachtung der andersartigen Versorgungungen mit und ohne Implantate: Der Anteil der Implantatversorgungungen innerhalb der andersartigen Versorgung ist insgesamt erheblich gestiegen. Während im Jahr 2005 bei 26 % der andersartigen Versorgungungen Implantate abgerechnet wurden, hat sich der Anteil im Jahr 2009 mit einem Anstieg auf 56 % mehr als verdoppelt.

Abbildung 2 Implantatanteil in der andersartigen Versorgung



Zusätzlich ist der Anteil der andersartigen Versorgung an den Gesamtversorgungen von 4,6 % im Jahr 2005 auf 8,0 % im Jahr 2009 gestiegen. Wurden also im Jahr 2005 nur in 1,2 % aller Fälle Implantate abgerechnet, stieg der Anteil bis zum Jahr 2009 auf 4,5 % aller abgerechneten Fälle nahezu auf das Vierfache.

Abbildung 3 Implantatanteil an der Gesamtversorgung



Da bei Implantatversorgungen der Festzuschuss aufgrund der vergleichsweise hohen Kosten prozentual nur einen geringeren Anteil der Kosten abdecken kann (durchschnittlich 21,9 % im Jahr 2009), ist mit einem Anstieg der Implantatversorgungen eine Verschiebung der durchschnittlichen Kostenanteile in der andersartigen Versorgung verbunden.

Festzuschuss und Versichertenanteil (in €)				
in %	FZS	Vers.- Anteil	FZS	Vers.- Anteil
	<i>inkl. Härtefälle</i>		<i>ohne Härtefälle</i>	
Regelversorgung				
2005	61,5	38,5	54,4	45,6
2009	62,2	37,8	58,3	41,7
	0,7	-0,7	3,9	-3,9
gleichartige Versorgung				
2005	40,6	59,4	38,7	61,3
2009	39,5	60,5	38,6	61,4
	-1,1	1,2	-0,1	0,1
andersartige Versorgung				
2005	33,9	66,1	32,1	67,9
2009	29,0	71,0	27,8	72,2
	-4,9	4,9	-4,2	4,2
mit Implantaten				
2005	21,8	78,2	20,7	79,3
2009	21,9	78,1	21,2	78,8
	0,1	-0,1	0,5	-0,5
ohne Implantate				
2005	37,8	62,2	35,8	64,2
2009	38,2	61,8	36,5	63,5
	0,4	-0,4	0,7	-0,7
Gesamt				
2005	40,7	59,3	37,6	62,3
2009	38,0	62,0	36,2	63,8
	-2,8	2,8	-1,4	1,4

Tabelle 8 Festzuschuss und Versichertenanteil

2.3 Entstehung der Kosten

Eine Übersicht zur Entwicklung und Entstehung der Gesamtkosten gibt die folgende Tabelle:

Gesamtkosten (in €)						
in Euro	BEMA	GOZ	Mat.-Lab. (gewerblich)	Mat.-Lab. (Praxis)	Mat.-Lab.	Gesamt
Regelversorgung						
2005	321,86	22,77	426,26	125,83	552,09	899,03
2009	327,61	4,53	458,67	123,86	582,52	914,75
Diff. abs.	5,75	-18,24	32,41	-1,98	30,43	15,71
Diff. %	1,8%	-80,1%	7,6%	-1,6%	5,5%	1,7%
gleichartige Versorgung						
2005	179,62	512,17	795,09	265,07	1.060,17	1.752,23
2009	160,21	619,06	908,25	205,80	1.114,05	1.893,43
Diff. Abs.	-19,41	106,89	113,16	-59,28	53,89	141,19
Diff. %	-10,8%	20,9%	14,2%	-22,4%	5,1%	8,1%
andersartige Versorgung						
2005	45,68	1.020,25	1.200,83	448,00	1.648,82	2.714,94
2009	30,37	1.071,09	1.199,17	587,17	1.786,33	2.888,00
Diff. abs.	-15,31	50,85	-1,66	139,17	137,51	173,06
Diff. %	-33,5%	5,0%	-0,1%	31,1%	8,3%	6,4%
mit Implantaten						
2005	17,12	916,94	1.199,67	441,36	1.641,03	2.575,18
2009	20,28	1.023,97	1.174,05	706,92	1.880,97	2.925,43
Diff. abs.	3,15	107,03	-25,62	265,56	239,94	350,25
Diff. %	18,4%	11,7%	-2,1%	60,2%	14,6%	13,6%
ohne Implantate						
2005	55,61	1.056,17	1.201,23	450,30	1.651,53	2.763,53
2009	43,12	1.130,66	1.230,91	435,80	1.666,71	2.840,68
Diff. abs.	-12,49	74,49	29,68	-14,50	15,18	77,15
Diff. %	-22,5%	7,1%	2,5%	-3,2%	0,9%	2,8%

Tabelle 9 Gesamtkosten

2.3.1 Honorar

Bei der Betrachtung der durchschnittlichen zahnärztlichen Honorare, die über den vertraglichen Leistungskatalog (BEMA) und die private Gebührenordnung (GOZ) abgerechnet werden, wird eine deutliche Verlagerung hin zum privaten Gebührenkatalog deutlich.⁷ Besonders deutlich ist der Verlagerungseffekt bei der gleichartigen Versorgung: Hier ist der Anteil der über den BEMA abgerechneten Honorare deutlich gesunken (-10,8 %), während der Anteil der über die GOZ abgerechneten Honorare mit +20,9 % deutlich gestiegen ist. Eine Steigerung ergibt sich auch bei der andersartigen Versorgung: Bei Versorgungsarten ohne Implantate ist das GOZ-Honorar um 7,1 % und bei Versorgungsarten mit Implantaten um 11,7 % gestiegen (s. Tabelle 9).

Im Jahr 2005 nahm das BEMA-Honorar bei der gleichartigen Versorgung einen Anteil von 26,0 % ein und sank bis zum Jahr 2009 auf nur noch 20,6 %. Über alle Versorgungsarten wurden im Jahr 2009 im Durchschnitt nur noch weniger als **ein Viertel** (23,8 %) aller Honorare über den BEMA, dafür aber mehr als **drei Viertel** über die GOZ (76,2 %) abgerechnet (s. Tabelle 10).

⁷ Per definitionem dürften in der Regelversorgung dem Grunde nach keine GOZ-Honorare und in der andersartigen Versorgung keine BEMA-Honorare abgerechnet werden. Auch durch den in der Stichprobe enthaltenen Anteil von Mischfällen – d.h. Versorgungsarten in denen sowohl Leistungen der Regel- und/oder gleich- und andersartigen Versorgung enthalten sind – sind in der Regelversorgung die abgerechneten GOZ-Honorare und in der andersartigen Versorgung die abgerechneten BEMA-Honorare nicht vollständig zu erklären (s. Tabelle 9). Dies ist auf die individuellen Gegebenheiten im Praxisalltag zurückzuführen.

Honoraranteile BEMA und GOZ					
in Euro		BEMA	zusätzliche BEMA- Leistungen	GOZ	Zahnarzt- Honorar
Regelversorgung					
2005	absolut	313,68	8,18	22,77	344,63
	in %	91,0%	2,4%	6,6%	100,0%
		93,4%			
2009	absolut	317,11	10,50	4,53	332,14
	in %	95,5%	3,2%	1,4%	100,0%
		98,6%			
gleichartige Versorgung					
2005		158,31	21,31	512,17	691,79
	in %	22,9%	3,1%	74,0%	100,0%
		26,0%			
2009		133,15	27,06	619,06	779,27
	in %	17,1%	3,5%	79,4%	100,0%
		20,6%			
andersartige Versorgung					
2005		37,61	8,07	1.020,25	1.065,93
	in %	3,5%	0,8%	95,7%	100,0%
		4,3%			
2009		23,01	7,36	1.071,09	1.101,46
	in %	2,1%	0,7%	97,2%	100,0%
		2,8%			
mit Implantaten					
2005		15,00	2,12	916,94	934,06
	in %	1,6%	0,2%	98,2%	100,0%
		1,8%			
2009		14,08	6,20	1.023,97	1.044,25
	in %	1,3%	0,6%	98,1%	100,0%
		1,9%			
ohne Implantate					
2005		45,47	10,13	1.056,17	1.111,78
	in %	4,1%	0,9%	95,0%	100,0%
		5,0%			
2009		34,29	8,82	1.130,66	1.173,78
	in %	2,9%	0,8%	96,3%	100,0%
		3,7%			
Gesamt					
2005	absolut	170,11	12,56	516,33	699,00
	in %	24,3%	1,8%	73,9%	100,0%
		26,1%			
2009	absolut	159,62	15,01	558,07	732,71
	in %	21,8%	2,0%	76,2%	100,0%
		23,8%			

Tabelle 10 Honoraranteile BEMA und GOZ

2.3.2 Honorar versus Material- und Laborkosten

Gesamtkosten (in €)								
in Euro		BEMA	zusätzliche BEMA-Leistungen	GOZ	Mat.-Lab. (gewerblich)	Mat.-Lab. (Praxis)	Versand Praxis	Gesamt
Regelversorgung								
2005	absolut	313,68	8,18	22,77	426,26	125,83	0,35	899,03
	in %	34,9%	0,9%	2,5%	47,4%	14,0%	0,0%	100,0%
		38,3%			61,4%			
2009	absolut	317,11	10,50	4,53	458,67	123,86	0,05	914,75
	in %	34,7%	1,1%	0,5%	50,1%	13,5%	0,0%	100,0%
		36,3%			63,7%			
gleichartige Versorgung								
2005		158,31	21,31	512,17	795,09	265,07	0,34	1.752,23
	in %	9,0%	1,2%	29,2%	45,4%	15,1%	0,0%	100,0%
		39,5%			60,5%			
2009		133,15	27,06	619,06	908,25	205,80	0,09	1.893,43
	in %	7,0%	1,4%	32,7%	48,0%	10,9%	0,0%	100,0%
		41,2%			58,8%			
andersartige Versorgung								
2005		37,61	8,07	1.020,25	1.200,83	448,00	0,23	2.714,94
	in %	1,4%	0,3%	37,6%	44,2%	16,5%	0,0%	100,0%
		39,3%			60,7%			
2009		23,01	7,36	1.071,09	1.199,17	587,17	0,17	2.888,00
	in %	0,8%	0,3%	37,1%	41,5%	20,3%	0,0%	100,0%
		38,1%			61,9%			
mit Implantaten								
2005		15,00	2,12	916,94	1.199,67	441,36	0,16	2.575,18
	in %	0,6%	0,1%	35,6%	46,6%	17,1%	0,0%	100,0%
		36,3%			63,7%			
2009		14,08	6,20	1.023,97	1.174,05	706,92	0,21	2.925,43
	in %	0,5%	0,2%	35,0%	40,1%	24,2%	0,0%	100,0%
		35,7%			64,3%			
ohne Implantate								
2005		45,47	10,13	1.056,17	1.201,23	450,30	0,25	2.763,53
	in %	1,6%	0,4%	38,2%	43,5%	16,3%	0,0%	100,0%
		40,2%			59,8%			
2009		34,29	8,82	1.130,66	1.230,91	435,80	0,11	2.840,68
	in %	1,2%	0,3%	39,8%	43,3%	15,3%	0,0%	100,0%
		41,3%			58,7%			
Gesamt								
2005		170,11	12,56	516,33	805,41	278,80	0,30	1.784,14
	in %	9,5%	0,7%	28,9%	45,1%	15,6%	0,0%	100,0%
		39,2%			60,8%			
2009		159,62	15,01	558,07	850,65	302,44	0,11	1.885,93
	in %	8,5%	0,8%	29,6%	45,1%	16,0%	0,0%	100,0%
		38,9%			61,1%			

Tabelle 11 Verteilung der Gesamtkosten

2.3.3 Zahntechnik

Der Anstieg der Kosten für Zahntechnik (Material- und Laborkosten) erscheint auf den ersten Blick unspektakulär. In der Regelversorgung (5,5 %) und in der gleichartigen Versorgung (5,1 %) folgte der Anstieg der Material- und Laborkosten im Großen und Ganzen der kumulierten GLS-Rate im Zeitraum 2005 bis 2009 in Höhe von 5,46 %. Und trotz des Anstiegs der Implantatversorgungen blieb der Anstieg um +8,3 % bei der andersartigen Versorgung im Rahmen (s. Tabelle 9).

Verteilung der Material- und Laborkosten				
in Euro				
		Mat.-Lab. (gewerblich)	Mat.-Lab. (Praxis)	Mat.-Lab.
		%	%	
Regelversorgung				
	2005	77,2	22,8	100,00
	2009	78,7	21,3	100,00
	Diff. abs.	1,5	-1,5	
gleichartige Versorgung				
	2005	75,0	25,0	100,00
	2009	81,5	18,5	100,00
	Diff. Abs.	6,5	-6,5	
andersartige Versorgung				
	2005	72,8	27,2	100,00
	2009	67,1	32,9	100,00
	Diff. abs.	-5,7	5,7	
mit Implantaten				
	2005	73,1	26,9	100,00
	2009	62,4	37,6	100,00
	Diff. abs.	-10,7	10,7	
ohne Implantate				
	2005	72,7	27,3	100,00
	2009	73,9	26,1	100,00
	Diff. abs.	1,1	-1,1	

Tabelle 12 Verteilung der Material- und Laborkosten

Bei einer differenzierten Betrachtung der Material- und Laborkosten aus dem Praxislabor des Zahnarztes und dem gewerblichen Labor hat sich gezeigt, dass in der gleichartigen Versorgung tendenziell mehr Zahntechnikleistungen im gewerblichen Labor erbracht werden. Einem Anstieg um 6,5 Prozentpunkte steht ein gesunkener Anteil im Praxislabor in gleicher Höhe gegenüber. In der andersartigen Versorgung ist der gegenteilige Effekt zu beobachten: Es werden tendenziell mehr Zahntechnikleistungen in den Praxislaboren erbracht. Besonders deutlich wird dies bei der Versorgung mit Implantaten. Der Anteil der gewerblichen Labore an den Material- und Laborkosten ist bei Implantatversorgungen um 10,7 Prozentpunkte gesunken, während der Anteil der Praxislabore in gleicher Höhe gestiegen ist (s. Tabelle 12).

Noch eindrucksvoller ist ein Blick auf die Kostenentwicklung: Insgesamt stiegen die Material- und Laborkosten bei Implantatversorgungen um 14,6 %. Profiteur ist hier eindeutig der Zahnarzt, da die Material- und Laborkosten im Praxislabor um 60,2 % sehr deutlich angestiegen sind, während im gewerblichen Labor sogar ein leichter Rückgang um 2,1 % zu verzeichnen ist (s. Tabelle 9).

2.4 Entwicklung des Versichertenanteils

In der Regelversorgung ist der Versichertenteil konstant geblieben, d. h. es ist in den letzten fünf Jahren im Durchschnitt nicht zu einer zusätzlichen Belastung der Versicherten gekommen. Auch dies belegt, dass die Höhe der Festzuschüsse korrekt ermittelt und weiterentwickelt wurde.

Der in den vorangegangenen Abschnitten aufgezeigte Anstieg der GOZ-Honorare und der Material- und Laborkosten in der gleich- und andersartigen Versorgung führen jedoch zwangsläufig zu einer Erhöhung des Eigenanteils der Versicherten. Die vorliegende Erhebung kommt zu dem Ergebnis, dass der Versichertenanteil in der gleichartigen Versorgung um 10,2 % und in der andersartigen Versorgung um 14,3 % gestiegen ist (vgl. Tabelle 7). Damit konnte erstmalig aufgezeigt werden, dass befundbezogene Festzuschüsse zu einer gestiegenen finanziellen Belastung der Versicherten geführt hat.

3. Diskussion

Die aktuelle Erhebung der Ersatzkassen hat das Ergebnis der Erhebung aus dem Jahr 2005 bestätigt: Das Festzuschuss-System führt zu erheblich höheren Eigenanteilen der Versicherten, sobald der Bereich der Regelversorgung verlassen und gleich- bzw. andersartiger Zahnersatz gewählt wird. Die üblichen Marktmechanismen scheinen nach einem Lerneffekt auf der Anbieterseite zu greifen. Die Verknüpfung privater- mit vertraglichen Versorgungselementen führt bei der Abrechnung zu deutlichen Verschiebungen zulasten des gesetzlichen Gebührenkataloges. Damit unterliegen immer mehr Leistungen nicht mehr den Vertragsbestimmungen, die für den Patientenschutz einen transparenten Einblick in den Versorgungs- und Abrechnungsprozess bieten. Das bedeutet, dass nicht mehr die Krankenkassen überprüfen können, ob die Leistungen gemäß § 12 SGB V ausreichend und zweckmäßig waren und ob sie das Maß des Notwendigen überschreiten oder nicht. Mit dieser Aufgabe wird der Versicherte im Festzuschusssystem nun alleine gelassen.

Die Verlagerungstendenzen in den privaten Gebührenkatalog sind aus versorgungspolitischer Sicht aber nicht unproblematisch. Die Warnungen einzelner Patientenvertreter vor der Gefahr von Über-, Unter- und Fehlversorgung je nach Finanzlage des einzelnen Versicherten sind sicherlich als mögliche Konsequenz des Festzuschussystems ernst zu nehmen. Jedenfalls hat sich – durch die amtliche Statistik des Bundesgesundheitsministeriums belegbar – ein erheblicher Nachfrage dämpfender Effekt entwickelt.⁸ Seit dem Nachfrageeinbruch im Jahr 2005 wurde trotz des kontinuierlichen Leistungsanstiegs beim Zahnersatz in den Folgejahren das Ausgabenniveau des Jahres 2004 nicht wieder erreicht.⁹

Insbesondere für den Fall, dass die Übertragung des Festzuschussmodells auf weitere Versorgungsbereiche – z. B. (Wurzel-)Füllungen oder Parodontologie – oder gar andere Leistungssektoren politisch diskutiert wird, müssen die möglichen Konsequenzen sozialpolitisch verantwortet werden. Konkret: Wenn eine Nachfragedämpfung und damit schlussendlich eine Ausgabendämpfung politisch gewünscht bzw. verantwortet wird, dann ist ein Festzuschuss-System

⁸ Vgl. KZBV (2009a) und BMG (2010)

⁹ Vgl. KZBV (2009b)

durchaus praktikabel und kann zur Eindämmung von Kostensteigerungen in der GKV beitragen. Vor einer Multiplikation des Festzuschusssystem in weitere Leistungsbereiche muss aber diskutiert werden, ob es tatsächlich sachgerecht und sozialpolitisch vertretbar ist, Kostensteigerungen in die private Verantwortung der Versicherten zu übertragen. Denn gerade der zahnmedizinische Bereich war in den vergangenen Jahren nicht für den Ausgabenanstieg der GKV verantwortlich.

Als weitere Konsequenz aus einer gestiegenen finanziellen Belastung der Versicherten und einem erheblichen Nachfragerückgang nach Zahnersatzleistungen müssen ebenfalls sozialpolitische Effekte untersucht und analysiert werden. Denn die sozialpolitischen Implikationen des Festzuschusssystem sind bislang weitgehend unberücksichtigt geblieben. Auch wenn in zahlreichen Studien¹⁰ belegt werden konnte, dass sich die Mundgesundheit in Deutschland stark verbessert hat, muss nach wie vor eine nicht unerhebliche soziale Polarisierung konstatiert werden. Bereits der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen SVRKAiG (2003)¹¹ hatte eine Reformnotwendigkeit aufgrund sozialer Ungleichheit festgestellt und auch der SVR (2005)¹² verweist in seiner Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen für das Jahr 2005 explizit darauf, dass bei der Zahngesundheit ein deutlicher Zusammenhang mit der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht besteht. Auch die vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) hat dies erneut belegt; allerdings sind in dieser Erhebung die möglichen sozialpolitischen Auswirkungen aus der Einführung des Festzuschusssystem noch nicht mit eingeflossen.¹³ Voraussichtlich erst im Rahmen einer nächsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) wird realistisch beantwortet werden können, ob der mit der Einführung des Festzuschusssystem beim Zahnersatz erfolgte Nachfrageeinbruch zu einer Perpetuierung oder sogar weiteren Verschärfung der sozialen Polarisierung beigetragen hat.

Wenn ohnehin nur noch weniger als ein Viertel aller anfallenden Zahnarzthonorare beim Zahnersatz über den vertraglichen BEMA abgerechnet werden, drängt

¹⁰ Insbesondere die epidemiologischen Begleituntersuchungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnspflege (DAJ) und die Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS I bis IV).

¹¹ Vgl. SVRKAiG 2003

¹² Vgl. SVR 2005

¹³ Vgl. Micheelis / Schiffner (2006)

sich ferner die Frage auf, warum überhaupt noch zwei Abrechnungskataloge benötigt werden. Die Überwindung des Dualismus der Abrechnungskataloge (BEMA und GOZ) hatte der SVRKAiG ebenfalls bereits in seinem Gutachten 2000/2001 im Hinblick auf eine Neubeschreibung des Leistungskataloges der GKV gefordert.¹⁴

¹⁴ Vgl. SVRKAiG 2000/2001, S. 94 f.

4. Ausblick

Sozialpolitische Dimension muss diskutiert werden

Wenn eine Nachfragedämpfung und damit schlussendlich eine Ausgabendämpfung in der GKV politisch gewünscht wird, dann ist ein Festzuschuss-System durchaus praktikabel. Vor einer Multiplikation des Festzuschuss-Systems in weitere Leistungsbereiche muss aber diskutiert werden, ob es sozialpolitisch – im Hinblick auf steigende finanzielle Belastungen der Versicherten und einem veränderten Nachfrageverhalten – vertretbar ist. Denn gerade der zahnmedizinische Bereich war in den letzten Jahren nicht für den Ausgabenanstieg in der GKV verantwortlich.

Eine Überprüfung ist längst überfällig

Was die Teilhabe am zahnmedizinisch-technischen Fortschritt betrifft, so ist es tatsächlich zu einer deutlichen Steigerung der Bezuschussung von Implantatversorgungen gekommen. Allerdings findet der medizinisch-technische Fortschritt außerhalb der GKV statt, solange dieser nicht in die Regelversorgung einbezogen wird, sondern lediglich im Rahmen der andersartigen Versorgung über Festzuschüsse „subventioniert“ wird. Hier muss dem Auftrag des Gesetzgebers gem. § 56 Abs. 2 Satz 11 SGB V konsequent gefolgt und die Regelversorgung daraufhin überprüft werden, ob Inhalt und Umfang noch dem aktuellen Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entsprechen. Der Gesetzgeber hat eine regelmäßige Überprüfung vorgeschrieben, eine erstmalige Überprüfung nach mehr als fünf Jahren ist nun mehr als überfällig!

Festzuschüsse im Allgemeinen als Erfolgsgeschichte zu feiern, ist ohne eine breite Diskussion der sozialpolitischen Konsequenzen verfrüht. Die Ersatzkassen bekennen sich ausdrücklich zum Sachleistungsprinzip der GKV. Forderungen nach einer Multiplikation des Festzuschuss-Systems, in denen Festzuschüsse als Vehikel zur Abschaffung der Budgetierung instrumentalisiert werden sollen, erteilen die Ersatzkassen eine klare Absage.

5. Referenzen

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2010): Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2009, Stand: 08.07.2010, in: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_160/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/rechnungsergebniss2009, templteld=raw, property=publicationFile.pdf/rechnungsergebniss2009.pdf, am 29.10.2010.
- DAJ – Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2005): Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe – 2004, Bonn.
- DAJ – Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2001): Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe – 2000, Bonn.
- DAJ – Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (1998): Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe – 1997, Bonn.
- Fedderwitz, Jürgen / Micheelis, Wolfgang / Schmidt-Garrecht, Elfi (2009): Das Festzuschusssystem als Steuerungsinstrument in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Ulrich, Volker (Hrsg.): Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen: Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung, Baden Baden: Nomos, S. 903–916.
- Fürstenberg, Torsten / Haustein, Robert / Albrecht, Martin (2007): Vertragszahnärztliche Vergütung – Bestehende und zukünftige Wettbewerbsunterschiede durch die vertragszahnärztliche Vergütung unter Berücksichtigung des Gesundheitsfonds, Berlin: November 2007
- Klingenberger, David / Micheelis, Wolfgang (2005): Befundbezogene Festzuschüsse als innovatives Steuerungsinstrument in der Zahnmedizin – Systemtheoretische Einordnung und empirische Befunde, IDZ – Institut Deutscher Zahnärzte (Hrsg.), Köln

KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2009a): Perspektive Mundgesundheit – Ziele und Konzepte für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung, Köln

KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2009b): Jahrbuch 2008

KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2006): Aktualisierter Bericht über die Auswirkungen der Einführung des Festzuschuss-Systems bei Zahnersatz in der GKV – Stand: Februar 2006, Köln

KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2005): Bericht über die Auswirkungen der Einführung des Festzuschuss-Systems bei Zahnersatz in der GKV – Festzuschussbericht 2005, Köln

Micheelis, Wolfgang / Schiffner, Ulrich (2006) – Gesamtbearbeitung: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV.

Micheelis, Wolfgang / Meyer, Victor Paul (2002) – Gesamtbearbeitung: Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen (BAZ-II) – Materialien zur Beanspruchungsdauer und Beanspruchungshöhe ausgewählter Behandlungsanlässe, Köln: Deutscher Zahnärzterverlag.

Micheelis, Wolfgang / Reich, Elmar (1999) – Gesamtbearbeitung: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III) – Ergebnisse, Trend und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997, Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Micheelis, Wolfgang / Bauch, Jost (1993): Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland – Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Micheelis, Wolfgang / Bauch, Jost (1991): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

SpiV – Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Untersuchung der Auswirkungen befundbezogener Festzuschüsse, Eigenverlag: Hamburg.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005.

SVRKAiG – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Gutachten 2000/2001

Tiemann, Burkhard / Klingenberg, David / Weber, Michael (2003): System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland – The System of Dental Care in Germany, Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV.

Wessels, Michael (2009): Systemwechsel von der therapiebezogenen zur befundbezogenen Bezuschussung beim Zahnersatz. Ein Vorbild für andere Leistungsbereiche?, in: Schulz-Nieswandt, Frank / Kuntz, Ludwig (Hrsg.): Gesundheitsökonomie: Politik und Management, Band 5, Münster: LIT-Verlag.

Wessels, Michael / Knappe, Dietmar (2008): Effects of the new fixed-subsidy system for prosthetic dental care in Germany: results of descriptive research, in: International Dental Journal, 58, pp 29–35.

Wessels, Michael (2006): Befundorientierte Festzuschüsse – Ein Modell mit Zukunft?, in: Die Ersatzkasse, 86. Jg., Heft 3/2006, S. 113–115.

Wessels, Michael / Knappe, Dietmar (2005): VdAK-Erhebung zu den Auswirkungen befundorientierter Festzuschüsse beim Zahnersatz: Eine Bestandsaufnahme, in: Die Ersatzkasse, 85. Jg., Heft 11/2005, S. 468–471.

6. Anhang

Datenkranz zur Erhebung der Daten inkl. Ausfüllhinweise

Datenkranz Festzuschuss-Erhebung

Spalte	Ausfüllhinweise
--------	-----------------

Für die grau hinterlegten Felder wurde zur Vereinfachung des Ausfüllens eine Auswahlliste erstellt. Sobald das entsprechende Feld angeklickt wird, öffnet sich ein DropDown-Menü mit der möglichen Auswahlliste.

A	Die Daten sind je Abrechnungsfall ausschließlich in einer Zeile zu erfassen und fortlaufend zu nummerieren.
---	---

Die Erhebung der Strukturdaten in den Feldern B bis F ist erforderlich, um bei der Auswertung die Repräsentativität der gezogenen Stichprobe durch einen Abgleich mit der offiziellen Statistik zu belegen.

B	Hier ist der Versichertenstatus einzutragen: Mitglied (M), Familienversicherter (F) oder Rentner (R)
C	Bitte folgendes Kürzel eintragen: weiblich (w) oder männlich (m)
D	Bitte das Geburtsjahr vierstellig eintragen (z. B. 1974)
E	Bitte Ja oder Nein angeben.
F	Hier bitte den jeweiligen KZV Bereich (z.B. Hamburg) angeben.
G	Die Versorgungsart in Mischfällen richtet sich nach der überwiegenden Art der Versorgung. Für die Beurteilung, ob es sich um einen Mischfall mit überwiegend gleich oder andersartigen Versorgung handelt, ist als Kriterium das Verhältnis der Felder V.1 und V.3 des HKP zu Grunde zu legen. Handelt es sich um einen Mischfall ist dies in der Spalte H entsprechend zu kennzeichnen. Für die Versorgungsart ist hier das folgende Kürzel einzutragen: <div style="margin-left: 40px;"> R Regelversorgung G Gleichartige Versorgung Aml Andersartige Versorgung – <u>mit</u> Implantaten Aol Andersartige Versorgung – <u>ohne</u> Implantate </div>
H	Hier ist anzugeben, ob es sich um einen Mischfall handelt, d. h. ob in einem HKP mehrere Versorgungsarten abgerechnet werden.
I	Hier ist die Anzahl der Zähne einzutragen, die in die Versorgung mit einbezogen wurden, d. b. einschließlich Brückenpfeiler.

In den Feldern J bis R sind die jeweiligen Beträge aus den einzelnen Feldern des Abschnitts V. "Rechnungsbeträge" der abgerechneten HKP einzutragen.

J	Hier den Betrag aus Feld V.1 "ZA-Honorar (BEMA)" des HKP eintragen.
K	Hier den Betrag aus Feld V.2 "ZA-Honorar zusätzl. Leist. BEMA" des HKP eintragen.
L	Hier den Betrag aus Feld V.3 "ZA-Honorar GOZ" des HKP eintragen.
M	Hier den Betrag aus Feld V.4 "Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl." des HKP eintragen.
N	Hier den Betrag aus Feld V.5 "Mat.- und Lab.-Kosten Praxis." des HKP eintragen.
O	Hier den Betrag aus Feld V.6 "Versandkosten Praxis" des HKP eintragen.
P	Hier den Betrag aus Feld V.7 "Gesamtsumme" des HKP eintragen.
Q	Hier den Betrag aus Feld V.8 "Festzuschuss Kasse" des HKP eintragen.
R	Hier den Betrag aus Feld V.9 "Versichertenanteil" des HKP eintragen.

Fallzahlen Erhebungszeitraum

Erhebungszeitraum: Juni 2009

	Anzahl aller abgerechneten HKP			
	Gesamt	Regel- versorgung	gleichartige Versorgung	andersartige Versorgung
Barmer TK DAK KKH GEK				