

2005 – 2015

# » 10 Jahre Festzuschüsse zum Zahnersatz

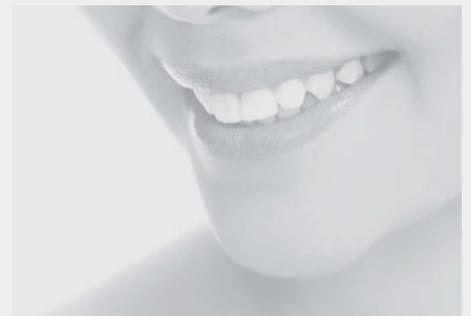
Ein Erfolgsmodell in der gesetzlichen Krankenversicherung



2005 – 2015

# » 10 Jahre Festzuschüsse zum Zahnersatz

Ein Erfolgsmodell in der  
gesetzlichen Krankenversicherung



---

# Inhaltsverzeichnis

4

<b>Vorwort</b>	6
<b>Grußworte</b>	7
<b>Das Festzuschussystem als Paradebeispiel für die Balance zwischen Solidarität und Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik</b>	12
Nach der Reform ist vor der Reform	12
Selbstverwaltung setzt Festzuschussystem um	14
Breite politische Akzeptanz des Systems	16
Kritik am Festzuschussystem	17
Festzuschussystem – ein „lernendes System“	17
Patientenberatung	18
Diskussionsbedarf	18
<b>Das Festzuschussystem bei Zahnersatz als vorläufiger Endpunkt sozialrechtlicher Selbstbeteiligungsmodelle</b>	20
Regelungsauftrag und -spielraum des Sozialgesetzgebers	21
Sonderaspekte der zahnmedizinischen Versorgung	23
Entwicklungslinien sozialrechtlicher Selbstbeteiligungsmodelle	28
Steuerungsziele und -mechanismen des Festzuschussystems	31
<b>Entstehung und Fortentwicklung der Festzuschuss-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss</b>	36
Vorläufer des heutigen Festzuschussystems	36
Vom Konzept zum Inkrafttreten am 01.01.2005	36
Die weitere Entwicklung der Festzuschuss-Richtlinie	38
Verfahren zur Überprüfung der Regelversorgungen / Ausblick	40
Ausblick: Neue Regelversorgungsleistungen	41
<b>Gesundheitsökonomische Analyse der Wirkungen befundbezogener Festzuschüsse</b>	42
Befundbezogene Festzuschüsse als neuer ordnungspolitischer Weg	42
Allokative Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen	42
Distributive Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen	44
Gesamtfazit der gesundheitsökonomischen Analyse	45

---

<b>Statistische Daten zum Festzuschussystem</b>	46
Datengrundlagen der Auswertungen	46
Besonderheiten	47
Globale Einordnung des Bereichs Zahnersatz in die GKV-Ausgaben	47
Entwicklung von GKV-Ausgaben, Fallwerten und Fallzahlen nach Einführung des Festzuschussystems	48
Privatliquidation mit GKV-Versicherten	60
Versorgungsniveau	61
<b>Im Interesse des Patienten – Beiträge zur Qualitätsförderung</b>	64
Hilfestellung für die Zahnarztpraxen	64
Patientenberatung	64
Gutachterverfahren	66
Ergebnisse der Gutachterverfahren seit Einführung der Festzuschüsse	67
Fazit	68
<b>Die Situation in den Nachbarländern</b>	70
Ausgangspunkt: Die Vielfalt gewachsener nationaler Systeme	70
Versorgungsumfang	71
Versorgungsniveau	74
Resümee	75
<b>Impressum</b>	76

# 10 Jahre Festzuschüsse – ein Erfolgsmodell

6



## › Der Vorstand der KZBV

Dr. Günther E. Buchholz, stellv. Vorsitzender  
Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender  
Dr. Jürgen Fedderwitz, stellv. Vorsitzender

Zum 1. Januar 2005 haben befundorientierte Festzuschüsse das prozentuale Bezuschussungssystem beim Zahnersatz abgelöst. Als präventionsorientiertes Steuerungselement schaffen sie die Balance zwischen Solidarität und Eigenverantwortung.

Anlass genug, nach 10 Jahren eine Bilanz dieses Erfolgsmodells zu ziehen, das beispielhaft für andere Bereiche der zahnärztlichen Versorgung ist.

Mit dem von der Zahnärzteschaft in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft entwickelten Konzept befundorientierter Festzuschüsse als Reaktion auf die andauernden Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesetzgebers wurde ein neuer versorgungspolitischer Ansatz gewählt. Die Patienten haben Anspruch auf einen festen Zuschuss zu ihren Zahnersatzkosten. Die Festzuschüsse richten sich nach dem Befund.

Die Höhe des Zuschusses bestimmt sich durch die vorgegebene Regelversorgung und kann durch präventionsorientiertes Verhalten, das im Bonusheft dokumentiert wird, erhöht werden. Die Wahlmöglichkeiten des Patienten werden erweitert und

die Teilhabe am medizinischen Fortschritt gesichert. Gleichzeitig wird eine größere soziale Gerechtigkeit erreicht, die sich auch in einer umfassenden Versorgung von Härtefällen durch die vollständige Übernahme durch die GKV zeigt.

Bei der Systemumstellung bestand die Vorgabe, das vorherige Versorgungsniveau zu halten. Damit war die Definition einer qualitativ guten „Grundversorgung“ erfolgt. Die Umstellung sollte zudem kostenneutral erfolgen.

Dass sich das von der Zahnärzteschaft selbst entwickelte Festzuschussystem so erfolgreich bewähren würde, war nicht von Anfang an bei allen Beteiligten Konsens. Die Krankenkassen begegneten dem System mit großem Misstrauen. Sie befürchteten unkontrollierte Leistungsausweitungen und Ausgabenzuwächse und die Überforderung der Versicherten. Auch in der Politik traf das System anfänglich nicht auf breite Zustimmung.

So war es ein großer Erfolg der Zahnärzteschaft, mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz ein „befundorientiertes Festzuschussystem“ im SGB V verankern zu können. Mit dem Ende der prozentualen Bezuschussung bei Zahnersatz war ein wichtiger Meilenstein hin zu mehr Versorgungsgerechtigkeit gemacht.

Gleichzeitig mit der Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz im Jahr 2005 wurde eine weitere wichtige Forderung der Zahnärzteschaft erfüllt: die Abschaffung der Budgetierung für den Bereich der Prothetik. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dieser Schritt richtig war. Die Ausgaben der GKV in diesem Bereich haben nicht zu-, sondern abgenommen. Die Festzuschüsse entfalteten eine positive Steuerungswirkung auf die GKV-Ausgaben. Von Beginn an wurde das Festzuschussystem als „lernendes System“ konzipiert und implementiert. Die Auswirkungen der Systemumstellung werden laufend evaluiert. Auf dieser Grundlage hat die KZBV die Regeln des Systems im Gemeinsamen Bundesausschuss sukzessive nachjustiert. Dies hat zu einer erfolgreichen Implementierung und sehr hohen Akzeptanz bei allen Beteiligten des Systems beigetragen, die bis heute unverändert fortbesteht.

Der Vorstand  
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung



Bundesministerium  
für Gesundheit



**Hermann Gröhe**  
Bundesminister  
Mitglied des Deutschen Bundestages

## Grußwort

Eine gute und erfolgreiche Vorsorge im Bereich der Zahngesundheit führt dazu, dass immer mehr Menschen in unserem Land deutlich länger Freude an ihren eigenen Zähnen haben. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen durch den Zahnarzt und eine gute Mundhygiene sind die beste Grundlage das Gebiss zu erhalten. Aber auch der Verlust eines Zahnes bedeutet nicht zwangsläufig den dauerhaften Verzicht auf ein vollständiges Gebiss. Ist es nicht möglich, den Zahn wieder einzusetzen, sorgen Brücken, Kronen oder Implantate für einen optisch, vor allem aber auch funktionell zufriedenstellenden Zahnersatz. Ist er medizinisch notwendig, erhalten gesetzlich Versicherten von ihrer Krankenkasse einen Festzuschuss, den es in dieser Form seit dem 1. Januar 2005 gibt. Er orientiert sich an dem zahnärztlichen Befund und an der hierfür üblichen Versorgung.

Der befundorientierte Festzuschuss ist mit klaren Vorteilen für die Versicherten verbunden. Ihre Wahlmöglichkeiten wurden mit seiner Einführung vor zehn Jahren erweitert. Einen Zuschuss erhalten sie auch dann, wenn sie eine aufwändigere und teurere Behandlung wählen, die nicht zur Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zählt.

Befürchtungen, das erweiterte Angebot an Versorgungsformen würde die Versicherten vor unüberwindbare Schwierigkeiten stellen, haben sich nicht bewahrheitet. Das haben wir auch der Zahnärzteschaft zu verdanken, die auf den gestiegenen Beratungsbedarf der Versicherten reagiert hat. Bundesweit wurden Patientenberatungsstellen eingerichtet. Zudem können die Versicherten den von ihrem Zahnarzt erstellten Heil- und Kostenplan von einem zweiten Zahnarzt begutachten lassen.

Kurzum, der befundorientierte Festzuschuss hat sich bewährt.

## Grußworte

8



➤ **Prof. Josef Hecken**

Unparteiischer Vorsitzender des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
(G-BA)

Mit den Regelungen der Festzuschüsse beim Zahnersatz blicken wir auch beim Gemeinsamen Bundesausschuss mittlerweile auf eine – gemessen am Alter dieses Gremiums – lange Tradition zurück. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 14. Juli 2004, damals noch am Bonner Standort, die Festzuschuss-Richtlinien einstimmig verabschiedet, wie dies das Gesundheitsmodernisierungsgesetz vorsah. Dem Gesetzesauftrag in § 56 Abs. 2 SGB V entsprechend hat der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der Zahnersatz-Richtlinien Befunde festgelegt und diesen prothetische Regelversorgungen zugeordnet.

Nach langen, schwierigen und zum Teil kontroversen Verhandlungen haben Zahnärzte und Krankenkassen unter beratender Beteiligung von den Patientenvertretern und nach einer Anhörung die Voraussetzungen geschaffen, dass die Versicherten ab 1. Januar 2005 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen haben. Im November 2006 wurden dann die Festzuschüsse zu Reparaturen und Erweiterungen von Zahnersatz an die zahnmedizinische Entwicklung und aktuelle Versorgungssituation angepasst, denn die Auswertung von Untersuchungen und praktischen Erfahrungen hatte ergeben, dass es zwischen den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten von Reparaturmaßnahmen bei Zahnersatz und bisherigen Festzuschusshöhen Abweichungen gab, die sowohl Erhöhungen als auch Absenkungen der Festzuschüsse erforderlich machten. Beispielsweise wurden durch diese Regelungen je nach Anzahl der Zähne, um die der Zahnersatz erweitert wird, auch unterschiedlich hohe Festzuschüsse vorgesehen. Davor gab es hierfür lediglich einen einheitlichen Betrag.

Seither passt der Gemeinsame Bundesausschuss in regelmäßigen Turnussen die Höhe der auf die Regelversorgung entfallenden Beträge sowie die Regelversorgung bei zahn-technischen Leistungen nach §56 SGB V an. Die hierbei mittlerweile etablierten und routinierten Abläufe sprechen dabei sowohl für die Konsistenz des Vorgehens als auch für die Akzeptanz aller Beteiligten.



➤ **Franz Knieps**

Vorstand BKK Dachverband e. V.

In den Gesundheitsreformen der Vergangenheit waren Leistungen zum Zahnersatz immer wieder einem Tauziehen zwischen dem Verbleib im Sachleistungskatalog der GKV und der Privatisierung ausgesetzt. Vor gut 10 Jahren sind sie mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in einem eigenen Abschnitt im Dritten Kapitel des Fünften Sozialgesetzbuches zusammengefasst und in ein eigenes Konstrukt zwischen Sachleistung und Kostenerstattung eingefügt worden. Die prozentuale Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz wurde durch ein befundbezogenes Festzuschusssystem ersetzt. Im Ergebnis sind einheitliche Vertragsleistungen geschaffen worden, mit denen eine Gleichbehandlung der Versicherten im Hinblick auf einen kongruenten Kostenanteil der Krankenkassen an der Regelversorgung erreicht werden konnte. Gleichzeitig wurde Versicherten die Möglichkeit eingeräumt, eine von der Regelversorgung abweichende Therapieform zu wählen, ohne den befundbezogenen Festzuschuss zu verlieren. Schließlich wurde das hoch konfliktreiche Verhältnis zwischen Politik, Zahnärzteschaft und GKV nachhaltig entschärft. Für die Zukunft bleibt die Herausforderung bestehen, die Regelversorgung permanent zu überprüfen und dem zahnmedizinischen Versorgungsfortschritt anzupassen, um einen schleichenden Niveauabstieg, der letztlich sowohl zu Lasten der Versicherten ginge, als auch das Ansehen der zahnmedizinischen Versorgung beschädigen würde, zu verhindern. Im vertragspartnerschaftlichen Konsens wird dies gelingen.

Nach jahrelangen gesundheitspolitischen Diskussionen über pauschalierte Vergütungsformen für den Zahnersatz in der GKV und nachfolgende gesetzliche Regelungen über prozentuale Zuschüsse an die Versicherten brachte das GMG vom 14.12.2004 eine grundlegende Neuorientierung durch die Einführung von befundorientierten Festzuschüssen für den Zahnersatz. Wesentliches ordnungspolitisches Ziel war unter anderem, dem Patienten größere Autonomie einzuräumen. Die gestalterische Umsetzung des neuen Vergütungssystems, vor allem die Definition der Befunde und ihre Zuordnung zur Regelversorgung, wurde der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Zahnärzten übertragen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verabschiedete – nach Vorberatung in einem Unterausschuss – nach schwierigen, zum Teil kontroversen Verhandlungen unter beratender Beteiligung von Patientenvertretern und nach Anhörung des VDZI in nur wenigen Monaten einstimmig die Festzuschussregelungen, so dass Versicherte ab 1.1.2005 einen Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei der Versorgung mit Zahnersatz hatten.

Als unparteiischer Vorsitzender des Gremiums erfüllt es mich heute noch mit Anerkennung und Dankbarkeit, dass die Verfahrensbeteiligten sehr motiviert, zielorientiert und auch kompromissbereit in die Verhandlungen gingen und ihr Handeln danach ausrichteten. Den Agierenden war dabei bewusst, dass dieser neue ordnungspolitische Weg beschritten wurde ohne ausreichende praktische Erfahrungen, ohne ausdifferenzierte wissenschaftliche Erkenntnisse und vor allem auf einer ungesicherten Datenlage. Die Umsetzungsverantwortung war deshalb für die Gemeinsame Selbstverwaltung sehr hoch.

Die befundbezogenen Festzuschüsse sind ein „lernendes Vergütungssystem“, das seine Entwicklungszeit benötigt und nur durch fortlaufende Evaluation und Anpassung an die Versorgungsnotwendigkeiten insbesondere vor allem auf Grund des zahnmedizinischen und zahntechnischen Fortschritts sich bewähren kann.

Nach zehn Jahren Wirkungserfahrung wird sicherlich auch in der Gesundheitspolitik unter dem Aspekt der Beschränktheit der wirtschaftlichen Ressourcen und der permanenten Leistungsausweitungen für den Patienten die Selbstverantwortung des Patienten und seine Selbstbeteiligung an den Kosten immer wieder neu zu beantworten sein. Das neue Festzuschusssystem wird unter diesem Aspekt sicherlich relevante Hinweise für die zahnmedizinische Versorgung allgemein geben können, die es zukünftig auszuloten gilt.



➤ **Prof. Dr. jur. Herbert Genzel**

Stellv. Unparteiischer Vorsitzender  
des Gemeinsamen Bundes-  
ausschusses (G-BA)  
vom 01.01.2004 bis 30.06.2008



➤ **Dr. Doris Pfeiffer**  
Vorsitzende des Vorstandes  
GKV-Spitzenverband

Erklärtes Ziel der Krankenkassen bei der Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse war es, das damalige Versorgungsniveau mit Zahnersatz weitgehend zu erhalten und gleichzeitig die Versicherten nicht stärker zu belasten. Dies scheint nur teilweise gelungen zu sein, denn ein wesentlicher Effekt der befundbezogenen Festzuschüsse ist die Verschiebung in Richtung Privatabrechnung. So wird beispielsweise die überwiegende Anzahl der Kronen nicht nach der Regelversorgung erbracht, obwohl diese nach Angaben der Wissenschaft dem „allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entspricht“. Stattdessen werden die Versicherten in den Zahnarztpraxen täglich mit Alternativen versorgt, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen keineswegs geeigneter sind. Warum ist das so? Die Vermutung liegt nahe, dass hierbei die Möglichkeit der privaten Abrechnung eine große Rolle spielt – mit der Folge, dass der Leistungskatalog der GKV nur noch als Bezuschussungsgrundlage dient. Es läuft also längst noch nicht alles rund in diesem System und es besteht nach wie vor Optimierungsbedarf.



➤ **Gregor Bornes**  
Sprecher der Patientenvertretung  
im Unterausschuss Zahnärztliche  
Behandlung im Gemeinsamen  
Bundesausschuss (G-BA)

10 Mrd. € aus der Tasche der Patientinnen und Patienten: Am 1.1.2005 wurden sie eingeführt, die neuen befundorientierten Festzuschüsse. Mit einer Regelversorgung, die gar nicht für jede oder jeden passt. Sie soll nur in der überwiegenden Zahl der Fälle ausreichen. Das ist für Patientinnen und vermutlich für Behandler unbefriedigend.

Die Krankenkassen sparen am Zahnersatz jährlich mehr als 1 Milliarde Euro. Die einen sparen, die anderen rechnen über die neue GOZ lukrativ ab, der Markt für Zusatzversicherungen boomt. Das alles bedeutet ausschließlich Mehrbelastungen für Patientin und Patient. Deshalb muss das Prinzip Regelversorgung fortentwickelt werden.

Dazu kommt: Kaum jemand versteht einen Heil- und Kostenplan. Und die Abrechnung auch nicht. Intransparenz und fehlende Prüfmöglichkeit sind eine Zumutung für Patientinnen und Patienten. Es gibt hier eine Lösung: eine einzige Gebührenordnung. Und ein Recht auf Überprüfung der gesamten Planung und der Rechnung durch die Krankenkasse. Lassen Sie uns das Festzuschussystem gemeinsam weiterentwickeln!

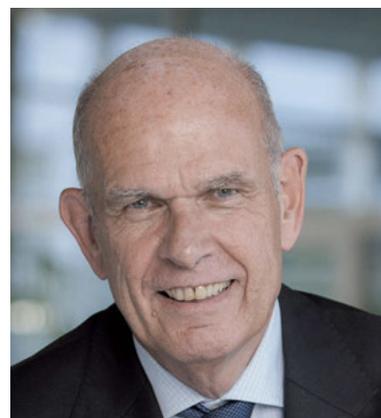


➤ **Uwe Breuer**  
Präsident Verband Deutscher  
Zahntechniker-Innungen (VDZI)

Zehn Jahre Festzuschuss – neue Gerechtigkeit. Was gerecht ist, wissen nur Götter. Auf der Erde wird das politisch unter Nebenbedingungen bestimmt: der Machtverteilung und Interessen, der Finanzen und dem Zeitgeist. Reden wir von den Nebenwirkungen der Arznei: Das System ist starr – eine Neujustierung erfolgte nur homöopathisch, so geriert der Festzuschuss zur Rechengröße. Milliarden Einsparungen der Kassen, für Zahnärzte mehr Honoraroptionen – so steigt die Zuzahlung, was beim Zahnarzt zurück als Preisdruck landet. Der wird fast ausnahmslos auf die Gewerbelabore überwält. Statt Qualität dominiert seitdem der Preis. Fehlanreize machen das Ausland und die Liebe zur Zahntechnik per Eigenbeleg hoffähig. Festschuss – Systemmängel oder von den Entscheidern einkalkulierte Kollateralschäden zu Lasten Dritter? Der Patient passt sich meist klaglos an – die Schleifspuren der Überwälzungslast werden aber in den Meisterlaboren immer tiefer. Paradigmen wechseln in Generationen. Also wäre nun Zeit zur Entspannung, um fair die Strukturdefizite und ihre Folgen zu lösen. Bis dahin ist irdisch zu bezweifeln, ob der Festzuschuss und seine Nebenwirkungen vor den Göttern Bestand haben werden.

Die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geltenden Festzuschüsse belaufen sich auf mindestens 50 Prozent der Kosten einer Regelversorgung und können bei regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen bis zu 65 Prozent der Ausgaben abdecken. Der Patient kann den Festzuschuss neben der Regelversorgung auch für jede andere wissenschaftlich anerkannte Therapie einsetzen. Dabei trägt er die über die Regelversorgung hinausgehenden Kosten. Der entscheidende Vorteil der Festzuschüsse besteht in der Wahlfreiheit des Patienten, der sich unabhängig von der Erstattung für eine Versorgung, die seinen individuellen Präferenzen entspricht, entscheiden kann. Zudem führte das Festzuschusssystem zu einer spürbaren fiskalischen Entlastung der GKV, denn der Anteil des Zahnersatzes an den Leistungsausgaben sank von 2,8 Prozent im Jahre 2004 auf 1,7 Prozent in 2013 ab. Daher überrascht es nicht, dass das Festzuschusssystem derzeit kaum mehr in der Kritik oder gar zur Disposition steht. Es gibt vielmehr Vorschläge, Festzuschüsse gezielt auch in anderen Leistungsbereichen, wie zum Beispiel bei bestimmten Gruppen von Hilfsmitteln, einzusetzen.

Ziel der Zusammenarbeit von KZBV-BZÄK-Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) vor über 10 Jahren war eigentlich die Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde, die sehr rasch einen breiten Bogen unterschiedlich aufwendiger, aber durchaus medizinisch sinnvoller Therapieformen für die gleichen Befunde ergab. Da diese Überlegungen nicht ohne die Reflexion der Finanzierbarkeit in den vorhandenen Strukturen des Gesundheitssystems erfolgen konnten, entstanden gleichsam begleitend die Überlegungen zu einer neuen, am Befund und nicht an einer festgelegten Therapieform orientierten Bezuschussung der unterschiedlichen Leistungen. Statt eine extern festgelegte Therapieform zu finanzieren, von der nicht abgewichen werden durfte ohne den Zuschuss zu verlieren, ist eine am Befund orientierte Festzuschussregelung mit freier Wahl der Therapieform durch den Patienten entstanden – ein Musterbeispiel für die Stärkung der Patientensouveränität, aber auch der Eigenverantwortung für den Leistungsumfang. Die Teil-Umsetzung gelang in der Gesundheitspolitik überraschend schnell, aber leider mit Beschränkung auf den prothetischen Leistungsbereich und mit hemmenden bürokratischen Vorschriften. Auch bei der Umsetzung im Bereich der KZBV spürt man das gewohnte Denken und es wurde nicht der Grundversorgungskatalog den wissenschaftlichen Erkenntnissen folgend über die Jahre angepasst. Trotz dieser Einschränkung und bürokratischen Überregelung hat sich das Grundprinzip sehr bewährt. Es wäre nun an der Zeit, nach 10 Jahren die positiven Effekte, aber auch die Umsetzungshürden oder Fehlanreize zu analysieren, um das System zu optimieren und auch andere Leistungsbereiche wie die Parodontologie, aber auch die Vielfalt der restaurativen Möglichkeiten für die Patienten zu erschließen und im Sinne qualitätsorientierter Honorierung sowie präventiver Anreizstrukturen weiterzuentwickeln.



➤ **Prof. Dr. Eberhard Wille**  
Stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen



➤ **Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner**  
Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universität Mainz

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) von 1997 bis 2001

# Das Festzuschussystem als Paradebeispiel für die Balance zwischen Solidarität und Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik

12

Die Mundgesundheit der Menschen in Deutschland hat sich in den vergangenen 20 Jahren ganz erheblich verbessert. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland, vor allem bei den Jugendlichen, einen Spitzenplatz ein. In der zahnmedizinischen Versorgung wurde insgesamt ein außerordentlich hoher Versorgungsgrad erreicht. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Zahnmedizin an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) halbiert. Ein Grund dafür ist neben einer Reihe von gesetzlichen Regelungen die von den Zahnärzten eingeleitete Stärkung der Prävention. Der Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin von einer kurativen zu einer präventiven Zahnheilkunde ist für die Förderung der Mundgesundheit von besonderer Bedeutung, wie auch das Robert Koch-Institut bestätigt.<sup>1</sup> Der Zahnärzteschaft ist es gelungen, die Patienten zur eigenverantwortlichen und gründlichen Mundhygiene sowie zum regelmäßigen Kontrollbesuch beim Zahnarzt zu motivieren. Hinzu kommen die umfangreiche Gruppen- und Individualprophylaxe, zielgerichtete Aufklärungskampagnen, der Einsatz von Fluoriden und die Fissurenversiegelung der Kauflächen.

Ziel muss es sein, diesen erfolgreichen Präventionsansatz auf den gesamten Lebensbogen auszudehnen: Dies fängt bei der

Vermeidung frühkindlicher Karies an und reicht bis zum Präventionsmanagement bei Pflegebedürftigen im hohen Alter. Auch mit zunehmender Lebenserwartung sollen Menschen bis zum Lebensende ihre natürlichen Zähne und damit eine hohe Lebensqualität behalten. Eine umfassende Präventionsstrategie muss deshalb an die unerlässliche Eigenverantwortung der Patienten für ihre Mundgesundheit appellieren, den gesamten Lebensbogen umspannen und eine zahnmedizinische Versorgungsgerechtigkeit über jede Altersgruppe und alle sozialen Gruppen hinweg verfolgen.

In keinem anderen medizinischen Teilbereich gibt es eine so enge, kausal nachvollziehbare Verbindung zwischen präventivem Verhalten und dem Gesundheitszustand wie in der Zahnmedizin. Die Mundhygiene beeinflusst unmittelbar die Mundgesundheit. Jeder kann das Risiko, Zahnersatz zu benötigen, selbst senken bzw. im Idealfall ganz vermeiden. Ein „Vollkasko-System“ der gesetzlichen Krankenversicherung ist daher in der Zahnmedizin nicht sachgerecht und wäre über die Solidargemeinschaft auch nicht finanzierbar. Die Antwort lag und liegt deshalb im Festzuschussystem.

## Nach der Reform ist vor der Reform

Die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Geschichte der Reformen. Dies gilt für die Versorgung mit Zahnersatz in ganz besonderem Maße. Nachdem mit einem Urteil des Bundessozialgerichts von 1972<sup>2</sup> das Fehlen von Zähnen als Krankheit anerkannt wurde, legte der Gesetzgeber mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG) von 1974 eine Leistungspflicht der GKV in Form von Zuschüssen zu den Kosten für Zahnersatz – als Ausnahme vom Sachleistungsprinzip – fest. Die in den Satzungen der Krankenkassen verankerte Zuschusshöhe lag in der Regel zwischen 80 und 100 Prozent. Mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)<sup>3</sup> von 1977 wurden die Krankenkassenzuschüsse für Zahnersatz auf 80 Prozent der Behandlungskosten begrenzt. Durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVEG)<sup>4</sup> von 1981 wurde beim Zahn-

ersatz das zahnärztliche Honorar vollständig in das Sachleistungssystem einbezogen, der Krankenkassenzuschuss für Material- und Laborkosten wurde auf 60 Prozent gesenkt. Mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG)<sup>5</sup> von 1988 wurden 50 Prozent der Kosten für zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen von der Krankenversicherung übernommen. Zudem wurde die Bonusregelung eingeführt, um einen Anreiz für präventionsorientiertes Verhalten zu setzen. Damit erhöhte sich der Zuschuss um zehn Prozent. Eine weitere Erhöhung um fünf Prozent war vorgesehen, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlung regelmäßig Untersuchungen wahrgenommen hatte. Die Bonusregelung hat mittlerweile bei den Patienten eine sehr hohe Akzeptanz erfahren. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)<sup>6</sup> von 1992 wurden bestimmte Zahner-

<sup>1</sup> Grischa Brauckhoff, Thomas Kocher, Birte Holtfreter, Olaf Bernhardt, Christian Splieth, Reiner Biffar, Anke-Christine Saß, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 47 – Mundgesundheit, Robert-Koch-Institut, Berlin, 2009

<sup>2</sup> BSG Breith. 1973, 604

<sup>3</sup> KVKG vom 27.06.1977, BGBl. I, S. 1069

<sup>4</sup> KVEG vom 22.12.1981, BGBl. I, S. 1578

<sup>5</sup> GRG vom 20.12.1988, BGBl. I, S. 2477

<sup>6</sup> GSG vom 21.12.1992, BGBl. I, S. 2266

satz-Versorgungsformen aus dem GKV-Katalog gestrichen. Zudem wurden die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz um zehn Prozent abgesenkt. Dieser sogenannte „Lahnstein“-Kompromiss enthielt zudem unter anderem die Einführung der Budgetierung im Sachleistungsbereich und die freie Krankenkassenwahl für alle Versicherten.

Mit dem Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG) von 1997 erhielten alle nach 1978 geborenen – mit wenigen Ausnahmen – keinen Kassenzuschuss zu den Kosten für Zahnersatz mehr. Im gleichen Jahr wurde mit dem Zweiten GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG)<sup>7</sup> zum ersten Mal ein Festzuschussystem im Bereich Zahnersatz eingeführt. In diesem Festzuschussystem richtete sich der Zuschuss nach der Art der prothetischen Versorgung, so dass es im Gegensatz zum heutigen befundorientierten Festzuschussystem als therapieorientiertes System gestaltet war. Die Zahnärzteschaft hatte sich auf der Grundlage des Konzeptes von „Vertrags- und Wahlleistungen“ für diesen systemverändernden Schritt stark gemacht. Dementsprechend positiv waren die Auswirkungen des 2. GKV-NOG aus Sicht der Zahnärzteschaft zu beurteilen: Kostenerstattung, Festzuschüsse und Abrechnung auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte. Jedoch kam es bei der Umsetzung der Festzuschüsse zwischen Zahnärzteschaft, Krankenkassen und dem Bundesgesundheitsministerium zu Auseinandersetzungen über die rechtmäßige Anwendung des Festzuschussystems in Einzelfragen.

Nach dem Regierungswechsel von Schwarz-Gelb zu Rot-Grün fand bereits 1999 mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)<sup>8</sup> ein „roll back“ statt. Das Festzuschussystem wurde abgeschafft und es galten wieder die prozentualen Zuschüsse. Zudem wurden die Punktwerte für Zahnersatz um zehn Prozent abgesenkt, alle Leistungsbereiche budgetiert und die Ausgabenvolumen für Zahnersatz und Kieferorthopädie zusätzlich um fünf Prozent reduziert. Das GKV-SolG wurde auch als „Vorschaltgesetz“ bezeichnet, da es nur die Vorbereitung für eine größere Reform sein sollte.

Denn im März 1999 stellte die neue Bundesregierung Eckpunkte für eine GKV-Gesundheitsreform 2000 vor. Die

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hatte bereits im Februar 1999 ein Positionspapier zur Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung vorgelegt. Das Papier war Ergebnis einer Klausurtagung des KZBV-Vorstandes und der KZV-Vorsitzenden. Es wurde daraufhin aktiv in den Gesetzgebungsprozess eingebracht. In dem Papier wurde erstmals die Einführung befundorientierter Festzuschüsse gefordert. Im April lag ein Diskussionsentwurf zum „Gesetz zur Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000“ vor. Dieses sah unter anderem ein Globalbudget und Einkaufsmodelle der Krankenkassen vor. Aufgrund massiver Proteste aus dem gesamten Gesundheitswesen und sich in der Zwischenzeit ändernder Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat konnte jedoch nur eine deutlich verschlankte Version der GKV-Gesundheitsreform 2000 den Bundesrat passieren.

Nach intensivem Diskussionsprozess verabschiedete die Vertreterversammlung der KZBV im Jahr 2000 das Reformpapier „Das Selbstbestimmungs-Prinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung: Vertrags- und Wahlleistungen in der zahnmedizinischen Versorgung“. Darin wurde die Idee der befundorientierten Festzuschüsse weiter thematisiert, jedoch nur als Übergangsszenario auf dem Weg hin zu einer Zahnersatzversorgung außerhalb der GKV. Auch dieses Konzept wurde intensiv in die Politik hinein kommuniziert.

Den Wechsel von Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) zu Ulla Schmidt (SPD) an der Spitze des Bundesgesundheitsministeriums im Januar 2001 hatte die KZBV als Chance für einen konstruktiven Dialog zur Umsetzung der Reformvorschläge der Zahnärzteschaft gesehen.

Zur Zukunft des Gesundheitswesens hatte Ulla Schmidt umgehend einen „Runden Tisch“ eingerichtet, an dem alle Beteiligten im Gesundheitswesen diskutierten und versuchten, Lösungen im Konsens zu erarbeiten. Die KZBV hat wichtige Impulse eingebracht, unter anderem auch den Weg hin zu einem befundorientierten Festzuschussmodell auf der Basis des Kostenerstattungsprinzips. Gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer brachte die KZBV dort ein Positionspapier zur Ausgestaltung befundorientierter Festzuschüsse ein.

<sup>7</sup> 2. GKV-NOG vom 23.06.1997, BGBl. I, S. 1520

<sup>8</sup> GKV-SolG vom 19.12.1998, BGBl. I, S. 3858

Trotz der GKV-Gesundheitsreform 2000 und weiterer Sparmaßnahmen stieg der durchschnittliche Beitragssatz der Krankenkassen weiter an. Ulla Schmidt unternahm daher 2003 den Versuch einer parteiübergreifenden Gesundheitsreform. Die FDP stieg bereits nach kurzer Zeit aus den Gesprächen aus. Im Sommer 2003 verständigten sich die rot-grüne Regierungskoalition und die CDU/CSU-Opposition auf eine Reform mit dem Namen Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)<sup>9</sup>. Dank der Union fanden auch die „befundabhängigen Festzuschüsse auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vergütung“ Eingang in den Konsens.

Die KZBV hat in dieser Zeit engen und häufigen Kontakt zu den Fraktionen des Bundestages gehalten, um die Position der Zahnärzteschaft zu erläutern und die Auswirkungen der verschiedenen Reformalternativen zu verdeutlichen. Unterstützt wurde sie dabei von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Denn zahnärztlicher Sachverstand war in dieser hochkomplexen Thematik sehr gefragt. Letztlich floss ein „befundorientiertes Festzuschussystem“ in das Gesetz ein, auch wenn es eine tendenziell therapiebezogene Ausrichtung durch die Fortschreibung der bisherigen Leistungsbegrenzungen hatte. Die KZBV hatte sich hingegen für eine größere Wahlfreiheit der Patienten in der Zahnersatzversorgung und ein weniger komplexes Konzept eingesetzt. Nichtsdestotrotz war es ein großer Erfolg der Zahnärzteschaft, ein verbessertes befundabhängiges Festzuschussystem im Fünften Sozialgesetzbuch verankern zu können. KZBV und Gesundheitsministerin waren sich einig, dass mit dem Ende des prozentualen Festzuschussystems

ein wichtiger Schritt hin zu mehr Versorgungsgerechtigkeit gemacht wurde. Mit den Worten von Ulla Schmidt: „Das ist ein Stück weit Gerechtigkeit. Früher bekam derjenige, der sich einen aufwändigeren Zahnersatz leisten konnte, mit seinen 50 Prozent der Kosten einen höheren Anteil – heute bekommt jeder Versicherte die gleiche Leistung.“<sup>10</sup>

Im GMG, dessen wesentliche Bestandteile 2004 in Kraft traten, war darüber hinaus vorgesehen, dass die Versicherten sich ab 2005 für Zahnersatzleistungen privat absichern. Dazu sollten sich alle Versicherten für Zahnersatz bei ihrer Krankenkasse zu einem festen und einkommensunabhängigen Beitrag versichern, der von den GKV-Spitzenverbänden festgelegt werden sollte. Alternativ hätten die Versicherten eine PKV-Police abschließen können, wenn diese mindestens den gleichen Leistungsumfang böte wie die GKV-Versicherung.

Noch im Laufe des Jahres 2004, vor Inkrafttreten dieses Teils der Reform, entschied sich der Gesetzgeber, mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz diese Regelung wieder abzuschaffen. Da sich abzeichnete, dass die Kosten für die Erhebung der Pauschale bei den gesetzlichen Krankenkassen teurer würde, als die Pauschale selbst einbringen würde, wurde stattdessen ein zusätzlicher Krankenkassenbeitrag von den Versicherten erhoben. Der im GMG beschlossene Sonderbeitrag von 0,5 Prozentpunkten zum 1. Januar 2006, der zur Senkung der Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber allein bei den Versicherten angesetzt war, wurde ersetzt durch einen Zusatzbeitrag von 0,9 Prozentpunkten bereits ab dem 1. Juli 2005.

## Selbstverwaltung setzt Festzuschussystem um

Die Selbstverwaltung wurde durch das GMG beauftragt, bis Mitte 2004 Befunde, Regelversorgungen und die hierfür erforderlichen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien festzulegen. Nach harten Verhandlungen stellte der KZBV-Vorstand die Ergebnisse am 23. Juni 2004 in Köln vor. Die KZBV hat, ausgehend von der Gesetzeslage, ihre Idee der befundbezogenen Festzuschüsse in die Verhandlungen über die Ausgestaltung des Festzuschussystems mit den Krankenkassen eingebracht.

Die Krankenkassen wollten das Festzuschussystem stärker therapieorientiert umsetzen und deutlich weitergehende Versorgungslösungen im GKV-System als Regelleistung etablieren. Diese opulenten Forderungen wurden im Bundesausschuss abgelehnt. Insgesamt hat sich trotz des Systemwechsels das Versorgungsniveau nicht geändert. So finden sich 98 Prozent aller Brücken, die zuvor von der GKV bezuschusst wurden, auch im befundorientierten Festzuschussystem wieder. Beim Gros der Zahnersatzversorgung veränderten sich die Kosten für die Patienten in der Regel nicht. Von Kostensteigerungen betrof-

<sup>9</sup> GMG vom 14.11.2003, BGBl. I, S. 2190

<sup>10</sup> zm 95, Nr. 3, 01.02.2005, Seite 20

fen war lediglich der „Komfort“-Bereich. Auch der damalige BMG-Sprecher Klaus Vater bestätigte dies: „Die Versorgung mit Zahnersatz bleibt für die Versicherten in der Regel auf dem heutigen Versorgungsniveau. Die Versicherten können jedoch mit Festzuschüssen besser kalkulieren, und sie müssen nicht mehr befürchten, dass sie die Kassenleistung verlieren.“<sup>11</sup>

Das hohe Niveau der Regelversorgung im Festzuschusssystem beim Zahnersatz garantiert sozial Schwachen über die Härtefallregelung eine im europäischen Vergleich herausragende, zuzahlungsfreie Versorgung. Denn Versicherte, die ansonsten unzumutbar belastet würden, haben bei Wahl der Regelversorgung Anspruch auf die Übernahme der tatsächlich entstandenen Kosten. Wählen sie eine von der Regelversorgung abweichende Versorgung, steht ihnen der doppelte Festzuschuss zu. Mit der Vermeidung sozialer Härten im befundorientierten Festzuschusssystem ist es gelungen, einkommensschwächeren Menschen eine qualitativ hochwertige Regelversorgung zu ermöglichen. Die KZBV begrüßt und unterstützt diese Regelung. Die Grundversorgung mit Zahnersatz gehört in den GKV-Leistungskatalog. Denn Eigenverantwortung und Solidarität schließen sich nicht aus, sondern gehören zusammen und bilden eine Balance. Eine Gesellschaft kann auf Dauer nur dann die Kraft zur Solidarität aufbringen, wenn jeder Einzelne das ihm Mögliche selber tut. Diese Idee wurde für das Gesundheitssystem mit dem befundorientierten Festzuschusssystem vorbildlich umgesetzt.

Es war das Ziel des Gesetzgebers und der Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss, mit der Umstellung auf das Festzuschusssystem beim Zahnersatz im Jahr 2005 das schon vorher bestehende hohe Versorgungsniveau zu erhalten und dies im neu eingeführten System abzubilden. Jedem Bürger sollte nicht nur weiterhin eine gute, qualitativ hochwertige und dem wissenschaftlichen Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung mit Zahnersatz ermöglicht, sondern auch die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt gesichert werden. In der zahnärztlichen Prothetik gibt es für einen bestimmten Befund stets mehrere, hinsichtlich Komfort, Ästhetik und Kosten unterschiedliche wissenschaftlich abgesicherte Versorgungsalternativen. Da die

Solidargemeinschaft der Versicherten nicht alle Versorgungsvarianten finanzieren kann, bedarf es einer Abgrenzung zwischen dem objektiv notwendigen („need dentistry“) und dem subjektiv wünschenswerten Bedarf („want dentistry“).

Das befundbezogene Festzuschusssystem trägt dieser Abgrenzung durch die Segmentierung der Therapiealternativen in Regelversorgung sowie gleich- und andersartige Versorgung Rechnung. Und so gelingt auch die ordnungspolitische Ausräumung zwischen der Freiheit des Patienten, sich für eine höherwertige Versorgung zu entscheiden und dem sozialen Ausgleich über das GKV-System. Darüber hinaus machen Festzuschüsse die Kosten einer Therapie und die Leistung der Solidargemeinschaft für den Einzelnen transparent. Sie fördern das Kostenbewusstsein der Versicherten und lassen sie stärker an der Entscheidungsfindung partizipieren.

Im Anschluss an die Umsetzung durch die Selbstverwaltung gab es einen großen Informations- und Beratungsbedarf bei der Bundesregierung und den Fraktionen des Deutschen Bundestages, unter anderem hervorgerufen durch das Störfeuer der Zahntechniker-Innungen. Diese beschworen Kostensteigerungen bei den Patienten und einen damit einhergehenden Nachfrageeinbruch bei den Patienten. Bei der Anhörung im Deutschen Bundestag im März 2005 mussten sogar die Krankenkassen der KZBV beipflichten, dass sich an der Versorgungsrealität wenig geändert hatte. Der Rückgang der Fallzahlen zu Beginn des Jahres 2005 muss vor dem Hintergrund einer fehlenden Übergangsregelung und der negativen Presseberichterstattung im Vorfeld betrachtet werden und der damit einhergehenden Verunsicherung bei den Patienten. Dadurch wurden Versorgungen auf 2004 vorgezogen oder weiter hinausgezögert. Im Ergebnis normalisierten sich die Fallzahlen im Laufe des Jahres 2005 wieder. Die KZBV hat seit Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse mit der stets aktualisierten Handreichung „Schwere Kost für leichteres Arbeiten. Hinweise und Berechnungsbeispiele zur Einführung von Festzuschüssen für Zahnersatz ab 2005“ den Zahnärzten, der Politik und der interessierten Öffentlichkeit Hilfestellung zu dieser komplexen Thematik gegeben.

<sup>11</sup> zm 94, Nr. 14, 16.07.2004, Seite 19

## Breite politische Akzeptanz des Systems

Die KZBV hat es vermocht, ihr Konzept der befundorientierten Festzuschüsse erfolgreich in die Politik hineinzutragen. Für Patienten, Zahnärzte und Krankenkassen konnte dadurch – nach Jahrzehnten ständiger Reformen – endlich Verlässlichkeit geschaffen werden. Auch wenn die Zahnärzteschaft sich früher für eine vollständige Herausnahme des Zahnersatzes und die Einführung der Kostenerstattung ausgesprochen hatte, so war man doch sehr bestrebt, das im Gesetz Erreichte zu einem Erfolg werden zu lassen.

Die Ansätze, den Versorgungsbereich Zahnersatz aus der GKV herauszulösen, waren ein Versuch, das Prämienmodell der CDU aus dem Jahr 2003 zu „testen“. Er führte dazu, dass sich die Diskussion über die Gesundheitsprämie zum ersten Mal manifestierte. Nie zuvor und auch nicht danach war ein zahnärztliches Thema so sehr ein Streitpunkt unter den Spitzenpolitikern wie die Finanzierung des Zahnersatzes. Durch den Einbezug in die Lohnnebenkosten-Diskussion gelangte das Thema in die Öffentlichkeit und wurde dort heftig diskutiert. Mit dem befundbezogenen Festzuschussmodell wurde der Konflikt grundlegend befriedet.

Im Koalitionsvertrag von 2005 war noch eine Überprüfung des Festzuschussystems vorgesehen. Im März 2007 teilte das Bundesgesundheitsministerium in einem Schreiben an die SPD-Fraktion jedoch mit, dass sich das Konzept grundsätzlich bewährt habe und für den Gesetzgeber derzeit kein Handlungsbedarf erkennbar sei. Im Jahr darauf legte die KZBV einen umfangreichen Evaluierungsbericht vor, der dies untermauerte.

Mit dem Festzuschussmodell sollte auch das dem prozentualen Zuschussystem innewohnende Problem des „Moral Hazard“ vermieden werden. Die Kopplung des Zuschusses an die Gesamtkosten der Versorgung im prozentualen Zuschussystem führte dazu, dass derjenige, der sich eine höherwertige Versorgung leisten konnte und wollte, mehr Unterstützung aus der GKV erhielt. Somit profitierten Patienten mit höherem Einkommen stärker von der Solidargemeinschaft als Menschen mit geringerem Einkommen. Mit dem befundbezogenen System wurde diese soziale Schieflage korrigiert. Zudem sind nach der Einführung der Festzuschüsse und der Aufhebung

der Budgetierung die GKV-Ausgaben für Zahnersatz gesunken. Die Politik hat erkannt, dass Festzuschüsse eine positive Steuerungswirkung auf die Ausgaben haben.

Festzustellen ist heute, dass die gesetzten Ziele vollumfänglich erreicht und im gesellschaftspolitischen Konsens umgesetzt worden sind. Das System hat in den letzten zehn Jahren eine hohe gesellschaftspolitische Akzeptanz erfahren. So machte Annette Widmann-Mauz bereits 2007 auf die Vorbildfunktion der an die Festzuschüsse gekoppelten Bonusregelung aufmerksam: „Im ersten Bereich, in dem die Vorsorge mit einem finanziellen Anreiz versehen wurde, dem Zahnersatz, hat die Regelung hohe Akzeptanz erlangt. Hier ist es inzwischen zur Selbstverständlichkeit geworden, dass ein erhöhter Eigenanteil fällig wird, wenn die zahnärztliche Vorsorge nicht regelmäßig durchgeführt wird.“<sup>12</sup>

In den Wahlprüfsteinen der KZBV zur Bundestagswahl 2013 haben sich die Parteien klar festgelegt: „Die Union steht uneingeschränkt hinter dem Festzuschusskonzept“, so CDU und CSU. Die SPD stellte fest: „Das Festzuschussystem ist mittlerweile von den Patientinnen und Patienten akzeptiert.“ Die Liberalen machten deutlich: „Das Festzuschussystem hat sich aus Sicht der FDP bewährt.“ Bündnis 90/Die Grünen erklärten: „An den befundorientierten Zuschüssen für Zahnersatz wollen wir [...] festhalten.“ Die Partei DIE LINKE. möchte hingegen „das Sachleistungsprinzip wiederherstellen und die Festzuschüsse abschaffen. Medizinisch notwendiger Zahnersatz muss durch die Kassen voll übernommen werden.“ Abgesehen von der Linkspartei halten damit alle im letzten Deutschen Bundestag vertretenen Parteien am befundorientierten Festzuschussystem fest.

Die Versorgung mit Zahnersatz hat in der Vergangenheit eine Vielzahl von Reformen erfahren. Seit 2005 gilt jedoch das befundorientierte Festzuschussystem unverändert fort. Seitdem war keine Novellierung notwendig. Das ist für das Gesundheitswesen ungewöhnlich und zeigt, dass das System erfolgreich ist. Der geläufige Spruch „Nach der Reform ist vor der Reform“ gilt für die Gesundheitspolitik im Ganzen weiterhin, für den Bereich Zahnersatz jedoch nicht mehr.

<sup>12</sup> Pressemitteilung vom 27.07.2007 (<https://www.cducsu.de/presse/pressemitteilungen/eigenverantwortung-durch-teilnahme-frueherkennungsmassnahmen-staerken>)

## Kritik am Festzuschusssystem

Trotzdem ist die neue Systematik nicht frei von Kritik geblieben. So spricht der GKV-Spitzenverband von einer finanziellen Überforderung der Versicherten im Festzuschusssystem.<sup>13</sup> Als Indikator für eine finanzielle Überforderung kann der Anteil der Härtefälle beim Festzuschuss betrachtet werden. Vor dem Hintergrund, dass die Zahlen der Härtefälle seit Einführung der befundorientierten Festzuschüsse unverändert sind, trifft die Aussage des GKV-Spitzenverbandes jedoch nicht zu. Der Anteil der Härtefälle liegt konstant bei zehn bis elf Prozent. Diese Patienten erhalten jedoch 27 bis 29 Prozent des Zuschussvolumens. Das Geld kommt also genau dort an, wo es am nötigsten gebraucht wird.

Wann ein Härtefall vorliegt, ist in § 55 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 bis 3 SGB V geregelt. Eine unzumutbare Belastung liegt demnach dann vor, wenn der Versicherte zur Personengruppe mit geringen Einnahmen zum Lebensunterhalt (Nr. 1) gehört, oder wenn er Bezieher von Sozialleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (Nr. 2) oder Heimbewohner ist, dessen Unterbringungskosten von einem Träger der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge getragen werden (Nr. 3). Die Prüfung obliegt der Krankenkasse. Der Zahnarzt hat darauf und auf die Entwicklung der Härtefälle keinen Einfluss. Wer die finanzielle Überforderung der Versicherten fürchtet, muss sich für eine Änderung der Härtefallsschwelle aussprechen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass das auf die zahntechnische Leistung entfallende Honorar den Großteil der Kosten beim Zahnersatz verursacht. Auf das zahnärztliche Honorar entfallen ca. 40 Prozent der Ausgaben. Der auf die Zahntechnik entfallende Anteil der Material- und Laborkosten liegt bei ca. 60 Prozent der Ausgaben.

## Festzuschusssystem – ein „lernendes System“

Das Festzuschussmodell ist als „lernendes System“ entwickelt worden. Die KZBV hat zusammen mit dem GKV-Spitzenverband die Regelversorgung entsprechend dem gesetzlichen Auftrag überprüft und nach intensiver Diskussion im Gemeinsamen Bundesausschuss Anpassungen vorgenommen. Die Regelversorgung bildet nach wie vor eine hochwertige,

Der KZBV liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass Menschen auf Zahnersatz verzichten, weil sie sich dies nicht leisten können. Die Festzuschussregelung beim Zahnersatz ist vom Gesetzgeber so ausgestaltet worden, dass in Härtefällen eine Regelversorgung ohne Zuzahlung möglich ist. Wurde anfangs bei Reparaturen noch eine Unterdeckung festgestellt, so hat der Gemeinsame Bundesausschuss schnell reagiert und die Regelung nachgebessert, so dass auch bei Reparaturen im Rahmen der Härtefallregelung eine zuzahlungsfreie Versorgung erfolgt.

Der Verband der Ersatzkassen stellte in einer Untersuchung fest, dass sich mit der Zunahme von Implantatversorgungen aufgrund der erhöhten Kosten einer solchen Versorgung auch der durchschnittliche Kostenanteil der Patienten an der Zahnersatzversorgung erhöht hat.<sup>14</sup> Das lässt sich nicht abstreiten. Die Implantatversorgung ist eine moderne Versorgung, die in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht hat. Seit Einführung des befundorientierten Festzuschusssystems wird diese Versorgungsform erstmals bezuschusst. Damit haben Patienten die Möglichkeit, sich für eine Implantatversorgung zu entscheiden, ohne ihren Zuschuss von der Krankenkasse zu verlieren. Selbstverständlich erhalten sie vor der Therapiewahl eine umfassende Aufklärung und Beratung, auch hinsichtlich der Kosten. Die Zuwächse bei der Implantatversorgung sind ein Beweis dafür, dass das befundorientierte Festzuschussmodell die Teilhabe am zahnmedizinischen Fortschritt tatsächlich ermöglicht und die Versicherten diese Wahlmöglichkeit nutzen.

medizinisch notwendige und wirtschaftliche Versorgung ab. Eine Zunahme des Anteils gleichartiger Versorgung ist daher Ausdruck gestiegener ästhetischer Ansprüche der Patienten (siehe auch den Beitrag „Entstehung und Fortentwicklung der Festzuschuss-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss“).

<sup>13</sup> Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung – Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode, 27.06.2013

<sup>14</sup> vdek Festzuschuss-Erhebung, Folgerhebung 2009

## Patientenberatung

Die erweiterten Wahlmöglichkeiten der Patienten, die mit dem System befundbezogener Festzuschüsse verbunden sind, haben das Bedürfnis der Patienten nach verlässlichen Informationen zur Behandlung deutlich verstärkt. Diesem Beratungsbedarf tragen KZBV und KZVen mit einem Zweitmeinungsmodell Rechnung, welches parallel zur Einführung der Festzuschüsse auf den Weg gebracht wurde. Jedem gesetzlich Krankenversicherten steht damit die Möglichkeit offen, sich vor einer geplanten Behandlung eine zweite Meinung zum Heil- und Kostenplan einzuholen. Das Modell ergänzt die bereits bestehenden Beratungsangebote der zahnärztlichen Körperschaften.<sup>15</sup>

Das Festzuschussystem genießt bei den Patienten eine hohe Akzeptanz. Dazu tragen auch die gesetzlichen Vorgaben zur Transparenz bei: Vor jeder prothetischen Behandlung muss der Zahnarzt nach einem entsprechenden Aufklärungsgespräch, in dessen Verlauf die Behandlungsalternativen inklusive der Kosten dargestellt und mit dem Versicherten abgestimmt werden, einen schriftlichen Heil- und Kostenplan

erstellen. In diesem Heil- und Kostenplan sind die notwendige Versorgung (Regelversorgung) und deren Kosten, sowie vom Patienten gewünschte über das notwendige Maß hinausgehende Versorgungen (gleich- und andersartige Versorgungen) und deren Kosten aufgeführt. Der Versicherte erhält also vor Beginn der Behandlung den Überblick über die individuellen Behandlungsmöglichkeiten und umfängliche Kostentransparenz. Die KZBV hat im Jahr 2014 eine weitere Patienteninformation zur Erläuterung des Heil- und Kostenplans veröffentlicht, damit Patienten sich noch besser informieren können.

Auf dieser Grundlage kann der Patient gemeinsam mit seinem Zahnarzt eine Therapieentscheidung treffen. Das Festzuschussmodell hat daher auch zu einer höheren Bedeutung der partizipativen Entscheidungsfindung in der Arzt-Patienten-Kommunikation geführt und das Bewusstsein für die Kosten medizinischer Versorgung bei den Patienten erhöht<sup>16</sup> (siehe auch den Beitrag „Im Interesse des Patienten – Beiträge zur Qualitätsförderung“).

## Diskussionsbedarf

Neben der Härtefallregelung für den Schutz sozial schwächerer Patienten federt das Bonusheft als Anreizsystem für präventives Verhalten die Kosten für Zahnersatz ab. Wer regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen wahrnimmt und dabei eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erkennen lässt, erhält höhere Zuschüsse, wenn er Zahnersatz benötigt. Hier wäre zu überlegen, ob das Bonusheft auch auf andere Leistungsbereiche in der zahnmedizinischen Versorgung übertragen und dort ebenfalls an finanzielle Vorteile gekoppelt werden sollte.

Aufgrund der guten Erfahrung und der hohen Akzeptanz ist zudem zu diskutieren, ob eine Ausweitung des Festzuschussystems auch auf andere Bereiche der zahnmedizinischen Versorgung sinnvoll sein könnte.

<sup>15</sup> Siehe hierzu die BZÄK/KZBV-Broschüre „Patienten im Mittelpunkt – Die Patientenberatung der Zahnärzteschaft in Deutschland“, 2012

<sup>16</sup> IDZ-Information Nr. 2/2006 „Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz“



# Das Festzuschussystem bei Zahnersatz als vorläufiger Endpunkt sozialrechtlicher Selbstbeteiligungsmodelle

20

Die vertrags-(zahn-)ärztliche Versorgung umfasst gem. § 73 Abs. 2 Nrn. 2 und 2a SGB V unter anderem die zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 SGB V sowie die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 SGB V entspricht. Dementsprechend ist auch in § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt, dass die zahnärztliche Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist und dabei auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden, umfasst.

Grundsätzlich werden sämtliche Leistungen des SGB V und dabei unter anderem auch die vertrags-(zahn-)ärztlichen Leistungen im Rahmen des sogenannten Natural- bzw. Sachleistungsprinzips gem. § 2 Abs. 2 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen kostenlos zur Verfügung gestellt. Bei diesem Sachleistungsprinzip handelt es sich nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) um ein „grundsätzliches Strukturelement“ der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit nichts Abweichendes geregelt ist.<sup>1</sup>

Eine davon abweichende Eingrenzung des Leistungsanspruches des GKV-Versicherten bei der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen ergibt sich demgegenüber aber aus § 55 SGB V. Danach haben Versicherte einen Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gem. § 135 Abs. 1 SGB V in Richtlinien vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen grundsätzlich 50 Prozent der gem. § 57 SGB V vom G-BA festzusetzenden Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse um 20 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

- die Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Individualprophylaxe gem. § 22 Abs. 1 SGB V nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
- sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse erhöhen sich um weitere zehn Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlung die oben genannten Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen hat. Gem. § 55 Abs. 2 und 3 SGB V stehen Versicherten in sogenannten Härtefällen gegebenenfalls weitere Ansprüche bis zur doppelten Höhe des jeweiligen Festzuschusses dann zu, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden.

Die Festzuschüsse stehen den Versicherten unabhängig von der konkret gewählten Versorgungsform zu. Wählen Versicherte eine über die Regelversorgung gem. § 56 Abs. 2 SGB V vom G-BA bestimmte Regelversorgung hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den für die Regelversorgung aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Soweit Versicherte eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung wählen, haben die Krankenkassen ihnen gem. § 55 Abs. 5 SGB V die bewilligten Festzuschüsse hinsichtlich der jeweiligen Regelversorgungen zu erstatten.

Gem. § 56 Abs. 2 SGB V hat der G-BA auf der Grundlage einer international anerkannten Klassifikation des Lückengebisses bestimmte Befunde zu definieren und diesen eine bestimmte zahnprothetische Versorgungsform als Regelversorgung zuzuordnen. Diese Regelversorgung hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei dem jeweiligen Befund nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Dabei hat der G-BA insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbeziehung zu berücksichtigen.

<sup>1</sup> BSGE 69, 170; 81, 54; 81, 73; 53, 150; 55, 188; 88, 193

Die Vergütungen für die jeweiligen zahnärztlichen bzw. zahn-technischen Leistungen sind gem. § 57 SGB V auf Bundesebene vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der KZBV bzw. dem Verband der Zahntechniker-Innungen zu vereinbaren.

Durch diese, durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)<sup>2</sup> zum 01.01.2005 in Kraft getretenen<sup>3</sup> Neuregelungen in den §§ 55 ff. SGB V ist somit der Leistungsanspruch der GKV-Versicherten hinsichtlich der Zahnersatzversorgung in seiner Höhe begrenzt worden. Während ansonsten im System der GKV dem Versicherten infolge des Sachleistungsprinzips suggeriert wird, ihm stünden alle medizinischen Leistungen jederzeit und in unbegrenzter Menge kostenlos zur Verfügung, ergibt sich bereits aus § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V eine grundsätzliche Begrenzung der Festzuschüsse auf 50 Prozent der Kosten für die jeweilige Regelversorgung. Es verbleibt danach auch bei Inanspruchnahme einer Regelversorgung ein Eigenanteil des Versicherten in Höhe von 50 Prozent der Gesamtkosten. Dieser Eigenanteil kann lediglich bei lang-

jähriger Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen und regelmäßiger Zahnpflege um weitere 20 bzw. 30 Prozent der Festzuschüsse gemindert werden. Mit Ausnahme der angesprochenen Härtefälle verbleibt es aber in jedem Fall bei einem Eigenanteil des Versicherten.

Mit dieser Begrenzung des Leistungsanspruchs ist andererseits für den Versicherten aber auch ein unbeschränktes Wahlrecht unter allen zahnmedizinisch im Einzelfall indizierten Versorgungsformen verbunden. Ähnlich wie hinsichtlich der Versorgung mit Zahnfüllungen gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 bis 5 SGB V kann sich der Versicherte daher unter Tragung der damit gegebenenfalls verbundenen Mehrkosten auch für aufwendigere Versorgungsformen entscheiden, die grundsätzlich nicht zum Leistungsspektrum der GKV zählen.

Damit hat der Sozialgesetzgeber in verfassungsrechtlich zulässiger Weise auf besondere Rahmenbedingungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung reagiert und damit in diesem Sektor bereits zuvor geltende Modelle der Selbstbeteiligung der Versicherten weiterentwickelt.

## Regelungsauftrag und -spielraum des Sozialgesetzgebers

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts<sup>4</sup> resultiert für den Gesetzgeber aus dem Sozialstaatsprinzip gem. Art. 20 Abs. 1 GG die grundsätzliche Verpflichtung zur Ausgestaltung sozialer Sicherungssysteme. Dabei handelt es sich allerdings lediglich um ein generelles Grundprinzip, dem keine detaillierten Strukturvorgaben bei der konkreten Ausgestaltung der jeweiligen Systeme zu entnehmen sind. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Strukturvorgaben ist daher einer Konkretisierung durch den Gesetzgeber zugänglich und diesem kommt dabei eine erhebliche Gestaltungsfreiheit zu.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zielt das Sozialstaatsprinzip seinem Ursprung nach auf einen allgemeinen Schutz und Fürsorge für besonders Hilfsbedürftige insbesondere dann, wenn sich diese in einer persönlichen Notlage befinden.<sup>5</sup> Dies bedeutet allerdings keine Verpflichtung des Staates zu einer umfassenden kostenlosen Daseinsvorsorge, sondern nur eine Verpflichtung zur Sicherstellung der Mindestvoraussetzungen eines menschenwürdigen Daseins.<sup>6</sup>

Neben diese Fürsorgepflicht für besonders Hilfsbedürftige tritt danach aber weiterhin der Auftrag zur Schaffung sozialer Sicherungssysteme für jedermann.<sup>7</sup> Ohne dass damit bereits eine konkrete Ausgestaltungsverpflichtung verbunden wäre, muss daher, insbesondere für den Fall des Eintritts einer Erkrankung, ein bestimmtes soziales Sicherungssystem vorgehalten werden.<sup>8</sup> Aus dem Sozialstaatsprinzip folgt dabei aber keine Vorgabe für eine ganz konkrete Ausgestaltung dieses Sicherungssystems und insbesondere nicht die Verpflichtung zur Gewährung bestimmter Leistungen in bestimmten Erbringungsformen.<sup>9</sup> Sowohl was die Organisation eines Leistungssystems als auch die Leistungsinhalte im Einzelnen betrifft, besteht daher ein weiter Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers<sup>10</sup>, in dessen Rahmen der Gesetzgeber die Gewährung bestimmter Leistungen grundsätzlich völlig ausschließen<sup>11</sup> bzw. auch früher gewährte Sozialleistungen in erheblichem Umfang abbauen kann.<sup>12</sup>

Vor diesem Hintergrund ist der Gesetzgeber daher nicht daran gehindert, zum Beispiel soziale Sicherungssysteme in unterschiedlicher Form auszugestalten oder diese auch an

<sup>2</sup> Vom 14.11.2003; BGBl. I S. 2190

<sup>3</sup> Vgl. Art. 37 Abs. 8 GKV-Modernisierungsgesetz - GMG

<sup>4</sup> BVerfGE 65, 182; 71, 66

<sup>5</sup> BVerfGE 35, 202; 40, 121; 43, 13; 44, 353

<sup>6</sup> BVerfGE 40, 121

<sup>7</sup> BVerfGE 11, 105; 28, 324; 75, 108

<sup>8</sup> BVerfGE 57, 70

<sup>9</sup> BVerfGE 27, 253; 41, 126; 57, 70; 68, 193; 82, 60; BSGE 54, 206

<sup>10</sup> BVerfGE 70, 278

<sup>11</sup> BVerfGE 52, 283; 82, 60

<sup>12</sup> BSG, NJW 1987, 463

veränderte Rahmenbedingungen, so zum Beispiel an eine Veränderung der Leistungsfähigkeit der Gemeinschaft oder veränderte Prioritätensetzungen hinsichtlich der Allokation der vorhandenen Mittel anzupassen. Dementsprechend ist der Leistungsumfang in der GKV auch tatsächlich erheblichen Veränderungen unterworfen gewesen. Während das Krankenversicherungsgesetz des Jahres 1883 im Wesentlichen lediglich als Regelleistungen die Gewährung freier ärztlicher Behandlung sowie ein Krankengeld vorsah<sup>13</sup>, wurde erst im Jahre 1917 Karies als behandlungsbedürftige Krankheit vom Reichsversicherungsamt anerkannt und das Füllen von Zähnen als Pflichtleistung der GKV bezeichnet. In der Folge wurden die Leistungen im Rahmen des Versicherungsschutzes beim Eintritt von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen schrittweise immer weiter ausgedehnt. Damit reagierte der Gesetzgeber zum einen auf eine verbesserte finanzielle Situation der GKV, die eine Leistungsausweitung ohne eine übermäßige finanzielle Belastung der Beitragszahler ermöglichte, und andererseits auf eine veränderte Bewertung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen und dabei besonders des Fehlens bzw. der Fehlstellung von Zähnen.<sup>14</sup> Speziell im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgten zum Teil auch Leistungsausweitungen zur Förderung eines präventionsorientierten Verhaltens durch die Aufnahme gruppen- und individualprophylaktischer Leistungen in den Leistungskatalog der GKV.<sup>15</sup> Insbesondere in Reaktion auf zunehmende Finanzierungsschwierigkeiten der GKV sind im weiteren Verlauf aber auch Leistungseinschränkungen erfolgt. So sind zum Beispiel durch das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung<sup>16</sup> in der seinerzeitigen Regelung zur Kostenerstattung bei Zahnersatz in § 30 Abs. 1 SGB V a.F. verschiedene besonders aufwendige zahnprothetische Versorgungsformen aus der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgenommen worden, weil diese unverhältnismäßig aufwendig und teilweise zahnmedizinisch umstritten seien.<sup>17</sup>

Auch damit hat der Sozialgesetzgeber von seiner grundsätzlichen Kompetenz Gebrauch gemacht, bestimmte Leistungen auch aus sozialpolitischen oder finanziellen Erwägungen gegebenenfalls nachträglich einzuschränken oder aufzuheben.<sup>18</sup> In diesem Kontext hat das Bundesverfassungsgericht ergänzend auch ein Interesse der Allgemeinheit an solchen

Leistungsreduzierungen anerkannt, wenn dadurch beispielsweise sozialpolitisch unerwünschte Doppelbezüge oder unverhältnismäßig hohe Bezüge abgebaut werden, wobei zusätzlich auch eine angespannte Finanzsituation der jeweiligen Sozialversicherungsträger Berücksichtigung finden kann.<sup>19</sup> Dies gilt allerdings nur solange, als es sich um Leistungen handelt, die über einen Schutz der bloßen Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein hinausgehen und dabei den grundsätzlichen Anforderungen sozialer Gerechtigkeit dadurch entsprochen wird, dass der Kreis der Empfänger der Sozialleistungen sachgerecht abgegrenzt und bei einer Gesamtbetrachtung der soziale Schutz einer ins Gewicht fallenden gesellschaftlichen Gruppe nicht vernachlässigt wird.<sup>20</sup> Dem Gesetzgeber ist es dabei auch nicht grundsätzlich verwehrt, Regelungen zu treffen, deren Anwendung in bestimmten Fällen zu Härten oder Unbilligkeiten führt. Er kann in solchen Fallgestaltungen allenfalls verpflichtet sein, günstigere Regelungen für Gruppen besonders Bedürftiger zu treffen.<sup>21</sup>

Davon ausgehend erweist sich auch das Festzuschussystem gem. den §§ 55 ff. SGB V als verfassungsrechtlich zulässig. Ausgehend von dem Grundsatz, dass die gesetzlichen Krankenkassen auch von Verfassungen wegen nicht gehalten sind, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist<sup>22</sup>, ist auch ein gesetzliches Regelungskonzept zulässig, das eine lediglich teilweise Leistung bzw. Kostentragung vorsieht, sofern hinreichende sachliche Gründe bestehen, um eine unterschiedliche Behandlung Betroffener zu rechtfertigen. Daher sind auch zum Beispiel Beschränkungen der Leistungen der GKV für künstliche Befruchtung auf Ehepaare und die Begrenzung der Kostenübernahme in § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V hierzu auf 50 Prozent nicht zu beanstanden.<sup>23</sup> Dabei ist der Gesetzgeber auch nicht gehindert, unterschiedliche Leistungsbereiche innerhalb der GKV unterschiedlich auszugestalten. Er ist dabei nicht verpflichtet, alleine auf das Alter oder die medizinischen Gründe für eine Behandlungsnotwendigkeit abzustellen, sondern kann auch alleine auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten abstellen. Auch wenn verfassungsrechtlich keine Verpflichtung besteht, die wirtschaftliche Leistungsunfähigkeit innerhalb der GKV in jedem Falle aufzufangen<sup>24</sup>, können Leistungsansprüche auf Fallgestaltungen begrenzt

<sup>13</sup> Töns, 100 Jahre gesetzl. Krankenvers. im Blick der Ortskrankenkassen, 1983, 17ff.

<sup>14</sup> BSG, NJW 1974, 1455

<sup>15</sup> gem. §§ 21, 22 SGB V

<sup>16</sup> Gesundheitsstrukturgesetz – GSG vom 21.12.1992; BGBl. I S. 2266

<sup>17</sup> Vgl. die diesbezüglichen Ausführungen zur Neufassung von § 30 Abs. 1 SGB V in der Begründung zum GSG, BT-Drucks. 12/3608 vom 05.11.1992

<sup>18</sup> BVerfGE 36, 73; 40, 65

<sup>19</sup> BVerfGE 31, 185; 36, 73

<sup>20</sup> BVerfGE 40, 121

<sup>21</sup> BVerfGE 26, 44; 36, 73; 59, 287; 67, 231

<sup>22</sup> BVerfGE 115, 25; BFG, NJW 97, 3085; BSGE 96, 153; 100, 103; SozR 4-2500 § 27a Nr. 13

<sup>23</sup> BVerfGE 117, 316; BVerfG, NJW 09, 1733

<sup>24</sup> BSGE 110, 183

werden, in denen eine wirtschaftliche Leistungsunfähigkeit des Versicherten vorliegt. Da im Rahmen des Festzuschuss-systems in Härtefällen den Versicherten vollständig kosten-deckende Leistungen sogar über den doppelten Festzuschuss i. S. v. § 55 Abs. 1 Satz 2 SGBV hinaus dann zustehen können, wenn nur eine Regelversorgung in Anspruch genommen wird, ist diesen Anforderungen Rechnung getragen worden.<sup>25</sup>

Weitergehende Ansprüche können sich nach den Grund-sätzen des sogenannten „Nikolausbeschlusses“ des BVerfG

vom 06.12.2005<sup>26</sup> nur im Falle einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung ergeben, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Stan-dard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, hinsichtlich einer tatsächlich ärztlich angewandten Behand-lungsmethode, die eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Entwicklung auf den Krankheitsverlauf verspricht.<sup>27</sup>

## Sonderaspekte der zahnmedizinischen Versorgung

Wie dargestellt, kommt dem Gesetzgeber bei der Ausgestal-tung des Leistungsumfanges, der Leistungsinhalte und der Verfahren der Leistungsgewährung innerhalb der GKV ein erheblicher Gestaltungsspielraum zu. Bei dessen Ausfüllung ist der Gesetzgeber zwar grundsätzlich autonom in seiner Entscheidung, an welchen tatsächlichen Gesichtspunkten er anknüpfen möchte, wobei er allerdings zur Erzielung eines möglichst optimalen Ergebnisses unter anderem an den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 GG gebunden ist.<sup>28</sup> Danach ist allerdings nicht nur Gleiches grundsätzlich gleich, sondern Ungleiches entsprechend ungleich zu behandeln.<sup>29</sup> Bei der Normgestaltung im Bereich der vertragszahnärztli-chen Versorgung sind vom Gesetzgeber daher tatsächlich ungleiche sachliche Gegebenheiten innerhalb vergleichbarer Leistungsbereiche, wie denjenigen der vertragsärztlichen bzw. der stationären Versorgung, angemessen zu berücksichtigen. Vergleichsweise ist der Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung auch durch eine Reihe tatsächlicher Sonderbedin-gungen geprägt.

### > Erkrankungsursachen und -konsequenzen

Bereits berufsrechtlich<sup>30</sup> beschränkt sich die Tätigkeit des Zahnarztes auf die Diagnostik und Therapie von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.

Zwar können auch solche Erkrankungen einen lebensbedro-henden Verlauf nehmen. Dies gilt insbesondere für Neu-bildungen in diesem Bereich, die gegebenenfalls im Rahmen einer zahnärztlichen Untersuchung rechtzeitig erkannt und einer Behandlung zugeleitet werden können. Dabei handelt es sich jedoch um vergleichsweise seltene Ausnahmefälle,

die nicht das Schwergewicht der vertragszahnärztlichen Versorgung bilden. Zudem sind gerade bei derart aggressiven Erkrankungsformen die Behandlungs- und Heilungschancen naturgemäß von einer möglichst frühzeitigen Erkennung der Erkrankung abhängig. Für eine frühzeitige Erkennung ist aber nicht ein möglichst umfassender Leistungskatalog der GKV im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung entschei-dend, sondern vielmehr eine regelmäßige Inanspruchnahme präventiver Leistungsangebote durch den Versicherten. Die besonders im Bereich der Zahnmedizin allgemein anerkannte gesundheitspolitische Bedeutung präventiver Maßnahmen eröffnet daher ebenso wie die vergleichsweise geringe Inzi-denz schwerwiegender oder gar lebensbedrohlicher Erkran-kungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich dem Sozialgesetz-geber einen noch weiteren Gestaltungsspielraum als in vielen anderen Versorgungsbereichen.

### > Besondere Verhaltensabhängigkeit des Erkrankungseintrittes

Bisher wird im Allgemeinen hinsichtlich des Leistungsan-spruches des GKV-Versicherten nicht danach differenziert, ob sich die jeweiligen GKV-Leistungen auf die Behandlung von Erkrankungen beziehen, die schicksalhaft eingetreten sind (zum Beispiel in der Folge einer genetischen Determinierung), bzw. die mit einem bestimmten Verhalten des Versicherten im Zusammenhang stehen.

Demgegenüber besteht aber im Bereich der Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen eine Sondersituation. Dies gilt insbesondere hinsichtlich einer mangelhaften Mundhygiene, eines erhöhten Zuckerkonsums und des Eintritts von Karies-

<sup>25</sup> BSG, SozR 4-2500 § 55 Nr. 2; vgl. zu den verfassungsrechtlichen Grenzen von Zuzahlungsregelungen in der GKV Brockmann/Ullrich, VSSR 2009, 339

<sup>26</sup> BVerfGE 115, 25; vgl. hierzu z.B. Kingreen, NJW 06, 877; Francke/Hart, MedR 06, 131; Engelmann, MedR 06, 245; Hauck, NJW 07, 1320

<sup>27</sup> Vgl. zu den verschiedenen Fallgestaltungen z.B. BVerfG, NJW 08, 2700; SozR 4-2500 § 31 Nr. 17; Beschluss vom 26.03.2014, 1 BvR 2415/13; vgl. hierzu

auch BSG, Breithaupt 07, 0658, vgl. hierzu den Besprechungsaufsatz von Saalfrank und Wesser, NZS 08, 17; BSG, Urteil vom 04.03.2014, B 1 KR 6/13 R

<sup>28</sup> BVerfGE 5, 85; 35, 202; 49, 280; 71, 66; BVerfG, SozR 3-2200 § 12 65 Nr. 5

<sup>29</sup> BVerfGE 98, 365; 103, 310; 112, 268; 116, 164; BSGE 84, 235

<sup>30</sup> Vgl. § 1 Abs. 1 der Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer i.d.F. vom 26.06.2002

erkrankungen. Karies, also der fäulnisbedingte Verlust von Zahnhartsubstanz, tritt in der Regel nicht schicksalhaft ein, sondern setzt eine längerfristige, erhebliche Schädigung der Zahnhartsubstanz durch Säureeinwirkungen voraus. Diese ergibt sich in der Regel nicht durch die normale Nahrungsaufnahme, sondern als Stoffwechselprodukt bei einer längerfristigen bakteriellen Besiedelung des Mundbereiches. Diese ist wiederum in erheblichem Umfang nur dann möglich, wenn sich auf den Zahnoberflächen über einen längeren Zeitraum ein entsprechender Nährboden in Form von Zahnbelag (Plaque) befindet. Dieser wiederum kann sich nur bilden, wenn längere Zeit keine manuelle Säuberung der Zahnoberflächen erfolgt ist.

Das Vorhandensein von Zahnbelag und damit einer entsprechenden Bakterienflora im Mundbereich führt im Zusammenhang mit einer zuckerhaltigen Ernährung zu einer verstärkten Ausscheidung säurehaltiger Stoffwechselprodukte der Bakterien, die wiederum die Schädigung der Zahnhartsubstanz zur Folge hat. Dieser Wirkmechanismus ist in der Regel eine zwingende Voraussetzung für die Entstehung einer Karieserkrankung und ebenso für die Entstehung und Entwicklung einer Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontiums).

In diesem Zusammenhang kommt auch dem ständigen Zuführen von Fluoriden zur Remineralisierung der Zahnhartsubstanz eine wesentliche Bedeutung zu. Der Erkrankungseintritt kann durch die Zuführung von Fluoriden in geeigneter Form, sei es durch Tabletten, Bestandteil von Zahnpasten oder -gelees, bzw. durch professionelle, lokale Fluoridierungsmaßnahmen (zum Beispiel durch Fluorid-Lacke) verhindert bzw. in ihrer Inzidenz deutlich reduziert werden. Auch diese Maßnahmen setzen jedoch ein entsprechendes präventives Verhalten des Einzelnen voraus, sei es in der Form einer individuellen Mundhygiene oder der Inanspruchnahme prophylaktischer Leistungen durch den Zahnarzt.

Anders als in der weit überwiegenden Mehrzahl aller übrigen Erkrankungen, lässt sich im Bereich von Karies und Parodontalerkrankungen ein unmittelbarer, kausaler Zusammenhang zwischen einem Risikoverhalten des Einzelnen im Sinne einer mangelhaften Prävention und dem Eintritt bzw. der weiteren Entwicklung einer Erkrankung feststellen. Diese Erkrankungsformen können daher in der Regel als vermeidbar und bei ihrem Eintritt in der Regel als verhaltensbedingt qualifiziert werden. Diese Zusammenhänge sind in den letzten Jahrzehn-

ten nicht nur wissenschaftlich anerkannt, sondern durch geeignete Aufklärungsmaßnahmen auch den GKV-Versicherten verdeutlicht worden. Während sich die Leistungen der GKV zunächst wesentlich auf den kurativen Bereich beschränkt haben, sind in der Vergangenheit vermehrt auch präventive Leistungen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden. Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung gilt dies insbesondere für die Maßnahmen der Gruppen- und Individualprophylaxe in den §§ 21, 22 SGB V. Diese Bestimmungen wurden durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG)<sup>31</sup> im Jahre 1989 erstmalig in das SGB V aufgenommen und in der Folge weiter ausgebaut. Ausweislich der diesbezüglichen Begründung des Gesetzentwurfes<sup>32</sup> sollte dadurch die Mundhygiene bei Kindern und Jugendlichen gefördert, Zahnerkrankungen wie Karies und Zahnbetterkrankungen verhütet und die rechtzeitige Durchführung zahnerhaltender Maßnahmen gefördert werden.

Die damit verbundene bessere Versorgung der GKV-Versicherten mit gruppen- und individualprophylaktischen Leistungen, insbesondere die wesentlich verbesserte Information und Motivation hinsichtlich der Erfordernisse einer präventionsgerechten Ernährung und Zahnhygiene haben den Gesetzgeber des Beitragsentlastungsgesetzes (BeitrEntlG)<sup>33</sup> veranlasst, in § 30 Abs. 1 sowie Abs. 1 a SGB V a.F. den Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Zahnersatz auf solche zu beschränken, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Regelung bereits das 18. Lebensjahr vollendet hatten. In der diesbezüglichen Begründung<sup>34</sup> wird hierzu unter anderem folgendes ausgeführt:

„Aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse und vielfältiger internationaler praktischer Erfahrungen ist Zahnersatz grundsätzlich durch entsprechende Eigenvorsorge und präventiv orientiertes zahnmedizinisches Handeln vermeidbar. Voraussetzungen hierfür sind eine flächendeckende prophylaktische Betreuung im Kindheits- und Jugendalter und entsprechende präventive Betreuungskapazitäten für Erwachsene. In verschiedenen Bundesländern werden seit langem gruppenprophylaktische Programme durchgeführt. Außerdem hat der Bundesgesetzgeber mit dem Gesundheits-Reformgesetz (1988) und dem Gesundheitsstrukturgesetz (1992) insbesondere für Kinder und Jugendliche ein weiteres umfangreiches Bündel prophylaktischer Maßnahmen eingeführt. Diese verstärkten präventiven Bemühungen haben zu

<sup>31</sup> BGBl. I, S. 2477 vom 29.12.1988

<sup>32</sup> BT-Drucks. 11/2237, 11/2493

<sup>33</sup> BGBl. I, S. 1631 vom 01.11.1996

<sup>34</sup> BT-Drucks. 13/4615 vom 10.05.1996

einer deutlichen Verbesserung der Mundgesundheit geführt. Dadurch konnten sowohl der konservierende als auch der prothetische Behandlungsbedarf erheblich gesenkt werden. Die Vorschrift sieht deshalb für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren wurden, eine Streichung des Anspruchs auf einen Kostenzuschuss zur Versorgung mit Zahnersatz vor.“

Auch wenn diese Bestimmungen durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) des Jahres 1999 wieder beseitigt worden sind, verdeutlichen sie die sozialpolitische Bewertung durch den Gesetzgeber, dass eine so weitgehende Vermeidbarkeit von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen besteht, dass anders als bei einer Vielzahl anderer Behandlungen eine Notwendigkeit für die Absicherung dieses Krankheitsrisikos durch die Solidargemeinschaft der GKV jedenfalls nicht zwingend gefordert ist. Es besteht vor diesem Hintergrund daher auch ein sachlicher Anknüpfungspunkt für den Gesetzgeber, bei aufwendigen Leistungen, die sich auf einen weitgehend beeinflussbaren Krankheitsverlauf beziehen, eine sachgerechte Beteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten im Rahmen des Festzuschussystems zu regeln.

#### ➤ **Weitgehende Befundabhängigkeit zahnmedizinischer Behandlungen**

Anders als bei vielen anderen Erkrankungen, die zum Beispiel zunächst einer differenzialdiagnostischen Abklärung bedürfen und im Anschluss daran in verschiedener Form behandelt werden können, richtet sich die Therapie bei Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen in aller Regel unmittelbar nach dem Befund und ist durch diesen zumeist eindeutig determiniert.

Eine Behandlungsbedürftigkeit ist mit relativ geringem diagnostischen Aufwand in der Regel eindeutig festzustellen und der jeweilige Behandlungsbefund determiniert in der Regel eindeutig eine bestimmte zahnärztliche Therapie, auch wenn diese in ihrer Ausführung im Einzelnen unterschiedlich ausgestaltet sein kann. Es kommt hinzu, dass dann, wenn zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, diese für den Patienten bereits deshalb invasiven Charakter

haben, da diese notwendigerweise in der Mundhöhle durchgeführt werden müssen. Wegen der oftmals als zumindest unangenehm, wenn nicht als schmerzhaft erlebten und zum Teil auch angstbesetzten Behandlungsmaßnahmen wird die Konsultation eines Zahnarztes zumeist nicht als angenehm oder zumindest als allenfalls geringfügig belastend erlebt.

Diese Tatsachen hat noch das Bundesverfassungsgericht<sup>35</sup> in seiner grundlegenden Entscheidung zur Unvereinbarkeit der seinerzeitigen Bedarfsplanungsbestimmungen in § 368 a Abs. 1 RVO a.F. mit Art. 12 Abs. 1 GG dadurch anerkannt, dass es ausgeführt hat, dass auch bei einer Erhöhung der Zahl der Kassenzahnärzte mit einem erheblichen Ansteigen der zahnärztlichen Gesamtleistungen nicht zu rechnen sei. Dem wirkten nämlich bereits die tatsächlichen Umstände entgegen. Der Zahnarzt werde in der Regel nur dann aufgesucht, wenn es notwendig sei. Bei der Gewährung von Zahnersatz hätten die Versicherten einen erheblichen Teil der Kosten selbst zu tragen, da die Kassen ihn nicht als Sachleistung gewährten, sondern nur Zuschüsse in verschiedener Höhe geben würden.<sup>36</sup>

Demgegenüber ist das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung jedenfalls hinsichtlich des Bereiches der ärztlichen Leistungen von dem Theorem der sogenannten „angebotsinduzierten Nachfrage“ ausgegangen, wonach Ärzte in überversorgten Gebieten sich veranlasst sehen könnten, die infolge geringerer Patientenzahlen pro Arzt drohenden Einkommenseinbußen durch eine willkürliche Ausweitung ihres Leistungsvolumens je Patient auszugleichen.<sup>37</sup> Dementsprechend ist vom BSG auch die Zugrundelegung dieses Theorems durch den Gesetzgeber für Maßnahmen der Zulassungsbegrenzung akzeptiert worden.<sup>38</sup> Unter Hinweis auf entsprechende Annahmen in einer gutachterlichen Stellungnahme der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ und des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen<sup>39</sup> sind auch in der Folge entsprechende Einschätzungen und Prognosen des Gesetzgebers vom BSG nicht beanstandet worden. Diese Einschätzung ist ferner auch auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ohne nähere Prüfung übertragen<sup>40</sup> und in der Folge wiederholt bestätigt worden.<sup>41</sup>

<sup>35</sup> BVerfGE 12, 144/150

<sup>36</sup> Zur vergleichb. Situation in der kassenärztlichen Versorgung vgl. BVerfGE 11, 30

<sup>37</sup> BSGE 73, 223;

<sup>38</sup> BSG, SozR 3-5520 § 24 Nr. 3

<sup>39</sup> Vgl. die Bezugnahme in der Begründung zum Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz); BT-Drucks. 12/3608, S. 66, 72, 97

<sup>40</sup> z. B. BSG, MedR 97, 134; BSGE 80, 90; 223

<sup>41</sup> z. B. BSG, MedR 01, 639; BSGE 101, 177; BSG, GesR 2013, 95

Dabei ist allerdings stets unberücksichtigt geblieben, dass sich diese theoretische Annahme jedenfalls hinsichtlich vertragszahnärztlicher Leistungen allgemein und auch hinsichtlich der hier in Frage stehenden zahnprothetischen Versorgungen empirisch nicht belegen lässt.<sup>42</sup> Dieser Befund wird auch dadurch bestätigt, dass jedenfalls im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung durchaus eine erhebliche Zahl von Versicherten in der Lage ist, eine eigene Bewertung vorzunehmen und diese auch gegenüber dem behandelnden Arzt durchzusetzen. Dies verdeutlichen insbesondere die bereits seit Jahrzehnten geführten Auseinandersetzungen über die angebliche Toxizität des Füllwerkstoffes Amalgam.

Hierzu ist zwischenzeitlich auch hinsichtlich der zahnmedizinischen Behandlung insgesamt, wie auch hinsichtlich speziell der vertragszahnärztlichen Versorgung sowohl durch die ordentliche Gerichtsbarkeit<sup>43</sup> als auch durch die Sozialgerichtsbarkeit<sup>44</sup> anerkannt, dass nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand keine hinreichenden Belege für eine generelle gesundheitliche Beeinträchtigung durch Amalgamfüllungen existieren und daher grundsätzlich auch kein Anspruch auf Austausch intakter Amalgamfüllungen und auf die Ersetzung durch Füllungen unter Verwendung anderer Füllungsmaterialien besteht. Dementsprechend besteht auch kein Schadensersatzanspruch eines Patienten gegenüber dem Hersteller von Amalgam wegen einer durch dessen Verwendung angeblich verursachten Erkrankung.<sup>45</sup> In einer weiteren Entscheidung aus dem Jahr 1999<sup>46</sup> hat das BSG ferner deutlich gemacht, dass bei nicht objektivierbaren Beschwerden nicht alleine daraus, dass diese für eine chronische Amalgamvergiftung typisch sein sollen, auf das tatsächliche Vorliegen einer solchen Erkrankung geschlossen werden könne.

Ungeachtet dieser im Wesentlichen einheitlichen Beurteilung der Amalgamproblematik im fachwissenschaftlichen Schrifttum und der darauf aufbauenden, ebenfalls einheitlichen Rechtsprechung, hat das BSG aber in einer Entscheidung aus dem Jahre 1993<sup>47</sup> hinsichtlich der Definition des Amalgams als in der Regel indizierten plastischen Füllungsmaterials in den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen ausgeführt, durch diese dürfe der Anspruch des Versicherten auf eine notwendige und zweckmäßige ärztliche Behandlung in den Grenzen des Wirtschaftlichkeits-

gebotes nicht eingeschränkt werden. Dabei müsse aber dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der Therapiefreiheit des Arztes, soweit sie in höherrangigem Recht gewährleistet werden, Rechnung getragen werden. Die Ablehnung der Verwendung des Füllungsmaterials Amalgam habe den Stellenwert einer besonderen Therapierichtung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V. In dieser Situation könne der Vertragszahnarzt durch die Richtlinien nicht verpflichtet werden, entgegen seiner Überzeugung Amalgam zu verwenden. Die diesbezüglichen Bestimmungen der Richtlinien seien daher insofern unwirksam, als sie die Verwendung von Kunststoffen im Seitenzahnbereich auch für den Fall ausschließen, dass der Versicherte nach ordnungsgemäßer Beratung Amalgam ablehne.

Infolge dieser Entscheidung sind zunächst die betroffenen Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in B 4. dahingehend geändert worden, dass nur anerkannte und erprobte plastische Füllungsmaterialien (zum Beispiel Amalgam, Komposites) gemäß ihrer medizinischen Indikation verwendet werden sollen. Die aktuellen Gebrauchs- und Fachinformationen und Aufbereitungsmonographien sollen berücksichtigt werden. Weiterhin sind durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses für die zahnärztlichen Leistungen vom 17.04.1996 in den Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen zusätzliche Gebührennummern für Composite-Füllungen im Seitenzahnbereich in den Gebührennummern 13 e bis g Bema aufgenommen worden.

Ergänzend ist durch das 8. SGB V Änderungsgesetz vom 31.10.1996<sup>48</sup> in § 28 Abs. 2 Satz 2 bis 5 SGB V eine generelle Mehrkostenregelung auch hinsichtlich der Versorgung mit Zahnfüllungen aufgenommen worden. Damit hat der Gesetzgeber auf den vielfältigen Wunsch der Versicherten reagiert, über den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung hinausgehende, aufwendigere Füllungstherapien (zum Beispiel in der Form von Keramik- oder Goldinlays) in Anspruch zu nehmen, was in der Vergangenheit zur Folge hatte, dass er hierfür seitens seiner Krankenkasse keinen Zuschuss erhalten konnte, vielmehr auch der Beträge verlustig ging, die bei Inanspruchnahme einer Füllung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung von den Krankenkassen für diese Leistung an die KZVen ausgezahlt worden wären.

<sup>42</sup> Tadsen, zm 1997, 216

<sup>43</sup> z. B. Urteil vom BGH, Urteil vom 07.11.1989, VI ZR 81/89; OLG Hamm, VersR 2002, S. 312; OLG Koblenz, MedR 1999, S. 464; OLG Schleswig-Holstein, Urteil vom 14.10.1998, 4 U 89/95; LG Augsburg, VersR 1994, S. 1478

<sup>44</sup> z. B. BSG, SGB 2000, S. 14; BSGE 76, S. 40; LSG Bayern, Urteil vom 28.06.2001, L 4 KR 32/99; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 23.07.1998, L 5 K 13/96; LSG Schleswig-Holstein, SozSich 1995, S. 72; LSG Rheinland-Pfalz, Breithaupt 1993, S. 374; SG Lüneburg, Urteil vom 28.07.1994, S 9 Kr 70/93

<sup>45</sup> OLG Frankfurt a.M., GesR 03, 392

<sup>46</sup> BSGE 85, 56 mit zustimmender Anmerkung von Spieß, SGB 2000, 489

<sup>47</sup> BSG, SozR 3-2500 § 2 Nr. 2; dazu Plagemann, SGB 1994, 532; Pohl, ZM 94, Nr. 3, 24; Schlenker, BKK 94, 284

<sup>48</sup> BGBl. I, S. 1559

Gerade diese Entwicklung verdeutlicht, dass jedenfalls im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung die Versicherten durchaus in der Lage sind, eine eigene Bewertung vertragszahnärztlicher Leistungen vorzunehmen. Auch dann, wenn dabei durchaus subjektive Bewertungen erfolgen, die sich nicht auf einen zahnmedizinisch-wissenschaftlichen Konsens oder eine diesbezügliche sozialgerichtliche Rechtsprechung stützen können, kann ein derartiger öffentlicher Druck entstehen, dass sogar entgegen des sonst allgemein sozialpolitisch verfolgten Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zusätzliche Leistungen in den Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen aufgenommen werden und eine Ausdehnung der gesetzlichen Bestimmungen zu Mehrkostenvereinbarungen im SGB V erfolgt. Vor diesem Hintergrund kann jedenfalls der generelle Ansatz, der Versicherte sei tatsächlich hinsichtlich Art und Umfang der im Einzelfall zu erbringenden vertragszahnärztlichen Leistungen dem Vertragszahnarzt ohne Einflussmöglichkeit ausgeliefert, nicht aufrecht erhalten bleiben.

#### ➤ **Weitgehendes Fehlen veranlasster Leistungen**

Art und Inhalt der zahnmedizinischen Behandlung ergeben sich im Wesentlichen in der Weise aus den zahnmedizinischen Befunden, dass zwar zum Teil eine erhebliche Varianz in den konkreten Behandlungsmaßnahmen existiert, die Behandlungsbedürftigkeit und die möglichen Formen der Behandlung aber im Wesentlichen bereits unmittelbar durch die Befunde determiniert sind. Mit Ausnahme der durch Traumata (Zahnverlust, Kieferbruch, usw.) sowie durch Zahnfehlstellungen bedingten Behandlungsbedürftigkeit, ergibt sich eine solche nämlich regelmäßig als unmittelbare oder mittelbare Folge von entzündlichen Erkrankungen des Parodontiums beziehungsweise durch Karieserkrankungen. Aus dem jeweiligen Befund ergibt sich somit nicht nur unmittelbar die Behandlungsbedürftigkeit und die zur Behandlung grundsätzlich zur Verfügung stehenden Behandlungsmaßnahmen, sondern auch regelmäßig die jeweilige Behandlungsgenese.

Daher sind in der Regel differenzialdiagnostische Maßnahmen ebenso wenig erforderlich wie die Einschaltung anderer Fachgebiete zur differenzialdiagnostischen Abklärung. So sind beispielsweise die im medizinischen Bereich im Übrigen zur Differenzialdiagnostik häufigen und zum Teil kostenintensiven Laboruntersuchungen im zahnmedizinischen Bereich die Ausnahme, zum Beispiel im Bereich der bakteriologischen Untersuchungen bei Parodontalerkrankungen. Im Übrigen werden Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen in aller Regel ambulant durch den Zahnarzt selbst versorgt.

Zusammenarbeiten finden sich in erheblichem Umfang lediglich im Bereich der zahnprothetischen Versorgung, da hierfür neben den rein zahnärztlichen Leistungen in der Regel in erheblichem Umfang auch zahntechnische Leistungen erforderlich sind, die wiederum zu einem erheblichen Teil von gewerblichen zahntechnischen Laboratorien erbracht werden. Demgegenüber stellt die Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten und Ärzten bei der Behandlung die seltene Ausnahme dar. Derartige Fallgestaltungen sind zum Beispiel bei der zahnmedizinischen Behandlung von Menschen mit Behinderungen denkbar, die in der Zahnarztpraxis in Vollnarkose unter Hinzuziehung eines Anästhesisten erfolgen.

Aus den genannten Gründen sind auch stationäre Behandlungen von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen ebenso die seltene Ausnahme wie eine diesbezügliche Kooperation zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungssektor, beispielsweise im Rahmen einer ambulanten Nachsorge. Angesichts dieser gravierenden Unterschiede im Tätigkeitsgebiet sowie im Berufsrecht der Zahnärzte gegenüber den Ärzten haben sich im zahnärztlichen Bereich bisher auch Netzwerkstrukturen, wie sie sich im ärztlichen Bereich zwischen Mitgliedern unterschiedlicher Fachgebiete, zum Teil auch unter Einbeziehung von Krankenhäusern für stationäre Versorgung, gebildet haben, nicht entwickelt. Dementsprechend ist es im vertragszahnärztlichen Bereich bisher auch nicht zur Durchführung von Modellvorhaben im Sinne der §§ 63 ff. SGB V unter Zugrundelegung derartiger Strukturen gekommen. Infolge des tatsächlichen Fehlens einer weitgehenden Kooperation von Zahnärzten mit Mitgliedern anderer Leistungssektoren fehlt es somit auch an einem Substrat für die Einbeziehung von Vertragszahnärzten in integrierte Versorgung gem. den §§ 140 a ff. SGB V. Dementsprechend ist es bis heute auch insofern nicht zu diesbezüglichen Vertragsschlüssen gekommen.

Infolge des im Allgemeinen klar definierten und in seinen Auswirkungen begrenzten Krankheitsbildes im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung, das im Regelfalle durch ambulante Maßnahmen unmittelbar behandelt werden kann, spielen auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen über einen längeren Zeitraum in diesem Bereich keine bedeutende Rolle. Dies trifft ebenso hinsichtlich der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgenden Arzneimittelverordnungen zu, die sich im Wesentlichen auf Schmerzmittel und Antibiotika im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen beschränken.

### › Befundabhängige Behandlungsalternativen

Ein besonderes Charakteristikum gerade der zahnärztlichen Behandlung besteht darin, dass bei einem vorgegebenen Befund oftmals ein bestimmtes Behandlungsergebnis unter Verwendung unterschiedlicher Versorgungsformen erzielt werden kann. Diese Behandlungsalternativen unterscheiden sich dabei zum Teil erheblich hinsichtlich der damit verbundenen Aufwendungen und Kosten. Das jeweilige therapeutische Ziel ist beim Einsatz aller dieser unterschiedlichen Behandlungsmethoden dabei jeweils identisch. Unterschiede bestehen demgegenüber in dem jeweiligen Behandlungsverfahren und, was für den Patienten oft entscheidend ist, im optischen Ergebnis bzw. im Komfort nach Behandlungsabschluss.

Exemplarisch kann dabei auf den Bereich des Zahnersatzes verwiesen werden, in dem zum Beispiel in Abhängigkeit

vom Umfang der verlustig gegangenen Zahnhartsubstanz Teil- oder Vollkronen zum Einsatz kommen. Diese können aus unterschiedlichen Materialien, so insbesondere verschiedenen Dentallegierungen in verschiedenen Herstellungsverfahren zahntechnisch produziert werden. Bei der Präparation der diese Kronenkonstruktionen tragenden Zahnstümpfe durch den Zahnarzt kommen unterschiedliche Präparationsarten zum Einsatz. Die Kronen können entweder als sogenannte Vollgusskronen ausgeführt sein, das heißt vollständig aus Dentallegierungen bestehen oder ganz oder teilweise zahnfarben verblendet werden, wobei wiederum unterschiedliche Verblendungsmaterialien aus Kunststoff oder Keramik zum Einsatz kommen. Je nach der Ausdehnung der Restauration im Kauflächenbereich sind Kronenversorgungen zudem von Inlays, Onlays bzw. Overlays abzugrenzen, bei denen, wie bei Füllungen, lediglich eine Ersetzung der Zahnschubstanz im Bereich eines begrenzten Defektes erfolgt.

## Entwicklungslinien sozialrechtlicher Selbstbeteiligungsmodelle

Die oben angesprochenen Sonderaspekte der zahnmedizinischen Behandlung sind vom Sozialgesetzgeber in verschiedenen Formen aufgegriffen und zum Beispiel zur Grundlage verschiedener Selbstbeteiligungsmodelle hinsichtlich vertragszahnärztlicher Versorgungsformen genommen worden. Dies gilt insbesondere für den Bereich des Zahnersatzes, der seit seiner erstmaligen Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV nicht als reine Sachleistung gewährt, sondern stets mit verschiedenen Formen von Selbstbeteiligungen verknüpft war.

Grundlegend hierfür sind mehrere Entscheidungen des Bundessozialgerichts, wonach sowohl eine Zahn- oder Kieferfehlstellung unter bestimmten Voraussetzungen<sup>49</sup> als auch das Fehlen von Zähnen eine Krankheit darstellt, die grundsätzlich in die Leistungspflicht der GKV fällt<sup>50</sup>. Aufgrund dieser Rechtsprechung wurde im Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG) des Jahres 1974 und im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) des Jahres 1977 festgelegt, dass Zahnersatz von den Krankenkassen als Regelleistung zu gewähren ist, dies allerdings nur in Form eines Zuschusses in Höhe von 80 Prozent der jeweiligen Behandlungskosten. Dabei handelte es sich somit seinerzeit um eine gesetzlich definierte Ausnahme vom Sachleistungsprinzip, wobei ein Vertrag zwischen Kassenzahnarzt und Kassenspatient zustan-

de kam, in dem der Patient zum unmittelbaren Schuldner der darin jeweils vereinbarten Vergütung war, zu der die Krankenkasse lediglich den gesetzlichen Zuschuss an den Patienten auszukehren hatte<sup>51</sup>.

In Reaktion auf steigende Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen infolge wachsender Leistungsanspruchnahmen in diesem Bereich wurden im Rahmen verschiedener „Kostendämpfungsgesetze“ in der Folge sowohl Modifikationen im Leistungs- als auch im Leistungserbringungsrecht vorgenommen. So wurde die Kostenerstattung durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG) des Jahres 1981 nun noch auf die Kosten für zahntechnische Leistungen beschränkt, für die die Krankenkassen einen satzungsgemäßen Zuschuss in Höhe von 60 Prozent der Kosten zu leisten hatten. Die Vergütungen für die zahnärztliche Behandlung bei Zahnersatz wurden demgegenüber in die Gesamtvergütungen einbezogen, so dass insofern keine Kostenerstattung mehr erfolgte, sondern eine reine Sachleistung vorlag.

Eine weitere Modifikation des Leistungsrechts erfolgte durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) des Jahres 1989 in der Form, dass für kieferorthopädische Behandlungen und zahnprothetische Versorgungsleistungen in den §§ 29, 30 SGB V a.F. ein

<sup>49</sup> BSGE 35, 10

<sup>50</sup> BSG, NJW 74, 1446, dazu Maunz, ZM 77, 615 ff./667 ff.

<sup>51</sup> BSGE 25, 116; 35, 105; 45, 212

Kostenerstattungssystem eingeführt wurde, in dem die Krankenkassen einen Teil der Behandlungskosten in Form einer Zuschusszahlung in unterschiedlicher Höhe zu erstatten hatten. Nach der diesbezüglichen Rechtsprechung des BSG handelte es sich hierbei allerdings nicht um eine Kostenerstattung im engeren Sinne, sondern lediglich um eine solche, die sich bei „grundsätzlich bestehendem Sachleistungsprinzip lediglich aus der Normierung einer teilweisen Eigenbeteiligung ergibt“.<sup>52</sup> Diese Sonderform der Kostenerstattung ist danach nicht als ein die Zuschussfälle übergreifendes Gegenprinzip zur Sachleistung eingeführt worden, sondern es handelte sich dabei lediglich um eine versorgungstechnische Variante des ansonsten im Grundsatz beibehaltenen Sachleistungsprinzips, wobei die Versorgung mit Zahnersatz dennoch aber eine von der allgemeinen zahnärztlichen Behandlung getrennte und ausschließlich § 30 SGB V zugewiesene Leistung darstellte, für die lediglich Kostenerstattung in Höhe des vorgesehenen Zuschusses gewährt werden könne.<sup>53</sup> Nach dieser Rechtsprechung besteht der Unterschied zwischen Sachleistung und Kostenerstattung darin, dass bei der Sachleistung die Vergütung des Vertragszahnarztes abstrakt von der Krankenkasse und konkret von der KZV zu erbringen ist, während bei der Kostenerstattung der Vergütungsanspruch allein gegen den Versicherten gerichtet ist. Da auch insofern weiterhin konkrete Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und zur Qualitätskontrolle der Leistungserbringung vorgesehen seien, handele es sich weiterhin um eine Sonderform der Sachleistung, da der Gesetzgeber eine uneingeschränkte Geltung des Kostenerstattungsprinzips über die Regelung der Abrechnung des Honorars nicht gewollt habe.<sup>54</sup>

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) des Jahres 1993 sollte durch verschiedene Maßnahmen eine „Sofortbremsung“ der erneut steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen. Für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung war damit unter anderem eine Budgetierung der Gesamtvergütungen in § 85 Abs. 3a bis c SGB V a.F., die Einführung zusätzlicher Zulassungsbeschränkungen in Verbindung mit einer Altersgrenze für die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung von 68 Jahren sowie die Einführung eines degressiven Punktwertes in § 85 Abs. 4b bis 4f SGB V vorgesehen, wodurch der Vergütungsanspruch des Vertragszahnarztes bei der Überschreitung bestimmter Punktmengengrenzen um 20 bis 40 Prozent reduziert wird. Gem. § 85 Abs. 2b SGB V a.F. wurden die Vergütungen für

zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz sowie bei kieferorthopädischer Behandlung um zehn Prozent abgesenkt. Bei all diesen Maßnahmen sowie den darauf aufbauenden Umsetzungsakten hat es sich nach der diesbezüglichen sozial- bzw. verfassungsrechtlichen Rechtsprechung jeweils um zulässige Einschränkungen der Berufsfreiheit der Vertragszahnärzte gehandelt.<sup>55</sup>

Durch das GSG wurden auch erneut die Bestimmungen zur Kostenerstattung in den §§ 29 und 30 SGB V dahin modifiziert, dass eine Beschränkung des Kostenerstattungsanspruches auf bestimmte Versichertengruppen bzw. bestimmte Leistungen eingeführt und bestimmt wurde, dass die Krankenkasse ihre Leistungspflicht durch Zahlung des jeweiligen Zuschussbetrages an die KZV erfüllt. Der Zahnarzt hatte daher in Höhe des von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteils keinen Zahlungsanspruch mehr gegenüber dem Versicherten.

Eine weitere grundlegende Reform des Leistungsrechts hinsichtlich der Versorgung mit Zahnersatz erfolgte im Jahre 1997 durch das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG). Durch eine Neufassung des § 30 SGB V a.F. wurde insofern erstmalig ein Festzuschussystem eingeführt, das an die Stelle der bisherigen prozentualen (50- bis 60-prozentigen) Zuschusszahlungen der Krankenkassen trat. Dem Versicherten stand danach nunmehr ein Anspruch auf einen Festzuschuss zu der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz zu, der von der Krankenkasse an ihn unabhängig davon ausbezahlt war, ob er gegebenenfalls eine aufwendigere Versorgungsform in Anspruch nahm und dadurch zusätzliche Kosten entstanden, die der Versicherte insofern selbst zu tragen hatte. Die gem. § 30a SGB V a.F. vom seinerzeitigen Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festzusetzenden Festzuschüsse sollten in einer Summe die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen umfassen und dabei auf standardisierte Versorgungsformen und nicht auf den konkreten Leistungsumfang im Einzelfall abstellen. Bei der erstmaligen Festsetzung hatte der Bundesausschuss gem. § 30a Abs. 3 SGB V a.F. von den Leistungsbeschreibungen der GOZ und einem Steigerungssatz in Höhe des 1,7fachen des Einfachsatzes in den alten Bundesländern einschließlich des Landes Berlin und in Höhe des 1,86fachen des Einfachsatzes im Beitrittsgebiet auszugehen. Abrechnungsgrundlage für die Versorgung mit Zahnersatz nach § 30 SGB V a.F. war nicht

<sup>52</sup> BSGE 66, 284/287; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 1; SozR 3-2200 § 182c Nr. 2; SozR 3-2500 § 30 Nr. 3

<sup>53</sup> BSG, SozR 3-2500 § 30 Nr. 3

<sup>54</sup> BSG, SozR 3-5555 § 12 Nr. 3

<sup>55</sup> Vgl. z.B. BSG, SozR 3-2500 § 85 Nr. 17; SGB 96, 537; BSGE 78, 185; 80, 223; BSG, SGB 98, 309; BSGE 80, 9; BSG, NJW 89, 1776; BVerfGE, NZS 98, 285

mehr wie bisher der Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen gem. § 87 Abs. 2 SGB V, sondern gem. § 87a SGB V a.F. die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richtete sich in diesem Festzuschusssystem nicht mehr gegen die KZV, sondern gegen seinen Patienten. Dabei war der Zahlungsanspruch für vertragszahnärztliche Versorgungsformen zunächst auf das 1,7fache des Einzelsatzes, im Beitrittsgebiet mit Ausnahme des Landes Berlin auf das 1,86fache des Einzelsatzes beschränkt. Diese betragsmäßige Beschränkung sollte bei Härtefällen i. S. v. § 61 Abs. 1 Nr. 2 SGB V a.F. unbegrenzt und im Übrigen bis zum 31.12.1999 gelten.

Durch das Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG) wurde zunächst zum 01.01.1997 der unveränderte Anspruch auf prozentuale Zuschussleistungen der Krankenkassen bei Zahnersatz auf Versicherte beschränkt, die vor dem 01.01.1979 geboren sind. Gemäß der Neufassung von § 30 Abs. 1a SGB V wurde für Versicherte, die nach diesem Zeitpunkt geboren sind, der entsprechende Anspruch auf Versorgungsleistungen mit Zahnersatz begrenzt, die aufgrund eines Unfalles oder zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig sind bzw. durch schwere, nicht vermeidbare Erkrankungen des Kausystems oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt sind. Zur Begründung wurde insofern ausgeführt, dass aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse in vielfältigen internationalen praktischen Erfahrungen Zahnersatz grundsätzlich durch entsprechende Eigenvorsorge und präventiv orientiertes zahnmedizinisches Handeln vermeidbar sei. Die verstärkten präventiven Bemühungen des Sozialgesetzgebers und der Zahnärzteschaft hätten bereits zu einer deutlichen Verbesserung der Mundgesundheit geführt. Deshalb sei eine grundsätzliche Streichung des Anspruches auf einen Kostenzuschuss zur Versorgung mit Zahnersatz vorgesehen.<sup>56</sup>

Die bereits zuvor geltende Begrenzung des Leistungsanspruches auf Versicherte, die vor dem 01.01.1979 geboren waren, wurde unverändert fortgeführt.

Dieses Festzuschusssystem für Zahnersatz wurde aber bereits durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) im Jahre 1998 wieder beseitigt und damit wiederum der zuvor geltende Rechtszustand prozentualer Zuschüsse der Krankenkassen, die über die KZVen ausgezahlt wurden, wieder hergestellt. In der diesbezüglichen Begründung zum GKV-SolG<sup>57</sup> wird hierzu ausgeführt, die Erfahrung mit Festzuschüssen habe gezeigt, dass die Standardisierung der Festzuschüsse in bestimmten Fällen, insbesondere aber bei Härtefällen, zu Problemen führe, die in einem standardisierten Festzuschussmodell nie vollkommen ausgeschlossen werden könnten. Auch der angebliche Vorteil von Festzuschüssen, gerechter zu sein als eine prozentuale Bezuschussung, entfalle, da auch das Festzuschusssystem unterschiedliche Versorgungsformen kenne und damit auch in diesem System derjenige, der die teuerste Versorgungsform wählt, den höchsten Zuschuss von der Krankenkasse erhalte.

Demgegenüber wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) des Jahres 2004 durch eine Neufassung der §§ 55 bis 57 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2005 wiederum ein Festzuschusssystem für Zahnersatz eingeführt, das im Grundsatz bis heute Geltung behalten hat. Im Gegensatz zu dem Festzuschusssystem in der Fassung des 2. GKV-NOG beziehen sich die Festzuschüsse nunmehr nicht mehr auf bestimmte prothetische Versorgungsformen, sondern auf zahnmedizinische Befunde.

<sup>56</sup> BT-Drucks. 13/4615 vom 10.05.1996

<sup>57</sup> BT-Drucks. 14/24 vom 09.11.1998

## Steuerungsziele und -mechanismen des Festzuschusssystem

Ausweislich der diesbezüglichen Begründung zur Neufassung des § 55 SGB V durch das GMG<sup>58</sup> treten danach an die Stelle prozentualer Zuschussungen zahnprothetischer Versorgungsformen befundbezogene Festzuschüsse, die nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden abstellen. Unabhängig von der tatsächlich durchgeführten Versorgung erhalten Versicherte danach einen Festzuschuss, der sich auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Befunde bezieht. Auf diesem Wege wird danach sichergestellt, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Kassenzuschuss zu verlieren. Der Anspruch beschränkt sich danach allerdings nur auf solche Versorgungsformen, die zahnmedizinisch und gemäß dem Verfahren zur Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V anerkannt sind. Im Übrigen sollten durch die Neuregelungen die bisherigen Bestimmungen, insbesondere hinsichtlich der Bonusregelungen und zu weitergehenden Leistungsansprüchen bei Härtefällen, fortgeschrieben werden.

Mit der Einführung des Festzuschusssystem bei Zahnersatz hat der Gesetzgeber im Grundsatz eine langjährige Forderung der Zahnärzteschaft aufgegriffen und die sozial unausgewogenen Wirkungen prozentualer Festzuschüsse beseitigt.<sup>59</sup> Denn auch ausweislich der oben genannten Begründung zum Gesetzentwurf eines GMG liegt dem Festzuschusssystem die bereits oben angesprochene Tatsache zugrunde, dass gerade bei zahnprothetischen Versorgungsformen bei einem vorgegebenen zahnmedizinischen Befund unterschiedliche Versorgungsformen existieren, die zum Teil mit erheblich unterschiedlichen Kostenbelastungen verbunden sind. Im Rahmen eines diesbezüglich bestehenden Wahlrechtes der Versicherten zwischen verschiedenen Versorgungsformen führt daher jedes System einer prozentualen Zuschussung notwendigerweise dazu, dass Versicherte, die sich für eine höherwertige und mit höheren Kosten verbundene Versorgungsform entscheiden, zwar einerseits einen höheren Eigenanteil zu tragen haben, andererseits aber auch die Solidargemeinschaft der GKV mit höheren Kosten belasten. Soweit eine ausreichende Leistungsbereitschaft des Versicherten hinsichtlich der jeweiligen Eigenanteile besteht, ist die Inanspruchnahme höherwertiger Versorgungsformen in einem solchen System wirtschaftlich

rational, da damit vermeintlich der höhere „Ertrag“ bei feststehenden Beiträgen zur GKV erzielt wird.

Dieser Moral-Hazard-Effekt wird vermieden, wenn anstelle eines prozentualen Zuschusses, unabhängig von der jeweils gewählten Versorgungsform, ein befundbezogener Festzuschuss geleistet wird, so dass mit der jeweiligen Versorgungsform gegebenenfalls verbundene Mehrkosten vom Versicherten alleine zu tragen sind. Durch diese gesetzliche Regelung wird ebenso wie bei der Mehrkostenregelung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 bis 5 SGB V hinsichtlich von Zahnfüllungen einerseits sichergestellt, dass der Versicherte seinen grundsätzlichen Leistungsanspruch in der GKV durch die Wahl einer von der Kassenleistung abweichenden Versorgung nicht verliert, die GKV aber andererseits nicht mit Mehrkosten gegenüber der Regelversorgung belastet wird.

Mit der Einführung des Festzuschusssystem hat der Gesetzgeber nicht nur auf diese Tatsache reagiert, sondern seinem Normkonzept mit der Definition der Regelversorgung, der andersartigen und der gleichartigen Versorgungsformen zudem die bereits angesprochene Variabilität der möglichen Versorgungsformen bei einem vorgegebenen Befund im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zugrunde gelegt.

Regelversorgungen im Festzuschusssystem werden gem. § 56 Abs. 2 Satz 3 SGB V als diejenigen Versorgungsformen definiert, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz bei einem bestimmten Befund nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Gem. § 56 Abs. 2 Satz 4 SGB V sind dabei insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbezahnung zu berücksichtigen. Demgegenüber handelt es sich bei gleichartigen Versorgungsformen gem. § 55 Abs. 4 SGB V um einen über die Regelversorgung gem. § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden Zahnersatz. Dieser Begriff wird in der Begründung zur Neufassung von § 55 SGB V durch das GMG<sup>60</sup> dahin näher konkretisiert, dass gleichartig ein Zahnersatz ist, wenn er die Regelversorgung umfasst, jedoch zusätzliche Versorgungselemente wie zum Beispiel zusätzliche Brückenglieder sowie zusätzliche und andersartige Verankerungs- bzw. Verbindungselemente aufweist.

<sup>58</sup> BT-Drucks. 15/1170 vom 16.06.2003

<sup>59</sup> Vgl. allgemein zur Neuregelung des Festzuschusssystem Plagemann, GesR 06, 488

<sup>60</sup> A.a.O.

Bei andersartigen Versorgungsformen handelt es sich gem. § 55 Abs. 5 SGB V um solche Versorgungsformen, die nicht nur über die Regelversorgung im Sinne von § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehen, sondern von diesen abweichen. Auch insofern wird in der diesbezüglichen Begründung zum GMG<sup>61</sup> näher ausgeführt, dass eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung zum Beispiel vorliegt, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss als Regelversorgung eine Modellgussprothese festgelegt hat, jedoch eine Brückenversorgung vorgenommen wird.

Die Regelversorgung im Sinne von § 56 Abs. 2 SGB V entspricht daher im Wesentlichen denjenigen Versorgungsformen, die bereits vor Inkrafttreten des Festzuschussystems für Zahnersatz zum 01.01.2005 zum Leistungsumfang der GKV zählten. Gleichartiger Zahnersatz beinhaltet die Leistungen und Versorgungsformen der jeweiligen Regelversorgung und baut auf diesen unter Verwendung zusätzlicher Leistungen auf. Die Versorgung eines Zahnes mit einer Zahnkrone im sichtbaren Bereich einschließlich einer Verblendung stellt beispielsweise eine Regelversorgung dar, wohingegen eine keramisch vollverblendete Krone eine gleichartige Versorgung bildet, da sie zwar ebenfalls eine Krone im Sinne der Regelversorgung beinhaltet, diese aber durch zusätzliche Leistungen modifiziert wird, ohne dass dadurch die Funktion eine Änderung erfährt. In solchen Fallgestaltungen hat der Versicherte Anspruch auf den Festzuschuss für die jeweilige Regelversorgung und hat die für die gleichartige Versorgungsform anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen. Während die Festzuschüsse über die KZV abgerechnet werden, erhält der Versicherte nur für die Mehrkosten eine Rechnung durch den Zahnarzt, die auf der Grundlage der GOZ berechnet wird. Nähere Regelungen zum gleichartigen Zahnersatz beinhaltet auch Nr. 5 Abs. 1 Satz 2 der Zahnersatz-Richtlinie des G-BA.<sup>62</sup>

Bei andersartigem Zahnersatz wählt der Versicherte eine von der jeweiligen Regelversorgung abweichende Art des Zahnersatzes. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn der Versicherte zum Ersatz eines fehlenden Zahnes keine Regelversorgung (z. B. herausnehmbaren Zahnersatz oder Brücken), sondern zum Beispiel einen implantatgestützten Zahnersatz wählt.<sup>63</sup> Andersartiger Zahnersatz wird vom Vertragszahnarzt in vollem Umfang unmittelbar mit dem Patienten unter Zugrundele-

gung der GOZ abgerechnet. Es handelt sich daher insofern nicht um vertragszahnärztliche Leistungen, sondern um eine reine Privatbehandlung, zu der seitens der Krankenkasse lediglich der jeweilige Festzuschuss unmittelbar an den Patienten ausgezahlt wird. Dementsprechend wird auch in der Begründung zur Neufassung von § 55 SGB V durch das GMG<sup>64</sup> insofern ausgeführt, dass in solchen Fällen die Versicherten einen Anspruch auf Erstattung der bewilligten Zuschüsse hinsichtlich der Regelversorgung gegenüber ihrer Krankenkasse haben.

Die grundsätzliche Problematik, inwieweit es sich bei den Leistungsansprüchen des Versicherten im Festzuschussystem gem. den §§ 55ff. SGB V um einen Sachleistungs- oder einen Geldleistungsanspruch handelt, ist vom BSG bisher dahingestellt gelassen worden.<sup>65</sup> Weitgehende Einigkeit besteht lediglich darin, dass jedenfalls bei der Wahl andersartiger Versorgungsformen und dem damit verbundenen Anspruch auf eine Auszahlung der jeweiligen Festzuschüsse unmittelbar an den Versicherten nicht mehr von einem Sachleistungsanspruch ausgegangen werden kann.<sup>66</sup> Dies folgt auch bereits daraus, dass gem. § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2a SGB V nur solche Versorgungsformen mit Zahnersatz zur vertragszahnärztlichen Versorgung zählen, die § 56 Abs. 2 SGB V entsprechen und sich mithin auf die danach zu bestimmenden Regelversorgungen beschränken. Im Übrigen wird zum Teil darauf abgestellt, dass dem Versicherten im Rahmen des Festzuschussystems kein Anspruch mehr auf eine ganz bestimmte Zahnersatzversorgung, sondern gerade unabhängig von der individuell gewählten Versorgungsform lediglich ein in seiner Höhe in der Regel hinter den tatsächlichen Behandlungskosten zurückbleibender Geldanspruch gegenüber seiner Krankenkasse zusteht, der bei der Wahl von Regelversorgungsformen bzw. gleichartigen Versorgungsformen lediglich formal weiterhin über die KZV abzurechnen ist. Vor diesem Hintergrund wird insofern von einem reinen Kostenerstattungsanspruch ausgegangen.<sup>67</sup>

Demgegenüber wird zum Teil darauf abgestellt, dass die zahnärztlichen Leistungen auch im Festzuschussystem weiterhin unter Zugrundelegung des BEMA-Z und nicht der GOZ und dass die bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fallgestaltungen des § 55 Abs. 5 SGB V weiterhin über die KZVen abzurechnen sind.<sup>68</sup> Nach der Rechtsprechung des BSG handelt

<sup>61</sup> A.a.O.

<sup>62</sup> BAnz. 2007, Nr. 241 (S. 8383)

<sup>63</sup> Vgl. hierzu Nr. 5 Abs. 2 Satz 2 der Zahnersatz-Richtlinie (a.a.O.)

<sup>64</sup> A.a.O.

<sup>65</sup> BSG, NZS 2010, 500

<sup>66</sup> LSG Sachsen, Urteil vom 09.03.2011, L 1 KR 39/10; LSG Schleswig-Holstein, NZS 09, 500; Blöcher in Hauck/Noftz, SGB V, K § 55 Rn. 35

<sup>67</sup> Nolte in Kass. Komm. § 55 Rn. 64

<sup>68</sup> Blöcher, a.a.O.

es sich bei diesen Regelungen allerdings nur um nachrangige Aspekte, denen bei der Einordnung des Leistungsanspruches des Versicherten lediglich eine untergeordnete Bedeutung zukommt.<sup>69</sup> Nach diesen Grundsätzen ist zwar alleine schon deshalb, weil auch die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen gem. § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a SGB V weiterhin zum Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zählt, von einer fortbestehenden Einordnung dieser Leistungen in das öffentlich-rechtlich ausgestaltete Sozialversicherungsrecht auszugehen, womit aber noch keine abschließende Aussage hinsichtlich der Einordnung des diesbezüglichen Leistungsanspruches verbunden ist.

Zur Begründung eines fortbestehenden Sachleistungsanspruches kann auch nicht entscheidend auf die Formulierung des § 55 Abs. 1 SGB V abgestellt werden, denn danach richtet sich dieser Anspruch gerade nicht auf eine medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz, sondern lediglich auf befundbezogene Festzuschüsse „bei“ einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz. Entgegen der insofern zum Teil vertretenen Auffassung deutet diese Formulierung daher gerade nicht auf einen Fortbestand eines Sachleistungsanspruches hin, sondern spricht vielmehr für eine Begrenzung des Anspruches gerade auf befundbezogene Festzuschüsse und mithin auf eine reine Geldleistung. Hierfür spricht im Weiteren auch ein Vergleich mit den Bestimmungen in § 27a Abs. 3 SGB V hinsichtlich der Leistungsansprüche der Versicherten bei künstlicher Befruchtung. Auch insofern besteht gem. § 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V lediglich ein beschränkter Anspruch auf Übernahme von 50 Prozent der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei den Versicherten durchgeführt werden. Ungeachtet dessen ist aber in § 27a Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimmt, dass es sich auch insofern um einen Anspruch auf Sachleistungen nach Abs. 1 handelt. Während hier somit ein prozentual begrenzter Anspruch auf Kostenübernahme vom Gesetzgeber selber ausdrücklich als Sachleistung qualifiziert worden ist, fehlt es an entsprechenden Aussagen hinsichtlich des Festzuschussystems in den §§ 55 ff. SGB V, so dass insofern von einem Kostenerstattungsanspruch auszugehen ist. Da nach den Kriterien der oben genannten Rechtsprechung des BSG aber auch im Rahmen des Festzuschussystems davon auszugehen ist, dass die Versorgung mit Zahnersatz weiterhin Gegenstand der vertrags-

zahnärztlichen Versorgung ist, kommt der KZV gegenüber den Krankenkassen auch insofern weiterhin eine Befugnis zur abschließenden Entscheidung zum Beispiel über sachlich-rechnerische Berichtigungen durch Verwaltungsakt zu.<sup>70</sup>

Infolge der unveränderten Einbettung der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ist der Leistungsanspruch auch unabhängig von der Wahl der konkreten Versorgungsform auf den jeweiligen Festzuschuss begrenzt und dies auch dann, wenn gegebenenfalls eine bestimmte aufwendigere Versorgungsform medizinisch allein indiziert sein sollte. Daher begründet zum Beispiel auch eine bestehende Metallallergie keinen über die Festzuschüsse hinausgehenden Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse.<sup>71</sup> Dies gilt auch im Rahmen des Festzuschussystems jedenfalls so lange, als nicht unter dem Gesichtspunkt der Aufopferung ein darüber hinausgehender Anspruch dann besteht, wenn zuvor eine Schädigung gerade durch eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgt ist.<sup>72</sup>

Hinsichtlich der gem. § 57 Abs. 1 SGB V auf Bundesebene zu vereinbarenden Vergütungen auf der Grundlage bundeseinheitlicher Punktwerte ist durch die Einführung des Festzuschussystems eine Ausgliederung dieser Vergütungen aus den Gesamtvergütungen i. S. v. § 85 SGB V erfolgt.

Dies ergibt sich zunächst aus den ausdrücklichen Regelungen in § 57 SGB V zur Vereinbarung von durchschnittlichen Punktwerten für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz durch die Bundesmantelvertragspartner. Diese Vereinbarungen sind gemäß der ausdrücklichen Ergänzung in § 71 Abs. 4 Satz 1 SGB V neben den Gesamtvergütungsvereinbarungen der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Derartige Regelungen wären zumindest überflüssig, wenn die Vereinbarungen bereits Gegenstände der Gesamtvergütung betreffen würden. Zudem wird in § 57 Abs. 1 Satz 5 SGB V ausdrücklich auch auf § 85 Abs. 3 SGB V verwiesen, was ebenfalls überflüssig wäre, wenn es sich bei den Festzuschüssen um Bestandteile der Gesamtvergütung handeln würde, da diese Bestimmung dann ohnehin unmittelbar anwendbar wäre.

<sup>69</sup> BSG, SozR 3-5555 § 12 Nr. 5; GesR 04, 397

<sup>70</sup> SG Würzburg, Urteil vom 03.11.2009, S 4 KR 137/08; SG Dresden, Urteil vom 19.01.2011, S 11 KA 5004/08 Z

<sup>71</sup> BSGE 76, 40; zur entsprechenden Rechtslage bei Mängelregressen im Festzuschussystem gem. § 30 SGB V a.F. im Jahre 1998 vgl. BSG, SozR 4-5555 § 12 Nr. 1

<sup>72</sup> LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 29.01.2009, L 10 KR 57/06

Dies folgt ferner aus den ausdrücklichen Änderungen in § 85 Abs. 4 b SGB V und den dabei erfolgten Reduzierungen der Punktmengengrenzen im Rahmen des degressiven Punktwertes infolge der Einführung des Festzuschussystems. Damit und mit der in diesem Zusammenhang erfolgten unveränderten Bezugnahme auf § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass die diesbezüglichen Leistungen nicht mehr Gegenstand der Gesamtvergütung sind.<sup>73</sup>

Den Bestimmungen zur erstmaligen Fixierung der Punktwerte in § 57 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2005 ist auch keine Budgetierung der Gesamtausgaben der Krankenkassen für befundbezogene Festzuschüsse im Sinne der Festschreibung einer bestimmten Obergrenze zu entnehmen. Ab dem Jahre 2006 wird in § 57 Abs. 1 Satz 5 SGB V allerdings auf die Bestimmungen der §§ 71 Abs. 1 bis 3 und 85 Abs. 3 SGB V verwiesen. Damit wird die Fortentwicklung der Vergütungsvereinbarungen für die Festzuschüsse an dieselben Kriterien gebunden wie sie in § 85 Abs. 3 SGB V für die Veränderung der Gesamtvergütung maßgeblich sind. Dabei war zunächst auch die Bestimmung des § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. anwendbar, wonach bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Bezug auf das Ausgabevolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten ist.

Durch die Neufassung von § 85 Abs. 3 SGB V durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG)<sup>74</sup> ist die dort bisher vorgesehene strikte Anbindung der Gesamtvergütungen an die jeweilige Grundlohnsummenentwicklung<sup>75</sup> allerdings dadurch beseitigt worden, dass dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität in § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V nunmehr kein absoluter Vorrang vor allen anderen Bemessungskriterien zukommt, sondern neben den übrigen Parametern gem. § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V „zu berücksichtigen“ ist.

Infolge der unverändert gebliebenen Verweisung in § 57 Abs. 1 Satz 5 SGB V ist daher nunmehr diese Fassung von § 85 Abs. 3 SGB V auch im Rahmen der Verhandlungen hinsichtlich des Punktwertes für Zahnersatz anzuwenden. Denn § 57 Abs. 1 Satz 5 SGB V beinhaltet zunächst eine dynamische Verweisung auf die jeweils geltende Fassung des § 85 Abs. 3 SGB V. Infolge der Ausgliederung der Vergütungen im Zahnersatzbe-

reich war dabei die seinerzeitige Bezugnahme in § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. „auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen“ nicht relevant. Infolge der unveränderten Verweisungsnorm des § 57 Abs. 1 Satz 5 SGB V gilt dies ebenso in der augenblicklichen Fassung von § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V hinsichtlich der dort nunmehr vorhandenen Inbezugnahme „auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz“.

Etwas anderes folgt auch nicht aus den einschränkenden Hinweisen auf die Vergütungen für zahnärztliche Leistungen „ohne Zahnersatz“, die sich in § 85 SGB V nicht lediglich in der Neufassung des Abs. 3 durch das GKV-VStG, sondern an verschiedener Stelle finden. Sie dienen lediglich der Klarstellung, dass sich die Norm des § 85 SGB V insgesamt nur auf die Gesamtvergütungen bezieht, zu denen die Vergütungen für Zahnersatz nach Einführung des Festzuschussystems nicht mehr zählen. Dies ist zum einen der historischen Normentwicklung geschuldet, die sich von einer generellen Regelung der Gegenstände und Inhalte der Gesamtverträge hinsichtlich der Gesamtvergütungen sowohl für den Bereich der vertragsärztlichen als auch der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen zu einer Spezialregelung nur hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen fortentwickelt hat. Dementsprechend bezieht sich nicht nur § 85 Abs. 3 SGB V, sondern darüber hinaus auch § 85 Abs. 2a, 2d, 3f, 3g, 4 und 4b bis f SGB V ausdrücklich nur noch auf den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Zum anderen wird dadurch die Konsequenz daraus gezogen, dass es die in § 85 Abs. 3 SGB V geregelten Gesamtvergütungen und Ausgabenvolumina im Zahnersatzbereich nach der Einführung des Festzuschussystems in den §§ 55 ff. SGB V nicht mehr gibt.

Zudem wäre bei einer grundsätzlichen Änderung des Normverhältnisses zwischen den §§ 57 und 85 SGB V regelungstechnisch zu erwarten gewesen, dass eine solche Änderung in der Verweisungsnorm und damit in § 57 SGB V unmittelbar erfolgt bzw. zumindest in den Begründungen zur Neufassung der Bestimmungen hinsichtlich des Festzuschussystems bei Zahnersatz einerseits und zur Vereinbarung der Gesamtvergütungen andererseits durch das GKV-VStG eindeutig angesprochen worden wäre.

<sup>73</sup> Vgl. Boecken, VSSR 2005, 1

<sup>74</sup> Vom 22.12.2011, BGBl. I S. 2983

<sup>75</sup> Vgl. dazu z.B. Wenner, GesR 2009, 169

Eine Fortgeltung der strikten Anbindung an die jeweilige Grundlohnsummenentwicklung gem. § 71 SGB V würde auch dazu führen, dass sich die Rechtslage für die Zahnärzteschaft gegenüber dem Rechtszustand vor dem GKV-VStG sogar noch zusätzlich verschlechtern würde. Denn gemäß der bisherigen Fassung von § 85 Abs. 3 Satz 3 SGB V a.F. war zumindest eine Durchbrechung der strikten Anbindung der Gesamtvergütungen an die jeweilige Grundlohnsummenentwicklung in besonderen Ausnahmefällen möglich, so zum Beispiel bei Mehrausgaben aufgrund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 SGB V. Diese seinerzeit

unstreitig auch für den Zahnersatzbereich geltenden Ausnahmegestimmungen sind in der Neufassung von § 85 Abs. 3 SGB V aber konsequenterweise infolge des Wegfalls der strikten Anbindung der Gesamtvergütungen an die Grundlohnsummenentwicklung entfallen. Insgesamt ist daher festzustellen, dass im Rahmen der Punktwertverhandlungen gem. § 57 Abs. 1 SGB V weiterhin unter anderem die Bemessungskriterien des § 85 Abs. 3 SGB V in der jeweiligen Fassung zur Anwendung zu bringen sind.

# Entstehung und Fortentwicklung der Festzuschuss-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss

## Vorläufer des heutigen Festzuschussystems

Durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG) wurden zum 01.01.1997 die prozentualen Zuschüsse zum Zahnersatz erstmalig durch Festzuschüsse abgelöst. Der damalige Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen bereitete sich bereits im Jahre 1996 auf diese Aufgabe vor und beriet in 1997 mit den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Berücksichtigung der Stellungnahmen des Verbandes der Deutschen Zahntechniker-Innungen (VDZI) die Versorgungsformen, für die Festzuschüsse gewährt werden sollten. Bezüglich der festzulegenden Versorgungsformen wurde weitgehend Einigkeit zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen erzielt. Lediglich bezüglich der Einführung eines gesonderten Verblendungsfestzuschusses konnte zunächst keine Einigkeit erzielt werden. Die KZBV wünschte eine Einrechnung der Verblendung, wogegen die Spitzenverbände einen gesonderten Verblendungsfestzuschuss je Verblendung im Verblendebereich der Richtlinien bei Kronen und Brücken forderten.

Die KZBV erklärte sich im Kompromisswege mit einem besonderen Verblendungszuschuss einverstanden. Des Weiteren erklärten sich die Spitzenverbände der Krankenkassen damit einverstanden, auf einen besonderen Festzuschuss je Totalprothese mit Stützstiftregistrierung zu verzichten.

Am 31.10.1997 wurde der Beschluss über die Festzuschüsse getroffen; er trat am 03.01.1998 in Kraft.

Bei der Umsetzung der Festzuschüsse, insbesondere bei Wiederherstellungen im Rahmen von Härtefällen, kam es zu Problemen, da die vom Bundesausschuss beschlossenen Festzuschüsse für eine zufriedenstellende Bezuschussung bei Behandlungen teilweise nicht ausreichten. Es bestand daher zwischen den Verhandlungspartnern im Bundesausschuss Einvernehmen darüber, die bestehenden Festzuschüsse zu modifizieren. Während des Jahres 1998 wurden diese Probleme und Fragestellungen beraten und die Anpassung der Versorgungsformen und Festzuschüsse mit Wirkung zum 01.01.1999 vom Bundesausschuss beschlossen.

Durch das Inkrafttreten des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) zum 01.01.1999 und der damit einhergehenden Wiedereinführung der prozentualen Bezuschussung wurde dieser Beschluss gegenstandslos.

Im Jahre 2004 nahm der Gesetzgeber die Versorgung mit Zahnersatz wieder auf die Agenda und regelte durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das befundorientierte Festzuschussystem wieder einzuführen.

Ebenfalls mit dem GMG wurden die bis dahin nach Sektoren getrennten Bundesausschüsse zu einem „Gemeinsamen Bundesausschuss“ (G-BA) verbunden.

## Vom Konzept zum Inkrafttreten am 01.01.2005

Der G-BA in der Besetzung für die vertragszahnärztliche Versorgung erhielt durch das GMG den gesetzlichen Auftrag nach § 56 Abs. 1 SGB V, in Richtlinien Befunde zu definieren, für die ab dem 01.01.2005 Festzuschüsse gewährt werden sollten. In einem weiteren Schritt hatte er den jeweiligen Befunden prothetische Regelversorgungen zuzuordnen. Ziel des ab dem 01.01.2005 geltenden befundorientierten Festzuschussystems war es, den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen unter Berücksichtigung sozial-ökonomischer Aspekte eine größere Gestaltungsmöglichkeit bei der individuellen Wahl der prothetischen Versorgungsform einzuräumen<sup>1</sup>.

Die seit der Zusammenführung der Bundesausschüsse im G-BA beteiligten Patientenvertreter legten in den Verhandlungen im zuständigen Unterausschuss „Zahnärztliche Behandlung“ besonderen Wert auf die Beibehaltung des seinerzeit bestehenden Versorgungsniveaus. Sie sprachen sich insbesondere für ein Festzuschussystem aus, in dem die tatsächliche Versorgung möglichst genau dargestellt und mit Festzuschüssen hinterlegt wird. Härtefälle sollten zuzahlungsfrei gestellt werden, wenn Regelversorgungsleistungen in Anspruch genommen werden.

<sup>1</sup> GKV-Modernisierungsgesetz, Begründung zu § 55, BTagsDrs 15/1525, S. 92.

Zu Beginn der Beratungen im Februar 2004 legten sowohl die KZBV als auch die Spitzenverbände der Krankenkassen ihre Konzepte zur Umsetzung des befundbezogenen Festzuschussystems erstmals vor. Die Konzepte unterschieden sich in der Anzahl und in der Art der Befunde, für die Festzuschüsse gebildet werden sollten. Während die Spitzenverbände sich an den bestehenden BEMA-Leistungen orientierten, bevorzugte die KZBV zunächst wenige Grundbefunde, um eine möglichst einfache und überschaubare Lösung zu erreichen. Nach eingehenden Beratungen legte der Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung sieben Befundgruppen mit ca. 45 Befunden dem G-BA zur Beschlussfassung vor, wobei für sechs Befunde keine übereinstimmende Regelung zwischen den Spitzenverbänden und der KZBV erzielt werden konnte.

Unterschiedliche Auffassungen bestanden insbesondere noch bei der Bezuschussung von Härtefällen, über die Art der Rechnungslegung für Suprakonstruktionen, bei der Festlegung der Befunde für Brücken, bei den Befunden im Zusammenhang mit einem gegossenen Stiftaufbau, einer Stützstiftregistrierung, einem Langzeitprovisorium und bei den Befunden im Zusammenhang mit Teleskopkronen.

Hinsichtlich der Härtefallregelungen konnte sich die KZBV mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung durchsetzen. Die Krankenkassen verpflichteten sich, in ihre Satzungen Regelungen aufzunehmen, die in Härtefällen die Übernahme der tatsächlichen, gegebenenfalls über die doppelten Festzuschüsse hinausgehenden Kosten vorsahen. Dafür wurde ein Härtefallausgleich zwischen den Krankenkassen vorgesehen.

Ein Streitpunkt war auch die Implementierung der Suprakonstruktionen in das Festzuschussystem. Zwar lagen zur Ermittlung der Kostengrundlage für die Festlegung der Festzuschüsse keine BEMA- und BEL-Positionen vor, jedoch strebten die Spitzenverbände der Krankenkassen eine schnelle und umfassende Umsetzung an. Daher sollten bis zum 01.01.2006 in den Zahnersatz-Richtlinien Indikationen für Suprakonstruktionen beschrieben werden, die unter Berücksichtigung der bestehenden Richtlinien zu einer Verbesserung der wiederherzustellenden Kaufunktion im Vergleich zu anderen Versorgungsformen führen.

Der dritte Problembereich war die Festlegung von Lückenbefunden. Hier war die Versorgungswirklichkeit die Richtschnur für den in § 56 SGB V formulierten Versorgungsanspruch und damit das beizubehaltende „gegenwärtige Versorgungsniveau“. Nach der Mehrheitsentscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden Brücken grundsätzlich nur bei maximal vier fehlenden Zähnen je Kiefer zur Regelversorgung erklärt. Bei mehr als vier fehlenden Zähnen wurde die Regelversorgung grundsätzlich mit Teilprothesen beschrieben. Eine Kombination von Teleskopen mit herausnehmbarem Zahnersatz war – abgesehen von einer Restbezahnungssituation von bis zu drei Zähnen – grundsätzlich nur bei Eckzähnen vorgesehen.

Am 23.06.2004 trat der G-BA in der Besetzung für die vertragszahnärztliche Versorgung zu seiner Sitzung zur entscheidenden Beschlussfassung über die Festzuschuss-Richtlinie zusammen. In dieser Sitzung wurden nach vorheriger Anhörung des VDZI alle Befunde und die den Festzuschüssen zugeordneten Regelversorgungsleistungen beschlossen. Nach letzten Beratungen über die Kombinierbarkeit der Befunde untereinander, das Verfahren bei der Erbringung von Teilleistungen und einer abschließenden redaktionellen Überprüfung der Festzuschuss-Richtlinie wurde das Gesamtpaket „offiziell“ zum Abschluss gebracht und in einem letzten Schritt die Häufigkeiten der Regelleistungen festgelegt.

Der G-BA verabschiedete in seiner Sitzung am 14.07.2004 die Festzuschuss-Richtlinie einstimmig entsprechend der Vorgaben des GMG. Nach langen, schwierigen und zum Teil kontroversen Verhandlungen schufen Zahnärzte und Krankenkassen damit unter beratender Beteiligung der Patientenvertreter und nach Anhörung des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen die Voraussetzungen dafür, dass die Versicherten ab dem 01.01.2005 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen hatten. Darüber hinaus wurden Versicherten Leistungsansprüche für den Fall der Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz eingeräumt. Für Härtefallpatienten wurde sichergestellt, dass sie eine zuzahlungsfreie zahnprothetische Versorgung erhielten.

Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung wies in seiner Nicht-Beanstandung darauf hin, dass für eine Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz funktions-

tüchtiger, herausnehmbarer Zahnersatz in der Gegenbeziehung ausreiche. Darüber hinaus merkte das Ministerium an, dass diese Regelung den Unterkiefer mit einbeziehen solle. Auch solle die Kombinierbarkeit mit einer Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei fehlenden Zähnen im Ober- und Unterkiefer nicht nur beim Vorliegen von beidseitigen Freundsituationen möglich sein. Mit Blick auf die Protokollerklärungen der Parteien zu den obigen Regelungen erwartete das Ministerium eine gutachterliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) möglichst vor Inkrafttreten der Richtlinien. Dieser Vorgabe kam der Gemeinsame Bundesausschuss nach, indem er den Unterausschuss „Richtlinien-Festzuschüsse“ beauftragte, auf der Grundlage einer bei der DGZMK in Auftrag gegebenen Stellungnahme eine entsprechende Beschlussvorlage vorzubereiten. Aufgrund der Stellungnahme der DGZMK wurde durch eine entsprechende Anpassung der Festzuschuss-Richtlinie sichergestellt, dass auch Kombinationszahnersatz der natürlichen Gegenbeziehung gleichgestellt wurde.

Im Herbst 2004 wurden die jeweiligen Beträge für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen nach Maßgabe des § 57 Abs. 1 S. 6 SGB V sowie § 57 Abs. 2 S. 7 SGB V durch die

Vertragspartner vereinbart und dem Gemeinsamen Bundesausschuss mitgeteilt. Auf der Grundlage dieser Beträge und unter Berücksichtigung der vereinbarten statistischen Häufigkeiten der Regelversorgungsleistungen wurden die einzelnen Festzuschüsse errechnet. Alle Vertreter sprachen sich einstimmig für einen einheitlichen Festzuschuss je Befund aus, um das System der Festzuschüsse für die Beteiligten – insbesondere für die Patienten – praktikabel und nachvollziehbar zu gestalten.

Am 21.12.2004 wurden die Festzuschuss-Richtlinie, die Befunde, die zugeordneten Regelleistungen sowie die entsprechenden Beträge für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 03.11.2004 und der Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung im Bundesanzeiger veröffentlicht. Nach diesem letzten Schritt war damit erstmalig das Verfahren der Bestimmung von Festzuschüssen erfolgreich abgeschlossen.

Am 01.01.2005 trat somit die Festzuschuss-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft und löste die bis dahin geltende Regelung der prozentualen Festzuschüsse ab.

## Die weitere Entwicklung der Festzuschuss-Richtlinie

Seit der Einführung der Festzuschüsse wurde jährlich die Höhe der Festzuschussbeträge an die jeweils ebenfalls jährlich zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der KZBV vereinbarten Punktwerte für die zahnärztlichen und die zwischen dem GKV-SV und dem VDZI vereinbarten Werte für die zahntechnischen Leistungen angepasst.

Bereits in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten hat der G-BA ebenfalls Anpassungen an Befunden und Regelversorgungsleistungen vorgenommen, deren Notwendigkeit sich aus den Erfahrungen mit der ersten Anwendung der Festzuschuss-Richtlinie ergab. Es wurden mehrere inhaltliche Änderungen der Festzuschuss-Richtlinie sowie der zugehörigen „Gemeinsamen Erläuterungen zur Kombinierbarkeit der Befunde“ vorgenommen.

### > ... im Jahr 2005

Auf Initiative der KZBV wurde im Jahr 2005 auf Bundesebene mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine „Clearingstelle Festzuschüsse“ gebildet mit dem Ziel, die in der Einfüh-

rungsphase des neuen Festzuschussystems im Bereich der Zahnprothetik aufkommenden Fragestellungen zeitnah einer einvernehmlichen Klärung zuzuführen. Soweit die Parteien im Rahmen der Clearingstelle Einvernehmen erzielen konnten, wurden die Ergebnisse in Form einer gemeinsamen Interpretation der Vertragspartner festgehalten und an die Mitglieder beider Seiten weitergeleitet. Weitere Anpassungen wurden durch Änderung der Festzuschuss- sowie der Zahnersatz-Richtlinien im Gemeinsamen Bundesausschuss vorgenommen.

Zunächst wurden diejenigen aus den Sitzungen der Clearingstelle hervorgegangenen Punkte in den zuständigen Unterausschuss eingebracht, die zur Klarstellung der leistungsrechtlichen Situation einer Änderung des Wortlauts der Richtlinien bedurften und die in einigen Fällen eine Verbesserung der Anspruchssituation der Versicherten zum Ziel hatten. Es folgten weitere Beratungen im Unterschuss Zahnärztliche Behandlung, und der Gemeinsame Bundesausschuss entschied am 21.12.2005 über die folgenden Punkte:

- Befundfeststellung bei geplanten Hybridkonstruktionen
- Voraussetzung für die Gewährung von Verblendzuschüssen
- Behandlung in sinnvollen Therapieschritten als Teil der Gesamtplanung
- Bezuschussung und Abrechnungsgrundlage bei geplanten Freidendbrücken
- Befundfeststellung im Rahmen der Befundklasse 5
- Neufassung der Befunddefinitionen 6.9 und 7.7, Ergänzungen bei Befund-Nrn. der Klassen 6 und 8

Die Änderungen traten zum 18.03.2006 in Kraft.

#### > ... im Jahr 2006

Anfang 2006 wurde über weitere Änderungen beraten. Leistungsrechtliche Klarstellungen bzw. Verbesserungen erfolgten im Wesentlichen in folgenden Punkten:

- Festsitzender Zahnersatz als Regelversorgung bei herausnehmbarer Versorgung im Gegenkiefer
- Bezuschussung bei geplanter Versorgung mit Adhäsivbrücken bei Versicherten, die das 20. Lebensjahr vollendet haben
- Neufassung der Befunddefinitionen 4.1 / 4.3 einschließlich Erweiterung der Regelversorgung
- Neufassung der Befunddefinition 6.10: Bezuschussungsgrundlage bei Erneuerungsbedürftigkeit eines Primärteleskops
- Neufassung der Befunddefinitionen 6.2 / 6.3 / 7.4, Ergänzungen bei 7.7

Die Änderungen traten zum 01.04.2006 in Kraft.

Für das Jahr 2007 wurden weiterhin bei den Reparaturen („Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz“) umfängliche Ergänzungen in den Befundbeschreibungen und den hinterlegten Regelversorgungsleistungen vorgenommen. Es hatte sich gezeigt, dass die zugrunde gelegten Leistungen für die Reparaturen und Wiederherstellungen nicht den erforderlichen Umfang besaßen.

Die Änderungen traten zum 01.01.2007 in Kraft.

Zeitgleich wurden die Gemeinsamen Erläuterungen der KZBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Kombinierbarkeit der Befunde, für die Festzuschüsse gewährt werden, angepasst.

#### > ... im Jahr 2007

Für das Jahr 2008 wurde über eine Erweiterung der Regelversorgung mit Teleskopkronen und weitere Klarstellungen zur Interpretation der Festzuschuss-Befunde beraten. Die Anwendung der Richtlinie hatte gezeigt, dass es noch Unklarheiten in der Umsetzung gegeben hatte. Mit Beschluss vom 07.11.2007 wurden vor allem folgende Verbesserungen umgesetzt:

- Neufassung Abschnitt A Nr. 2, Satz 1 um sicherzustellen, dass ein Versicherter auf Basis des bei ihm vorliegenden zahnmedizinischen Befundes immer den gleichen Festzuschuss erhält
- Ergänzung bei Befund-Nr. 2: Definition der Freundsituation zur Klärung des Umfangs der Regelversorgung mit festsitzendem Zahnersatz
- Neufassung der Befunddefinitionen 3.2 und 4.6 einschließlich der Erweiterung der Regelversorgung
- Befundfeststellung im Rahmen der Befundklasse 5

Die Änderungen traten zum 01.01.2008 in Kraft.

#### > ... in den Jahren 2008 und 2009

wurden keine inhaltlichen Änderungen der Festzuschuss-Richtlinie vorgenommen.

#### > ... im Jahr 2010

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.05.2010 wurde die bis dahin in der Festzuschuss-Richtlinie enthaltene sogenannte Gegenkieferregel gestrichen (Abschnitt A, Nr. 3, Sätze 1, 2 und 3). Nach dieser Regel war festsitzender Zahnersatz grundsätzlich nur indiziert, wenn im Gegenkiefer noch die eigenen Zähne oder festsitzender Zahnersatz vorhanden waren. Durch den Wegfall dieser Einschränkung haben gesetzlich Krankenversicherte einen erweiterten Anspruch auf die Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz.

Hintergrund des Beschlusses war ein Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Relevanz der Beschaffenheit der Gegenbezahnung bei der Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz zu untersuchen. In seinem Abschlussbericht kam das IQWiG zu dem Ergebnis, dass anhand der vorliegenden Daten keine Aussagen darüber getroffen werden konnten, ob bzw. welchen Einfluss die

Beschaffenheit der Gegenbeziehung auf die Entscheidung hat, einen teilbezahnten Kiefer feststehend oder herausnehmbar zu versorgen. Folglich gab es für die bisherige Regelung in Abschnitt A. Nummer 3 der Festzuschuss-Richtlinie keinen medizinisch-wissenschaftlichen Beleg, dass die Regelversorgung davon abhängig gemacht werden sollte, ob der Gegenkiefer feststehend oder herausnehmbar versorgt ist.

Der Beschluss trat am 16.07.2010 in Kraft.

#### > ... in den Jahren 2010 bis 2012

wurden keine inhaltlichen Änderungen der Festzuschuss-Richtlinie vorgenommen.

#### > ... im Jahr 2013

Am 24.09.2013 vereinbarten die KZBV und der Spitzenverband der Krankenkassen eine Ergänzung der Anlage 2 zu den „Gemeinsamen Erläuterungen zur Kombinierbarkeit der Befunde, für die Festzuschüsse“ gewährt werden. Damit wurde die Kombinierbarkeit von Festzuschuss-Befund 4.5 mit Festzuschuss-Befund 7.5 zugelassen.

Mit Beschluss vom 14.11.2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die in der Festzuschuss-Richtlinie hinterlegten zahntechnischen Regelversorgungen angepasst. Hintergrund und Ziel der Änderungen war, eine Kongruenz zum neuen Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) zu schaffen. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses trat zeitgleich mit dem neuen BEL am 01.04.2014 in Kraft.

#### > ... im Jahr 2014

Am 24.11.2014 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss die neuen Festzuschusshöhen für 2015. Ergänzend wurde eine Änderung an den zahntechnischen Regelleistungen vorgenommen und die Leistung „Nr. 380 5 BEL II – Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung – gebogene Auflage“ in den Katalog der Regelversorgungsleistungen aufgenommen. Es handelte sich hierbei um eine redaktionelle Anpassung, die keine Auswirkungen auf die Festzuschusshöhen hatte. Die Änderungen traten zum 01.01.2015 in Kraft.

## Verfahren zur Überprüfung der Regelversorgungen/Ausblick

Der G-BA ist durch § 56 Abs. 2 Satz 11 SGB V verpflichtet, Inhalt und Umfang der Regelversorgungen in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen. Bereits im Jahr 2006, also ein Jahr nach Inkrafttreten der Festzuschuss-Richtlinie, begann der G-BA mit der Entwicklung eines Verfahrens zur Überprüfung der Regelversorgung. Zunächst wurden grundsätzliche Überlegungen zu notwendigen Daten angestellt. Dass die Heil- und Kostenpläne zu diesem Zeitpunkt nur in Papierform vorlagen, erwies sich als besondere Problemstellung. Im Verlauf der Diskussion zeigte sich, dass die Nutzung elektronischer Daten in die Überlegungen mit einbezogen werden musste.

Als die Entwicklung des Verfahrens zur Überprüfung der Regelversorgung mehr und mehr zu einer rein quantitativen Analyse des tatsächlichen Versorgungsgeschehens tendierte, in dem die Zahl der Regelversorgungsleistungen mit denen von gleich- und andersartigen Leistungen in Relation gesetzt werden sollten, konnte die KZBV dieses Konzept nicht mehr mittragen. Sie war und ist immer noch der Auffassung, dass der Inhalt der Regelversorgung diejenigen Leistungen sind, die für bestimmte Befunde eine in der Mehrzahl der Fälle

geeignete konkrete Versorgung beschreiben müssen. Auf die individuelle Versorgung der einzelnen Versicherten kommt es dabei nicht an. Daher kommt es nicht darauf an, was der Versicherte tatsächlich für Leistungen in Anspruch nimmt – was also „in der Regel“ als Leistung erbracht wird.

Sie ließ ein juristisches Gutachten zur Frage erstellen, was der Gegenstand der Überprüfung von Inhalt und Umfang der Regelversorgungen ist. Das Gutachten kam zu dem Schluss, dass Gegenstand der Überprüfung nach § 56 Abs. 2 Satz 11 SGB V nur die Regelversorgungsleistungen sind. Gleich- und andersartige Versorgungsleistungen sind dagegen nicht zu betrachten. Die Überprüfung hat sich an der Vorgabe des § 56 Abs. 2 S. 3 SGB V mit den dort bezeichneten Kriterien des Wissenschaftlichkeitsgebots, sprich des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse, und des Wirtschaftlichkeitsgebots, also an Angemessenheit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (im engeren Sinne), zu orientieren.

Diese Bewertung führte 2010 dazu, dass das bis dahin diskutierte Konzept nicht weiter verfolgt wurde. Vielmehr legte die KZBV ein neues Konzept vor, das auf den Aussagen des juri-

stischen Gutachtens basiert. Es sieht vor, dass Regelversorgungsleistungen, die den Festzuschuss-Befunden hinterlegt sind, zunächst wissenschaftlich bewertet werden, ob sie noch dem Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Erst wenn aus wissenschaftlicher Sicht gleichwertige oder geeignetere Alternativen zur Regelversorgung existieren, wird in der zweiten Stufe die Wirtschaftlichkeit dieser Alternativen überprüft.

## Ausblick: Neue Regelversorgungsleistungen

Auf der Grundlage dieses Konzepts beschloss das Plenum des G-BA im Oktober 2010, ein externes wissenschaftliches Institut zu beauftragen, die durch den Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung ausgewählten Regelversorgungsleistungen zu überprüfen. Im Rahmen eines europaweiten Vergabeverfahrens wurde die Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e.V. (DGPro) Mitte 2012 mit dieser Aufgabe betraut. Der Bericht der DGPro wurde ein Jahr später dem G-BA vorgelegt und Ende 2013 vom Plenum abgenommen.<sup>2</sup>

Bei den vier gestellten Fragen kam die DGPro nur bei einer Frage zu dem Ergebnis, dass eine gleichwertige oder bessere Versorgung mit einer Alternative möglich ist. So könnten vollkeramische Adhäsivbrücken mit einem Pfeiler als Sonderform des Brückenzahnersatzes eine gleichwertige oder geeignetere Alternative bei bestimmten Indikationen darstellen. Bei den übrigen Fragestellungen konnten keine gleichwertigen oder besseren Versorgungsformen identifiziert werden.

Der G-BA hat entschieden, die vollkeramische Adhäsivbrücke mit einem Pfeiler zum Ersatz zentraler und lateraler Schneidezähne in die Regelversorgung zu integrieren. Hierzu hat der G-BA Anfang 2014 weitere Beratungen aufgenommen. Da in diesem Fall für alle Beteiligten der wirtschaftliche Vorteil offenkundig war, wurde eine verkürzte Prüfung der Wirtschaftlichkeit dieser Versorgung durchgeführt und bejaht. Dies ist jedoch nur auf diesen Einzelfall begrenzt. Der G-BA entwickelt daher derzeit ein strukturiertes Konzept zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit.

In der ambulant-ärztlichen und stationären Versorgung findet eine solche Wirtschaftlichkeitsbetrachtung nur selten und nur in unbestimmtem Umfang statt. Meistens handelt es sich in diesen Versorgungssektoren um neue Methoden, die ohne Alternative sind. Daher kann eine vergleichende Betrachtung

der Wirtschaftlichkeit nicht erfolgen. Wird eine Methode als wirksam bewertet, muss sie in den Leistungskatalog der GKV eingegliedert werden, egal welche Kosten sie verursacht. Denn die Versicherten haben einen Anspruch auf diese Leistung, wenn sie anerkannt ist und keine Alternative besteht.

In der Versorgung mit Zahnersatz gibt es jedoch stets eine Auswahl an verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten (feststehend, herausnehmbar, kombiniert, Implantat...). Ein Vergleich zwischen diesen Möglichkeiten ist also gegeben. Auch neue Versorgungsformen lassen sich daher mit bestehenden vergleichen. Damit ist die Möglichkeit gegeben, auch einen wirtschaftlichen Vergleich vorzunehmen.

Eine weitere Fragestellung ergibt sich daraus, dass die Verteilung der Häufigkeiten der in der Regelversorgung abgebildeten Leistungen seit Inkrafttreten der Festzuschuss-Richtlinie nahezu unverändert geblieben ist. Es soll nunmehr geprüft werden, ob durch die Weiterentwicklung in der Zahnmedizin eine andere Gewichtung dieser Leistungen angenommen werden muss. Wenn dies der Fall ist, muss der abstrakte „Regelversorgungsfall“ für die verschiedenen Festzuschussbefunde neu definiert werden. Dies hat Auswirkungen auf die Festzuschusshöhen.

Das Festzuschussystem war von Beginn an als lernendes System konzipiert. Es ist durch die Trägerorganisationen kontinuierlich evaluiert und auf der Basis intensiver Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss in mehreren Schritten angepasst und weiter entwickelt worden. Die KZBV sieht das Festzuschussystem daher als ein Erfolgsmodell an, das auch für andere Leistungsbereiche beispielgebend sein kann. Weiteres Verbesserungspotenzial für die Zukunft läge in einer weiteren Vereinfachung der Regeln des Zuschussystems.

<sup>2</sup> Veröffentlicht auf der Internetseite des G-BA: <https://www.gba.de/informationen/beschluesse/1892/>

# Gesundheitsökonomische Analyse der Wirkungen befundbezogener Festzuschüsse

## Befundbezogene Festzuschüsse als neuer ordnungspolitischer Weg

Die Einführung der sogenannten befundbezogenen Festzuschüsse in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zum 01.01.2005 stellte zum damaligen Zeitpunkt eine Innovation dar, da den Patienten hiermit erstmalig für den zahnprothetischen Versorgungsbereich feste Beträge in Geldeinheiten zu definierten klinischen Befunden des Gebisses gewährt wurden – und zwar unabhängig von der durchgeführten Therapieform.

Bei dem System befundbezogener Festzuschüsse handelt es sich insofern um einen neuen ordnungspolitischen Weg.<sup>2</sup> In einer umfassenderen gesundheitsökonomischen Darstellung

ist somit auch zu fragen, inwieweit sich das System befundbezogener Festzuschüsse gesamthaft in das Gesundheitssystem einfügt, dies speziell im Hinblick auf alternative Patientenbeteiligungssysteme.

Das folgende Kapitel analysiert das befundbezogene Festzuschuss-Konzept aus einem systemtheoretischen Blickwinkel der Angebots- und Nachfragesteuerung von Gesundheitsdienstleistungen, wobei insbesondere den allokativen und distributiven Wirkungen von Festbeträgen nachgegangen wird.

## Allokative Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen

Unter dem Begriff der Allokation wird in den Wirtschaftswissenschaften die Zuordnung von Gütern und Ressourcen zu Personen und/oder Produktionsprozessen verstanden. Damit verbunden ist stets das Bestreben, die Zuordnung möglichst effizient und kostengünstig vorzunehmen. In der Marktwirtschaft gilt der Preismechanismus beziehungsweise die „Spürbarkeit des Preises“ als wichtigster Treiber für ein wirtschaftlich effizientes Handeln der Marktteilnehmer. Die unterschiedlichen Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitsbereich unterscheiden sich insbesondere im Hinblick auf die erwähnte Spürbarkeit des Preises.

Bei einer gesundheitsökonomischen Analyse der allokativen Wirkungen einer direkten Selbstbeteiligung sind drei Effekte zu unterscheiden:

1. Eine Selbstbeteiligungsregelung senkt das Realeinkommen des Patienten. Die Nachfrage ist unter anderem vom Haushaltseinkommen abhängig und wird deshalb in der Regel sinken (Einkommenseffekt).
2. Durch die Selbstbeteiligung werden die Gesundheitsleistungen für den Patienten im Vergleich zu anderen Gütern relativ teurer. Infolge des relativen Preisanstiegs wird die

Nachfrage nach Gesundheitsgütern in der Regel abnehmen, die Nachfrage auf andere preisgünstigere Güter verlagert (Substitutionseffekt).

3. Selbstbeteiligungen tragen zu einer Senkung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung bei, was wiederum das Netto-Einkommen des Patienten und damit vermutlich die Nachfrage nach Gesundheitsgütern erhöht (Beitragsenkungseffekt).

Während Einkommens- und Substitutionseffekt in die gleiche Richtung wirken, verläuft der Beitragssenkungseffekt gegenläufig. Ob und in welchem Umfang eine Selbstbeteiligung zu einer Senkung der Nachfrage nach Gesundheitsgütern führt, ist daher letztlich immer nur empirisch zu klären.

Je nach Ausgestaltung des Versicherungsschutzes sowie der damit verbundenen konkreten Selbstbeteiligungsregelung sind unterschiedliche Marktreaktionen der Beteiligten zu erwarten. Werden dem Versicherten sämtliche Krankheitskosten erstattet (Vollversicherung), so haben die Gesundheitsgüter für den Patienten einen effektiven Preis von Null, und er hat einen Anreiz, seine Nachfrage bis zur Sättigungsgrenze auszudehnen. Eine preislose Nachfrage nach Gesund-

<sup>1</sup> Überarbeiteter Auszug aus: Fedderwitz J, Micheelis W, Schmidt-Garrecht E: Das Festzuschussystem als Steuerungsinstrument in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen, Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Nomos 2007, S. 903 ff.

<sup>2</sup> Saekel, R.: Wettbewerbliche Gestaltung – Erfolgversprechende ordnungspolitische Reform des Zahnersatzsektors durch Festzuschüsse, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 6-7/2004, S. 16-23.

heitsgütern kann im Einzelfall gesundheitspolitisch und sozialmedizinisch erwünscht sein (etwa bei der Inanspruchnahme präventiver Zahnvorsorgemaßnahmen). Das Primat der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) lässt indes eine umfassende Vollversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung unter den heutigen Finanzierungsbedingungen nicht mehr zu.

Zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Vermeidung einer Überversorgung sind im Bereich der zahnprothetischen Versorgung vom Patienten Selbstbehalte zu entrichten. Im internationalen Vergleich fällt die finanzielle Belastung der Patienten infolge zu entrichtender Eigenanteile in Deutschland im Übrigen nach wie vor ausgesprochen moderat aus (siehe den Beitrag „Die Situation in den Nachbarländern“).

Die allokativen Wirkungen des zum 1. Januar 2005 eingeführten Festzuschussystems lassen sich am besten im Vergleich zu der alten proportionalen Selbstbeteiligungsregelung illustrieren. Bei der bis Ende 2004 im Bereich der zahnprothetischen Versorgung geltenden proportionalen Selbstbeteiligungsregelung musste der Versicherte einen bestimmten Prozentsatz (in der Regel zwischen 35 und 50 Prozent) der Kosten für die zahnprothetische Versorgung selber tragen. Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse im Bereich der zahnprothetischen Versorgung fand eine Abkehr von der vorherigen proportionalen Selbstbeteiligungsregelung statt. Bei dem seit 1. Januar 2005 geltenden System befundbezogener Festzuschüsse knüpft die Versicherungsleistung nicht mehr an die Behandlungskosten an, sondern an den jeweiligen zahnmedizinischen Befund. Entscheidend ist, dass die Krankenkasse – da die Höhe des Festzuschusses unabhängig von den Kosten der Behandlung ist – nunmehr lediglich das Mengenrisiko der Leistung zu tragen hat, jedoch nicht, wie zuvor bei der prozentualen Kostenbeteiligung, zusätzlich auch noch das Preisrisiko.<sup>3</sup> Der Wegfall des Preisrisikos erleichtert eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, die für die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 71 SGB V vorgeschrieben ist und ermöglicht zugleich eine potentielle Wachstumsdynamik im Zahnersatzbereich, ohne dass die gesetzliche Krankenversicherung zusätzlich belastet wird.<sup>4</sup>

Der entscheidende Vorteil des Festzuschussmodells ist, dass die preislichen Anreize für den Patienten trotz der partiellen Kostenbeteiligung der Krankenkasse voll intakt bleiben. Der Patient hat als Nachfrager unter diesen Bedingungen ein vergleichsweise stärkeres Interesse an niedrigen Preisen, als es bei proportionalen Selbstbeteiligungstarifen der Fall wäre, da er nun zu 100 Prozent und nicht nur in Höhe seines vorherigen prozentualen Selbstbehaltes in Höhe von 35 bis 50 Prozent von der Preisdifferenz profitiert. Infolge des verstärkten Preisinteresses der Patienten wird der Zahnarzt motiviert, beim Einkauf zahntechnischer Leistungen ebenfalls preisbewusster zu handeln.<sup>5</sup> Der Preisdruck auf die Zahnärzte und Vorleistungserbringer (zahntechnische Laboratorien) wird demnach durch die Einführung befundbezogener Festzuschüsse erhöht, die Anreize zu effizienterem und wirtschaftlicherem Verhalten entsprechend verstärkt.

Das Preisbewusstsein aller Beteiligten wird im Übrigen auch dann durch die befundbezogenen Festzuschüsse geschärft, wenn der Festzuschuss im neuen System betragsmäßig exakt der Höhe des prozentualen Zuschusses im alten System entspricht.<sup>6</sup> Für den Bereich der Regelversorgung hat die gemeinsame Selbstverwaltung Festzuschüsse angesetzt, die in etwa den vorherigen prozentualen Zuschüssen entsprechen. Bei von der Regelversorgung abweichenden Versorgungsformen (gleich- oder andersartig) ist der vom Patienten zu zahlende Selbstbehalt gegenüber der vorherigen Rechtslage teilweise gestiegen, teilweise werden bestimmte Versorgungsformen aber auch – wie im Falle von Implantaten – sogar erstmals bezuschusst.

Durch die Einführung befundbezogener Festzuschüsse haben sich die Preisrelationen zwischen den verschiedenen Versorgungsformen geändert und in der Folge können die eingangs erwähnten Substitutionseffekte auftreten. Nachfrageverschiebungen können insbesondere zwischen prothetischen und konservierend-chirurgischen Leistungen, zwischen verschiedenen prothetischen Versorgungsformen selbst sowie zwischen Neuanfertigungen und Wiederherstellungen von Zahnprothesen auftreten.<sup>7</sup> Ebenso kann eine Veränderung der Preisrelationen tendenziell zu einer Substitution medizinischer Leistungen durch eigene präventive Anstrengungen

<sup>3</sup> Wendt, C.: Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, 3. Aufl., Wiesbaden 2013.

<sup>4</sup> Saekel, R., a.a.O.

<sup>5</sup> Saekel, R., a.a.O.

<sup>6</sup> Schulenburg, J.-M. Graf v.d., Claes, C.: Neue Honorierung in der privatärztlichen Versorgung: Klare Trennung zwischen Liquidation und Erstattung, Köln, München 2000.

<sup>7</sup> Knappe, E., Fritz, W.: Direktbeteiligung im Gesundheitswesen – Steuerungswirkungen des Selbstbehalts bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnersatz, Köln 1984.

führen.<sup>8</sup> Diese Substitutionseffekte in Richtung Prävention sind aus oralepidemiologischer wie gesundheitspolitischer Perspektive zu begrüßen.

In allokativer Hinsicht zeigt sich somit deutlich, dass mit der Einführung des befundbezogenen Festzuschusssystem zugleich weitreichende Änderungen hinsichtlich der Steue-

rungswirkungen der Selbstbeteiligung verbunden sind. Das Festzuschussmodell ist aus den genannten Gründen anderen Selbstbeteiligungsregelungen, insbesondere der bis Ende 2004 geltenden proportionalen Selbstbeteiligung, überlegen, da es das Interesse der Versicherten an niedrigen Preisen stärkt und insofern am „marktähnlichsten“ wirkt.

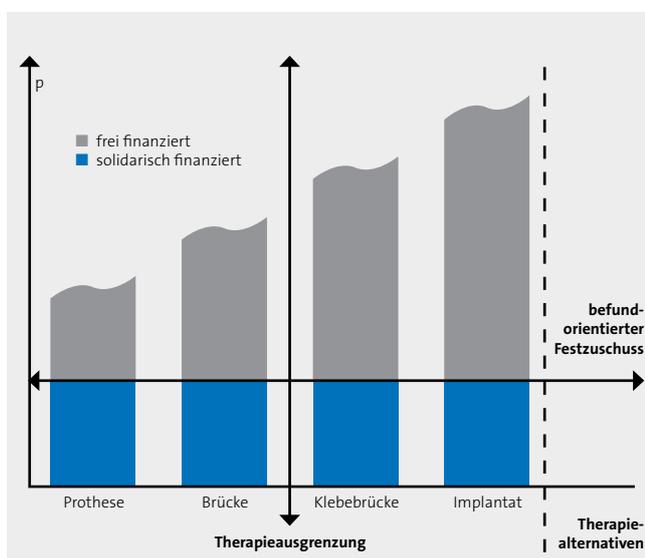
## Distributive Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen

Von der Frage der Allokation zu unterscheiden ist die Frage der Verteilung (Distribution) der produzierten Güter auf Individuen oder gesellschaftliche Gruppen. Der gesellschaftliche Grundwert der „sozialen Gerechtigkeit“ ist in den sozialen Grundrechten Deutschlands verankert (Art. 20 Grundgesetz), ebenso der Verfassungsauftrag der Herstellung der „Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse“ (Art. 106 Grundgesetz). Die effizienzerhöhenden Wirkungen von Festzuschüssen sind daher immer gegen deren sozialpolitischen Verteilungswirkungen abzuwägen.<sup>9</sup> Die verteilungspolitischen Implikationen befundbezogener Festzuschüsse werden ebenfalls in der Gegenüberstellung mit der vorherigen prozentualen Bezuschussung verdeutlicht.

Die bis Ende 2004 geltende prozentuale Bezuschussung hatte zur Folge, dass diejenigen Versicherten, die statt einer einfachen Versorgung (z. B. Prothese) eine aufwändigere Versorgung (z. B. Brücke) wählten, einen höheren Zuschuss von ihrer gesetzlichen Krankenkasse erhielten. Die Krankenkasse

beteiligte sich also nicht nur an den Kosten der einfachen Versorgung, sondern ebenso an den Mehrkosten der aufwändigeren Versorgung. Mit anderen Worten: Je höher die Kosten waren, desto höher war auch der Zuschuss. Die aufwändigere Versorgung blieb für den Patienten indes auch im prozentualen Bezuschussungssystem mit einer absolut höheren Selbstbeteiligung verbunden. Dies war zugleich der Grund, weshalb aufwändigere Versorgungsformen im alten System der prozentualen Bezuschussung tendenziell häufiger von Personen mit höherem Haushaltseinkommen nachgefragt wurden. Für den zahnmedizinischen Sektor konnte dieser Sachverhalt anhand empirischer Daten aus der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III) des IDZ nachgewiesen werden. Patienten mit einer aufwändigeren Brückenversorgung verfügten demnach über ein signifikant höheres Haushaltsnettoeinkommen als Patienten mit herausnehmbarer Teilprothese.<sup>10</sup>

Die sozialmedizinische Forschung hat immer wieder gezeigt, dass die Entscheidung für eine spezifische Versorgungsform in signifikanter Weise durch sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen des Patienten beeinflusst wird.<sup>11</sup> Erstattungssysteme, in denen die Höhe der Bezuschussung von der gewählten Versorgungsform abhängig gemacht wird, bergen daher immer die Gefahr, aus verteilungspolitischer Perspektive regressiv zu wirken, also eine bestehende soziale Schieflage noch zu verstärken. Im Sinne des Solidargedankens muss die bis 2004 praktizierte prozentuale Bezuschussung aus den genannten Gründen als sozial ungerecht und verteilungspolitisch kontraproduktiv gewertet werden. Im befundbezogenen Festzuschusssystem erhält der Patient hingegen unabhängig vom gewählten Therapiemittel einen



> Unabhängigkeit der Erstattungshöhe von der Versorgungsform

fixen befundbasierten Festzuschuss von der Krankenkasse. Am Beispiel des Befunds Einzelzahnlücke wird dies beispielhaft skizziert (siehe Abbildung unten links).

Der zahnmedizinische Befund Einzelzahnlücke bietet mehrere Therapiealternativen, die sich hinsichtlich Art, Umfang und Kosten ( $P = \text{Preis}$ ) voneinander unterscheiden. Im gewählten Beispiel sind dies unter anderem die Therapiealternativen Prothese, Brücke, Klebebrücke sowie Implantat. Bei dem befundbezogenen Festzuschussmodell erhält der Patient einen Festzuschuss für den Befund Einzelzahnlücke unabhängig davon, für welches zahnmedizinische Therapiemittel er sich entscheidet. Ob Brücke oder Implantat, der Festzuschuss bleibt in der Höhe gleich und wird solidarisch über die Krankenkassenbeiträge finanziert. Etwaige vom Patienten gewünschte Zusatzleistungen führen in diesem System indes

nicht zu einer Erhöhung des Kassenzuschusses, sondern müssen privat finanziert werden.<sup>12</sup> Eine zahnmedizinisch nicht indizierte Ausgrenzung einzelner Therapieformen (Klebebrücke, Implantat) wie im prozentualen Bezuschussungssystem findet im befundbezogenen Festzuschussmodell nicht mehr statt.

Auch aus distributiver Sicht ist das Festzuschussmodell dem vormals praktizierten System der prozentualen Bezuschussung überlegen, da sozial ausgewogener. Die Versicherungsleistung wird auf die Finanzierung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen zahnmedizinischen Versorgung (Regelversorgung) konzentriert; darüber hinausgehende Zusatzleistungen kann der Patient nicht mehr zulasten der Solidargemeinschaft in Anspruch nehmen.

## Gesamtfazit der gesundheitsökonomischen Analyse

Die Beurteilung des Festzuschussmodells fällt in der gesundheitsökonomischen Literatur<sup>13, 14, 15, 16</sup> insgesamt deutlich positiv aus, insbesondere im direkten Vergleich mit anderen Selbstbeteiligungsmodellen. Die Steuerungswirkung von Festzuschüssen ist demnach vergleichsweise präziser und, was aus ordnungspolitischer Perspektive ins Gewicht fällt, auch marktkonformer, da die Nachfrage oberhalb des gezahlten Kassenzuschusses nicht verzerrt wird. Aufgrund ihrer allokativen Überlegenheit sind befundbezogene Festzuschüsse wesentlich effizienter als andere nachfragesteuernde Maßnahmen und insofern auch mit stärkeren Kostendämpfungseffekten verbunden. Zugleich ist das Festzuschussmodell in distributiver Hinsicht gerechter, da die solidarisch aufgebrachten Finanzmittel der gesetzlichen Krankenkassen gezielter für die Regelversorgung eingesetzt werden können.

Die damalige Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse muss im Zusammenhang mit dem Bemühen des Gesetzgebers um eine Neuordnung der Finanzierung im Gesundheitswesen gesehen werden. Die Finanzierungsreform zielte darauf ab, Beitragssatzsenkungen durch „ausgewogene Sparbeiträge aller Beteiligten und unter Aspekten der sozialen Gerechtigkeit neu gestaltete Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen für Versicherte“ (Gesetzentwurf und Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz, Drucksache 15/1525) zu ermöglichen. Das Instrument der befundbezogenen Festzuschüsse fügt sich hier, wie die gesundheitsökonomische Analyse verdeutlicht, im Hinblick auf die Ziele des Gesetzgebers nahtlos ein.

Seite 44:

<sup>8</sup> Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M.: Gesundheitsökonomik, 6. Aufl., Berlin u. a. 2013.

<sup>9</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2002/2003: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum.

<sup>10</sup> Klingenberg, D., Micheelis, W.: Nachfrage zahnprothetischer Leistungen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Einflussgrößen, Ergebnisse aus einer Sekundäranalyse von Daten der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III), in: ZWR, 112. Jg., 2003, Nr. 3, S. 81-90 (Teil 1), Nr. 4, S. 134-140 (Teil 2).

<sup>11</sup> Micheelis, W.: Zur Dynamik des sozialen Gradienten in der Mundgesundheit. Befunde aus 1997 und 2005, in: Prävention und Gesundheitsförderung, 2009, S. 113 – 117.

Seite 45:

<sup>12</sup> Weitkamp, J., Ziller, S.: Modellprojekt einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland – Ein Konzept aus befundbezogenen Festzuschüssen und Kostenerstattung, in: forum für gesundheitspolitik, April 2002, S. 113-117.

<sup>13</sup> Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M.: Gesundheitsökonomik, 6. Aufl., Berlin u. a. 2013.

<sup>14</sup> Knappe, E., Leu, R. E., Schulenburg, J.-M. Graf v.d.: Der Indemnitätsstarif – Wege zur Sozialverträglichkeit und Wirtschaftlichkeit beim Zahnersatz, Berlin, Heidelberg, New York 1988.

<sup>15</sup> Schulenburg, J.-M. Graf v.d.: Selbstbeteiligung: Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Tübingen 1987.

<sup>16</sup> Schulenburg, J.-M. Graf v.d., Claes, C.: Neue Honorierung in der privatärztlichen Versorgung: Klare Trennung zwischen Liquidation und Erstattung, Köln, München 2000.

# Statistische Daten zum Festzuschussystem

Im Vorfeld der Einführung der Festzuschüsse hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Reihe von Vorgaben formuliert. Ziel war es, bei der Festlegung der Festzuschüsse das Versorgungsniveau – das Abbild des Versorgungsalltags in den Praxen – im neuen Festzuschussystem abzubilden. Ferner sollte unter Öffnung des Systems für den medizinischen Fortschritt (z. B. Suprakonstruktionen auf Implantatversorgungen) die Umstellung von prozentualen Zuschüssen auf Festzuschüsse kostenneutral erfolgen. Ziel war es weiterhin, das System dadurch gerechter zu gestalten, die Umverteilung von unten nach oben zu stoppen und den Patienten Wahlmöglichkeiten einzuräumen.

Bei der Festlegung der Regelversorgung hat sich der G-BA an der Versorgungswirklichkeit orientiert. Dieses Versorgungsniveau sollte im neuen Festzuschussystem als Leistungsumfang der Regelversorgung erhalten werden.

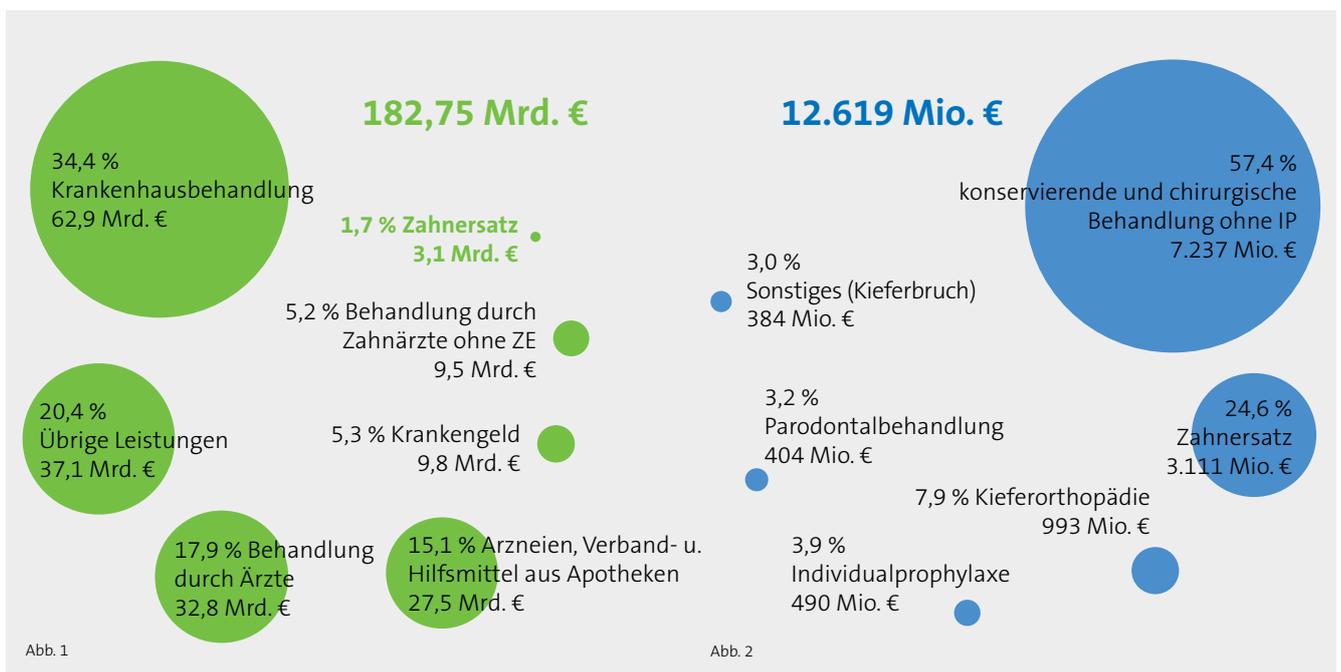
In den Beratungen des G-BA wurde es als zweckmäßig erachtet, für die Überprüfung der zur Einführung der Festzuschüsse formulierten Ziele einen einheitlichen Datenkranz zu erstellen und eine gemeinsame Datenerhebung von KZBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen durchzuführen. Hierfür wurde vom G-BA eine Arbeitsgemeinschaft eingerichtet, die die methodische Vorgehensweise für einen einheitlichen Datenkranz und eine gemeinsame Datenerhebung vorbereitet.

Unabhängig davon hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung die Auswirkungen der Einführung der Festzuschüsse begleitend evaluiert und dokumentiert. Die Ergebnisse der Untersuchungen der KZBV, die im vorliegenden Beitrag die Entwicklung bis zum Jahr 2013 abbilden, und die dazu verwendeten Datengrundlagen sollen im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

## Datengrundlagen der Auswertungen

Die nachfolgend dargestellten empirischen Ergebnisse basieren auf verschiedenen Datenquellen, darunter auch die kumulierten Abrechnungsdaten der KZVen sowie umfangreiche Stichproben für gleich- und andersartige Versorgungen auf Einzelfallebene. Zudem wurden für den Bereich Zahnersatz relevante Daten der GOZ-Analyse (Gemeinschaftsprojekt von

BZÄK, KZBV und IDZ) herangezogen, wodurch Informationen über das Abrechnungsverhalten der Zahnärzte bei der privatärztlichen Behandlung von GKV-Versicherten ableitbar waren. Darüber hinaus wurden als Orientierungsdaten Informationen über den Bereich Zahnersatz aus den amtlichen Statistiken des BMG (Statistik KJ1) herangezogen.



## Besonderheiten

### > Fehlende Übergangsregelung im Jahr 2005

Bei der Analyse der Entwicklung der GKV-Ausgaben, Fallwerte und Fallzahlen nach Einführung des Festzuschussystems ist zu berücksichtigen, dass es insbesondere durch die fehlende Übergangsregelung in Verbindung mit der Verunsicherung der Patienten und den durch den Systemwechsel bedingten Umstellungsproblemen zu Abrechnungsverschieben insbesondere in der Übergangsphase im Jahr 2005 gekommen ist, so dass das Niveau von Ausgabendaten und Fallzahlen des gesamten Jahres 2005 gesenkt wurde.

### > Einbeziehung der andersartigen Versorgungen

Da im Zusammenhang mit der geänderten Abrechnungssystematik im Allgemeinen die andersartigen Versorgungen nicht mehr über die KZVen, sondern direkt mit den Versicherten abgerechnet werden, müssen diese Fälle bei Vergleichsbetrachtungen einbezogen werden. Der Umfang der andersartigen Versorgungen (rd. 5 – 6 % gemessen an der Zahl der über die KZVen abgerechneten Fälle) wurde auf Basis von Stichprobenerhebungen hochgerechnet und bei der Analyse der Abrechnungsergebnisse einbezogen.

## Globale Einordnung des Bereichs Zahnersatz in die GKV-Ausgaben

Zur globalen Einordnung des Bereichs Zahnersatz können die Ausgaben der GKV für Zahnersatz einerseits mit den gesamten Leistungsausgaben der GKV, andererseits mit den Ausgaben der GKV für zahnärztliche Behandlung verglichen werden.

Zeitverlauf ausdrückten. Insbesondere waren vor der Einführung gesetzlicher Neuregelungen deutliche Vorzieheffekte zu verzeichnen. Dass sich die anschließenden Normalisierungsprozesse nach starken Einbrüchen im Leistungsgeschehen

Die GKV verzeichnete im Jahr 2013 Leistungsausgaben in Höhe von rd. 182,7 Mrd. €, davon entfielen rd. 12,6 Mrd. € auf die Ausgaben für zahnärztliche Behandlung (Anteil: 6,9 %) und auf die Ausgaben für Zahnersatz rd. 3,1 Mrd. € (Anteil: 1,7 %). Der daraus resultierende Anteil des Bereichs Zahnersatz an den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung betrug im Jahr 2013 24,7 %.

Aus der Aufteilung der Leistungsausgaben der GKV wird deutlich, dass auf den Bereich Zahnersatz mit 1,7 % innerhalb der GKV im Jahr 2013 nur ein relativ geringer Ausgabenanteil entfällt (siehe Abb. 1). Innerhalb der Ausgaben für zahnärztliche Behandlung entfällt auf den Bereich Zahnersatz rund ein Viertel aller Ausgaben (siehe Abb. 2). Im Jahr 2004, dem Jahr vor Einführung der Festzuschüsse, beliefen sich die Leistungsausgaben der GKV auf rund 131,2 Mrd. €, für zahnärztliche Behandlung auf 11,3 Mrd. € (Anteil: 8,6 %) und die Ausgaben für Zahnersatz auf 3,7 Mrd. € (Anteil: 2,8 %). Dabei betrug der Anteil der Ausgaben für Zahnersatz am Bereich zahnärztliche Behandlung insgesamt im Jahr 2004 vergleichsweise 32,6 %, also rund ein Drittel.

Die Tabelle 3 weist die Anteilsentwicklung des Bereichs Zahnersatz an den Leistungsausgaben der GKV und an den Ausgaben für zahnärztliche Behandlung seit 1991 aus.

Die Ausgabendaten der GKV verdeutlichen, dass der Bereich Zahnersatz in der Vergangenheit Systemänderungen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen (GSG, 2. GKV-NOG) unterworfen war, deren Verwerfungen sich in Niveausprüngen im

Jahr	Anteil Zahnersatz an den Leistungsausgaben der GKV	Anteil Zahnersatz an den Ausgaben für zahnärztl. Behandlung
1991	3,9 %	38,8 %
1992	4,8 %	43,3 %
1993	3,1 %	32,1 %
1994	3,2 %	34,1 %
1995	3,2 %	35,0 %
1996	3,5 %	35,7 %
1997	3,6 %	36,2 %
1998	2,5 %	27,6 %
1999	2,7 %	29,8 %
2000	2,8 %	31,4 %
2001	2,8 %	31,6 %
2002	2,6 %	30,7 %
2003	2,8 %	32,0 %
2004	2,8 %	32,6 %
2005	1,8 %	24,5 %
2006	1,9 %	26,0 %
2007	2,0 %	26,5 %
2008	1,9 %	26,7 %
2009	1,9 %	27,0 %
2010	1,9 %	27,3 %
2011	1,9 %	27,3 %
2012	1,8 %	26,2 %
2013	1,7 %	24,7 %

Tab. 3

### > Anteil der Ausgaben der GKV für Zahnersatz

über einen längerfristigen Zeitraum hinziehen, verdeutlicht die Entwicklung im Bereich Zahnersatz ab dem Jahr 1991.

Deutlich erkennbar wird durch die Ausgabenvergleiche, dass trotz der erkennbaren Verwerfungen und Vorzieheffekte bei

gesetzlichen Änderungen der Anteil des Bereiches Zahnersatz im langfristigen Trend deutlich gesunken ist, was auch ein Ausdruck für den sinkenden Bedarf an Zahnersatzleistungen im Zuge der allgemeinen Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung ist (siehe Abb. 4).

## Entwicklung von GKV-Ausgaben, Fallwerten und Fallzahlen nach Einführung des Festzuschussystems

### > Entwicklung der GKV-Ausgaben

Die Ausgabenentwicklung war in der Übergangsphase (insbesondere im Jahr 2005) durch die fehlende Übergangsregelung und die durch den Systemwechsel bedingten Umstellungen stark nach unten verzerrt. Im Jahresverlauf 2005 hatte sich jedoch bereits ein schrittweiser Aufholprozess eingestellt. Im Jahr 2005 betrug der Rückgang gegenüber dem Jahr 2004 28,8 %. Im Jahr 2006 setzte eine Normalisierung mit einer Ausgabenerhöhung um 9,1 % ein. Im Jahr 2007 sind die Ausgaben der Kassen um 3,8 % gegenüber dem Vorjahreszeitraum gestiegen. Der Normalisierungsprozess mit ansteigenden Ausgaben setzte sich in den Jahren 2008 bis 2010 (Ausgabenanstieg:

+ 4,6 %, + 4,3 % bzw. + 2,5 %) in abgeschwächter Form fort. In den Jahren 2011 und 2012 sind die Ausgaben der GKV im Bereich Zahnersatz um 0,6 % bzw. um 3,0 % zurückgegangen, wogegen im Jahr 2013 mit + 1,0 % wieder ein leichter Anstieg bei den GKV-Ausgaben zu verzeichnen war.

Die Abb. 5 verdeutlicht den Normalisierungsprozess bei der Entwicklung der GKV-Ausgaben in den Jahren 2005 bis 2013. Die Entwicklung der Kassenausgaben im Bereich Zahnersatz ist vor dem Hintergrund der ähnlich verlaufenden Fallzahlentwicklung zu bewerten, da auch bei den Fallzahlen nach einem deutlichen Rückgang in 2005 ein Normalisierungsprozess eingetreten ist.

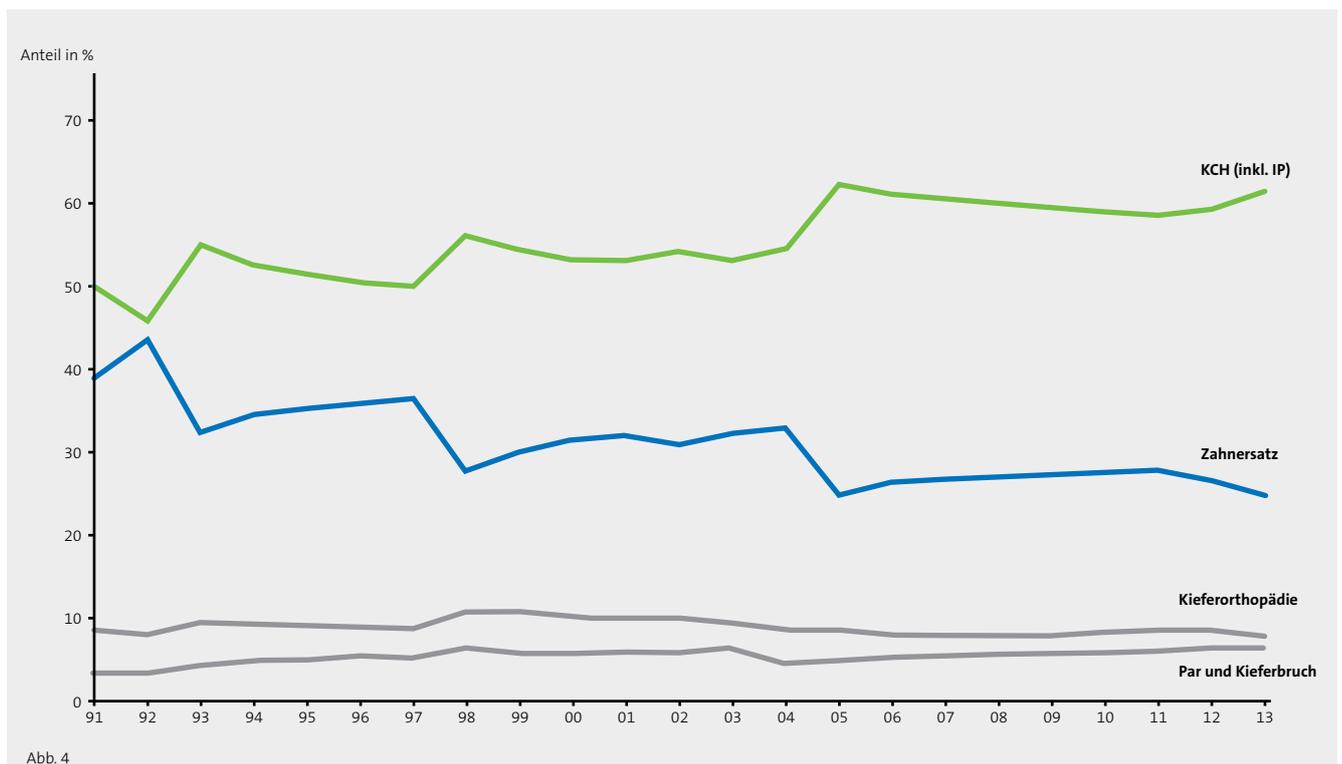


Abb. 4

> Anteil der einzelnen Leistungsbereiche an den Ausgaben der GKV für zahnärztliche Behandlung (Jahre 1991 – 2013)

Als Ursachen für die Abrechnungsverschiebe insbesondere im Verlauf des Jahres 2005 sind die fehlende Übergangsregelung in Verbindung mit der Verunsicherung der Patienten und die bei Systemwechsel häufig festzustellenden Vorzieheffekte und Übergangverzerrungen anzusehen.

Die Tatsache, dass das Ausgabenniveau im Vergleich zu 2004 im Jahr 2013 erst bei rund 88 % liegt, ist dabei zum Teil auch auf den gegenüber 2004 geringeren Anteil an Neuversorgungsfällen an der Gesamtfallzahl zurückzuführen, der im Jahr 2004 aufgrund des Vorzieheffektes vergleichsweise hoch ausfiel.

#### > Entwicklung der Fallwerte

Der Fallwert (Kassenzuschuss je Fall) ist nach Einführung der Festzuschüsse im Jahr 2005 um 16,3 % gegenüber 2004 zurückgegangen. Wesentlicher Grund hierfür war ein erheb-

licher Rückgang der Zahl der Neuversorgungsfälle, bei in etwa konstanter Zahl der Reparaturfälle. Besonders stark zurückgegangen war die Zahl der Neuversorgungsfälle direkt nach Einführung des Festzuschussystems. Da die Neuversorgungsfälle kostenintensiver sind als die Reparaturfälle, hat der Verschiebung des Verhältnisses von Neuversorgungen und Reparaturen den durchschnittlichen Fallwert maßgeblich gesenkt. In den folgenden Jahren hat der Fallwert in jedem Jahr zugenommen und liegt im Jahr 2013 um 6,0 % oberhalb des Niveaus des Jahres 2004.

Damit ist auch bei den Fallwerten ein deutlich ansteigender Trend im Zusammenhang mit der Normalisierung der Fallzahlen ab dem Jahr 2006 zu verzeichnen. Unter Berücksichtigung der andersartigen Leistungen hatte der Gesamtfallwert bereits im Jahr 2009 annähernd das Niveau des Jahres 2004 erreicht, was im Wesentlichen auf den steigenden Anteil der

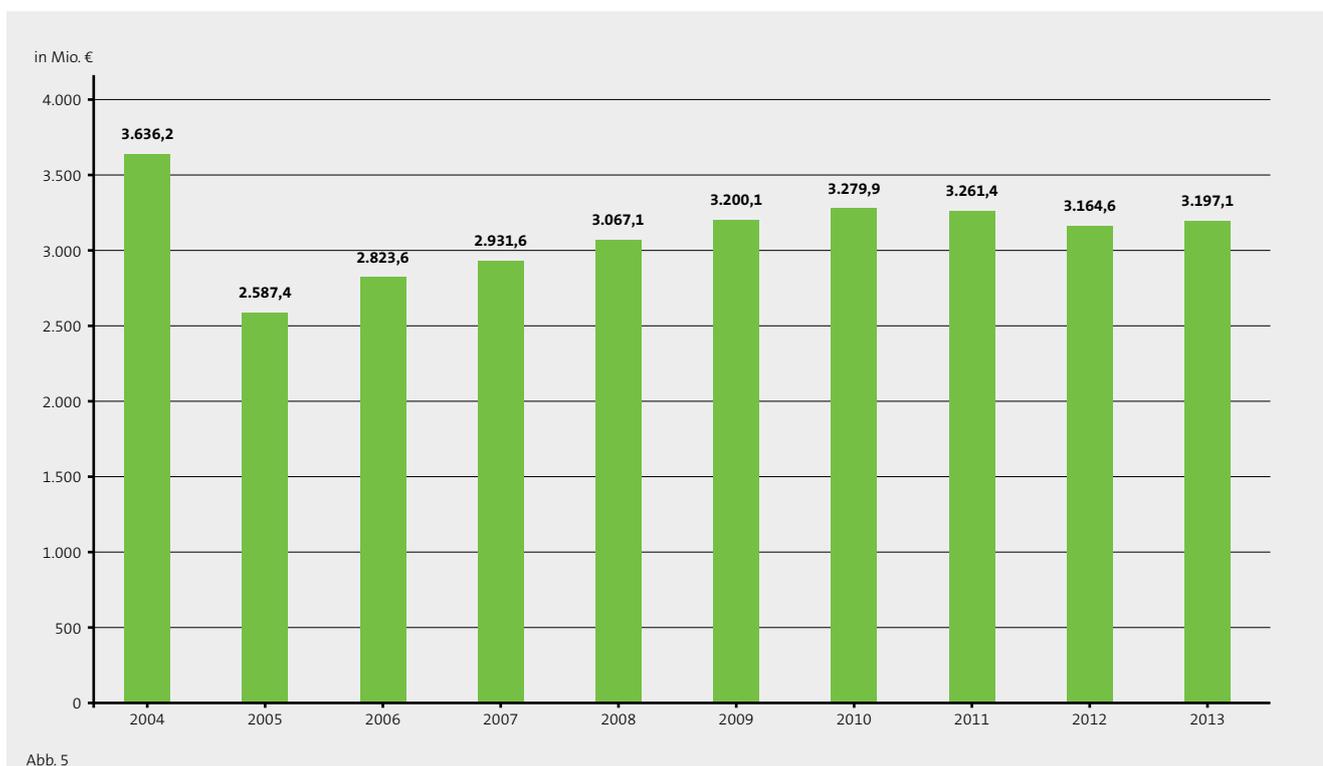


Abb. 5

Neuversorgungsfälle und den abnehmenden Anteil der Reparaturen im Zeitablauf zurückzuführen ist (siehe Abb. 6).

Die Abb. 7 mit der monatsweisen Darstellung der Fallwerte in den Jahren 2004, 2005 und 2013 verdeutlicht den deutlichen Aufholprozess in den vergangenen Jahren. In fast allen Monaten des Jahres 2013 liegt der Fallwert oberhalb beziehungsweise nahezu auf dem Niveau des Vergleichsmonats des Jahres 2004.

### > Entwicklung der Fallzahlen

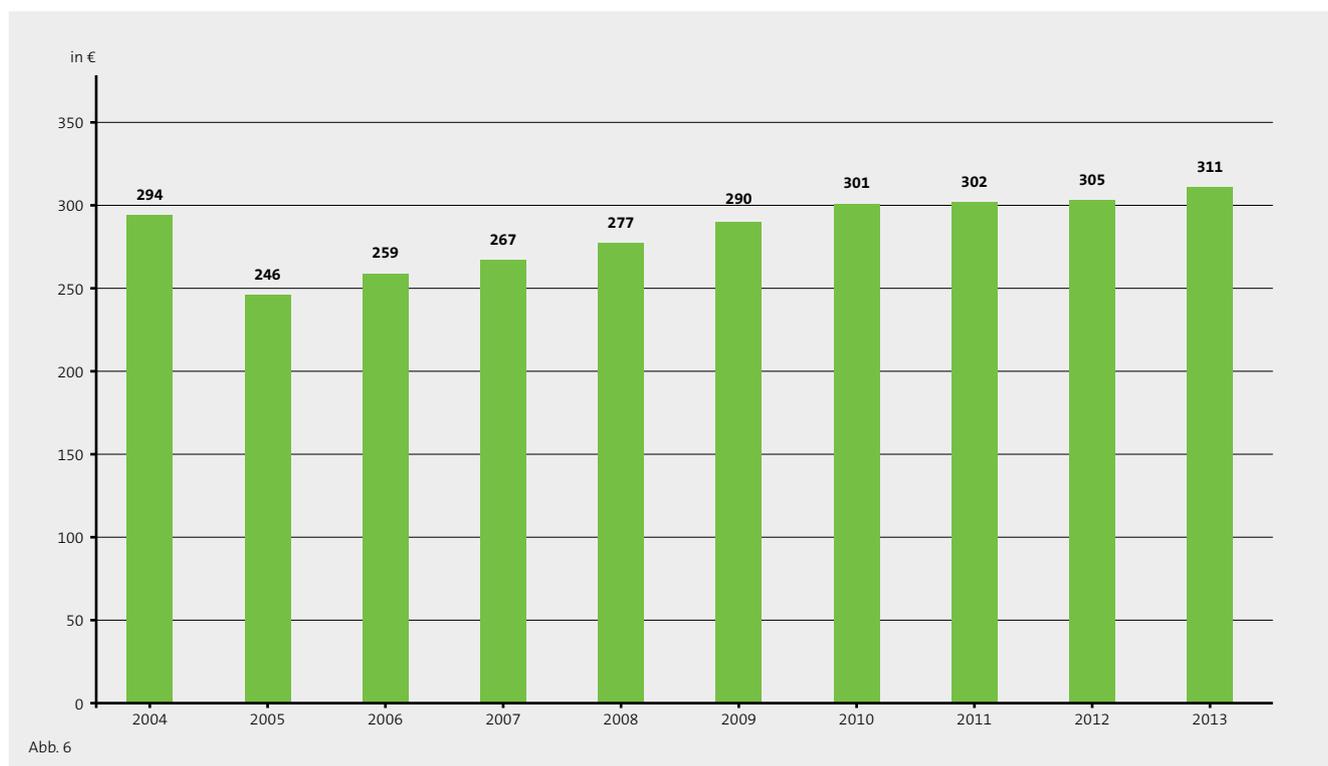
Nachdem die Fallzahl im Jahr 2005 um 15,0 % gegenüber dem Vorjahreszeitraum zurückgegangen war, waren in den Jahren 2005 bis 2008 steigende Fallzahlen zu verzeichnen. Ab dem Jahr 2009 sind leicht rückläufige Fallzahlen eingetreten. Nach einem zwischenzeitlichen Anstieg der Fallzahlen auf rund 11,1 Mio. liegen die Fallzahlen im Jahr 2013 mit rund 10,3 Mio. in etwa wieder auf dem Niveau des Jahres 2005 (siehe Tab. 8).

Die gesunkene Fallzahl im Bereich Zahnersatz kann auch als Auswirkung eines sinkenden Behandlungsbedarfs der Versicherten (aufgrund einer tendenziell verbesserten Mundgesundheit der Bevölkerung) gesehen werden.

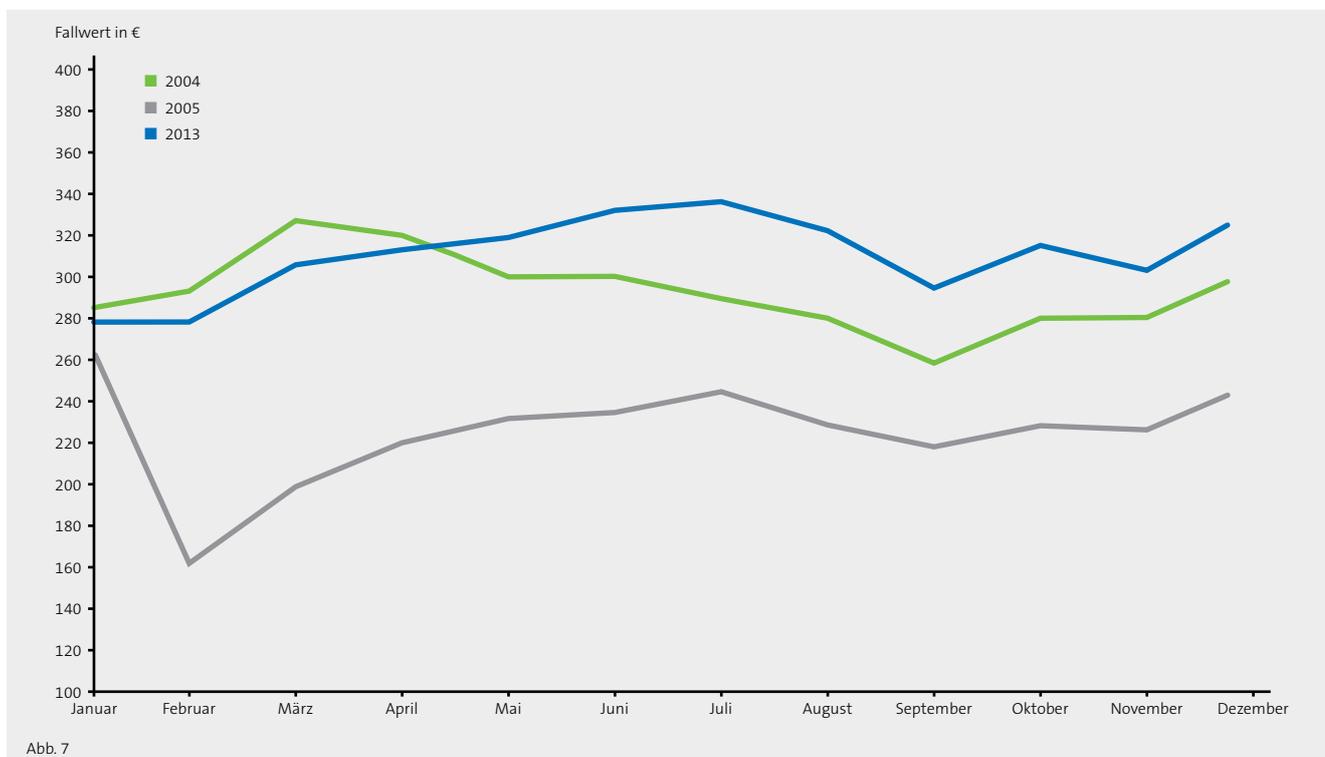
Ein entscheidender Faktor bei der Entwicklung der Fallzahlen ist allerdings die Zusammensetzung der Gesamtfallzahl aus Neuversorgungsfällen und Reparaturfällen. Dabei ist seit dem Jahr 2005 eine kontinuierliche Steigerung des Anteils der Neuversorgungsfälle an der Gesamtfallzahl festzustellen.

### > Entwicklung der Neuversorgungsfälle

Der insbesondere in den ersten Monaten des Jahres 2005 zu verzeichnende Rückgang der Fallzahlen war hauptsächlich auf die geringere Zahl von Neuversorgungen zurückzuführen. Reparaturfälle hingegen waren nahezu unverändert abgerechnet worden. Der seit 2005 zu verzeichnende Anstieg der Fallzahlen ist fast vollständig auf die Zunahme der Neuversorgungsfälle zurückzuführen. Dadurch hat sich auch das Verhältnis der Neuversorgungen zu Reparaturen verändert. Im Jahr 2004 hatte der Anteil der Neuversorgungen an allen Zahnersatzfällen noch 47,9 % betragen, im Jahr 2005 belief er sich – insbesondere aufgrund des Vorzieheffektes bei Neuversorgungen – nur noch auf 42,2 %. Mit dem Anstieg der Fallzahlen hat sich auch das Verhältnis der Neuversorgungen zu Reparaturen verändert. In den Jahren 2006 – 2012 erhöhte sich der Anteil der Neuversorgungen kontinuierlich und belief sich im Jahr 2012 auf 46,6 %. Im Jahr 2013 verringerte sich der Anteil der Neuversorgungen leicht um 0,5 Prozentpunkte und



### > Kassenausgaben je Fall (Fallwert) im Bereich Zahnersatz (Jahre 2004 – 2013)



› **Kassenausgaben je Fall (Fallwert) – Vergleich auf Monatsbasis**

Jahr	Zahnersatzfälle* (in Mio.)	Veränderung gegenüber Vorjahr absolut	Veränderung gegenüber Vorjahr je Mitglied
2004	12,373		
2005	10,516	– 15,0 %	– 14,6 %
2006	10,897	+ 3,6 %	+ 3,5 %
2007	10,997	+ 0,9 %	+ 0,4 %
2008	11,091	+ 0,9 %	+ 0,2 %
2009	11,023	– 0,6 %	– 0,9 %
2010	10,900	– 1,1 %	– 1,4 %
2011	10,798	– 0,9 %	– 1,4 %
2012	10,380	– 3,9 %	– 4,7 %
2013	10,267	– 1,1 %	– 1,8 %

Tab. 8

\* inkl. Direktabrechnungsfälle auf Hochrechnungsbasis

› **Fallzahlen im Bereich Zahnersatz 2004 – 2013**

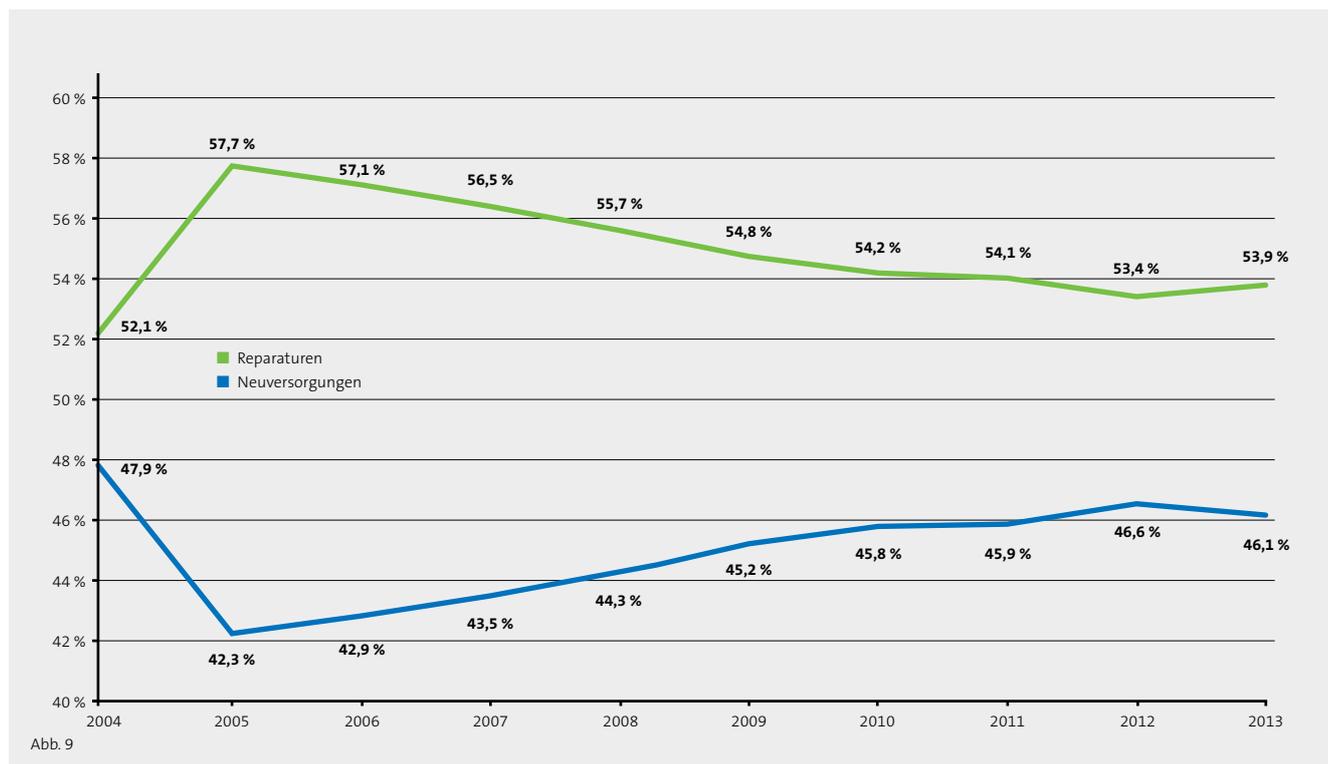
lag bei rund 46,1 %. Somit hat der Anteil der Neuversorgungen fast wieder das Ausgangsniveau des Jahres 2004 erreicht, so dass sich in Bezug auf den Anteil der Neuversorgungen nahezu eine komplette Normalisierung eingestellt hat (siehe Abb. 9).

Bei der differenzierten Betrachtung der Entwicklung im Zahnersatzbereich nach Neuversorgungsfällen und Reparaturfällen ist festzustellen, dass der Gesamtfallzahlrückgang gegenüber dem Niveau des Jahres 2004 weitgehend auf den Rückgang der Neuversorgungsfälle zurückzuführen ist. Im Rückblick sind die zwischen 2005 und 2013 eingetretenen Neuversorgungsfälle um rd. 6,6 % gestiegen, während die Zahl der Reparaturen um 8,9 % zurückging.

### > Entwicklung der abgerechneten Festzuschussbefunde

Neben der Entwicklung von Fallzahlen, Zuschussvolumina und Fallwerten ist die Struktur der abgerechneten Festzuschussbefunde (FZ-Befunde) ein wichtiger Indikator, um das Versorgungsgeschehen im Bereich Zahnersatz im Zeitverlauf einschätzen zu können.

Die Tabelle 10 weist den Vergleich der über die KZVen abgerechneten Häufigkeiten der Festzuschussbefunde in den Jahren 2008 und 2013 aus. Dabei bietet sich das Jahr 2008 als Basisjahr an, da ein Vergleich mit früheren Zeiträumen aufgrund von Beschlüssen des G-BA, die die Festzuschuss-



### > Anteilsverschiebung zwischen Neuversorgungen und Reparaturen im Bereich Zahnersatz 2004 – 2013

struktur bzw. die Indikationen bei einzelnen Befunden in 2006 bzw. in 2007 geändert hatten, nicht sinnvoll ist.

Für den Vergleich wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten der FZ-Befunde bei wichtigen Versorgungsgruppen zum Teil zusammengefasst gegenübergestellt, um die Entwicklungen bei den einzelnen Versorgungsformen im Zeitvergleich darzustellen. Beim Vergleich der relativen Häufigkeiten ist somit die Entwicklung der FZ-Befunde um die Entwicklung der Fallzahlen bereinigt.

Die Veränderungen insbesondere beim Vergleich der relativen Häufigkeiten zeigen, dass bei Einzelkronen (+ 7,5 %), Brückenversorgungen (+ 14,2 %), den Teleskopen und Interimsversorgungen (+ 13,5 %) deutliche Zunahmen erkennbar sind, wogegen bei Prothesen (- 1,9 %), Totalprothesen (- 2,6 %) und Wiederherstellungen (- 3,3 %) Rückgänge zu verzeichnen sind. Diese Entwicklung unterstreicht den anhaltenden Trend hin zu festsitzenden Versorgungsformen zulasten der Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz.

FZ-Befunde	Versorgungsform	Absolute Häufigkeit (in Tsd.)		Relative Häufigkeit (je 100 Fälle)		Absolute Häufigkeit Veränderung 2013/2008	Relative Häufigkeit
		2008	2013	2008	2013		
1.1	Einzelkronen	4.261,3	4.279,7	40,73	43,77	0,4 %	7,5 %
1.3	Verblendung						
	Einzelkronen	2.561,8	2.580,3	24,48	26,39	0,7 %	7,8 %
2.1 – 2.4	Brücken	828,5	884,5	7,92	9,05	6,8 %	14,2 %
2.7	Verblendung						
	Brücken	1.378,6	1.533,2	13,18	15,68	11,2 %	19,0 %
3.1	Prothesen	749,3	687,0	7,16	7,03	- 8,3 %	- 1,9 %
3.2 / 4.6	Teleskope	658,7	684,3	6,30	7,00	3,9 %	11,2 %
4.1 / 4.3	Cover-Denture-						
	Prothesen	240,4	226,0	2,30	2,31	- 6,0 %	0,6 %
4.2 / 4.4	Totalprothesen	534,0	486,2	5,10	4,97	- 9,0 %	- 2,6 %
5.1 – 5.4	Interimsprothesen	542,5	575,3	5,18	5,88	- 6,1 %	13,5 %
6.0 – 6.10	Wiederherstellungen	7.826,8	7.071,2	74,80	72,32	- 9,7 %	- 3,3 %

Tab. 10

### › Entwicklung der abgerechneten Festzuschussbefunde (getrennt nach Primärkassen und Ersatzkassen)

Eine nach Kassenarten (Primärkassen/Ersatzkassen) getrennte Analyse der über die KZVen abgerechneten FZ-Befunde (siehe Tab. 11 und 12) verdeutlicht, dass bei den Ersatzkassen das Versorgungsgeschehen (gemessen an der relativen Häufigkeit der FZ-Befunde) in den Vergleichsjahren 2008 und 2013 bei den Versorgungsformen Einzelkronen und Brücken auf einem deutlich höheren Niveau liegt als bei den Primärkassen. Dagegen weisen die Primärkassen deutlich höhere relative Häufigkeiten bei den Prothesen (nach FZ-Befund Nr. 3.1), Totalprothesen (nach FZ-Befunden Nrn. 4.2/4.4), Cover-Denture-Prothesen (nach FZ-Befunden Nrn. 4.1/4.3) sowie den Wiederherstellungen auf.

So wird beispielsweise bei den Primärkassen bei 40 von 100 Zahnersatzfällen ein FZ-Befund nach Nr. 1.1 (Einzelkrone) abgerechnet, bei den Ersatzkassen dagegen bei fast 50 von 100 Zahnersatzfällen. Bei den Primärkassen wurden demgegenüber in 7,7 je 100 Fällen Teleskope abgerechnet, bei Ersatzkassen nur in 5,8 je 100 Fällen.

Anhand der Entwicklung zwischen 2008 und 2013 ist festzustellen, dass bei den Primärkassen die relativen Häufigkeiten der FZ-Befunde bei Einzelkronen und Brücken im Vergleich zu den Ersatzkassen stärker gestiegen sind und der Rückgang bei den Prothesenversorgungen und Wiederherstellungen

weniger stark ausgeprägt war. Dennoch bleibt ein Niveauunterschied in dem an den relativen Häufigkeiten der FZ-Befunde gemessenen Versorgungsbedarf zwischen Primär- und Ersatzkassen bestehen, auch wenn die Veränderungsraten der relativen Häufigkeiten der FZ-Befunde zwischen 2008 und 2013 eine leichte Annäherung der Primärkassen an die Ersatzkassen unterstreichen.

Dabei lagen die relativen Häufigkeiten der FZ-Befunde bei den Ersatzkassen im Jahr 2013 bei den Einzelkronen um 13 % und bei den Brückenversorgungen um 8 % oberhalb des GKV-Durchschnittes, während die Primärkassen relative Häufigkeiten aufwiesen, die um 8 % (Einzelkronen) bzw. 5 % (Brückenversorgungen) unterhalb des GKV-Durchschnittes lagen.

Bei den Prothesenversorgungen zeigte sich zwischen den Kassenarten eine umgekehrte Situation: Während die Häufigkeiten der FZ-Befunde bei den Primärkassen zwischen 3 % und 14 % oberhalb des GKV-Durchschnittes lagen, waren bei den Ersatzkassen bei den Prothesenversorgungen deutlich unterdurchschnittliche relative Häufigkeiten (5 % bis 24 % unterhalb des GKV-Durchschnittes) festzustellen.

Die Tabelle 13 zeigt den Niveauunterschied zwischen Primärkassen und Ersatzkassen bei der relativen Häufigkeit der FZ-Befunde im Vergleich zum Durchschnitt der GKV (= 100 %) im Jahr 2013.

FZ-Befunde	Versorgungsform	Absolute Häufigkeit (in Tsd.)		Relative Häufigkeit (je 100 Fälle)		Absolute Häufigkeit Veränderung 2013/2008	Relative Häufigkeit
		2008	2013	2008	2013		
1.1	Einzelkronen	2.545,9	2.443,2	37,47	40,22	- 4,0 %	7,3 %
1.3	Verblendung						
	Einzelkronen	1.566,8	1.515,7	23,06	24,95	- 3,3 %	8,2 %
2.1-2.4	Brücken	508,3	521,7	7,48	8,59	2,6 %	14,8 %
2.7	Verblendung						
	Brücken	859,2	917,9	12,65	15,11	6,8 %	19,5 %
3.1	Prothesen	511,7	452,4	7,53	7,45	- 11,6 %	- 1,1 %
3.2 / 4.6	Teleskope	462,0	467,9	6,80	7,70	1,3 %	13,3 %
4.1 / 4.3	Cover-Denture-						
	Prothesen	174,1	159,6	2,56	2,63	- 8,3 %	2,5 %
4.2 / 4.4	Totalprothesen	391,0	345,4	5,75	5,69	- 11,7 %	- 1,2 %
5.1-5.4	Interimsprothesen	357,5	367,5	5,25	6,05	2,8 %	15,0 %
6.0-6.10	Wiederherstellungen	5.208,6	4.534,6	76,66	74,65	- 12,9 %	- 2,6 %

Tab. 11

FZ-Befunde	Versorgungsform	Absolute Häufigkeit (in Tsd.)		Relative Häufigkeit (je 100 Fälle)		Absolute Häufigkeit Veränderung 2013/2008	Relative Häufigkeit
		2008	2013	2008	2013		
1.1	Einzelkronen	1.715,4	1.836,5	46,75	49,58	7,1 %	6,0 %
1.3	Verblendung						
	Einzelkronen	995,0	1.064,6	27,12	28,74	7,0 %	6,0 %
2.1-2.4	Brücken	320,2	362,8	8,73	9,80	13,3 %	12,2 %
2.7	Verblendung						
	Brücken	519,4	615,3	14,16	16,61	18,5 %	17,4 %
3.1	Prothesen	237,6	234,6	6,48	6,33	-1,3 %	-2,2 %
3.2 / 4.6	Teleskope	196,7	216,4	5,36	5,84	10,0 %	9,0 %
4.1 / 4.3	Cover-Denture-						
	Prothesen	66,3	66,4	1,81	1,79	0,2 %	-0,8 %
4.2 / 4.4	Totalprothesen	143,0	140,8	3,90	3,80	-1,6 %	-2,5 %
5.1-5.4	Interimsprothesen	185,0	207,8	5,04	5,61	12,4 %	11,3 %
6.0-6.10	Wiederherstellungen	2.618,2	2.536,6	71,36	68,48	-3,1 %	-4,0 %

Tab. 12

➤ **Festzuschuss-Befunde** – Häufigkeiten der über die KZVen abgerechneten Festzuschuss-Befunde – **Ersatzkassen**

FZ-Befunde	Versorgungsform	Primärkassen	Ersatzkassen
1.1	Einzelkronen	91,9 %	113,3 %
1.3	Verblendung		
	Einzelkronen	94,6 %	108,9 %
2.1 – 2.4	Brücken	94,9 %	108,3 %
2.7	Verblendung		
	Brücken	96,4 %	106,0 %
3.1	Prothesen	106,0 %	90,2 %
3.2 / 4.6	Teleskope	110,1 %	83,5 %
4.1 / 4.3	Cover-Denture-		
	Prothesen	113,7 %	77,6 %
4.2 / 4.4	Totalprothesen	114,4 %	76,4 %
5.1 – 5.4	Interimsprothesen	102,8 %	95,4 %
6.0 – 6.10	Wiederherstellungen	103,2 %	94,7 %

Tab. 13

➤ **Niveaunterschiede zwischen Primär- und Ersatzkassen** bei der relativen Häufigkeit der FZ-Befunde – Index GKV = 100 % – Jahr 2013

### › Entwicklung der Abrechnungsdaten nach Zuschussgruppen

GKV-Versicherte, die Zahnersatzleistungen in Anspruch nehmen, erhalten im Rahmen der Bonusregelung, in Abhängigkeit von den im Bonusheft dokumentierten Bemühungen zur Erhaltung der Zahngesundheit, einen Bonus in Höhe von 20 % oder 30 % zum jeweiligen Festzuschuss.

GKV-Versicherte, die der Härtefallregelung unterliegen (Härtefälle), erhalten bei der Versorgung mit Zahnersatz den doppelten Festzuschuss beziehungsweise die tatsächlich anfallenden Kosten der Regelversorgung.

Eine Aufteilung der Fallzahlen sowie des Zuschussbetrages nach der Höhe des Zuschusses/Bonus zeigt auf Basis der über die KZVen abgerechneten Zahnersatzfälle (ohne andersartige Versorgungen), dass im Jahr 2013 rund 11 % der Fälle der Härtefallregelung unterliegen, 47 % der Fälle einen Bonus von 30 %, rund 8 % der Fälle einen Bonus von 20 % erhalten. Der Anteil der Fälle ohne Bonus beläuft sich in 2013 auf rund 34 % (siehe Abb. 14).

Bezogen auf die abgerechneten Zuschussvolumina ergibt sich aufgrund des unterschiedlichen Fallwertes bei diesen Bonusgruppen folgende Anteilsverteilung (ohne andersartige Versorgungen): Rund 26 % des Zuschussvolumens entfallen auf Härtefälle, rund 44 % des Zuschussvolumens auf Fälle mit einem Bonus von 30 %, rund 6 % des Zuschussvolumens auf Fälle mit einem Bonus von 20 % und rund 24 % des Zuschussvolumens auf Fälle ohne Bonus.

Somit werden rund 66 % der Fälle und rund 76 % des Zuschussvolumens im Rahmen der Härtefallregelung beziehungsweise der Bonusregelung abgewickelt. Der durchschnittliche Zuschuss bezogen auf den doppelten Festzuschuss beläuft sich über alle Zuschussgruppen auf rund 67 %.

Dabei zeigen die längerfristigen Vergleiche bei den prozentualen Anteilen der einzelnen Bonusgruppen eine relative konstante Verteilung (siehe Tab. 15). Der Anteil der Härtefälle liegt relativ gleichbleibend bei rund 10 – 11 % aller Zahnersatzfälle. Beim Zuschussvolumen bewegt sich der Anteil der Härtefälle zwischen 27 und 29 % des gesamten Zuschussvolumens für Zahnersatzfälle (siehe Tab. 16).

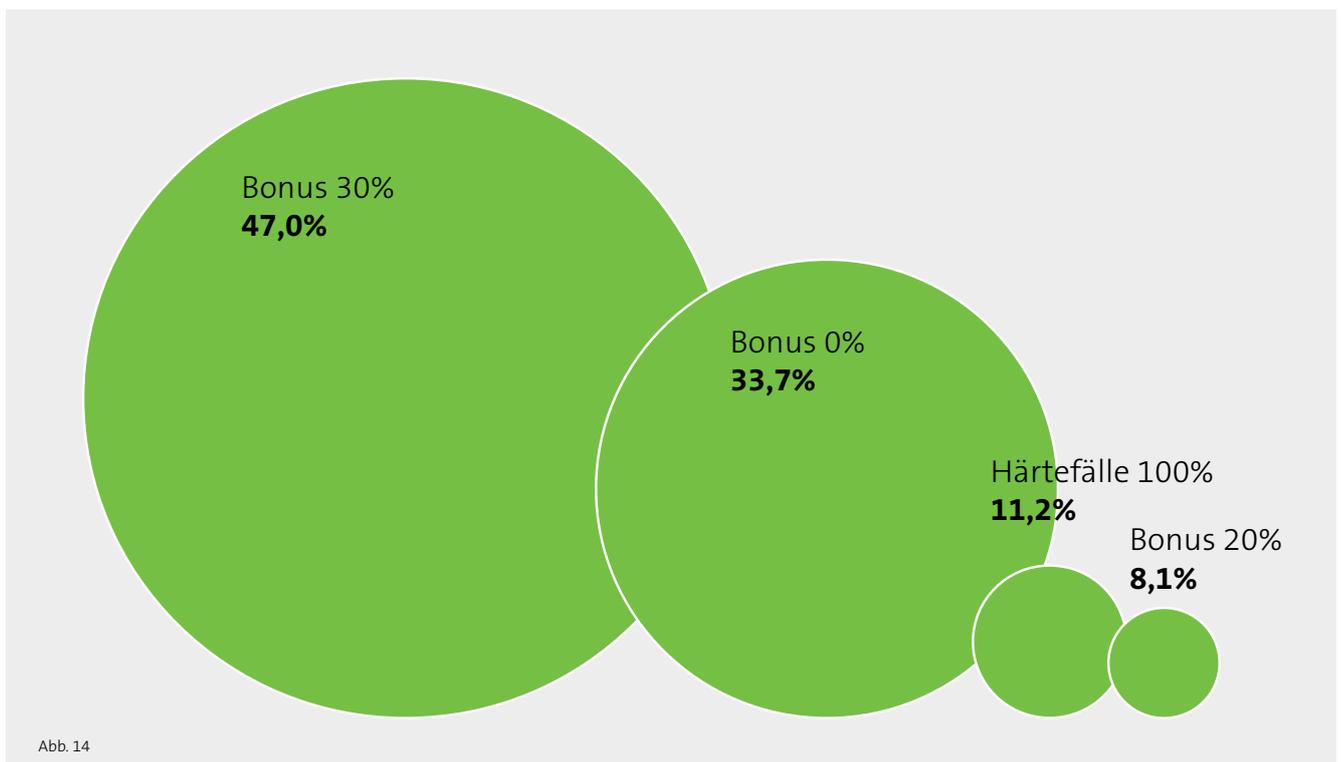


Abb. 14

### › Aufteilung der Zahnersatzfälle nach Höhe des Zuschusses/Bonus im Jahr 2013

Jahr	Bonus 0%	Bonus 20%	Bonus 30%	Härtefälle 100%	Gesamt
2004	32,8 %	10,7 %	45,6 %	<b>11,0 %</b>	100,0 %
2005	33,1 %	10,2 %	47,2 %	<b>9,4 %</b>	100,0 %
2006	32,6 %	9,9 %	47,1 %	<b>10,4 %</b>	100,0 %
2007	33,2 %	9,7 %	46,5 %	<b>10,7 %</b>	100,0 %
2008	33,2 %	9,3 %	46,9 %	<b>10,6 %</b>	100,0 %
2009	33,1 %	8,8 %	47,2 %	<b>10,8 %</b>	100,0 %
2010	33,2 %	8,4 %	47,5 %	<b>10,9 %</b>	100,0 %
2011	33,4 %	8,3 %	47,6 %	<b>10,7 %</b>	100,0 %
2012	33,7 %	8,2 %	47,3 %	<b>10,8 %</b>	100,0 %
2013	33,7 %	8,1 %	47,0 %	<b>11,2 %</b>	100,0 %

Tab. 15

➤ **Abrechnungsdaten Zahnersatz – ZE-Fälle nach Verteilung auf Zuschussgruppen**

Jahr	Bonus 0%	Bonus 20%	Bonus 30%	Härtefälle 100%	Gesamt
2003	23,6 %	9,7 %	39,2 %	<b>27,6 %</b>	100,0 %
2004	24,7 %	9,8 %	42,0 %	<b>23,5 %</b>	100,0 %
2005	24,6 %	9,1 %	42,2 %	<b>24,1 %</b>	100,0 %
2006	22,6 %	8,4 %	41,7 %	<b>27,3 %</b>	100,0 %
2007	22,4 %	7,9 %	41,9 %	<b>27,7 %</b>	100,0 %
2008	22,4 %	7,5 %	42,6 %	<b>27,5 %</b>	100,0 %
2009	22,0 %	7,0 %	42,9 %	<b>28,1 %</b>	100,0 %
2010	22,0 %	6,7 %	43,1 %	<b>28,2 %</b>	100,0 %
2011	22,5 %	6,6 %	43,5 %	<b>27,4 %</b>	100,0 %
2012	22,5 %	6,5 %	43,1 %	<b>27,9 %</b>	100,0 %
2013	22,2 %	6,3 %	42,1 %	<b>29,4 %</b>	100,0 %

Tab. 16

➤ **Abrechnungsdaten Zahnersatz – Verteilung des Zuschussvolumens nach Zuschussgruppen**

### > Entwicklung der abgerechneten Festzuschussbefunde bei Härtefällen und Nicht-Härtefällen

Auch wenn der Anteil der Härtefälle bei den Fallzahlen und beim Zuschussvolumen im Zeitverlauf sich nicht entscheidend verändert hat, zeigt die Analyse der Struktur der abgerechneten Festzuschussbefunde, differenziert nach Härtefällen und Nicht-Härtefällen, einige wesentliche Unterschiede im Versorgungsgeschehen der beiden Kohorten.

Die Tabellen 17 und 18 weisen den Vergleich der über die KZVen abgerechneten Häufigkeiten der Festzuschussbefunde in den Jahren 2008 und 2013 bei Härtefällen und Nicht-Härtefällen aus. Dabei bietet sich das Jahr 2008 als Basisjahr an, da ein Vergleich mit früheren Zeiträumen aufgrund von Beschlüssen des G-BA, die die Festzuschussstruktur beziehungsweise die Indikationen bei einzelnen Befunden in 2006 und in 2007 geändert hatten, nicht sinnvoll ist.

Der Vergleich der relativen Häufigkeiten zwischen Härtefällen und Nicht-Härtefällen verdeutlicht den deutlich höheren Versorgungsbedarf in allen Versorgungsformen, die auf eine deutlich höhere Behandlungsintensität bei den Härtefällen hindeutet. Einzige Ausnahme stellen hier die Wiederherstellungen dar, die bei den Nicht-Härtefällen hinsichtlich der relativen Häufigkeit stärker auftreten als bei den Härtefällen.

Beim Vergleich der Entwicklung zwischen 2008 und 2013 sind darüber hinaus bei den Härtefällen in fast allen Versorgungsformen Zunahmen bei der relativen Häufigkeit festzustellen, während bei den Nicht-Härtefällen lediglich bei Einzelkronen und Brückenversorgungen die relative Häufigkeit gestiegen ist, während die Prothesenversorgungen (mit Ausnahme der Interimsprothesen) rückläufig waren.

FZ-Befunde	Versorgungsform	Absolute Häufigkeit (in Tsd.)		Relative Häufigkeit (je 100 Fälle)		Absolute Häufigkeit Veränderung 2013/2008	Relative Häufigkeit
		2008	2013	2008	2013		
1.1	Einzelkronen	3.586,9	3.597,6	38,35	41,39	0,3 %	7,9 %
1.3	Verblendung						
	Einzelkronen	2.117,5	2.120,8	22,64	24,40	0,2 %	7,8 %
2.1-2.4	Brücken	663,6	710,7	7,09	8,18	7,15 %	15,2 %
2.7	Verblendung						
	Brücken	1.102,7	1.225,0	11,79	14,09	11,1 %	19,5 %
3.1	Modellgussprothese	572,1	515,0	6,12	5,92	-10,0 %	-3,1 %
3.2 / 4.6	Teleskope	490,0	484,0	5,24	5,57	-1,2 %	6,3 %
4.1 / 4.3	Cover-Denture-						
	Prothesen	176,5	156,7	1,89	1,80	-11,2 %	-4,5 %
4.2 / 4.4	Totalprothesen	405,1	350,3	4,33	4,03	-13,5 %	-7,0 %
5.1-5.4	Interimsprothesen	442,1	457,9	4,73	5,27	3,6 %	11,5 %
6.0-6.10	Wiederherstellungen	7.232,5	6.497,5	77,32	74,75	-10,2 %	-3,3 %

Tab. 17

FZ-Befunde	Versorgungsform	Absolute Häufigkeit (in Tsd.)		Relative Häufigkeit (je 100 Fälle)		Absolute Häufigkeit Veränderung 2013/2008	Relative Häufigkeit
		2008	2013	2008	2013		
1.1	Einzelkronen	674,4	682,0	60,79	62,84	1,1 %	3,4 %
1.3	Verblendung						
	Einzelkronen	444,2	459,5	40,04	42,33	3,4 %	5,7 %
2.1-2.4	Brücken	164,9	173,8	14,87	16,01	5,4 %	7,7 %
2.7	Verblendung						
	Brücken	276,0	308,2	24,87	28,39	11,7 %	14,1 %
3.1	Modellgussprothese	177,3	172,0	15,98	15,84	-3,0 %	-0,8 %
3.2 / 4.6	Teleskope	168,6	200,3	15,20	18,45	18,8 %	21,4 %
4.1 / 4.3	Cover-Denture-						
	Prothesen	63,8	69,3	5,75	6,38	8,5 %	10,9 %
4.2 / 4.4	Totalprothesen	128,9	135,9	11,62	12,52	5,5 %	7,8 %
5.1-5.4	Interimsprothesen	100,3	117,4	9,04	10,82	17,0 %	19,6 %
6.0-6.10	Wiederherstellungen	594,3	573,7	53,57	52,85	-3,5 %	-1,3 %

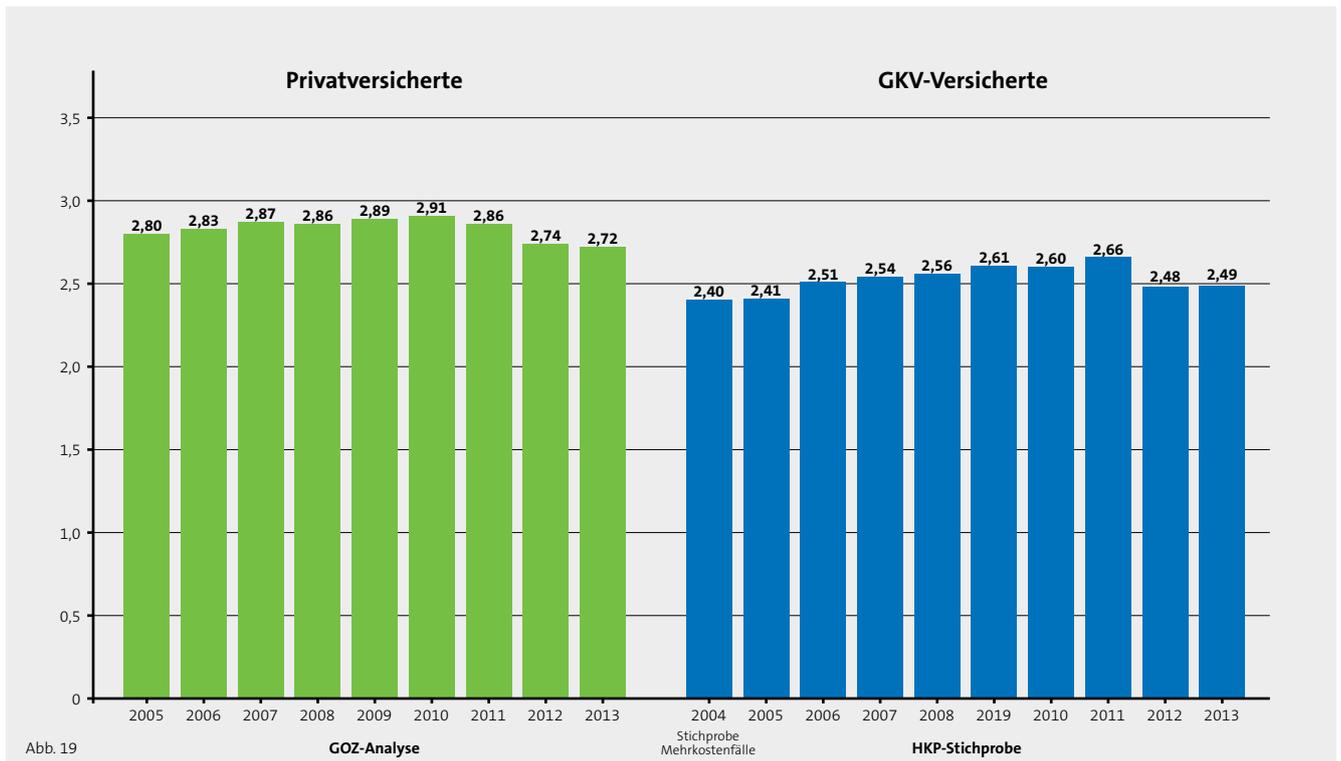
Tab. 18

## Privatliquidation mit GKV-Versicherten

### > Entwicklung des GOZ-Steigerungsfaktors (Multiplikator)

Vor der Einführung der Festzuschüsse lag der durchschnittliche Multiplikator bei den Fällen mit Mehrkostenvereinbarungen im Jahr 2004 bei 2,40 und in 2005 bei gleich- und andersartigen Versorgungsmöglichkeiten bei 2,41. Damit lag der durchschnittliche Multiplikator des Jahres 2005 für die Behandlung von GKV-Versicherten mit Zahnersatz nach der GOZ auf demselben Niveau wie im Jahr 2004. Das bedeutet, dass sich das Liquidationsverhalten der Zahnärzte nach Einführung der Festzuschüsse hinsichtlich der Höhe des Multiplikators in 2005 nicht verändert hat. Im Jahr 2006 belief sich der durchschnittliche Multiplikator auf 2,51 und im Jahr 2007 auf 2,54. Zwischen 2007 und 2011 ist der durchschnittliche Multiplikator von 2,54 auf 2,66 gestiegen und nach der Einführung der neuen GOZ auf eine Größenordnung von 2,48 in 2012 und auf 2,49 in 2013 deutlich zurückgegangen (siehe Abb. 19).

Der durchschnittliche Multiplikator bei Zahnersatzleistungen für die Privatversicherten lag im Jahr 2005 bei 2,80 und im Jahr 2006 bei 2,83. Auch in den Folgejahren bis 2011 hat sich der durchschnittliche GOZ-Multiplikator bei Privatversicherten wenig verändert (siehe Abb. 19). Auch nach der Novellierung der GOZ im Jahr 2012 liegt der durchschnittliche GOZ-Multiplikator bei GKV-Versicherten nach wie vor deutlich unterhalb des Wertes für die Privatversicherten. Sowohl bei den Privatversicherten als auch bei den Privat abrechnungen für GKV-Versicherte liegt die Entwicklung des durchschnittlichen Multiplikators im Rahmen der allgemeinen Preisentwicklung. Dies zeigt, dass die Zahnärzte weiterhin moderat abrechnen. Insbesondere erfolgten für die Patienten beim Übergang 2004/2005 keine kostensteigernden Wirkungen.



### > Durchschnittlicher GOZ-Multiplikator im Bereich Zahnersatz (inkl. Zahnkronen)

## Versorgungsniveau (Veränderung der Häufigkeiten je 100 Fälle bei einzelnen Versorgungsformen)

Bei der Festsetzung der Regelversorgung hat der Gesetzgeber vorgegeben, dass sich die jeweilige Regelversorgung am seinerzeitigen Versorgungsniveau orientiert. Die jeweilige Regelversorgung muss eine konkrete Versorgung abbilden, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem entsprechenden Befund zur Behandlung geeignet ist. Dass sich das Versorgungsniveau am seinerzeitigen Versorgungsstandard orientiert, geht aus der Tabelle 20 hervor, in der ein Vergleich von Versorgungsstrukturen (Häufigkeiten je 100 Fälle) bei ausgewählten Versorgungskomplexen ausgewiesen wird.

Der Vergleich der Versorgungsstrukturen zeigt, dass sich ein Rückgang der Versorgungsstruktur in 2005 lediglich bei Teleskopkronen und in sehr geringem Umfang auch bei Totalprothesen und Modellgussprothesen ergeben hat. Der Großteil der Versorgung entfällt auf Einzelkronen, bei denen sich sogar eine Steigerung ergeben hat. Insgesamt beläuft sich der Rückgang bei Totalprothesen, Modellgussprothesen

und Teleskopkronen zusammen auf 5,2 je 100 Fälle (Mai – November 2005). Somit ist bezogen auf 100 Abrechnungsfälle in ca. 95 % der Fälle die Versorgungsstruktur gleich geblieben oder besser geworden.

Das Leistungsgeschehen wurde im Jahr 2005 durch die Sondereffekte im Zusammenhang mit der Einführung des Festzuschussystems stark geprägt. Die Sondereffekte wirkten sich besonders stark in den ersten Monaten des Jahres 2005 aus und führten zu erheblichen Verwerfungen. Strukturaussagen können somit für das Gesamtjahr 2005 nicht sinnvoll abgeleitet werden. Die Wirkungen der Sondereffekte flachten im Jahresverlauf derart ab, dass ein Strukturvergleich für den Zeitraum Mai – November 2005 mit dem entsprechenden Vorjahreszeitraum gleichwohl aussagekräftig ist (die Einbeziehung des Monats Dezember in einen Strukturvergleich 2005/2004 ist nicht geeignet, da der Dezember 2004 durch Vorzieheffekte deutlich verzerrt war).

Versorgungskomplex	2004 Mai-Nov.	2005 Mai-Nov.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Einzelkronen	38,6	42,9	42,7	43,2	43,4	43,9	45,4	46,3	46,2	46,3
Brückenspannen	10,5	11,4	11,3	11,1	11,2	11,3	11,5	11,8	11,9	11,9
Totalprothesen	7,8	7,1	6,7	7,0	7,1	7,2	7,2	7,1	7,1	7,0
Modellgussprothesen	9,7	8,4	7,8	7,5	7,3	7,1	7,2	7,1	7,2	7,1
Teleskopkronen	11,4	8,2	6,6	6,3	7,3	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
Wiederherstellungen/ Erweiterungen	62,3	70,5	71,2	68,6	67,7	66,6	65,9	65,2	66,1	65,8

Tab. 20

Eine Untersuchung der KZBV über die Auswirkungen der Einführung des Festzuschusssystem ergab, dass die Versorgungsstruktur (und daran gemessen das Versorgungsniveau) weitgehend stabil geblieben ist. Für den Zeitraum Mai – November 2005 (verglichen mit den BEMA-Neufällen des entsprechenden Vorjahreszeitraums) war festzustellen, dass je 100 Fälle Einzelkronen von 38,6 auf 42,9 und Brücken von 10,5 auf 11,4 zugenommen haben, dagegen Totalprothesen (inkl. Cover-Denture-Prothesen) von 7,8 auf 7,1 und Modellgussprothesen von 9,7 auf 8,4 zurückgegangen sind. Die Zahl der abgerechneten Teleskopkronen war aufgrund der Indikationseinschränkungen rückläufig (von 11,4 auf 8,2 je 100 Fälle). Der Rückgang bei den abgerechneten Teleskopkronen ist teilweise darauf zurückzuführen, dass Teleskopkronen gleichwohl erbracht wurden, der Festzuschuss jedoch auf Grundlage des Regelbefundes „Einzelkrone“ geleistet wurde. Bei den Reparaturen war ein Anstieg von 62,3 auf 70,5 je 100 Fälle zu verzeichnen.

Im Jahr 2013 wurden je 100 Fälle 46,3 Einzelkronen, 11,9 Brücken, 7,0 Totalprothesen und 7,1 Modellgussprothesen abgerechnet. Die Häufigkeit der Reparaturen lag im Jahr 2013 bei 65,8 je 100 Fälle.

Im Jahr 2013 liegen die Werte je 100 Fälle damit bei den Versorgungskomplexen Einzelkronen und Brücken auf etwa demselben Niveau wie im Zeitraum Mai – November 2005. Bei der

Häufigkeit der Modellgussprothesen ist zu berücksichtigen, dass ab dem 01.04.2006 eine Änderung bei der Befundzuordnung von Modellgussprothesen bei einem Restzahnbestand von bis zu 3 Zähnen von der Befundklasse 3 in die Befundklasse 4 stattgefunden hat, so dass ein „echter“ Rückgang bei den Modellgussprothesen nicht stattgefunden hat.

Die Zahl der abgerechneten Festzuschüsse für Teleskopkronen belief sich im Jahr 2013 auf 8,0 je 100 Fälle nach 6,3 je 100 Fälle im Jahr 2007. Die Entwicklung bei den Teleskopkronen ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Indikationseinschränkung zum 01.01.2008 abgemildert hat.

Vertiefende Analysen der KZBV haben ergeben, dass im Jahr 2013 zusätzlich bei ca. 5,8 eingegliederten Teleskopkronen (je 100 Fälle) aufgrund der Indikationseinschränkung keine Teleskopkronen-Festzuschüsse, sondern Einzelkronen-Festzuschüsse geleistet wurden. Damit liegt die Zahl der eingegliederten Teleskopkronen deutlich über der Zahl der abgerechneten Festzuschüsse für Teleskopkronen. Addiert man diese Häufigkeit (5,8 je 100 Fälle) zu der ausgewiesenen Häufigkeit der abgerechneten Teleskopkronen-Festzuschüsse hinzu, ist kein Rückgang, sondern ein deutlicher Anstieg gegenüber 2005 zu verzeichnen. Analog ist dieser Verschiebung bei einem Vergleich der Häufigkeiten der Einzelkronen zu berücksichtigen.



## Im Interesse des Patienten – Beiträge zur Qualitätsförderung

64

Die Einführung befundbezogener Festzuschüsse brachte sowohl für die Patienten als auch für die Zahnärzte erhebliche Veränderungen bei der Versorgung mit Zahnersatz mit sich. Beide Seiten mussten sich im System neu orientieren: Der Patient, weil er erstmals aus dem gesamten Spektrum der Therapiealternativen wählen konnte, der Zahnarzt, weil er das komplexe Regelwerk des Festzuschussystems erlernen musste, um es richtig anwenden zu können. Damit waren

auch die zahnärztlichen Berufsverbände gefordert, aktive Unterstützung zu leisten. Die zahnärztliche Versorgung musste auch im neuen System sichergestellt werden, zudem sollte die bis dahin gute Qualität der Versorgung aufrechterhalten und weiter gefördert werden. Der folgende Beitrag stellt die Anforderungen an Patienten und Zahnärzte im Festzuschussystem dar und erläutert die von den zahnärztlichen Körperschaften getroffenen Maßnahmen zur Qualitätsförderung.

### Hilfestellung für die Zahnarztpraxen

Die Umstellung des Zuschussystems in 2005 bedeutete für die Vertragszahnärzte zunächst, sich in die neuen rechtlichen Rahmenbedingungen der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter mit Zahnersatz einzuarbeiten. Dies nicht nur, um in Sachen Heil- und Kostenplanung sowie Abrechnung erbrachter Leistungen auf dem neuesten Stand zu sein, sondern vor allem auch, um den Patienten die benötigte Aufklärung und Beratung zur jeweils anstehenden Behandlung geben zu können. Die KZBV hatte allen Zahnarztpraxen schon in 2004 ein sogenanntes Festzuschuss-Kompendium zur Verfügung gestellt, das die Systematik der Festzuschuss-Richtlinie erläuterte und anhand zahlreicher Beispiele die Anwendung des Systems verdeutlichte. Das Buch wurde und wird seitdem regelmäßig aktualisiert und ist auch heute noch – 10 Jahre nach der Einführung der Festzuschüsse – als Standardwerk in den Praxen gefragt. Die erste Ausgabe enthielt ein Faxblatt, mit dem die Praxen ihre noch offen gebliebenen Fragen zu

den Festzuschüssen an die KZBV zwecks Beantwortung schicken konnten. Anhand der zahlreichen Rückmeldungen wurde deutlich, dass die Zahnärzte weitere Unterstützung benötigten. Die KZBV hat deshalb noch im Jahr 2005 eine Software zur Planung prothetischer Versorgungen entwickeln lassen („DPF - Digitale Planungshilfe zum Festzuschussystem“). Nach der Eingabe eines zahnmedizinischen Befundes liefert das Programm per Mausclick Informationen über die anzusetzenden Festzuschüsse und die Einordnung der geplanten Versorgung als Regelversorgung, gleich- oder andersartige Versorgung. Die Software erwies sich in den Praxen als große Hilfe beim Umgang mit dem Zuschussystem. Vertragszahnärzte können die regelmäßig erstellten Updates von der Website der KZBV herunterladen. Die Download-Zahlen (mehr als 25.000 Downloads im Jahr 2014) zeigen, dass die Software immer noch in vielen Praxen genutzt wird.

### Patientenberatung

Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse zum Zahnersatz wurde gesetzlich krankenversicherten Patienten der Zugang zu einer zahnärztlichen Versorgung ermöglicht, die den medizinischen Fortschritt ebenso berücksichtigt wie individuelle Wünsche des Patienten. Die Zuschüsse der Krankenkasse können für jede wissenschaftlich anerkannte prothetische Versorgungsart eingesetzt werden, beispielsweise auch für implantatgestützten Zahnersatz, an dessen Kosten sich die Krankenkassen im früheren System nicht beteiligten. Dadurch eröffnen sich für die Patienten erweiterte Wahlmöglichkeiten bei der Entscheidung zwischen den zahlreichen Therapiealternativen beim Zahnersatz.

Damit ist zugleich der Bedarf der Patienten an verlässlichen Informationen zu Behandlung und Eigenbeteiligung gestiegen. Anders als noch vor ein paar Jahren bringen sich Patienten heute aktiv in die Therapieentscheidung ein. Das setzt aber voraus, dass sie über die relevanten Informationen verfügen, die sie in die Lage versetzen, zusammen mit dem Zahnarzt als gleichberechtigte Partner über anstehende zahnmedizinische Behandlungen zu entscheiden.<sup>1</sup>

Vor einer Behandlung mit Zahnersatz informiert der Zahnarzt in einem Aufklärungsgespräch über sämtliche Behandlungsalternativen inklusive der Kosten. Neben dem objektiven

<sup>1</sup> Klingenberg D, Kern AO, Micheelis W.: Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz – Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie zum Festzuschuss-System in der Gesetzlichen Krankenversicherung. IDZ-Information Nr. 2/2006, Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln 2006, S. 4

Bedarf eruiert er auch subjektive Werte und Präferenzen des Patienten.<sup>2</sup>

Die Information des Patienten über den Befund und die individuellen Behandlungsmöglichkeiten und ihre Prognose sowie die Einbeziehung des aufgeklärten Patienten in die therapeutische Entscheidungsfindung sind wesentlich für ein optimales Behandlungsergebnis. Die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung ist im Bereich Zahnersatz, aber auch allgemein bei der zahnärztlichen Behandlung nicht absolut im Sinne einer isolierten Betrachtung der Ergebnisqualität, sondern immer bezogen auf das erreichbare Optimum in der jeweiligen individuellen Patientensituation zu sehen. Es gibt daher bei Zahnersatz keine Standardqualität, die bei jedem Patienten in identischer Art und Weise erreicht werden kann und muss. Gute Qualität kann nur entstehen, wenn Zahnarzt und Patient eng zusammenarbeiten und die subjektiven Bedürfnisse und Erwartungen des Patienten in die Behandlung einfließen.

Neben der individuellen Beratung und Aufklärung durch den behandelnden Zahnarzt stellt die Patientenberatung der Zahnärzteschaft in Deutschland in den (Landes-)Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den ratsuchenden Patienten ein umfassendes und flächendeckendes Informations- und Beratungsangebot zur Verfügung. Patienten haben bei Patientenberatungsstellen die Möglichkeit, sich telefonisch oder schriftlich an einen Beratungszahnarzt zu wenden, der Fragestellungen medizinischer Natur beantwortet. Ggf. kann nach Terminvereinbarung ein vertrauliches Gespräch mit einem Beratungszahnarzt vor Ort geführt werden. Die Beratungsstellen geben unter anderem Auskunft über neue Behandlungsmethoden und Therapiealternativen sowie Risiken bei Eingriffen. Sie beantworten Fragen zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse sowie zu zahnärztlichen

Rechnungen. Weitere häufige Beratungsanlässe sind Fragen zu Patientenunterlagen, Ansprüchen gegenüber Krankenkassen und Abgrenzungen zwischen gesetzlichen und privaten Leistungen. Darüber hinaus stehen die Beratungsstellen den Patienten auch bei Problemen, die im Zusammenhang mit bereits durchgeführten Behandlungen auftreten, als bewährte Anlaufstationen zur Verfügung.

Mit der Einführung des Festzuschussystems für Zahnersatz bei gesetzlich Krankenversicherten im Jahr 2005 haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Patientenberatung um ein bundesweites Zweitmeinungsmodell erweitert.

Gerade bei Zahnersatz ist die Entscheidung hinsichtlich Kosten, Funktionalität und Ästhetik oft vielschichtig. Gesetzlich krankenversicherte Patienten können sich deshalb bei den KZVen eine fachlich qualifizierte zweite Meinung zu einem bereits vorliegenden Heil- und Kostenplan einholen. Die Beratung ist für die Patienten kostenlos. Erfahrene und speziell geschulte Zahnärzte erläutern unter anderem die vorgeschlagene Therapie (z. B. Implantat oder Brücke) und die dem Patienten in Form des Eigenanteils entstehenden Kosten. Sie beantworten die Fragen des Patienten und zeigen gegebenenfalls alternative Behandlungsmöglichkeiten auf. Die Neutralität der zweiten Meinung wird dadurch gewährleistet, dass den Beratungszahnärzten die anschließende Behandlung der Ratsuchenden nicht gestattet ist. Ziel des Zweitmeinungsmodells ist es, die berechtigten Wünsche und Bedürfnisse der Patienten nach Entscheidungshilfe zu erfüllen und dadurch ihre Entscheidungsgrundlage zu verbreitern. In Ergänzung zu diesen Beratungsmöglichkeiten hat die KZBV im Jahr 2014 eine weitere Patienteninformation zur Erläuterung des Heil- und Kostenplans veröffentlicht.

<sup>2</sup> Weiterführende Literatur siehe Fedderwitz J, Micheelis W, Schmidt-Garrecht E. Das Festzuschussystem als Steuerungsinstrument in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Nomos 2007, S. 903-916

## Gutachterverfahren

Im zahnärztlichen Sektor hat das Gutachterwesen eine lange Tradition und stellt eine Besonderheit der zahnärztlichen Qualitätsförderung dar.

Besonders bewährt hat sich das seit Jahrzehnten bestehende Gutachterwesen in der vertragszahnärztlichen Versorgung, das auf zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband getroffenen vertraglichen Vereinbarungen beruht.

Für den Bereich Zahnersatz sind zwei Arten von Gutachten vereinbart: Gutachten vor einer Behandlung, sogenannte Planungsgutachten, und Gutachten nach einer Behandlung, sogenannte Mängelgutachten. Die Gutachten dienen der Schaffung von Entscheidungsgrundlagen für die Krankenkassen sowie – in Fällen der Mängelbegutachtung – für die KZVen oder deren Prothetik-Einigungsausschüsse und damit dem Interesse der Patienten.

Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Heil- und Kostenplan in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Befunde und die geplante Versorgung sind insbesondere nach den Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien daraufhin zu begutachten, ob die geplante Versorgung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt und ob die beantragten Festzuschüsse ansetzbar sind. Die gutachterliche Stellungnahme unterstützt damit die partizipative Entscheidungsfindung des Patienten und leistet somit einen wesentlichen Beitrag zum Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt.

Bei einer Beschwerde des Patienten nach abgeschlossener Behandlung kann die Krankenkasse ein sogenanntes Mängelgutachten veranlassen. Damit soll bei Regel- und gleichartigen Versorgungsfällen festgestellt werden, ob die durchgeführte Behandlung dem genehmigten Heil- und Kostenplan entspricht, ob der Zahnersatz nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse und Technik entsprechend eingegliedert wurde und ob die Behandlung Planungs- und/oder Ausführungsmängel aufweist. Soweit Mängel festgestellt werden, schafft das Gutachten die Grundlage für Ansprüche auf Mängelbeseitigung durch Nachbesserung oder Neuanfertigung.

Auch bei Beschwerden des Patienten nach der Eingliederung von Zahnersatz und Suprakonstruktionen im Rahmen von andersartigen Versorgungsfällen und sogenannten Mischfällen ermöglicht die nachträgliche Begutachtung eine objektive Überprüfung. Allerdings kann diese Begutachtung keine Ansprüche auf Mängelbeseitigung durch Nachbesserung oder Neuanfertigung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung begründen. Sie dient im Sinne einer objektiven Feststellung vornehmlich der Herbeiführung einer einvernehmlichen Lösung zwischen den Beteiligten.

Mit der zuletzt in 2014 getroffenen Neuregelung des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens wurden die Anforderungen an die Gutachter noch einmal deutlich erhöht und einem zentralen Anliegen der KZBV, die Qualität der Begutachtung weiter zu erhöhen, Rechnung getragen. Die wichtigsten Änderungen für alle Beteiligten sind:

Jahr	Anzahl Behandlungsfälle Zahnersatz <sup>1</sup>	Anzahl Gutachten	Veränderung zum Vorjahr
2003	12,9 Mio.	265.792	
2004	12,4 Mio.	291.538	+ 9,7 %
2005	10,1 Mio.	157.214	- 46,1 %
2006	10,5 Mio.	164.566	+ 4,7 %
2007	10,3 Mio.	157.119	- 4,5 %
2008	10,4 Mio.	152.779	- 2,8 %
2009	10,5 Mio.	146.259	- 4,3 %
2010	10,4 Mio.	139.519	- 4,6 %
2011	10,3 Mio.	141.747	+ 1,6 %
2012	9,9 Mio.	134.755	- 4,9 %
2013	9,9 Mio.	124.522	- 7,6 %

Tab. 1

### › Gutachten im Bereich Zahnersatz

<sup>1</sup> Anzahl Behandlungsfälle ab 2005 ohne die Fälle der rein andersartigen Versorgung

- Auch die Kassen sind künftig berechtigt, Vertragszahnärzte als Gutachter vorzuschlagen.
- Jeder Gutachter erhält im ersten Jahr seiner Bestellung eine fachliche Begleitung durch die KZV.
- Jede KZV kann gesamtvertraglich vereinbaren, ob als zweitinstanzliches Verfahren im Prothetikbereich das Obergutachterverfahren oder der Prothetikeinigungsausschuss eingesetzt werden soll.
- Grundsätzlich tragen die Krankenkassen die Kosten der Begutachtung; der Zahnarzt hat nur Kosten zu tragen, wenn sein Einspruch gegen das Erstgutachten erfolglos bleibt.

Das Gutachterverfahren stellt damit ein wichtiges Instrument der Qualitätsförderung und -sicherung in der zahnmedizinischen Versorgung dar.

## Ergebnisse der Gutachterverfahren seit Einführung der Festzuschüsse

Seit der Einführung des Festzuschussystems ist die Anzahl der jährlich erstellten vertragszahnärztlichen Gutachten zur Versorgung mit Zahnersatz stetig zurückgegangen. Der größte Rückgang vollzog sich im Umstellungsjahr 2005, in dem über 40 Prozent weniger Gutachten erstellt wurden als jeweils in den beiden Jahren zuvor. Allerdings war in den Jahren 2004 und 2005 auch die Anzahl der Behandlungsfälle um ca. 20 Prozent rückläufig. In den Folgejahren hat sich der Rückgang der Gutachtenanzahl, wenn auch um geringe Prozentsätze, fortgesetzt. In 2013, nach neun Jahren Festzuschüssen, wurden nicht einmal halb so viele Gutachten durchgeführt wie in den letzten Jahren des prozentualen Zuschussystems (siehe Tab. 1).

Der Rückgang der Anzahl erstellter Gutachten ist bei Planungs- und Mängelgutachten in unterschiedlichem Ausmaß festzustellen. Während die Anzahl der Planungsgutachten seit

Einführung der Festzuschüsse um ca. 60 Prozent zurückgegangen ist, sind Mängelgutachten im gleichen Zeitraum um ca. 40 Prozent rückläufig.

Die Ergebnisse der Gutachten haben sich im Zeitraum 2003 bis 2013 relativ gesehen kaum verändert: In den Jahren 2006 bis 2013 haben die Gutachter bei rund 19 Prozent aller Planungsgutachten den Behandlungsplänen nicht zugestimmt; in den Jahren 2003 bis 2006 wurden ca. 21 Prozent der Planungen abgelehnt (siehe Tab. 2). Bei den Mängelgutachten zeigt sich wie in den Jahren vor Einführung der Festzuschüsse, dass im Durchschnitt etwa zwei Drittel der begutachteten ausgeführten prothetischen Leistungen tatsächlich mangelbehaftet sind (siehe Tab. 3). Allerdings ist zu beachten, dass die über Jahre relativ stabilen Zahlen aufgrund der rückläufigen Anzahl der Gutachten absolut gesehen jedoch kontinuierlich

Jahr	Anzahl	Planung zugestimmt	Planung nicht zugestimmt	Planung teilw. zugestimmt
2003	244.218	56,9 %	21,6 %	21,5 %
2004	267.106	56,8 %	22,4 %	20,8 %
2005	136.160	56,7 %	21,5 %	21,8 %
2006	146.489	57,7 %	19,7 %	22,6 %
2007	140.454	57,5 %	19,1 %	23,4 %
2008	135.946	56,9 %	18,6 %	24,5 %
2009	129.745	57,2 %	18,7 %	24,1 %
2010	123.304	57,4 %	18,1 %	24,5 %
2011	125.602	57,2 %	19,5 %	23,3 %
2012	118.074	56,1 %	19,3 %	24,6 %
2013	109.195	55,5 %	19,6 %	24,9 %

Tab. 2

> Ergebnisse der Planungsgutachten

Jahr	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr	Anteil festgestellter Mängel
2003	21.574		65,4 %
2004	24.432	+ 16,0 %	65,8 %
2005	21.054	- 13,8 %	64,1 %
2006	18.007	- 14,1 %	64,4 %
2007	16.665	- 7,8 %	64,6 %
2008	16.833	+ 1,0 %	65,0 %
2009	16.514	- 1,9 %	66,4 %
2010	16.215	- 1,8 %	66,2 %
2011	16.145	- 0,4 %	67,3 %
2012	16.681	+ 3,3 %	67,6 %
2013	15.327	- 8,1 %	66,7 %

Tab. 3

> Ergebnisse der Mängelgutachten

abnehmen. So wurden zum Beispiel im Jahr 2004 bei rund 16.000 Behandlungen Mängel festgestellt, im Jahr 2013 traf dies nur noch bei rund 10.000 Behandlungen zu.

Über die gesetzliche Krankenversicherung werden jährlich etwa 10 Millionen Behandlungen mit Zahnersatz abgerechnet. Daran gemessen, liegt der Anteil der gutachterlich festgestellten Mängel bei durchgeführten Behandlungen im Promillebereich (2013: 0,1 Prozent). Dies kann als Indikator für eine insgesamt qualitativ hochwertige Zahnersatzversorgung dienen.

Da Gutachten überhaupt nur dann eingeleitet werden, wenn seitens der Krankenkasse vor Genehmigung des eingereichten Behandlungsplanes Zweifel an der Behandlungsplanung

## Fazit

Neben der Beratung der Patienten in der Zahnarztpraxis ist die fachlich kompetente Patientenberatung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und (Landes-) Zahnärztekammern in einem in sich aufbauenden System ein wesentlicher Baustein der Patientenorientierung bzw. der Gesundheitskompetenz (health literacy). Sie wird unterstützt durch das

bestehen oder der Patient nach Behandlung meint, es könne ein Mangel vorliegen, ist dieser kontinuierliche Rückgang der Begutachtungen auch als deutliches Signal für das Funktionieren des Festzuschussystems zu sehen. Wie bereits eingangs des Kapitels ausgeführt, gewährleistet nur ein patientenbezogener Ansatz die Individualität der Behandlungsplanung und damit auch die Qualität des Behandlungsergebnisses sowie die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung. Dies schlägt sich in den Ergebnissen der Gutachten nieder.

zwischen der KZBV und dem GKV-SV vertraglich vereinbarte Gutachterverfahren. Der Rückgang der Anzahl durchgeführter Gutachten kann als Indiz dafür gesehen werden, dass im Festzuschussystem sowohl die Behandlungsplanungen als auch die Behandlungsergebnisse qualitativ hochwertig sind.



# Die Situation in den Nachbarländern

## Ausgangspunkt:

## Die Vielfalt gewachsener nationaler Systeme

Die Gesundheitssysteme unserer Nachbarn sind, genauso wie das deutsche System, unter ihren je eigenen individuellen historischen Rahmenbedingungen entstanden und gewachsen. Da die Gesundheitssysteme nicht „am Reißbrett“ konstruiert wurden, muss man auch bei der Gestaltung von Gesundheitsreformen immer an die institutionellen Gegebenheiten des jeweiligen Landes anknüpfen. Sozialwissenschaftler sprechen in dem Zusammenhang von der Anforderung einer „Pfadabhängigkeit“ von Reformprozessen.

Trotz der historisch entstandenen Vielfalt der nationalen Gesundheitssysteme gibt es dennoch eine Reihe von verbindenden Gemeinsamkeiten, beispielsweise in der Frage der Finanzierung der Gesundheitsleistungen.<sup>1</sup> Im Rahmen einer vergleichenden Gesundheitssystembetrachtung wird oftmals typologisch vorgegangen, das heißt, man ordnet ein Gesundheitssystem anhand von bestimmten Merkmalen einem „Idealtypus“ zu. Während in einigen Ländern die Gesundheitsleistungen mehrheitlich über eine steuerfinanzierte Grundversorgung organisiert werden (sog. Beveridge-System), ist in anderen Ländern die beitragsfinanzierte Sozialversicherung vorherrschend (sog. Bismarck-System).<sup>2</sup> Auch der Stellenwert der privaten Finanzierungsanteile (Private Krankenversicherung, Selbstbeteiligungen der Patienten) spielt für die Einordnung der Gesundheitssysteme eine wichtige Rolle.

Zu dem sozialversicherungsbasierten Bismarck-System zählen neben Deutschland vor allem Frankreich, die Niederlande, Belgien sowie Luxemburg. Auch die Schweiz sowie Griechenland sind hier einzuordnen, allerdings mit merklich höheren privaten Finanzierungsanteilen.

Neben Großbritannien und Irland zählen die skandinavischen und die südeuropäischen Länder zum Beveridge-System, das heißt, die Finanzierung erfolgt mehrheitlich aus Steuern. Der private Finanzierungsanteil kann hier variieren; im Falle der skandinavischen Staaten ist er eher gering, bei den südeuropäischen Nachbarn in der Regel höher.

Im Folgenden soll anhand einer Reihe von Parametern geklärt werden, wie die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland im direkten Vergleich mit den Nachbarländern zu bewerten ist.

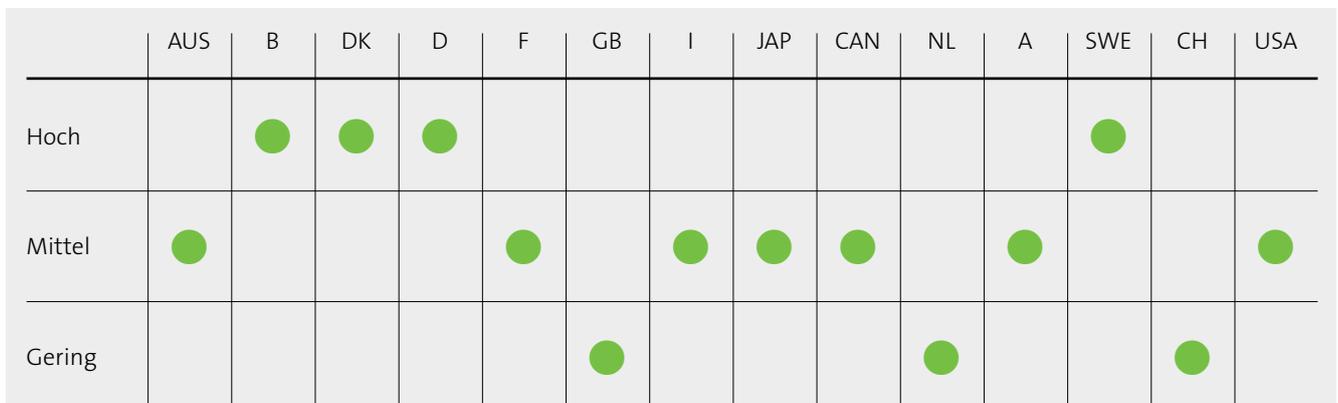


Abb. 1

Quelle: In Anlehnung an Beske und Drabinski, 2005, Bd. II, S. 175 (eigene Aktualisierungen).

### Zahnärztdichte (Zahnärzte je 1.000 Einwohner) im internationalen Vergleich

<sup>1</sup> Wendt, C.: Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, 3. Aufl., Wiesbaden 2013.

<sup>2</sup> Klingenberg, D.: Zwischen Bismarck, Beveridge und Semashko: Zuzahlungen zu zahnärztlichen Leistungen – ein internationaler Vergleich“, in: Zahnärztliche Mitteilungen, 94. Jg., Nr. 18 / 2004, S. 94-102.

## Versorgungsumfang

Der Versorgungsumfang eines Gesundheitssystems bestimmt sich danach, in welchem Ausmaß die Bevölkerung mit Gesundheitsgütern und -dienstleistungen versorgt wird beziehungsweise inwiefern der freie und zeitnahe Zugang der Bevölkerung zu diesen Gesundheitsgütern gewährleistet ist. Anhaltspunkte für den Versorgungsumfang erhält man insofern primär über eine Ressourcenbetrachtung des Gesundheitssystems. Aussagen über das Versorgungsniveau können aus einer solchen Ressourcenbetrachtung im Übrigen nicht direkt abgeleitet werden, da hierbei zusätzlich medizinische Outcomes berücksichtigt werden müssten.

Zur Bestimmung des Versorgungsumfangs im zahnmedizinischen Bereich lassen sich folgende Indikatoren heranziehen:<sup>3</sup>

- die Zahnarztdichte,
- die Anzahl der Zahnarztconsultationen pro Kopf und Jahr,
- der Umfang der im Leistungskatalog der Krankenversicherung enthaltenen zahnmedizinischen und insbesondere zahnprothetischen Versorgung,
- sowie das Ausmaß der Zuzahlungen der Patienten in der zahnmedizinischen Versorgung.

### > Zahnarztdichte

Eine wichtige Größe im Rahmen einer Ressourcenbetrachtung ist die jeweilige nationale Zahnarztdichte, das heißt die Frage, wie viele Patienten ein einzelner Zahnarzt zu versorgen hat. Mit zunehmender Zahnarztdichte verbessert sich die zahnmedizinische Versorgung, da eine (regionale) Unterversorgung unwahrscheinlicher wird. Ein Optimum lässt sich nicht allgemeingültig definieren, sondern hängt von den individuellen Rahmenbedingungen ab.

Bei der Zahnarztdichte liegt der OECD-Durchschnitt bei 0,61 Zahnärzten je 1.000 Einwohner. Deutschland liegt mit 0,85 Zahnärzten je 1.000 Einwohner an erster Stelle (Island und Norwegen, die in der nachstehenden Tabelle nicht aufgeführt sind, haben eine noch höhere Zahnarztdichte). Es folgt Schweden mit einer Zahnarztdichte von 0,83 Zahnärzten je 1.000 Einwohner sowie Dänemark und Belgien jeweils mit einer Zahnarztdichte von 0,81 Zahnärzten je 1.000 Einwohner. An letzter Stelle liegen die Niederlande mit einer Zahnarztdichte von 0,48 Zahnärzten je 1.000 Einwohner (Abb. 1).

Der direkte Vergleich der Zahnarztdichte zeigt, dass die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland mit den vorhandenen Ressourcen (ambulante Zahnarztpraxen in freier Niederlassung) sichergestellt werden kann.

### > Zahnarztconsultationen

Die Maßzahl der jährlichen Zahnarztconsultationen pro Kopf gibt Auskunft darüber, inwieweit das bestehende Angebot der Zahnarztpraxen auch von den Patienten nachgefragt wird. Die Nachfrage nach zahnärztlichen Dienstleistungen ist unter anderem abhängig von der Erkrankungshäufigkeit, dem Grad der Präventionsorientierung der Bevölkerung, aber auch von der Frage, inwieweit es Zugangsbarrieren zur zahnärztlichen Versorgung gibt. Diese können etwa in langen Wartezeiten oder aber in hohen finanziellen Selbstbeteiligungen der Patienten (siehe hierzu Abschnitt „Zuzahlungen zur zahnmedizinischen Versorgung“) bestehen.

Die folgende Tabelle verdeutlicht, dass die Patienten in Deutschland im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern vergleichsweise häufig zum Zahnarzt gehen (Tab. 1). Der Anteil der Menschen, die nur bei Schmerzen oder Beschwerden zum Zahnarzt gehen, ist im Zeitablauf deutlich gesunken, der Anteil der kontrollorientierten Patienten, die regelmäßig einen Zahnarzt aufsuchen, hingegen gestiegen. Der Anteil der kontrollorientierten Patienten liegt in Deutschland zwischen 66 Prozent (Jugendliche) und 76 Prozent (Erwachsene).<sup>4</sup> Dies ist präventionspolitisch zu begrüßen.

	Anzahl der Zahnarztconsultationen pro Kopf und Jahr (2011)
Dänemark	0,9
Deutschland	2,4
Frankreich	1,7
Großbritannien	0,8
Niederlande	2,3
Schweiz	1,2
Ungarn	0,7

Tab. 1 Quelle: Klingenberg et al., 2015<sup>5</sup>

### > Anzahl der Zahnarztconsultationen pro Kopf und Jahr

<sup>3</sup> Beske, F., Drabinski, Th.: Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, Eine Analyse von 14 Ländern, Bd. I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen; Bd. II: Geldleistungen, IGSF-Schriftenreihe Bd. 104, Kiel 2005.

<sup>4</sup> Micheelis, W., Schiffner, U.: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Köln 2006

<sup>5</sup> Klingenberg, D., Schneider, M., Hofmann, U., Köse, A.: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (EURO-Z-II), Köln 2015, i. E.

Einen ähnlich hohen Wert wie Deutschland weisen lediglich die Niederlande auf, während in Dänemark, in Großbritannien sowie in Ungarn im Durchschnitt weniger als ein Zahnarztbesuch pro Kopf und Jahr zu verzeichnen ist. Der Vergleich verdeutlicht, dass Deutschland eine niedrighschwellige Versorgung im zahnärztlichen Bereich realisiert hat, die von der Bevölkerung auch wahrgenommen wird.

### › Leistungsumfang in der zahnmedizinischen Versorgung

Die Vielfalt der nationalen Regulierungen zeigt sich vor allem beim Leistungskatalog der Krankenversicherungen. Im Leistungskatalog sind diejenigen zahnmedizinischen Leistungen erfasst, die ganz oder teilweise erstattungsfähig sind. Unter zahnmedizinischer Versorgung werden hier primär die konservierend-chirurgischen Behandlungen verstanden. Manche Länder setzen auf einen umfangreichen Leistungskatalog, verlangen jedoch für viele Leistungen eine Selbstbeteiligung. Andere Länder konzentrieren sich hingegen bei den öffentlich finanzierten Leistungen auf einen „schlanken“ Katalog mit einer geringen Selbstbeteiligung. In einigen Ländern ist die zahnmedizinische Versorgung an das Alter der Patienten gekoppelt. So umfasst der Leistungskatalog in den Niederlanden beispielsweise die zahnärztliche Behandlung nur bis zum Alter von 22 Jahren. In Dänemark liegt die Altersgrenze bei 18 Jahren.<sup>6</sup>

Der Umfang der vom Leistungskatalog abgedeckten zahnmedizinischen Versorgung ist in Belgien, Deutschland, Frankreich, Japan und Österreich am höchsten, eingeschränkt in Dänemark, Großbritannien, Italien, den Niederlanden und Schweden, gering in Australien, Kanada, in der Schweiz und den USA (Abb. 2).

Der direkte Vergleich zeigt, dass in Deutschland eine umfangreiche zahnmedizinische Versorgung durch den gesetzlichen Leistungskatalog abgedeckt wird. Ein hoher Versorgungsumfang wird eher von den sozialversicherungsbasierten Bismarck-Ländern gewährleistet, während die steuerfinanzierten Beveridge-Länder tendenziell nur eine Grundversorgung bereitstellen oder Leistungen der zahnmedizinischen Versorgung sogar vollständig oder fast vollständig aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen haben.

### › Leistungsumfang in der zahnprothetischen Versorgung

Während die konservierend-chirurgischen Behandlungen eine hohe Fallzahl aufweisen, dies jedoch bei einem im Schnitt geringen Fallwert, ist dies bei der zahnprothetischen Versorgung umgekehrt, das heißt, die Fallzahl ist vergleichsweise niedrig, allerdings bei deutlich höheren Behandlungskosten je Fall. Generell kann man sagen, dass der Leistungsumfang in der zahnprothetischen Versorgung geringer ist als bei den anderen zahnmedizinischen Versorgungsleistungen, die Patienten insofern hier mit den höchsten Selbstbeteiligungen zu rechnen haben.

Zahnersatz ist in größerem Umfang lediglich in den Leistungskatalogen von Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Österreich und Schweden enthalten. Im begrenzten Umfang sind zahnprothetische Leistungen im Leistungskatalog in Belgien, Kanada und in den Niederlanden verankert. Keine gesetzlichen Leistungen für Zahnersatz haben Australien, Dänemark, Italien, die Schweiz sowie die USA (Abb.3).

	AUS	B	DK	D	F	GB	I	JAP	CAN	NL	A	SWE	CH	USA
Hoch		●		●	●			●			●			
Mittel			●				●					●		
Gering	●					●			●	●			●	●

Abb. 2

Quelle: In Anlehnung an Beske und Drabinski, 2005, Bd. II, S. 179 (eigene Aktualisierungen).

### › Umfang der zahnmedizinischen Versorgung im internationalen Vergleich

<sup>6</sup> Finkenstedt, V. Niehaus, F.: Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen. Ein internationaler Überblick. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, März 2013.

Der direkte Vergleich zeigt, dass in Deutschland auch eine umfangreiche zahnprothetische Versorgung durch den gesetzlichen Leistungskatalog abgedeckt wird. Eine Vielzahl von Ländern hat Zahnersatz hingegen vollständig aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen.

> **Zuzahlungen zur zahnmedizinischen Versorgung**

Eng mit dem Leistungsumfang verbunden ist die Frage, welchen finanziellen Eigenanteil an den Behandlungskosten der Patient zu tragen hat. Mit dem Begriff der Zuzahlung ist hier der Anteil der Gesundheitsausgaben gemeint, der vom Patienten selbst zu tragen ist, ehe die Erstattungspflicht des Versicherers eintritt. Selbstbehalte können unterschiedlich ausgestaltet sein, zum Beispiel als prozentualer Anteil an den Leistungskosten, als Absolutbetrag pro Abrechnungszeitraum oder als eine Kombination davon. Unter bestimmten definierten Bedingungen können Patienten von Zuzahlungen befreit werden, so etwa aus Altersgründen (Kinder und Jugendliche sowie Senioren) oder aus sozialpolitischen Erfordernissen (Erwerbslosigkeit).

Zuzahlungen bei der zahnmedizinischen und insbesondere bei der zahnprothetischen Versorgung sind weithin üblich.<sup>7</sup> Ähnlich wie in Deutschland existiert in den Nachbarländern

mehrheitlich nur eine Teilabdeckung dieser Leistungen. Während in Deutschland für zahnmedizinische Behandlungen in der Regel keine Selbstbeteiligungen zu entrichten sind und für zahnprothetische Behandlungen in der Regelversorgung ein Festzuschuss der Krankenkasse in Höhe von 50 Prozent (bei Nachweis präventiver Anstrengungen per Bonusheft sogar bis zu 65 Prozent) der Behandlungskosten gezahlt wird, fallen beispielsweise in Frankreich und in Großbritannien hohe Selbstbeteiligungen (über 80 Prozent Eigenanteil) an. Der vollständige Ausschluss von zahnmedizinischen und/oder zahnprothetischen Versorgung aus dem Leistungskatalog impliziert eine Selbstbeteiligung des Patienten in Höhe von 100 Prozent. Dies betrifft vor allem die Schweiz und die Niederlande, in weiten Teilen aber auch Dänemark sowie Ungarn.

Der direkte Vergleich zeigt, dass in Deutschland eine moderate Beteiligung der Patienten an den Behandlungskosten existiert. Zuzahlungen sind in der Hauptsache für zahnprothetische Versorgung zu entrichten, für Geringverdiener existiert zudem eine soziale Härtefallregelung. Das Niveau der Zuzahlungen fällt in sämtlichen Nachbarländern höher, zum Teil deutlich höher, aus.

	AUS	B	DK	D	F	GB	I	JAP	CAN	NL	A	SWE	CH	USA
Ja				●	●	●		●			●	●		
Begrenzt		●							●	●				
Nein	●		●				●						●	●

Abb. 3

Quelle: In Anlehnung an Beske und Drabinski, 2005, Bd. II, S. 180 (eigene Aktualisierungen).

> **Zahnersatz im Leistungskatalog im internationalen Vergleich**

<sup>7</sup> Klingenberg, D.: Zwischen Bismarck, Beveridge und Semashko: Zuzahlungen zu zahnärztlichen Leistungen – ein internationaler Vergleich, in: Zahnärztliche Mitteilungen, 94. Jg., Nr. 18 / 2004, S. 94-102.

## Versorgungsniveau

Der zuvor skizzierte national unterschiedliche Versorgungsumfang mündet letztlich in national ebenfalls unterschiedliche Versorgungsniveaus. Die Bewertung und der Vergleich von nationalen Versorgungsniveaus anhand von zahnmedizinischen Outcome-Parametern sind sehr komplex, da generell das Problem der Nutzenmessung besteht. Die Konstruktion eines allgemeinen Zahngesundheitsindex<sup>8</sup> wirft die Frage der Gewichtung der jeweiligen Teilindizes auf; ein entsprechender „General“-Index hat sich daher für die Zahnmedizin bislang aus guten Gründen nicht durchgesetzt.

Als international anerkannter Outcome-Parameter in der Zahnmedizin ist insbesondere der sogenannte DMFT-Index aussagekräftig. Der DMFT-Index beschreibt die Anzahl der Zähne (T = teeth), die eine kariöse Läsion besitzen (D = decayed), aufgrund von Karies entfernt wurden (M = missing) oder durch restaurative Therapie einer kariösen Läsion mit einer Füllung versorgt wurden (F = filled). Die Summe dieser drei Faktoren beschreibt den DMFT-Index.

In der folgenden Tabelle werden die empirisch ermittelten DMF-T-Indizes der Kinder (12 Jahre) und der Erwachsenen (35 bis 44 Jahre) verglichen (Tab. 2).

Die europäischen Nachbarländer weisen demnach teils vergleichbare, teils höhere Werte als Deutschland beim Kariesbefall ihrer Bevölkerung auf. Dies betrifft vor allem Ungarn, das als postkommunistischer Staat Osteuropas gesundheitspolitisch immer noch nicht an das Versorgungsniveau der westeuropäischen Länder aufschließen konnte.

Aus oralepidemiologischer Sicht konnte Deutschland in den vergangenen zwanzig Jahren international zur Spitzengruppe aufschließen. In Westdeutschland war der DMFT-Index im Jahr 2005 bereits auf einen Wert von 0,5 gesunken, während er in Ostdeutschland, das nach dem Mauerfall im Jahr 1989 einem vergleichbaren Transformationsprozess wie Ungarn unterlag, mittlerweile auf 0,8 gefallen ist.

Die Ressourcenbetrachtung konnte verdeutlichen, wie Deutschland im Hinblick auf die zahnmedizinische Versorgung im internationalen Vergleich aufgestellt ist. Die Versorgung in der Fläche wird durch ein ausreichendes Angebot gewährleistet (Zahnarzt-dichte) und von der Bevölkerung auch wahrgenommen (Zahnarzt-konsultationen). Der Leistungskatalog ist vergleichsweise umfangreich und das Niveau der Zuzahlungen moderat.

	DMFT 12-Jährige	DMFT 35 – 44-Jährige
Dänemark	0,6	13,5
Deutschland	0,7	14,5
Frankreich	1,2	-
Großbritannien	0,7	16,6
Niederlande	0,8	-
Schweiz	0,8	14,5
Ungarn	2,4	15,4

Tab. 2 Quelle: [www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/](http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/)

### > Kariesbefall im internationalen Vergleich

<sup>8</sup> Bauer, J., Neumann, Th., Saekel, R.: Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheits und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme, Bern 2009.

## Resümee

Resümierend kann man sagen, dass Deutschland im internationalen Vergleich insbesondere hinsichtlich des zahnmedizinischen Versorgungsumfangs – ablesbar an der Zahnarztdichte und dem Umfang der Leistungen für zahnärztliche und zahnprothetische Maßnahmen – eine Spitzenposition einnimmt. So kommt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten über Fragen der Über-, Unter- und Fehlversorgung in der zahnärztlichen Versorgung zu dem Ergebnis, dass „der zahnärztliche Versorgungsgrad der in Deutschland lebenden Bevölkerung insgesamt gesehen als hoch bezeichnet“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001, Bd. III.4, Nr. 16) werden kann. Von einer noch unzureichenden zahnärztlichen Versorgung sind besonders Personen betroffen, die in sozialen Brennpunkten leben. Bei Menschen in Behinderten-, Rehabilitations-, Pflege- und Alteneinrichtungen beziehungsweise bei sonstigen pflegebedürftigen Personen liegen ebenfalls erkennbare Versorgungsdefizite vor. Zur Verbesserung der Mundgesundheit dieser sogenannten Risikogruppen wurden mittlerweile besondere Versorgungsinitiativen gestartet (Alter und Behinderung, sog. AuB-Konzept; frühkindliche Karies [ECC]).

Es gibt unter den europäischen Nachbarstaaten Deutschlands bislang kein Pendant zum Festzuschuss-Konzept. Die vielfältigen Leistungsausschlüsse in den Nachbarstaaten und der vor allem im zahnprothetischen Versorgungsbereich doch sehr lückenhafte Leistungskatalog der europäischen Nachbarn erschweren den Zugang der Bevölkerung zur zahnmedizinischen Versorgung sowie die Teilhabe der Bevölkerung am zahnmedizinischen Fortschritt. Das deutsche Festzuschussystem könnte insofern durchaus als Vorbild für gesundheitspolitische Reformen unserer europäischen Nachbarn dienen.

## Impressum

Herausgeber	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) Universitätsstraße 73, 50931 Köln, <a href="http://www.kzbv.de">www.kzbv.de</a>
Redaktion	Dr. Karin Ziermann (Direktorin der KZBV) Eva-Marie von Loë (Referentin Abt. Vertrag) Jeanetta Foullon-Matzenauer (Assistentin der Direktorin)
Layout	atelier wieneritsch
Fotos	fotoinfot – fotolia.com; AndreaS/Shotshop.com; Nobilior – fotolia.com; Darchinger/KZBV Bundesregierung/Steffen Kugler (Seite 7)



