

**Bericht
über die Auswirkungen
des Festzuschussystems bei Zahnersatz
in der GKV**

2005 - 2007

- Kurzfassung -

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung: Zielsetzung und Funktion des Festzuschussystems	3
2. Ökonomisch-theoretische Analyse der Wirkungen befundbezogener Festzuschüsse	3
3. Ein lernendes System in der Praxis	4
4. Unterstützende Patientenberatung - das Zweitmeinungsmodell	4
5. Erhebung und Auswertung statistischer Daten	5
5.1 Datengrundlagen für den Festzuschuss-Bericht	5
5.2 Entwicklung von GKV-Ausgaben, Fallwerten und Fallzahlen nach Einführung des Festzuschussystems	7
5.3 Privatliquidation mit GKV-Versicherten	9
5.4 Versorgungsniveau (Veränderung der Häufigkeiten je 100 Fälle bei einzelnen Versorgungsformen)	10
5.5 Direktabrechnungsfälle (andersartige Versorgungsformen)	11
5.6 Höhe der Festzuschüsse (Vergleich: doppelter Festzuschuss – tatsächliche Kosten)	12
5.7 Zusammenfassung der statistischen Ergebnisse	14

1. Einleitung: Zielsetzung und Funktion des Festzuschusssystem

Zum 01. Januar 2005 haben befundbezogene Festzuschüsse das prozentuale Bezuschussungssystem beim Zahnersatz abgelöst.

Die Patienten haben Anspruch auf einen festen Zuschuss zu ihren Zahnersatzkosten. Die Festzuschüsse richten sich nach dem Befund. Jeder Patient bekommt bei gleichem Befund auch den gleichen Zuschuss. Die Höhe des Zuschusses bestimmt sich durch die vorgegebene Regelversorgung und kann durch präventionsorientiertes Verhalten, das im Bonusheft dokumentiert wird, erhöht werden. Ziel der Neuregelung war es, die Wahlmöglichkeiten der Patienten zu erweitern und sie am medizinischen Fortschritt teilhaben zu lassen. Gleichzeitig sollte eine größere soziale Gerechtigkeit erreicht werden, indem der Zustand beendet wird, dass derjenige, der sich einen höheren Eigenanteil leisten kann, einen höheren Zuschuss für seinen Zahnersatz erhält. Die Umverteilung „von unten nach oben“ sollte mit dem befundbezogenen Festzuschusssystem beendet werden. Bei der Systemumstellung bestand die Vorgabe, das vorherige Versorgungsniveau zu halten. Die Umstellung sollte kostenneutral erfolgen.

2. Ökonomisch-theoretische Analyse der Wirkungen befundbezogener Festzuschüsse

Als das Festzuschusssystem für die Versorgung mit Zahnersatz zum Jahresbeginn 2005 eingeführt wurde, war es eine grundlegende Neuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Einführung dieses innovativen Steuerungsinstrumentes wurde zumindest in den ersten Monaten aus den verschiedensten Gründen in der Öffentlichkeit skeptisch aufgenommen und teilweise kritisch kommentiert. Wie die ökonomisch-theoretische Analyse der allokativen und distributiven Wirkungen befundbezogener Festzuschüsse zeigt, besteht für eine ablehnende Haltung jedoch kein stichhaltiger Grund. Befundbezogene Festzuschüsse sind allen anderen herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen überlegen. Die allokativen Steuerungswirkung von Festzuschüssen ist vergleichsweise präziser und insofern auch mit stärkeren Kostendämpfungseffekten verbunden. Auch in distributiver Hinsicht ist das Festzuschuss-Modell gerechter, da die solidarisch aufgebrachtten Finanzmittel der gesetzlichen Krankenkassen gezielter für die Regelversorgung eingesetzt werden können.

Das Instrument der befundbezogenen Festzuschüsse steuert überdies nicht nur auf der Nachfrageseite, sondern erhöht auch den Anreiz des behandelnden Zahnarztes, sich wirtschaftlich zu verhalten. Da die Krankenkassen zudem kein Preisrisiko mehr zu tragen haben, sind mit Einführung des Systems viele Maßnahmen einer Angebotssteuerung überflüssig geworden. Konsequenterweise unterliegen die Vergütungen für Zahnersatz in der Regelversorgung seit 2005 daher nicht mehr der Budgetierung sowie der Degression.

Die Überlegenheit und Tauglichkeit des Festzuschuss-Instrumentes lässt sich nicht nur theoretisch herleiten, sie ist drei Jahre nach der Einführung mittlerweile auch empirisch belegt (siehe Kap. 5 dieses Berichtes).

3. Ein lernendes System in der Praxis

Das Festzuschusssystem war von Beginn an als lernendes System konzipiert. Es ist durch die Trägerorganisationen kontinuierlich evaluiert und auf der Basis intensiver Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in mehreren Schritten angepasst und weiter entwickelt worden. Die Änderungen bezogen sich dabei insbesondere auf den Bereich der Reparaturen von Zahnersatz und die Indikationen für Teleskopkronen. Wissenschaftliche Institutionen wie die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sowie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurden in den Prozess aktiv einbezogen. Mit den Nachjustierungen wurde auch Hinweisen Rechnung getragen, die bereits im Genehmigungsverfahren seitens des BMG dem G-BA gegeben worden waren. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sieht das Festzuschusssystem 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 Zuschusssystems.

4. Unterstützende Patientenberatung - das Zweitmeinungsmodell

Die Einführung befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz hat gesetzlich Krankenversicherten eine größere Therapiefreiheit und mehr Wahlmöglichkeiten beschert. Die erweiterten Wahlmöglichkeiten, die mit dem System befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz verbunden sind, haben das Bedürfnis der Patienten nach verlässlichen Informationen zur Behandlung und ihr Kostenbewusstsein deutlich verstärkt.

Diese Entwicklung war schon bei der Einführung des Festzuschusssystems abzusehen. Aus diesem Grund wurde bereits zum Januar 2005 die Gestalt des Heil- und Kostenplanes geändert. Jeder Heil- und Kostenplan basiert auf einer individuellen Therapieempfehlung des Zahnarztes. Voraussetzung für diese Empfehlung ist eine umfassende Befunderhebung und Diagnostik. Soweit darin eine Therapie vorgeschlagen wird, die über die Regelversorgung hinausgeht, erhält der Patient neben dem Formular des Heil- und Kostenplans ein weiteres Informationsblatt. Darauf sind nicht nur die voraussichtlichen Gesamtkosten und der Eigenanteil für die geplante Behandlung vermerkt, sondern auch die Kosten und der Eigenanteil, die anfallen würden, wenn der Patient sich stattdessen für die Regelversorgung entscheiden würde. Damit hat der Versicherte in jedem Fall bereits einen Referenzwert, der ihm zeigt, wo im Kostenspektrum die geplante Behandlung anzusiedeln ist. Diese zusätzlichen Informationen dienen der Kostentransparenz.

Der Bedarf nach seriösen Beratungsinstanzen wächst. Die Zahnärzteschaft setzt auf eine partizipative Entscheidungsfindung in der Zahnarztpraxis und bietet zusätzlich fachlich fundierte Unterstützung über neutrale Zweitmeinungsinstanzen an, um den Patienten Orientierung zu geben und eine Zahnersatzberatung zu ermöglichen, die nicht nur die Kosten, sondern auch die Qualität und den Therapieerfolg im Blick hat.

Mittlerweile sind Zweitmeinungsinstanzen in fast allen KZVen auf den Weg gebracht worden. Die Patienten nehmen das Beratungsangebot an, und bewerten es in der Regel sehr positiv. Krankenkassen verweisen ihre Versicherten zunehmend auf die Zweitmeinungsinstanzen, und auch die Zahnarztpraxen greifen darauf zurück, um verunsicherten Patienten zusätzliche externe Beratung anbieten zu können.

5. Erhebung und Auswertung statistischer Daten

Im Vorfeld der Einführung der Festzuschüsse hatte der G-BA eine Reihe von Vorgaben formuliert. Ziel es war es, bei der Festlegung der Festzuschüsse das Versorgungsniveau - das Abbild des Versorgungsalltags in den Praxen - im neuen Festzuschusssystem 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 Festzuschusssystem 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 KZBV die Auswirkungen der Einführung der Festzuschüsse seit 2005 begleitend evaluiert und dokumentiert. Die Ergebnisse der Untersuchungen der KZBV, die in der vorliegenden Fassung des Festzuschuss-Berichts die Entwicklung bis Dezember 2007 abbilden, und die dazu verwendeten Datengrundlagen sollen im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden.

5.1 Datengrundlagen für den Festzuschuss-Bericht

Die in den nachfolgenden Kapiteln dargestellten empirischen Ergebnisse basieren auf verschiedenen Datenquellen, die die KZBV für die Auswertungen des Festzuschuss-Berichts herangezogen hat.

- **Standard-Frequenzstatistik**

Für die Untersuchung zur Höhe der Ausgaben der Krankenkassen, zum Fallwert (Kassenausgaben je Fall) sowie der Zahl der Fälle wurden die von allen KZVen der KZBV für den Bereich Prothetik monatlich übermittelten Daten (Standard-Frequenzstatistik) herangezogen. Im Rahmen dieser Datenlieferung werden der KZBV - gegliedert nach vorgegebenen Kriterien wie Bonusgruppe, Kassenart, Versichertengruppe etc. - die Fallzahlen und Abrechnungsbeträge sowie die Häufigkeiten der abgerechneten Befundnummern von allen KZVen übermittelt. Abgesehen von den nicht über die KZV abgerechneten andersartigen Versorgungen erhält die KZBV hierdurch ein vollständiges Bild der im Rahmen der prothetischen Versorgung abgerechneten Fälle und Kassenzuschüsse.

- **Spezielle Frequenzstatistik (Diskettenabrechnerfälle)**

Für die Beobachtung der Entwicklung der Festzuschüsse sowie für eine mögliche Weiterentwicklung des Festzuschusskonzeptes sind zur Ableitung detaillierter Strukturdaten (z.B. über Lage, Größe und Anzahl der Brücken im Kiefer oder Lage und Größe der Modellgussprothesen) einzelfallbezogene Daten erforderlich. Von den KZVen werden aus dem Pool der Diskettenabrechnerfälle monatlich

Zufallsstichproben von mindestens 10 % der Fälle gezogen und der KZBV anonymisiert als Einzelfalldaten zur Verfügung gestellt (spezielle Frequenzstatistik). Für eine detaillierte Analyse der Versorgungsstruktur liegt der KZBV für den aktuellen Zeitraum Januar bis Dezember 2007 ein Volumen von ca. 2,2 Mio. Fällen von Diskettenabrechnern vor.

- **KZBV-Zufallsstichprobe**

Um hinsichtlich der abgerechneten GOZ-Leistungen und der Laborleistungen und Materialkosten weitergehende Erkenntnisse zu gewinnen, wurden die KZVen gebeten, der KZBV einmal pro Quartal eine Zufallsstichprobe von Kopien der Heil- und Kostenpläne incl. sämtlicher Anlagen (GOZ-Rechnung, Gewerbe- bzw. Praxislaborrechnungen nach BEL II / BEB) aus der laufenden Monatsabrechnung in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen. Die Stichprobe beinhaltet dabei sowohl Regelversorgungen als auch gleichartige Versorgungen. Der Umfang der Stichprobe beträgt auf Bundesebene ca. 10.000 je Quartal, wobei sich der Umfang der zu liefernden Stichprobe je KZV nach der Größe der KZVen, gemessen an der Zahl der teilnehmenden Zahnärzte im KZV-Bereich, richtet. Erfasst werden bei der KZBV alle Detailinformationen aus dem Heil- und Kostenplan sowie aus den Anlagen.

- **KZBV-Zahnarztstichprobe**

Darüber hinaus hat die KZBV sich – ebenfalls anonymisiert – durch eine qualifizierte Stichprobe einen repräsentativen Überblick über die abgerechneten andersartigen Versorgungen von Zahnärzten beschafft. In diese Analyse sind seit 2005 die Daten von über 8.000 Heil- und Kostenplänen incl. GOZ-Rechnungen und Laborrechnungen eingeflossen.

- **GOZ-Analyse**

Für das Liquidationsverhalten der Zahnärzte im privat Zahnärztlichen Bereich bei der Behandlung von GKV-Versicherten liegt als weitere Datenquelle die GOZ-Analyse vor. Bei dieser GOZ-Statistik werden für alle Privatabrechnungen (Privatversicherte und GKV-Versicherte) die wesentlichen Rechnungsdaten (incl. Multiplikator) erhoben. Die Stichprobe - insgesamt weit über 100.000 GOZ-Rechnungen pro Jahr - liefert aussagekräftige Ergebnisse.

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

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 Abrechnungsverschiebungen insbesondere im 1. Halbjahr 2005 gekommen ist, so dass das Niveau von Ausgabendaten und Fallzahlen des gesamten Jahres 2005 gesenkt wurde. Bei Strukturbetrachtungen wurde im Festzuschuss-Bericht daher in der Regel der Zeitraum ab Mai 2005 zu Grunde gelegt.

Einbeziehung der andersartigen Versorgungsleistungen

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

Entwicklung der GKV-Ausgaben

Die Ausgabenentwicklung war insbesondere im 1. Halbjahr 2005 durch die fehlende Übergangsregelung in Verbindung mit der Verunsicherung der Patienten und den durch den Systemwechsel bedingten Umstellungsproblemen stark nach unten verzerrt. Im Jahresverlauf 2005 hatte sich jedoch bereits ein schrittweiser Aufholprozess eingestellt. Im Jahr 2005 betrug der Rückgang gegenüber 2004 28,8 %. Im Jahr 2006 setzte sich die Normalisierung mit einer Ausgabenerhöhung um 9,1 % fort. Im Jahr 2007 sind die Ausgaben der Kassen um 3,8 % gegenüber dem Vorjahreszeitraum gestiegen, lagen aber im Vergleich zum Jahr 2004 noch um rd. 19 % unter dem damaligen Niveau. Ein wesentlicher Grund dafür liegt in der im Vergleich zu 2004 noch geringeren Zahl der Neuversorgungsfälle.

Ausgaben der Krankenkassen (Zuschüsse) in EUR (Honorar + MuL-Kosten)

Jahr	Ausgaben*	Veränd. ggü. Vorjahr	Veränd. ggü. 2004
2004	3.636.241.403		
2005	2.587.393.757	- 28,8 %	- 28,8 %
2006	2.823.561.541	+ 9,1 %	- 22,3 %
2007	2.931.555.830	+ 3,8 %	- 19,4 %

*incl. andersartige Versorgungsleistungen

Entwicklung der Fallwerte

Bei den Fallwerten war in 2005 vorübergehend mit -16,3 % ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Wesentlicher Grund hierfür war ein erheblicher Rückgang der Zahl der Neuversorgungsfälle bei in etwa konstanter Zahl der Reparaturfälle. Besonders stark zurückgegangen war die Zahl der Neuversorgungsfälle in den ersten Monaten nach Einführung des Festzuschussystems. Da die Neuversorgungsfälle kostenintensiver sind als die Reparaturfälle, hat der Verschub des Verhältnisses Neuversorgung zu Reparaturen den Fallwert maßgeblich verringert. Im Jahr 2005 setzte eine Normalisierung ein, die sich im Jahr 2006 mit + 5,3 % und im Jahr 2007 + 2,9 % fortsetzte. Im Jahr 2007 lag in jedem Abrechnungsmonat der Fallwert oberhalb des Vergleichswertes des jeweiligen Vorjahresmonats. Gleichwohl liegt der Fallwert im Jahr 2007 noch um rd. 9 % unter dem Niveau des Jahres 2004.

Fallwerte (Kassenausgaben je Fall) in EUR

Jahr	Fallwert*	Veränd. ggü. Vorjahr	Veränd. ggü. 2004
2004	293,88		
2005	246,05	- 16,3 %	- 16,3 %
2006	259,10	+ 5,3 %	- 11,8 %
2007	266,58	+ 2,9 %	- 9,3 %

*incl. andersartige Versorgungen

Entwicklung der Fallzahlen

Die kontinuierliche Steigerung des Fallwertes hängt auch zusammen mit einer Normalisierung der Fallzahlen und der damit einhergehenden Normalisierung des Anteils der Neuversorgungsfälle an der Gesamtfallzahl.

Fallzahlen

Jahr	Fallzahlen*	Veränd. ggü. Vorjahr	Veränd. ggü. 2004
2004	12.373.156		
2005	10.515.540	- 15,0 %	- 15,0 %
2006	10.897.493	+ 3,6 %	- 11,9 %
2007	10.996.904	+ 0,9 %	- 11,1 %

*incl. andersartige Versorgungen

Nach einem Rückgang um 15,0 % in 2005, stiegen die Fallzahlen in 2006 mit + 3,6 % und in 2007 mit + 0,9 % weiter an. Im Vergleich zum Jahr 2004 erreichte die Fallzahl ein Niveau von 89 % des damaligen Wertes.

Entwicklung der Neuversorgungsfälle

Der insbesondere in den ersten Monaten des Jahres 2005 zu verzeichnende Rückgang der Fallzahlen war hauptsächlich auf die geringere Zahl von Neuversorgung zurückzuführen. Reparaturfälle hingegen sind 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.

In den einzelnen Quartalen des Jahres 2007 war gegenüber den jeweiligen Vorjahresquartalen jeweils ein Anstieg des Anteils der Neuversorgungen festzustellen. Im Jahr 2005 betrug der Anteil der Neuversorgungsfälle 42,2 %, im Jahr 2006 42,9 % und im Jahr 2007 43,5 %, was auf einen ansteigenden Trend beim Anteil der Neuversorgungsfälle hindeutet.

Anteil Neuversorgungsfälle an allen Zahnersatz - Fällen

Jahr	2004	2005	2006	2007
Anteil	47,9%	42,2%	42,9%	43,5%

Mit einem zunehmenden Anteil von Neuversorgungen dürften zukünftig auch die Fallwerte und Ausgaben weiter ansteigen und sich dem Ausgangsniveau des Jahres 2004 annähern.

Bei der differenzierten Betrachtung der Neuversorgungsfallwerte ist festzustellen, dass auch hier sich eine deutlich ansteigende Tendenz niedergeschlagen hat. Nachdem der Neuversorgungsfallwert in 2005 noch um 5,1 % und in 2006 noch um 0,6 % unter dem Vergleichszeitraum Mai bis November 2004 lag, überschritt er diesen Wert im Jahr 2007 um 0,7 %. Auch dies ist ein Beleg dafür, dass die Höhe der einzelnen Festzuschüsse bei der Festlegung der Regelversorgung richtig bemessen wurde.

5.3 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 Versorgungsfällen 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. Der durchschnittliche Multiplikator bei Zahnersatzleistungen für die Privatversicherten lag im Jahr 2005 bei 2,80 und im Jahr 2006 bei 2,83 (für das Jahr 2007 liegt derzeit noch kein Wert vor). Damit liegt der durchschnittliche GOZ-Multiplikator bei GKV-Versicherten deutlich unterhalb des Wertes für die Privatversicherten. Sowohl bei den Privatversicherten als auch bei den Privatabrechnungen 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.

Kostenentwicklung in der Übergangsphase 2004/2005

Bei einer Analyse unter Einbeziehung der Mehrkostenfälle in 2004 und der andersartigen Versorgungsfälle in 2005 wurde festgestellt, dass sich die Gesamtkosten und der Versichertenanteil je Fall im Zeitraum Mai bis November 2005 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum wie folgt verändert haben:

a) Neuversorgungen und Reparaturen	Veränderung 2005/2004
- Gesamtkosten je Fall	- 8,7 %
- Zuschuss je Fall	- 11,7 %
- Versichertenanteil je Fall	- 5,7 %

b) Neuversorgungen	Veränderung 2005/2004
- Gesamtkosten je Fall	+ 0,5 %
- Zuschuss je Fall	- 2,8 %
- Versichertenanteil je Fall	+ 3,7 %

Die verbleibende Mehrbelastung für den Versicherten ist insbesondere zurückzuführen auf die Indikationseinschränkung bei einigen prothetischen Versorgungen, wie etwa bei Teleskopversorgungen. Mittlerweile hat der G-BA die Indikationsstellung bei der Versorgung mit Teleskopkronen wieder weiter gefasst.

5.4 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 folgenden Tabelle hervor, in der ein Vergleich von Versorgungsstrukturen (Häufigkeiten je 100 Fälle) bei ausgewählten Versorgungskomplexen ausgewiesen wird.

Häufigkeiten je 100 Fälle bei ausgewählten Versorgungskomplexen

Versorgungs-komplex	Mai-November 2004	Mai-November 2005	Jahr 2006	Jahr 2007
Einzelkronen ¹⁾	38,6	ca. 42,9	ca. 42,7	ca. 43,2
Brückenspannen	10,5	ca. 11,4	ca. 11,3	ca. 11,1
Totalprothesen	7,8	ca. 7,1	ca. 6,7	ca. 7,0
Modellgussprothesen	9,7	ca. 8,4	ca. 7,8	ca. 7,5
Teleskopkronen ¹⁾	11,4	ca. 8,2	ca. 6,6	ca. 6,3
Wiederherst./ Erweiterungen	62,3	70,5	71,2	68,6

Datengrundlage: Frequenzstatistik der KZBV

andersartige Versorgungen: Hochrechnung auf Stichprobenbasis

¹⁾ Vertiefende Analysen und Hochrechnungen auf Basis der Diskettenabrechner-Fälle haben ergeben, dass im Jahr 2006 von den 42,7 Einzelkronenzuschüssen (je 100 Fälle) bei ca. 5,1 Einzelkronenzuschüssen und im Jahr 2007 von den 43,2 Einzelkronenzuschüssen (je 100 Fälle) bei ca. 5,3 Einzelkronenzuschüssen tatsächlich Teleskopkronen eingegliedert wurden.

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 auf 100 Fälle (Mai bis November 2005). Somit ist bezogen auf 100 Abrechnungsfälle in ca. 95 % der Fälle die Versorgungsstruktur gleich geblieben oder besser geworden.

Im Jahr 2006 und im Jahr 2007 liegen die Werte je 100 Fälle bei den Versorgungskomplexen Einzelkronen, Brückenspannen und Totalprothesen auf etwa demselben Niveau wie im Zeitraum Mai bis November 2005.

Bei den Teleskopkronen ist festzustellen, dass in 2006 und im Jahr 2007 eine erhebliche Anzahl von Teleskopkronen aufgrund der Indikationsbeschränkung nicht unter der Befundgruppe 3.2 abgerechnet werden konnte, sondern nur unter der Befundgruppe 1.1. Somit entsteht bei alleiniger Betrachtung der Zahlen der Eindruck, dass dieser Teil von Teleskopkronenversorgungen Einzelkronenversorgungen sind.

Der abrechnungstechnisch bedingte Verschiebung von Teleskopkronen zu Einzelkronen lässt sich zahlenmäßig folgendermaßen charakterisieren. Die abgerechnete Häufigkeit der Einzelkronen in Höhe von 42,7 (je 100 Fälle) gibt die Anzahl der abgerechneten Einzelkronenzuschüsse nach der Befundklasse 1.1 wieder. Vertiefende Analysen und Hochrechnungen auf Basis der Diskettenabrechner-Fälle haben ergeben, dass im Jahr 2006 von den 42,7 Einzelkronenzuschüssen (je 100 Fälle) bei ca. 5,1 Einzelkronenzuschüssen tatsächlich Teleskopkronen eingegliedert wurden, im Jahr 2007 wurden von den 43,2 Einzelkronenzuschüssen (je 100 Fälle) bei ca. 5,3 Einzelkronenzuschüssen tatsächlich Teleskopkronen eingegliedert. Addiert man diese Häufigkeiten je 100 Fälle (5,1 bzw. 5,3) zu den ausgewiesenen Häufigkeiten der Teleskopkronen (6,6 bzw. 6,3 je 100 Fälle) hinzu, ist kein Rückgang, sondern ein Anstieg gegenüber 2005 zu verzeichnen. Analog ist dieser Verschiebung bei der Analyse der Häufigkeit der Einzelkronen zu berücksichtigen.

Bei einem Vergleich mit dem Jahr 2004 ist zu berücksichtigen, dass für einen Teil der Teleskopkronen, für die im Jahr 2006 ein Einzelkronenzuschuss abgerechnet wurde, im Jahr 2004 Mehrkostenvereinbarungen getroffen wurden, die nicht in der Statistik für 2004 enthalten sind, und somit die Vergleichbarkeit mit 2004 nur eingeschränkt möglich ist.

5.5 Direktabrechnungsfälle (andersartige Versorgungsungen)

Ein erheblicher Anteil an den Direktabrechnungsfällen entfiel auf implantatgetragene Versorgungsungen ("Suprakonstruktionen"), d.h. auf die bewusste Ausweitung der prothetischen Versorgung auf neue Versorgungsformen. Der Anteil der implantatgetragenen Versorgungsungen an den Direktabrechnungsfällen ist bis 2007 permanent auf inzwischen rd. 40 % gestiegen und zeigt somit einen deutlichen Trend.

**Aufteilung der Direktabrechnungsfälle
(andersartige Versorgungsungen)**

Versorgungsform	Anteil an Direktabrechnungsfällen			Anteil an Gesamtfällen		
	Mai - Nov. 2005	Jahr 2006	Jahr 2007	Mai - Nov. 2005	Jahr 2006	Jahr 2007
Fälle mit Suprakonstruktionen	26,2%	31,0%	39,5%	1,4%	1,8%	2,2%
Fälle mit Brücken (incl. teleskopierende Brücken)	46,3%	47,4%	45,9%	2,4%	2,7%	2,6%
Fälle mit Modellgußprothesen (incl. teleskopierende Modellgussprothesen)	13,6%	8,4%	7,1%	0,7%	0,5%	0,4%
sonstige Fälle	13,9%	13,2%	7,5%	0,7%	0,7%	0,4%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	5,2%	5,7%	5,7%
davon: Fälle mit Teleskopkronen	13,1%	7,1%	5,8%	0,7%	0,4%	0,3%

Grundlage: HKP-Stichprobe der KZBV

Damit ist mittlerweile gut jede zwanzigste Zahnersatzneubehandlung eine mit Implantatkonstruktionen. Dies zeigt, dass Suprakonstruktionen von den Patienten in verstärktem Maße angenommen werden. Die Entwicklung belegt eindeutig, dass der primäre Gesetzesauftrag, den Anschluss an den zahnmedizinischen Fortschritt zu realisieren, durch die Einführung der Festzuschüsse gefördert wird.

5.6 Höhe der Festzuschüsse (Vergleich: doppelter Festzuschuss - tatsächliche Kosten)

Der Vergleich der durchschnittlichen tatsächlichen Kosten mit dem doppeltem Festzuschuss macht deutlich, dass die Zielvorgaben des G-BA bei der Berechnung der Festzuschüsse erreicht wurden.

Die stabilen Ergebnisse bei den Neuversorgungen bestätigen, dass die Höhe der Festzuschüsse richtig festgesetzt wurde.

Bei den Reparaturen haben sich die Unterdeckungen, die noch im Jahr 2006 festzustellen waren, im Jahr 2007 deutlich abgeschwächt. Dies ist eine Konsequenz der vom G-BA mit Wirkung zum 01.01.2007 beschlossenen Änderungen und Anpassungen bei den Festzuschüssen im Bereich der Reparaturen. Ein maßgeblicher Grund für die Abweichungen im Jahr 2007 liegt darin, dass 2007 als Umstellungsphase zu werten ist, in der die Anpassungen und Änderungen noch nicht voll greifen konnten. Darüber hinaus tragen die regional unterschiedlichen Vereinbarungen bei den Preisen der zahntechnischen Leistungen zu den Unterdeckungen bei.

Regelversorgungsfälle**Vergleich der durchschnittlichen tatsächlichen Kosten*
mit dem doppelten Festzuschuss
für ausgewählte Versorgungsformen****Jahr 2007**

Versorgungsform	durchschnittliche tatsächliche Kosten*	Doppelter Festzuschuss	Über- / Unter- deckung der tatsächlichen Kosten EUR	Über- / Unter- deckung der tatsächlichen Kosten in %
	EUR	EUR		
Fälle mit 1 Einzelkrone (mit/ohne Verblendungen bzw. mit/ohne Stiftaufbauten) je Krone	317	289	- 28	- 8,8 %
Fälle mit 2 und mehr Einzelkronen (mit/ohne Verblendungen bzw. mit/ohne Stiftaufbauten) je Krone	277	294	+ 17	+ 6,1 %
Fälle mit einer Brücke zum Ersatz eines Zahnes mit 2 Pfeilerkronen (mit/ohne Verblendungen bzw. mit/ohne Stiftaufbauten) je Brücke	674	700	+ 26	+ 3,9 %
Fälle mit Modellgussprothesen ohne Teleskopkronen je Modellgussprothese	559	559	0	0,0 %
Fälle mit einer Modellgussprothese mit Teleskopkronen (mit/ohne Verblendungen bzw. mit/ohne Stiftaufbauten) je Modellgussprothese	1.482	1.492	+ 10	+ 0,7 %
Fälle mit Totalprothesen im Oberkiefer und Unterkiefer	1.067	1.067	0	0,0 %
Fälle mit einer Cover-Denture-Prothese mit Telekopkronen (mit/ohne Verblendung bzw. mit/ohne Metallbasis bzw. mit/ohne Stützstiftregistrierung) je Cover-Denture-Prothese	1.668	1.656	- 12	- 0,7 %
Reparaturen:				
a) Wiederherstellungen ohne Abformung im Kunststoffbereich und ohne zahntechnische Leistungen	23	23	0	0,0 %
b) Wiederherstellungen ohne Abformung im Kunststoffbereich	55	54	- 1	- 1,8 %
c) Wiederherstellungen mit Abformung im Kunststoffbereich	92	86	- 6	- 6,5 %
c) Wiederherstellungen im gegossenen Metallbereich	128	122	- 6	- 4,7 %
d) Erweiterungen im Kunststoffbereich	105	96	- 9	- 8,6 %
e) Erweiterungen im gegossenen Metallbereich	157	147	- 10	- 6,4 %

*: tatsächliche Kosten auf NEM-Basis (Edelmetallkosten wurden rechnerisch durch NEM-Kosten ersetzt.)

Grundlage: Stichprobe von rd. 1.700.000 Regelversorgungsfällen aus den Diskettenabrechnerfällen aus dem Jahr 2007

5.7 Zusammenfassung der statistischen Ergebnisse

Die KZBV hat die Auswirkungen der Einführung der Festzuschüsse begleitend evaluiert und eine aktualisierte umfassende Analyse erstellt. Die Analyse führt zu folgenden Kernergebnissen:

- Die Fallzahlen haben sich nach einem aufgrund der fehlenden Übergangsregelung in Verbindung mit der Verunsicherung der Patienten und den durch den Systemwechsel bedingten Umstellungsproblemen temporären Rückgang mittlerweile weitgehend normalisiert. Im Jahr 2007 lag die Fallzahl bereits auf einem Niveau von etwa 89 % des Niveaus des Jahres 2004. Die Ausgaben der GKV liegen im Jahr 2007 noch um rd. 19 % unter dem Niveau des Jahres 2004. Ein Grund dafür liegt in der im Vergleich zu 2004 noch geringeren Zahl der Neuversorgungsfälle.
- Die Ausgaben der Krankenkassen je Fall, d.h. die Fallwerte, haben sich seit 2005 wieder normalisiert. Auch hier war infolge der Vorzieheffekte und der fehlenden Übergangsregelung in 2005 zunächst ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Im Jahr 2006 erhöhte sich der Fallwert gegenüber 2005 um 5,3 % und im Jahr 2007 gegenüber 2006 um 2,9 %. Er liegt damit gleichwohl noch rd. 9 % unter dem Niveau des Jahres 2004. Der Fallwert lag in den einzelnen Monaten des Jahres 2007 dabei oberhalb der jeweiligen Vergleichswerte aus dem Jahr 2006, was auf eine stetige Normalisierung der Fallwerte hindeutet.
- Bei der isolierten Betrachtung der Neuversorgungsfälle ist festzustellen, dass ihr Anteil seit 2005 wieder zugenommen und dass der Neuversorgungswert im Jahr 2007 bereits das Niveau des Jahres 2004 (Mai bis November) um 0,7 % überschritten hat.
- 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. Der durchschnittliche Multiplikator bei Zahnersatzleistungen für die Privatversicherten lag im Jahr 2005 bei 2,80. Damit liegt der durchschnittliche GOZ-Multiplikator bei GKV-Versicherten deutlich unterhalb des Wertes für die Privatversicherten. Dies zeigt, dass die Zahnärzte weiterhin moderat abrechnen.
- Der Ausgabenrückgang in der GKV impliziert für sich noch keinen Rückgang des Versorgungsniveaus. Anhand eines Strukturvergleiches bei einzelnen Versorgungsformen zeigte sich, dass das Versorgungsniveau im Jahr 2005 in rd. 95 % der Fälle für die Versicherten gleich geblieben oder besser geworden ist. So ist etwa im Jahr 2005 bei der Anzahl der Einzelkronen eine Frequenzerhöhung um 3,8 je 100 Fälle festzustellen. Bei den Teleskopkronen erfolgte hingegen bezogen auf 100 Fälle eine Reduzierung von 11,4 Fällen auf 8,2 Fälle im Jahr 2005. Im Jahr 2006 und im Jahr 2007 liegen die Werte je 100 Fälle bei den Versorgungskomplexen Einzelkronen, Brückenspannen und Totalprothesen auf etwa demselben Niveau wie im Zeitraum Mai bis November 2005. Eine strengere Indikationsstellung bei Teleskopkronen zum Abbau einer Überversorgung war gesundheitspolitisch ausdrücklich gewünscht. Die Beschränkung auf Eckzahn-Indikationen führte zu einer deutlichen

Abnahme der Teleskopversorgungen innerhalb der Regelversorgungen, zum Anderen aber zu einer massiven Steigerung von Zuschüssen zu Einzelkronen. Diese Steigerung ist vor allem darauf zurückzuführen, dass im Rahmen einer gleich- oder andersartigen Leistung Teleskopkronen gleichwohl erbracht wurden, der Festzuschuss aber auf der Grundlage des Regelversorgungsbefundes „Einzelkrone“ geleistet wurde.

- Der Anteil der implantatgetragenen Versorgungen an den Direktabrechnungsfällen („Suprakonstruktionen“) ist inzwischen auf rd. 40 % (Jahr 2007) gestiegen. Damit ist mittlerweile gut jede zwanzigste Zahnersatzneubehandlung eine mit Implantatkonstruktionen. Dies zeigt, dass Suprakonstruktionen von den Patienten in verstärktem Maße angenommen werden. Die Entwicklung belegt eindeutig, dass der primäre Gesetzesauftrag, den Anschluss an den zahnmedizinischen Fortschritt zu realisieren, durch die Einführung der Festzuschüsse gefördert wird.
- Beim Vergleich der durchschnittlichen tatsächlichen Kosten und des doppelten Festzuschusses wurde deutlich, dass bei den Neuversorgungen der doppelte Festzuschuss im Durchschnitt die tatsächlichen Kosten abdeckt. Bei einzelnen Reparaturpositionen, die anfangs eine Unterdeckung aufwiesen, ist inzwischen eine entsprechende Nachbesserung durch den G-BA erfolgt.