

BARMER GEK

BARMER GEK ZAHNREPORT 2015

M. Rädcl, A. Hartmann, S. Bohm, H.-W. Priess, M. Walter



Schriftenreihe zur
Gesundheitsanalyse
Band 31

BARMER GEK Zahnreport 2015

Auswertungen zu Daten bis 2013

Schwerpunkt: Füllungen

April 2015

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 31

BARMER GEK Zahnreport 2015

Schwerpunkt: Füllungen

- Herausgeber: BARMER GEK, Postfach 110704, 10837 Berlin
- Fachliche Betreuung: BARMER GEK – Kompetenzzentrum Medizin und Versorgungsforschung (1100)
Gottlieb-Daimler-Str. 19
73529 Schwäbisch Gmünd
versorgungsforschung@barmer-gek.de
- Autoren: Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik,
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der
TU Dresden (<http://www.uniklinikum-dresden.de>)
M. Rädcl, M. Walter
AGENON - Gesellschaft für Forschung und
Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
(<http://www.agenon.de>)
S. Bohm, A. Hartmann, H.-W. Priess
- Verlag Asgard Verlagsservice GmbH, Schützenstraße 4,
53721 Siegburg
- ISBN: 978-3-943-74496-5

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhalt

VORWORT	5
ZUSAMMENFASSUNG	7
1 EINLEITUNG	17
2 ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG IM ÜBERBLICK.....	23
2.1 Datengrundlage und Kenngrößen.....	24
2.2 Inanspruchnahme und Ausgaben.....	27
2.3 Inanspruchnahmen und Ausgaben nach Versorgungsbereichen im Überblick	33
2.4 Entwicklung über die Zeit.....	39
3 KONSERVIERENDE, CHIRURGISCHE UND RÖNTGEN- LEISTUNGEN (INKLUSIVE PROPHYLAXE)	43
3.1 Datengrundlage und Kenngrößen.....	43
3.2 Inanspruchnahme und Ausgaben	44
3.3 Leistungen im Überblick	52
3.4 Entwicklung über die Zeit.....	55
3.4.1 Prophylaxe	57
3.4.2 Füllungen	63
3.4.3 Zahnextraktionen	66
3.4.4 Ausgewählte Röntgenleistungen.....	68
3.4.5 Wurzelbehandlungen	70
4 SYSTEMATISCHE BEHANDLUNG VON PARODONTOPATHIEN	73
4.1 Datengrundlage und Kenngrößen.....	73
4.2 Inanspruchnahme und Ausgaben.....	76
4.3 Leistungen.....	82
4.4 Entwicklung über die Zeit.....	84
5 ZAHNERSATZ UND ZAHNKRONEN	87
5.1 Datengrundlage und Kenngrößen.....	87
5.2 Inanspruchnahme und Ausgaben	91
5.3 Leistungen.....	99
5.4 Entwicklung über die Zeit.....	101

6	SCHWERPUNKTTHEMA: FÜLLUNGEN	103
6.1	Einführung ins Thema.....	103
6.2	Longitudinale Betrachtungen	107
6.2.1	Grundlagen zur Methodik	108
6.2.2	Flächenbezogene Re-Interventionen	113
6.2.3	Zahnbezogene Re-Interventionen	117
6.2.4	Spezifische longitudinale Analysen	121
6.2.5	Schlussfolgerungen.....	124
6.3	Regionale Unterschiede	125
6.4	Große Seitenzahnfüllungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung	129
7	ANHANG	135
7.1	Anhangstabellen und -abbildungen	135
7.1.1	Anhang zu Kapitel 1 + 2: Einleitung und Zahnärztliche Versorgung im Überblick	135
7.1.2	Anhang zu Kapitel 3: Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen	141
7.1.3	Anhang zu Kapitel 5: Zahnersatz und Zahnkronen	152
7.2	Datengrundlage für die Abbildungen des Hauptteils.....	158
7.2.1	Datenanhang zu Kapitel 3: Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen	158
7.2.2	Datenanhang zu Kapitel 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien	164
7.2.3	Datenanhang zu Kapitel 5: Zahnersatz und Zahnkronen	167
8	LITERATUR.....	171
9	GLOSSAR	175
10	WEITERE VERZEICHNISSE	179
10.1	Verzeichnis verwendeter Abkürzungen	179
10.2	Verzeichnis der Tabellen im Text.....	180
10.3	Verzeichnis der Abbildungen im Text	184
10.4	Verzeichnis der Tabellen im Anhang	189
10.5	Verzeichnis der Abbildungen im Anhang	191

Vorwort

Versorgungsforschung soll dazu beitragen, die Realität der medizinischen Versorgung in Deutschland besser zu verstehen. Seit gut zwanzig Jahren hat sich die BARMER GEK diesem Anliegen verschrieben, und in diese Tradition fügt sich der vor Ihnen liegende Zahnreport nahtlos ein.

Gerade für die zahnmedizinische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten gilt, dass sie in weiten Teilen dem gesundheitspolitisch interessierten Betrachter wie eine Black Box erscheinen muss. Der Grund dafür liegt in Besonderheiten der Abrechnung. Egal ob Füllungen oder Zahnersatz, wünscht der Versicherte eine von der Regelversorgung abweichende Leistung, muss er die Kosten dafür selber tragen. Das verabredet der Patient mit seinem Zahnarzt in sogenannten Mehrkostenvereinbarungen auf der Basis der Gebührenordnung der Zahnärzte. Diese Daten liegen damit außerhalb der Abrechnung zwischen Zahnarzt und Krankenkasse.

Das Interesse einer gesetzlichen Krankenkasse am konkreten Inhalt dieser Vereinbarungen steht in direktem Zusammenhang mit der Qualitätsdiskussion innerhalb der Zahnheilkunde. Seit langem diskutieren die Zahnmediziner sehr intensiv und auch durchaus kontrovers, wie der Qualitätsgedanke in ihrer Profession stärker Einzug halten kann. In diesem Grundgedanken gleicht die Zahnmedizin anderen Bereichen der medizinischen Versorgung.

Die Versorgungsforschung kann mit ihren Analysen genau diese Diskussion voranbringen. Schon auf Basis der uns heute zur Verfügung stehenden Daten zeigen sich erstaunliche Unterschiede, etwa bei Inanspruchnahme oder Kosten zwischen den Bundesländern. Gründe für Phänomene dieser Art ließen sich sehr viel besser beschreiben, wenn uns genauere Informationen zur Verfügung stünden. Neben der schon erwähnten Black Box „Mehrkostenregelung“ ließen zum Beispiel Daten

über die verwendeten Materialien Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung zu.

Das gilt in besonderem Maße für unser diesjähriges Schwerpunktthema, die Füllungstherapie. Also einen Bereich der zahnmedizinischen Versorgung, den Millionen Menschen Jahr für Jahr beanspruchen müssen. Es ist in unseren Augen legitim, nach der Nachhaltigkeit dieser Therapie zu fragen. Und dies nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten, denen an einer langfristigen Zahngesundheit gelegen ist. Auch die Zahnärzteschaft selbst hat ein veritables Interesse daran, aus den Erkenntnissen der Versorgungsforschung Impulse für ihre eigene Diskussion zu gewinnen. Es gehört daher auf die gesundheitspolitische Agenda, den Krankenkassen Zugang zu solchen für die Versorgungsqualität wichtigen Daten zu ermöglichen.

Mein Dank gilt dem Team der Autorinnen und Autoren des BARMER GEK Zahnreports 2015 um Prof. Dr. Michael Walter von der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden und Steffen Böhm von AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin. Sie haben mit analytischer Akribie und wissenschaftlicher Expertise erneut einen Report vorgelegt, der ein realistisches Bild der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland und insbesondere der Füllungstherapie zeichnet. Unseren Leserinnen und Lesern wünsche ich eine anregende Lektüre.

Berlin, im April 2015

Dr. med. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender

BARMER GEK

Zusammenfassung

Der BARMER GEK Zahnreport 2015 liegt in seiner inzwischen fünften Ausgabe vor. Er enthält aktuelle Daten zur vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland und setzt das Ziel einer transparenten Darstellung dieses Versorgungsbereichs fort. Im Standardteil des Reports wird über allgemeine Daten und Kennziffern der vertragszahnärztlichen Versorgung für das Jahr 2013 berichtet. Die im vergangenen Jahr begonnene Analyse der erbrachten konservierend-chirurgischen Leistungen in Zeitreihen wurde fortgesetzt. Die Daten zur Behandlung von Parodontalerkrankungen und die Daten zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen liegen für zwei Jahre (2012 und 2013) vor. Auch in diesen beiden Kapiteln ist damit erstmals die Erstellung von kurzen Zeitreihen möglich.

Der Schwerpunktteil des diesjährigen Zahnreports beschäftigt sich mit dem Thema „Füllungen“. Nahezu ein Drittel der Versicherten nimmt im Jahr durchschnittlich mindestens eine Füllungsleistung in Anspruch. Dies zeigt die große Bedeutung dieses Themas auch in gesundheitsökonomischer Dimension. Mit drei verschiedenen Betrachtungsansätzen gibt der Zahnreport 2015 einen möglichst umfassenden Einblick in die Karies- und Füllungstherapie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Sowohl längsschnittliche (longitudinale) Analysen über vier Jahre, als auch regionale und füllungsspezifische Betrachtungen werden behandelt. Damit folgt der Report der Intention des vergangenen Jahres, „Zahnkarrieren“ und Ergebnisse („Outcomes“) zahnärztlicher Therapie unter dem Aspekt der Versorgungsforschung wissenschaftlich zu analysieren. Die dabei verarbeitete Größenordnung von über 17 Millionen beobachteten Füllungen stellt ein Novum für die zahnmedizinische Versorgungsforschung in Deutschland dar.

Untersuchungspopulationen, Zeitspannen und Datenumfang

Die Datenbasis für die Analysen des Standard- und des Schwerpunktteils besteht maßgeblich aus Daten zu erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen, die bundeseinheitlich im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) definiert sind. Sie werden der BARMER GEK von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) in versichertenbezogener Form übermittelt. Für die Analysen standen diese Daten in anonymisierter Form für die Versorgungsbereiche Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, inklusive Prophylaxe (BEMA-Teil 1), Systematische Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) sowie für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) für Versicherte der BARMER GEK zur Verfügung. Das waren im Jahr 2013 etwa 8,6 Millionen Versicherte, was einem Anteil von rund 10,5% an der bundesdeutschen Bevölkerung entspricht. Für den Versorgungsbereich Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, inklusive Prophylaxe (BEMA-Teil 1), erstreckt sich der Datenbestand auf den Zeitraum 2010 bis 2013, für BEMA-Teil 4 (Systematische Behandlung von Parodontopathien) und BEMA-Teil 5 (Zahnersatz und Zahnkronen) auf die Jahre 2012 und 2013. Um Vergleiche über die Zeit und zwischen den Ländern zu ermöglichen, wurden die Ergebnisse des Standardteils durchgängig in einer alters- und geschlechtsstandardisierten Form berechnet. Auch für das Jahr 2013 wurden von der KZV Schleswig-Holstein mit Ausnahme von Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen keine Daten für die BEMA-Teile 1 und 4 übermittelt. Zu beachten ist ferner, dass die von den KZVen übermittelten Daten zu Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) generell nicht die sogenannten „Direktabrechnungsfälle“ erfassen.

Standardteil: Zahnärztliche Versorgung im Überblick

Überträgt man die Inanspruchnahmeraten der BARMER GEK-Versicherten auf die Bevölkerungsstruktur der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2013, ergibt sich - wie schon in den Vorjahren -, dass mehr Frauen

als Männer vertragszahnärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben (Frauen: 74,6%, Männer: 67,3%). Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in den Ausgaben wider. Ohne Berücksichtigung der von den Versicherten privat zu tragenden Kosten lagen die mittleren Ausgaben pro Versichertem für die hier untersuchten vertragszahnärztlichen Leistungen für Frauen um 7,6% bzw. um 11,26 Euro höher als bei den Männern (Frauen: 160,34 Euro und Männer: 149,08 Euro). Nach wie vor ist die Inanspruchnahmerate vertragszahnärztlicher Leistungen in den neuen Bundesländern höher als in den alten: In den neuen Ländern liegt sie bei knapp 76% und in den alten bei knapp 70%.

Erneut zeigen sich bei den hier betrachteten Pro-Kopf-Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung starke Unterschiede zwischen den Ländern. Im Maximum ergibt sich eine Differenz von knapp 22% bzw. von 30,38 Euro (höchster Wert: 171,03 Euro in Sachsen Anhalt, niedrigster Wert: 140,65 Euro in Rheinland-Pfalz).

Die Inanspruchnahmerate für Leistungen aus dem BEMA-Teil 1 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, einschließlich Prophylaxe) liegt bei knapp 71%. Leistungen dieses Versorgungsbereichs werden damit mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommen. Es folgen Leistungen aus dem Bereich Zahnersatz mit 10,7% (ohne Direktabrechnungsfälle) und aus dem Bereich der Parodontalbehandlungen mit 1,5%. Die Ausgaben für die einzelnen BEMA-Bereiche folgen zwar prinzipiell dieser Rangfolge. Sie sind aber im Vergleich zur Inanspruchnahme besonders für Zahnersatz und Zahnkronen prozentual deutlich höher, was dem höheren Therapieaufwand dieses Leistungsbereiches geschuldet ist.

Standardteil: Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)

Im Versorgungsbereich Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe) werden Prophylaxe-Leistungen (Leistungen zur Vorsorge von Erkrankungen), diagnostische Leistungen und

Beratungsleistungen (Leistungen zur Erkennung von Erkrankungen) sowie therapeutische Leistungen (Leistungen zur Behandlung von Erkrankungen) unterschieden.

Übertragen auf die Bevölkerungsstruktur Deutschlands im Jahr 2013 ergibt sich für die Inanspruchnahme von Prophylaxe-Leistungen eine Rate von knapp 53%. In der weiteren Aufschlüsselung nach diagnostischen und therapeutischen Leistungen ergeben sich Inanspruchnahmeraten von gut 70% für diagnostische und knapp 49% für therapeutische Leistungen. Die Zahl der Zahnarztkontakte verteilt sich auf durchschnittlich 0,6 Kontakte je Versichertem für Prophylaxe, 1,6 Kontakte für Diagnostik und 1,4 Kontakte für Therapie.

In den Untersuchungen über die Zeit zeigt sich als Trend, dass von Jahr zu Jahr weniger Zähne entfernt werden.

Erwartungsgemäß liegen die durchschnittlichen Ausgaben pro behandeltem Versicherten für therapeutische Leistungen mit 131,74 Euro deutlich höher als für Diagnostik mit 42,70 Euro und Prophylaxe mit 27,02 Euro.

Sowohl in der Inanspruchnahme als auch in den Ausgaben ist in allen drei Bereichen ein Unterschied zwischen Frauen und Männern ersichtlich: Frauen nehmen mehr zahnärztliche Leistungen in Anspruch, wodurch im Mittel zugleich höhere Ausgaben entstehen. Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen teilweise erhebliche Unterschiede.

Standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der deutschen Bevölkerung wurden für die Versicherten der BARMER GEK im Jahr 2013 58,8 Millionen Einzelleistungen (Gebührenscheitel) nach BEMA-Teil 1 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen) erbracht. Sie verteilen sich zu 28,4% auf klinische Untersuchungen und Beratungen, zu 16,9% auf Füllungen, zu 13,1% auf Prophylaxe-Leistungen, zu 10,4% auf Anästhesieleistungen und zu 10,3% auf minimale Interventionen. Die weiteren Leistungsgruppen folgen mit Anteilen unter 10%.

Bei der Inanspruchnahme einzelner Leistungsgruppen zeigt sich, dass sich der leichte Rückgang der vergangenen Jahre im Jahr 2013 mehrheitlich nicht fortgesetzt hat. Eine mögliche Ursache dafür könnte in der Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 liegen.

Standardteil: Systematische Behandlung von Parodontopathien

Im Kapitel 4 des vorliegenden Reportes wird die systematische Behandlung von Parodontopathien näher betrachtet. Dabei wurde die BEMA-Leistung 04 (Erhebung des Parodontalen Screening Index) als wesentliche Screening-Untersuchung zur Erkennung von Parodontopathien wegen ihrer inhaltlichen Zugehörigkeit in diesem Kapitel mit betrachtet, obwohl sie rein formell im BEMA-Teil 1 abgebildet ist.

Für diagnostische Leistungen parodontaler Erkrankungen (BEMA-Leistung 04 oder 4) ergibt sich eine Inanspruchnahmerate von gut 24%. Die Inanspruchnahmerate für therapeutische Leistungen zur Behandlung einer parodontalen Erkrankung liegt dagegen bei knapp 2%.

Diagnostische Leistungen wurden von Frauen häufiger in Anspruch genommen als von Männern. Im Vergleich der Länder schwankt die Inanspruchnahmerate diagnostischer Leistungen mit knapp elf Prozentpunkten stark zwischen gut 18% im Saarland und 29% in Bayern. Der Vergleich der Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen fällt - allerdings auf sehr viel niedrigerem Niveau - noch deutlicher aus: Sie schwankt zwischen 1,0% im Saarland und 2,1% in Nordrhein-Westfalen. Damit haben in Nordrhein-Westfalen mehr als doppelt so viele Versicherte Leistungen zur Therapie parodontaler Erkrankungen in Anspruch genommen als im Saarland. Die Analyse der erbrachten Leistungen im Bereich der parodontalen Therapie zeigt, dass die häufigste therapeutische Leistung die geschlossene Therapie des einwurzeligen Zahnes ist. Sie wurde knapp 1,7 Millionen Mal erbracht, gefolgt von der geschlossenen Therapie am mehrwurzeligen Zahn, die 909.905-mal erbracht wurde. Die chirurgische Parodontitistherapie findet nur in sehr seltenen Fällen Anwendung. Der Anteil der entsprechenden Leistungen

liegt zusammen bei 1,1% aller Leistungen des BEMA-Teil 4, was ca. 33.000 chirurgischen Leistungen an ein- und mehrwurzeligen Zähnen entspricht. Auffällig ist die mit 90.416-mal vergleichsweise häufige Durchführung von Einschleifmaßnahmen im Rahmen der Parodontistherapie.

Standardteil: Zahnersatz und Zahnkronen

Das Reportkapitel 5 beschreibt Inanspruchnahme und Ausgaben für Zahnersatz und Zahnkronen auf der Grundlage digital übermittelter Daten der einzelnen KZVen, in denen keine Direktabrechnungsfälle enthalten sind. Nach Auswertungen der BARMER GEK entfällt ein Anteil von ca. 6% der Leistungsfälle und ein Anteil von 12,5% der Zahnersatzgesamtausgaben der BARMER GEK auf Direktabrechnungsfälle, die hier nicht weiter berücksichtigt werden konnten.

Die Inanspruchnahmerate für Neueingliederungen beträgt 6,1% und für Wiederherstellungsmaßnahmen an vorhandenem Zahnersatz 6,0%. Bei der Anfertigung von neuem Zahnersatz wurden je betrachtetem Behandlungsfall im Durchschnitt 1.322,22 Euro (inklusive Eigenanteil) aufgewendet. Für Wiederherstellungen waren es lediglich 113,08 Euro je Fall (inklusive Eigenanteil). Die Inanspruchnahmerate von Zahnersatzleistungen für Neueingliederungen steigt beginnend mit weniger als 2% in der Altersgruppe der 15- bis 20-Jährigen auf ca. 10% im Alter zwischen 55 und 75 Jahren und fällt danach wieder ab. Die Inanspruchnahme von Wiederherstellungsleistungen beginnt im Alter von ca. 25 Jahren. Der Altersgipfel liegt hier zwischen 80 und 85 Jahren.

Der Unterschied in der Inanspruchnahme zwischen Frauen und Männern, der sich bereits bei den konservierend-chirurgischen Leistungen gezeigt hat, besteht auch bei den hier betrachteten Zahnersatzleistungen, ist aber weniger stark ausgeprägt.

Aus der Gruppe der Versicherten, die im Jahr 2013 Zahnersatzleistungen in Anspruch genommen haben, konnten 54,7% einen Vorsorgebonus von 30% und weitere 8,1% einen Vorsorgebonus von 20% in

Anspruch nehmen. Die prothetischen Behandlungen verteilen sich zu 41,0% auf die Festzuschussbefundklasse 6 (Wiederherstellungen), zu 33,3% auf die Festzuschussbefundklasse 1 (Erhaltungswürdiger Zahn) und zu 10,1% auf die Festzuschussbefundklasse 2 (Zahnbegrenzte Lücke ...). Die weiteren Befundklassen folgen mit Anteilen von unter 8%. Am seltensten wird die Befundklasse 7 (Erneuerung/Wiederherstellung von Suprakonstruktionen) mit 0,5% abgerechnet.

Schwerpunktteil: Füllungen

Der Schwerpunktteil des Zahnreportes 2015 ist in vier Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt führt erläuternd in das Thema ein. Die Füllungstherapie ist in der Mehrzahl der Fälle die Behandlung von Zahnkaries oder deren Folgen. Zum Verständnis werden Begrifflichkeiten erläutert. Folgend wird der Rahmen der Füllungstherapie in der vertragszahnärztlichen Versorgung in groben Zügen dargestellt. Der zweite Abschnitt „Longitudinale Analysen“ befasst sich mit Folgebehandlungen nach Füllungstherapie über vier Jahre (2010 bis 2013) hinweg. Das Ergebnis („Outcome“) nach entsprechender Therapie wird unter Nutzung der Überlebenszeitanalyse nach Kaplan und Meier berechnet. Zwei wesentliche Analyseansätze werden dabei grundsätzlich unterschieden:

Im ersten Ansatz wird eine spezifische Zahnfläche nach Füllungstherapie nachverfolgt, unabhängig von Größe oder Ausdehnung der entsprechenden Füllung. Die Zielereignisse „Füllung mit Beteiligung derselben Fläche“, „Anfertigung einer Krone/Teilkrone“ und „Extraktion“ (Zahnentfernung) werden auf die jeweilige gefüllte Zahnfläche bezogen analysiert.

Über zwei Millionen mesiale (zur Zahnbogenmitte hin) und über zwei Millionen distale (zum Zahnbogenende hin) Frontzahnflächen konnten über einen Zeitraum von bis zu vier Jahren beobachtet werden. An Frontzähnen lag die Rate mesialer bzw. distaler Flächen ohne erneute Füllungs-Re-Intervention bei 79,9% bzw. 80,9%. Flächenbezogene Re-

Interventionsraten für die Anfertigung von Kronen/Teilkronen bzw. Extraktionen lagen bei Frontzähnen jeweils deutlich unter 10%.

7.978.177 okklusale (zur Kaufläche hin) Flächen, 4.962.605 mesiale Flächen und 5.465.974 distale Flächen wurden an Prämolaren und Molaren observiert. Ohne Re-Intervention durch Füllung blieben 77% okklusale und ca. 81% mesiale und distale Seitenzahnflächen. Hochgerechnete mittlere Überlebenszeiten wurden für gefüllte Zahnflächen je nach Lokalisation mit ca. 8,7 bis 10,5 Jahren bestimmt.

Im zweiten Ansatz werden Zähne nach Füllungen bestimmter Größe nachverfolgt. Die Zielereignisse „Füllung am selben Zahn“, „Anfertigung einer Krone/Teilkrone“ und „Extraktion“ wurden zahnbezogen ausgewertet. Ca. 17 Millionen gefüllte Zähne konnten hier im zeitlichen Verlauf ebenfalls über vier Jahre beobachtet werden. Das Zielereignis „Füllungs-Re-Intervention an demselben Zahn“ wurde bei einflächigen Füllungen in 70% der Fälle, bei zweiflächigen Füllungen in 75% der Fälle, bei dreiflächigen Füllungen in 67% der Fälle und bei mehr als dreiflächigen Füllungen in 61% der Fälle nicht registriert.

Abgerundet werden beide Analyseansätze durch die spezifische Betrachtung des Outcomes von Frontzahnfüllungen mit Beteiligung der Schneidekantenecke und des Outcomes großer Seitenzahnfüllungen (mesio-okklusal-distale Füllungen an Molaren). 805.171 Schneidekanteneckenaufbauten im Frontzahnbereich wurden spezifisch auf das Zielereignis „identische Füllungs-Re-Intervention“ hin untersucht. Ohne Re-Intervention verblieben nach vier Jahren 76% der betreffenden Füllungen. Bei der Betrachtung großer Seitenzahnfüllungen wurde nach vier Jahren das Zielereignis „identische Füllungswiederholung“ in 94,1% der Fälle und das Zielereignis „Füllung mit Beteiligung einer betroffenen Fläche“ in 70,9% der Fälle nicht registriert.

Zusammenfassend können diese Ergebnisse, auch im internationalen Vergleich, als zufriedenstellend angesehen werden. Prävention und regelmäßige Kontrollen sollten zur Gesunderhaltung der Zähne und Ver-

meidung behandlungsbedürftiger Schäden noch stärker in den Fokus gerückt werden. Im Sinne der Nachhaltigkeit der zahnärztlichen Füllungstherapie gilt es, Optimierungspotenziale zu identifizieren und zu nutzen.

Im dritten Abschnitt des Schwerpunktteils werden regionale Unterschiede in der Füllungstherapie in einer Pilotanalyse betrachtet. Dabei wird das Verhältnis großer (mehr als dreiflächiger) Füllungen zu Kronen und Teilkronen untersucht. Im Ergebnis sind zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede in den Therapiepräferenzen festzustellen. Während in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen je angefertigter Krone oder Teilkrone mehr als zwei großflächige Füllungen angefertigt werden, ist es in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin weniger als eine.

Spezifische Aspekte der Füllungstherapie großer Seitenzähne, die aus den reinen Abrechnungsdaten (auch Routinedaten oder Sekundärdaten) nicht hervorgehen, wurden im letzten Abschnitt anhand von Daten einer Versichertenbefragung der BARMER GEK untersucht. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kam demnach zahnfarbendes Füllungsmaterial zum Einsatz. Haltbarkeit und Verträglichkeit werden von den Patienten als sehr wichtige Aspekte bei der Materialwahl angesehen. In 42% der Fälle wurden patientenseitige Kosten in Form von Zuzahlungen angegeben.

1 Einleitung

Ende des IV. Quartals 2013 betrug die Anzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Ärzte 60.997 und lag damit um knapp 0,8% höher als zum Ende des Vorjahresquartals (KZBV 2015). Ohne die vom Versicherten selbst zu tragenden Eigenanteile oder anderweitig privat zu tragende Behandlungskosten, haben sich die Ausgaben für zahnärztliche Behandlung inklusive Zahnersatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr von 168,55 Euro je Versichertem auf 180,63 Euro (+7,2%) erhöht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zum 1. Januar 2013 die Praxisgebühr entfallen ist, was unter sonst gleichen Bedingungen bereits für sich genommen zu höheren GKV-Ausgaben beigetragen hat. Bereinigt man die Veränderungsrate 2013 gegenüber 2012 um diesen Effekt, verbleibt bei den Ausgaben je Versichertem ein Ausgabenanstieg in Höhe von knapp 3,6% (Vorjahr: +0,7%)¹. Für die vertragszahnärztliche Versorgung der annähernd 69,9 Mio. GKV-Versicherten wurden von den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2013 insgesamt gut 12,6 Mrd. Euro verausgabt. Bei Leistungsausgaben der GKV von insgesamt 182,7 Mrd. Euro (Vorjahr: 173,2 Mrd. Euro) entspricht dies einem Anteil von 6,9% (Vorjahr 6,8%).

In einer detaillierteren Betrachtung des vertragszahnärztlichen Versorgungsbereichs können die Bereiche „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen“ (inklusive Prophylaxe), „Systematische Behandlung von Parodontopathien“, „Zahnersatz und Zahnkronen“ sowie „Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch)“ unterschieden werden.

Der Bereich Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe) bildet mit gut 7,7 Mrd. Euro bzw. einem Anteil von 61,2% an den GKV-Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung den größten Ausgabenblock, gefolgt von Zahnersatz und Zahnkronen

¹ Eigene Berechnungen basierend auf KJ 1 und KM 1 (BMG a und b) und KZBV 2015.

mit gut 3,1 Mrd. Euro, entsprechend einem Anteil von 24,7% (Abbildung 1-1). Den drittgrößten Ausgabenbereich bildet Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch) mit knapp 1,4 Mrd. Euro bzw. einem Anteil von 10,9%. Auf die Systematische Behandlung von Parodontopathien entfielen im Jahr 2013 leicht mehr als 0,4 Mrd. Euro, was einem Anteil von 3,2% entspricht.

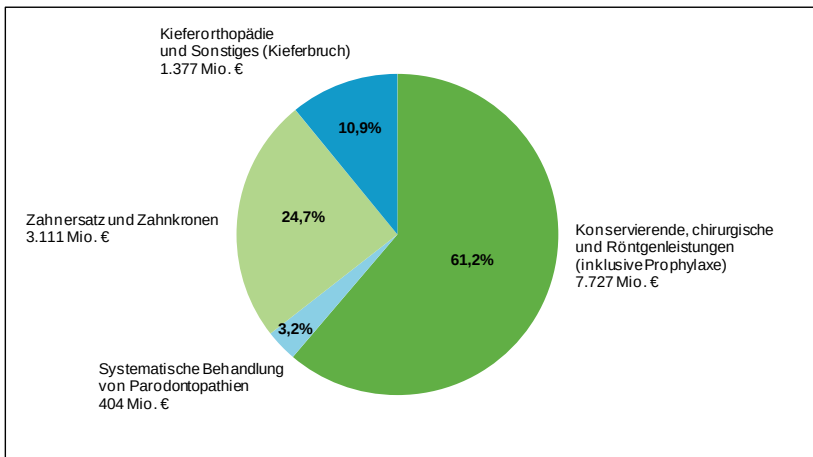


Abbildung 1-1: Aufteilung der GKV-Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung im Jahr 2013, Quelle: KZBV, e.B.

An dieser Unterteilung orientiert sich die Berichterstattung auch im dies-jährigen Zahnreport:

- Der Bereich Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe) wird in Kapitel 3 dargestellt. Vertiefend betrachtet werden hier die Leistungsbereiche Prophylaxe (Kapitel 3.4.1), Füllungen (Kapitel 3.4.2), Zahnextraktionen (Kapitel 3.4.3), ausgewählte Röntgenleistungen (Kapitel 3.4.4) und Wurzelbehandlungen (Kapitel 3.4.5).

- Die Darstellung des Ausgaben- und Leistungsgeschehens im Bereich Systematische Behandlung von Parodontopathien erfolgt in Kapitel 4.
- Mit dem Bereich Zahnersatz und Zahnkronen befasst sich Kapitel 5.

In Kapitel 2 findet sich eine zusammenfassende Betrachtung über die genannten Versorgungsbereiche hinweg.

Die vertiefende Betrachtung von Füllungen in Kapitel 3.4.2 wird als Schwerpunktthema des diesjährigen Zahnreports in Kapitel 6 weitergeführt.

Drei methodisch verschiedene Zugänge versuchen ein möglichst umfassendes Bild der vertragszahnärztlich erbrachten Füllungstherapie zu zeichnen. Den größten Anteil daran stellen die längsschnittlichen Analysen dar, in deren Rahmen mehr als 17 Millionen Füllungen über einen zeitlichen Verlauf von vier Jahren betrachtet werden. Folgebehandlungen (Re-Interventionen) nach Füllungstherapie können damit erstmals auf breiter Basis für die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland beschrieben werden. Auch wenn methodische Limitationen bestehen, die die Bewertung der Ergebnisse erschweren, wird damit eine wesentliche Lücke der zahnmedizinischen Versorgungsforschung geschlossen.

Nicht betrachtet wird in diesem Report der Versorgungsbereich Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch).

Damit erfasst der vorliegende Zahnreport ein zahnärztliches Leistungsgeschehen, auf das im Jahr 2013 nahezu 90% der GKV-Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung entfallen sind.

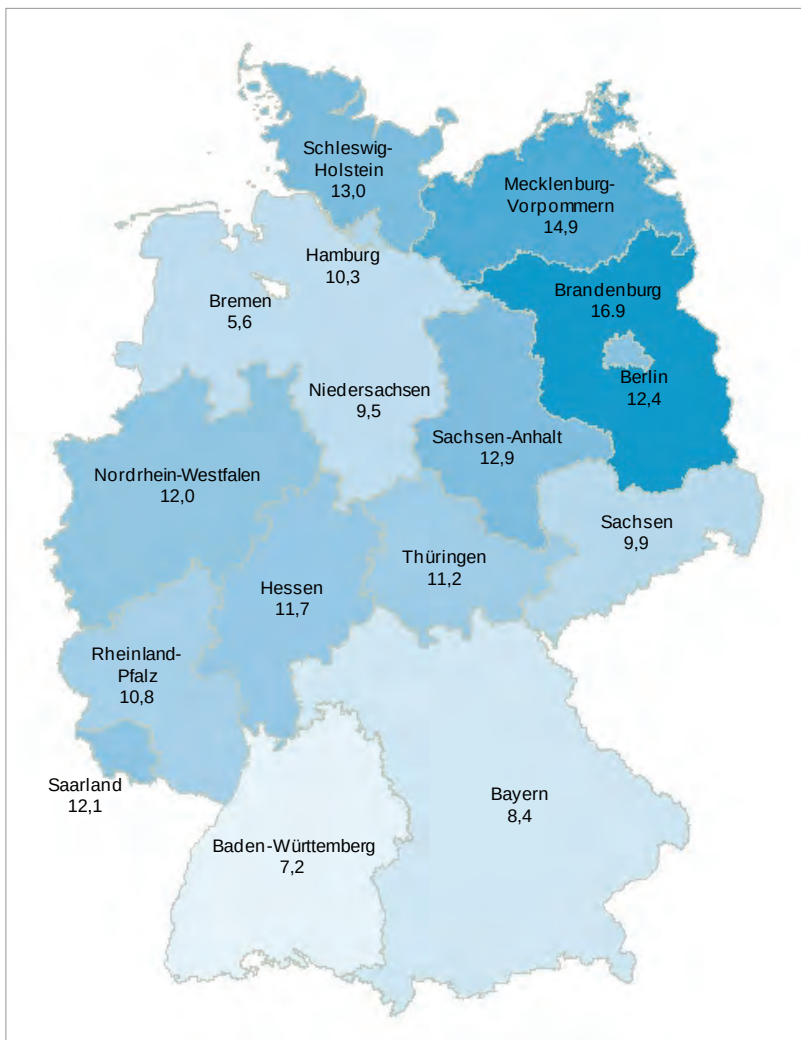


Abbildung 1-2: Anteil der BARMER GEK-Versicherten an der Bevölkerung nach Ländern am 31. Dezember 2013; Angaben in Prozent

Datenbasis für diesen Report bilden Informationen zur vertragszahnärztlichen Versorgung von 8,6 Millionen Versicherten der BARMER GEK, die einem Anteil von knapp 12,3% aller GKV-Versicherten entsprechen. Bezogen auf die deutsche Bevölkerung wird ein Anteilswert von 10,5% erreicht. Dabei variiert der Anteil der Versicherten der BARMER GEK an der Bevölkerung zum Stichtag 31. Dezember 2013 in den Ländern zwischen 5,6 (Bremen) und 16,8% (Brandenburg; vgl. Abbildung 1-2).

Im Report des vergangenen Jahres konnten erstmals Auswertungsergebnisse zum Versorgungsbereich Systematische Behandlung von Parodontopathien präsentiert werden. Entsprechende Auswertungen wurden auch für das Berichtsjahr 2013 durchgeführt, so dass nunmehr ein Zweijahreszeitraum von der Berichterstattung abgedeckt wird. Auf Basis von routinemäßig von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) im Rahmen des Datenträgeraustausches (DTA) elektronisch übermittelten Informationen können nunmehr gleichfalls im zweiten Jahr Ergebnisse zum Versorgungsbereich Zahnersatz und Zahnkronen für die Gesamtheit der BARMER GEK-Versicherten dargestellt werden.

Neu in diesem Report ist eine veränderte Aufbereitung der Daten für *längsschnittliche* Betrachtungen in einer Form, die es erlaubt, Werte verschiedener Jahre direkt miteinander zu vergleichen. Dazu werden interessierende Parameter der Inanspruchnahme und der Ausgaben einheitlich auf die Alters- und Geschlechtsstruktur ein und derselben Referenzpopulation standardisiert. Als Referenzpopulation dient dabei die Bevölkerung Deutschlands zum 31.12.2011 (nach Zensus 2011). In den Überschriften von Tabellen und Abbildungen wird auf die Alters- und Geschlechtsstandardisierung der dargestellten Ergebnisse dann durch das Kürzel **stand.D2011** aufmerksam gemacht.

Für *querschnittliche* Betrachtungen bleibt es dagegen dabei, dass einheitlich auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung

Deutschlands des jeweils betrachteten Jahres² - in diesem Report des Jahres 2013 - standardisiert wird. Entsprechend findet sich in den Überschriften von Tabellen und Abbildungen dann das Kürzel **stand.D2013**.

Bezugspopulation für nahezu alle Berechnungen zur vertragszahnärztlichen Versorgung innerhalb eines Kalenderjahres bilden im Rahmen des vorliegenden Reports *ausschließlich* Versicherte, für die in allen vier Quartalen in den sogenannten Stammdaten mindestens ein Tag ein Versicherungsverhältnis dokumentiert war. Dadurch werden durch Ein- und Austritte im Laufe eines Jahres artifiziell verzerrte Ergebnisse vermieden.

Wie bereits in den Berichten für Vorjahre ist noch immer folgende Einschränkung zu beachten: Für den KZV-Bereich Schleswig-Holstein lagen erneut keine Daten zu den Bereichen Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)³ und Systematische Behandlung von Parodontopathien vor. Die durchgeführten Analysen konnten sich hier entsprechend „nur“ auf die verbleibenden 15 Bundesländer beziehen. Für den Versorgungsbereich Zahnersatz und Zahnkronen lagen Daten auch für Schleswig-Holstein vor, die in den Analysen zu Kapitel 5 berücksichtigt wurden.

² Jeweils auf Basis der Fortschreibungen der Bevölkerung nach Zensus 2011.

³ Davon ausgenommen sind von der KZV Schleswig-Holstein übermittelte Daten für Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen.

2 Zahnärztliche Versorgung im Überblick

Im BARMER GEK Zahnreport 2014 konnten erstmals Analysen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) und zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) auf der Basis der gemäß § 302 SGB V mittels Datenträgeraustausch (DTA) in maschinenlesbarer Form an die BARMER GEK übermittelten Abrechnungsdaten durchgeführt werden. Die Datenbasis bezog sich seinerzeit auf das Abrechnungsjahr 2012. Dem diesjährigen BARMER GEK Zahnreport 2015 liegt nunmehr eine zweijährige Datenbasis (Abrechnungsjahre 2012 und 2013) zugrunde, so dass erstmalig die Gegenüberstellung mehrerer Abrechnungsjahre auch für die beiden genannten Leistungsbereiche möglich ist. In den Vorjahren war dies lediglich für die Leistungen des BEMA-Teil 1 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, inklusive Prophylaxe) möglich, die bereits seit 2010 in maschinenlesbarer Form an die BARMER GEK übermittelt werden.

Aus diesem Grund hat sich die Kapitelstruktur des Standardteils (Kapitel 2 bis 5) gegenüber dem Vorgängerreport geringfügig verändert. Am Ende eines jeden Kapitels findet sich nunmehr ein Abschnitt "Entwicklung über die Zeit". Wie im einleitenden Kapitel beschrieben, werden die jeweils interessierenden Parameter der Inanspruchnahme für diese *längsschnittlichen* Betrachtungen einheitlich auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2011 (nach Zensus 2011) standardisiert. Für die *querschnittlichen* Analysen für das hier aktuelle Berichtsjahr 2013 werden die für Versicherte der BARMER GEK ermittelten „rohen“ Werte auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2013 standardisiert⁴.

⁴ Zugrunde gelegt wird die basierend auf dem Zensus 2011 fortgeschriebene Bevölkerungsstruktur zum Stichtag 31.12.2013.

2.1 Datengrundlage und Kenngrößen

Datengrundlage

Datengrundlage für die Analysen zu konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe) (Kapitel 3 dieses Reports) sowie zur systematischen Behandlung von Parodontopathien (Kapitel 4) bilden die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbrachten und gemäß den Gebührenpositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (kurz: BEMA) von Zahnärzten abgerechneten Leistungen. Sie werden versichertenbezogen unter Angabe des Behandlungsdatums und einer verschlüsselten Zahnarztnummer⁵ von den KZVen in maschinenlesbarer Form an die BARMER GEK übermittelt⁶. Enthalten sind außerdem Angaben zum behandelten Zahn (gemäß FDI-Zahnschema), es sei denn, die Zahnangabe ist entbehrlich (z. B. weil die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist). Die Gebührenpositionen sind im BEMA mit Punkten bewertet, die ebenfalls im übermittelten Datensatz enthalten sind. Um das Honorar des Zahnarztes respektive die Ausgaben einer Behandlung zu ermitteln, wird die Gesamtheit der von ihm abgerechneten Punkte mit einem Punktwert in Euro multipliziert, der im Allgemeinen zwischen den KZVen schwankt. Da die KZV Schleswig-Holstein nach wie vor keine Daten zur Versorgung der Versicherten mit Leistungen gemäß der BEMA-Teile 1 bis 4 liefert⁷, umfasst die Datengrundlage

⁵ Wie schon in den Vorjahren, wurden seitens der KZVen quartalsweise für ein und denselben Zahnarzt unterschiedliche Zahnarztnummern übermittelt, teilweise wurde die Zahnarztnummer auch innerhalb eines Quartals gewechselt. Für die Analysen hat das z. B. zur Konsequenz, dass keine Aussagen dazu möglich sind, wie viele Zahnärzte von Versicherten der BARMER GEK innerhalb eines Quartals oder eines Jahres aufgesucht worden sind.

⁶ Die von den KZVen an die BARMER GEK zu übermittelnden Daten richten sich nach Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ in der Fassung vom 01.01.2013 (http://www.BEMA-goz.de/downloads/amtliche-dokumente/Anlage_2_BMVZ-EKVZ.pdf; abgerufen am 13.04.2015).

⁷ Unter Ausnahme von Daten zu Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen; vgl. Fußnote 3.

hier entsprechende Informationen für alle KZV-Bezirke unter Ausnahme des KZV-Bezirk Schleswig-Holstein.

Datengrundlage für die Analysen zu Zahnersatz und Zahnkronen (Kapitel 5 des vorliegenden Reports) bilden dagegen im Wesentlichen die abgerechneten Festzuschussbefunde. Patienten mit identischen Ausgangsbefunden erhalten nach dem zum 1. Januar 2005 eingeführten befundorientierten Festzuschusssystem gleiche, „feste“ Zuschussbeträge zur Versorgung mit Zahnersatz. Die Gebührenpositionen des BEMA kommen vorrangig zur Abrechnung von Teilleistungen zum Einsatz. Für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen liegen Daten für alle KZV-Bezirke vor⁸. Zu beachten ist hier, dass für diesen Report damit zwar sämtliche über die KZVen abgerechneten Festzuschüsse berücksichtigt werden konnten; die Erschließung der Daten zu Festzuschüssen aber, die den Versicherten direkt erstattet worden sind (Direktabrechnungsfälle), konnte für diesen Report noch nicht abgeschlossen werden. Sie sind entsprechend noch nicht Bestandteil der Analysen.

Kenngrößen

Tabelle 2-1 zeigt im Überblick, welche Kenngrößen nachfolgend berichtet werden.

Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Kenngrößen übereinstimmend für alle BEMA-Teile berichtet werden können. Das ist unter anderem den Unterschieden in der Abrechnung von Leistungen (nach den Leistungspositionen des BEMA) in den Bereichen Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen sowie Systematische Behandlung

⁸ Während im letztjährigen Zahnreport 2014 die Berechnung der mittleren Ausgaben für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen auf den gesamten Fallkosten basierten, werden ab dem diesjährigen Zahnreport allein die Beträge der abgerechneten Festzuschüsse (nach Berücksichtigung des Bonusanspruchs) berücksichtigt.

von Parodontopathien einerseits und den Festzuschüssen bei Zahnersatz und Zahnkronen andererseits geschuldet.

Tabelle 2-1: Kenngrößen Vertragszahnärztliche Versorgung

Kenngrößen	Beschreibung
Inanspruchnahme bzw. Inanspruchnahmerate	BEMA-Teil 1 und 4: Inanspruchnahme einer Leistung bzw. einer Leistung einer Leistungsgruppe; BEMA-Teil 5: Inanspruchnahme Zahnersatz oder Zahnkrone/n gemäß dokumentiertem Festzuschuss* bzw. BEMA-Teil 1 und 4: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme einer Leistung aus dem/den betrachteten BEMA-Teil/en bzw. einer Leistung einer Leistungsgruppe; BEMA-Teil 5: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme Zahnersatz oder Zahnkrone/n gemäß dokumentierten Festzuschüssen*
Behandlungsfall, Abrechnungsfall	Behandlung eines Patienten bei einem Zahnarzt (bzw. in einer Zahnarztpraxis) innerhalb eines Quartals (häufig auch als „Abrechnungsfall“ bezeichnet)
Zahnarztkontakt	Kontakt eines Versicherten zu einem Zahnarzt entsprechend den differenzierbaren Tagesdatumsangaben in den Datengrundlagen
Punktsumme	Summe der Punkte für erbrachte Leistungen in der Datengrundlage (können nach Maßgabe eines Punktwertes in Geldbeträge umgerechnet werden)
Ausgaben, mittlere Ausgaben	Geldbeträge, die sich aus der Abrechnung ergeben (BEMA-Teil 1 und 4: Punktsumme * KZV-spezifischer Punktwert; BEMA-Teil 5: Summe der Festzuschussbeträge* zuzüglich Eigenanteil**; werden entweder als Gesamtbetrag oder als gemittelter Wert ausgewiesen)
Leistungsmenge (Menge der in Anspruch genommenen Leistungen)	Anzahl der (abgerechneten) Leistungen aus dem/den betrachteten BEMA-Teilen (BEMA-Teil 1 und 4) bzw. Anzahl der dokumentierten Festzuschüsse* (gesamt und nach Befundklassen; BEMA-Teil 5)

* Nur über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse

** Eigenanteile nur für über die KZVen abgerechneten Zahnersatz und Zahnkronen

Tabelle 2-2 zeigt im Überblick für dieses zweite Kapitel und die nachfolgenden Kapitel 3 bis 5, welche Kenngrößen jeweils berechnet werden konnten und dargestellt werden.

Tabelle 2-2: Übersicht zu den in den einzelnen Kapiteln dieses Reports ausgewiesenen Kenngrößen

	BEMA-Teile 1, 4, 5 (Kapitel 2)	BEMA-Teil 1 (Kapitel 3)	BEMA-Teil 4 (Kapitel 4)	BEMA-Teil 5 (Kapitel 5)
Inanspruchnahme/ Inanspruchnahmerate	X	X	X	X
Behandlungsfälle	---	X	---	---
Zahnarztkontakte	---	X	---	---
Ausgaben	X	X	X	X
Punktsummen	---	X	X	---
Leistungsmenge	---	X	X	X

2.2 Inanspruchnahme und Ausgaben insgesamt

Über alle in diese Untersuchung einbezogenen Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung hinweg betrachtet, lag der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Inanspruchnahme im Jahr 2013 bei 71,0%. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist deutlich: 67,3% der Männer haben mindestens eine vertragszahnärztliche Leistung (darin eingeschlossen über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse) in Anspruch genommen, mit einem Anteilswert von 74,6% dagegen aber deutlich mehr Frauen (Tabelle 2-3). Eine bedeutende Rolle dürfte das nachweislich höhere Gesundheitsbewusstsein von Frauen spielen.

Ohne Berücksichtigung der von den Versicherten privat zu tragenden Kostenanteile lagen die Ausgaben für die hier untersuchten Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung je Versichertem im Jahr 2013 bei 154,82 Euro, wobei die Durchschnittsausgaben bei den Frauen mit 160,34 Euro um 7,6% über den Durchschnittsausgaben der Männer (149,08 Euro) gelegen haben.

Tabelle 2-3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen insgesamt im Jahr 2013 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile und Direktabrechnungsfälle; stand.D2013)

	Gesamt	Männer	Frauen
Inanspruchnahmerate in Prozent	71,0%	67,3%	74,6%
Ausgaben in Euro je Versichertem	154,82	149,08	160,34

Abbildung 2-1 zeigt die Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Männern und Frauen differenziert nach Fünf-Jahres-Altersgruppen. Für beide Geschlechter findet sich gleichermaßen ein erster Gipfel in der Altersgruppe der 5- bis unter 10-Jährigen, der bei den 10- bis unter 15-Jährigen noch erhalten bleibt, und dann bei den männlichen Jugendlichen bzw. Männern bis zum Lebensalter von unter 25 Jahren sehr viel deutlicher abnimmt als bei den Frauen.

Der resultierende Unterschied zwischen Männern und Frauen bleibt zunächst praktisch unverändert erhalten. Erst ab dem Lebensalter von 50 und mehr Jahren nähert sich die Inanspruchnahme der Männer wieder der Inanspruchnahme der Frauen an, bevor sich dann das Verhältnis umkehrt: Ab dem Lebensalter von 80 und mehr Jahren liegt die Inanspruchnahme bei den Männern leicht höher als bei den Frauen.

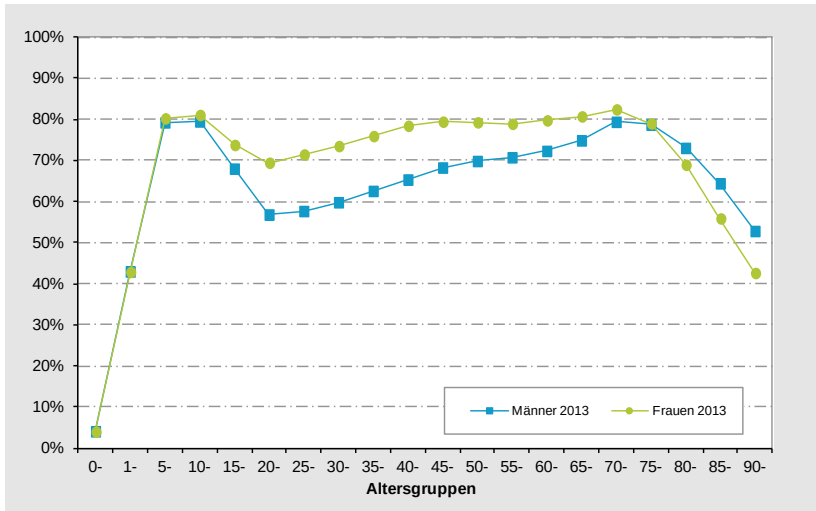


Abbildung 2-1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen der BEMA-Teile 1,4 und 5 nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)

Ein dazu korrespondierendes Bild zeigt sich erwartungsgemäß bei den durchschnittlichen Ausgaben (in Euro) je Versichertem (Abbildung 2-2). In der Gesamtbetrachtung von Inanspruchnahme und durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben wird auch gut erkennbar, dass die vertragszahnärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen von 5 bis unter 15 Jahren zwar auf einem hohen Inanspruchnahmeniveau liegt, dabei aber deutlich weniger ausgabenintensiv ist. Das erklärt sich daraus, dass die Häufigkeit kostenintensiverer Zahnbehandlungen (insbesondere die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen) mit steigendem Lebensalter zunimmt.

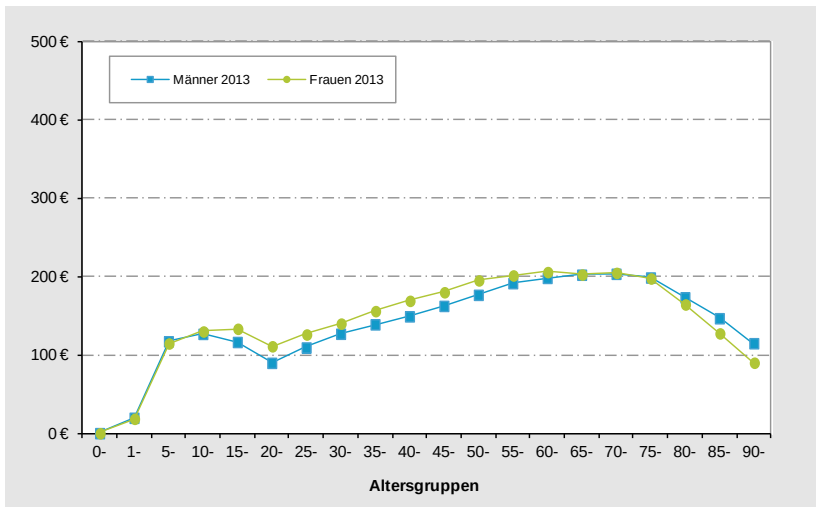


Abbildung 2-2: Mittlere Ausgaben je Versichertem für vertragszahnärztliche Leistungen der BEMA-Teile 1, 4 und 5 nach Alter und Geschlecht (ohne Eigenanteile und Direktabrechnungsfälle; stand.D2013)

Im Ländervergleich in Tabelle 2-4 zeigt sich bei der um Alters- und Geschlechtseffekte bereinigten Inanspruchnahmerate eine Spanne von 65,0% (Saarland) bis 79,5% (Sachsen) und bei den mittleren Ausgaben pro Versichertem von 140,65 Euro (Rheinland-Pfalz) bis 171,03 Euro (Sachsen-Anhalt).

Tabelle 2-4: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben je Versichertem nach Ländern* (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile und Direktabrechnungsfälle; stand.D2013)**

Land	Inanspruchnahmerate in Prozent	Mittlere Ausgaben je Versichertem in Euro
Hamburg	66,8% (-4,2)	158,09 (3,27)
Niedersachsen	69,0% (-2,0)	150,24 (-4,58)
Bremen	66,4% (-4,6)	150,00 (-4,83)
Nordrhein-Westfalen	68,9% (-2,1)	152,77 (-2,06)
Hessen	68,5% (-2,5)	146,96 (-7,87)
Rheinland-Pfalz	67,4% (-3,6)	140,65 (-14,17)
Baden-Württemberg	71,2% (0,2)	145,58 (-9,24)
Bayern	72,8% (1,8)	164,29 (9,46)
Saarland	65,0% (-6,0)	142,63 (-12,19)
Berlin	69,6% (-1,4)	162,94 (8,12)
Brandenburg	75,7% (4,7)	161,08 (6,26)
Mecklenburg-Vorpommern	75,5% (4,5)	169,34 (14,51)
Sachsen	79,5% (8,5)	165,25 (10,42)
Sachsen-Anhalt	77,1% (6,1)	171,03 (16,21)
Thüringen	78,9% (7,9)	163,70 (8,87)
Gesamt	71,0%	154,82

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten (Inanspruchnahmerate) bzw. in Euro (mittlere Ausgaben)

Wie in den Vorjahren fällt der deutliche Unterschied in der Inanspruchnahme zwischen den neuen und den alten Ländern auf: Über alle drei

Versorgungsbereiche hinweg betrachtet, liegen die Inanspruchnahmeraten in den neuen Ländern durchgängig deutlich höher als in den alten, wobei Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit 75,5% bzw. 75,7% unter den neuen Ländern noch die niedrigsten Werte aufweisen. In den alten Ländern liegen die Inanspruchnahmeraten überwiegend unterhalb der 70%-Marke. Ausnahmen bilden die beiden südlichen Länder Baden-Württemberg und Bayern, wobei in Bayern mit 72,8% die höchste Inanspruchnahmerate erreicht wird.

Im Mittel wird in den neuen Ländern bei leicht höheren Pro-Kopf-Ausgaben eine Inanspruchnahmerate von 75,8% erreicht, in den alten Ländern dagegen eine Inanspruchnahmerate von 69,6% (Tabelle 2-5).

Tabelle 2-5: Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben in den alten und neuen Ländern – mit den Versicherten-zahlen der BARMER GEK gewichtete Mittelwerte (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile und Direktabrechnungsfälle)*

Kenngröße	Inanspruchnahmerate in Prozent	Mittlere Ausgaben je Versichertem in Euro
Alte Länder	69,6%	151,96
Neue Länder	75,8%	165,04
Gesamt	71,0%	154,82

* Ohne Schleswig-Holstein

Quelle: BARMER GEK stand.D2013 und eigene Berechnungen

2.3 Inanspruchnahmen und Ausgaben nach Versorgungsbereichen im Überblick

Tabelle 2-6 schlüsselt die Inanspruchnahme und die Ausgaben pro Versichertem anhand der BEMA-Teile nach den drei in diesem Report betrachteten Versorgungsbereichen auf: Nach dem Versorgungsbereich Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) (BEMA-Teil 1), dem Versorgungsbereich Systematische Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) und dem Bereich Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5). Aufgeschlüsselt wird des Weiteren jeweils nach Männern und nach Frauen.

Zu beachten ist, dass die ausgewiesenen Euro-Beträge zeilenweise aufsummiert werden können. Die Summe ergibt die in Tabelle 2-3 berichteten Werte. Die Prozentwerte können dagegen nicht in dieser Weise aufsummiert werden, da es sich im Gegensatz zu den Ausgaben nicht um inhaltlich voneinander unabhängig erhobene Kenngrößen handelt (unabhängig davon, ob für einen Versicherten in einem oder mehreren BEMA-Teilen Leistungen abgerechnet wurden, geht diese Person ein einziges Mal als Inanspruchnehmer in die Analysen ein).

Die zwischen den drei Versorgungsbereichen bzw. BEMA-Teilen divergierenden Inanspruchnahmeraten machen deutlich, welche Bedeutung im vertragszahnärztlichen Leistungsgeschehen dem Versorgungsbereich Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) (Spalte BEMA-Teil 1 in Tabelle 2-6) zukommt: Die Inanspruchnahmerate beträgt – bei den oben bereits angesprochenen Unterschieden zwischen Frauen und Männern – hier 70,8% gegenüber 10,7% bei über die KZVen abgerechnetem Zahnersatz und Zahnkronen (Spalte BEMA-Teil 5) und 1,5% im Bereich Systematische Behandlung von Parodontopathien (Spalte BEMA-Teil 4).

Vergleicht man die mittleren Pro-Kopf-Ausgaben für Leistungen des BEMA-Teil 1 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen einschließlich Prophylaxe) mit denen für Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5), ist der Unterschied weniger stark ausgeprägt: Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von 109,71 Euro für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) stehen Pro-Kopf-Ausgaben für Zahnersatz und Zahnkronen in Höhe von 39,09 Euro gegenüber. Zu berücksichtigen ist auch hier, dass sich die für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen ausgewiesenen Werte ausschließlich auf über die KZVen abgerechnete Leistungsfälle und Ausgaben beziehen.

Tabelle 2-6: Inanspruchnahme und mittlere Ausgaben differenziert nach BEMA-Teilen für das Jahr 2013 (stand.D2013)

Leistungsbereich	BEMA-Teil 1	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 5
Inanspruchnahmerate in Prozent			
Gesamt	70,8%	1,5%	10,7%
... Männer	67,1%	1,4%	10,0%
... Frauen	74,4%	1,5%	11,5%
Ausgaben in Euro je Versichertem (ohne Eigenanteile)			
Gesamt	109,71	6,07	39,09
... Männer	106,77	5,99	36,34
... Frauen	112,53	6,15	41,72

Abbildung 2-3 bis Abbildung 2-5 zeigen die Altersverläufe für die drei über die BEMA-Teile 1, 4 und 5 abgebildeten vertragszahnärztlichen Versorgungsbereiche jeweils für Männer und für Frauen. In der Gesamtbetrachtung aller drei Abbildungen wird deutlich sichtbar, dass die mittleren Gesamtausgaben je Versichertem (vgl. dazu die Altersverläufe in Abbildung 2-2) in den höheren Lebensaltern zunehmend von den Ausgaben für Zahnersatz und Zahnkronen geprägt werden.

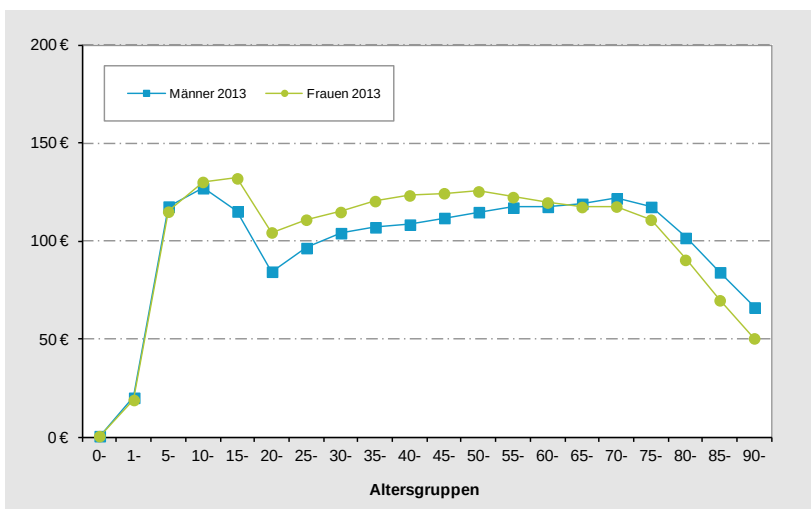


Abbildung 2-3: Mittlere Ausgaben je Versichertem für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) (BEMA-Teil 1) nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)

Der Anteil der Ausgaben zur Behandlung von Parodontopathien an den Gesamtausgaben pro Versichertem liegt bei knapp 4%. Der Gipfel wird hier in der Altersgruppe der 50- bis unter 55-Jährigen erreicht.

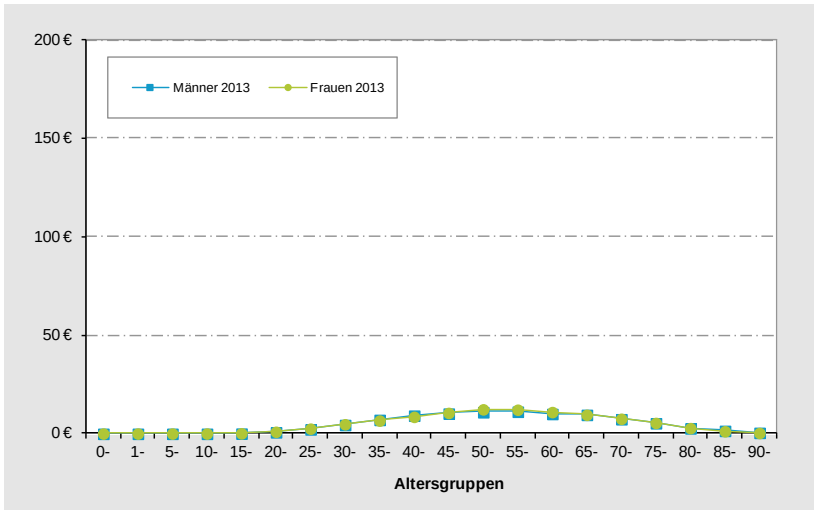


Abbildung 2-4: Mittlere Ausgaben je Versichertem für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)

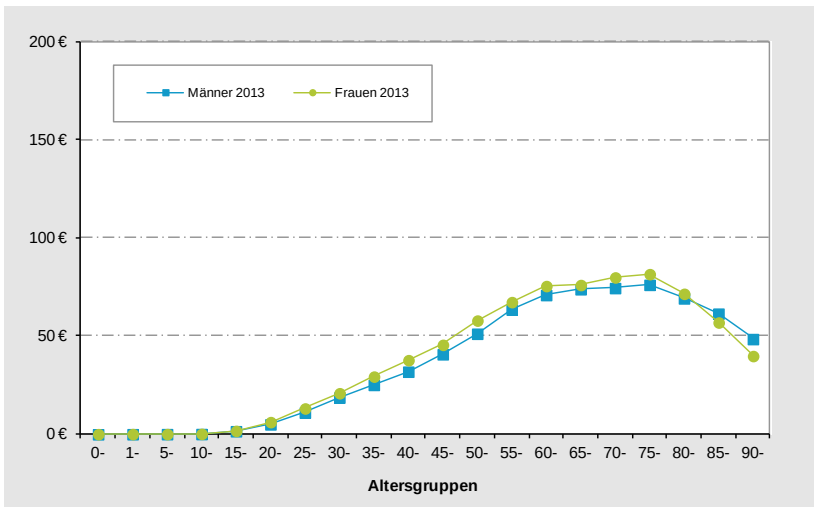


Abbildung 2-5: Mittlere Ausgaben je Versichertem für Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) nach Alter und Geschlecht (ohne Eigenanteile und Direktabrechnungsfälle; stand.D2013)

Die Aufschlüsselung der Inanspruchnahmeraten nach den BEMA-Teilen 1, 4 und 5 bis auf die Ebene der Länder zeigt Tabelle 2-7.

Tabelle 2-7: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen nach Ländern - getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2013)***

Land	Inanspruch- nahmerate BEMA-Teil 1	Inanspruch- nahmerate BEMA-Teil 4	Inanspruch- nahmerate BEMA-Teil 5
Hamburg	66,5% (-4,3)	1,4% (-0,1)	11,3% (0,6)
Niedersachsen	68,8% (-2,0)	1,5% (0,1)	10,7% (0,0)
Bremen	66,3% (-4,6)	1,1% (-0,3)	10,7% (0,0)
Nordrhein-Westfalen	68,6% (-2,2)	1,7% (0,2)	10,8% (0,1)
Hessen	68,3% (-2,5)	1,5% (0,1)	10,5% (-0,2)
Rheinland-Pfalz	67,1% (-3,8)	1,4% (-0,1)	10,3% (-0,4)
Baden-Württemberg	71,0% (0,2)	1,3% (-0,2)	9,9% (-0,8)
Bayern	72,7% (1,9)	1,4% (-0,1)	9,2% (-1,5)
Saarland	64,9% (-6,0)	0,8% (-0,7)	9,6% (-1,2)
Berlin	69,5% (-1,3)	1,2% (-0,2)	11,4% (0,7)
Brandenburg	75,6% (4,7)	1,6% (0,1)	11,9% (1,2)
Mecklenburg- Vorpommern	75,5% (4,7)	1,4% (0,0)	12,0% (1,3)
Sachsen	79,4% (8,6)	1,2% (-0,3)	12,8% (2,0)
Sachsen-Anhalt	77,0% (6,1)	1,6% (0,2)	12,3% (1,6)
Thüringen	78,8% (8,0)	1,1% (-0,3)	12,0% (1,3)
Gesamt	70,8%	1,5%	10,7%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Während sich für die Inanspruchnahme von Leistungen des BEMA-Teil 1 in den neuen Ländern erhöhte Werte ergeben, ist im Versorgungsbereich Systematische Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) kein entsprechender Unterschied zwischen alten und neuen Bundesländern erkennbar. Allerdings ergibt sich hier die größte relative Spanne. Der höchste Wert (Nordrhein-Westfalen) liegt hier um mehr als das Doppelte über dem niedrigsten (Saarland). Bedingt durch die angesprochenen Einschränkungen im Bereich Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) können Unterschiede zwischen den Ländern zwar als Unterschiede im Bereich der Regel- und der gleichartigen Versorgung interpretiert werden, nicht aber als Unterschiede im gesamten Bereich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (s. dazu auch die Ausführungen unter Kapitel 5).

Tabelle 2-8 zeigt im Ländervergleich die Ausgaben je Versichertem für die drei Versorgungsbereiche bzw. die BEMA-Teile 1, 4 und 5. Für den zuletzt genannten Bereich ist wiederum zu berücksichtigen, dass Festzuschüsse, die den Versicherten direkt erstattet worden sind, ebenso wie Eigenanteile nicht enthalten sind.

Die in relativer Betrachtung größte Spanne in den Ausgaben je Versichertem besteht – wie bereits bei der Inanspruchnahme und damit erwartungsgemäß – im Bereich der systematischen Behandlung von Parodontopathien (Spalte BEMA-Teil 4) mit einer relativen Abweichung des höchsten (Nordrhein-Westfalen mit 7,11 Euro) vom niedrigsten Wert (Saarland mit 3,25 Euro) von knapp 120%. Im Bereich Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) (Spalte BEMA-Teil 1) liegt die Abweichung des höchsten (Bayern mit 129,24 Euro) vom niedrigsten Wert (Rheinland-Pfalz mit 99,58 Euro) bei knapp 30%.

Tabelle 2-8: Mittlere Ausgaben je Versichertem für vertragszahnärztliche Leistungen nach Ländern* - getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2013)**

Land	Mittlere Ausgaben je Versichertem in Euro BEMA-Teil 1	Mittlere Ausgaben je Versichertem in Euro BEMA-Teil 4	Mittlere Ausgaben je Versichertem in Euro BEMA-Teil 5
Hamburg	106,36 (-3,35)	6,04 (-0,04)	45,69 (6,60)
Niedersachsen	104,80 (-4,91)	6,39 (0,32)	39,06 (-0,03)
Bremen	101,57 (-8,14)	4,48 (-1,60)	43,94 (4,85)
Nordrhein-Westfalen	104,78 (-4,93)	7,11 (1,03)	40,89 (1,81)
Hessen	104,41 (-5,30)	6,54 (0,47)	36,01 (-3,08)
Rheinland-Pfalz	99,58 (-10,13)	5,70 (-0,37)	35,38 (-3,70)
Baden-Württemberg	106,68 (-3,03)	5,41 (-0,67)	33,50 (-5,58)
Bayern	129,24 (19,53)	5,93 (-0,14)	29,12 (-9,97)
Saarland	100,36 (-9,35)	3,25 (-2,82)	39,04 (-0,05)
Berlin	105,53 (-4,18)	4,94 (-1,13)	52,46 (13,38)
Brandenburg	109,08 (-0,63)	6,21 (0,13)	45,80 (6,72)
Mecklenburg-Vorpommern	119,17 (9,46)	5,59 (-0,48)	44,58 (5,49)
Sachsen	116,43 (6,72)	4,51 (-1,57)	44,31 (5,23)
Sachsen-Anhalt	119,04 (9,33)	6,47 (0,40)	45,53 (6,45)
Thüringen	117,01 (7,30)	4,51 (-1,57)	42,18 (3,10)
Gesamt	109,71	6,07	39,09

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Absolute Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Euro

2.4 Entwicklung über die Zeit

Der BARMER GEK Zahnreport 2015 präsentiert erstmalig die Inanspruchnahme mehrerer Analysejahre.

Tabelle 2-9 zeigt im Ländervergleich die Inanspruchnahmeraten über die BEMA-Teile 1, 4 und 5.

Tabelle 2-9: Inanspruchnahmerate für vertragszahnärztliche Leistungen der BEMA-Teile 1, 4 und 5 insgesamt in den Jahren 2012 und 2013 nach Ländern (stand.D2013)***

Land	Inanspruchnahmerate in Prozent	
	2012	2013
Hamburg	66,0% (-4,1)	66,9% (-4,2)
Niedersachsen	67,7% (-2,5)	69,1% (-2,0)
Bremen	65,8% (-4,3)	66,4% (-4,6)
Nordrhein-Westfalen	67,7% (-2,4)	68,9% (-2,1)
Hessen	68,0% (-2,1)	68,5% (-2,5)
Rheinland-Pfalz	64,6% (-5,5)	67,4% (-3,6)
Baden-Württemberg	70,7% (0,6)	71,3% (0,3)
Bayern	72,3% (2,2)	72,9% (1,9)
Saarland	64,3% (-5,9)	65,0% (-6,0)
Berlin	69,1% (-1,1)	69,6% (-1,5)
Brandenburg	74,9% (4,8)	75,8% (4,7)
Mecklenburg-Vorpommern	75,0% (4,9)	75,5% (4,5)
Sachsen	79,2% (9,1)	79,5% (8,5)
Sachsen-Anhalt	76,6% (6,5)	77,1% (6,1)
Thüringen	78,6% (8,4)	78,9% (7,8)
Gesamt	70,1%	71,1%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Im Abrechnungsjahr 2013 ist eine nahezu durchgängig höhere Inanspruchnahme als in 2012 erkennbar. Über alle Länder hinweg fällt die Inanspruchnahmerate um knapp einen Prozentpunkt höher aus als im Vorjahr. Auf Länderebene ist durchgängig ein Anstieg in der Inanspruchnahmerate zu verzeichnen; die Differenz zum Vorjahr variiert hierbei zwischen 0,3 Prozentpunkten in Sachsen und Thüringen und 2,8 Prozentpunkten in Rheinland-Pfalz. Auffällig ist der geringere Anstieg in den östlichen im Vergleich zu den westlichen Bundesländern. Wie in Kapitel 3 noch weiter ausgeführt wird, dürfte es sich bei dem Anstieg in der Inanspruchnahme um einen Effekt handeln, der auf die zu Beginn des Jahres 2013 abgeschaffte Praxisgebühr zurückzuführen ist.

3 Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)

3.1 Datengrundlage und Kenngrößen

Bezogen auf die Datengrundlagen kann hier auf die Ausführungen unter Kapitel 2.1 zu den konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) verwiesen werden. Aus der Markierung in Tabelle 3-1 ist erkennbar, dass für diesen Bereich alle Kenngrößen berechnet werden können und entsprechend nachfolgend dargestellt werden.

Tabelle 3-1: Übersicht der in Kapitel 3 ausgewiesenen Kenngrößen

	BEMA-Teile 1, 4, 5 (Kapitel 2)	BEMA-Teil 1 (Kapitel 3)	BEMA-Teil 4 (Kapitel 4)	BEMA-Teil 5 (Kapitel 5)
Inanspruchnahme/ Inanspruchnahmerate	X	X	X	X
Behandlungsfälle	---	X	---	---
Zahnarztkontakte	---	X	---	---
Ausgaben	X	X	X	X
Punktsummen	---	X	X	---
Leistungsmenge	---	X	X	X

Basierend auf den vorliegenden Abrechnungsdaten werden Kenngrößen zur Inanspruchnahme und den damit in Verbindung stehenden Leistungsausgaben gebildet. Ausgewiesen werden in diesem Zusammenhang neben dem Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme (Inanspruchnahmerate) die mittlere Anzahl von Behandlungsfällen und die mittlere Anzahl von Zahnarztkontakten pro Versichertem nach Leistungsbereichen. Hierzu werden die insgesamt 85 Gebührezziffern

des BEMA-Teil 1 unterschieden nach prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen.

Des Weiteren werden die im Zusammenhang mit konservierenden, chirurgischen und Röntgen- sowie Prophylaxe-Leistungen stehenden Ausgaben je untersuchtem bzw. behandeltem Versicherten ausgewiesen. Basierend auf der Anzahl der abgerechneten Einzelleistungen werden Punktschsummen sowie Art und Umfang der in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen differenziert nach neun inhaltlich voneinander unterscheidbaren Leistungsgruppen betrachtet. Die Zuordnung der einzelnen Gebührensiffern zu den neun Leistungsgruppen und den übergeordneten drei Leistungsbereichen ist im Anhang der Tabelle A 4 zu entnehmen. Bei den ausgewiesenen Kenngrößen des vorliegenden Kapitels handelt es sich erneut durchgängig um alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse.

3.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

Die Inanspruchnahmerate für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) lag im Jahr 2013 bei 70,8% (siehe dazu auch oben, Kapitel 2.2). Zwischen den drei Leistungsbereichen Prophylaxe, Diagnostik und Behandlung zeigen sich Unterschiede in den Inanspruchnahmeraten: Prophylaxe-Leistungen haben 52,7% aller Versicherten in Anspruch genommen, diagnostische und Beratungsleistungen 70,1% und therapeutische Leistungen 48,7% (Tabelle 3-2). Es fällt auf, dass die Inanspruchnahmeraten in allen drei Leistungsbereichen bei den Frauen deutlich höher liegen als bei den Männern.

Für die Anzahl der Behandlungsfälle pro Versichertem und der Zahnarztkontakte pro Versichertem zeigen die Verteilungen ein sehr ähnliches Bild. Es ergeben sich 0,58 Behandlungsfälle und 0,59 Kontakte pro Versichertem mit prophylaktischer Zielsetzung und 1,29 Behandlungsfälle und 1,64 Zahnarztkontakte pro Versichertem mit diagnos-

tischem bzw. beratendem Schwerpunkt. Für therapeutische Leistungen ergeben sich 0,81 Behandlungsfälle mit durchschnittlich 1,36 Kontakten pro Versichertem. Durchgängig ergeben sich auch bei diesen Kenngrößen höhere Werte für Frauen als für Männer.

Tabelle 3-2: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 (stand.D2013)

	Prophylaxe-Leistungen	Diagnostische und Beratungsleistungen	Therapeutische Leistungen
Inanspruchnahmerate in Prozent			
Gesamt	52,7%	70,1%	48,7%
... Männer	50,1%	66,4%	46,1%
... Frauen	55,2%	73,7%	51,2%
Behandlungsfälle je Versichertem			
Gesamt	0,58	1,29	0,81
... Männer	0,55	1,19	0,75
... Frauen	0,61	1,38	0,85
Zahnarztkontakte je Versichertem			
Gesamt	0,59	1,64	1,36
... Männer	0,56	1,52	1,27
... Frauen	0,62	1,75	1,43
Ausgaben in Euro je behandeltem Versicherten			
Gesamt	27,02	42,70	131,74
... Männer	28,05	42,25	137,66
... Frauen	26,12	43,09	126,62

Ebenfalls in Tabelle 3-2 dargestellt sind die nach den drei Leistungsbereichen aufgeteilten Ausgaben für abgerechnete Leistungen des Versorgungsbereichs Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe).

An dieser Stelle ein Hinweis: Bei allen nachfolgenden Angaben zu den Ausgaben je Versichertem ist der Unterschied zu den Angaben in Kapitel 2 von Bedeutung: In Kapitel 2 wurden die Ausgaben auf alle Versicherte der Grundgesamtheit bezogen. Im Unterschied dazu werden die Ausgaben im Nachfolgenden – auch in Kapitel 4 und Kapitel 5 – immer nur auf behandelte Versicherte bezogen, auf Versicherten also, die mindestens eine Leistung des jeweils betrachteten Versorgungs- oder Leistungsbereiches tatsächlich auch in Anspruch genommen haben.

Entsprechend den Ausweisungen in der unteren Hälfte von Tabelle 3-2 waren mit der Inanspruchnahme von Prophylaxe-Leistungen durchschnittlich 27,02 Euro je behandeltem Versicherten verbunden, bei diagnostischen und Beratungsleistungen waren es 42,70 Euro und bei therapeutischen Leistungen 131,74 Euro.

Ein interessantes Bild zeigt sich hier bei einem Vergleich der durchschnittlichen Ausgaben je behandeltem Versicherten zwischen Männern und Frauen. Während die Ausgaben für diagnostische und Beratungsleistungen zwischen den Geschlechtern lediglich eine Differenz von 84 Cent aufweisen (43,09 Euro – 42,25 Euro), differieren die Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen um knapp zwei Euro (28,05 Euro – 26,12 Euro) und die Ausgaben für therapeutische Leistungen um elf Euro (137,66 Euro – 126,26 Euro). Auffällig dabei ist, dass die Ausgaben der Frauen in den beiden Leistungsbereichen diagnostische und Beratungsleistungen sowie therapeutische Leistungen geringer als die der Männer ausfallen, die Ausgaben im Bereich Prophylaxe hingegen bei den Frauen leicht erhöht sind. Möglicherweise nehmen Männer – bedingt durch die insgesamt geringere Inanspruchnahme zahnärztlicher

Leistungen in allen drei Leistungsbereichen – aus zahnmedizinischer Sicht erforderliche Leistungen erst zu einem späteren Zeitpunkt im „Krankheitsverlauf“ in Anspruch, was dann mit höheren Kosten verbunden ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass diagnostische und Beratungsleistungen am häufigsten in Anspruch genommen werden. Therapeutische Leistungen werden zwar von einer geringen Anzahl von Versicherten in Anspruch genommen, sind jedoch im Durchschnitt mit deutlich höheren Ausgaben je behandeltem Versicherten verbunden.

In Abbildung 3-1 bis Abbildung 3-4 sind für den Leistungsbereich Therapeutische Leistungen die Altersverläufe für die vier in Tabelle 3-1 ausgewiesenen Kenngrößen dargestellt. Die analogen Abbildungen für Prophylaxe-Leistungen und für diagnostische und Beratungsleistungen finden sich in Anhang 7.1.2 (Abbildung A 4 bis Abbildung A 11).

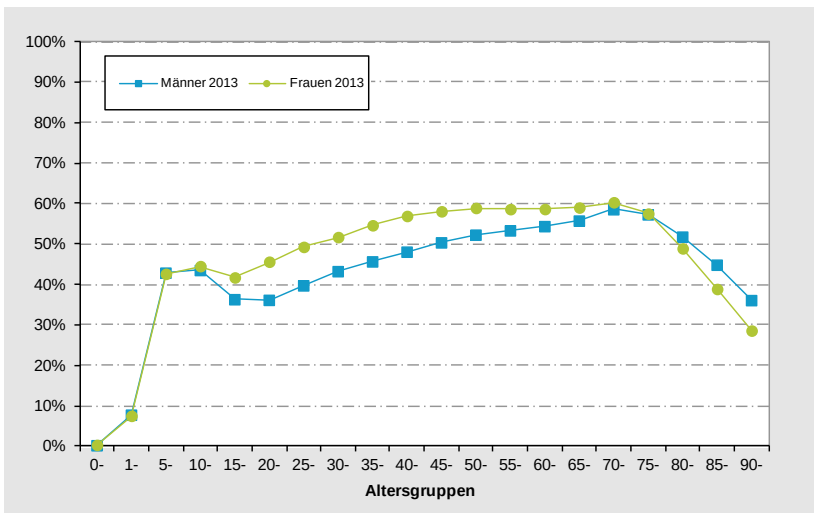


Abbildung 3-1: Inanspruchnahmerate im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

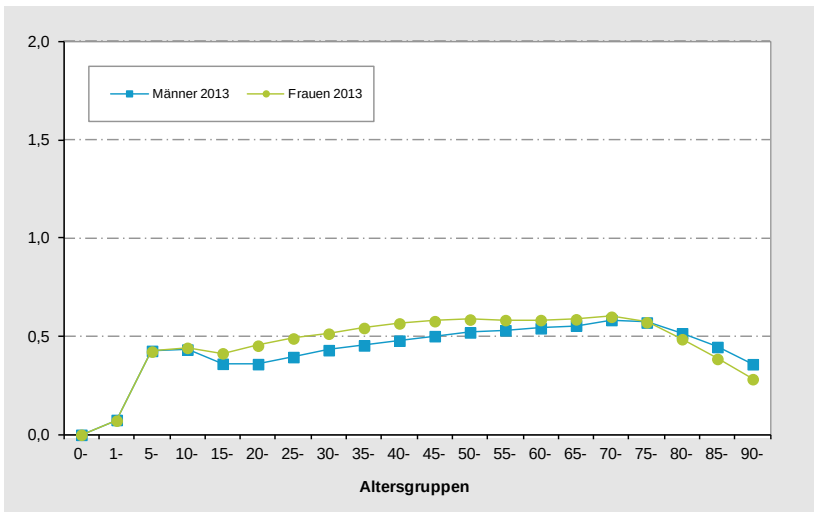


Abbildung 3-2: Behandlungsfälle je Versichertem im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

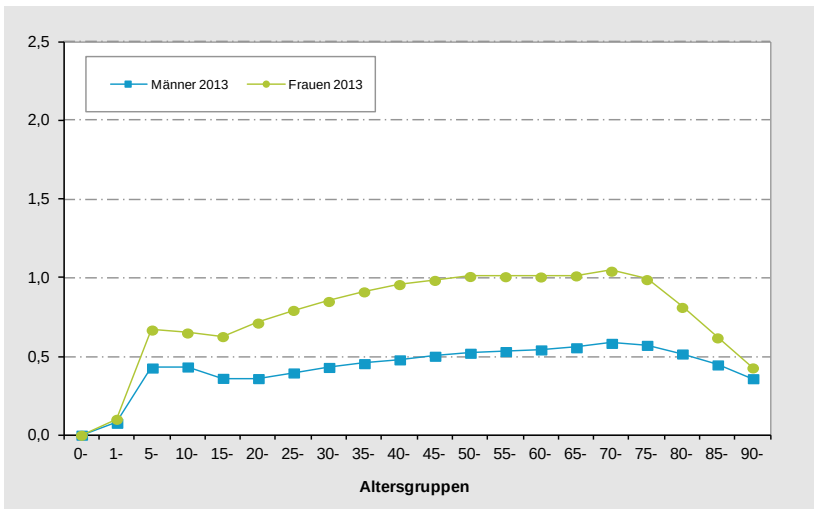


Abbildung 3-3: Zahnarztkontakte je Versichertem im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

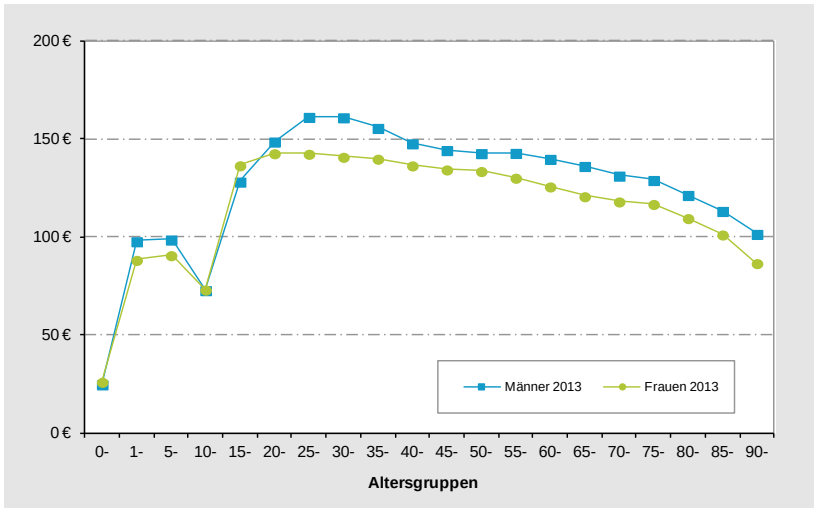


Abbildung 3-4: Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

In Tabelle 3-3 sind die vier im vorliegenden Kapitel betrachteten Kenngrößen Inanspruchnahmerate, Anzahl der Behandlungsfälle je Versichertem, Anzahl der Zahnarztkontakte je Versichertem und mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für konservierende und chirurgische therapeutische Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Ländern aufgeführt. Zwischen den Ländern zeigen sich dabei teilweise deutliche Unterschiede.

Insbesondere fällt auf, dass die Inanspruchnahmerate in den neuen Ländern zum Teil deutlich über der in den alten Ländern liegt. Während in den alten Ländern (mit Ausnahme von Bayern) in 2013 bei weniger als der Hälfte der Versicherten therapeutische Leistungen nach BEMA-Teil 1 abgerechnet wurden - in Baden-Württemberg mit 43,5% sogar nur bei etwas mehr als zwei Fünftel der Versicherten - weisen z. B. in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt jeweils fast 60% der Versicherten abgerechnete therapeutische Leistungen auf.

Tabelle 3-3: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für konservierende und chirurgische therapeutische Leistungen (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 nach Ländern* (Stand.D2013)**

Land	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versichertem	Zahnarztkontakte je Versichertem	Mittlere Ausgaben je behand. Versicherten (in Euro)
Hamburg	48,2% (-0,5)	0,81 (0,01)	1,34 (-0,01)	131,07 (-0,66)
Niedersachsen	48,2% (-0,5)	0,79 (-0,02)	1,32 (-0,04)	129,30 (-2,44)
Bremen	46,5% (-2,3)	0,78 (-0,02)	1,32 (-0,04)	130,85 (-0,89)
Nordrhein-Westfalen	45,9% (-2,8)	0,75 (-0,05)	1,27 (-0,09)	132,18 (0,45)
Hessen	45,1% (-3,7)	0,73 (-0,08)	1,24 (-0,12)	133,62 (1,89)
Rheinland-Pfalz	44,3% (-4,4)	0,70 (-0,10)	1,19 (-0,16)	130,07 (-1,67)
Baden-Württemberg	43,5% (-5,3)	0,69 (-0,12)	1,13 (-0,23)	134,63 (2,90)
Bayern	53,1% (4,3)	0,87 (0,07)	1,45 (0,09)	145,93 (14,19)
Saarland	49,3% (0,6)	0,79 (-0,02)	1,33 (-0,02)	123,66 (-8,08)
Berlin	49,7% (0,9)	0,85 (0,04)	1,45 (0,10)	128,75 (-2,99)
Brandenburg	53,1% (4,3)	0,91 (0,10)	1,51 (0,15)	119,97 (-11,77)
Mecklenburg-Vorpommern	57,6% (8,8)	1,01 (0,20)	1,72 (0,37)	128,06 (-3,67)
Sachsen	55,5% (6,7)	0,96 (0,15)	1,61 (0,26)	121,78 (-9,96)
Sachsen-Anhalt	57,2% (8,4)	0,99 (0,18)	1,72 (0,37)	127,09 (-4,64)
Thüringen	55,7% (6,9)	0,96 (0,16)	1,64 (0,28)	122,57 (-9,16)
Gesamt	48,7%	0,81	1,36	131,74

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten (Inanspruchnahmerate) bzw. in Euro (mittlere Ausgaben)

Ein ähnliches Bild zeigt sich folgerichtig bei Betrachtung der mittleren Fallhäufigkeit: Während in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Hessen durchschnittlich weniger als 0,75 Behandlungsfälle pro Versichertem zu verzeichnen sind, weisen die Länder mit hoher Inanspruchnahme mittlere Fallzahlen von knapp einem Fall pro Versichertem auf. Die Anzahl der durchschnittlichen Zahnarztkontakte pro Versichertem variiert zwischen 1,13 und 1,72 Kontakten je Versichertem. Jeder Behandlungsfall bringt demzufolge durchschnittlich zwei Kontakte mit sich. Die im therapeutischen Leistungsbereich entstehenden Ausgaben liegen zwischen 119,97 Euro je behandeltem Versicherten in Brandenburg und 145,93 Euro je behandeltem Versicherten in Bayern. Im länderübergreifenden Durchschnitt ergeben sich pro behandeltem Versicherten Ausgaben in Höhe von 131,74 Euro. Die Ausgaben in den alten Ländern schwanken zwischen 123,66 Euro im Saarland und 145,93 Euro in Bayern. In den neuen Ländern ergibt sich eine Schwankungsbreite von 119,97 Euro je behandeltem Versicherten (Brandenburg) und 128,06 Euro (Mecklenburg-Vorpommern). Für die behandelten Versicherten in Berlin ergeben sich 128,75 Euro.

Im Anhang finden sich entsprechende Tabellen für die beiden Leistungsbereiche „Prophylaxe-Leistungen“ (Anhang Tabelle A 5) und „Diagnostische und Beratungsleistungen“ (Anhang Tabelle A 6). Für beide Leistungsbereiche zeigen sich wiederum erhebliche Variationen zwischen den Ländern.

Bei einer für Deutschland insgesamt berechneten mittleren Inanspruchnahmerate prophylaktischer Leistungen von 52,7% zeigen sich regionale Unterschiede von 44,9% in Bremen bis 63,0% in Thüringen. Sowohl die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle als auch die mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte je behandeltem Versicherten variiert zwischen 0,49 und 0,69. Die mittleren Ausgaben je behandeltem

Versicherten reichen von 23,93 Euro in Sachsen-Anhalt bis zu 28,58 Euro in Niedersachsen.

Im Leistungsbereich Diagnostische und Beratungsleistungen zeigen sich dem Betrag nach vergleichbare Schwankungsbreiten bei der Leistungsanspruchnahme und bei den abgerechneten Ausgaben. So variiert die Inanspruchnahmerate zwischen 64,3% im Saarland und 78,6% in Sachsen. Die damit in Verbindung stehenden Ausgaben fallen mit 39,49 Euro je behandeltem Versicherten in Brandenburg und 46,84 Euro in Bayern leicht höher aus. Je behandeltem Versichertem ergeben sich zwischen 1,10 und 1,48 Behandlungsfälle und 1,41 bis 1,90 Zahnarztkontakte.

3.3 Leistungen im Überblick

Tabelle 3-4 zeigt die Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des BEMA-Teil 1.

Auf die Untergruppe Klinische Untersuchungen und Beratungen entfällt mit 28,4% der größte Anteil aller Leistungen, gefolgt von Kavitätenpräparation und Füllungen mit 16,9%. An dritter Stelle folgen Prophylaxe-Leistungen mit 13,1%. Der niedrigste Wert wird mit 2,6% aller Leistungen des BEMA-Teil 1 bei Zahnextraktionen und Wurzelspitzenresektionen erreicht. Entsprechend den Leistungsbewertungen des BEMA bilden Kavitätenpräparationen und Füllungen 31,5% der gesamten Punktsumme ab, gefolgt von Klinischen Untersuchungen und Beratungen mit 21,7%.

Tabelle 3-4: Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des Teil 1 des BEMA nach Häufigkeit und Punktsomme (stand.D2013)

	Leistungsgruppen	Häufigkeit	Prozent	Punktsomme	Prozent
DIAGNOSTIK	Prophylaxe-Leistungen	7.679.974	13,1%	124.361.450	12,8%
	Klinische Untersuchungen & Beratungen	16.673.436	28,4%	211.152.834	21,7%
	Röntgenleistungen	3.218.965	5,5%	59.163.813	6,1%
	Kavitätenpräparation und Füllungen	9.916.203	16,9%	306.691.147	31,5%
THERAPIE	Pulpa- und Wurzelkanal-behandlungen	5.060.630	8,6%	79.138.000	8,1%
	Zahnextraktionen und Wurzelspitzenresektionen	1.535.247	2,6%	52.245.936	5,4%
	Chirurgische Eingriffe	2.509.392	4,3%	35.235.965	3,6%
	Minimale Interventionen	6.059.183	10,3%	50.143.437	5,1%
	Anästhesieleistungen	6.120.760	10,4%	56.702.395	5,8%
	Gesamt	58.773.789	100,0%	974.834.977	100,0%

Abbildung 3-5 und Abbildung 3-6 zeigen die Inanspruchnahmeraten nach Altersgruppen für die in Tabelle 3-4 unterschiedenen Untergruppen: Abbildung 3-5 für Prophylaxe-Leistungen sowie für den Leistungsbereich Diagnostik (für die Untergruppen Klinische Untersuchungen und Beratungen und Röntgenleistungen), Abbildung 3-6 für die Untergruppen des Leistungsbereichs Therapie.

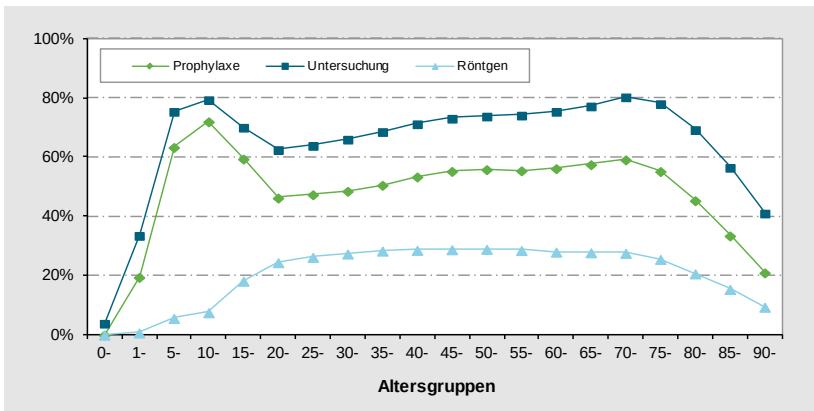


Abbildung 3-5: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen der Leistungsbereiche Prophylaxe und diagnostische Leistungen nach Alter (stand.D2013)

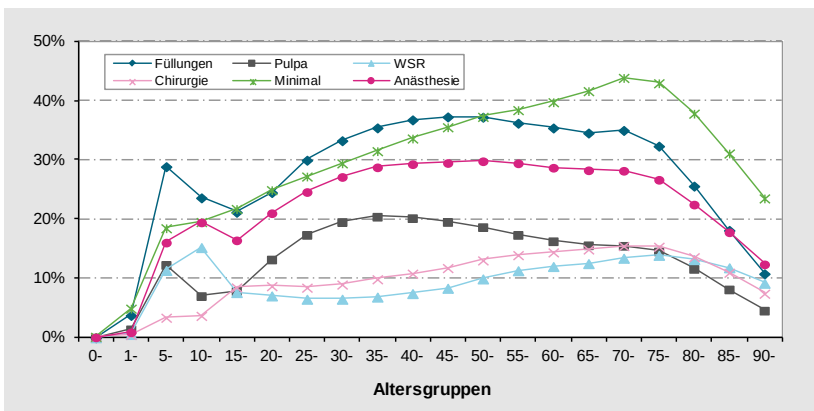


Abbildung 3-6: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen des Leistungsbereichs therapeutische Leistungen nach Alter (stand.D2013)

3.4 Entwicklung über die Zeit

Im Anschluss an die längsschnittlichen Betrachtungen des BEMA-Teil 1 für die Jahre 2010 und 2013 werden im weiteren Verlauf des aktuellen Kapitels die - auch bereits in den Vorjahren - durchgeführten vertiefenden Betrachtungen für ausgewählte Einzelleistungen bzw. Teilleistungsbereiche für die nunmehr vorliegenden vier Abrechnungsjahre 2010 bis 2013 dargestellt.

Analog zur Darstellung der Inanspruchnahmerate der BEMA-Teile 1, 4 und 5 für die beiden Auswertungsjahre 2012 und 2013 am Ende des Kapitels 2 erfolgt an dieser Stelle der Ländervergleich für die Leistungen des BEMA-Teil 1 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen - inklusive Prophylaxe, Tabelle 3-5)⁹.

Erneut fällt die sowohl auf der bundesdurchschnittlichen als auch auf Länderebene durchgängig höhere Inanspruchnahmerate in 2013 im Vergleich zu 2012 auf. Dem Betrag nach entsprechen die Differenzen den in Kapitel 2 dargestellten Unterschiedsbeträgen, was insbesondere auf die im Vergleich zu den Leistungen nach BEMA-Teil 4 und 5 deutlich höhere Abrechnungshäufigkeit der Leistungen des BEMA-Teil 1 zurückzuführen ist. Maßgeblich dafür verantwortlich dürfte der Wegfall der Praxisgebühr sein, der laut KZBV zu einer Erhöhung der Fallzahlen in diesem Bereich in Höhe von knapp 5% im Vergleich zum Vorjahr geführt hat (KZBV 2015).

⁹ Da es sich bei diesem Leistungsbereich um denjenigen mit den größten Behandlungszahlen handelt, unterscheiden sich die Ergebnisse nur geringfügig von denen der Gesamtübersicht in Tabelle 2-9).

Tabelle 3-5: Inanspruchnahme für vertragszahnärztliche Leistungen des BEMA-Teil 1 in den Jahren 2010 bis 2013 nach Ländern* (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahme			
	2010	2011	2012	2013
Hamburg	66,3% (-4,1)	66,1% (-4,7)	65,8% (-4,1)	66,5% (-4,4)
Niedersachsen	68,3% (-2,1)	68,9% (-1,9)	67,3% (-2,6)	68,9% (-2,0)
Bremen	65,5% (-5,0)	65,8% (-5,0)	65,8% (-4,2)	66,3% (-4,6)
Nordrhein-Westfalen	68,1% (-2,3)	68,6% (-2,2)	67,4% (-2,5)	68,7% (-2,2)
Hessen	67,8% (-2,7)	68,1% (-2,7)	67,9% (-2,0)	68,4% (-2,5)
Rheinland-Pfalz	67,1% (-3,4)	67,7% (-3,1)	63,9% (-6,1)	67,1% (-3,7)
Baden-Württemberg	70,8% (0,4)	70,9% (0,1)	70,7% (0,7)	71,1% (0,2)
Bayern	72,1% (1,7)	72,4% (1,6)	72,2% (2,3)	72,8% (1,9)
Saarland	63,8% (-6,6)	64,4% (-6,4)	64,2% (-5,7)	64,9% (-6,0)
Berlin	69,2% (-1,3)	69,5% (-1,3)	69,0% (-0,9)	69,5% (-1,4)
Brandenburg	75,1% (4,7)	75,6% (4,8)	74,7% (4,8)	75,6% (4,7)
Mecklenburg-Vorpommern	74,8% (4,4)	75,2% (4,5)	75,0% (5,1)	75,5% (4,6)
Sachsen	79,0% (8,6)	79,3% (8,5)	79,2% (9,2)	79,4% (8,6)
Sachsen-Anhalt	76,8% (6,3)	77,1% (6,4)	76,5% (6,6)	77,0% (6,1)
Thüringen	78,5% (8,0)	78,9% (8,1)	78,5% (8,6)	78,8% (7,9)
Gesamt	70,5%	70,8%	69,9%	70,9%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Nachfolgend werden ausgewählte Einzelleistungen bzw. Teilleistungsbereiche über den Zeitraum von vier Abrechnungsjahren vertiefend betrachtet. Für den Bereich der Prophylaxe-Leistungen (Kapitel 3.4.1) handelt es sich dabei um:

- Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder im 30. bis 72. Lebensmonat
- Individualprophylaxe bei 6- bis unter 18-Jährigen sowie
- Zahnsteinentfernungen

Weitere betrachtete Leistungsbereiche sind:

- Füllungen (Kapitel 3.4.2)
- Zahnextraktionen (Kapitel 3.4.3)
- Ausgewählte Röntgenleistungen (Kapitel 3.4.4)
- Wurzelbehandlungen (Kapitel 3.4.5)

3.4.1 Prophylaxe

Früherkennungsuntersuchungen (30. bis 72. Lebensmonat)

Die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU) wendet sich an Kinder zwischen dem 30. und 72. Lebensmonat. Ziel ist die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Gleichzeitig soll ein Bewusstsein für Zahnpflege und zahngesunde Ernährung bei Eltern und Kindern gefördert werden. Die gesetzliche Krankenversicherung trägt die Kosten für maximal drei Früherkennungsuntersuchungen im Abstand von mindestens zwölf Monaten.

In der zahnmedizinischen Literatur wird wegen der hohen Bedeutung eines intakten Milchzahngebisses eine frühzeitige, gründliche Dentalprophylaxe gefordert. Die im BEMA beschriebene zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU) ist nach der Leistungslegende jedoch erst bei Kindern ab 2 1/2 Jahren abrechenbar. Es fehlt daher in der vertrags-

zahnärztlichen Versorgung eine noch früher einsetzende fachärztliche Prävention für die „early childhood caries“, die schon in den ersten drei Lebensjahren entsteht.

Tabelle 3-6: Früherkennungsuntersuchungen (30. bis 72. Lebensmonat): Inanspruchnahmerate nach Ländern für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)***

Land	Inanspruchnahmerate			
	2010	2011	2012	2013
Hamburg	30,8% (-1,1)	29,4% (-2,7)	29,0% (-3,4)	32,2% (-1,3)
Niedersachsen	29,7% (-2,3)	30,2% (-1,9)	30,5% (-1,9)	31,3% (-2,2)
Bremen	31,8% (-0,2)	30,7% (-1,4)	28,1% (-4,3)	29,9% (-3,6)
Nordrhein-Westfalen	27,8% (-4,1)	28,1% (-4,0)	28,1% (-4,3)	29,5% (-4,0)
Hessen	32,2% (0,3)	32,4% (0,2)	32,4% (0,0)	33,0% (-0,5)
Rheinland-Pfalz	29,2% (-2,8)	29,0% (-3,2)	29,0% (-3,4)	30,7% (-2,8)
Baden-Württemberg	35,0% (3,0)	34,0% (1,9)	35,2% (2,7)	36,2% (2,6)
Bayern	37,9% (5,9)	38,4% (6,3)	39,3% (6,9)	40,0% (6,5)
Saarland	24,6% (-7,4)	23,3% (-8,8)	23,5% (-8,9)	23,0% (-10,5)
Berlin	29,9% (-2,0)	31,4% (-0,8)	31,1% (-1,3)	32,7% (-0,8)
Brandenburg	33,9% (1,9)	34,8% (2,7)	34,0% (1,6)	35,5% (2,0)
Mecklenburg-Vorpommern	31,8% (-0,1)	32,2% (0,1)	33,3% (0,9)	32,1% (-1,4)
Sachsen	36,5% (4,6)	35,7% (3,6)	37,6% (5,2)	38,9% (5,4)
Sachsen-Anhalt	33,5% (1,6)	34,6% (2,5)	33,7% (1,2)	34,7% (1,2)
Thüringen	36,0% (4,1)	36,7% (4,6)	36,5% (4,1)	37,7% (4,2)
Gesamt	31,9%	32,1%	32,4%	33,5%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Die Lücke für die unter 2 1/2 jährigen Kinder hat die BARMER GEK in den letzten beiden Jahren durch Verträge zur dentalen Frühprävention mit allen KZVen bundesweit geschlossen. Durch die Verträge können schon Kleinkinder im Alter vom 6. bis 30. Lebensmonat zwei (zusätzliche) Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen; die Kosten hierfür werden von den Zahnärzten über die KZVen abgerechnet. Für Kinder, bei denen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen eine sogenannte Initialkaries (Kariesvorstufe) festgestellt wird, können zusätzlich lokale therapeutische Fluoridierungsmaßnahmen erbracht und abgerechnet werden.

Die Inanspruchnahmerate der Früherkennungsuntersuchung (FU) ist gesamt und nach Ländern im Zeitraum 2010 bis 2013 in Tabelle 3-6 dargestellt. Im Jahr 2010 lag die Inanspruchnahmerate bei 31,9% und ist in den Folgejahren zwar nur leicht, aber kontinuierlich bis zum Jahr 2013 auf 33,5% angestiegen. Konstant nehmen über die Zeit die Länder Bayern und Sachsen die Spitzenplätze ein, gefolgt von Thüringen, Baden-Württemberg und Brandenburg.

Individualprophylaxe (6- bis unter 18-Jährige)

Kinder im Alter zwischen 6 und 17 Jahren haben Anspruch auf Leistungen der zahnmedizinischen Individualprophylaxe (sogenannte IP-Leistungen).

Im BEMA werden vier Vorsorge- und Therapieleistungen unterschieden:

- IP1: Erhebung des Mundhygienestatus
- IP2: Mundgesundheitsaufklärung
- IP4: Lokale Fluoridierung der Zähne
- IP5: Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren mit aushärtenden Kunststoffen

Leistungen nach IP1 und IP2 werden einmal pro Kalenderhalbjahr übernommen, IP4 bei hohem Kariesrisiko auch zweimal.

*Tabelle 3-7: Inanspruchnahme von IP-Leistungen (stand.D2013)**

Land	IP	IP1	IP2	IP4	IP5
Alte Länder	67,1%	62,4%	61,1%	62,8%	24,4%
Neue Länder	71,0%	67,2%	64,9%	67,5%	28,2%
Gesamt	67,9%	63,5%	61,9%	63,8%	25,2%

* Mit der Zahl der 6- bis unter 18-jährigen Versicherten gewichtete Mittelwerte

Die Inanspruchnahmerate der IP bezieht sich hier auf alle 6- bis unter 18-Jährigen der Grundgesamtheit. In den Jahren 2010 bis 2013 lag sie relativ stabil zwischen 67,4% und 68,0% (Tabelle 3-8). Bezogen auf die einzelnen IP-Leistungen zeigt sich durchgängig eine höhere Inanspruchnahme in den neuen Ländern (Tabelle 3-7).

Im Vergleich der Länder nimmt Thüringen hier die Spitzenposition ein, gefolgt von Sachsen und Bayern. Die niedrigsten Raten finden sich im Saarland (60,4%) und in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg (61,6% und 63,7% im Jahr 2013). Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass auch Schüler der Klassenstufen 1 bis 6 im Rahmen von Gruppenprophylaxe in Schulen vom Zahnarzt untersucht werden (Schäfer et. al 2013).

Tabelle 3-8: Individualprophylaxe (6- bis unter 18-Jährige): Inanspruchnahme nach Ländern* (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate			
	2010	2011	2012	2013
Hamburg	61,5% (-5,9)	62,1% (-5,9)	61,9% (-5,6)	63,7% (30,1)
Niedersachsen	65,5% (-1,9)	66,6% (-1,4)	64,6% (-2,9)	65,8% (32,3)
Bremen	62,1% (-5,3)	62,0% (-5,9)	61,4% (-6,1)	61,6% (28,1)
Nordrhein-Westfalen	63,4% (-4,0)	64,6% (-3,4)	63,8% (-3,7)	64,4% (30,9)
Hessen	64,0% (-3,4)	64,0% (-4,0)	64,2% (-3,3)	64,5% (30,9)
Rheinland-Pfalz	63,6% (-3,9)	64,6% (-3,4)	61,4% (-6,0)	64,4% (30,9)
Baden-Württemberg	71,1% (3,7)	71,0% (3,1)	71,1% (3,6)	71,5% (38,0)
Bayern	73,6% (6,2)	74,1% (6,1)	74,3% (6,8)	74,4% (40,9)
Saarland	60,6% (-6,8)	60,7% (-7,3)	59,9% (-7,6)	60,4% (26,9)
Berlin	65,2% (-2,2)	65,7% (-2,3)	65,4% (-2,1)	65,3% (31,8)
Brandenburg	71,6% (4,2)	71,6% (3,6)	71,3% (3,8)	71,0% (37,5)
Mecklenburg-Vorpommern	68,5% (1,0)	68,9% (0,9)	69,0% (1,5)	68,6% (35,1)
Sachsen	77,0% (9,6)	77,0% (9,0)	76,6% (9,1)	76,3% (42,8)
Sachsen-Anhalt	70,3% (2,9)	70,3% (2,3)	69,7% (2,2)	68,9% (35,4)
Thüringen	78,3% (10,8)	78,2% (10,2)	78,0% (10,5)	77,0% (43,4)
Gesamt	67,4%	68,0%	67,5%	68,0%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Zahnsteinentfernung

Praktisch keine Veränderungen über die Zeit zeigt die Inanspruchnahme von Zahnsteinentfernungen. Sowohl bundesweit, als auch in der Länderbetrachtung sind die Behandlungsraten stabil (Tabelle 3-9).

Tabelle 3-9: Zahnsteinentfernung: Inanspruchnahmerate nach Ländern für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)***

Land	Inanspruchnahmerate			
	2010	2011	2012	2013
Hamburg	43,4% (-4,8)	43,5% (-5,4)	43,4% (-4,6)	44,5% (11,0)
Niedersachsen	42,1% (-6,1)	43,0% (-5,9)	40,7% (-7,3)	42,4% (8,9)
Bremen	41,3% (-6,9)	41,9% (-6,9)	41,4% (-6,5)	41,8% (8,3)
Nordrhein-Westfalen	43,9% (-4,3)	44,8% (-4,1)	43,6% (-4,4)	45,0% (11,5)
Hessen	47,5% (-0,7)	48,2% (-0,7)	48,1% (0,1)	48,8% (15,3)
Rheinland-Pfalz	43,8% (-4,4)	44,6% (-4,2)	41,6% (-6,4)	44,5% (11,0)
Baden-Württemberg	50,9% (2,6)	51,3% (2,4)	51,1% (3,1)	51,6% (18,1)
Bayern	53,6% (5,4)	54,2% (5,4)	54,0% (6,1)	54,8% (21,3)
Saarland	42,4% (-5,8)	43,2% (-5,7)	43,0% (-5,0)	43,9% (10,4)
Berlin	48,6% (0,4)	49,2% (0,4)	49,0% (1,1)	49,7% (16,2)
Brandenburg	53,2% (4,9)	53,6% (4,8)	52,7% (4,7)	53,4% (19,9)
Mecklenburg-Vorpommern	50,5% (2,3)	51,1% (2,3)	51,1% (3,2)	51,4% (17,8)
Sachsen	56,8% (8,6)	57,3% (8,5)	57,1% (9,1)	57,0% (23,5)
Sachsen-Anhalt	53,1% (4,9)	53,5% (4,6)	52,7% (4,8)	53,1% (19,6)
Thüringen	57,9% (9,7)	58,2% (9,4)	57,5% (9,5)	57,5% (24,0)
Gesamt	48,2%	48,8%	48,0%	49,0%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Wiederum zeigt sich das aus den beiden vorherigen vertiefenden Untersuchungen zur Inanspruchnahme prophylaktischer Leistungen vertraute Bild: Die Inanspruchnahmerate liegt in den neuen Ländern sowie in Bayern und Baden-Württemberg gegenüber den anderen Ländern auf vergleichsweise hohem Niveau.

Schlusslichter bilden wiederum das Land Saarland und die beiden Stadtstaaten Bremen und Hamburg.

3.4.2 Füllungen

Kavitätenpräparationen und Füllungen bilden mit einem Anteil von 16,9% an allen Leistungen des BEMA-Teil 1 die zweitstärkste Leistungsuntergruppe und liegen mit 31,5% der Punktzahlgesamtsumme dieses BEMA-Teil hier auf Rang 1 (siehe Tabelle 3-4).

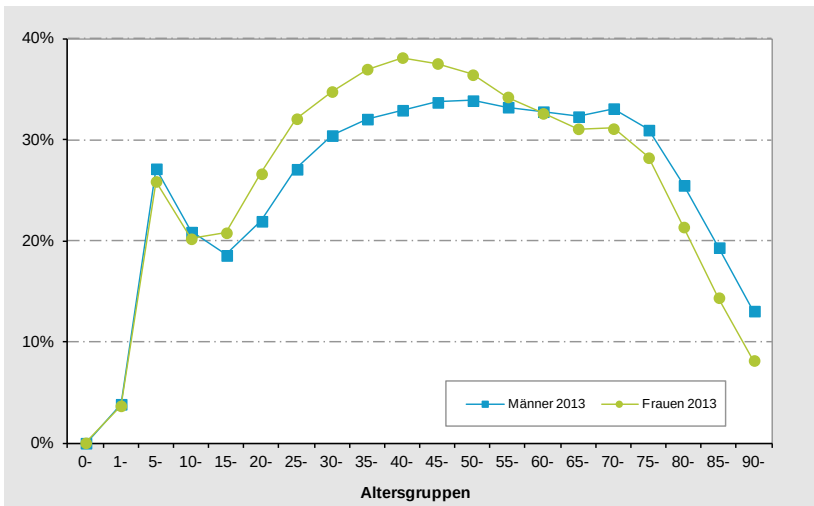


Abbildung 3-7: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Füllung nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)

Da ein gefüllter Zahn oft im Vorfeld in der Regel von Karies befallen war, ist der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Füllung auch ein Indikator für das Auftreten von behandlungsbedürftiger Karies. Er lag im Jahr 2013 bei 29,1%.

Den Altersgipfel erreicht die Inanspruchnahme bei den Frauen im Lebensalter von 40 bis unter 45 Jahren (Abbildung 3-7). Bei den Männern wird der Altersgipfel dagegen in der Gruppe der 70- bis unter 75-Jährigen erreicht – und damit deutlich später. Allerdings liegt die Inanspruchnahmerate bei den Männern im Lebensalter von 35 bis unter 40 Jahren bei knapp 30% und weist im Unterschied zu den Frauen im weiteren Verlauf bis zum Erreichen dieses Altersgipfels nur wenig Variation auf.

Ohne Ausnahme finden sich in den neuen Ländern deutlich mehr Versicherte, die in einem Kalenderjahr eine Füllung erhalten haben als in den alten Ländern (Tabelle 3-10).

Durchgängig liegen die Werte hier deutlich über 30%. Für die Jahre 2010 bis 2012 zeigen sich dabei leicht rückläufige Werte, für das Jahr 2013 wieder ein leichter Anstieg in der Inanspruchnahme (knapp ein Prozentpunkt in allen neuen Ländern mit einem maximalen Anstieg um 1,9 Prozentpunkte in Sachsen). Dieser Effekt dürfte maßgeblich durch den Wegfall der Praxisgebühr zum Jahresbeginn 2013 bedingt sein.

Tabelle 3-10: Füllungen: Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate			
	2010	2011	2012	2013
Hamburg	27,1% (-2,5)	26,5% (-2,7)	25,9% (-2,3)	26,1% (-3,0)
Niedersachsen	28,2% (-1,4)	27,8% (-1,4)	25,7% (-2,5)	27,3% (-1,8)
Bremen	25,8% (-3,8)	24,8% (-4,4)	24,2% (-4,0)	25,1% (-4,0)
Nordrhein-Westfalen	26,9% (-2,7)	26,8% (-2,4)	25,8% (-2,4)	26,6% (-2,5)
Hessen	28,0% (-1,5)	27,7% (-1,5)	27,1% (-1,0)	27,5% (-1,6)
Rheinland-Pfalz	25,6% (-4,0)	25,4% (-3,8)	23,2% (-4,9)	25,0% (-4,1)
Baden-Württemberg	26,8% (-2,7)	26,4% (-2,8)	26,0% (-2,1)	26,3% (-2,8)
Bayern	30,5% (1,0)	30,0% (0,8)	29,4% (1,3)	30,0% (0,9)
Saarland	25,9% (-3,6)	25,7% (-3,5)	25,3% (-2,9)	25,8% (-3,3)
Berlin	30,7% (1,2)	30,2% (1,0)	29,4% (1,3)	30,0% (0,9)
Brandenburg	35,0% (5,4)	34,4% (5,2)	33,2% (5,0)	34,6% (5,5)
Mecklenburg-Vorpommern	36,3% (6,7)	36,0% (6,8)	35,3% (7,1)	36,4% (7,3)
Sachsen	37,9% (8,4)	37,2% (8,0)	35,5% (7,4)	37,5% (8,4)
Sachsen-Anhalt	37,3% (7,8)	36,7% (7,5)	35,5% (7,4)	37,1% (7,9)
Thüringen	38,1% (8,5)	37,5% (8,3)	36,5% (8,3)	38,0% (8,8)
Gesamt	29,6%	29,2%	28,2%	29,1%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

3.4.3 Zahnextraktionen

Bezogen auf alle Länder lag der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnextraktion im Jahr 2013 bei 9,0%, wobei sich über die Jahre 2010 bis 2013 eine leicht rückläufige Tendenz zeigt. Durchgängig liegen erneut die Anteilswerte in den neuen Ländern über den Werten für die alten Länder (Tabelle 3-11).

Die Altersverläufe zwischen Männern und Frauen unterscheiden sich bei den Zahnextraktionen nur geringfügig. Der Altersgipfel wird bei beiden Geschlechtern in der Gruppe der 5- bis unter 10-Jährigen erreicht, was in erster Linie zeigt, wie häufig in dieser Altersgruppe Milchzähne gezogen werden (Abbildung 3-8). Danach fallen die Alterskurven relativ steil ab, bis ab dem Lebensalter von 40 bis unter 45 Jahren wieder stärkere Zuwächse festzustellen sind. Ein zweiter Altersgipfel wird bei Männern wie Frauen in der Altersgruppe der 75- bis unter 80-Jährigen erreicht, danach fallen beide Kurven wieder deutlich ab.

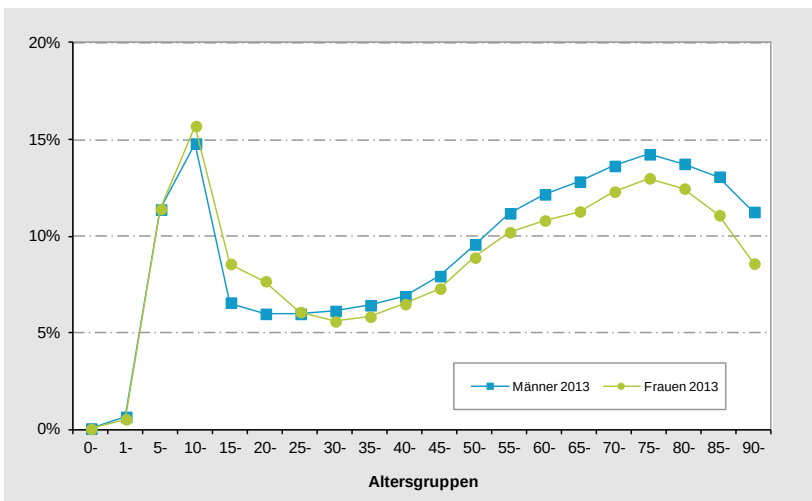


Abbildung 3-8: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnextraktion nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)

Tabelle 3-11: Zahnextraktionen: Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate			
	2010	2011	2012	2013
Hamburg	8,5% (-1,0)	8,3% (-1,1)	8,1% (-1,0)	8,0% (-1,0)
Niedersachsen	9,1% (-0,4)	9,1% (-0,3)	8,2% (-0,9)	8,5% (-0,5)
Bremen	9,2% (-0,3)	9,2% (-0,2)	9,1% (0,1)	9,1% (0,1)
Nordrhein-Westfalen	9,4% (-0,1)	9,3% (-0,1)	8,9% (-0,2)	8,9% (-0,1)
Hessen	9,4% (-0,1)	9,3% (-0,2)	9,1% (0,0)	8,9% (-0,1)
Rheinland-Pfalz	9,5% (0,0)	9,5% (0,1)	8,6% (-0,4)	9,0% (0,0)
Baden-Württemberg	8,8% (-0,7)	8,7% (-0,7)	8,5% (-0,6)	8,3% (-0,7)
Bayern	9,3% (-0,2)	9,1% (-0,3)	8,9% (-0,2)	8,7% (-0,3)
Saarland	8,8% (-0,7)	8,8% (-0,6)	8,7% (-0,4)	8,6% (-0,4)
Berlin	9,7% (0,2)	9,6% (0,2)	9,4% (0,3)	9,3% (0,3)
Brandenburg	10,3% (0,8)	10,3% (0,9)	10,1% (1,0)	9,9% (0,9)
Mecklenburg-Vorpommern	10,3% (0,8)	10,5% (1,0)	10,2% (1,2)	10,1% (1,0)
Sachsen	10,8% (1,3)	10,7% (1,3)	10,5% (1,5)	10,3% (1,3)
Sachsen-Anhalt	10,9% (1,4)	10,9% (1,5)	10,7% (1,7)	10,5% (1,5)
Thüringen	10,8% (1,3)	10,9% (1,5)	10,5% (1,4)	10,4% (1,4)
Gesamt	9,5%	9,4%	9,1%	9,0%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

3.4.4 Ausgewählte Röntgenleistungen

Eine Panoramaschichtaufnahme (auch Orthopantomogramm, OPT oder OPG) ist ein Verfahren der zahnärztlichen Röntgendiagnostik. Dabei werden in einer Rundumröntgenaufnahme des Ober- und des Unterkiefers alle Zähne, die angrenzenden Kieferbereiche, beide Kiefergelenke wie auch partiell die linke und die rechte Kieferhöhle abgebildet. Die Aufnahmeeinheit fährt dazu halbkreisförmig um den Kopf des Patienten herum. Da sie umfassende Informationen über das gesamte Kauorgan liefert, wird sie oft als eine Art Überblicksdiagnostik, beispielsweise vor größerer Therapie, eingesetzt.

Nach Ausweisungen der KZBV wurde die entsprechende Leistungsposition (Ä935d) im Jahr 2013 knapp 7,7-mal je 100 Behandlungsfällen abgerechnet (KZBV 2015). Sie ist damit eine der am häufigsten abgerechneten Leistungspositionen in diesem Versorgungsbereich.

Die bundesdurchschnittliche Inanspruchnahmerate lag im Jahr 2013 bei 8,9% (Tabelle 3-12).

Die höchsten Inanspruchnahmeraten weisen die drei nördlichen Länder Hamburg, Niedersachsen und Bremen auf, die niedrigste Brandenburg.

Tabelle 3-12: Panoramaschichtaufnahme: Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate			
	2010	2011	2012	2013
Hamburg	10,6% (1,9)	10,8% (2,0)	10,5% (1,9)	10,8% (1,9)
Niedersachsen	11,1% (2,4)	11,3% (2,4)	10,2% (1,7)	11,0% (2,1)
Bremen	12,2% (3,5)	12,1% (3,3)	12,1% (3,5)	12,6% (3,6)
Nordrhein-Westfalen	7,6% (-1,1)	7,7% (-1,1)	7,5% (-1,1)	7,8% (-1,1)
Hessen	7,5% (-1,2)	7,5% (-1,3)	7,6% (-1,0)	7,7% (-1,2)
Rheinland-Pfalz	9,1% (0,4)	9,5% (0,7)	8,8% (0,3)	9,5% (0,6)
Baden-Württemberg	10,3% (1,7)	10,4% (1,6)	10,3% (1,8)	10,7% (1,7)
Bayern	9,1% (0,4)	9,2% (0,4)	9,2% (0,7)	9,6% (0,6)
Saarland	8,0% (-0,7)	8,2% (-0,6)	8,2% (-0,4)	8,7% (-0,2)
Berlin	7,7% (-1,0)	7,9% (-0,9)	7,6% (-1,0)	8,0% (-0,9)
Brandenburg	6,6% (-2,1)	6,7% (-2,2)	6,6% (-2,0)	6,7% (-2,2)
Mecklenburg-Vorpommern	9,6% (0,9)	9,6% (0,8)	9,5% (0,9)	9,7% (0,8)
Sachsen	8,5% (-0,2)	8,6% (-0,2)	8,7% (0,1)	8,9% (0,0)
Sachsen-Anhalt	10,1% (1,4)	10,0% (1,2)	9,9% (1,3)	10,1% (1,2)
Thüringen	8,1% (-0,6)	8,2% (-0,6)	8,1% (-0,5)	8,2% (-0,7)
Gesamt	8,7%	8,8%	8,6%	8,9%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Den Altersgang für den Anteil der Versicherten mit mindestens einer Röntgenpanoramaschichtaufnahme zeigt Abbildung 3-9.

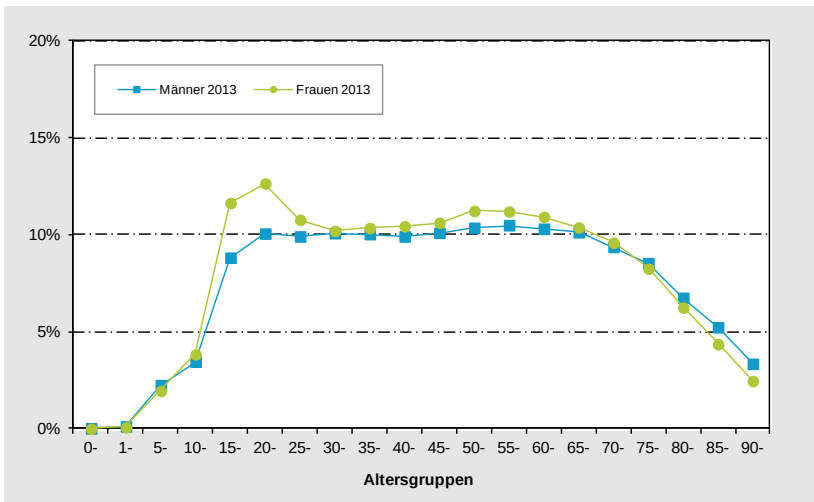


Abbildung 3-9: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Röntgenpanoramasaufnahme nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)

3.4.5 Wurzelbehandlungen

Im Jahr 2013 wurde bei insgesamt 6,0% der Versicherten eine Wurzelbehandlung¹⁰ durchgeführt. Über die Jahre 2010 bis 2013 zeigt sich alters- und geschlechtsstandardisiert eine leicht rückläufige Tendenz (Tabelle 3-13).

Am häufigsten wurden Wurzelbehandlungen in Berlin durchgeführt (Inanspruchnahmerate von 7,1%), gefolgt von Sachsen-Anhalt (7,0%). Die niedrigste Rate weist Baden-Württemberg mit 5,4% auf gefolgt von Hessen und Rheinland-Pfalz (beide 5,5%).

¹⁰ Als Indikatoren für eine Wurzelbehandlung wurde die mindestens einmalige Abrechnung einer der folgenden BEMA-Gebührensätze gewertet: 32, 35, 28, 31 und 34 (bzw. WK, WF, VitE, Trep1 und Med).

Tabelle 3-13: Wurzelbehandlung: Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate			
	2010	2011	2012	2013
Hamburg	6,6% (0,2)	6,5% (0,2)	6,2% (0,2)	6,1% (0,1)
Niedersachsen	6,8% (0,3)	6,6% (0,3)	6,0% (-0,1)	6,2% (0,2)
Bremen	6,7% (0,3)	6,5% (0,3)	6,3% (0,2)	6,4% (0,3)
Nordrhein-Westfalen	6,3% (-0,1)	6,2% (-0,1)	6,0% (-0,1)	6,0% (0,0)
Hessen	5,8% (-0,6)	5,7% (-0,6)	5,6% (-0,5)	5,5% (-0,6)
Rheinland-Pfalz	5,9% (-0,5)	5,8% (-0,5)	5,3% (-0,8)	5,5% (-0,5)
Baden-Württemberg	5,7% (-0,7)	5,6% (-0,7)	5,5% (-0,5)	5,4% (-0,7)
Bayern	6,3% (-0,1)	6,2% (-0,1)	6,0% (0,0)	6,0% (-0,1)
Saarland	6,3% (-0,2)	6,3% (0,0)	6,3% (0,2)	5,9% (-0,1)
Berlin	7,7% (1,3)	7,5% (1,2)	7,2% (1,2)	7,1% (1,1)
Brandenburg	6,9% (0,5)	6,7% (0,4)	6,5% (0,5)	6,5% (0,5)
Mecklenburg-Vorpommern	6,8% (0,4)	6,6% (0,4)	6,6% (0,6)	6,5% (0,5)
Sachsen	6,7% (0,3)	6,6% (0,4)	6,5% (0,5)	6,4% (0,4)
Sachsen-Anhalt	7,3% (0,9)	7,2% (0,9)	7,1% (1,0)	7,0% (1,0)
Thüringen	6,7% (0,3)	6,6% (0,3)	6,5% (0,4)	6,2% (0,2)
Gesamt	6,4%	6,3%	6,1%	6,0%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Der Altersverlauf in Abbildung 3-10 weist bei beiden Geschlechtern einen ersten Gipfel im Lebensalter von fünf bis unter zehn Jahren auf und fällt dann zunächst steil ab. Für beide Geschlechter gilt wiederum

gleichermaßen, dass ausgehend von einem niedrigen Niveau in der Altersgruppe der 15- bis unter 20-Jährigen eine starke Zunahme bis zum Lebensalter von 25 bis unter 30 Jahren erfolgt. Von da an ist bei den männlichen Versicherten ein nahezu konstantes Niveau von ca. 7,5% zu beobachten. Nach einem kurzen Anstieg etwa um das Lebensalter von 70 bis unter 75 Jahren nimmt der Anteil von Versicherten mit einer Wurzelbehandlung dann wieder stark ab. Bei den weiblichen Versicherten zeigt sich bereits ab dem mittleren Lebensalter eine rückläufige Tendenz. Der Kurvenverlauf im höheren Lebensalter ähnelt dann wieder stark dem der männlichen Versicherten.

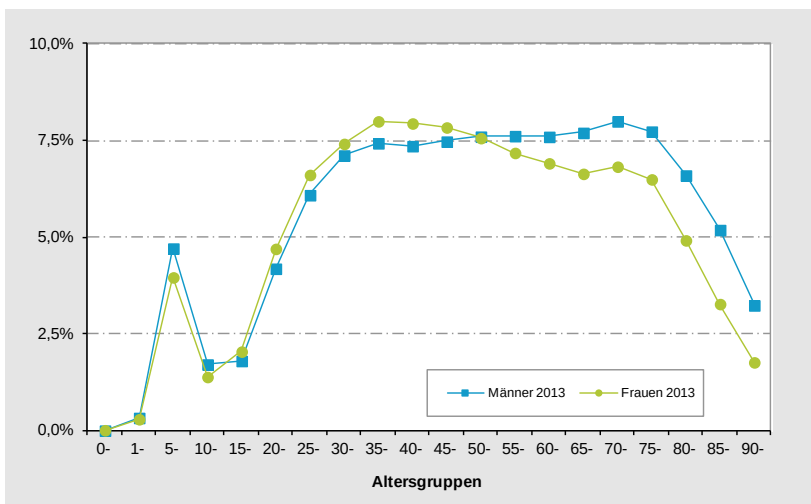


Abbildung 3-10: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Wurzelbehandlung nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)

4 Systematische Behandlung von Parodontopathien

4.1 Datengrundlage und Kenngrößen

Die Analysen des vorliegenden Kapitels basieren auf den Abrechnungsdaten zu den im Jahr 2013 von den Versicherten der BARMER GEK in Anspruch genommenen Leistungen, die im Zusammenhang mit systematischen Behandlungen von Parodontopathien stehen. Ergänzend zu Teil 4 des BEMA, der die Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien enthält, werden die unter der Abrechnungsziffer „04“ abgerechneten Leistungen zur Erhebung des sogenannten Parodontalen Screening Index (PSI) aus Teil 1 des BEMA (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, einschließlich Prophylaxe) in die Analysen einbezogen. Bei der Erhebung des PSI handelt es sich um eine Untersuchung zur Früherkennung parodontaler Erkrankungen. Hierbei werden insbesondere die Tiefe der Zahnfleischtaschen, die Blutungsneigung des Zahnfleisches, feste und weiche Beläge sowie entsprechende Retentionsstellen betrachtet. Die Kosten für die Bestimmung des PSI werden von den gesetzlichen Krankenkassen im Abstand von zwei Jahren übernommen.

Sobald eine behandlungsbedürftige Erkrankung des Zahnfleisches in Form einer Zahnbetterkrankung (Parodontitis) festgestellt wird, erstellt der behandelnde Zahnarzt einen Therapieplan. Dieser, von der Krankenkasse zu bewilligende Behandlungsplan (Parodontalstatus), enthält Angaben zum Parodontalbefund und zur Anzahl der geplanten Leistungen nach BEMA-Teil 4. Beide Leistungen – Erhebung des PSI und Befundaufnahme und Erstellung des Heil- und Kostenplanes – werden in den nachfolgenden Analysen als „diagnostische Leistungen“ zusammengefasst betrachtet. Davon werden die „therapeutischen Leistungen“ unterschieden. Sie umfassen alle zur Parodontitistherapie gehörigen Abrechnungsziffern.

Tabelle 4-1 zeigt alle in diesem Kapitel untersuchten Leistungen bzw. Gebührensnummern im Überblick.

Tabelle 4-1: Übersicht der in die Analysen von Kapitel 4 eingehenden Gebührennummern (Gebührensnummer 04 aus BEMA-Teil 1 und BEMA-Teil 4 komplett)

Ziffer	Spezifische Leistungen	BEMA-Zuordnung
	Diagnostische Leistungen	
04	Erhebung des PSI-Code	Teil 1
4	Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	Teil 4
	Therapeutische Leistungen / Behandlungsleistungen	
P200	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	Teil 4
P201	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	Teil 4
P202	Systematische Behandlung von Parodontopathien (chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	Teil 4
P203	Systematische Behandlung von Parodontopathien (chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	Teil 4
108	Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	Teil 4
111	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung	Teil 4

Innerhalb der Parodontistherapie wird zwischen einer geschlossenen und einer offenen (chirurgischen) Vorgehensweise unterschieden. Letztergenannte kommt in schweren Fällen zum Einsatz, z. B. bei sehr tiefen oder therapieresistenten Zahnfleischtaschen.

Auf der Basis der vorliegenden Abrechnungsdaten werden Kenngrößen zur Inanspruchnahme insgesamt und zur Inanspruchnahme einzelner Leistungen gebildet. Des Weiteren werden die im Zusammenhang mit Parodontitisbehandlung stehenden Ausgaben je untersuchtem bzw. behandeltem Versicherten dargestellt. Basierend auf der Anzahl der abgerechneten Einzelleistungen werden Punktschummen sowie Art und Umfang der in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen betrachtet (siehe Tabelle 4-2). Bei den ausgewiesenen Kenngrößen des vorliegenden Kapitels handelt es sich auch hier durchgängig um alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse.

Tabelle 4-2: Übersicht der in Kapitel 4 ausgewiesenen Kenngrößen

	BEMA-Teile 1, 4, 5 (Kapitel 2)	BEMA-Teil 1 (Kapitel 3)	BEMA-Teil 4 (Kapitel 4)	BEMA-Teil 5 (Kapitel 5)
Inanspruchnahme/ Inanspruchnahmerate	X	X	X	X
Behandlungsfälle	---	X	---	---
Zahnarztkontakte	---	X	---	---
Ausgaben	X	X	X	X
Punktschummen	---	X	X	---
Leistungsmenge	---	X	X	X

Da die Abrechnungsdaten keine Angabe zur Lokalisation des behandelten Zahns im Mundraum (z. B. FDI-Schema) enthalten, können keine zahnbezogenen Analysen durchgeführt werden. Es können auch keine Aussagen zur Behandlungsintensität (z. B. Anzahl der Behandlungstermine oder zeitliche Abstände zwischen Parodontitisbehandlung am gleichen Zahn bzw. Zahngebiet) erfolgen. Als weitere Einschränkung in Bezug auf die Datenbasis sind die (aus zahngesundheitslicher Sicht positiv zu bewertenden) geringen Fallzahlen in den unteren Alters-

gruppen zu nennen. Zur Sicherstellung valider Auswertungsergebnisse beziehen sich die dargestellten Ergebnisse auf Versicherte ab einem Lebensalter von 20 Jahren.

Die Analyse von Abrechnungsdaten zu den systematischen Behandlungen von Parodontopathien wurde im Zahnreport 2014 erstmalig basierend auf den Abrechnungsdaten eines Jahres durchgeführt. Beginnend mit dem vorliegenden Zahnreport 2015 sind nun längsschnittliche Betrachtungen möglich. In Kapitel 4.4 wird daher erstmalig der zeitliche Verlauf der Inanspruchnahmerate der Jahre 2012 und 2013 im Ländervergleich dargestellt.

4.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

In Tabelle 4-3 sind Inanspruchnahmeraten und entstandene Ausgaben für diagnostische und therapeutische Leistungen des Jahres 2013 aufgeführt, die in Zusammenhang mit Erkrankungen des Zahnhalteapparates stehen. Insgesamt hat fast jeder vierte Versicherte mindestens eine diagnostische Leistung (in der Mehrzahl handelte es sich hier um die Erhebung des PSI-Codes) in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahmerate der Frauen liegt mit 25,6% dabei etwas über der der Männer mit 22,8%. Betrachtet man dabei, dass diese Erhebung des PSI-Codes nur im Abstand von zwei Jahren abrechenbar ist, ergibt sich im Prinzip eine Inanspruchnahme parodontal diagnostischer Leistungen von nahezu 50% der Versicherten über zwei Jahre. Die durchschnittlichen Ausgaben belaufen sich auf 2,69 Euro pro Versichertem mit Inanspruchnahme (Frauen: 2,59 Euro, Männer: 2,81 Euro).

Tabelle 4-3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Jahr 2013 (stand.D2013)

Leistungsbereiche	Diagnostische Leistungen	Therapeutische Leistungen
Inanspruchnahmerate in Prozent		
Gesamt	24,2%	1,8%
... Männer	22,8%	1,8%
... Frauen	25,6%	1,8%
Ausgaben je behandeltem Versicherten (Euro)		
Gesamt	2,69	398,66
... Männer	2,81	407,19
... Frauen	2,59	390,92

Auf vierzehn Untersuchungen des Zahnfleischstatus entfällt damit eine Parodontitisbehandlung (entspricht 1,8% aller Versicherten). Die Inanspruchnahmerate von Frauen und Männern liegt mit 1,8% gleichauf.

Die mittleren Kosten einer Parodontitisbehandlung belaufen sich auf 398,66 Euro. Es bestehen geringe Unterschiede in den durchschnittlichen Behandlungskosten zwischen Frauen und Männern (Frauen: 390,92 Euro, Männer: 407,19 Euro).

Die nachfolgenden vier Abbildungen bieten eine Gegenüberstellung der Altersverläufe der Inanspruchnahmeraten und der zugehörigen durchschnittlichen Ausgaben für diagnostische und für therapeutische Leistungen (Abbildung 4-1 bis Abbildung 4-4).

Die Inanspruchnahmerate für diagnostische Leistungen der 25- bis unter 50-Jährigen liegt durchgängig über 20% und fällt ab dem 70. Lebensjahr deutlich ab. Etwa ab diesem Zeitpunkt nehmen mehr Männer als Frauen diagnostische Leistungen in Anspruch.

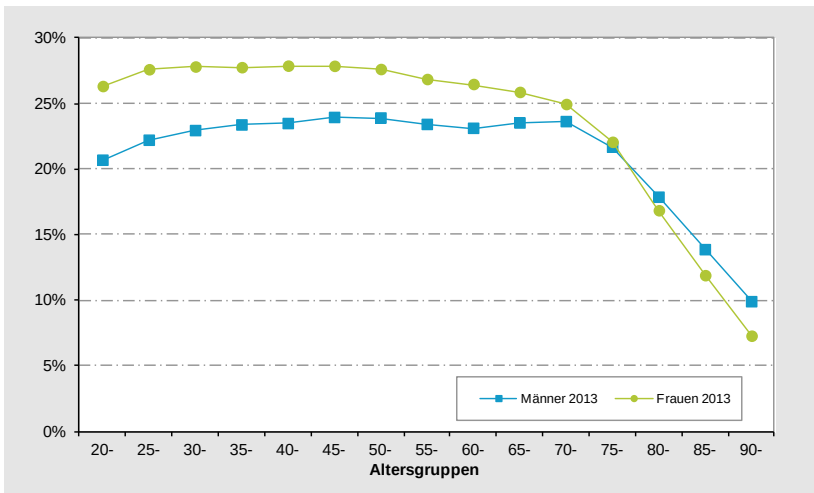


Abbildung 4-1: Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

Die Inanspruchnahmerate für therapeutische Leistungen erreicht zwischen dem 45. und dem 65. Lebensjahr ihren Höhepunkt.

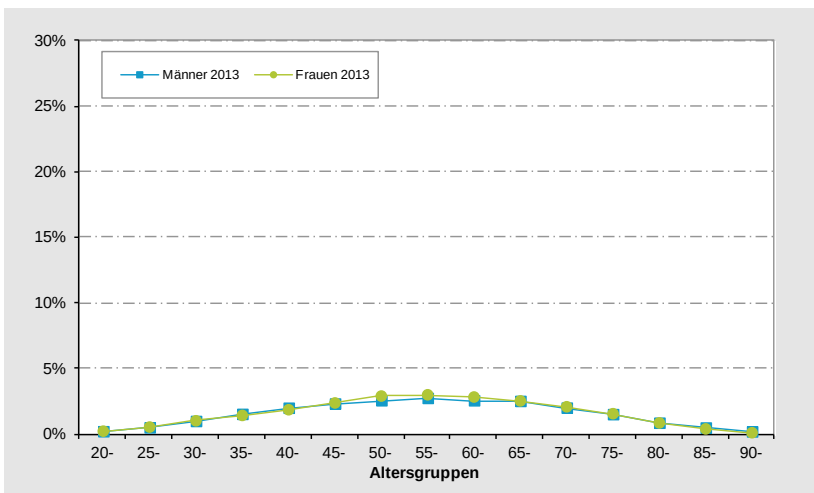


Abbildung 4-2: Inanspruchnahmerate für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

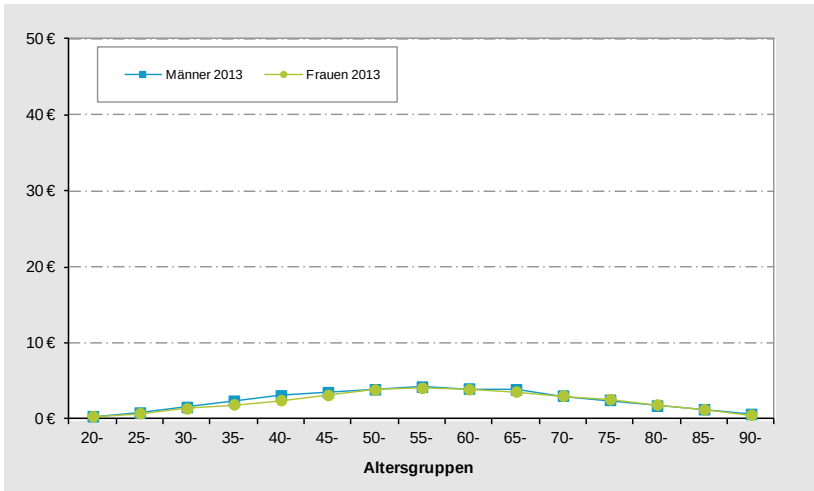


Abbildung 4-3: Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

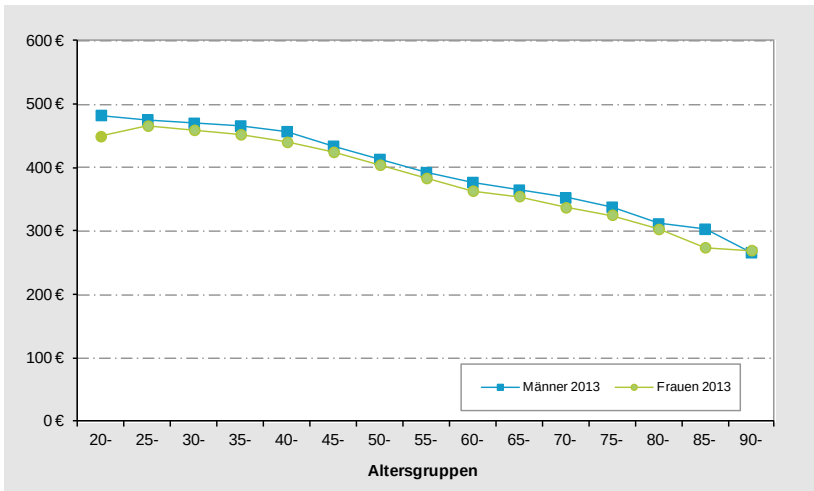


Abbildung 4-4: Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

Bei Betrachtung der Ausgabenverläufe wird ersichtlich, dass mit zunehmendem Alter die durchschnittlichen Ausgaben, die bei der Durchführung einer Parodontitisbehandlung anfallen, sinken. Ausgeprägte Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen dabei nicht.

Beim Vergleich der alters- und geschlechtsstandardisierten Inanspruchnahmerate und der mittleren Ausgaben je behandeltem Versicherten zwischen den einzelnen Ländern zeigen sich Unterschiede (Tabelle 4-4).

So variiert die Inanspruchnahmerate diagnostischer Leistungen zwischen 18,2% im Saarland und 29,0% in Bayern, die Inanspruchnahmerate therapeutischer Leistungen zwischen 1,0% im Saarland und 2,1% in Nordrhein-Westfalen. Umgerechnet ergibt sich, dass in Nordrhein-Westfalen auf jede zehnte parodontologische Statusbestimmung eine Parodontitisbehandlung entfällt, im Saarland dagegen auf jede fünfte. Die Spannweite der Ausgaben für diagnostische Leistungen ist mit 2,91 Euro angesichts der geringen mittleren Ausgaben von 2,69 Euro groß (1,71 Euro in Sachsen gegenüber 3,62 Euro in Nordrhein-Westfalen). Bei den Ausgaben für therapeutische Leistungen zeigen sich erneut in Sachsen die geringsten Ausgaben mit 362,75 Euro je behandeltem Versicherten. Dem stehen am anderen Ende der Skala 420,97 Euro durchschnittliche Behandlungskosten in Hamburg gegenüber.

Tabelle 4-4: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für diagnostische und therapeutische Leistungen im Jahr 2013 nach Ländern* (stand.D2013)**

Land	Diagnostische Leistungen		Therapeutische Leistungen	
	Inanspruch-nahmerate in Prozent	Mittl. Ausgaben je behandeltem Versicherten (in €)	Inanspruch-nahmerate in Prozent	Mittl. Ausgaben je behandeltem Versicherten (in €)
Hamburg	24,1% (-0,1)	2,66 (-0,03)	1,7% (-0,1)	420,97 (22,32)
Niedersachsen	19,8% (-4,4)	3,49 (0,80)	1,9% (0,1)	403,18 (4,53)
Bremen	21,1% (-3,1)	2,23 (-0,46)	1,3% (-0,5)	384,37 (-14,28)
Nordrhein-Westfalen	21,0% (-3,2)	3,62 (0,93)	2,1% (0,3)	406,14 (7,49)
Hessen	25,4% (1,2)	2,73 (0,04)	1,9% (0,1)	412,12 (13,47)
Rheinland-Pfalz	21,8% (-2,4)	2,84 (0,14)	1,7% (-0,1)	402,57 (3,92)
Baden-Württemberg	26,9% (2,7)	2,17 (-0,53)	1,6% (-0,2)	407,58 (8,93)
Bayern	29,0% (4,8)	2,24 (-0,45)	1,8% (-0,1)	403,86 (5,20)
Saarland	18,2% (-6,0)	1,96 (-0,73)	1,0% (-0,8)	392,37 (-6,29)
Berlin	25,9% (1,7)	1,92 (-0,77)	1,5% (-0,3)	388,16 (-10,49)
Brandenburg	25,7% (1,5)	2,58 (-0,12)	1,9% (0,1)	374,70 (-23,95)
Mecklenburg-Vorpommern	23,8% (-0,4)	2,54 (-0,16)	1,7% (-0,1)	369,75 (-28,91)
Sachsen	27,9% (3,7)	1,71 (-0,98)	1,4% (-0,4)	362,75 (-35,91)
Sachsen-Anhalt	25,4% (1,2)	2,72 (0,02)	2,0% (0,2)	370,10 (-28,56)
Thüringen	27,3% (3,2)	1,74 (-0,95)	1,4% (-0,4)	367,21 (-31,45)
Gesamt	24,2%	2,69	1,8%	398,66

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Absolute Abweichungen vom Bundesdurchschnitt (Prozentpunkte für die Inanspruchnahmerate)

4.3 Leistungen

In Tabelle 4-5 sind die Häufigkeiten der im Rahmen der parodontologischen Behandlung im Jahr 2013 abgerechneten Einzelleistungen sowie die damit in Zusammenhang stehenden Punktschummen (als Ausgangspunkt für die Berechnung der Ausgaben) aufgeführt. Insgesamt sind gut 120.000 Behandlungspläne zu Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums abgerechnet worden. Dies entspricht 3,8% der im Jahr 2013 aus Teil 4 des BEMA abgerechneten Leistungen und 8,3% der Gesamtpunktschumme. Am häufigsten werden therapeutische Leistungen mit geschlossener Vorgehensweise abgerechnet. Bei 53,0% der angerechneten Leistungen sind einwurzelige Zähne, bei 28,7% mehrwurzelige Zähne parodontologisch behandelt worden. Aus diesen Werten ergeben sich – trotz fehlendem Zahnbezug der Abrechnungsdaten – implizit Hinweise auf die von Parodontitis betroffenen Zähne. So wurden fast doppelt so viele einwurzelige Zähne wie mehrwurzelige Zähne behandelt, obwohl das Verhältnis der beiden Zahnformen im kompletten Gebiss lediglich 18 zu 14 beträgt. Die Ursache hierfür liegt möglicherweise in einer teilweise schwierigeren Parodontitistherapie und einer entsprechend reduzierten Prognose dieser Maßnahme an mehrwurzeligen Zähnen. Beide Abrechnungsziffern vereinen jeweils etwas mehr als 40% der insgesamt in 2013 abgerechneten Punktschumme auf sich.

Auffällig ist der vergleichsweise geringe Anteil an Behandlungen mit offener Vorgehensweise (chirurgische Therapie). Lediglich etwas mehr als ein Prozent der abgerechneten Leistungen entfallen auf diese Behandlungsform.

Tabelle 4-5: Verteilung der diagnostischen und therapeutischen Behandlungsleistungen des Teils 4 des BEMA und der Gebührenziffer 04 aus Teil 1 des BEMA nach Häufigkeit und Punktsumme (stand.D2013)

Gebührennummer	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Prozent	Punktsumme	Prozent
04 (BEMA-Teil 1)	Erhebung PSI-Code	1.602.225	---	16.022.254	---
4	HKP-Erstellung	121.220	3,8%	4.727.580	8,3%
P200	geschlossenes Vorgehen, einwurzeliger Zahn	1.680.169	53,0%	23.522.372	41,4%
P201	geschlossenes Vorgehen, mehrwurzeliger Zahn	909.905	28,7%	23.657.533	41,7%
P202	Chirurgische Therapie, einwurzeliger Zahn	15.482	0,5%	340.611	0,6%
P203	Chirurgische Therapie, mehrwurzeliger Zahn	17.845	0,6%	606.722	1,1%
108	Einschleifen des natürlichen Gebisses	90.416	2,9%	542.495	1,0%
111	Nachbehandlung	337.348	10,6%	3.373.475	5,9%
Gesamt (BEMA - Teil 4)		3.172.385	100,0%	56.770.788	100,0%

Abbildung 4-5 zeigt den Altersverlauf der Inanspruchnahme für die beiden diagnostischen Leistungen „Erhebung des PSI-Code“ (BEMA-Ziffer 04) und „Erstellung eines Heil- und Kostenplans“ (BEMA-Ziffer 4).

In Abbildung 4-6 sind die Altersverläufe der einzelnen parodontologischen Behandlungsleistungen grafisch dargestellt.

Beide Grafiken weisen über die bereits aus Abbildung 4-1 und Tabelle 4-5 bekannten Sachverhalte zur Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Leistungen in Abhängigkeit vom Lebensalter und zur Verteilung der Einzelleistungen keine weiteren Auffälligkeiten auf.

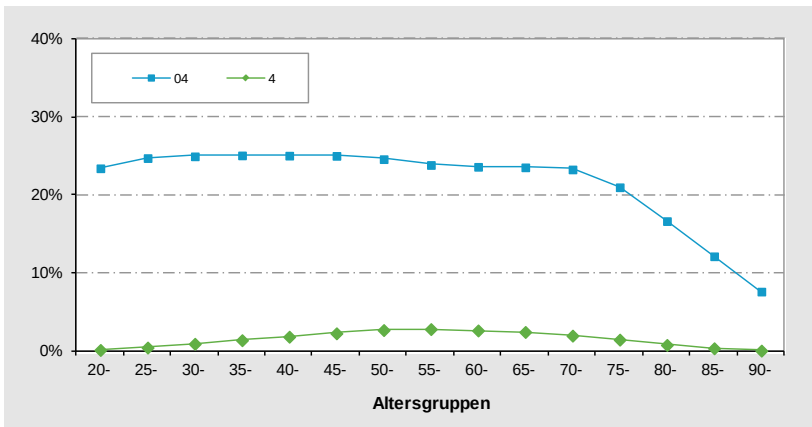


Abbildung 4-5: Anteil der Versicherten mit mindestens einer diagnostischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter (stand.D2013)

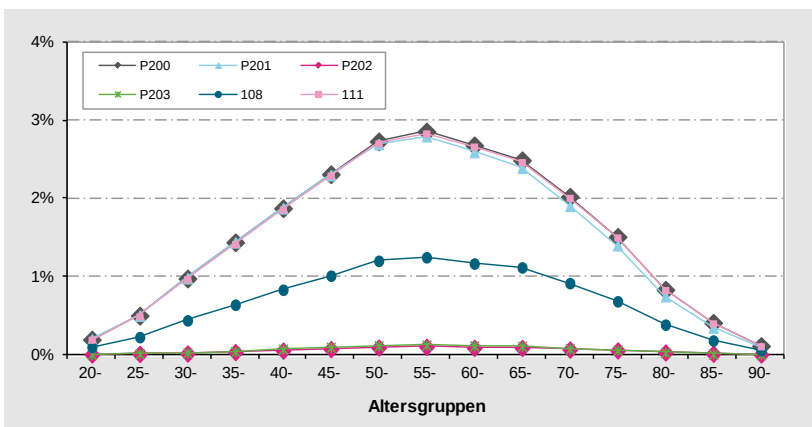


Abbildung 4-6: Anteil der Versicherten mit mindestens einer therapeutischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter (stand.D2013)

4.4 Entwicklung über die Zeit

Erstmalig ist die nachfolgende Darstellung der Inanspruchnahmeraten zwei aufeinander folgender Abrechnungsjahre möglich. Tabelle 4-6 zeigt die Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behand-

Leistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien im zeitlichen Verlauf für die beiden Analysejahre 2012 und 2013.

Tabelle 4-6: *Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien in den Jahren 2012 und 2013 nach Ländern* (stand.D2011)***

Land	Inanspruchnahmerate in Prozent	
	2012	2013
Hamburg	24,2% (-0,4)	24,2% (-0,1)
Niedersachsen	19,6% (-5,0)	19,9% (-4,4)
Bremen	21,1% (-3,5)	21,1% (-3,1)
Nordrhein-Westfalen	21,5% (-3,1)	21,1% (-3,2)
Hessen	25,8% (1,1)	25,4% (1,2)
Rheinland-Pfalz	21,8% (-2,8)	21,9% (-2,4)
Baden-Württemberg	27,7% (3,1)	27,0% (2,7)
Bayern	29,7% (5,0)	29,0% (4,8)
Saarland	18,3% (-6,3)	18,2% (-6,0)
Berlin	26,3% (1,7)	26,0% (1,7)
Brandenburg	26,0% (1,4)	25,7% (1,5)
Mecklenburg-Vorpommern	24,6% (0,0)	23,8% (-0,4)
Sachsen	28,4% (3,7)	27,9% (3,7)
Sachsen-Anhalt	26,0% (1,3)	25,5% (1,2)
Thüringen	28,0% (3,4)	27,4% (3,1)
Gesamt	24,6%	24,3%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Während die Inanspruchnahmerate über die Länder hinweg in den beiden Jahren zwischen 18,2% (Saarland) und 29,7% (Bayern) variiert, ist auf Landesebene der Unterschied zwischen 2012 und 2013 mit -0,8 Prozentpunkten in Mecklenburg-Vorpommern und mit +0,3 Prozentpunkten in Niedersachsen eher gering. Trendaussagen lassen sich aus dem gegenwärtig noch kurzen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren nicht ableiten.

5 Zahnersatz und Zahnkronen

5.1 Datengrundlage und Kenngrößen

Im Zahnreport 2015 werden nunmehr zum zweiten Mal seit Bestehen des Reports die mittels Datenträgeraustausch (DTA) in maschinenlesbarer Form übermittelten Abrechnungsdaten des Gesamtversichertenbestandes der BARMER GEK zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (im weiteren Verlauf als Zahnersatz bezeichnet) ausgewertet.

Bedingt durch die Regelungen zu dem seit 1. Januar 2005 geltenden System befundorientierter Festzuschüsse und seine praktische Umsetzung sind in diesem Versorgungsbereich einige Besonderheiten zu beachten. Dazu sind einige erläuternde Ausführungen unverzichtbar.

Das zum 1. Januar 2005 eingeführte System der befundorientierten Festzuschüsse gewährleistet Patienten mit identischen Ausgangsbefunden unabhängig von der tatsächlich getroffenen Therapiewahl den gleichen „festen“ Zuschussbetrag zu einer Zahnersatzversorgung. Bei der „bezuschussten“ Zahnersatzversorgung kann es sich grundsätzlich um eine Wiederherstellungsleistung oder um eine Neueingliederung handeln. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach der Festzuschuss-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils aktuellen Fassung. Die Festzuschüsse sind so bemessen, dass sie bei Wahl der jeweiligen Regelversorgung – das ist die Versorgungsoption, die als Standardversorgung für den jeweiligen Ausgangsbefund gilt – rund 50% der durchschnittlichen Gesamtkosten abdecken. Durch Vorlage des Bonusheftes kann der durch die Krankenkasse zu übernehmende Kostenanteil um weitere 20% (lückenloser Nachweis der Durchführung jährlicher Vorsorgeuntersuchungen über einen Zeitraum von mindestens

fünf Jahren) bzw. 30% (Nachweis für mindestens zehn Jahre) erhöht werden¹¹.

Für die nicht von der Krankenkasse übernommenen Kosten muss der Patient selbst aufkommen bzw. werden die verbleibenden Kosten dem Patienten bei Bestehen einer privaten Zahnzusatzversicherung je nach Tarif vom jeweiligen Versicherungsunternehmen erstattet. Die jenseits des Zuschusses verbleibenden Kosten werden als Eigenanteil des Versicherten bzw. als Versichertenanteil bezeichnet.

In welcher Höhe Kosten jenseits des Festzuschusses (als Eigen- bzw. als Versichertenanteil) verbleiben, hängt maßgeblich davon ab, ob der Patient eine andere Versorgung als die Regelversorgung wählt. Jenseits der Regelversorgung werden dabei die sog. *gleichartige Versorgung* und die sog. *andersartige Versorgung* unterschieden.

Eine gleichartige Versorgung liegt vor, wenn der Zahnersatz von seiner Art her der Regelversorgung entspricht, im Detail aber davon abweicht. Ein Beispiel dafür ist eine keramisch vollverblendete Krone für einen großen, weitgehend zerstörten Unterkieferseitenzahn, für den die Regelversorgung ebenfalls eine Krone, jedoch ohne Verblendung vorsieht.

Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine vollkommen andere Zahnersatzart gewählt wird. Ein Beispiel hierfür ist die Wahl einer festen Zahnersatz-Brücke bei einer Zahnlucke und insgesamt mehr als vier fehlenden Zähnen im Kiefer. Die Regelversorgung ist dagegen eine herausnehmbare Modellgussprothese.

Die Versorgung mit Zahnersatz wird anhand eines Heil- und Kostenplans vorab festgelegt. Sobald der behandelnde Zahnarzt einen Behandlungsbedarf festgestellt und der Patient der Behandlungsplanung

¹¹ Darüber hinaus besteht für Versicherte mit geringem Einkommen die Möglichkeit der Übernahme der gesamten Kosten, wenn die Regelversorgung gewählt wird, und des doppelten Festzuschusses, wenn eine gleich- oder andersartige Versorgung gewählt wird.

des Zahnarztes zugestimmt hat, stellt dieser einen Heil- und Kostenplan aus, der in der Regel durch den Patienten selbst bei der Krankenkasse eingereicht wird. Die Krankenkasse ermittelt anhand der vorliegenden Befunde den von der Krankenkasse zu übernehmenden Festzuschussbetrag (Tabelle 5-1).

Tabelle 5-1: Übersicht der in die Analysen von Kapitel 5 eingehenden Befundklassen für Festzuschüsse (Auszug - ausführliche Auflistung der Befundziffern siehe Anhang Tabelle A 7)

Nr.	Befundklasse
1	Erhaltungswürdiger Zahn
2	Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freundsituation vorliegt (Lückensituation I)
3	Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen
4	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer
5	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist
6	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz
7	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen

Für diesen Report sind ausschließlich die von den KZVen an die BARMER GEK übermittelten Daten zugänglich. Im Fall der andersartigen Versorgungen und der sogenannten Mischfälle (Zusammenfallen einer andersartigen Versorgung mit einer Regel- und/oder gleichartigen Versorgung in ein und demselben Heil- und Kostenplan) mit einem privat Zahnärztlichen Honoraranteil von mehr als 50% begleicht der Patient direkt die Rechnung des Zahnarztes und lässt sich den Festzuschuss - bzw. bei mehr als einer auf ein und demselben Heil- und Kostenplan vorgesehenen Zahnersatzversorgung die Festzuschüsse - von seiner Krankenkasse erstatten. Da andersartige Versorgungen und

Mischfälle wie oben beschrieben somit nicht über die KZVen abgerechnet werden und für diesen Report auch nicht auf anderen Wegen fallbezogen erschlossen werden konnten, sind sie entsprechend nicht Bestandteil der nachfolgenden Datenaufbereitungen. In diesen Fällen werden also weder die von der BARMER GEK erstatteten Festzuschüsse erfasst, noch die vom Versicherten getragenen Eigenanteile^{12 13}.

Tabelle 5-2: Übersicht der in Kapitel 5 ausgewiesenen Kenngrößen

	BEMA-Teile 1, 4, 5 (Kapitel 2)	BEMA-Teil 1 (Kapitel 3)	BEMA-Teil 4 (Kapitel 4)	BEMA-Teil 5 (Kapitel 5)
Inanspruchnahme/ Inanspruchnahmerate	X	X	X	X*
Behandlungsfälle	---	X	---	---
Zahnarztkontakte	---	X	---	---
Ausgaben	X	X	X	X*
Punktsummen	---	X	X	---
Leistungsmenge	---	X	X	X*

* Ohne andersartige Versorgungen und ohne Mischfälle mit einem privat zu tragenden zahnärztlichen Honoraranteil von mehr als 50%

Entsprechend sind im Rahmen dieses Reports über die Eigenanteile bei den i.d.R. deutlich kostenintensiveren andersartigen Versorgungen und nicht über die KZVen abgerechneten Mischfällen keine Aussagen

¹² Nach Berechnungen der BARMER GEK entfiel im Jahr 2013 ein Anteil von 12,5% der gesamten Ausgaben für Zahnersatz auf Festzuschüsse, die den Versicherten direkt erstattet worden sind.

¹³ Darüber hinaus gilt, dass weder für die hier erfassten noch für die hier nicht erfassten Fälle mit Zahnersatzversorgung die auf der Basis privater Behandlungsvereinbarungen direkt zwischen Zahnarzt und Patient vereinbarten und ohne Beteiligung der Krankenkasse erbrachten Leistungen berücksichtigt werden können.

möglich. Die berichteten Werte beziehen sich damit auch bezogen auf die Eigenanteile ausschließlich auf die über die KZVen abgerechnete Regel- und gleichartige Versorgung und spiegeln zudem das Verhältnis dieser beiden „Versorgungarten“ so wieder, wie es sich in den von den KZVen an die BARMER GEK übermittelten Daten abbildet.

Leistungen aus den Befundklassen 1 bis 5 sowie ausgewählte Leistungen der Befundklasse 7 (Befundziffern 7.1, 7.2, 7.5 und 7.6) werden in den nachfolgenden Analysen zusammenfassend als „Neueingliederungen“ (NEU) betrachtet. Davon werden die „Wiederherstellungen“ (REP) unterschieden, zu denen Befundklassen und -ziffern gehören, die der Wiederherstellung oder Erweiterung eines bereits bestehenden Zahnersatzes dienen.

5.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

Im Jahr 2013 lag die Rate der Inanspruchnahme bei Neueingliederungen bei 6,1% und bei Wiederherstellungsleistungen bei 6,0% (jeweils ohne nicht über die KZVen abgerechnete andersartige Versorgung und Mischfälle, siehe dazu oben Kapitel 5.1¹⁴).

Der Anteil der Frauen lag mit 6,5% für Neueingliederungen bzw. 6,4% für Wiederherstellungen über dem der Männer, bei denen die Inanspruchnahmerate sowohl bei Neueingliederung als auch bei Wiederherstellung 5,6% betrug (Tabelle 5-3).

Für die hier darstellbare Regel- und gleichartige Versorgung beliefen sich die durchschnittlichen Ausgaben für jeden mit neu eingegliedertem Zahnersatz versorgten Versicherten auf 1.322,22 Euro. Die Ausgaben

¹⁴ Der besseren Lesbarkeit geschuldet, wird nachfolgend auf den Zusatz „ohne nicht über die KZVen abgerechnete andersartige Versorgung und Mischfälle“ verzichtet. Gleichwohl gilt diese Einschränkung für alle in diesem 5. Kapitel berichteten Werte.

für Frauen lagen dabei um durchschnittlich 68,96 Euro über denen der Männer (Frauen: 1.353,62 Euro, Männer: 1.284,66 Euro). Der Eigenanteil lag hier bei Frauen bei durchschnittlich 770,79 Euro und bei Männern bei 700,40 Euro bzw. bei 56,9% (Frauen) und 54,5% (Männer; Frauen und Männer zusammen: 738,74 Euro = 55,9%).

Die mittleren Ausgaben für Wiederherstellungen fielen erwartungsgemäß mit 113,08 Euro deutlich niedriger aus als für Neueingliederungen. Der durchschnittliche Eigenanteil von 49,93 Euro entspricht 44,2% der Gesamtausgaben. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind hier zu vernachlässigen.

Tabelle 5-3: Inanspruchnahmerate, Ausgaben und Eigenanteil je versorgtem Versicherten für Neueingliederung (NEU) und Wiederherstellung (REP) für das Jahr 2013 (stand.D2013); Angaben beziehen sich ausschließlich auf über die KZVen abgerechnete Leistungen

Leistungsbereiche der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	Neueingliederung	Wiederherstellung
Inanspruchnahmerate in Prozent		
Gesamt	6,1%	6,0%
... Männer	5,6%	5,6%
... Frauen	6,5%	6,4%
Ausgaben je versorgtem Versicherten (Euro)		
Gesamt	1.322,22	113,08
... Männer	1.284,66	112,23
... Frauen	1.353,62	113,78
davon: Eigenanteil je versorgtem Versicherten (Euro)		
Gesamt	738,74	49,93
... Männer	700,40	49,44
... Frauen	770,79	50,35

In Abbildung 5-1 sind die Altersverläufe der Inanspruchnahme von Zahnersatz (Neueingliederung) für Frauen und Männer dargestellt. Es zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Kurven etwa ab dem 15. Lebensjahr. Den jeweiligen Höhepunkt erreichen beide Kurvenverläufe im Alter von etwa 70 Jahren mit einer Inanspruchnahmerate von etwas über 10%, d. h. jeder Zehnte hat mindestens einmal im Jahr 2013 einen neuen Zahnersatz erhalten. Bis zu diesem Lebensalter verläuft die Kurve der Männer leicht unterhalb der der Frauen. Ab einem Alter von etwa 75 Jahren haben vermehrt Männer neuen Zahnersatz (Neueingliederung) erhalten.

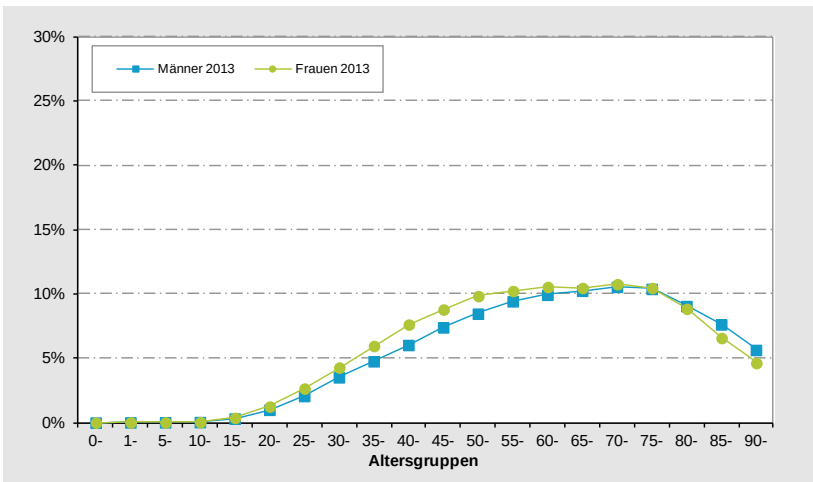


Abbildung 5-1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) nach Alter und Geschlecht (nur über die KZVen abgerechnete Neueingliederungen; stand.D2013)

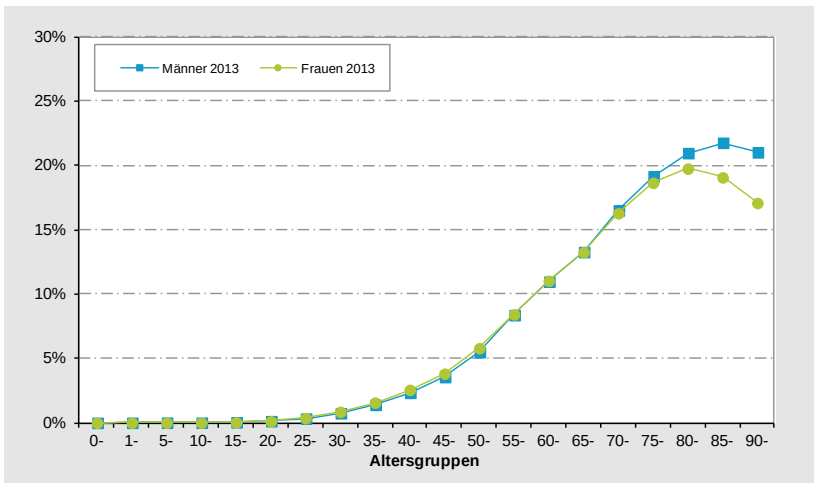


Abbildung 5-2: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) nach Alter und Geschlecht (nur über die KZVen abgerechnete Wiederherstellungen; stand.D2013)

Die Altersverläufe der Inanspruchnahme von Wiederherstellungsleistungen sind in Abbildung 5-2 dargestellt. Es zeigt sich, dass mit zunehmendem Lebensalter der Anteil der Versicherten, die Leistungen zur Wiederherstellung und Erweiterung bestehenden Zahnersatzes in Anspruch genommen haben, größer ausfällt. Erneut liegt ab dem Alter von etwa 75 Jahren der Kurvenverlauf der Männer über dem der Frauen.

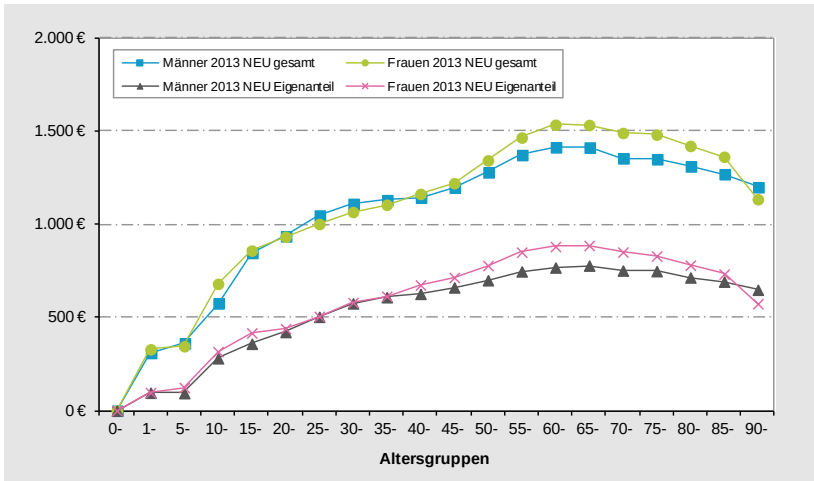


Abbildung 5-3: Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) je versorgtem Versicherten nach Alter und Geschlecht (nur über die KZVen abgerechnete Neueingliederungen; stand.D2013)

Abbildung 5-3 zeigt die Ausgaben für die Neueingliederung von Zahnersatz und Zahnkronen im Jahr 2013. Die Altersverläufe entsprechen in etwa den aus der vorangegangenen Abbildung 5-1 bekannten Altersverläufen. Erneut zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Die Gesamtausgaben (und demzufolge auch der Eigenanteil) fallen bei Frauen ab dem 55. Lebensjahr um über 100 Euro höher aus als bei den Männern (siehe im Anhang Tabelle A 19 und Tabelle A 20).

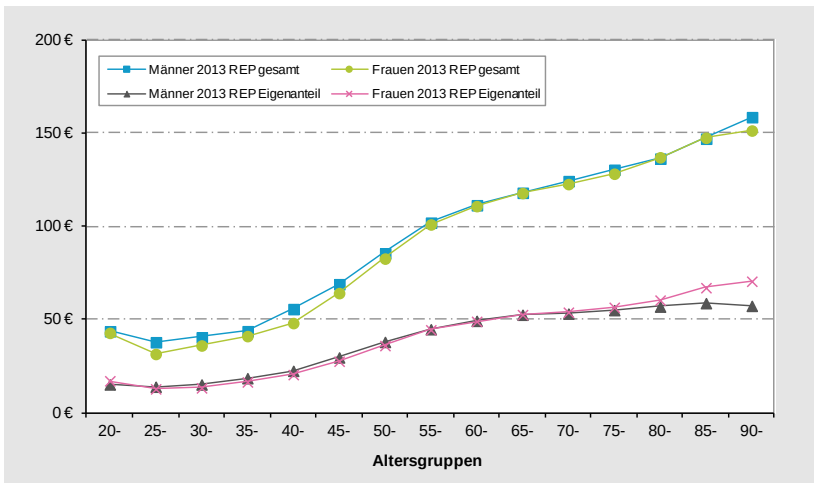


Abbildung 5-4: Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) je versorgtem Versicherten nach Alter und Geschlecht (nur über die KZVen abgerechnete Wiederherstellungen; stand.D2013)

Die für Wiederherstellungsleistungen angefallenen Ausgaben im Jahr 2013 zeigen einen weitestgehend gleichförmig ansteigenden Verlauf, sowohl für die Gesamtausgaben als auch für die zu tragenden Eigenanteile (Abbildung 5-4). Die Ergebnisse der unteren Altersklassen sind aufgrund zu geringer Fallzahlen aus der grafischen Darstellung ausgenommen worden.

Tabelle 5-4: Kenngrößen der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederungen) nach Ländern (nur über die KZVen abgerechnete Neueingliederungen; stand.D2013)*

Land	Inanspruchnahme- rate in Prozent	Gesamtausgaben je versorgtem Versicherten (Euro)	davon: Eigenanteil je versorgtem Versicherten (Euro)
Schleswig- Holstein	6,7% (0,6)	1.234,49 (-87,73)	668,26 (-70,48)
Hamburg	7,2% (0,5)	1.351,11 (28,89)	759,52 (20,78)
Niedersachsen	6,0% (0,0)	1.315,54 (-6,68)	730,06 (-8,68)
Bremen	6,2% (-0,1)	1.309,77 (-12,45)	659,75 (-79,00)
Nordrhein- Westfalen	5,9% (0,1)	1.392,57 (70,35)	769,97 (31,23)
Hessen	5,9% (-0,2)	1.345,69 (23,47)	798,14 (59,39)
Rheinland-Pfalz	5,5% (-0,5)	1.338,12 (15,90)	766,83 (28,09)
Baden- Württemberg	6,0% (-0,8)	1.484,28 (162,06)	980,48 (241,74)
Bayern	5,2% (-1,6)	1.380,85 (58,63)	880,09 (141,35)
Saarland	5,4% (-1,2)	1.442,21 (119,99)	778,87 (40,13)
Berlin	7,5% (0,7)	1.286,86 (-35,36)	628,44 (-110,30)
Brandenburg	6,8% (1,2)	1.182,00 (-140,22)	567,36 (-171,38)
Mecklenburg- Vorpommern	6,3% (1,3)	1.168,18 (-154,04)	533,55 (-205,19)
Sachsen	6,6% (2,0)	1.110,14 (-212,08)	525,50 (-213,24)
Sachsen-Anhalt	6,5% (1,5)	1.141,73 (-180,49)	516,46 (-222,29)
Thüringen	6,3% (1,3)	1.105,66 (-216,55)	512,52 (-226,22)
Gesamt	6,1%	1.322,22	738,74

* Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten (Inanspruchnahmerate) bzw. in Euro (Gesamtausgaben und Eigenanteil)

In Tabelle 5-4 werden die Ergebnisse der in diesem Kapitel dargestellten Kenngrößen für über die KZVen abgerechnete Inanspruchnahmen, Gesamtausgaben sowie in den Datenübermittlungen dazu enthaltene Eigenanteile für die Neueingliederung von Zahnersatz nach Ländern ausgewiesen. Es ist zu beachten, dass regional divergierende Werte hier nicht unmittelbar im Sinne von Unterschieden interpretiert werden können, die im Bereich Zahnersatz und Zahnkronen insgesamt bestehen. So kann z.B. von der mit 5,2% vergleichsweise niedrigen Inanspruchnahmerate in Bayern nicht auf eine im gesamten Bereich Zahnersatz verminderte Inanspruchnahme in Bayern geschlossen werden. Auswertungen der BARMER GEK zeigen, dass den nicht über die zuständige KZV abgerechneten andersartigen Versorgungen und Mischfällen hier größere Bedeutung zukommt als in jedem anderen Land. Nach derzeitigem Sachstand wird es für zukünftige Reporte aber möglich sein, empirisch fundiert ein differenziertes und vor allem kompletteres Abbild der Inanspruchnahme, des Leistungs- und des Ausgaben-geschehens zu zeichnen.

Mit der gebotenen Vorsicht kann hier festgehalten werden, dass sich bei Neueingliederungen gegenüber den westlichen Ländern in den östlichen Ländern im Mittel deutlich niedrigere Gesamtausgaben je versorgtem Versicherten ergeben.

Bonusleistungen

Versicherte, die regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt durch die Dokumentation im Bonusheft (Stempel) nachweisen können, erhalten einen erhöhten Festzuschuss zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Der Festzuschuss erhöht sich um 20%, wenn das Bonusheft über eine Zeitspanne von fünf Jahren und um 30%, wenn es über eine Zeitspanne von zehn Jahren lückenlos geführt wurde. Versicherte mit geringem Einkommen haben Anspruch auf die Übernahme der gesamten Kosten der Regelversorgung durch ihre Krankenkasse.

Wählen sie eine gleich- oder andersartige Versorgung, erhalten sie einen Zuschussbetrag in Höhe des doppelten Festzuschusses (ohne Bonus).

Tabelle 5-5: Zuschusserhöhung für Versicherte mit lückenloser Führung des Bonusheftes für Zahnersatz (stand.D2013)

Zuschusserhöhung	Häufigkeit	Prozent
0%	260.317	28,3%
20%	74.688	8,1%
30%	503.655	54,7%
100%	81.446	8,9%
Gesamt	920.107	100,0%

Im Jahr 2013 haben 8,1% der Versicherten eine Erhöhung um 20% und 54,7% eine Erhöhung um 30% des Festzuschusses erhalten. 8,9% haben den sogenannten Härtefall-Zuschuss von 100% der Regelversorgung erhalten (Tabelle 5-5). Diese Ergebnisse bestätigen, dass in Deutschland ein relativ hoher Anteil der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen auf Kontrolluntersuchungen entfällt.

5.3 Leistungen

In Tabelle 5-6 sind die in 2013 über die KZVen abgerechneten Festzuschussbefunde nach Befundklassen geordnet aufgeführt. Mit 41,0% wurden am häufigsten Leistungen zur Wiederherstellung und Erweiterung von bereits vorhandenem konventionellem Zahnersatz (Befundklasse 6) durchgeführt. Im Bereich der Neueingliederung von Zahnersatz überwiegt die Versorgung erhaltungswürdiger Zähne (Befundklasse 1) mit 33,3% aller in 2013 abgerechneten Regelversorgungsleistungen. Die Versorgung zahnbegrenzter Lücken (z. B. nach

Extraktion eines oder mehrerer Zähne, Befundklasse 2 und 3) umfasst knapp 15% der in Anspruch genommenen Leistungen.

Tabelle 5-6: Verteilung der abgerechneten Festzuschussbefunde (stand.D2013)

Befund- klasse	Bezeichnung	Häufigkeit (absolut)	Häufigkeit (relativ)
1	Erhaltungswürdiger Zahn	634.479	33,3%
2	Zahnbegrenzte Lücke von höchstens vier fehlenden Zähnen ...	192.187	10,1%
3	Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen	85.748	4,5%
4	Restzahnbestand bis zu drei Zähnen oder zahnloser Kiefer	134.764	7,1%
5	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist	65.234	3,4%
6	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz	780.660	41,0%
7	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen	9.699	0,5%
	Gesamt	1.902.770	100,0%

In Abbildung 5-5 sind die Altersverläufe der Befundklassen grafisch dargestellt. Auffällig – aber inhaltlich nachvollziehbar – ist der starke Anstieg der Wiederherstellungs- und Erweiterungsleistungen der Befundklasse 6 im fortgeschrittenen Lebensalter. Für die übrigen Befundklassen der Neueingliederungen zeigt sich ein Anstieg in den Altersgruppen ab 25 Jahren. Der Anstieg in der Inanspruchnahme von Wiederherstellungsleistungen zeigt sich erwartungsgemäß erst etwas später im Altersverlauf.

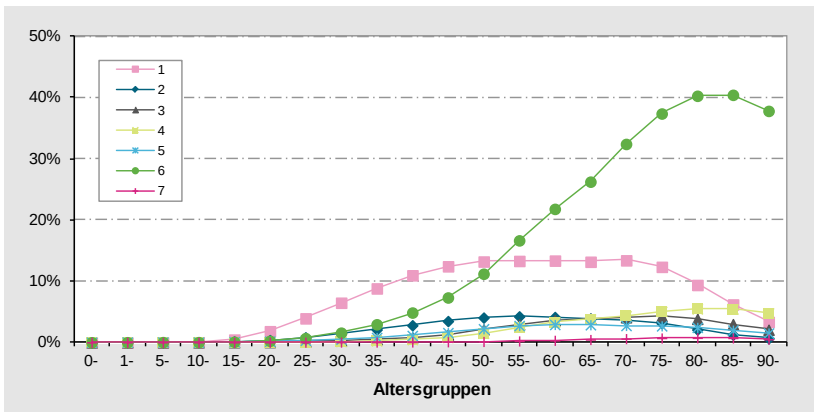


Abbildung 5-5: Anteil der Versicherten mit mindestens einem Festzuschuss im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz nach Alter und Befundklasse (nur über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse; stand.D2013)

5.4 Entwicklung über die Zeit

Auch am Ende dieses Kapitels werden in Tabelle 5-7 erstmalig die Inanspruchnahmeraten für Leistungen des BEMA-Teil 5 für die Analysejahre 2012 und 2013 in einheitlich auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der deutschen Bevölkerung am 31.12.2011 (nach Zensus 2011) standardisierter Form aufgeschlüsselt nach Ländern dargestellt.

Analog zu den in Tabelle 5-4 wiedergegebenen Werten ist zu beachten, dass Unterschiede zwischen Ländern nicht unmittelbar im Sinne einer insgesamt vergleichsweise geringeren oder höheren Inanspruchnahme von Zahnersatzleistungen interpretiert werden können. Direkten Interpretationen besser zugängliche Werte werden vorliegen, wenn die derzeit für diesen Report verfügbare Datenbasis zukünftig um fallbezogen zuordnenbare Informationen zu den nicht über die KZVen abgerechneten andersartigen Versorgung und Mischfällen ergänzt ist.

Tabelle 5-7: Inanspruchnahmerate für vertragszahnärztliche Leistungen des BEMA-Teil 5 in den Jahren 2012 und 2013 nach Ländern* (nur über die KZVen abgerechnete Neueingliederungen und Wiederherstellungen; stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate in Prozent	
	2012	2013
Schleswig-Holstein	11,8% (0,6)	11,2% (0,6)
Hamburg	11,5% (0,3)	11,2% (0,5)
Niedersachsen	10,7% (-0,5)	10,6% (0,0)
Bremen	11,6% (0,4)	10,6% (-0,1)
Nordrhein-Westfalen	11,3% (0,1)	10,7% (0,1)
Hessen	10,8% (-0,3)	10,4% (-0,2)
Rheinland-Pfalz	10,8% (-0,4)	10,1% (-0,5)
Baden-Württemberg	10,4% (-0,8)	9,8% (-0,8)
Bayern	9,5% (-1,7)	9,1% (-1,6)
Saarland	9,7% (-1,5)	9,5% (-1,2)
Berlin	11,5% (0,4)	11,3% (0,7)
Brandenburg	12,9% (1,8)	11,8% (1,2)
Mecklenburg-Vorpommern	12,1% (0,9)	11,9% (1,3)
Sachsen	13,7% (2,5)	12,6% (2,0)
Sachsen-Anhalt	13,3% (2,1)	12,2% (1,5)
Thüringen	12,6% (1,4)	11,9% (1,3)
Gesamt	11,2%	10,6%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

6 Schwerpunktthema: Füllungen

Der Schwerpunktteil des vorliegenden Zahnreportes beschäftigt sich in diesem Jahr mit dem Thema „Füllungen“. Dieses Thema ist sehr vielschichtig: Zum Beispiel enthalten abgerechnete Gebührenpositionen zu Füllungen nur einen Teil der wissenschaftlich interessanten Informationen. Auch wiederholte Leistungen an demselben Zahn beziehungsweise an derselben Zahnfläche repräsentieren nicht in jedem Fall die Erneuerung einer Füllung. Das vorliegende Schwerpunktthema verlangt daher eine differenzierte Betrachtung. Im Folgenden wird zunächst eine kurze Einführung in das Thema Füllungen gegeben. Die anschließenden Kapitel befassen sich dann mit Folgebehandlungen nach Füllungstherapie über vier Jahre, regionalen Mustern in der Füllungstherapie und spezifischen Aspekten großer Seitenzahnfüllungen.

6.1 Einführung ins Thema

Definition

Füllungen zählen zu den häufigsten zahnärztlichen Therapieleistungen. Geht an einem Zahn Zahnschubstanz verloren, wird dieser Defekt wieder (auf)gefüllt. Häufigste Ursache für derartige Schubstanzdefekte ist die Zahnkaries. Grob abzugrenzen sind Füllungen vom Zahnersatz. Während bei Füllungen zahnbezogen fehlende Zahnschubstanz ersetzt wird, werden durch Zahnersatz in der Regel ganze fehlende Zähne oder Zahngruppen ersetzt.

Epidemiologie

Die vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie aus dem Jahr 2005 konnte in einer für die deutsche Bevölkerung repräsentativen Stichprobe eine Karieserfahrung von 14,5 betroffenen Zähnen in der Altersgruppe der 35 - bis 44-Jährigen feststellen (Micheelis 2006). Diese Zahl beinhaltet sowohl kariöse (akut erkrankte), bereits gefüllte (behandelte) und bereits extrahierte (entfernte) Zähne. Auch wenn diese Erhebung der Karies-

erfahrung mit gewissen Unschärfen behaftet ist (Benigeri et. al 1998, Burt 1997), u. a. da Zähne nicht immer aufgrund von Karies entfernt werden, gibt die Zahl doch einen Überblick über die Krankheitslast. Der Sanierungsgrad, das heißt die Rate der suffizient behandelten (gefüllten) kariösen Zähne, betrug ca. 95%. Zahnärztliche Füllungstherapie ist daher ein Thema, das einen Großteil der Deutschen Bevölkerung betrifft und von hoher gesundheitsökonomischer Relevanz ist. Dies wird auch bei Betrachtung der in Kapitel 3 ausgewiesenen Inanspruchnahmeraten deutlich. Umso wichtiger erscheint es, langfristige Outcomes der Füllungstherapie auf der Ebene der Versorgungsforschung fundiert zu untersuchen.

Historischer Überblick

Bereits seit dem 18. Jahrhundert ist die zahnerhaltende Behandlung von kariösen Zähnen ein fester Bestandteil der Zahnheilkunde (Heidel 2006, Hoffmann-Axthelm 1985). Wichtige Meilensteine in der historischen Entwicklung der Füllungstherapie wurden bereits im 19. Jahrhundert erreicht. So wird 1858 die Entwicklung von Zinkoxidphosphatzement als Füllungsmaterial bekanntgegeben, der noch heute als provisorisches Füllungsmaterial verwendet wird. Zeitgleich entwickelt sich die Technik der so genannten „Goldhämmer- oder Goldkloppfüllung“. Amalgame werden bereits Anfang des 19. Jahrhunderts als Zahnfüllungsmaterial beschrieben, werden allerdings erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts breit angewendet. Die Präparationsregeln nach Black geben dem Zahnarzt ab 1886 erstmals fundierte Richtlinien zur präventiv ausgerichteten Gestaltung von Zahnfüllungen. Die Entwicklung der Füllungstherapie im 20. Jahrhundert ist weitestgehend durch materialtechnische Entwicklungen bestimmt, wobei die Entwicklung der Gussfüllungstechnologie um 1910 und die Einführung von Kompositen (Kunststoffen) in den 1950er Jahren herausragen. Letztere prägt die Füllungstherapie bis heute nachhaltig und hat entscheidend zur Neuausrichtung hin zu einer minimalinvasiven Behandlung der Karies beigetragen (Peters u. McLean 2001a, 2001b, Tyas et. al 2000).

Füllungstherapie in der GKV

Die BEMA-Nummern 13a bis 13d (entsprechend Kürzel F1 bis F4) repräsentieren per definitionem eine Zahnfüllung mit einem plastischen Füllungsmaterial. Die Kleinbuchstaben a bis d stehen dabei für verschiedene Größen- bzw. Flächenausdehnungen. Solche plastischen Füllungsmaterialien sind hauptsächlich Komposite (auch: „Kunststoffe“) und Amalgame. Die Verwendung von Glasionomerzement (GIZ) als definitives plastisches Füllungsmaterial ist dabei umstritten (Burke u. Lucarotti 2015, Hickel u. Manhart 2001, Sjögren u. Halling 2002). Die KZBV selbst beschreibt die Nutzung von GIZ lediglich als „Übergangslösung“ (<http://www.kzbv.de/welche-zahnfuellungen-gibt-es.189.de.html>).

Darüber hinaus besteht für den Zahnarzt die Möglichkeit, Zahnhartsubstanzdefekte durch Einlagefüllungen (auch: Inlays) aus Metall oder Keramik zu ersetzen. Die in der Regel höheren Kosten werden dabei mit dem Patienten über eine Mehrkostenvereinbarung geregelt, wobei gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse die normale BEMA-Nummer der jeweiligen Füllung abgerechnet wird. Anhand der abgerechneten BEMA-Nummern kann daher lediglich auf Zahn, Größe und Fläche(n), nicht aber auf Art und Material der angefertigten Füllung geschlossen werden.

Die BEMA-Nummern 13e bis 13g gelten im Ausnahmefall für Kompositfüllungen bei Patienten mit nachgewiesener Amalgamunverträglichkeit. Diese BEMA-Nummern spielen im Rahmen der gesamten Füllungstherapie eine zu vernachlässigende Rolle. Sie werden daher im vorliegenden Schwerpunktteil nicht näher betrachtet.

Verwendete Nomenklatur

Im folgenden Kapitel wird im Wesentlichen zwischen Front- und Seitenzähnen unterschieden. Frontzähne sind alle Schneide- und Eckzähne und entsprechen den Zähnen 1 bis 3 im FDI-Zahnschema (Abbildung 6-1). Seitenzähne sind alle Prämolaren und Molaren und entsprechen den Zähnen 4 bis 8 im FDI-Zahnschema (Abbildung 6-1). Die einzelnen

Flächen des Zahnes werden als mesial (zur Zahnbogenmitte hin), distal (zum Zahnbogenende hin), okklusal (zur Kaufläche hin), inzisal (zur Schneidekante hin), vestibulär (zum Mundvorhof – auch zur Wange oder Lippe – hin) und oral (zur Mundhöhle hin) bezeichnet.

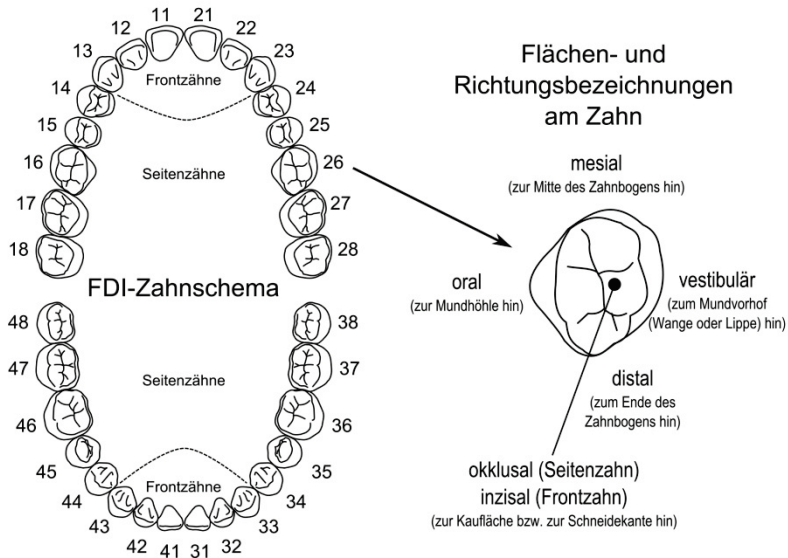


Abbildung 6-1: FDI-Zahnschema mit einzelnen Zahnbezeichnungen und Einteilung der Zähne in Front- und Seitenzähne. Erläuterung der Flächen- und Richtungsbezeichnungen am einzelnen Zahn in der rechten Bildhälfte. Abbildungsnachweis: Rädcl M, modifiziert nach http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Human_dental_arches.svg, Autor: Kaligula, publiziert unter Creative Commons License

Dieser Nomenklatur folgt auch die Ausdehnungsbezeichnung von Zahnfüllungen: Eine einflächige Füllung (BEMA 13a oder F1) kann demnach nur eine der beschriebenen Flächen umfassen, z. B. eine okklusale Füllung. Eine dreiflächige Füllung (BEMA 13c oder F3) umfasst folgerichtig drei entsprechende Zahnflächen, z. B. eine mesial-okklusal-distale Füllung.

6.2 Longitudinale Betrachtungen

Die Frage „Wie lange hält eine Füllung?“ ist wissenschaftlich bis jetzt nur unzureichend beantwortet. Nur wenige Studien befassen sich mit dem langfristigen Outcome von Füllungen unter Praxisbedingungen (u. a. Burke u. Lucarotti 2015, 2009, Laske et. al 2015, McCracken et. al 2013, Sjögren u. Halling 2002). Für die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland gibt es bis jetzt keine vergleichbaren Zahlen.

Aufgrund unterschiedlicher Materialien, Zahnarten, Füllungsausdehnungen etc. ist eine einfache Beantwortung dieser Frage schwierig. Auch der vorliegende Schwerpunktteil kann sich einer Antwort nur nähern. Dafür gibt es drei wesentliche Gründe:

- Die vorliegenden Daten der BARMER GEK lassen Rückschlüsse auf Behandlungen der Jahre 2010 bis 2013 zu. Somit können vorerst keine Zahnkarrieren über einen Zeitraum von mehr als vier Jahren hinweg betrachtet werden.
- Die zur Analyse herangezogenen Abrechnungsdaten enthalten keine Informationen zu verwendeten Materialien oder Füllungsarten.
- Füllungen werden zahnbezogen und zahnflächenbezogen abgerechnet. Da jedoch je Zahnfläche im Einzelfall auch mehrere Füllungen angefertigt werden können, erlauben die Daten keine Differenzierung zwischen Füllungserneuerung einer alten Füllung und neuer (zweiter) Füllung an derselben Fläche.

Im Vergleich zu klinischen Studien, die für Füllungen im Seitenzahnbereich zum Beispiel für zehn Jahre und mehr vorliegen (Dietz et. al 2014, Opdam et. al 2014, Pallesen u. Qvist 2003 u. a.), sind die vier Jahre Beobachtungszeit des Reportes eher gering. Dagegen sprechen hohe Fallzahlen, harte Zielkriterien und der Datenursprung direkt aus der zahnärztlichen Versorgung für die Analysen dieses Reports. Der Aspekt des Einflusses verschiedener Materialien auf die Haltbarkeit von Füllungen wird oft diskutiert (Huysmans 2015). Ein aktueller Cochrane-

Review konstatiert bspw. eine Überlegenheit von Amalgamen gegenüber Kompositen im Seitenzahnbereich auf einem schwachen Evidenzlevel (Rasines Alcaraz, M. G., Veitz-Keenan, A. et. al 2014). Aufgrund der Datengrundlage können die Analysen des Reports keine neuen Erkenntnisse zu diesem Aspekt liefern. Ebenso unbetrachtet bleibt der beschriebene Einfluss patientenbezogener Faktoren auf das Outcome von Füllungen (van de Sande, F. H. et. al 2013, Demarco et. al 2012).

Trotzdem geben die vorliegenden Ergebnisse einen wertvollen erstmaligen Einblick in die longitudinale, zahnbezogene Entwicklung füllungsbehandelter Zähne im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland.

6.2.1 Grundlagen zur Methodik

Zur longitudinalen Betrachtung von Folgebehandlungen an Zähnen nach Füllungstherapie wurde die Methode der Überlebenszeitanalyse nach Kaplan und Meier gewählt. In die Analyse wurden alle Versicherten einbezogen, die über den Beobachtungszeitraum vom 01.01.2010 bis zum 31.12.2013 bei der BARMER GEK versichert waren. Die maximale Beobachtungszeit betrug demnach vier Jahre. In Abbildung 6-2 ist die Verwendung der Abrechnungsdaten für diese Analyse in zwei einfachen Beispielen dargestellt. Die genaue Beschreibung der jeweils verwendeten Indexbehandlungen und der Zielereignisse erfolgt im Rahmen der Analysebeschreibungen in den folgenden Textabschnitten (siehe auch Tabelle 6-1).

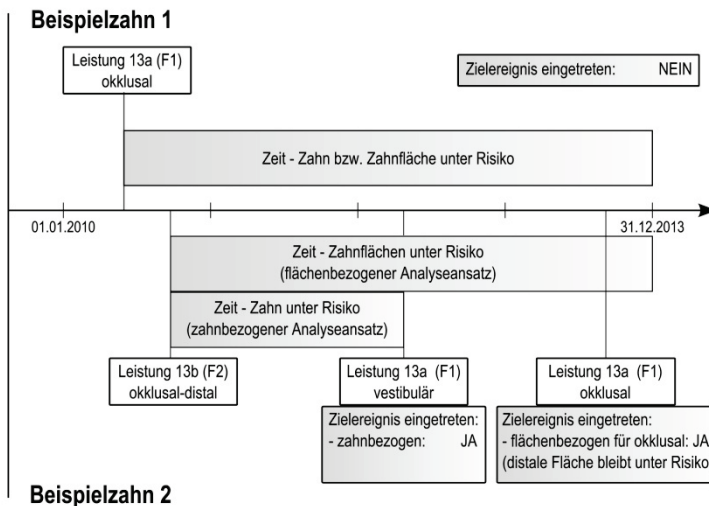


Abbildung 6-2: Darstellung der Abrechnungsdatennutzung für die Überlebenszeitanalysen nach Kaplan und Meier an zwei einfachen Beispielen

Aufgrund der beschriebenen Limitationen wurden zwei verschiedene Analyseansätze gewählt: ein flächenbezogener (Analyseansatz 1) und ein zahnbezogener Ansatz (Analyseansatz 2; vgl. Abbildung 6-3). Der flächenbezogene Analyseansatz untersucht dabei Re-Interventionen an einzelnen gefüllten Zahnflächen unabhängig von der Füllungsgröße. Der zahnbezogene Analyseansatz untersucht Re-Interventionen nach Füllungen an demselben Zahn in Abhängigkeit der Füllungsgröße. Beide Ansätze verfolgen unterschiedliche Ziele: Der flächenbezogene Ansatz betrachtet im weitesten Sinne das Outcome der Füllung an sich. Wird an derselben Zahnfläche eine neue Füllung abgerechnet, ist mit einigen Ausnahmen (siehe auch Abbildung 6-3) eine Re-Intervention an dieser Füllung erforderlich gewesen. Zu diesem Zweck wurden sowohl an Front- als auch an Seitenzähnen unter anderem spezifisch die mesialen und distalen Flächen betrachtet, da dort Zweitfüllungen unwahrschein-

licher als beispielsweise an okklusalen Flächen sind. Im zahnbezogenen Ansatz dagegen wird das Outcome der Füllungstherapie bzw. deren Nachhaltigkeit betrachtet. Er untersucht, wann ein abgeschlossen behandelter Zahn nach Füllungstherapie erneut behandelt werden muss. Abgerundet werden beide Analyseansätze durch zwei Analysen spezifischer Füllungstypen an bestimmten Zähnen. Weisheitszähne (dritte Molaren) wurden im Rahmen der longitudinalen Betrachtungen dieses Schwerpunktteils nicht berücksichtigt.

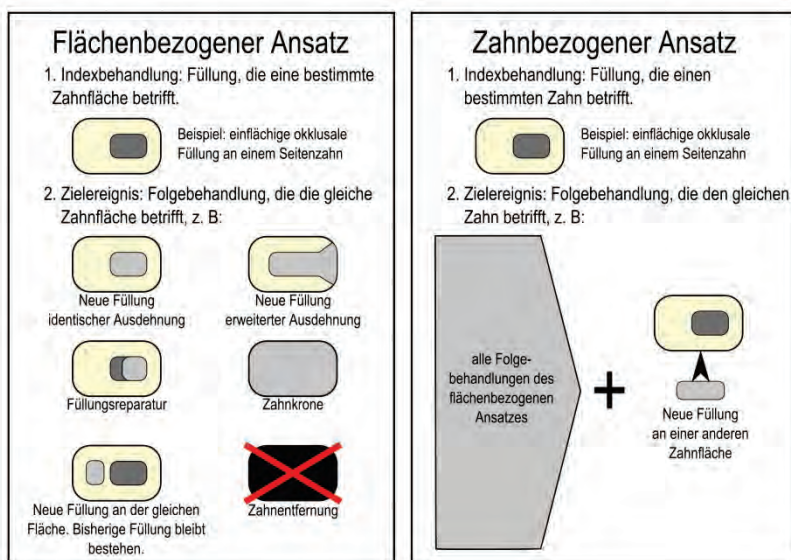


Abbildung 6-3: Beispielhafte Erläuterung der beiden Analyseansätze (flächenbezogen und zahnbezogen). Die Darstellung der Indexbehandlung und der Folgeereignisse ist zur Visualisierung der beiden Ansätze gewählt und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit

Die Definition der jeweiligen Indexbehandlungen und der entsprechenden Zielereignisse ist für jede Einzelanalyse detailliert in Tabelle 6-1 dargestellt:

Tabelle 6-1: Übersicht über die längsschnittlichen Analysen und entsprechende Indexbehandlungen und Zielereignisse

Analyse	Indexbehandlungen	Zielereignisse
Flächenbezogener Ansatz		
1	Füllung (13a bis 13d) an mesialer Fläche eines Frontzahnes	a) Füllung (13a bis 13d) mit Beteiligung derselben Zahnfläche b) Krone oder Teilkrone c) Zahnextraktion
2	Füllung (13a bis 13d) an distaler Fläche eines Frontzahnes	a) Füllung (13a bis 13d) mit Beteiligung derselben Zahnfläche b) Krone oder Teilkrone c) Zahnextraktion
3	Füllung (13a bis 13d) an mesialer Fläche eines Seitenzahnes	a) Füllung (13a bis 13d) mit Beteiligung derselben Zahnfläche b) Krone oder Teilkrone c) Zahnextraktion
4	Füllung (13a bis 13d) an distaler Fläche eines Seitenzahnes	a) Füllung (13a bis 13d) mit Beteiligung derselben Zahnfläche b) Krone oder Teilkrone c) Zahnextraktion
5	Füllung (13a bis 13d) an okklusaler Fläche eines Seitenzahnes	a) Füllung (13a bis 13d) mit Beteiligung derselben Zahnfläche b) Krone oder Teilkrone c) Zahnextraktion
Zahnbezogener Ansatz		
6	Einflächige Füllung (BEMA 13a oder F1)	a) Füllung (13a bis 13d) an demselben Zahn b) Krone oder Teilkrone c) Zahnextraktion
7	Zweiflächige Füllung (BEMA 13b oder F2)	a) Füllung (13a bis 13d) an demselben Zahn b) Krone oder Teilkrone c) Zahnextraktion
8	Dreiflächige Füllung (BEMA 13c oder F3)	a) Füllung (13a bis 13d) an demselben Zahn b) Krone oder Teilkrone c) Zahnextraktion
9	Mehr als dreiflächige Füllung (BEMA 13d oder F4)	a) Füllung (13a bis 13d) an demselben Zahn b) Krone oder Teilkrone c) Zahnextraktion
Spezifische Analysen		
10	Schneidekanteneckenaufbau an einem Schneidezahn (BEMA 13d (F4) mit Beteiligung der inzisalen und der mesialen oder distalen Fläche)	a) mehr als einflächige Füllung unter Beteiligung der inzisalen und derselben mesialen oder distalen Zahnfläche
11	Mesial-okklusal-distale Molarenfüllung	a) erneute identische Füllungsleistung
12	Mesial-okklusal-distale Molarenfüllung	a) Erneute Füllungsleistung (ausdehnungsunabhängig) an einer der beteiligten Flächen

Sowohl bei den flächen- als auch bei den zahnbezogenen Analysen wurden auch Kronen/Teilkronen und Zahnextraktionen als Folgebehandlungen (Zielereignisse) betrachtet.

Die Anfertigung von Kronen und Teilkronen an den jeweiligen Zähnen musste dabei aus den abgerechneten Festzuschussbefunden 1.1 und 1.2 abgeleitet werden. Da diese Zielereignisse nur für die Jahre 2012 und 2013 in entsprechend verwertbarer Form vorlagen, wurde zunächst eine getrennte Berechnung der Überlebenszeiten für die Indexbehandlungen aus den Jahren 2010 und 2011 und für die Indexbehandlungen aus den Jahren 2012 und 2013 durchgeführt. Um eine durchgehende Ergebnisbewertung zu ermöglichen, wurden die Zielereignisse der Jahre 2010 und 2011 durch eine Modellierung aus den vorhandenen Daten generiert. Bei der Bewertung und insbesondere bei dem Vergleich der Ergebnisse nach vier Jahren muss diese modellierte Hochrechnung berücksichtigt werden. Dieser Aspekt hat auch einen, wenn auch vergleichsweise geringen Einfluss auf die Ergebnisse des Zielereignisses „Füllung“: Bei Betrachtung des Zielereignisses „Füllung“ wurden Zähne nach Überkronung (Krone/Teilkrone) oder Extraktion entsprechend zensiert, da diese Füllungen nicht mehr unter Risiko standen. Diese Zensierungen mussten für Kronen und Teilkronen für Zensierungen über zwei Jahren Beobachtungszeit ebenfalls entsprechend modelliert beziehungsweise hochgerechnet werden.

Ein- und zweiflächige Füllungen können auch geplant als Aufbau- füllungen vor Überkronung angefertigt werden und entsprechend abgerechnet werden. Diese Kronen und Teilkronen sind selbstverständlich keine Zielereignisse im Sinne eines Outcomes. In diesen Fällen wurde daher die Folgebehandlung Krone/Teilkrone erst 60 Tage nach abgerechneter Füllungsleistung als Zielereignis gewertet. In einem Pretest konnte ermittelt werden, dass knapp 90% der Kronen und Teilkronen innerhalb von 60 Tagen nach einer entsprechenden Füllungsleistung erbracht werden.

6.2.2 Flächenbezogene Re-Interventionen

Insgesamt konnten 2.417.791 Frontzähne nach Füllung an der mesialen Fläche und 2.409.031 Frontzähne nach Füllung an der distalen Fläche in die longitudinale Beobachtung einbezogen werden. Nach einer Füllung mit Beteiligung der mesialen Fläche blieben 79,9% der mesialen Frontzahnflächen ohne Re-Intervention durch Füllung, 93,8% ohne Re-Intervention durch Kronen oder Teilkronen. 94,6% der betroffenen Frontzähne wurden nicht extrahiert. Nach einer Füllung mit Beteiligung der distalen Fläche blieben 80,9% der distalen Frontzahnflächen ohne Re-Intervention durch Füllung, 94,1% ohne Re-Intervention durch Kronen oder Teilkronen und 94,0% der betroffenen Frontzähne wurden nicht extrahiert. Die entsprechenden Überlebenskurven für die mesiale Fläche sind beispielhaft in Abbildung 6-4, 6-5 und 6-6 dargestellt.

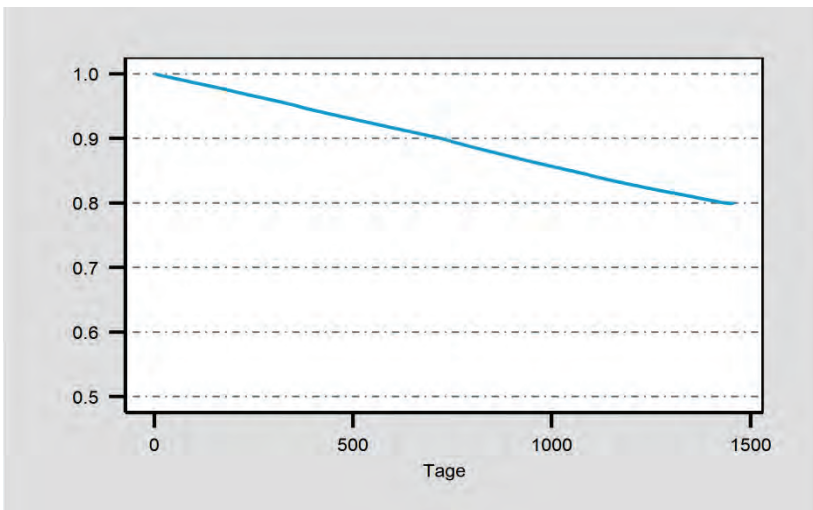


Abbildung 6-4: Überlebenskurve nach Indexbehandlung „Füllung mit Beteiligung der mesialen Fläche eines Frontzahnes für das Zielereignis „Füllung mit Beteiligung derselben Fläche“

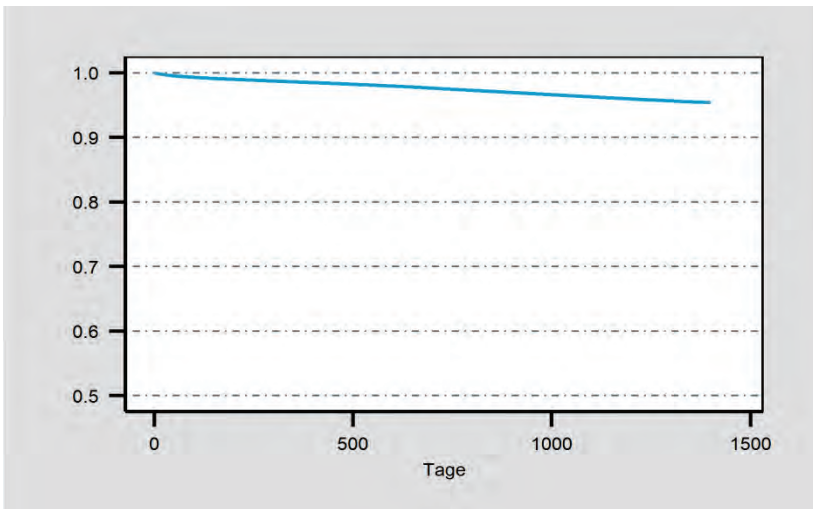


Abbildung 6-5: Überlebenskurve nach Indexbehandlung „Füllung mit Beteiligung der mesialen Fläche eines Frontzahnes für das Zielereignis „Krone oder Teilkrone“. Der Verlauf der Kurve über zwei Jahre hinaus wurde durch eine modellierende Hochrechnung generiert

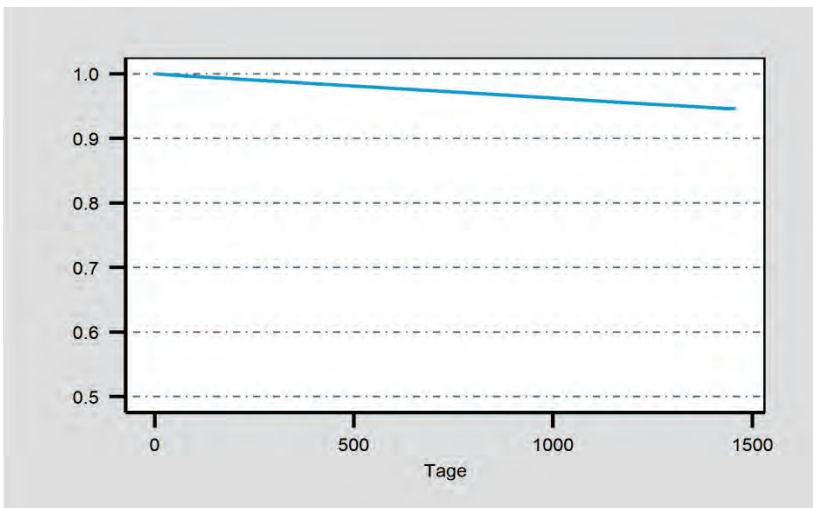


Abbildung 6-6: Überlebenskurve nach Indexbehandlung „Füllung mit Beteiligung der mesialen Fläche eines Frontzahnes“ für das Zielereignis „Extraktion“

Die Unterschiede im Outcome nach Füllung der mesialen und der distalen Fläche sind mit Werten unter 1% vernachlässigbar klein. Ein Grund dafür liegt sicherlich in der kaum unterschiedlichen Zugänglichkeit vorderer und hinterer Zahnflächen für die persönliche Mundhygiene des Patienten im Frontzahnbereich. Die mechanische Belastung vorderer und hinterer Zahnflächen ist ebenfalls als vergleichbar anzusehen.

In die longitudinale Betrachtung der Seitenzähne konnten 7.978.177 Prämolaren und Molaren nach einer Füllung mit Beteiligung der okklusalen Fläche einbezogen werden. 4.962.605 Seitenzähne wurden nach einer Füllung mit Beteiligung der mesialen und 5.465.974 Seitenzähne nach einer Füllung mit Beteiligung der distalen Fläche nachverfolgt. Das Zielereignis einer erneuten Füllung mit Beteiligung derselben Fläche trat nach okklusaler Seitenzahnfüllung in 77,0% der Fälle nicht auf. An der mesialen bzw. distalen Zahnfläche konnte nach entsprechender Füllung in 81,4% bzw. 81,2% der Fälle keine Re-Intervention durch erneute Füllung mit Beteiligung derselben Fläche registriert werden. Eine Re-Intervention durch eine „Krone oder Teilkrone“ wurde nach Füllung mit Beteiligung der okklusalen, mesialen bzw. distalen Zahnfläche in 93,3%, 91,9% beziehungsweise 92,1% der Fälle nicht registriert. Die Überlebensraten für das Zielereignis „Extraktion“ liegen zwischen 94,6% nach Füllung mit Beteiligung der mesialen Fläche 95,5% und nach Füllung mit Beteiligung der okklusalen Fläche. Die Überlebenskurve für das Zielereignis „erneute Füllung mit Beteiligung derselben Fläche“ ist exemplarisch für die Indexbehandlung „Füllung mit Beteiligung der okklusalen Fläche“ in Abbildung 6-7 dargestellt.

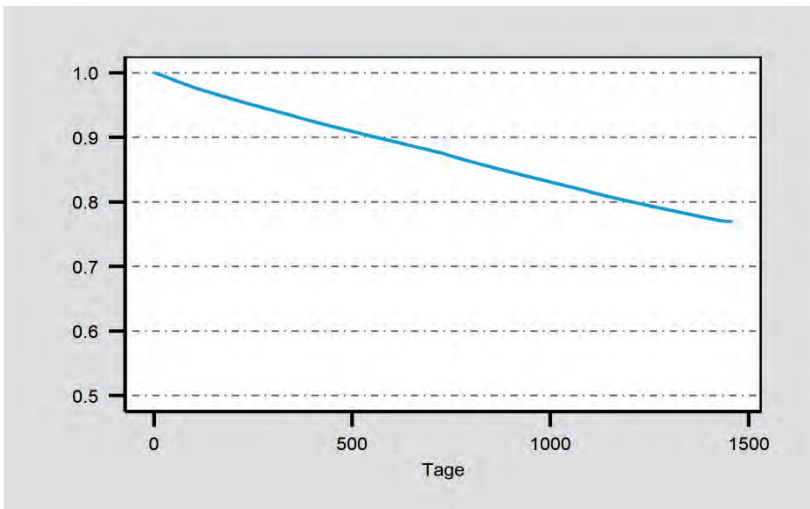


Abbildung 6-7: *Überlebenskurve nach Indexbehandlung „Füllung mit Beteiligung der okklusalen Fläche eines Seitenzahnes“ für das Zielereignis „Füllung mit Beteiligung derselben Fläche“*

Okklusale Zahnflächen an Seitenzähnen sind nach Füllungstherapie demnach deutlich häufiger von Re-Interventionen durch erneute Füllungen betroffen. Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen, sind doch die okklusalen Zahnflächen bei den meisten Seitenzahnfüllungen mit beteiligt und deshalb wahrscheinlich auch öfter Re-Interventionen unterworfen. Erwartungsgemäß gibt es für das Zielereignis „Extraktion“ keine wesentlichen Unterschiede für die verschiedenen Indexbehandlungen an Seitenzähnen.

Die beiden Zielereignisse „Krone/Teilkrone“ und „Extraktion“ traten vergleichsweise selten auf. Wird lediglich das häufigste Zielereignis „Füllung an derselben Fläche“ betrachtet, liegt die hochgerechnete mittlere Überlebenszeit für gefüllte Zahnflächen zwischen 8,7 und 10,5 Jahren. Dieses Ergebnis ist in Bezug auf die Ausrichtung zu einer minimalinvasiven, defektbezogenen Füllungstherapie nicht primär

negativ zu werten. Im Sinne der Nachhaltigkeit zahnärztlicher Therapie muss allerdings eine nicht zu unterschätzende Zahl von Re-Interventionen in mittelfristigen Zeitrahmen festgestellt werden. Langfristig erscheint hier vor allem die Intensivierung prophylaktischer Maßnahmen wichtig, um Karies und damit Füllungstherapie mit notwendigen Folgeinterventionen zu reduzieren.

Bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse muss beachtet werden, dass nur „harte“ Kriterien in Form durchgeführter Behandlungen als Zielereignisse betrachtet wurden. Kritische Befunde, wie z. B. Randspalten oder Randverfärbungen an Füllungen, die keine Behandlung nach sich zogen, in klinischen Untersuchungen aber als negatives Outcome gewertet würden, konnten methodisch bedingt nicht in dieser Analyse betrachtet werden. Die vorliegenden Ergebnisse sind demnach etwas zu positiv berechnet im Vergleich zur klinischen Realität.

6.2.3 Zahnbezogene Re-Interventionen

Für die zahnbezogenen Analysen konnten insgesamt 4.539.634 Zähne nach einer einflächigen Füllung, 6.451.138 Zähne nach einer zweiflächigen Füllung, 3.840.656 Zähne nach einer dreiflächigen Füllung und 2.192.916 Zähne nach einer mehr als dreiflächigen Füllung für maximal vier Jahre nachverfolgt werden. Diese Verteilung ist in Abbildung 6-8 grafisch dargestellt.

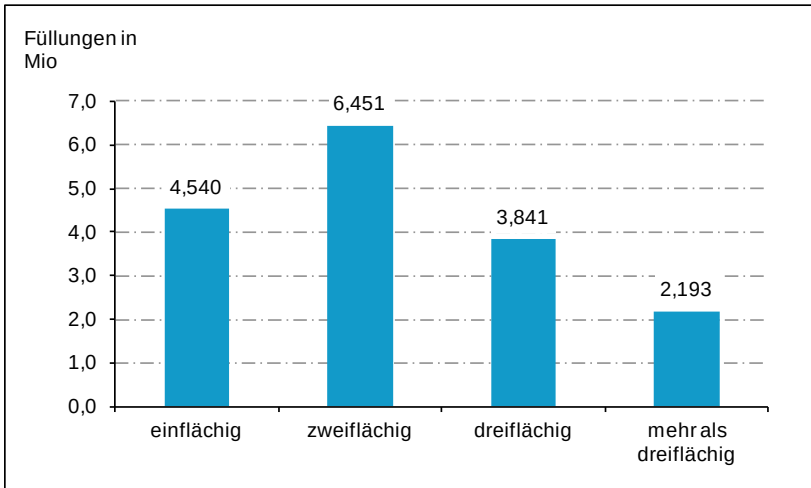


Abbildung 6-8: Grafische Darstellung der Verteilung der einzelnen Füllungsgrößen in der zahnbezogenen Längsschnittanalyse

Die Vierjahresüberlebensrate für das Zielereignis „Füllungs-Re-Intervention an demselben Zahn“ wurde für einfächige Füllungen mit 69,9%, für zweifächige Füllungen mit 74,8%, für dreifächige Füllungen mit 66,6% und für mehr als dreifächige Füllungen mit 60,9% berechnet. Beispielhaft für dieses Zielereignis sind die Überlebenskurven für zwei- und mehr als dreifächige Füllungen in Abbildung 6-9 dargestellt.

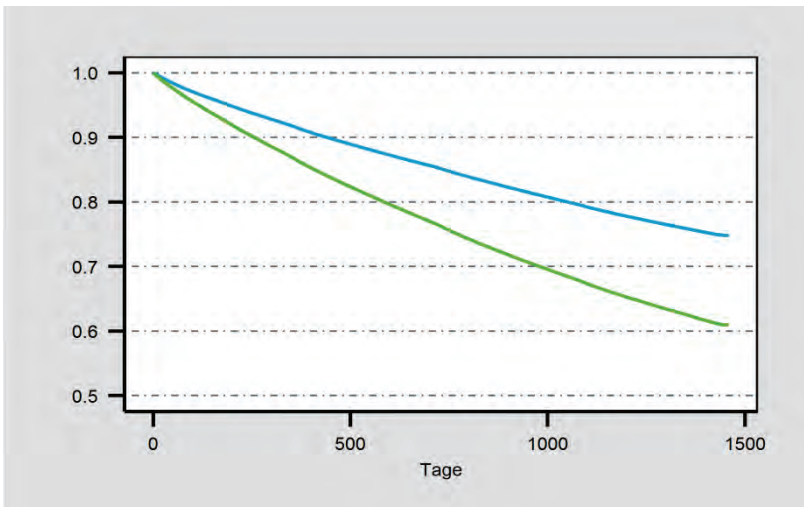


Abbildung 6-9: Überlebenskurve der Indexbehandlungen zwei- (blau) und mehr als dreiflächige Füllung (grün) für das Zielereignis "Neue Füllung am selben Zahn"

Für das Zielereignis „Krone oder Teilkrone“ betrugen die hochgerechneten Vierjahresüberlebensraten jeweils 95,9% für einflächige, 93,2% für zweiflächige, 94,6% für dreiflächige und 90,6% für mehr als dreiflächige Füllungen. Die Ergebnisse für das Zielereignis „Extraktion“ lagen bei 94,9% für einflächige, 95,2% für zweiflächige, 94,8% für dreiflächige und 93,6% für mehr als dreiflächige Füllungen nach vier Jahren.

Bei Betrachtung der zahnbezogenen Ergebnisse fällt auf, dass die Überlebensraten zweiflächiger Füllungen gegenüber denen einflächiger Füllungen zunächst leicht ansteigen, um dann bei drei- und mehr als dreiflächigen Füllungen wieder etwas stärker abzufallen. Zweiflächige Füllungen weisen nach dieser Analyse die besten Überlebensraten und mehr als dreiflächige Füllungen die schlechtesten Überlebensraten auf. Das schlechtere Abschneiden von großflächigen Füllungen ist dabei

konform zu wissenschaftlichen Erkenntnissen über eine schlechtere Langzeitbewährung von großflächigen gegenüber kleinflächigen Füllungen. Das schlechtere Abschneiden von einflächigen Füllungen gegenüber zweiflächigen Füllungen ist möglicherweise mit einem Anteil von einflächigen Zahnhalsfüllungen zu begründen, deren Langzeitbewährung je nach verwendetem Material und angewandter Technik schwankt.

Das Zielereignis Krone/Teilkrone trat erwartungsgemäß am häufigsten bei mehr als dreiflächigen Füllungen auf. Ein gewisser Anteil von Zähnen wurde hier sicherlich im Sinne einer minimalen Invasivität noch mit einer sehr großen, ggf. prognostisch ungünstigen Füllung versorgt. Nach einem mittelfristigen Versagen fiel danach doch die Entscheidung zur Zahnkrone bzw. Teilkrone.

Insgesamt sind die Überlebensraten der Füllungen im zahnbezogenen Ansatz deutlich schlechter als im flächenbezogenen Ansatz. Dies wurde erwartet. Aufgrund der bereits beschriebenen Limitationen wird hier die Auffassung vertreten, dass beide Ansätze für eine seriöse Bewertung des Outcomes sinnvoll sind. Der flächenbezogene Ansatz nimmt dabei eine eher qualitative Beurteilung der konkreten Füllung vor. Ein Zielereignis wird nur ausgelöst, wenn an derselben Füllungsfläche re-interveniert wird. Dies wird im weitaus größeren Teil der Fälle vermutlich eine Re-Intervention bezogen auf die Erstbehandlung (Indexbehandlung) sein, auch wenn Ausnahmen (z. B. zweite Füllung an derselben Fläche) möglich sind. Der zahnbezogene Ansatz bewertet dagegen das Outcome der zahnbezogenen Therapiestrategie: Ein „fertig gefüllter“ Zahn musste innerhalb einer bestimmten Zeit wieder behandelt werden. Sicherlich sind diese zahnbezogenen Re-Interventionen in hohem Maße von äußeren Faktoren, wie z. B. der Anfälligkeit des Patienten für Karies, persönlicher Mundhygiene oder dem Ernährungsverhalten, abhängig. Sie müssen also nicht unmittelbar mit der Qualität der betreffenden Füllung zusammenhängen. Auch wenn die multiple, minimal-invasive Füllungstherapie (eher viele kleine, defektbezogene Füllungen

als wenige große) erheblich an Bedeutung gewonnen hat, muss nicht zuletzt auch aus gesundheitsökonomischer Sicht im Einzelfall hinterfragt werden, ob die entsprechende Füllungstherapie in diesem Fall die richtige langfristige Strategie war.

Wiederholungsfüllungen innerhalb von zwei Jahren sind nach den geltenden Regeln der vertragszahnärztlichen Versorgung nur bei bestimmten Füllungsarten oder dem Vorliegen besonderer Umstände möglich. Der ersichtliche Einfluss dieser Regeln auf die vorliegenden Überlebenskurven ist nur gering bzw. wird nur in wenigen Kurven deutlich, was das offensichtlich häufige Vorliegen besonderer Umstände zeigt.

6.2.4 Spezifische longitudinale Analysen

Re-Interventionen nach Eckenaufbau am Frontzahn

Eckenaufbauten an Frontzähnen zählen zu den technisch anspruchsvollsten Füllungsrestaurationen. Neben einer adäquaten Trockenlegung muss der Zahnarzt bei der Anfertigung auch hohen ästhetischen Anforderungen Rechnung tragen. Gemäß einer Entscheidung des Bundesschiedsamtes unterliegt die Abrechenbarkeit der Wiederholung von Eckenaufbauten auch innerhalb von zwei Jahren keinen Einschränkungen. Ein Einfluss von Gewährleistungsfristen auf die Überlebensfunktion ist in diesem Fall nicht zu erwarten. Aus diesen Gründen wurde speziell dieser Füllungstyp für eine spezifische Analyse ausgewählt.

Nach dem Aufbau einer Frontzahnecke konnten insgesamt 805.171 Frontzähne über maximal vier Jahre nachverfolgt werden. Davon wurde in 108.835 Fällen das Zielereignis „Füllungs-Re-Intervention“ registriert. Die Berechnungen ergaben eine Zweijahresüberlebensrate von 87% und eine Vierjahresüberlebensrate von 76%. Die entsprechende Überlebenskurve ist in Abbildung 6-10 dargestellt.

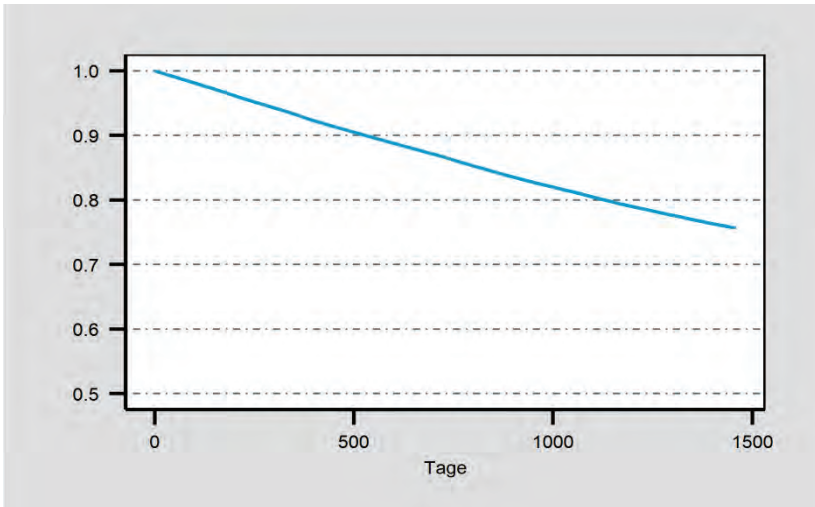


Abbildung 6-10: Überlebenskurve für Eckenaufbauten im Frontzahnbereich, Zielereignis „Füllungs-Re-Intervention an mindestens zwei der beteiligten Flächen“

Knapp ein Viertel der beobachteten Eckenaufbauten wurde innerhalb der Beobachtungszeit von vier Jahren einer Re-Intervention unterzogen. Linearität angenommen, entspräche dies in etwa einer Halbwertszeit von acht Jahren. Dieses Ergebnis zeigt, dass großflächige (in der Mehrzahl sicherlich adhäsive) Füllungen im Frontzahnbereich nach wie vor als kritische und schwierige Form der zahnärztlichen Füllungstherapie gesehen werden müssen.

Re-Intervention nach dreiflächiger-Molarenfüllung (mesial-okklusal-distal)

Die dreiflächige Füllung an einem Molaren (16, 17, 26, 27, 36, 37, 46, 47) über die Flächen mesial, okklusal und distal ist eine sehr häufige

Versorgung. Sie kann als klassisches Beispiel einer Seitenzahnfüllung angesehen werden und wird oft auch abgekürzt als M-O-D-Füllung bezeichnet. Die Weisheitszähne (18, 28, 38, 48), die auch zu den Molaren gehören, wurden aufgrund deutlich schwererer Zugänglichkeit für den behandelnden Zahnarzt und die persönliche Mundhygiene des Patienten explizit nicht betrachtet.

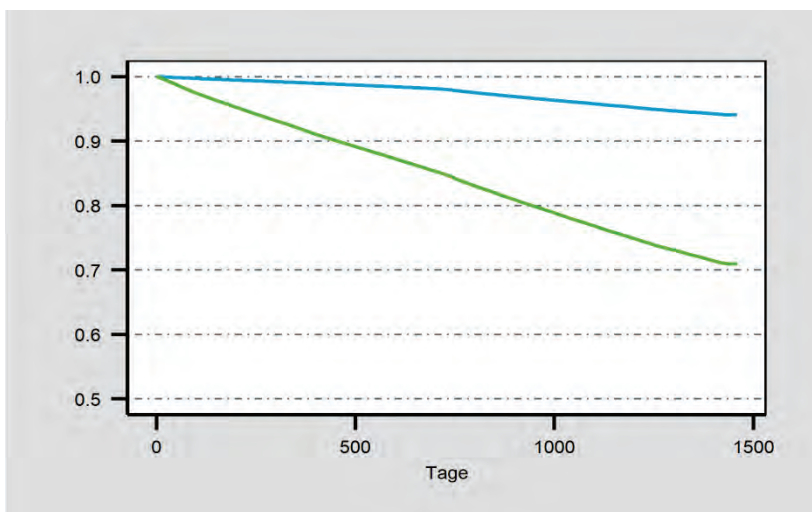


Abbildung 6-11: Überlebenskurven nach Indexbehandlung „mesial-okklusal-distale Molarenfüllung“ mit den Zielereignissen „Wiederholung der identischen Füllung“ (blau) und „Neue Füllung an einer beteiligten Zahnfläche“ (grün)

In die Analyse konnten 381.911 M-O-D-Füllungen einbezogen werden. Die Vierjahresüberlebensrate wurde für das Zielereignis „Wiederholung der identischen Füllung“ mit 94,1% und für das Zielereignis „Re-Intervention an einer der beteiligten Füllungsflächen“ mit 70,9% berechnet. Die entsprechenden Überlebenskurven sind in Abbildung 6-11 dargestellt.

Diese Überlebensraten bestätigen große dreiflächige Seitenzahnfüllungen als vergleichsweise solide Restaurationen. Nur in dieser Analyse ist in der entsprechenden Überlebenskurve ein erwarteter deutlicher Abwärtsknick nach etwa zwei Jahren festzustellen. Methodisch bedingt ist dieser plötzliche Abfall wesentlich deutlicher bei der isolierten Betrachtung des Zielereignisses „Füllungswiederholung“ erkennbar. Die Zunahme von Wiederholungsfüllungen nach zwei Jahren liegt in der zweijährigen Gewährleistungsfrist für Füllungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung begründet. Die Ergebnisse könnten auch auf eine gewisse Zahl von Füllungsreparaturen hindeuten.

6.2.5 Schlussfolgerungen

Eingangs wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Beantwortung der Frage „Wie lange hält eine Füllung?“ schwierig ist. Zum einen, weil in der Füllungstherapie verschiedene Restaurationsformen und Materialien eingesetzt werden, die sich deutlich voneinander unterscheiden, zum anderen, weil die verfügbaren Daten Limitationen aufweisen. Eine aktuelle Studie mit Ergebnissen aus Daten eines Praxisnetzwerkes in den Niederlanden beschreibt zum Beispiel jährliche Re-Interventionsraten zwischen zwei und fünf Prozent für mehrflächige Seitenzahnfüllungen (Laske et. al 2015). Ältere Daten des britischen National Health Service (NHS) geben restaurationsbezogene Überlebensraten von ca. 40% nach 15 Jahren an (Burke u. Lucarotti 2015). Ein direkter Vergleich ist aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen jedoch nur bedingt zulässig. Die KZBV gibt unter dem Titel „Entscheidungshilfe: Welche Zahnfüllung soll es sein?“ aktuell auf ihrer Homepage vergleichende Haltbarkeiten verschiedener Füllungsmaterialien an. Diese reichen von ein bis zwei Jahren für Glasionomere, vier bis sechs Jahren für Kompomere und Komposite, acht bis zehn Jahren für Amalgam, zehn Jahre für Keramik(inlays) und zehn bis

15 Jahren für Gold(inlays). Wissenschaftliche Quellen für diese Zahlen werden nicht genannt.

Vergleicht man die vorliegenden Ergebnisse mit den Erwartungswerten der KZBV, könnte man prinzipiell von einer suffizienten Füllungstherapie sprechen. Flächenbezogene Überlebensraten von ca. 80% nach vier Jahren und zahnbezogene Überlebensraten von ca. 60% bis 75% nach vier Jahren je nach Füllungsgröße können vorsichtige Zweifel an einer langfristig nachhaltigen, patientenzentrierten Füllungstherapie aber nicht gänzlich aus dem Weg räumen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass ein auf diagnostischen Kriterien beruhender, objektiver Behandlungsbedarf aufgrund vielfältiger Faktoren in der klinischen Realität nicht immer eine Behandlung nach sich zieht. Da die vorliegenden Ergebnisse auf Analysen tatsächlich durchgeführter Behandlungen basieren, wird der eigentliche Erneuerungsbedarf von Füllungen noch unterschätzt. Die Inanspruchnahme regelmäßiger zahnärztlicher Kontrollen zur Verhinderung von Folgeschäden einerseits und die Intensivierung der Kariesprophylaxe andererseits erscheinen vor diesem Hintergrund gleichermaßen bedeutsam.

6.3 Regionale Unterschiede

Parameter der Inanspruchnahme und der Kosten wurden für die BEMA-Teile 1, 4 und 5 bereits in zurückliegenden Reporten nach Ländern aufgeschlüsselt dargestellt. Zudem wurden entsprechende Aufschlüsselungen für ausgewählte und im BEMA-Teil 1 abgebildete Versorgungsbereiche bereitgestellt: für Prophylaxe, (Kapitel 3.4.1), für Füllungen (3.4.2), Zahnextraktionen (3.4.3), Röntgenleistungen (3.4.4) und für Wurzelbehandlungen (3.4.5). Erstmals wird nachfolgend im Schwerpunktteil des diesjährigen Zahnreports an diese regional differenzierenden Betrachtungen - hier an die zur Füllungstherapie in Kapitel 3.4.2 - angeknüpft.

Prinzipiell sind verschiedene Gründe denkbar, die dazu führen können, dass regionale Unterschiede in der Füllungstherapie bestehen. Dazu zählen z. B. Unterschiede in den Einkommens- und Sozialstrukturen zwischen Regionen. So könnte vermutet werden, dass Versicherte in Regionen mit geringeren Einkünften häufiger eine zuzahlungsfreie großflächige Füllungstherapie anstatt einer zuzahlungspflichtigen Überkronung wählen. Eine andere Hypothese wäre, dass in urbanen Regionen von den Versicherten häufiger Überkronungen gewählt werden, da hier mehr Wert auf die ästhetische Optimierung des Zahnstatus gelegt wird. Auf zahnärztlicher Seite können z. B. Unterschiede in den Lehrmeinungen der jeweils ausbildenden Hochschule sowie die in regionalen Fortbildungsangeboten vertretenen Auffassungen Einfluss auf die Therapieentscheidung nehmen.

Bereits für die „bloße“ Relation von Füllungen zu Überkronungen liegen für Deutschland bislang keine regional differenzierenden Untersuchungen vor. Im Anschluss an die Darstellung der Inanspruchnahme von Füllungen nach Ländern in Kapitel 3.4.2 wurden deshalb für das Jahr 2013 vorliegende Daten zu Füllungen und Zahnersatz für die weitergehende Analyse von regionalen Unterschieden in der Füllungstherapie aufbereitet. Einbezogen wurden - analog zur Altersgruppe der Erwachsenen in der DMS IV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung u. Bundeszahnärztekammer 2006) - nur versicherte Patienten in der Altersgruppe von 35 bis 44 Jahren.

Deskriptiv analysiert und ins Verhältnis gesetzt wurden BEMA-Nummern für großflächige Füllungen (mehr als dreiflächig, 13d, F4) einerseits und abgerechnete Festzuschussbefunde für Einzelzahnkronen und Teilkronen (Befundklassen 1.1 und 1.2) andererseits. Prothetische Kronen, die mit zum Hauptzweck der Verankerung eines Zahnersatzes angefertigt werden (z. B. Ankerkronen für Brückenzahnersatz oder Teleskopkronen), wurden explizit nicht berücksichtigt.

Tabelle 6-2: Tabellarische Übersicht über die Häufigkeiten abgerechneter Füllungspositionen (13d bzw. F4) und Festzuschüssen für Einzelzahn- und Teilkronen sowie das Verhältnis zueinander (Länder absteigend nach dem Verhältniswert von mehr als dreiflächigen Füllungen zu Kronen sortiert)

Land	Anzahl BEMA-Nr. 13d (F4)	Anzahl Festzuschussbefunde 1.1 und 1.2	Verhältnis mehr als dreiflächiger Füllungen zu Kronen
Bremen	265	385	0,69
Hamburg	1704	2438	0,70
Berlin	4489	5565	0,81
Hessen	6937	6479	1,07
Baden-Württemberg	7289	6313	1,15
Niedersachsen	9305	7372	1,26
Nordrhein-Westfalen	24462	18959	1,29
Brandenburg	5305	4020	1,32
Rheinland-Pfalz	4524	3209	1,41
Saarland	1511	1022	1,48
Sachsen	4864	2911	1,67
Bayern	14615	7659	1,91
Thüringen	3567	1690	2,11
Mecklenburg-Vorpommern	4280	1942	2,20
Sachsen-Anhalt	4809	2077	2,32

Insgesamt liegen der Analyse 97.926 mehr als dreiflächige Füllungen und 72.041 abgerechnete Festzuschüsse der Befundklassen 1.1 und 1.2 zu Grunde. Das Verhältnis sehr großer Füllungen zu Kronen und Teil-

kronen liegt somit im Mittel bei 1,36. Das nach Ländern aufgeschlüsselte Ergebnis der Berechnungen zeigen Tabelle 6-2 bzw. Abbildung 6-12.

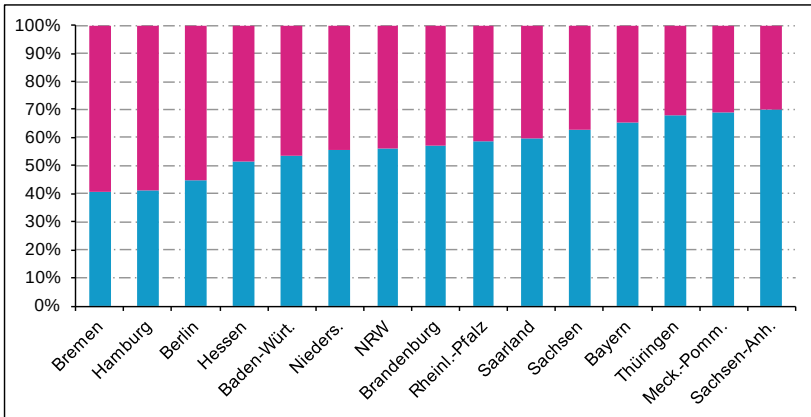


Abbildung 6-12: Verhältnis mehr als dreiflächiger Füllungen (blau) zu Kronen und Teilkronen (rot) in den einzelnen Bundesländern

Deutlich mehr sehr große (mehr als dreiflächige) Füllungen als Kronen wurden in Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und in Sachsen-Anhalt angefertigt: Je Zahnkrone wurden in diesen drei Ländern demnach mehr als doppelt so viele mehr als dreiflächige Füllungen angefertigt. Das scheint die Hypothese einer Beeinflussung der Füllungstherapie durch die Sozial- und Einkommensstruktur tendenziell zu bestätigen: Jeweils gemessen am Bundesmedian weisen Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sowohl bezogen auf das verfügbare Einkommen privater Haushalte als auch bezogen auf wichtige Indikatoren der Sozialberichterstattung vergleichsweise ungünstige Werte auf¹⁵. Festzustellen ist allerdings auch, dass sich teilweise auch für

¹⁵ Das gilt bspw. bezogen auf die Armutsgefährdungsschwelle und Quoten wie die Armutsgefährdungsquote, die Mindestsicherungsquote und die Erwerbslosenquote; vgl. dazu die entsprechenden Statistiken unter <http://www.amtliche-sozialberichterstattung.de/>

Länder mit günstigeren Werten ein vergleichbares Verhältnis von mehr als dreiflächigen Füllungen zu Kronen ergibt (z.B. Bayern mit 1,91).

Am anderen Ende der Skala finden sich die Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin: Sehr große Füllungen kamen hier gegenüber Zahnkronen in weit geringerem Umfang zur Anwendung. Je Krone wurde nicht einmal eine sehr große Füllung angefertigt.

Die Hypothese, dass für urbane Strukturen typische Aspekte von Lebensstil und subjektivem Ästhetikempfinden prägend sind, könnte sich damit bestätigen. Die drei Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin weisen das niedrigste Verhältnis von mehr als dreiflächigen Füllungen zu Kronen auf. Auf eine Krone entfallen hier lediglich ca. 0,7 bis 0,8 sehr große Füllungen. Einschränkend ist festzuhalten: Bei dieser Analyse handelt es sich um eine erste deskriptive Betrachtung regionaler Unterschiede eines Einzelaspektes der Füllungstherapie. Die Interpretation der Ergebnisse ist hypothetisch und erfasst nicht alle in Frage kommenden Ursachen. Festzustellen bleibt: Auch über die Füllungstherapie hinaus liegen teils deutliche regionale Unterschiede in der vertragszahnärztlichen Versorgung vor. Ihre vertiefende Untersuchung verbleibt als Aufgabe zukünftiger wissenschaftlicher Analysen.

6.4 Große Seitenzahnfüllungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Tiefgründige Analysen allein anhand abgerechneter Leistungen stoßen im Bereich der Füllungstherapie aufgrund einer Vielzahl nicht in den Abrechnungsdaten verfügbarer Informationen an ihre Grenzen. Um den Lesern dieses Reportes ein umfassenderes Bild zur Füllungstherapie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung hinsichtlich verwendeter Materialien, Präferenzen der Entscheidungsfindung und finanziellen Aspekten bieten zu können, führte die BARMER GEK eine

Befragung ihrer Versicherten durch. Diese Daten wurden den Autoren dieses Reportes in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Im Vorfeld wurde dazu eine Stichprobe gezogen. Diese beinhaltete Versicherte, zu gleichen Teilen männlich und weiblich, welche in den Monaten Februar bis Mai 2014 jeweils eine dreiflächige Füllung an einem ersten Molaren erhalten hatten. Im November 2014 wurden dazu insgesamt 4.994 Versicherte von der BARMER GEK angeschrieben.

1.162 Fragebögen (23,3%) wurden von den Versicherten zurückgesandt, wovon wiederum 676 Fragebögen (13,5%) auswertbar waren.

58% der Responder waren weiblichen Geschlechts. Das mittlere Alter der Befragten lag bei 52,3 Jahren (Frauen: 50,7 Jahre, Männer: 54,6 Jahre), die Standardabweichung betrug 15,3 Jahre (nach Geschlecht: 14,8 Jahre bzw. 15,9 Jahre). Das Altersminimum lag für beide Geschlechter bei 19 Jahren, während das Altersmaximum für Frauen 89 Jahre und für Männer 94 Jahre betrug.

Nach Angaben der Versicherten verteilten sich die betroffenen Zähne nahezu gleichmäßig auf den Ober- (46,8%) und den Unterkiefer (49,3%). In 3,9% der Fälle wurde keine Angabe gemacht.

Materialaspekte

Auf die Frage, ob sie eine zahn- oder eine nichtzahnfarbene Füllung erhalten haben, gaben 69,6% der Befragten an, eine zahnfarbene Füllung erhalten zu haben. 27,1% erhielten eine nicht zahnfarbene Füllung. 22 Versicherte (3,3%) machten dazu keine Angabe (siehe auch Abbildung 6-13).

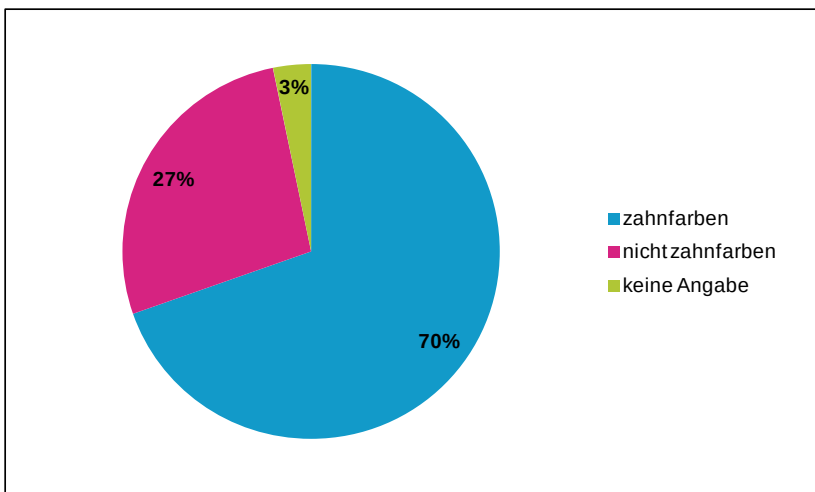


Abbildung 6-13: Anteile zahn- und nicht zahnfarbener Seitenzahnfüllungen

Die folgende Frage nach dem konkret verwendeten Füllungsmaterial konnten 138 Versicherte (20,4%) nicht beantworten (Antwort: „Weiß ich nicht“) während acht Versicherte (1,2%) die Frage gar nicht beantwortet haben.

Die übrige Verteilung der verwendeten Füllungsmaterialien ist in Abbildung 6-14 dargestellt.

Die Antworten bestätigen einen wachsenden Trend hin zu zahnfarbenen Restaurationen, der vermutlich zumeist im gestiegenen Ästhetikbewusstsein der Bevölkerung begründet liegt. Amalgame werden etwa halb so oft wie Komposite (Kunststoffe) verwendet. Sie stellen damit aber nach wie vor einen soliden Anteil der betrachteten Füllungen im Seitenzahnbereich (20%). Nahezu ohne Bedeutung sind Goldgussfüllungen (Goldinlays), die vor allem durch indirekte Versorgungen (Inlays, etc.) aus Keramik deutlich überholt worden sind.

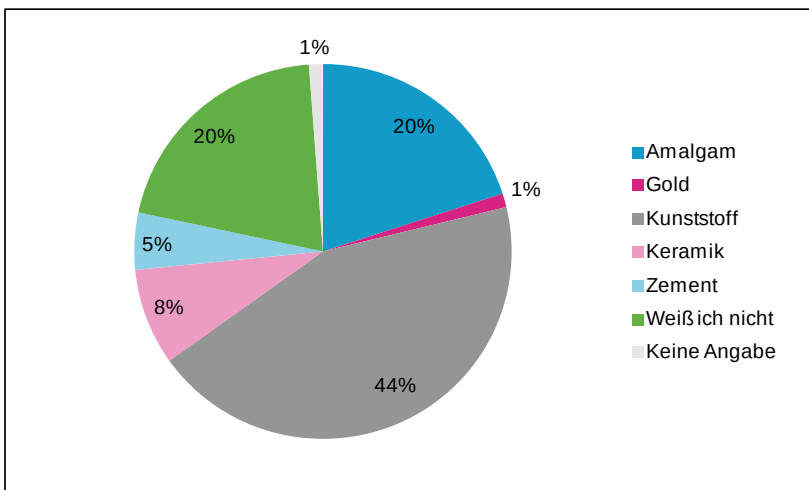


Abbildung 6-14: Verteilung der Antworten bezüglich des verwendeten Füllungs-materials

Entscheidungsfindung

Die Versicherten wurden befragt, ob sie zu alternativen Werkstoffen informiert wurden. Lediglich 51,1% bejahten dies. Allerdings gaben 73,8% an, sich ausreichend informiert zu fühlen. Auf die Frage, wer die Entscheidung zum jeweiligen Füllungsmaterial getroffen hat, gaben 21,9% der Versicherten an diese Entscheidung allein getroffen zu haben. 38,3% haben die Entscheidung komplett ihrem Zahnarzt überlassen, während 39,7% die Entscheidung gemeinsam mit ihrem Zahnarzt getroffen haben. Abbildung 6-15 zeigt von welcher Bedeutung die Aspekte Haltbarkeit, Ästhetik, Verträglichkeit und Kosten bei der Materialwahl für eine Füllung für die Versicherten sind.

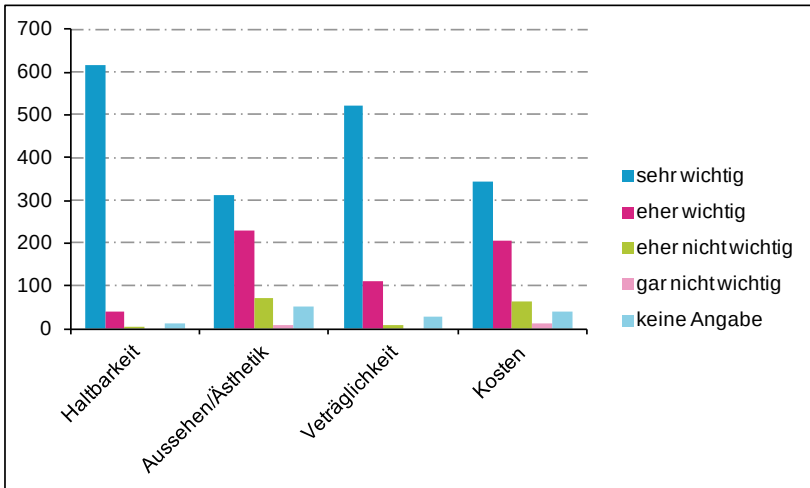


Abbildung 6-15: Wertung der Aspekte Haltbarkeit, Ästhetik, Verträglichkeit und Kosten hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Versicherten bei der Materialwahl für eine Füllung

Bezüglich der verwendeten Füllungsmaterialien bestätigen die Ergebnisse, dass sich nahezu drei Viertel der Patienten gut informiert fühlen. Nachholbedarf besteht offensichtlich in der Aufklärung. Eine Rate von nur 51% aller Befragten, die angaben, vom Zahnarzt über Alternativen aufgeklärt worden zu sein, deutet hier auch vor dem Hintergrund von Aufklärungspflichten und dem neuen Patientenrechtegesetz auf Optimierungspotenziale hin. Einschränkend soll hier erwähnt werden, dass in bestimmten Indikationsbereichen (z. B. bei Schneidekanteneckenaufbauten) kaum Alternativen hinsichtlich der Gruppe des verwendeten Füllungsmaterials bestehen. Die hohe Wertschätzung seitens der Patienten für Haltbarkeit und Verträglichkeit vor Aspekten der Ästhetik und der Kosten zeigt, dass die Mehrzahl der Versicherten einer nachhaltigen Füllungstherapie große Bedeutung beimisst.

Kosten

Bei etwa 42% der durchgeführten Füllungsleistungen sind den Versicherten Kosten in Form von Zuzahlungen entstanden. Die Verteilung der angefallenen Beträge ist in Abbildung 6-16 dargestellt.

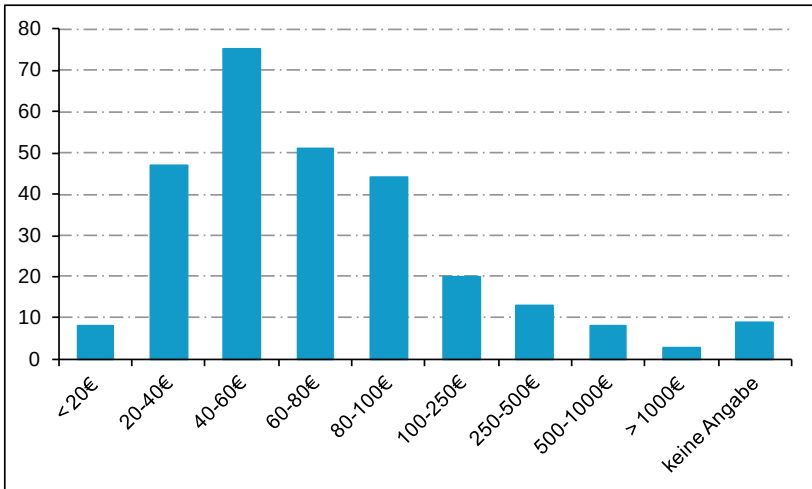


Abbildung 6-16: Verteilung der angefallenen Zuzahlungsbeträge, sofern Mehrkosten für die Füllungsleistungen anfielen

Positiv muss gewertet werden, dass mehr als die Hälfte der betrachteten Füllungen für den Patienten unentgeltlich angefertigt wurden. Die Zuzahlungsbeträge entsprechen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle den erwarteten Werten. Lediglich in 16% der Fälle lagen die Mehrkosten über einer Schwelle von 100,- €.

7 Anhang

Die im Anhang 7.1 befindlichen Tabellen und Abbildungen sind analog zum Hauptteil des Textes gegliedert und sortiert. In Abschnitt 7.1.1 befinden sich die zu Kapitel 1 und 2 gehörenden Anhangstabellen. Die Abschnitte 7.1.2 und 7.1.3 beinhalten jeweils die Zusatzinformationen zu den Kapiteln 3 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)) und 5 (Zahnersatz und Zahnkronen). Im Anhangsteil 7.2 befindet sich das Datenmaterial auf dem die Abbildungen der Kapitel 2 bis 5 und des Abschnitts 7.1 basieren.

7.1 Anhangstabellen und -abbildungen

7.1.1 Anhang zu Kapitel 1 + 2: Einleitung und Zahnärztliche Versorgung im Überblick

Referenzpopulation der Standardisierung für das Jahr 2013

Als Referenz für die Standardisierung der Auswertungsergebnisse zur zahnärztlichen Versorgung wurde die durchschnittliche Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2013 gewählt. Die Tabelle A 4 basiert auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes unter www.gbe-bund.de.

Tabelle A 1: Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2013

Altersgruppe	Anzahl Männer 2013	Anzahl Frauen 2013
0	350.029	332.540
1 - 4	1.388.109	1.316.728
5 - 9	1.778.442	1.684.821
10 - 14	1.928.033	1.828.127
15 - 19	2.070.324	1.959.287
20 – 24	2.385.991	2.276.339
25 – 29	2.572.257	2.473.078
30 – 34	2.547.050	2.495.509
35 – 39	2.354.890	2.321.603
40 – 44	2.769.036	2.724.405
45 – 49	3.497.629	3.402.061
50 – 54	3.380.900	3.336.885
55 – 59	2.824.024	2.866.429
60 – 64	2.467.842	2.610.858
65 – 69	1.876.575	2.032.379
70 – 74	2.165.257	2.493.222
75 – 79	1.711.398	2.185.825
80 – 84	902.933	1.394.508
85 – 89	444.528	965.533
90 und älter	141.832	510.247
Gesamt	39.557.079	41.210.384
Insgesamt		80.767.463

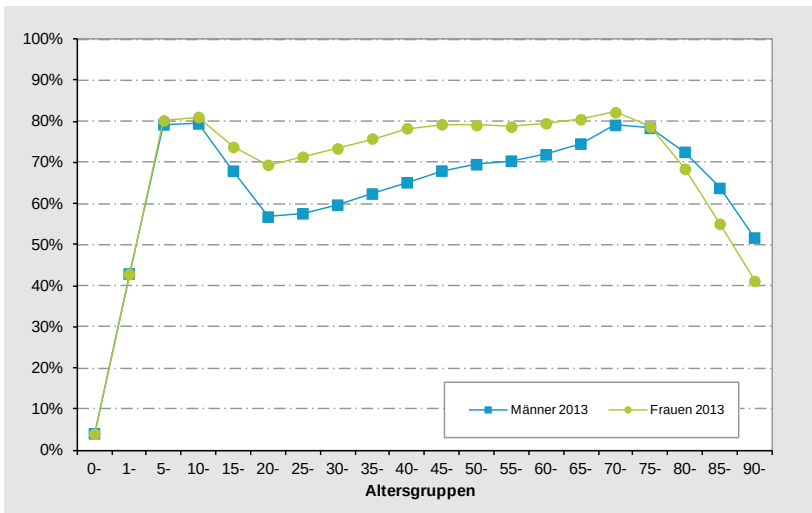


Abbildung A 1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)

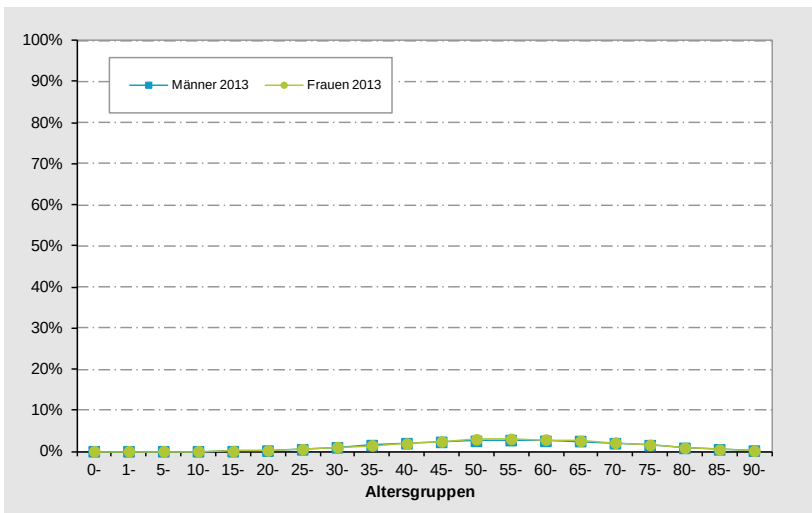


Abbildung A 2: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 4 nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)

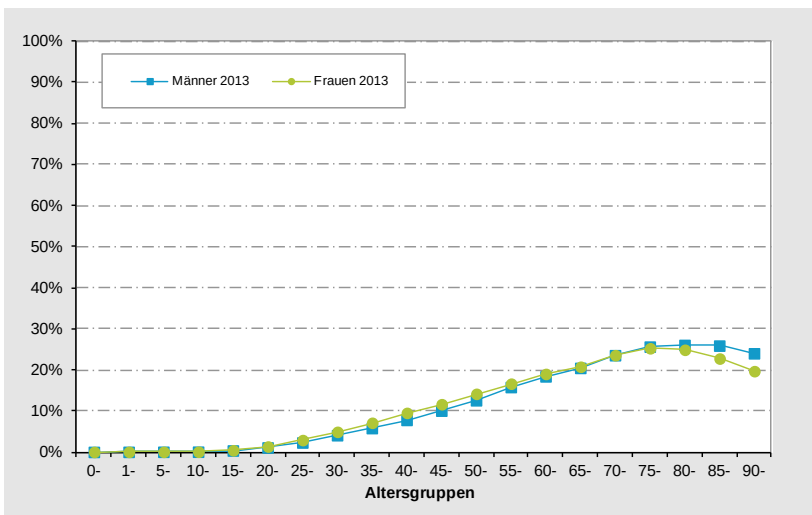


Abbildung A 3: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 5 nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)

Tabelle A 2: Inanspruchnahmerate in den BEMA-Teilen 1, 4, 5 und Gesamt für das Jahr 2013 (stand.D2013)

Alter	BEMA-Teil 1		BEMA-Teil 4		BEMA-Teil 5		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	4,0%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	3,9%
1-4	42,9%	42,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	42,9%	42,8%
5-9	79,2%	80,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	79,2%	80,2%
10-14	79,4%	81,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	79,4%	81,0%
15-19	67,9%	73,7%	0,0%	0,0%	0,3%	0,4%	67,9%	73,7%
20-24	56,8%	69,4%	0,2%	0,2%	1,1%	1,3%	56,8%	69,4%
25-29	57,6%	71,3%	0,5%	0,5%	2,3%	2,9%	57,6%	71,4%
30-34	59,7%	73,3%	1,0%	1,0%	4,1%	4,9%	59,8%	73,4%
35-39	62,4%	75,7%	1,5%	1,4%	5,8%	7,1%	62,5%	75,9%
40-44	65,1%	78,2%	2,0%	1,9%	7,8%	9,5%	65,3%	78,4%
45-49	68,0%	79,2%	2,3%	2,4%	10,0%	11,6%	68,2%	79,4%
50-54	69,5%	79,0%	2,5%	2,9%	12,6%	14,1%	69,8%	79,2%
55-59	70,4%	78,6%	2,7%	3,0%	15,8%	16,6%	70,7%	78,8%
60-64	71,9%	79,5%	2,5%	2,8%	18,4%	19,0%	72,3%	79,7%
65-69	74,5%	80,5%	2,5%	2,5%	20,4%	20,7%	74,8%	80,6%
70-74	79,1%	82,1%	2,0%	2,1%	23,5%	23,5%	79,3%	82,3%
75-79	78,4%	78,7%	1,5%	1,6%	25,6%	25,2%	78,7%	78,9%
80-84	72,5%	68,4%	0,8%	0,9%	26,0%	24,8%	73,0%	68,9%
85-89	63,7%	55,0%	0,5%	0,4%	25,9%	22,7%	64,4%	55,8%
90-	51,7%	41,1%	0,2%	0,1%	24,0%	19,7%	52,8%	42,6%

Tabelle A 3: Mittlere Ausgaben je Versichertem in den BEMA-Teilen 1, 4, 5 und Gesamt für das Jahr 2013 in Euro (stand.D2013)

Alter	BEMA-Teil 1		BEMA-Teil 4		BEMA-Teil 5		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,82	0,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,79
1-4	20,37	19,21	0,00	0,00	0,03	0,04	20,40	19,26
5-9	117,86	115,24	0,00	0,00	0,07	0,04	117,93	115,28
10-14	127,25	130,40	0,00	0,00	0,12	0,14	127,37	130,55
15-19	115,39	132,22	0,09	0,11	1,55	1,66	117,04	133,99
20-24	84,65	104,65	0,75	0,90	5,05	6,14	90,45	111,68
25-29	96,72	111,15	2,24	2,48	11,07	13,10	110,02	126,73
30-34	104,32	115,08	4,48	4,71	18,74	20,86	127,53	140,62
35-39	107,31	120,65	7,07	6,58	25,17	29,35	139,52	156,52
40-44	108,65	123,52	9,21	8,47	31,92	37,72	149,72	169,63
45-49	112,05	124,64	10,26	10,48	40,79	45,54	163,03	180,57
50-54	115,03	125,57	10,95	12,29	51,26	57,92	177,14	195,68
55-59	117,32	122,67	11,21	12,10	63,61	67,33	192,04	202,01
60-64	117,74	119,92	10,08	10,91	70,99	75,52	198,73	206,29
65-69	119,26	117,62	9,62	9,52	73,95	76,04	202,81	203,15
70-74	122,01	117,87	7,40	7,50	74,56	79,91	203,97	205,27
75-79	117,69	111,13	5,35	5,39	76,20	81,58	199,24	198,10
80-84	101,88	90,67	2,74	2,76	69,28	71,56	173,90	164,99
85-89	84,34	70,05	1,49	1,14	61,49	56,93	147,33	128,11
90-	66,43	50,63	0,48	0,27	48,55	39,83	115,46	90,74

7.1.2 Anhang zu Kapitel 3: Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen

Leistungsgruppen des BEMA-Teil 1

Die Leistungen des BEMA für konservierende und chirurgische Leistungen (BEMA-Teil 1) wurden in Untergruppen zusammengefasst, um die Vielzahl unterschiedlicher Leistungen übersichtlicher zu gestalten.

Tabelle A 4: Leistungsgruppen BEMA-Teil 1

Kürzel	Ziffer	Spezifische Leistungen
Leistungsgruppe 101 Klinische Untersuchung und Beratung – Leistungsbereich „Diagnostische und Beratungsleistungen“		
Ber	Ä1	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich
U	01	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung
	01k	Kieferorthopädische Untersuchung
Ohn	02	Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps
Zu	03	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde
	04	Erhebung des PSI-Code
	05	Gewinnung von Zellmaterial aus der Mundhöhle zur zytologischen Untersuchung
ViPr	8	Sensibilitätsprüfung der Zähne
Leistungsgruppe 102 Röntgenleistungen - Leistungsbereich „Diagnostische und Beratungsleistungen“		
Rö2	Ä925a	Röntgen-Diagnostik der Zähne, bis zu 2 Aufnahmen
Rö5	Ä925b	Röntgen-Diagnostik der Zähne, bis zu 5 Aufnahmen
Rö8	Ä925c	Röntgen-Diagnostik der Zähne, bis zu 8 Aufnahmen
Stat	Ä925d	Röntgen-Diagnostik der Zähne, Status bei mehr als 8 Aufnahmen
	Ä928	Röntgenaufnahme der Hand
	Ä934a	Röntgenaufnahme des Schädels, eine Aufnahme (auch Fernröntgen)
	Ä934b	Röntgenaufnahme des Schädels, zwei Aufnahmen
	Ä934c	Röntgenaufnahme des Schädels, mehr als zwei Aufnahmen

Kürzel	Ziffer	Spezifische Leistungen
	Ä935a	Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, Panoramaaufnahme der Zähne eines Kiefers bzw. der Zähne des Ober- und Unterkiefers derselben Seite, eine Aufnahme
	Ä935b	Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), zwei Aufnahmen
	Ä935c	Teilaufnahme des Schädels (auch in Spezialprojektion), mehr als zwei Aufnahmen
	Ä935d	Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers
Leistungsgruppe 103 Prophylaxe-Leistungen – Leistungsbereich „Prophylaxe-Leistungen“		
Zst	107	Entfernen harter Zahnbeläge; je Sitzung (Zahnstein)
	FU	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 30. bis zum 72. Lebensmonat
	IP1	Mundhygienestatus
	IP2	Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen
	IP4	Lokale Fluoridierung der Zähne
	IP5	Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren (Zähne 6 und 7) mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn
Leistungsgruppe 104 Kavitätenpräparation und Füllungen – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
pV	11	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung
bMF	12	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen
F1	13a	Präparieren einer Kavität einflächig, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrice oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren,
F2	13b	Präparieren einer Kavität zweiflächig
F3	13c	Präparieren einer Kavität dreiflächig
F4	13d	Präparieren einer Kavität, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich
	13e	Präparieren einer Kavität, einflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich
	13f	Präparieren einer Kavität, zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich
	13g	Präparieren einer Kavität, dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich

Kürzel	Ziffer	Spezifische Leistungen
	14	Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde
St	16	Stiftverankerung einer Füllung, je Zahn, inklusive Material
Ekr	23	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers
Leistungsgruppe 105 Pulpa- und Wurzelkanalbehandlungen – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
Cp	25	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität
P	26	Direkte Überkappung der Pulpa; je Zahn
Pulp	27	Pulpotomie
VitE	28	Exstirpation der vitalen Pulpa; je Kanal
Dev	29	Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität; je Zahn
Trep1	31	Trepanation eines pulpatoten Zahnes
WK	32	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal
Med	34	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen an der Pulpa, einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung
WF	35	Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal
Leistungsgruppe 106 Zahnextraktionen und Wurzelspitzenresektion – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
X1	43	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung
X2	44	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung
X3	45	Entfernung eines tieffraktureierten Zahnes einschließlich Wundversorgung
XN	46	Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
Ost1	47a	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung
Hem	47b	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes
Ost2	48	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung
WR1	54a	Wurzelspitzenresektion an einem Frontzahn

Kürzel	Ziffer	Spezifische Leistungen
WR2	54b	Wurzelspitzenresektion an einem Seitenzahn, einschließlich der ersten resezierten Wurzelspitze
WR3	54c	Wurzelspitzenresektion am selben Seitenzahn, sofern durch denselben Zugang erreichbar
Leistungsgruppe 107 Chirurgische Eingriffe – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
Nbl1	36	Stillung einer übermäßigen Blutung (Nachblutung)
Nbl2	37	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes
N	38	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren
Exz1	49	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes
Exz2	50	Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)
Pla1	51a	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion durch Zahnfleischplastik
Pla0	51b	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit einer Osteotomie
Trep2	52	Trepanation des Kieferknochens
Ost3	53	Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer
RI	55	Reimplantation eines Zahnes
Zy1	56a	Operation einer Zyste durch Zystektomie
Zy2	56b	Operation einer Zyste durch orale Zystostomie
Zy3	56c	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion
Zy4	56d	Operation einer Zyste durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion
SMS	57	Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte
Knr	58	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung
Pla2	59	Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte
Pla3	60	Tuberplastik; einseitig
Dia	61	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale
Alv	62	Alveolotomie

Kürzel	Ziffer	Spezifische Leistungen
FI	63	Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung
Inz1	Ä161	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses
Leistungsgruppe 108 Minimale Interventionen – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
Mu	105	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen
sK	106	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches
üz	10	Behandlung überempfindlicher Zähne
Leistungsgruppe 109 Anästhesie – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
I	40	Infiltrationsanästhesie
L1	41a	Leitungsanästhesie intraoral
L2	41b	Leitungsanästhesie extraoral

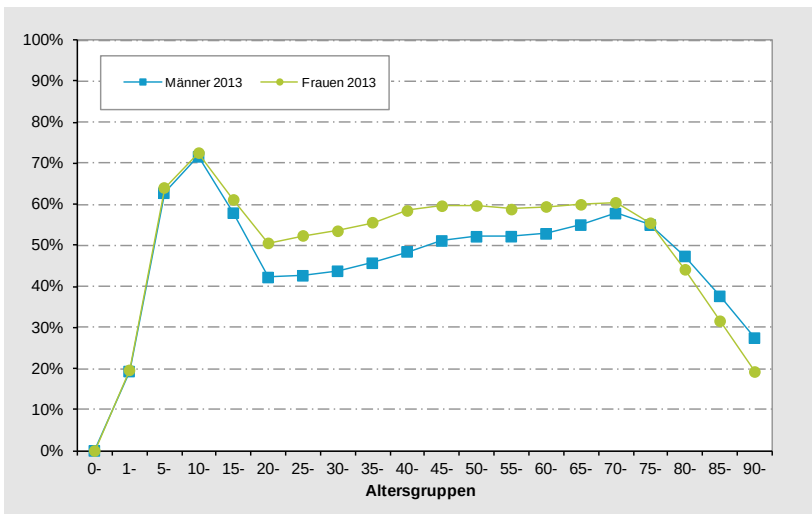


Abbildung A 4: Inanspruchnahmerate für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

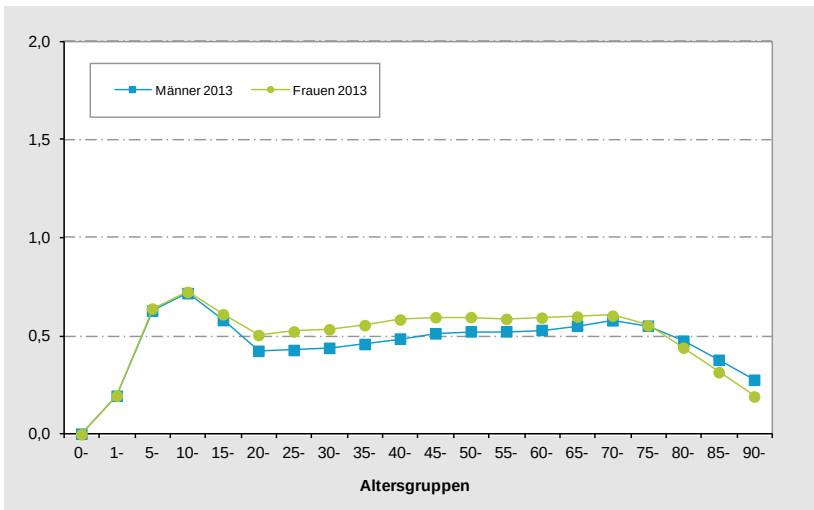


Abbildung A 5: Behandlungsfälle Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

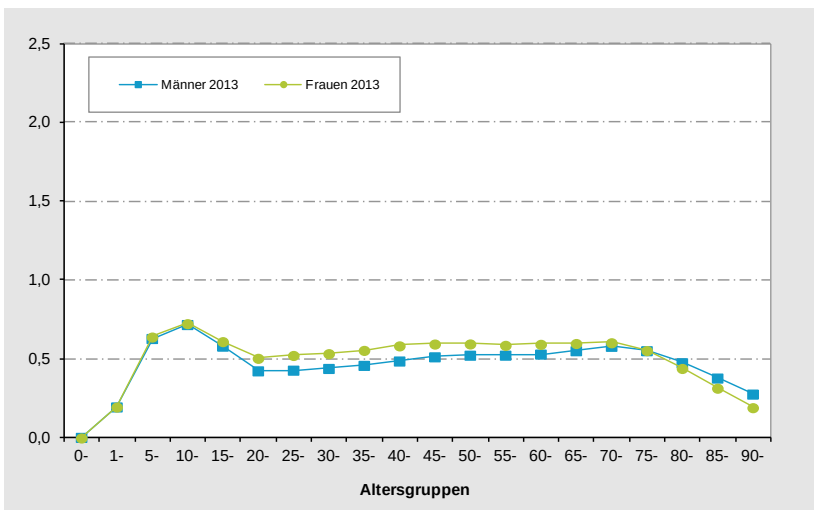


Abbildung A 6: Zahnarztkontakte für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

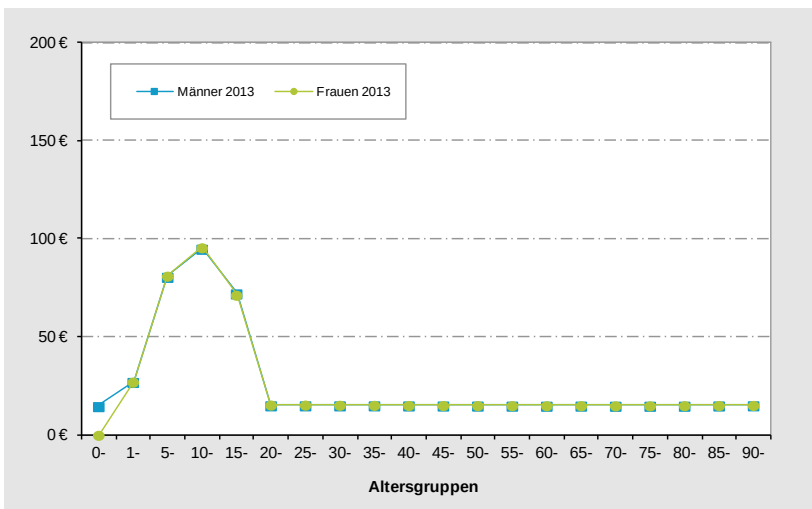


Abbildung A 7: Mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

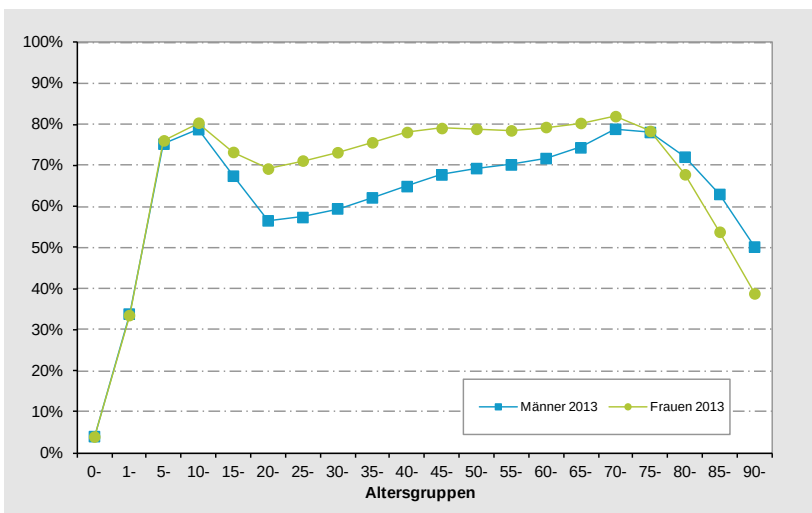


Abbildung A 8: Inanspruchnahmerate für konservierende und chirurgische diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

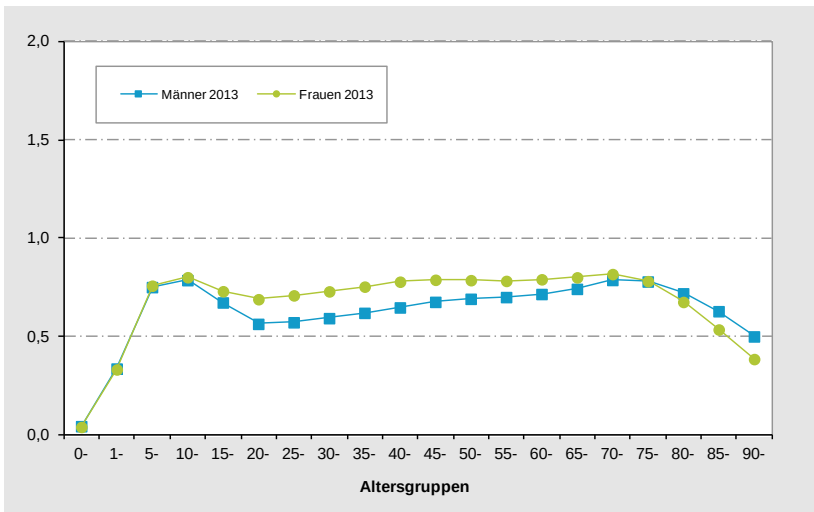


Abbildung A 9: Behandlungsfälle für konservierende und chirurgische diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

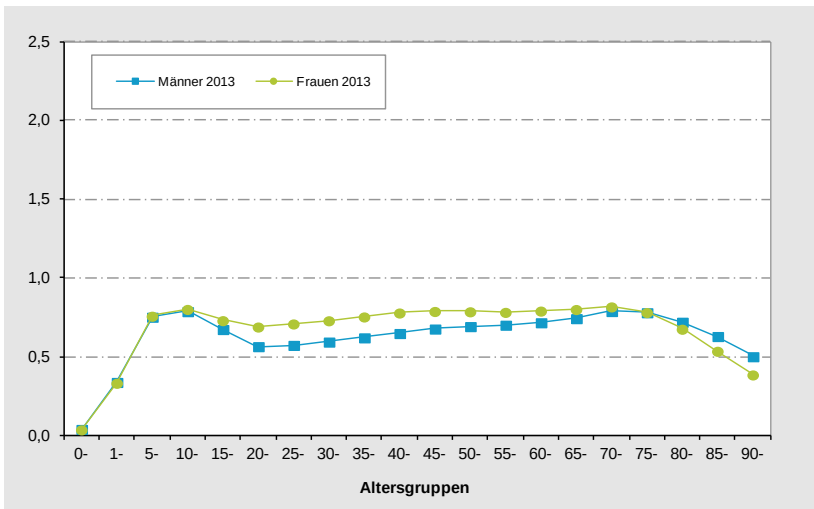


Abbildung A 10: Zahnarztkontakte für konservierende und chirurgische diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

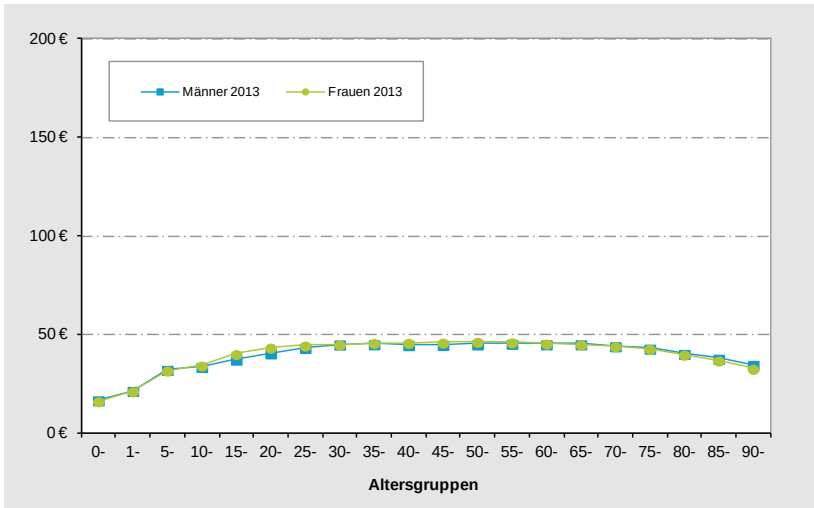


Abbildung A 11: Mittlere Ausgaben für konservierende und chirurgische diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

Tabelle A 5: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 nach Ländern* (stand.D2013)**

Land	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versichertem	Zahnarztkontakte je Versichertem	Mittlere Ausgaben je behand. Versicherten (in Euro)
Hamburg	47,4% (-5,3)	0,52 (-0,06)	0,53 (-0,06)	25,23 (-1,79)
Niedersachsen	46,4% (-6,2)	0,52 (-0,06)	0,53 (-0,06)	28,58 (1,57)
Bremen	44,9% (-7,7)	0,49 (-0,09)	0,50 (-0,09)	24,54 (-2,48)
Nordrhein-Westfalen	48,3% (-4,3)	0,54 (-0,05)	0,55 (-0,04)	28,58 (1,56)
Hessen	52,0% (-0,7)	0,57 (-0,01)	0,58 (-0,01)	26,45 (-0,57)
Rheinland-Pfalz	48,1% (-4,5)	0,53 (-0,05)	0,54 (-0,06)	27,52 (0,50)
Baden-Württemberg	54,8% (2,2)	0,61 (0,03)	0,62 (0,03)	27,77 (0,75)
Bayern	57,7% (5,0)	0,64 (0,06)	0,65 (0,06)	28,26 (1,24)
Saarland	47,3% (-5,3)	0,51 (-0,07)	0,51 (-0,08)	26,30 (-0,71)
Berlin	52,9% (0,2)	0,58 (0,00)	0,59 (0,00)	24,02 (-2,99)
Brandenburg	58,8% (6,1)	0,64 (0,06)	0,65 (0,06)	25,17 (-1,84)
Mecklenburg-Vorpommern	56,3% (3,7)	0,61 (0,03)	0,63 (0,03)	23,96 (-3,06)
Sachsen	62,4% (9,7)	0,68 (0,10)	0,69 (0,10)	24,47 (-2,55)
Sachsen-Anhalt	58,3% (5,7)	0,63 (0,05)	0,64 (0,05)	23,93 (-3,09)
Thüringen	63,0% (10,4)	0,69 (0,11)	0,70 (0,11)	24,93 (-2,09)
Gesamt	52,7%	0,58	0,59	27,02

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten (Inanspruchnahmerate) bzw. in Euro (mittlere Ausgaben)

Tabelle A 6: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für diagnostische und Beratungsleistungen (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 nach Ländern* (stand.D2013)**

Land	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versichertem	Zahnarztkontakte je Versichertem	Mittlere Ausgaben je behand. Versicherten (in Euro)
Hamburg	65,5% (-4,6)	1,21 (-0,07)	1,56 (-0,08)	45,61 (2,91)
Niedersachsen	68,1% (-2,0)	1,24 (-0,05)	1,55 (-0,08)	41,28 (-1,42)
Bremen	65,5% (-4,6)	1,21 (-0,07)	1,54 (-0,10)	43,11 (0,41)
Nordrhein-Westfalen	68,0% (-2,1)	1,27 (-0,02)	1,60 (-0,04)	42,82 (0,11)
Hessen	67,6% (-2,5)	1,21 (-0,08)	1,50 (-0,13)	42,72 (0,02)
Rheinland-Pfalz	66,4% (-3,7)	1,17 (-0,11)	1,46 (-0,17)	41,29 (-1,41)
Baden-Württemberg	70,3% (0,2)	1,28 (-0,01)	1,61 (-0,03)	44,51 (1,81)
Bayern	72,0% (2,0)	1,31 (0,02)	1,74 (0,10)	46,84 (4,14)
Saarland	64,3% (-5,8)	1,10 (-0,18)	1,41 (-0,23)	39,79 (-2,91)
Berlin	68,6% (-1,5)	1,27 (-0,02)	1,60 (-0,04)	40,22 (-2,48)
Brandenburg	74,7% (4,6)	1,38 (0,10)	1,74 (0,10)	39,49 (-3,21)
Mecklenburg-Vorpommern	74,7% (4,6)	1,40 (0,11)	1,83 (0,20)	41,25 (-1,45)
Sachsen	78,6% (8,5)	1,48 (0,20)	1,90 (0,27)	41,08 (-1,62)
Sachsen-Anhalt	76,2% (6,1)	1,40 (0,11)	1,85 (0,21)	41,02 (-1,68)
Thüringen	78,0% (7,9)	1,46 (0,18)	1,84 (0,21)	40,72 (-1,98)
Gesamt	70,1%	1,29	1,64	42,70

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten (Inanspruchnahmerate) bzw. in Euro (mittlere Ausgaben)

7.1.3 Anhang zu Kapitel 5: Zahnersatz und Zahnkronen

Befundklassen

Im Folgenden sind die Befundklassen zu Zahnersatz und Zahnkronen gemäß den Festzuschuss-Richtlinien dargestellt.

Tabelle A 7: Befundklassen zu Zahnersatz und Zahnkronen

Nr.	Befundklasse
1	Erhaltungswürdiger Zahn
1.1	Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn
1.2	Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnschubstanz, je Zahn
1.3	Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)
1.4	Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn
1.5	Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn
2	Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freiendsituation vorliegt (Lückensituation I)
2.1	Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke. Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar
2.2	Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke. Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.2 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar

Nr.	Befundklasse
2.3	Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer
2.4	Frontzahn­lücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer
2.5	An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn
2.6	Disparallele Pfeilerzähne zur festsitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke
2.7	Fehlender Zahn in einer zahnbegrenzten Lücke im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für einen ersetzten Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich
3	Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen
3.1	Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freundsituationen (Lückensituation II), je Kiefer Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nrn. 2.1 oder 2.2 ansetzbar.
3.2	a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe, b) einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahngebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, c) beidseitig im Seitenzahngebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolare. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar
4	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer
4.1	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer
4.2	Zahnloser Oberkiefer
4.3	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer
4.4	Zahnloser Unterkiefer
4.5	Notwendigkeit einer Metallbasis, Zuschlag je Kiefer

Nr.	Befundklasse
4.6	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn
4.7	Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15-25 und 34-44), Zuschlag je Ankerzahn
4.8	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn
4.9	Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Notwendigkeit einer Stützstiftregistrierung), Zuschlag je Gesamtbefund
5	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist
5.1	Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
5.2	Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
5.3	Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
5.4	Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
6	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz
6.0	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung und ohne Notwendigkeit zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese
6.1	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung, je Prothese
6.2	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Notwendigkeit der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese
6.3	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese

Nr.	Befundklasse
6.4	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn
6.4.1	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn
6.5	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn
6.5.1	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn
6.6	Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem Teil-Zahnersatz, je Prothese
6.7	Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalem Zahnersatz oder schleimhautgetragener Deckprothese, je Kiefer
6.8	Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer Zahnersatz, je Zahn
6.9	Wiederherstellungsbedürftige Facette/Verblendung (auch wiedereinsetzbar oder erneuerungsbedürftig) im Verblendbereich an einer Krone, einem Sekundärteleskop, einem Brückenanker oder einem Brückenglied, je Verblendung
6.10	Erneuerungsbedürftiges Primär- oder Sekundärteleskop, je Zahn
7	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen
7.1	Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelzahnücke), je implantatgetragene Krone
7.2	Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, die über den Befund nach Nr. 7.1 hinausgeht, je implantatgetragene Krone, Brückenanker oder Brückenglied, höchstens viermal je Kiefer
7.3	Wiederherstellungsbedürftige Suprakonstruktionen (Facette), je Facette
7.4	Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer oder zu verschraubender Zahnersatz, je implantatgetragene Krone oder Brückenanker

Nr.	Befundklasse
7.5	Erneuerungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion
7.6	Erneuerungsbedürftige Prothesenkonstruktion bei atrophiertem zahnlosem Kiefer, je implantatgetragenen Konnektor als Zuschlag zum Befund nach Nr. 7.5, höchstens viermal je Kiefer
7.7	Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion

Tabelle A 8: Kenngrößen der Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) nach Ländern (nur über die KZVen abgerechnete Wiederherstellungen; stand.D2013)*

Land	Inanspruchnahme- rate in Prozent	Gesamtausgaben je versorgtem Versicherten (Euro)	davon: Eigenanteil je versorgtem Versicherten (Euro)
Schleswig- Holstein	6,2% (0,2)	111,86 (-1,21)	50,27 (-1,70)
Hamburg	5,4% (-0,6)	108,05 (-5,03)	47,96 (-4,02)
Niedersachsen	6,0% (0,1)	115,63 (2,55)	52,72 (0,74)
Bremen	5,7% (-0,3)	114,14 (1,06)	47,91 (-4,06)
Nordrhein- Westfalen	6,2% (0,3)	116,91 (3,83)	53,07 (1,10)
Hessen	5,8% (-0,1)	112,63 (-0,45)	52,23 (0,26)
Rheinland-Pfalz	6,0% (0,0)	118,78 (5,70)	53,72 (1,74)
Baden- Württemberg	5,0% (-0,9)	116,70 (3,62)	58,30 (6,33)
Bayern	5,0% (-0,9)	113,57 (0,49)	52,33 (0,36)
Saarland	5,3% (-0,7)	104,96 (-8,11)	45,89 (-6,09)
Berlin	5,2% (-0,8)	95,53 (-17,54)	38,16 (-13,81)
Brandenburg	6,5% (0,6)	103,43 (-9,64)	40,11 (-11,87)
Mecklenburg- Vorpommern	7,2% (1,2)	110,68 (-2,39)	43,56 (-8,42)
Sachsen	7,7% (1,7)	114,30 (1,22)	43,17 (-8,81)
Sachsen-Anhalt	7,3% (1,4)	112,32 (-0,76)	41,83 (-10,15)
Thüringen	7,2% (1,3)	108,89 (-4,18)	43,30 (-8,68)
Gesamt	6,0%	113,08	51,97

* Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten (Inanspruchnahmerate) bzw. in Euro (Gesamtausgaben und Eigenanteil)

7.2 Datengrundlage für die Abbildungen des Hauptteils

7.2.1 Datenanhang zu Kapitel 3: Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen

Tabelle A 9: Inanspruchnahmerate in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 (stand.D2013)

Alter	Prophylaxe-Leistungen		Diagnostische und Beratungsleistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,0%	0,0%	4,0%	3,9%	0,3%	0,3%
1-4	19,4%	19,6%	33,9%	33,5%	7,8%	7,5%
5-9	62,8%	64,0%	75,2%	76,0%	42,9%	42,6%
10-14	71,6%	72,5%	78,8%	80,3%	43,5%	44,5%
15-19	57,9%	61,1%	67,4%	73,2%	36,3%	41,7%
20-24	42,3%	50,6%	56,6%	69,2%	36,2%	45,6%
25-29	42,7%	52,4%	57,4%	71,1%	39,7%	49,3%
30-34	43,8%	53,5%	59,5%	73,1%	43,3%	51,7%
35-39	45,7%	55,6%	62,2%	75,6%	45,7%	54,6%
40-44	48,5%	58,5%	64,9%	78,1%	48,1%	56,9%
45-49	51,2%	59,6%	67,7%	79,0%	50,4%	58,0%
50-54	52,2%	59,7%	69,3%	78,8%	52,3%	58,9%
55-59	52,2%	58,8%	70,2%	78,5%	53,3%	58,6%
60-64	52,9%	59,4%	71,7%	79,3%	54,4%	58,6%
65-69	55,0%	59,9%	74,4%	80,3%	55,7%	59,0%
70-74	57,8%	60,4%	78,9%	81,9%	58,6%	60,3%
75-79	55,0%	55,5%	78,1%	78,3%	57,3%	57,5%
80-84	47,4%	44,1%	72,1%	67,8%	51,8%	48,9%
85-89	37,7%	31,6%	63,0%	53,8%	44,9%	38,9%
90-	27,5%	19,2%	50,2%	38,8%	36,1%	28,6%

Tabelle A 10: Mittlere Anzahl der Behandlungsfälle in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versichertem für das Jahr 2013 (stand.D2013)

Alter	Prophylaxe-Leistungen		Diagnostische und Beratungsleistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,00	0,00	0,05	0,04	0,00	0,00
1-4	0,19	0,20	0,34	0,33	0,08	0,08
5-9	0,63	0,64	0,75	0,76	0,43	0,43
10-14	0,72	0,73	0,79	0,80	0,44	0,44
15-19	0,58	0,61	0,67	0,73	0,36	0,42
20-24	0,42	0,51	0,57	0,69	0,36	0,46
25-29	0,43	0,52	0,57	0,71	0,40	0,49
30-34	0,44	0,54	0,59	0,73	0,43	0,52
35-39	0,46	0,56	0,62	0,76	0,46	0,55
40-44	0,49	0,58	0,65	0,78	0,48	0,57
45-49	0,51	0,60	0,68	0,79	0,50	0,58
50-54	0,52	0,60	0,69	0,79	0,52	0,59
55-59	0,52	0,59	0,70	0,78	0,53	0,59
60-64	0,53	0,59	0,72	0,79	0,54	0,59
65-69	0,55	0,60	0,74	0,80	0,56	0,59
70-74	0,58	0,60	0,79	0,82	0,59	0,60
75-79	0,55	0,55	0,78	0,78	0,57	0,57
80-84	0,47	0,44	0,72	0,68	0,52	0,49
85-89	0,38	0,32	0,63	0,54	0,45	0,39
90-	0,28	0,19	0,50	0,39	0,36	0,29

Tabelle A 11: Mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versichertem für das Jahr 2013 (stand.D2013)

Alter	Prophylaxe-Leistungen		Diagnostische und Beratungsleistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,00	0,00	0,04	0,04	0,00	0,00
1-4	0,19	0,20	0,34	0,33	0,08	0,10
5-9	0,63	0,64	0,75	0,76	0,43	0,67
10-14	0,72	0,73	0,79	0,80	0,44	0,65
15-19	0,58	0,61	0,67	0,73	0,36	0,63
20-24	0,42	0,51	0,57	0,69	0,36	0,72
25-29	0,43	0,52	0,57	0,71	0,40	0,80
30-34	0,44	0,54	0,59	0,73	0,43	0,85
35-39	0,46	0,56	0,62	0,76	0,46	0,91
40-44	0,49	0,58	0,65	0,78	0,48	0,96
45-49	0,51	0,60	0,68	0,79	0,50	0,99
50-54	0,52	0,60	0,69	0,79	0,52	1,01
55-59	0,52	0,59	0,70	0,78	0,53	1,01
60-64	0,53	0,59	0,72	0,79	0,54	1,01
65-69	0,55	0,60	0,74	0,80	0,56	1,02
70-74	0,58	0,60	0,79	0,82	0,59	1,05
75-79	0,55	0,55	0,78	0,78	0,57	0,99
80-84	0,47	0,44	0,72	0,68	0,52	0,82
85-89	0,38	0,32	0,63	0,54	0,45	0,62
90-	0,28	0,19	0,50	0,39	0,36	0,43

Tabelle A 12: Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten* in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 in Euro (stand.D2013)

Alter	Prophylaxe-Leistungen		Diagnostische und Beratungsleistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	14,83	0,00	16,77	16,19	25,14	26,37
1-4	27,17	27,14	21,55	21,26	98,08	88,50
5-9	80,84	81,26	32,24	31,78	98,96	90,90
10-14	95,19	95,74	33,75	34,31	73,16	73,38
15-19	72,39	71,50	37,46	40,16	128,48	136,72
20-24	15,24	15,44	40,64	43,44	148,90	142,86
25-29	15,23	15,41	43,40	44,46	161,46	142,58
30-34	15,22	15,34	45,10	45,01	161,25	141,04
35-39	15,22	15,28	45,24	45,82	155,84	140,07
40-44	15,17	15,21	44,82	45,86	147,99	136,66
45-49	15,13	15,17	44,92	45,95	144,56	134,60
50-54	15,10	15,15	45,18	46,37	143,00	133,79
55-59	15,07	15,13	45,49	46,09	143,11	130,38
60-64	15,04	15,09	45,21	45,49	140,06	125,94
65-69	15,08	15,09	45,22	45,00	136,45	120,95
70-74	15,02	15,03	44,23	44,11	131,53	118,29
75-79	15,02	15,04	43,00	42,86	129,30	117,00
80-84	15,04	15,11	40,33	39,85	121,68	109,81
85-89	15,15	15,19	37,89	36,88	113,53	101,45
90-	15,24	15,24	34,75	32,67	101,82	86,87

* Mindestens ein Zahnarztkontakt im Jahr

Tabelle A 13: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus BEMA-Teil 1 in 2013 nach Alter und Leistungsuntergruppe (stand.D2013)

Leistungsbereich/-gruppe	Prophylaxeleistungen	Diagnostische Leistungen		Therapeutische Leistungen					
Alter	Prophylaxe	Klin. Unt. & Beratungen	Röntgenleistungen	Kavpräp. & Füllungen	Pulpa- & WK-Beh.	Zahnextr. & WSR	Chirurg. Eingriffe	Minimale Intervent.	Anästh.-Leistungen
0	0,0%	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%
1-4	19,5%	33,6%	0,7%	3,8%	1,4%	0,6%	0,5%	4,9%	0,9%
5-9	63,4%	75,6%	5,6%	28,9%	12,3%	11,4%	3,4%	18,5%	16,1%
10-14	72,1%	79,5%	7,6%	23,7%	7,0%	15,3%	3,7%	19,6%	19,5%
15-19	59,5%	70,2%	18,2%	21,2%	7,9%	7,7%	8,5%	21,8%	16,5%
20-24	46,3%	62,7%	24,5%	24,6%	13,2%	7,1%	8,7%	25,0%	21,1%
25-29	47,4%	64,1%	26,3%	30,0%	17,4%	6,5%	8,5%	27,3%	24,6%
30-34	48,6%	66,2%	27,4%	33,3%	19,5%	6,5%	9,0%	29,5%	27,2%
35-39	50,6%	68,7%	28,4%	35,5%	20,4%	6,9%	9,9%	31,5%	28,8%
40-44	53,4%	71,4%	28,7%	36,8%	20,2%	7,5%	10,8%	33,7%	29,3%
45-49	55,3%	73,3%	28,9%	37,3%	19,5%	8,4%	11,8%	35,6%	29,5%
50-54	55,9%	74,0%	29,0%	37,3%	18,7%	10,0%	13,1%	37,3%	29,8%
55-59	55,5%	74,3%	28,6%	36,3%	17,4%	11,3%	14,0%	38,5%	29,5%
60-64	56,2%	75,6%	28,1%	35,5%	16,3%	12,1%	14,4%	39,8%	28,7%
65-69	57,6%	77,4%	27,8%	34,6%	15,6%	12,5%	14,9%	41,7%	28,3%
70-74	59,2%	80,5%	27,6%	35,0%	15,5%	13,5%	15,5%	43,9%	28,2%
75-79	55,3%	78,2%	25,6%	32,4%	14,6%	13,9%	15,4%	43,0%	26,7%
80-84	45,4%	69,4%	20,7%	25,6%	11,6%	13,2%	13,6%	37,9%	22,5%
85-89	33,5%	56,6%	15,5%	18,2%	8,1%	11,8%	11,0%	31,1%	17,8%
90-	21,0%	41,2%	9,4%	10,8%	4,6%	9,2%	7,5%	23,6%	12,4%

Tabelle A 14: Anteil der Versicherten mit mindestens einer der ausgewählten Leistungen in 2013

Alter	Füllung		Zahnextraktion		Orthopantomogramm		Bereich Wurzelkanalbehandlung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1-4	3,9%	3,7%	0,6%	0,5%	0,1%	0,1%	0,3%	0,3%
5-9	27,1%	25,9%	11,4%	11,4%	2,2%	2,0%	4,7%	4,0%
10-14	20,9%	20,2%	14,8%	15,7%	3,4%	3,8%	1,7%	1,4%
15-19	18,6%	20,8%	6,5%	8,6%	8,8%	11,6%	1,8%	2,0%
20-24	21,9%	26,6%	6,0%	7,7%	10,0%	12,7%	4,2%	4,7%
25-29	27,1%	32,1%	5,9%	6,1%	9,9%	10,8%	6,1%	6,6%
30-34	30,4%	34,8%	6,1%	5,6%	10,1%	10,2%	7,1%	7,4%
35-39	32,0%	37,0%	6,4%	5,8%	10,0%	10,4%	7,4%	8,0%
40-44	32,9%	38,1%	6,9%	6,5%	9,9%	10,4%	7,4%	7,9%
45-49	33,7%	37,5%	7,9%	7,3%	10,1%	10,6%	7,5%	7,8%
50-54	33,9%	36,4%	9,5%	8,9%	10,3%	11,2%	7,6%	7,6%
55-59	33,2%	34,2%	11,2%	10,2%	10,5%	11,2%	7,6%	7,2%
60-64	32,8%	32,6%	12,1%	10,8%	10,3%	10,9%	7,6%	6,9%
65-69	32,3%	31,1%	12,8%	11,3%	10,1%	10,4%	7,7%	6,6%
70-74	33,1%	31,1%	13,6%	12,3%	9,4%	9,6%	8,0%	6,8%
75-79	31,0%	28,2%	14,2%	13,0%	8,5%	8,3%	7,7%	6,5%
80-84	25,5%	21,4%	13,7%	12,5%	6,7%	6,3%	6,6%	4,9%
85-89	19,3%	14,4%	13,1%	11,1%	5,2%	4,4%	5,2%	3,3%
90-	13,1%	8,2%	11,2%	8,6%	3,3%	2,5%	3,2%	1,8%

7.2.2 Datenanhang zu Kapitel 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien

Tabelle A 15: Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Behandlungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

Inanspruchnahmerate	Diagnostische Leistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter				
20-24	20,7%	26,3%	0,2%	0,2%
25-29	22,2%	27,6%	0,5%	0,5%
30-34	22,9%	27,8%	1,0%	1,0%
35-39	23,4%	27,7%	1,5%	1,4%
40-44	23,5%	27,8%	2,0%	1,9%
45-49	23,9%	27,8%	2,3%	2,4%
50-54	23,9%	27,6%	2,5%	2,9%
55-59	23,4%	26,8%	2,7%	3,0%
60-64	23,1%	26,4%	2,5%	2,8%
65-69	23,5%	25,8%	2,5%	2,5%
70-74	23,6%	24,9%	2,0%	2,1%
75-79	21,7%	22,0%	1,5%	1,6%
80-84	17,9%	16,8%	0,8%	0,9%
85-89	13,9%	11,9%	0,5%	0,4%
90-	9,9%	7,3%	0,2%	0,1%

Tabelle A 16: Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Behandlungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

Mittlere Ausgaben in Euro	Diagnostische Leistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter				
20-24	0,31	0,31	482,57	449,15
25-29	0,78	0,71	475,56	465,36
30-34	1,52	1,33	470,18	458,73
35-39	2,34	1,86	465,95	451,66
40-44	3,04	2,42	457,00	439,71
45-49	3,47	3,09	434,02	424,02
50-54	3,85	3,80	413,22	403,73
55-59	4,20	4,04	392,44	382,82
60-64	3,94	3,85	376,89	362,83
65-69	3,82	3,54	364,81	354,27
70-74	3,01	3,01	352,60	336,61
75-79	2,46	2,55	337,92	324,90
80-84	1,71	1,84	311,55	302,50
85-89	1,22	1,21	303,22	273,69
90-	0,60	0,51	266,31	269,16

Tabelle A 17: Anteil der Versicherten mit mindestens einer parodontologischen Leistung in 2013 nach Alter und Gebührenziffer (stand.D2013)

Gebühren- ziffer	04	4	P200	P201	P202	P203	108	111
Alter	BEMA-Teil 1	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 4
20-24	23,5%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%
25-29	24,8%	0,5%	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,2%	0,5%
30-34	25,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,4%	1,0%
35-39	25,1%	1,4%	1,4%	1,4%	0,0%	0,0%	0,6%	1,4%
40-44	25,1%	1,9%	1,9%	1,9%	0,1%	0,1%	0,8%	1,9%
45-49	25,1%	2,3%	2,3%	2,3%	0,1%	0,1%	1,0%	2,3%
50-54	24,7%	2,7%	2,7%	2,7%	0,1%	0,1%	1,2%	2,7%
55-59	23,9%	2,9%	2,9%	2,8%	0,1%	0,1%	1,2%	2,8%
60-64	23,7%	2,7%	2,7%	2,6%	0,1%	0,1%	1,2%	2,7%
65-69	23,6%	2,5%	2,5%	2,4%	0,1%	0,1%	1,1%	2,5%
70-74	23,3%	2,0%	2,0%	1,9%	0,1%	0,1%	0,9%	2,0%
75-79	21,1%	1,5%	1,5%	1,4%	0,1%	0,1%	0,7%	1,5%
80-84	16,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%	0,4%	0,8%
85-89	12,2%	0,4%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%	0,4%
90-	7,7%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%

7.2.3 Datenanhang zu Kapitel 5: Zahnersatz und Zahnkronen

Tabelle A 18: Inanspruchnahmerate für Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

Inanspruch- nahmerate	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter				
0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1-4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15-19	0,3%	0,4%	0,0%	0,0%
20-24	1,0%	1,2%	0,1%	0,1%
25-29	2,1%	2,6%	0,3%	0,4%
30-34	3,5%	4,3%	0,7%	0,8%
35-39	4,8%	6,0%	1,4%	1,6%
40-44	6,0%	7,6%	2,3%	2,6%
45-49	7,4%	8,8%	3,6%	3,8%
50-54	8,5%	9,8%	5,5%	5,8%
55-59	9,4%	10,2%	8,4%	8,4%
60-64	9,9%	10,5%	11,0%	11,0%
65-69	10,2%	10,5%	13,3%	13,3%
70-74	10,5%	10,8%	16,5%	16,3%
75-79	10,4%	10,5%	19,2%	18,7%
80-84	9,1%	8,8%	21,0%	19,8%
85-89	7,6%	6,6%	21,8%	19,1%
90-	5,6%	4,6%	21,0%	17,1%

Tabelle A 19: Mittlere Gesamtausgaben je behandeltem Versicherten für Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013; inkl. Eigenanteil)

Mittlere Gesamtausgaben in Euro	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter				
0	---	---	---	---
1-4	309,56	329,03	32,15	80,03
5-9	360,91	345,58	92,94	85,04
10-14	575,52	679,98	65,57	59,47
15-19	845,89	858,31	56,35	48,42
20-24	935,07	932,56	43,86	42,79
25-29	1.046,65	1.001,00	37,98	31,48
30-34	1.109,24	1.065,32	40,61	36,03
35-39	1.129,19	1.103,92	43,89	41,06
40-44	1.143,19	1.162,10	55,76	48,05
45-49	1.196,27	1.219,52	69,09	64,13
50-54	1.278,01	1.342,07	85,61	82,62
55-59	1.371,08	1.464,33	102,07	100,92
60-64	1.412,38	1.533,12	111,43	110,76
65-69	1.411,39	1.531,92	118,10	117,76
70-74	1.353,25	1.489,06	124,37	122,57
75-79	1.348,46	1.480,25	130,44	128,12
80-84	1.309,85	1.419,65	136,42	136,94
85-89	1.268,23	1.361,47	147,11	147,39
90-	1.198,47	1.133,58	158,66	151,29

Tabelle A 20: Mittlerer Eigenanteil je behandeltem Versicherten für Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)

Mittlerer Eigenanteil in Euro	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter				
1-4	96,01	96,93	48,12	36,71
5-9	94,04	124,20	22,06	25,78
10-14	280,97	316,41	18,79	27,98
15-19	358,73	416,72	15,63	18,78
20-24	421,75	439,81	15,14	17,09
25-29	503,19	505,72	13,93	12,76
30-34	575,37	579,82	15,14	13,30
35-39	608,46	614,17	18,50	16,49
40-44	626,34	673,91	22,44	20,43
45-49	660,84	714,11	29,64	27,61
50-54	699,54	778,05	37,94	35,98
55-59	746,75	850,02	44,75	44,43
60-64	767,76	880,28	49,25	48,97
65-69	778,04	885,88	52,52	52,58
70-74	751,50	850,62	53,13	53,86
75-79	748,18	829,20	55,00	56,50
80-84	714,38	780,06	56,88	60,36
85-89	691,96	732,48	58,73	67,02
90-	648,43	573,47	57,28	70,48

Tabelle A 21: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Versorgungsleistung (Zahnersatz und Zahnkronen) in 2013 nach Alter und Befundklassen (stand.D2013)

Alter	1	2	3	4	5	6	7
1-4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10-14	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15-19	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
20-24	1,9%	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%
25-29	4,0%	0,8%	0,1%	0,1%	0,3%	0,7%	0,0%
30-34	6,5%	1,5%	0,3%	0,1%	0,5%	1,6%	0,0%
35-39	8,9%	2,1%	0,5%	0,2%	0,8%	2,9%	0,0%
40-44	11,0%	2,8%	0,8%	0,4%	1,1%	4,9%	0,1%
45-49	12,5%	3,5%	1,3%	0,8%	1,6%	7,3%	0,1%
50-54	13,2%	4,0%	2,1%	1,5%	2,2%	11,2%	0,1%
55-59	13,3%	4,2%	2,9%	2,5%	2,7%	16,7%	0,2%
60-64	13,4%	4,1%	3,6%	3,3%	2,9%	21,8%	0,3%
65-69	13,2%	3,9%	3,9%	3,8%	2,9%	26,2%	0,5%
70-74	13,4%	3,6%	4,1%	4,3%	2,7%	32,4%	0,6%
75-79	12,4%	3,1%	4,3%	5,0%	2,7%	37,4%	0,7%
80-84	9,4%	2,1%	3,8%	5,5%	2,4%	40,3%	0,7%
85-89	6,2%	1,2%	3,0%	5,4%	2,0%	40,4%	0,7%
90-	3,4%	0,7%	2,1%	4,8%	1,5%	37,8%	0,5%

8 Literatur

- Benigeri M., Payette M., Brodeur J.M. (1998): Comparison between the DMF indices and two alternative composite indicators of dental health. *Community Dent Oral Epidemiol* 26 (5): 303–309
- BMG (verschiedene Jahre a): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse (KJ 1 - Statistik)
- BMG (verschiedene Jahre b): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder (KM 1 - Statistik)
- Burke F.J.T., Lucarotti P.S.K. (2009): How long do direct restorations placed within the general dental services in England and Wales survive? E2; discussion. *Br Dent J* 206 (1): 26–27
- Burke F.J.T., Lucarotti P.S.K. (2015): Direct restoration survival in England and Wales using massive data. 93th General Session of the International Association for Dental Research, 11.-15.03.2015, Boston, Mass, USA
- Burt B.A. (1997): How useful are cross-sectional data from surveys of dental caries? *Community Dent Oral Epidemiol* 25 (1): 36–41
- Demarco F.F., Corrêa M.B., Cenci M.S., Moraes R.R. et al. (2012): Longevity of posterior composite restorations: not only a matter of materials. *Dent Mater* 28 (1): 87–101
- Dietz W., Montag R., Kraft, U.: Walther, M., Sigusch B.W. et al. (2014): Longitudinal micromorphological 15-year results of posterior composite restorations using three-dimensional scanning electron microscopy. *J Dent* 42 (8): 959–969
- GBA (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinie) sowie über die Höhe der auf die

Regelversorgung entfallenden Beträge nach § 56 Absatz 4 SGB V.
In Kraft getreten am 1. Januar 2015

- Heidel C.-P. (2006): Historische Aspekte in der Zahnmedizin. In:
Reitemeier B, Schwenter N, Ehrenfeld M (eds) Einführung in die
Zahnmedizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2–8
- Hickel R., Manhart J. (2001): Longevity of restorations in posterior teeth
and reasons for failure. *J Adhes Dent* 3 (1): 45–64
- Hoffmann-Axthelm W. (1985): Die Geschichte der Zahnheilkunde, 2.
Auflage. Quintessenz-Verlag, Berlin
- Huysmans M.C. (2015): Secondary Caries: Does it Really Exist? 93th
General Session of the International Association for Dental
Research, 11.-14.03.2015, Boston, Mass, USA
- KZBV (2015): Jahrbuch 2014. Statistische Basisdaten zur
vertragszahnärztlichen Versorgung. Einschliesslich GOZ-Analyse.
KZBV Jahrbuch, Köln
- Laske M., Opdam N., Bronkhorst E., Huysmans M.C. (2015): Longevity
of Class II restorations placed in Dutch general dental practices.
93th General Session of the International Association for Dental
Research, 11.-14.03.2015, Boston, Mass, USA
- McCracken M.S., Gordan V.V., Litaker M.S., Funkhouser E. et al.
(2013): National Dental Practice-Based Research Network
Collaborative Group. A 24-month evaluation of amalgam and resin-
based composite restorations: Findings from The National Dental
Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc* 144 (6): 583–
593
- Micheelis W. (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV).
Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen,
Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in
Deutschland. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln

- Opdam N.J., van de Sande, F. H., Bronkhorst E., Cenci M.S. et al. (2014): Longevity of posterior composite restorations: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 93 (10): 943–949
- Pallesen U., Qvist V. (2003): Composite resin fillings and inlays. An 11-year evaluation. *Clin Oral Investig* 7 (2): 71–79
- Peters M.C., McLean M.E. (2001a): Minimally invasive operative care. I. Minimal intervention and concepts for minimally invasive cavity preparations. *J Adhes Dent* 3 (1): 7–16
- Peters M.C., McLean M.E. (2001b): Minimally invasive operative care. II. Contemporary techniques and materials: an overview. *J Adhes Dent* 3 (1): 17–31
- Rasines Alcaraz, M. G., Veitz-Keenan, A., Sahrmann P., Schmidlin P.R., Davis D. et al. (2014): Direct composite resin fillings versus amalgam fillings for permanent or adult posterior teeth. *The Cochrane Library* 3
- Schäfer T., Hartmann A., Hussein R., Bitzer E.M. et al. (2013): BARMER GEK Zahnreport 2013. Schwerpunkt: Zahnersatz und Zahnkronen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Asgard-Verlag, Siegburg
- Sjögren P., Halling A. (2002): Survival time of Class II molar restorations in relation to patient and dental health insurance costs for treatment. *Swed Dent J* 26 (2): 59–66
- Tyas M.J., Anusavice K.J., Frencken J. E., Mount G.J. (2000): Minimal intervention dentistry-a review. FDI Commission Project 1-97. *Int Dent J* 50 (1): 1–12
- van de Sande, F. H., Opdam N.J., Rodolpho P.A., Corrêa M.B. et al. (2013): Patient risk factors' influence on survival of posterior composites. *J Dent Res* 92 (7): 78S-83S

9 Glossar

Begriff	Bedeutung
Bonusheft	Nachweisdokument über die Inanspruchnahme regelmäßiger zahnärztlicher Untersuchungen durch gesetzlich Krankenversicherte
Direktabrechnung	Abrechnungsmodus für prothetische Versorgung, bei der der Patient die Gesamtkosten zunächst direkt an den Zahnarzt zahlt und seinen eventuellen Erstattungsbetrag danach von seiner gesetzlichen Krankenkasse einfordert
Early childhood caries	frühkindliche Karies bei Kleinkindern
Evidenz	Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen. (Deutsches Netzwerk für evidenzbasierte Medizin e. V.)
Evidenzlevel	Stufeneinteilung zur Bewertung der Erkenntnisse wissenschaftlicher Studien
Festzuschuss(-befund)	Klinischer Zustand, der den Zuschuss für eine potenzielle prothetische Versorgung bestimmt
Gruppenprophylaxe	Vorsorgemaßnahmen in Kindereinrichtungen (Schulen, Kindergärten, etc.)
Individualprophylaxe	Individuelle Vorsorgemaßnahmen für Kinder, durchgeführt beim Zahnarzt bzw. in der Zahnarztpraxis
Kavität	Hohlraum im Zahn
Kavitätenpräparation	Entfernung der durch Karies befallenen Zahnhartsubstanz im Zahn und Vorbereitung der Höhlung für eine Füllung
Molar	Mahlzahn: acht im Milchgebiss bzw. 12 im bleibenden Gebiss
Neueingliederungsleistung (NEU)	Neuanfertigung von Zahnersatz
Panoramaschichtaufnahme	Verfahren der zahnärztlichen Röntgendiagnostik
Parodont	Zahnhalteapparat
Parodontaler Screening Index (PSI)	Index zur initialen Diagnose von Parodontalerkrankungen
Parodontalerkrankungen	Erkrankungen des Zahnhalteapparates
Parodontitis	Erkrankung des Zahnhalteapparates aufgrund entzündlicher bakterieller Beläge
Parodontopathien	s. Parodontalerkrankungen
Prämolar	Kleiner Seitenzahn (oder auch Mahlzahn)

Begriff	Bedeutung
Prävalenz	Krankheitshäufigkeit – beschreibt, wie viele Menschen an einer bestimmten Erkrankung erkrankt sind
Re-Intervention	Folgebehandlung
Responder	Synonym für „Antwortender“ oder „auf etwas Ansprechender“
Sanierungsgrad	Der Sanierungsgrad beschreibt in der Kariestherapie den Anteil der behandlungsbedürftiger Zähne, der bereits versorgt (gefüllt) ist
Suprakonstruktion	Von einem Implantat getragene Krone, Brücke oder herausnehmbarer Zahnersatz
Teleskopkrone	Zweiteilige Krone mit festsitzendem Teil am natürlichen Zahn und herausnehmbarem Teil. Sie gilt als Verbindungselement für Kombinationszahnersatz
Überlebenszeitanalyse	Eine statistische Analyse, bei der die Zeit bis zu einem bestimmten Ereignis ("time to event") zwischen zwei oder mehr Gruppen verglichen wird, um die Wirkung von prognostischen Faktoren, medizinischer Behandlung oder schädlichen Einflüssen zu schätzen (Cochrane)
Verblendbereich	Zahnbereich, bei dem die Verblendung von Zahnersatz an der außen sichtbaren Seite im Rahmen der Regelversorgung möglich ist, schließt Zähne 15 bis einschließlich 25 und 34 bis einschließlich 44 ein
Verblendung	Überziehen einer Metallkrone mit zahnfarbenem Kunststoff oder Keramik
Versorgungsforschung	Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen (BÄK, 2004)
Wiederherstellungsleistung (REP)	Reparatur von vorhandenem Zahnersatz oder dessen Anpassung an eine neue Befundsituation
Wurzel(kanal)behandlung	Unter einer Wurzelbehandlung wird das Eröffnen, das Präparieren, das Desinfizieren sowie das Füllen und Verschließen des Endodonts (des Zahnwurzelkanals) verstanden
Zensus 2011	Im Jahr in der Europäischen Union 2011 gemeinschaftsweit durchgeführte Erhebung von Daten zu Bevölkerungsstand, Wohnsituation und Erwerbsleben
(Zahn-)Extraktion	Zahnentfernung
(Zahn-)Füllung	Ersatz von Zahnhartsubstanzdefekten
(Zahn-)Karies	Kohlenhydratabhängige Infektionskrankheit, die zur Zerstörung von Zahnhartsubstanzen führt

Begriff	Bedeutung
(Zahn-)Pulpa	hier: Zahnpulpa, Zahnmark, feinfaseriges, an Blutgefäßen und Nerven reiches Bindegewebe, das die Pulpahöhle im Inneren des Zahnes ausfüllt, umgangssprachlich auch so genannter „Zahnnerv“

Quellen: Roche Lexikon Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, Wien Baltimore, 2. Auflage 1984/1987, Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. neu bearbeitete Auflage, Walter de Gruyter, Berlin 2004; Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, www.kzbv.de, abgerufen 24.03.2015; KZBV Schwere Kost für leichtes Arbeiten, 3. Auflage Stand 01.07.2013, Mitchell, L. & Mitchell, D. A. Oxford-Kompendium der Zahnheilkunde, München: Hanser-Verlag 1995, teilweise modifiziert

10 Weitere Verzeichnisse

10.1 Verzeichnis verwendeter Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
D	Deutschland
DMS	Deutsche Mundgesundheitsstudie
DTA	Datenträgeraustausch
FDI	Federation Dentaire Internationale
FU	Früherkennungsuntersuchungen
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HKP/HK-Pläne	Heil- und Kostenplan/Pläne
IP	Individualprophylaxe
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
Mio.	Million
Mrd.	Milliarden
OPT/OPG	Orthopantomogramm
PKV	Private Krankenversicherung
PSI	Parodontaler Screening Index
RV	Regelversorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
stand.	alters- (und ggf. geschlechts-) standardisiert - vgl. Erläuterungen im Anhang
WKB	Wurzel(kanal)behandlung

10.2 Verzeichnis der Tabellen im Text

Tabelle 2-1:	Kenngößen Vertragszahnärztliche Versorgung	26
Tabelle 2-2:	Übersicht zu den in den einzelnen Kapiteln dieses Reports ausgewiesenen Kenngößen	27
Tabelle 2-3:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen insgesamt im Jahr 2013 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile und Direktabrechnungsfälle; stand.D2013)	28
Tabelle 2-4:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben je Versichertem nach Ländern* (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile und Direktabrechnungsfälle; stand.D2013)**	31
Tabelle 2-5:	Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben in den alten und neuen Ländern* – mit den Versichertenzahlen der BARMER GEK gewichtete Mittelwerte (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile und Direktabrechnungsfälle)	32
Tabelle 2-6:	Inanspruchnahme und mittlere Ausgaben differenziert nach BEMA-Teilen für das Jahr 2013 (stand.D2013)	34
Tabelle 2-7:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen nach Ländern* - getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2013)**	37
Tabelle 2-8:	Mittlere Ausgaben je Versichertem für vertragszahnärztliche Leistungen nach Ländern* - getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2013)**	39
Tabelle 2-9:	Inanspruchnahmerate für vertragszahnärztliche Leistungen der BEMA-Teile 1, 4 und 5 insgesamt in den Jahren 2012 und 2013 nach Ländern* (stand.D2013)**	40
Tabelle 3-1:	Übersicht der in Kapitel 3 ausgewiesenen Kenngößen	43

Tabelle 3-2:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 (stand.D2013)	45
Tabelle 3-3:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für konservierende und chirurgische therapeutische Leistungen (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 nach Ländern* (stand.D2013**).	50
Tabelle 3-4:	Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des Teil 1 des BEMA nach Häufigkeit und Punktsomme (stand.D2013)	53
Tabelle 3-5:	Inanspruchnahmerate für vertragszahnärztliche Leistungen des BEMA-Teil 1 in den Jahren 2010 bis 2013 nach Ländern* (stand.D2011)**	56
Tabelle 3-6:	Früherkennungsuntersuchungen (30. bis 72. Lebensmonat): Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)**	58
Tabelle 3-7:	Inanspruchnahme von IP-Leistungen (stand.D2013)*	60
Tabelle 3-8:	Individualprophylaxe (6- bis unter 18-Jährige): Inanspruchnahme nach Ländern* (stand.D2011)** ...	61
Tabelle 3-9:	Zahnsteinentfernung: Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)**	62
Tabelle 3-10:	Füllungen: Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)**	65
Tabelle 3-11:	Zahnextraktionen: Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)**	67
Tabelle 3-12:	Panoramaschichtaufnahme: Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)**	69
Tabelle 3-13:	Wurzelbehandlung: Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2013 (stand.D2011)**	71

Tabelle 4-1:	Übersicht der in die Analysen von Kapitel 4 eingehenden Gebührens­ziffern (Gebührens­ziffer 04 aus BEMA-Teil 1 und BEMA-Teil 4 komplett)	74
Tabelle 4-2:	Übersicht der in Kapitel 4 ausgewiesenen Kenngrößen	75
Tabelle 4-3:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Jahr 2013 (stand.D2013)	77
Tabelle 4-4:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für diagnostische und therapeutische Leistungen im Jahr 2013 nach Ländern* (stand.D2013)**	81
Tabelle 4-5:	Verteilung der diagnostischen und therapeutischen Behandlungsleistungen des Teils 4 des BEMA und der Gebührens­ziffer 04 aus Teil 1 des BEMA nach Häufigkeit und Punktsumme (stand.D2013)	83
Tabelle 4-6:	Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien in den Jahren 2012 und 2013 nach Ländern* (stand.D2011)**	85
Tabelle 5-1:	Übersicht der in die Analysen von Kapitel 5 eingehenden Befundklassen für Festzuschüsse (Auszug - ausführliche Auflistung der Befundziffern siehe Anhang Tabelle A 7)	89
Tabelle 5-2:	Übersicht der in Kapitel 5 ausgewiesenen Kenngrößen	90
Tabelle 5-3:	Inanspruchnahmerate, Ausgaben und Eigenanteil je versorgtem Versicherten für Neueingliederung (NEU) und Wiederherstellung (REP) für das Jahr 2013 (stand.D2013); Angaben beziehen sich ausschließlich auf über die KZVen abgerechnete Leistungen	92
Tabelle 5-4:	Kenngrößen der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederungen) nach Ländern (nur über die KZVen abgerechnete Neueingliederungen; stand.D2013)*	97

Tabelle 5-5:	Zuschusserhöhung für Versicherte mit lückenloser Führung des Bonusheftes für Zahnersatz (stand.D2013)	99
Tabelle 5-6:	Verteilung der abgerechneten Festzuschussbefunde (stand.D2013)	100
Tabelle 5-7:	Inanspruchnahmerate für vertragszahnärztliche Leistungen des BEMA-Teil 5 in den Jahren 2012 und 2013 nach Ländern* (nur über die KZVen abgerechnete Neueingliederungen und Wiederherstellungen; stand.D2011)**	102
Tabelle 6-1:	Übersicht über die längsschnittlichen Analysen und entsprechende Indexbehandlungen und Zielereignisse	111
Tabelle 6-2:	Tabellarische Übersicht über die Häufigkeiten abgerechneter Füllungspositionen (13d bzw. F4) und Festzuschüssen für Einzelzahn- und Teilkronen sowie das Verhältnis zueinander (Länder absteigend nach dem Verhältniswert von mehr als dreiflächigen Füllungen zu Kronen sortiert)	127

10.3 Verzeichnis der Abbildungen im Text

Abbildung 1-1:	Aufteilung der GKV-Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung im Jahr 2013, Quelle: KZBV	18
Abbildung 1-2:	Anteil der BARMER GEK-Versicherten an der Bevölkerung nach Ländern am 31. Dezember 2013; Angaben in Prozent.....	20
Abbildung 2-1:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen der BEMA-Teile 1, 4 und 5 nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)	29
Abbildung 2-2:	Mittlere Ausgaben je Versichertem für vertragszahnärztliche Leistungen der BEMA-Teile 1, 4 und 5 nach Alter und Geschlecht (ohne Eigenanteile und Direktabrechnungsfälle; stand.D2013).....	30
Abbildung 2-3:	Mittlere Ausgaben je Versichertem für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) (BEMA-Teil 1) nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)	35
Abbildung 2-4:	Mittlere Ausgaben je Versichertem für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)	36
Abbildung 2-5:	Mittlere Ausgaben je Versichertem für Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) nach Alter und Geschlecht (ohne Eigenanteile und Direktabrechnungsfälle; stand.D2013)	36
Abbildung 3-1:	Inanspruchnahmerate im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	47
Abbildung 3-2:	Behandlungsfälle je Versichertem im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	48

Abbildung 3-3:	Zahnarztkontakte je Versichertem im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	48
Abbildung 3-4:	Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	49
Abbildung 3-5:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen der Leistungsbereiche Prophylaxe und diagnostische Leistungen nach Alter (stand.D2013)	54
Abbildung 3-6:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen des Leistungsbereichs therapeutische Leistungen nach Alter (stand.D2013)	54
Abbildung 3-7:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Füllung nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)	63
Abbildung 3-8:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnextraktion nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)	66
Abbildung 3-9:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Röntgenpanoramaschichtaufnahme nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)	70
Abbildung 3-10:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Wurzelbehandlung nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)	72
Abbildung 4-1:	Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	78
Abbildung 4-2:	Inanspruchnahmerate für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	78
Abbildung 4-3:	Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	79

Abbildung 4-4:	Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	79
Abbildung 4-5:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer diagnostischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter (stand.D2013)	84
Abbildung 4-6:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer therapeutischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter (stand.D2013)	84
Abbildung 5-1:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) nach Alter und Geschlecht (nur über die KZVen abgerechnete Neueingliederungen; stand.D2013)	93
Abbildung 5-2:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) nach Alter und Geschlecht (nur über die KZVen abgerechnete Wiederherstellungen; stand.D2013)	94
Abbildung 5-3:	Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) je versorgtem Versicherten nach Alter und Geschlecht (nur über die KZVen abgerechnete Neueingliederungen; stand.D2013)	95
Abbildung 5-4:	Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) je versorgtem Versicherten nach Alter und Geschlecht (nur über die KZVen abgerechnete Wiederherstellungen; stand.D2013)	96
Abbildung 5-5:	Anteil der Versicherten mit mindestens einem Festzuschuss im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz nach Alter und Befundklasse (nur über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse; stand.D2013)	101

Abbildung 6-1:	FDI-Zahnschema mit einzelnen Zahnbezeichnungen und Einteilung der Zähne in Front- und Seitenzähne. Erläuterung der Flächen- und Richtungsbezeichnungen am einzelnen Zahn in der rechten Bildhälfte. Abbildungsnachweis: Rädel M, modifiziert nach http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Human_dental_arches.svg , Autor: Kaligula, publiziert unter Creative Commons License	106
Abbildung 6-2:	Darstellung der Abrechnungsdatennutzung für die Überlebenszeitanalysen nach Kaplan und Meier an zwei einfachen Beispielen.....	109
Abbildung 6-3:	Beispielhafte Erläuterung der beiden Analyseansätze (flächenbezogen und zahnbezogen). Die Darstellung der Indexbehandlung und der Folgeereignisse ist zur Visualisierung der beiden Ansätze gewählt und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.....	110
Abbildung 6-4:	Überlebenskurve nach Indexbehandlung „Füllung mit Beteiligung der mesialen Fläche eines Frontzahnes“ für das Zielereignis „Füllung mit Beteiligung derselben Fläche.....	113
Abbildung 6-5:	Überlebenskurve nach Indexbehandlung „Füllung mit Beteiligung der mesialen Fläche eines Frontzahnes für das Zielereignis „Krone oder Teilkrone“. Der Verlauf der Kurve über zwei Jahre hinaus wurde durch eine modellierende Hochrechnung generiert.....	114
Abbildung 6-6:	Überlebenskurve nach Indexbehandlung „Füllung mit Beteiligung der mesialen Fläche eines Frontzahnes“ für das Zielereignis „Extraktion“.....	114
Abbildung 6-7:	Überlebenskurve nach Indexbehandlung „Füllung mit Beteiligung der okklusalen Fläche eines Seitenzahnes“ für das Zielereignis „Füllung mit Beteiligung derselben Fläche“.....	116
Abbildung 6-8:	Grafische Darstellung der Verteilung der einzelnen Füllungsgrößen in der zahnbezogenen Längsschnittanalyse.....	118

Abbildung 6-9: Überlebenskurve der Indexbehandlungen zwei- (blau) und mehr als dreiflächige Füllung (grün) für das Zielereignis "Neue Füllung am selben Zahn"	119
Abbildung 6-10: Überlebenskurve für Eckenaufbauten im Frontzahnbereich, Zielereignis "Füllungs-Re-Intervention an mindestens zwei der beteiligten Flächen"	122
Abbildung 6-11: Überlebenskurven nach Indexbehandlung „mesial-okklusal-distale Molarenfüllung“ mit den Zielereignissen „Wiederholung der iden-tischen Füllung“ (blau) und „Neue Füllung an einer beteiligten Zahn-fläche“ (grün)	123
Abbildung 6-12: Verhältnis mehr als dreiflächiger Füllungen (blau) zu Kronen und Teilkronen (rot) in den einzelnen Bundesländern	128
Abbildung 6-13: Anteile zahn- und nicht zahnfarbener Seitenzahnfüllungen.....	131
Abbildung 6-14: Verteilung der Antworten bezüglich des verwendeten Füllungsmaterials	132
Abbildung 6-15: Wertung der Aspekte Haltbarkeit, Ästhetik, Verträglichkeit und Kosten hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Versicherten bei der Materialwahl für eine Füllung	133
Abbildung 6-16: Verteilung der angefallenen Zuzahlungsbeträge, sofern Mehrkosten für die Füllungsleistungen anfielen.....	134

10.4 Verzeichnis der Tabellen im Anhang

Tabelle A 1:	Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2013	136
Tabelle A 2:	Inanspruchnahmerate in den BEMA-Teilen 1, 4, 5 und Gesamt für das Jahr 2013 (stand.D2013)	139
Tabelle A 3:	Mittlere Ausgaben je Versichertem in den BEMA-Teilen 1, 4, 5 und Gesamt für das Jahr 2013 in Euro (stand.D2013)	140
Tabelle A 4:	Leistungsgruppen BEMA-Teil 1	141
Tabelle A 5:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 nach Ländern* (stand.D2013**)	150
Tabelle A 6:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für diagnostische und Beratungsleistungen (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 nach Ländern* (stand.D2013**)	151
Tabelle A 7:	Befundklassen zu Zahnersatz und Zahnkronen	152
Tabelle A 8:	Kenngößen der Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) nach Ländern (nur über die KZVen abgerechnete Wiederherstellungen; stand.D2013)*	157
Tabelle A 9:	Inanspruchnahmerate in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 (stand.D2013)	158
Tabelle A 10:	Mittlere Anzahl der Behandlungsfälle in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versichertem für das Jahr 2013 (stand.D2013)	159
Tabelle A 11:	Mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versichertem für das Jahr 2013 (stand.D2013)	160

Tabelle A 12:	Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten* in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) für das Jahr 2013 in Euro (stand.D2013)	161
Tabelle A 13:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus BEMA-Teil 1 in 2013 nach Alter und Leistungsuntergruppe (stand.D2013).....	162
Tabelle A 14:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer der ausgewählten Leistungen in 2013.....	163
Tabelle A 15:	Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Behandlungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	164
Tabelle A 16:	Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Behandlungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013) ...	165
Tabelle A 17:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer parodontologischen Leistung in 2013 nach Alter und Gebührenziffer (stand.D2013).....	166
Tabelle A 18:	Inanspruchnahmerate für Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013).....	167
Tabelle A 19:	Mittlere Gesamtausgaben je behandeltem Versicherten für Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013; inkl. Eigenanteil)	168
Tabelle A 20:	Mittlerer Eigenanteil je behandeltem Versicherten für Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	169
Tabelle A 21:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Versorgungsleistung (Zahnersatz und Zahnkronen) in 2013 nach Alter und Befundklassen (stand.D2013)	170

10.5 Verzeichnis der Abbildungen im Anhang

Abbildung A 1:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)	137
Abbildung A 2:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 4 nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)	137
Abbildung A 3:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 5 nach Alter und Geschlecht (stand.D2013)	138
Abbildung A 4:	Inanspruchnahmerate für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	145
Abbildung A 5:	Behandlungsfälle Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	146
Abbildung A 6:	Zahnarztkontakte für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	146
Abbildung A 7:	Mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	147
Abbildung A 8:	Inanspruchnahmerate für konservierende und chirurgische diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	147
Abbildung A 9:	Behandlungsfälle für konservierende und chirurgische diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	148
Abbildung A 10:	Zahnarztkontakte für konservierende und chirurgische diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)	148

Abbildung A 11: Mittlere Ausgaben für konservierende und chirurgische diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2013 (stand.D2013)149

In der BARMER GEK-Edition Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse sind bisher erschienen:

- | | | |
|----------|--|------------|
| Band 1: | Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Arztreport. 2010
ISBN 978-3-537-44101-0 | Euro 14,90 |
| Band 2: | Glaeske, G., Schicktan, C.:
BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44102-7 | Euro 14,90 |
| Band 3: | Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44103-4 | Euro 14,90 |
| Band 4: | Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.:
BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44104-1 | Euro 14,90 |
| Band 5: | Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.:
BARMER GEK Pflegereport 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44105-8 | Euro 14,90 |
| Band 6: | Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Arztreport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44106-5 | Euro 14,90 |
| Band 7: | Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.:
BARMER GEK Zahnreport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44107-2 | Euro 14,90 |
| Band 8: | Glaeske, G., Schicktan, C.:
BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44108-9 | Euro 14,90 |
| Band 9: | Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Mieth, I., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Report Krankenhaus 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44109-6 | Euro 14,90 |
| Band 10: | Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.:
BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44110-2 | Euro 14,90 |

- Band 11: Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.:
BARMER GEK Pflegereport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44111-9 Euro 14,90
- Band 12: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Arztreport 2013. 2013
ISBN 978-3-537-44112-6 Euro 14,90
- Band 13: Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Zahnreport 2013. 2013
ISBN 978-3-943-74478-1 Euro 14,90
- Band 14: Glaeske, G., Schicktan, C.:
BARMER GEK Arzneimittelreport 2013.
ISBN 978-3-943-74479-8 Euro 14,90
- Band 15: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.:
BARMER GEK Report Krankenhaus 2013.
ISBN 978-3-943-74480-4 Euro 14,90
- Band 16: Kemper, C., Sauer, K., Glaeske, G.:
BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013.
ISBN 978-3-943-74481-1 Euro 14,90
- Band 17: Rothgang, H., Müller, R., Unger, R., Weiß, C., Wolter, A.:
BARMER GEK Pflegereport 2013.
ISBN 978-3-943-74482-8 Euro 14,90
- Band 18: Grobe, T.G., Bitzer, E.M., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Arztreport 2013.
ISBN 978-3-943-74483-5 Euro 14,90
- Band 19: Schäfer, T., Hartmann, A., Hussein, R., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Zahnreport 2013. 2013
ISBN 978-3-943-74484-2 Euro 14,90
- Band 20: Glaeske, G., Schicktan, C.:
BARMER GEK Arzneimittelreport 2013.
ISBN 978-3-943-74485-9 Euro 14,90
- Band 21: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.:
BARMER GEK Report Krankenhaus 2013.
ISBN 978-3-943-74486-6 Euro 14,90

- Band 22: Sauer, K., Kemper, C., Schulze, J., Glaeske, G. :
BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013.
ISBN 978-3-943-74487-3 Euro 14,90
- Band 23: Rothgang, H., Müller, R., Unger, R.:
BARMER GEK Pflegereport 2013.
ISBN 978-3-943-74488-0 Euro 14,90
- Band 24: Grobe, T.G. , Heller, G. , Szecsenyi, J.:
BARMER GEK Arztreport 2015.
ISBN 978-3-943-74483-5 Euro 14,90
- Band 25: Rädcl, M., Hartmann, A., Bohm, S., Walter, M.:
BARMER GEK Zahnreport 2014. 2014
ISBN 978-3-943-74490-3 Euro 14,90
- Band 26: Glaeske, G.; Schicktan, C.:
BARMER GEK Arzneimittelreport 2014
ISBN 978-3-943-74491-0 Euro 14,90
- Band 27: Bitzer, E. M.; Bohm, S.; Hartmann, A.; Priess, H.-W.:
BARMER GEK Krankenhaus 2014
ISBN 978-3-943-74492-7 Euro 14,90
- Band 28: Sauer, K., Rothgang, H., Glaeske, G.:
BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014.
ISBN 978-3-943-74493-4 Euro 14,90
- Band 29: Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R., Unger, R.:
BARMER GEK Pflegereport 2014.
ISBN 978-3-943-74494-1 Euro 14,90
- Band 30: Grobe, T. G., Klingenberg, A., Steinmann, S., Szecsenyi, J.:
BARMER GEK Arztreport 2015.
ISBN 978-3-943-74495-8 Euro 14,90