

Statement

zu spezifischen Reportergebnissen im Freistaat Sachsen
- Fokus: Zahnersatz -

von Prof. Dr. med. dent. Michael Walter
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden

anlässlich der Pressekonferenz
zur regionalen Vorstellung des Zahnreports 2016 der BARMER GEK
am 23. Juni 2016 in Dresden

Erstmals umfassende Darstellung der Eigenanteile bei Zahnersatz und Zahnkronen – Sachsen zahlen geringe Eigenanteile

Der Report bildet in bewährter Weise die vertragszahnärztliche Versorgung im Jahr 2014 anhand der Leistungsbereiche des Bewertungsmaßstabes zahnärztlicher Leistungen ab. Die Daten sind für die 8,6 Millionen Versicherten der BARMER GEK repräsentativ. Der Report zeichnet sich durch erweiterte Analysen im Standardteil aus, die erstmals eine vollständige Darstellung der Eigenanteile bei Zahnersatz ermöglichen. Das beinhaltet auch die Versorgungen mit Privatleistungsanteilen. Der damit verbundene Mehraufwand war erheblich, führte jedoch zu einem umfassenden Bild. In Sachsen betrug der durchschnittliche Eigenanteil für Zahnersatz und Zahnkronen 49%, bundesweit dagegen 57%, bei einer Schwankungsbreite zwischen 46% in Sachsen-Anhalt und 66% in Bayern. Der berechnete fiktive Eigenanteil bei ausschließlicher Inanspruchnahme der so genannten Regelversorgung würde bei unter 40% liegen.

Regelversorgung bei Zahnkronen wird häufiger genutzt

Der Anteil der Regelversorgungen bei Zahnkronen wies eine länderbezogene Schwankungsbreite zwischen 34% in Mecklenburg-Vorpommern und 9% in Bayern auf. In Sachsen liegt der Anteil bei 29%. Über die regionalen Unterschiede hinaus ist der insgesamt sehr niedrige Anteil der Regelversorgung bemerkenswert. Dies umso mehr, wenn man berücksichtigt, dass der Unterschied zwischen Regelversorgung und Nichtregelversorgung bei der Zahnkrone im Vergleich zu anderen Zahnersatzformen eher gering ist: Die Unterschiede bestehen nur im Material und dem Vorhandensein oder der Ausdehnung der Verblendung. Der Begriff Regelversorgung ist sicher insofern missverständlich, als diese nach der Intention des Festzuschussystems eher einer „Referenzversorgung“ (hier Metallkrone, im sichtbaren Verblendbereich keramisch teilverblendet) für die Berechnung des jeweiligen Festzuschusses entspricht. Nichtsdestotrotz sollte damit eine Zahnersatzform hinterlegt werden, die in der Regel eine solide und haltbare Versorgung gewährleistet. Das Angebot dieser Versorgungsform wurde allerdings auch in Sachsen von der überwiegenden Mehrheit der Versicherten nicht in Anspruch genommen.

Anteil von Implantatversorgungen im zahnlosen Unterkiefer sehr gering

Die Versorgung des zahnlosen Unterkiefers ist eine der Hauptindikationen für Zahnersatz auf Implantaten. Es ist nachgewiesen, dass die betroffenen Patienten in besonderer Weise von dem Einbringen künstlicher Zahnwurzeln zur Stabilisierung des Zahnersatzes profitieren. Daher wurde die Verteilung zwischen einfachen Vollprothesen und implantatunterstützten Prothesen bei Senioren untersucht. Der Anteil von implantatunterstützten Prothesen war insgesamt gering. Es zeigten sich ausgeprägte länderbezogene Unterschiede. In Sachsen entfallen auf einen implantatunterstützt versorgten zahnlosen Unterkiefer über zehn konventionelle

Unterkiefertotalprothesen war einem Anteil von etwas mehr als 9% entspricht. Der Anteil von Implantatversorgungen betrug dagegen 16% in Bayern und 6% in Mecklenburg-Vorpommern. Zwar werden auch Implantatversorgungen mit einem Festzuschuss bezuschusst, dieser fällt jedoch angesichts der hohen Gesamtkosten kaum ins Gewicht. Finanzielle Gründe dürften daher eine nicht unerhebliche Rolle bei der geringen Häufigkeit und den regionalen Unterschieden bei Implantatversorgungen im zahnlosen Unterkiefer spielen.

Resümee

Der Zahnreport 2016 betritt mit seinen umfassenden regionalen Auswertungen und der Beschreibung von Verteilungsmustern zahnärztlicher Leistungen Neuland. Die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland ist von deutlichen regionalen Unterschieden geprägt.

Vita:

Prof. Dr. med. dent. Michael Walter

Direktor der Poliklinik für Zahnärztlich Prothetik

seit 1994 am Universitätsklinikum Dresden,



Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

- 1980 Staatsexamen, 1982 Promotion, 1991 Habilitation an der FU Berlin
- 1980-1985 Wiss. Mitarbeiter, 1985-1993 Oberarzt in der Abteilung für klinische Prothetik des Fachbereiches Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Freien Universität Berlin
- 1992 Gastaufenthalt am Karolinska-Institut Huddinge / Stockholm, Schwerpunkt Implantologie
- 1997-2003 geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Forschungsverbundes Public Health Sachsen
- 2003 Forschungssemester/ Gastprofessor an der University of Alberta (Edmonton, Kanada)
- seit 2004 Mitglied des Forschungsverbundes Public Health Sachsen / Sachsen-Anhalt
- 2007-2013 Studiendekan Zahnmedizin an der TU Dresden
- 2008-2012 Präsident DGPro (vormals DGZPW)
- 2009-2011 Geschäftsführender Direktor Zentrum ZMK der TU Dresden
- seit 2013 Präsident el ect DGZMK