



BARMER GEK Zahnreport 2016

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 3. Mai 2016

Teilnehmer:

Dr. med. Christoph Straub

Vorsitzender des Vorstandes, BARMER GEK

Prof. Dr. Michael Walter

Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen
Universität Dresden

Sunna Gieseke

Unternehmenssprecherin der BARMER GEK (Moderation)

→ PRESSESTELLE

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

www.barmer-gek.de/presse
presse@barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Sunna Gieseke
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
sunna.gieseke@barmer-gek.de



Berlin, 3. Mai 2016



BARMER GEK Zahnreport 2016

Mangelnde Aufklärung beim Zahnersatz?

Bayern legen an ihren Zahnersatz andere Maßstäbe an als Saarländer. Sie zahlen mehr dafür, doch ob sie damit auch die besseren „Dritten“ bekommen, ist fraglich. Regionale Unterschiede wie dieser sind Thema des heute in Berlin vorgestellten Zahnreports der BARMER GEK. „Offensichtlich entscheiden sich immer mehr Menschen für Aspekte wie Komfort und Ästhetik, während Funktionalität und Haltbarkeit ins Hintertreffen geraten. Ist der Wunsch des Patienten wirklich immer der Auslöser für diese Wahl?“, so Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK. Grund dafür könne eine mangelnde Aufklärung der Patienten sein, zudem hänge von der Wahl der konkreten Versorgung auch die zahnärztliche Vergütung ab. Der Kassenchef macht diese Vermutung am Beispiel der Zahnkronen fest. So wurden laut aktuellem Zahnreport in Bayern im Jahr 2014 weniger als zehn Prozent dieses Zahnersatzes in der sogenannten Regelversorgung angefertigt, obwohl diese Versorgungsform nicht nur günstiger, sondern auch wissenschaftlich belegt haltbarer ist.

Patienten bräuchten deshalb mehr fundierte Informationen über Vor- und Nachteile verschiedener Zahnersatzvarianten, damit die Qualität der Zahnmedizin nicht leide. Straub: „Mehr Transparenz in der zahnmedizinischen Versorgung würde der Zahnärzteschaft zu Gute kommen. So könnte man Vermutungen einer zu einseitigen Aufklärung der Patienten aus der Welt schaffen, wenn es denn tatsächlich andere Gründe für die gewählte Versorgungsform gibt.“

Zahnmedizin in Deutschland nicht einheitlich

Die Autoren des Reports hatten auf Basis von Abrechnungsdaten der BARMER GEK repräsentativ für Deutschland regionale Unterschiede in der zahnärztlichen Versorgung untersucht. Dabei zeigt bereits die Verteilung der Gesamtausgaben auf Kernbereiche der Zahnmedizin deutliche Unterschiede. So machen die Ausgaben für Zahnersatz in den Stadtstaaten Berlin (33,5 Prozent), Bremen (32,2 Prozent) und Hamburg (31,2 Prozent) einen deutlich höheren Anteil an den Gesamtausgaben der Krankenkassen aus als in Bayern, wo sie mit 21,6 Prozent ein gutes Fünftel betragen. Die stärksten

→ PRESSESTELLE

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

www.barmer-gek.de/presse
presse@barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Sunna Gieseke
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
sunna.gieseke@barmer-gek.de





Schwankungen gibt es bei den Ausgaben für die Behandlung von Zahnbetterkrankungen, wo Nordrhein-Westfalen mit 4,6 Prozent einen mehr als doppelt so hohen Anteil aufweist als das Saarland mit 2,2 Prozent. Deutliche Unterschiede sind daneben auch im Verhältnis diagnostischer zu therapeutischen Maßnahmen, bei Notfallbehandlungen außerhalb normaler Sprechzeiten und innerhalb verschiedener Altersgruppen festzustellen.

Regelversorgung mit Metallkronen solide und haltbar

Straub stellte klar, dass die BARMER GEK das derzeitige System der Kassenbeteiligung am Zahnersatz unterstützt. „Wir rütteln nicht an den Festzuschüssen zum Zahnersatz“, so der BARMER GEK Vorstandschef. Allerdings orientierten sich immer mehr Patienten an teureren, aber nicht unbedingt besseren Alternativen. Besonders deutlich wird das bei den sehr häufigen Einzelzahnkronen. Hochrangige Experten beurteilen die Metallkrone als beste Lösung für den Seitenzahn, auch wenn ihre Ästhetik unter Umständen als nachteilig empfunden werde. Straub: „Bei den Zahnkronen ist die Regelversorgung nach einhelligem wissenschaftlichen Urteil in vielen Fällen die beste Wahl. Wenn es um die Haltbarkeit geht, gibt es nichts Besseres!“

Doch auch die Regelversorgung könne verbessert werden, beispielsweise für Patienten, die im Unterkiefer keine Zähne mehr haben. Der Report zeigt, dass zwischen den Bundesländern das Verhältnis der implantatgestützten Totalprothesen zu den üblichen schleimhautgetragenen Prothesen stark schwankt. Ihr Verhältnis beträgt in Mecklenburg-Vorpommern 1 zu 14,8. In Bayern sind es 1 zu 5,3. „Seit mehr als zehn Jahren ist es Konsens in der Zahnmedizin, dass eine durch mindestens zwei Implantate gestützte Prothese die erste Wahl bei zahnlosem Unterkiefer ist. Wir erwarten, dass dieser Standard schnell Teil der Regelversorgung wird“, so Straub. Derzeit sind Implantate nur in Ausnahmefällen Leistung der gesetzlichen Krankenkassen.

Ursachen regionaler Unterschiede

Studienautor Prof. Dr. Michael Walter, Direktor der Dresdener Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, sieht eine Vielzahl von Faktoren, die bei der Beanspruchung von zahnärztlichen Leistungen eine Rolle spielen. Einfluss habe etwa die unterschiedliche Anspruchshaltung der Menschen in Stadt und Land. Hinzu kämen



soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen. „Wir konnten Unterschiede in der Versorgung zeigen, die auf verschiedene Therapiemuster in den Regionen hindeuten“, sagte Walter. Bei den Notfallbehandlungen gebe es noch eine typische Ost-West-Verteilung. Ein Blick auf Wurzelbehandlungen, die Behandlung von Zahnbetterkrankungen und Zahnentfernungen oder die Versorgung verschiedener Altersgruppen biete aber auch eine Vielzahl von anderen Verteilungsmustern. „Eine einheitliche vertragszahnärztliche Versorgung gibt es in Deutschland nicht“, so Walters Fazit.



Aus dem BARMER GEK Zahnreport 2016

- Die **Ausgaben** der gesetzlichen Krankenkassen für die vertragszahnärztliche Versorgung je Versicherten betrugen im Jahr 2014 161,75 Euro, wobei die Durchschnittsausgaben bei den Frauen mit 167,87 Euro um 7,5 Prozent über denen der Männer (155,39 Euro) lagen. Die Inanspruchnahmerate lag bei den Männern bei 67,5 Prozent, bei den Frauen bei 75 Prozent und insgesamt bei 71,3 Prozent (Report Seite 29).
- Die Teilnahme der Sechs- bis unter 18-Jährigen an der **Individualprophylaxe** entwickelte sich in den Jahren 2010 bis 2014 stabil zwischen 64,0 Prozent und 64,6 Prozent. Dabei zeigt sich durchgängig eine höhere Inanspruchnahme in den neuen Ländern. Im Vergleich der Länder nimmt Thüringen hier mit 73,8 Prozent die Spitzenposition ein. Die niedrigsten Raten finden sich in Bremen (56,0 Prozent), dem Saarland (57,8 Prozent) und in Hamburg mit 58,8 Prozent (Report Seite 59).
- Bezogen auf alle Länder lag der Anteil der Versicherten mit mindestens einer **Zahnextraktion** im Jahr 2014 bei 9,0 Prozent, wobei sich über die Jahre 2010 bis 2014 eine leicht rückläufige Tendenz zeigt. Durchgängig liegen erneut die Anteilswerte in den neuen Ländern über den Werten für die alten. Die Altersverläufe zwischen Männern und Frauen unterscheiden sich bei den Zahnextraktionen nur geringfügig. Der erste Altersgipfel wird bei beiden Geschlechtern in der Gruppe der Zehn- bis unter 15-Jährigen erreicht. 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 (Report Seite 66/67).
- Glossar: **Regelversorgung** bedeutet die zahnmedizinisch notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz, die bei der Bemessung der Festzuschüsse zugrunde gelegt wurde. Bei der **gleichartigen Versorgung** können sich Patienten neben der Regelversorgung für Zusatzleistungen hinsichtlich Komfort oder Ästhetik wie etwa eine Vollverblendung entscheiden. Die **andersartige Versorgung** ist ein Zahnersatz, der nach Art, Umfang und Funktion anders als die Regelversorgung konstruiert ist, etwa eine feste Brücke statt einer herausnehmbaren.



Service für Redaktionen



Dieses Bild können Redaktionen kostenfrei für ihre Berichterstattung nutzen.
Wir schlagen folgende Bildunterschrift vor:

„Zahnvorsorge bei Kindern- und Jugendlichen: Mehr als 64 Prozent der Sechs- bis 17-Jährigen nehmen die Individualprophylaxe wahr (Foto: picture alliance).“

Mehr Informationen unter www.barmer-gek.de/547078

Statement

von Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz
zur Vorstellung des Zahnreports 2016 der BARMER GEK
am 3. Mai 2016 in Berlin

In der zahnmedizinischen Versorgung gibt es eklatante regionale Unterschiede. Das belegt der Zahnreport 2016, den wir Ihnen heute vorstellen. Demnach zahlen Patientinnen und Patienten in einigen Regionen Deutschlands für Prothesen, Kronen und Brücken mehr aus der eigenen Tasche als in anderen Gebieten. Doch bekommen sie dafür auch eine qualitativ bessere zahnmedizinische Versorgung? Die Frage bleibt leider unbeantwortet. Fakt ist jedoch, dass der Eigenanteil für Zahnersatz in Bayern im Durchschnitt bei etwa 1.132 Euro, im Saarland bei etwa 853 Euro und in Sachsen-Anhalt bei rund 628 Euro liegt. Offensichtlich wird die sogenannte Regelversorgung regional sehr unterschiedlich in Anspruch genommen. Wir fordern daher eine deutliche Stärkung der Regelversorgung. Dahinter verbirgt sich eine zahnmedizinisch notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz. Uns ist es wichtig, dass Patientinnen und Patienten ihre Entscheidungen gut informiert treffen. Dabei sollten die Vorzüge genauso wie die Nachteile der Regelversorgung und ihrer Alternativen transparent dargestellt werden.

Seit dem Jahr 2005 bezahlen die Krankenkassen einen Festzuschuss, der sich nach dem Befund der Patientinnen und Patienten richtet. Ist aber zum Beispiel eine Vollverblendung im hinteren Backenzahnbereich gewünscht, also eine rein ästhetische Maßnahme, die über die zweckmäßige Regelversorgung hinausgeht, zahlen die Patientinnen und Patienten deutlich mehr, ohne dass die medizinische Qualität steigt. Die Funktion des Zahnersatzes bleibt genauso gut. Dies nennt sich dann gleichartige Versorgung. Darüber hinaus gibt es noch die sogenannte andersartige Versorgung, darunter fällt zum Beispiel eine feste Brücke statt einer herausnehmbaren.

Besonders bei den Einzelzahnkronen wird deutlich, wie groß die regionalen Unterschiede sind. In Bayern wurden im Jahr 2014 weniger als zehn Prozent der Einzelzahnkronen in der Regelversorgung angefertigt. Mecklenburg-Vorpommern war zwar Spitzenreiter, doch auch hier lag der Wert bei nur etwa einem Drittel. Immerhin kann die Regelversorgung als eine Art Referenzversorgung einer soliden und wirtschaftlichen Versorgungsform angesehen werden.

Auf der Suche nach den Ursachen dieser Unterschiede stehen wir noch am Anfang. Aber offenbar gibt es einige soziodemografische Faktoren, die hier wirken. So sind höhere Zuzahlungen für Zahnersatz eher zu erwarten, je höher Einkommen und Bildungsstand sind. Das wird durch eine stichprobenhafte Modellrechnung der Reportautoren deutlich. Dass wir heute noch mehr Fragen stellen müssen, als konkrete Antworten zu geben, liegt nach wie vor an der Intransparenz der vertragszahnärztlichen Versorgung. Zum Beispiel könnte es sein, dass die „Versorgungsdichte“, also die Zahl der in einer Region tätigen Zahnärzte, Einfluss auf die Art der Versorgung hat. Aber wir kennen die Verteilung der Zahnärzte in der Fläche nicht.

Wir plädieren dafür, dass Patientinnen und Patienten ihre Entscheidung für oder gegen die Regelversorgung gut informiert treffen können. Dazu müssen sie aber über die Vor- und Nachteile aller Alternativen aufgeklärt sein. Vor allem sind aber die Zahnärzte gefragt. Wir laden sie einmal mehr ein, sich an der zahnmedizinischen Versorgungsforschung intensiv zu beteiligen, um offene Fragen beantworten zu können. Weitere Untersuchungen müssen die sich vielleicht verändernden Patientenwünsche in den Fokus nehmen. Ob für die Betroffenen die Ästhetik wichtiger als die Funktion ist, darüber lassen sich durch Routinedaten keine Aussagen treffen. Fakt ist, dass Versicherte dafür tiefer in das eigene Portemonnaie greifen.

Verstehen Sie mich nicht falsch, wir rütteln nicht am Festzuschusssystem. Wer sich für mehr Ästhetik und Komfort entscheidet, soll dies tun können. Aber die Regelversorgung ist die Zahnmedizin mit der besten Evidenz. Das gilt vor allem für Kronen, also die häufigste Zahnersatzversorgung. Erst im November 2013 wurde bei der Überprüfung der Regelversorgung noch einmal klargestellt, dass es zur metallischen Vollkrone oder teilverblendeten Krone derzeit keine gleichwertige Alternative gibt. Das trifft für die Kriterien wie Lebensdauer, Passgenauigkeit, Randschluss oder Substanzabtrag und damit auch in der Gesamtbeurteilung zu. So eindeutig urteilte die Deutsche Gesellschaft für prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien. Und doch entscheiden sich in Bayern neun von zehn Patientinnen und Patienten gegen diesen Weg, auch anderswo waren es nicht viel weniger! Wir wollen, dass unsere Versicherten am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Um die Regelversorgung zu stärken, sollten Zahnärzte ihre Patientinnen und Patienten objektiv informieren, was der Stand der Zahnmedizin ist. Dass es eine Reihe von Befunden gibt, in denen die Nichtregelversorgung besser oder sogar überlegen ist, bestreitet dabei niemand.

Gleichzeitig gilt es, die Forschung in der Zahnmedizin im Blick zu behalten, damit dieser Wert beständig erhalten bleibt. Patientinnen und Patienten mit einem zahnlosen Unterkiefer werden heute jedoch in der Regelversorgung mit einer schleimhautgetragenen Totalprothese versorgt. Zahnmedizinisch ist dies derzeit jedoch nur die zweitbeste Lösung. Viele der vor allem betroffenen älteren Menschen klagen über mangelnden Halt und schmerzhaft Druckstellen. Erheblich mehr Komfort und damit Lebensqualität bieten Implantate, also künstliche Zahnwurzeln, und darauf gestützter fester Zahnersatz. Diese Erkenntnis fixierte bereits vor mehr als zehn Jahren der bis heute gültige sogenannte McGill-Konsensus. An dieser Universität im kanadischen Montreal hatten sich führende Wissenschaftler darauf verständigt, dass eine durch zwei Implantate gestützte Prothese bei der Behandlung des zahnlosen Unterkiefers künftig erste Wahl sein sollte. Es existiere eine substanzielle Evidenzgrundlage dafür, dass die Lebensqualität und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit solchen Prothesen signifikant höher ist. Angesichts eines solch

klaren Votums fragen wir uns, wie lange die Menschen in Deutschland noch auf eine entsprechende Anpassung der Regelversorgung warten müssen? Gerade weil es eine Vielzahl Betroffener gibt, muss sich dies rasch ändern. Immerhin hat laut der vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie mehr als jeder fünfte Senior keine Zähne mehr.

Dennoch kann die Zahnmedizin in Deutschland viele Erfolge vorweisen. Die Mundgesundheit der Bevölkerung hat sich in allen Altersgruppen beständig verbessert. Ein Teil dieses Erfolges ist der Tatsache zuzuschreiben, dass Deutschland ein Land ist, das die zahnmedizinische Versorgung noch als Teil ihres Sozialsystems bewahrt hat. Unser Report sollte dazu dienen, die vielfach feststellbaren regionalen Unterschiede zu erforschen und auf diese Weise zu helfen, die Qualität der Zahnmedizin voranzubringen.

Statement

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

anlässlich der Pressekonferenz
zur Vorstellung des Zahnreports 2016 der BARMER GEK
am 3. Mai 2016 in Berlin

Erstmals umfassende Darstellung der Eigenanteile bei Zahnersatz und Zahnkronen

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 8,4 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. Der durchschnittliche Eigenanteil für Zahnersatz und Zahnkronen betrug 57 Prozent, bei einer Schwankungsbreite zwischen 46 Prozent in Sachsen-Anhalt und 66 Prozent in Bayern. Der berechnete fiktive Eigenanteil bei ausschließlicher Inanspruchnahme der sogenannten Regelversorgung würde bei unter 40 Prozent liegen. Daraus lässt sich ablesen, dass die Bereitschaft, über die Regelversorgung hinausgehende Leistungen in Anspruch zu nehmen, ausgeprägt war.

Deutliche regionale Unterschiede

Aus den Reporten der vergangenen Jahre lagen bereits Hinweise auf deutliche Differenzen zwischen den Bundesländern vor. Das diesjährige Schwerpunktthema befasst sich folgerichtig mit diesen regionalen Unterschieden. Diese konnten bestätigt und exemplarisch präzisiert werden. Regionale Verteilungsmuster bei einzelnen Leistungen waren sehr unterschiedlich und nicht nur auf Ost-West-Unterschiede zu reduzieren. Da es sich bei den analysierten Daten um Sekundärdaten handelt und eine Vielzahl von Einflussgrößen vermutet wird, kann über die Gründe für die einzelnen Unterschiede nur spekuliert werden. Die Ergebnisse haben somit vorrangig einen beschreibenden Charakter.

Unterschiedliche regionale Verteilungsmuster bei Wurzelbehandlungen, Behandlungen von Zahnbetterkrankungen und Zahnentfernungen

Bei Wurzelbehandlungen und Behandlungen von Zahnbetterkrankungen – als wichtige zahnerhaltende Maßnahmen bei stärker vorgeschädigten Zähnen – zeigte sich eindrucksvoll, dass diese Maßnahmen regional sehr unterschiedlich in Anspruch genommen wurden. Einen Spitzenplatz bei der Inanspruchnahme von Wurzelbehandlungen bei den 18- bis 65-Jährigen nahm das Land Berlin ein. Während in Nordrhein-Westfalen mehr als zwei Prozent der Versicherten eine Leistung aus dem Bereich der Behandlungen von Zahnbetterkrankungen erhielten, waren es im Saarland weniger als ein Prozent. Die höchste Zahl der Zahnentfernungen war in den neuen Bundesländern festzustellen. Eine typische Ost-West-Verteilung zeigte sich bei den Notfallbehandlungen außerhalb der Sprechzeiten mit größerer Inanspruchnahme in den neuen Bundesländern. Den Spitzenplatz nahm Mecklenburg-Vorpommern ein. Aus diesen Ergebnissen

lässt sich ableiten, dass die vertragszahnärztliche Versorgung regional unterschiedlichen Mustern folgt.

Großer Anteil der Zahnkronen entspricht nicht der Regelversorgung

Der Anteil der Regelversorgungen bei Zahnkronen wies eine länderbezogene Schwankungsbreite zwischen 34 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern und neun Prozent in Bayern auf. 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 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. Der Anteil von Implantatversorgungen betrug 16 Prozent in Bayern und sechs Prozent in Mecklenburg-Vorpommern. Zwar erhalten auch Patientinnen und Patienten, die sich für eine Implantatversorgung entscheiden, den Festzuschuss, 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.

Hinweis

Weitergehende Analysen zu regionalen Unterschieden wurden auf Kreisebene durchgeführt. Auf diese wird ausdrücklich verwiesen.



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN



Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik

AGENON
Gesellschaft für Forschung und Entwicklung
im Gesundheitswesen mbH

BARMER GEK Zahnreport 2016

Regionale Unterschiede

Berlin, 3. Mai 2016

Der BARMER GEK Zahnreport 2016 liefert ...

- Daten zur vertragszahnärztlichen Versorgung 2014 mit neuen, erweiterten Erhebungen
- Schwerpunktteil „Regionale Unterschiede“ mit vergleichenden Betrachtungen von Ausgaben und Inanspruchnahmen aus verschiedenen Bereichen

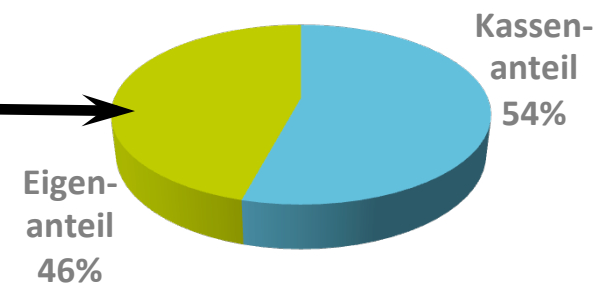
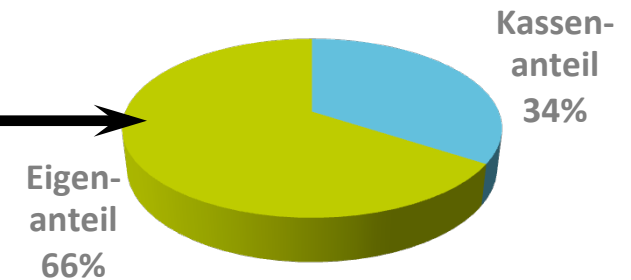
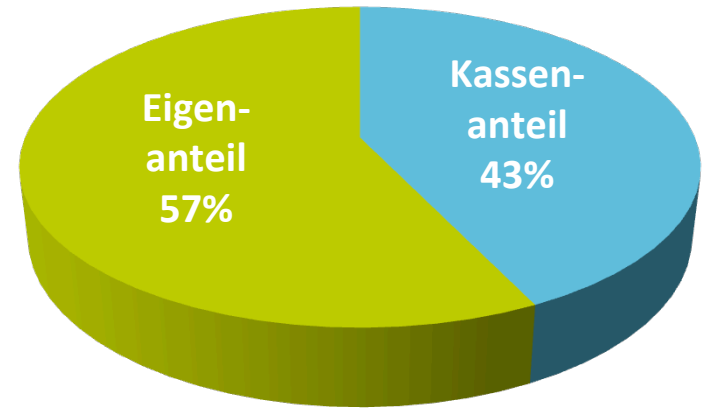
Im Standardteil ...

Erstmals Eigenanteile für alle prothetischen Leistungen:

- Regelversorgungen
- Gleichartige Versorgungen
- Andersartige Versorgungen

Ungleichheit bei Zuzahlung für Zahnersatz...

Land	Gesamtausgaben je versorgtem Versicherten (Euro)	davon: Eigenanteil je versorgtem Versicherten (Euro)
Gesamt	1.580,87	903,80
Schleswig-Holstein	1.492,05	813,77
Hamburg	1.574,17	915,66
Niedersachsen	1.597,92	907,37
Bremen	1.605,95	867,03
Nordrhein-Westfalen	1.672,51	937,49
Hessen	1.618,03	992,99
Rheinland-Pfalz	1.629,43	962,33
Baden-Württemberg	1.664,25	1097,40
Bayern	1.719,67	1131,91 (66%)
Saarland	1.615,91	852,57
Berlin	1.444,05	726,10
Brandenburg	1.443,90	743,22
Mecklenburg-Vorpommern	1.380,27	638,98
Sachsen	1.302,71	636,62
Sachsen-Anhalt	1.371,32	628,07 (46%)
Thüringen	1.394,69	702,34



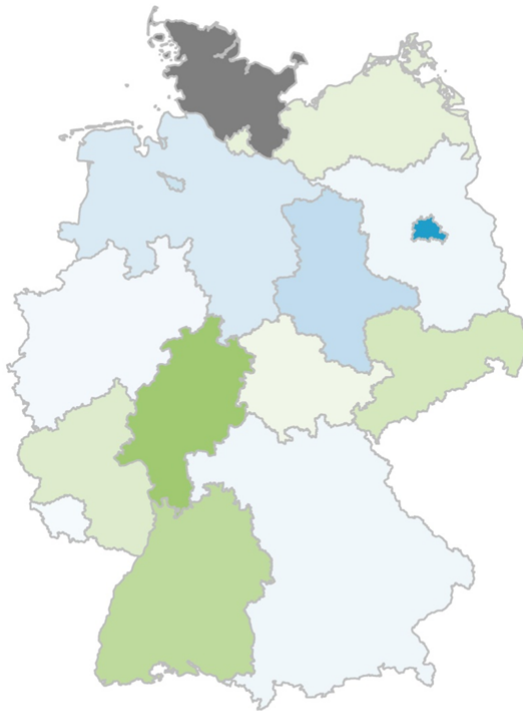
* Durchschnittliche Bonusleistung: 26%

Fiktiver Eigenanteil bei ausschließlicher Inanspruchnahme von Regelversorgungen: 37%

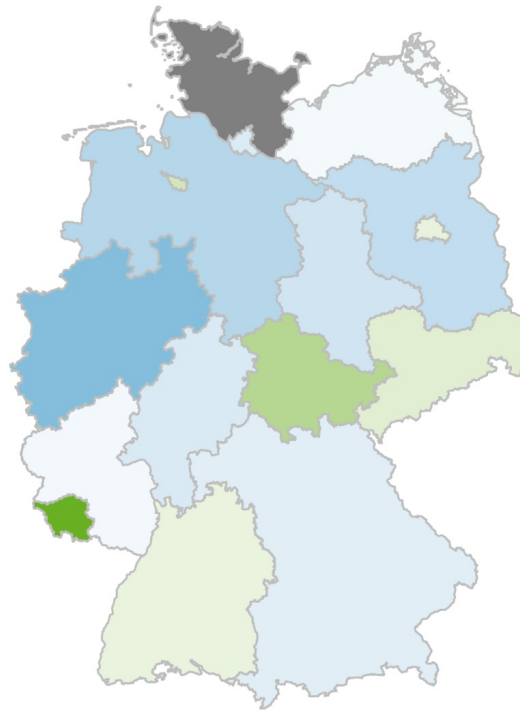
Im Schwerpunktteil ...

Verteilungsmuster bei einzelnen Leistungen

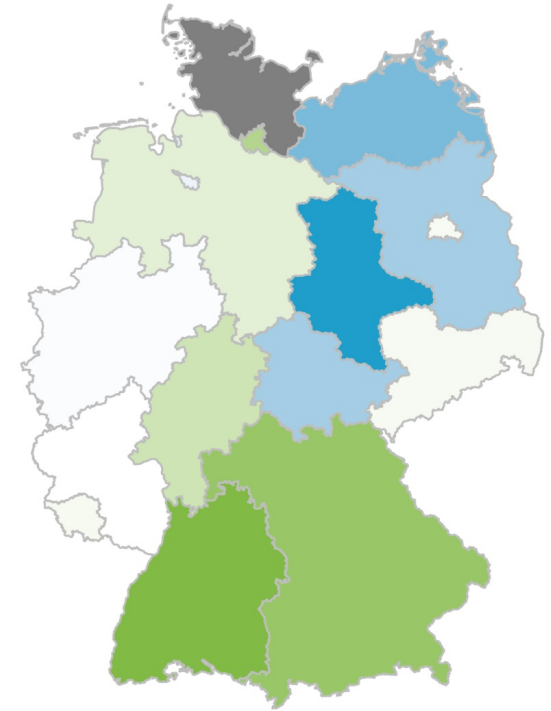
Wurzelbehandlungen



Parodontitisbehandlungen



Zahnextraktionen



4,7%

6,1%

1,0%

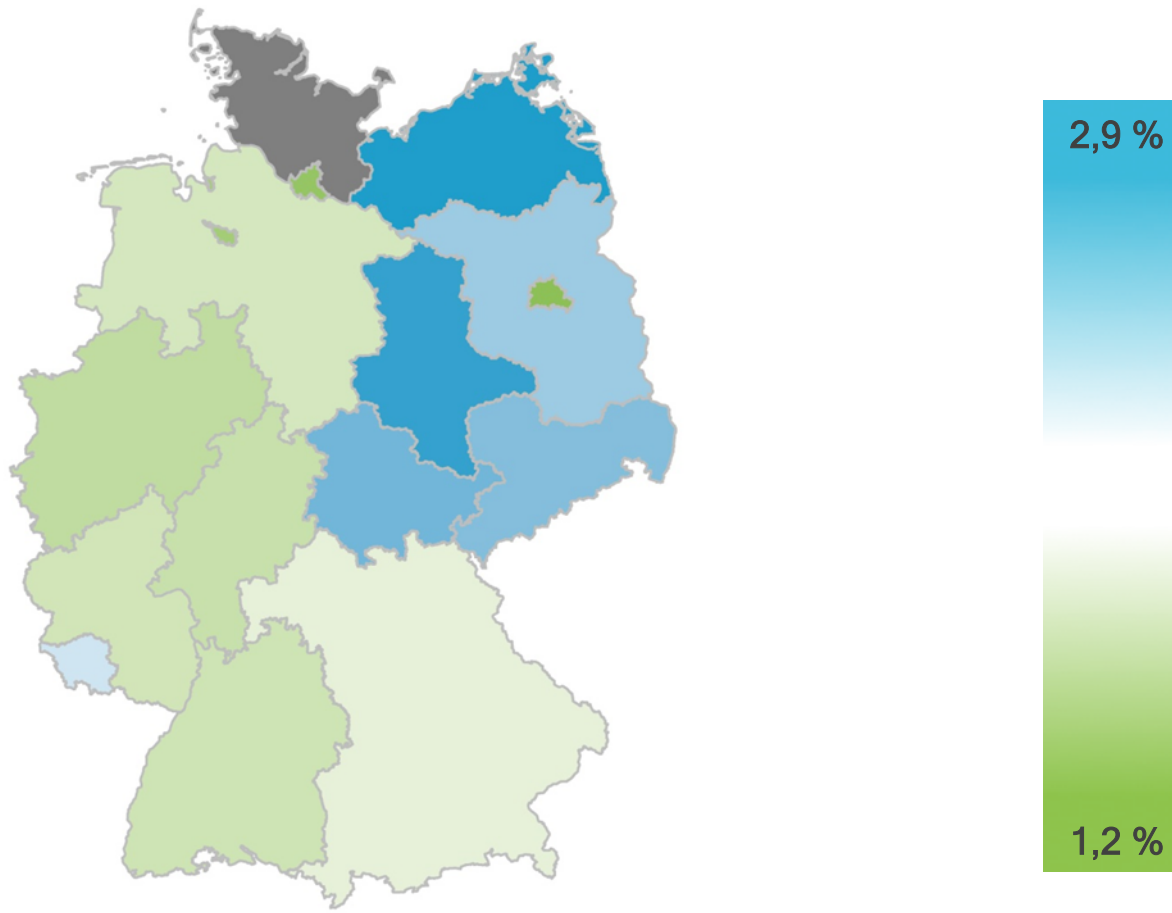
2,1%

4,8%

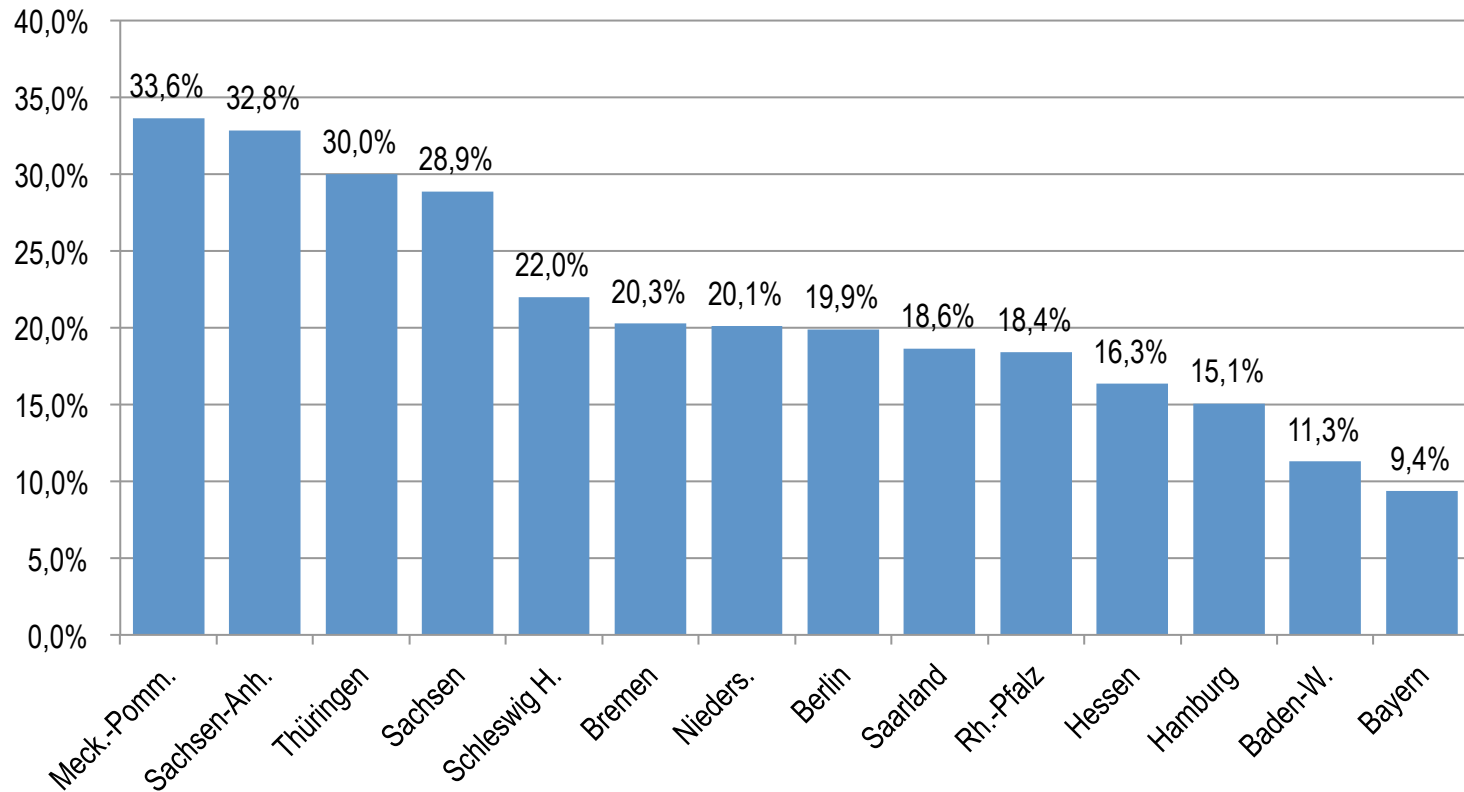
7,1%

Inanspruchnahme mindestens einer Leistung bei Erwachsenen (18 – 65 Jahre)

Inanspruchnahme von Notbehandlungen – eine Ost-West-Verteilung

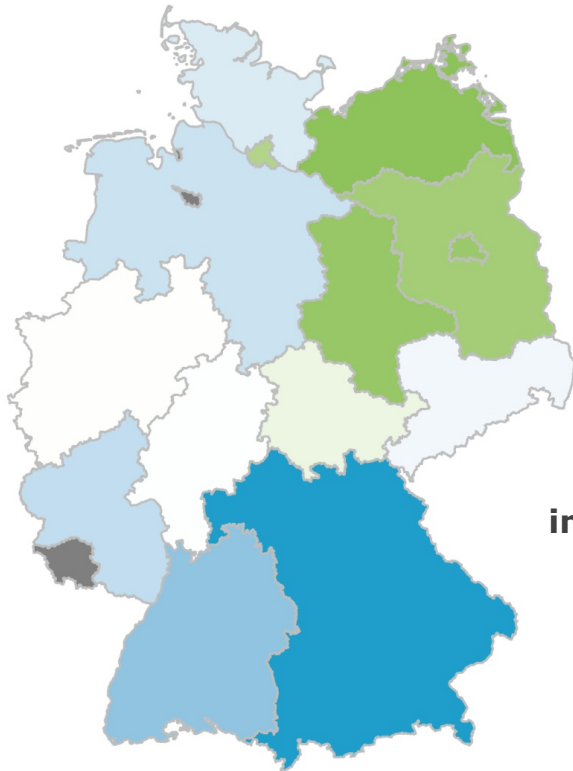


Zahnkronen Anteil der Regelversorgung



Gleichartige Versorgungen unterscheiden sich bezüglich des Materials und/oder der Verblendung.

Prothesen mit und ohne Implantate(n) bei zahnlosem Unterkiefer (Senioren)



Konventionelle Prothesen je implantatgetragener Prothese, zwischen

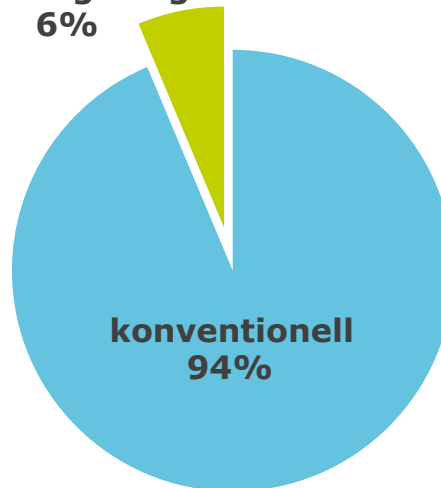
14,8

in
Mecklenburg-
Vorpommern

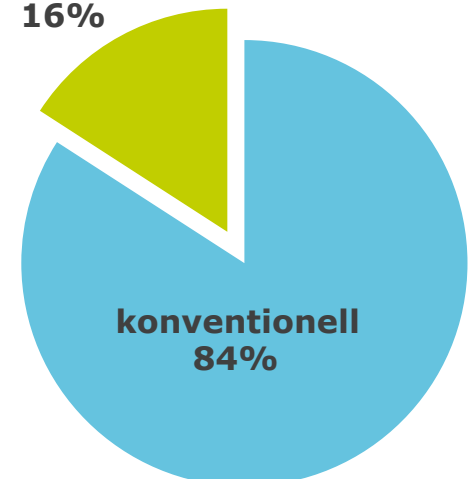
5,3

in
Bayern

implantatgetragen
6%



implantatgetragen
16%



Zusammenfassung/Schlussfolgerungen

- Erstmals vollständige Darstellung der Eigenanteile bei Zahnersatz.
- Der durchschnittliche Eigenanteil für neuen Zahnersatz beträgt 57% bei einer länderbezogenen Schwankungsbreite zwischen 46% und 66%.
- Regionale Verteilungsmuster bei einzelnen Leistungen sind sehr unterschiedlich und nicht nur auf Ost-West-Unterschiede zu reduzieren.
- Eine typische Ost-West-Verteilung zeigt sich noch bei den Notdienstleistungen.
- Der Anteil der Regelversorgungen bei Zahnkronen ist niedrig bei einer länderbezogenen Schwankungsbreite zwischen 34% und 9%.
- Bei Versorgungen des zahnlosen Unterkiefers zeigen sich ausgeprägte länderbezogene Unterschiede für den Anteil von Implantatversorgungen.

BARMER GEK Zahnreport 2016

➔ Infografiken

➔ Infografik 1

Ostdeutsche öfter beim Zahnarzt

➔ Infografik 2

Thüringer bei Zahn-Vorsorge vorn, Bremer hinten

➔ Infografik 3

Junge Vorsorgemuffel in Bremen

➔ Infografik 4

Minderjährige in Ostdeutschland haben öfter Karies

➔ Infografik 5

NRW-Bürger haben besonders oft Parodontose

➔ Infografik 6

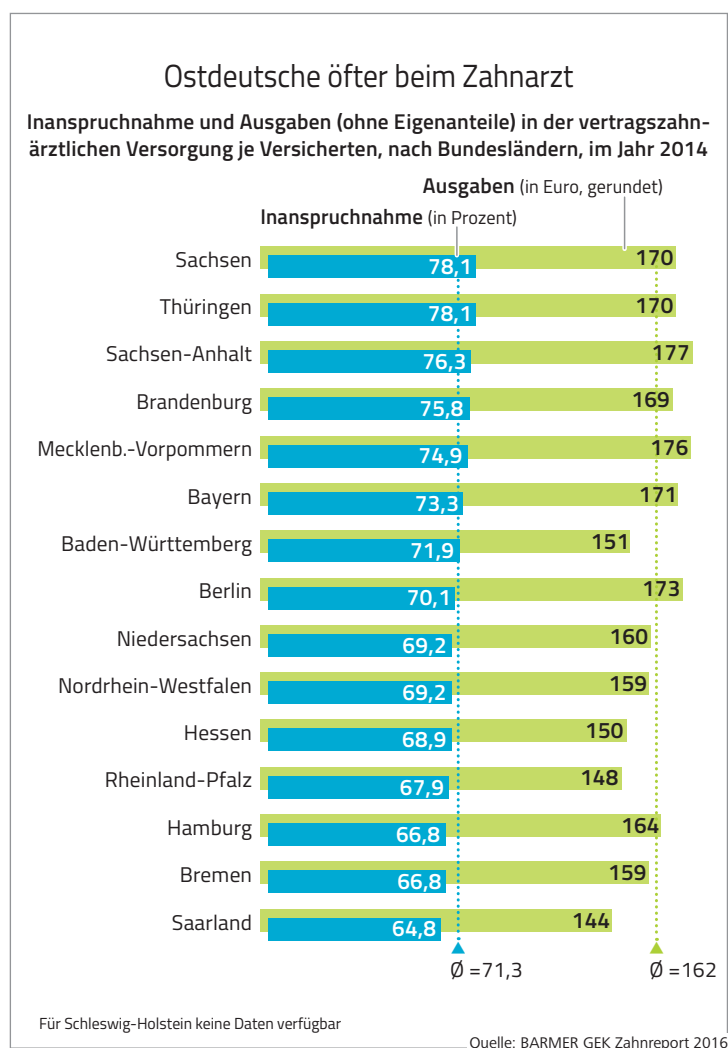
Sachsen-Anhalter bekommen häufig Zähne gezogen

➔ Infografik 7

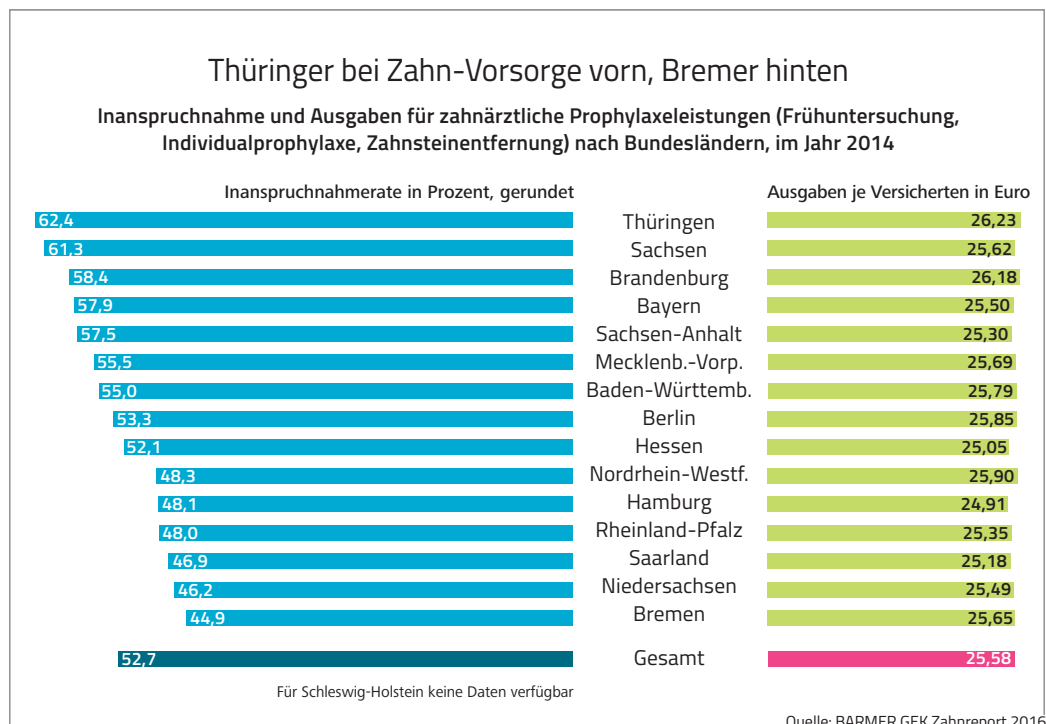
Wurzelbehandlungen vor allem bei Bayerns Senioren

➔ Infografik 8

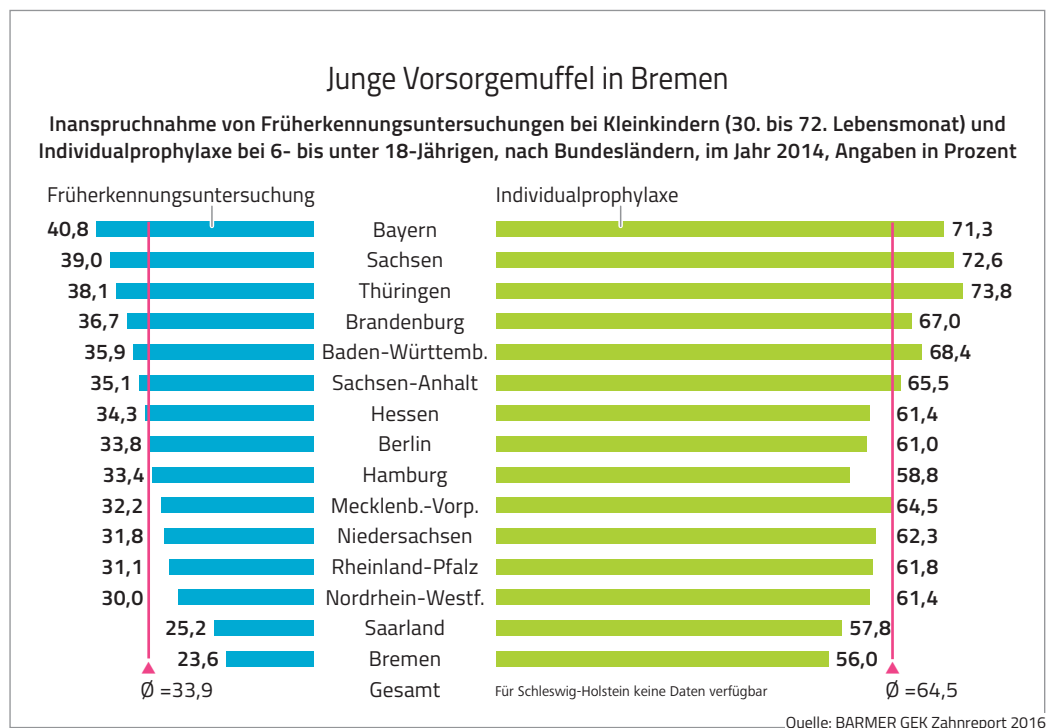
Stadtstaaten setzen auf Zahnersatz



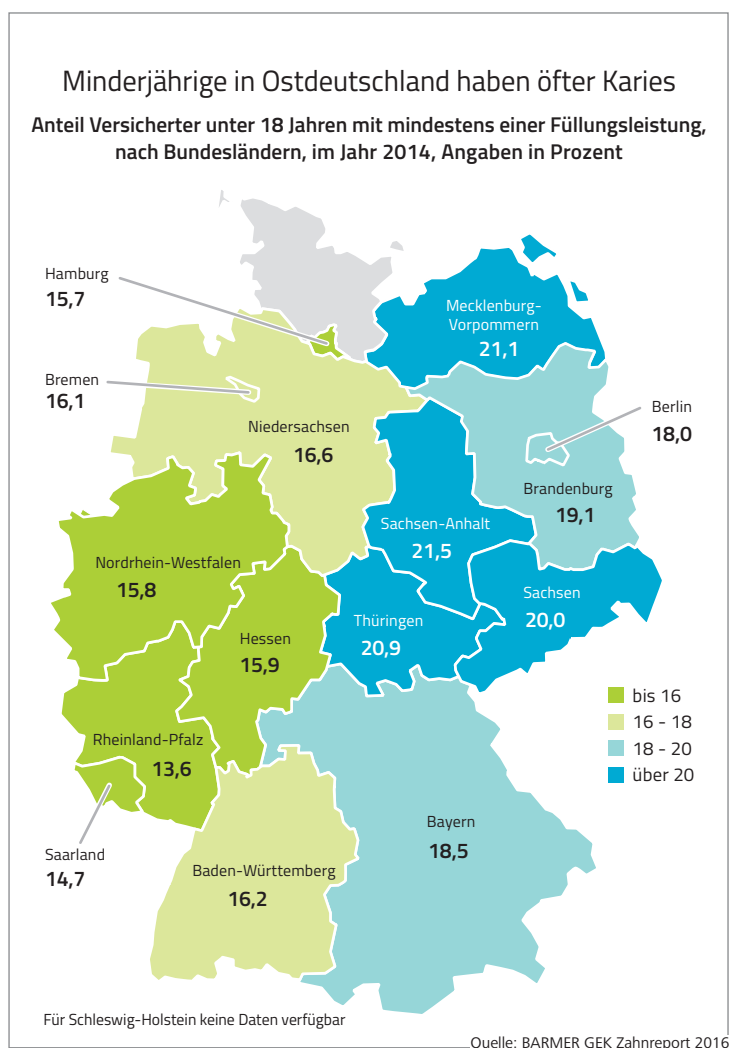
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.
 Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
 BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



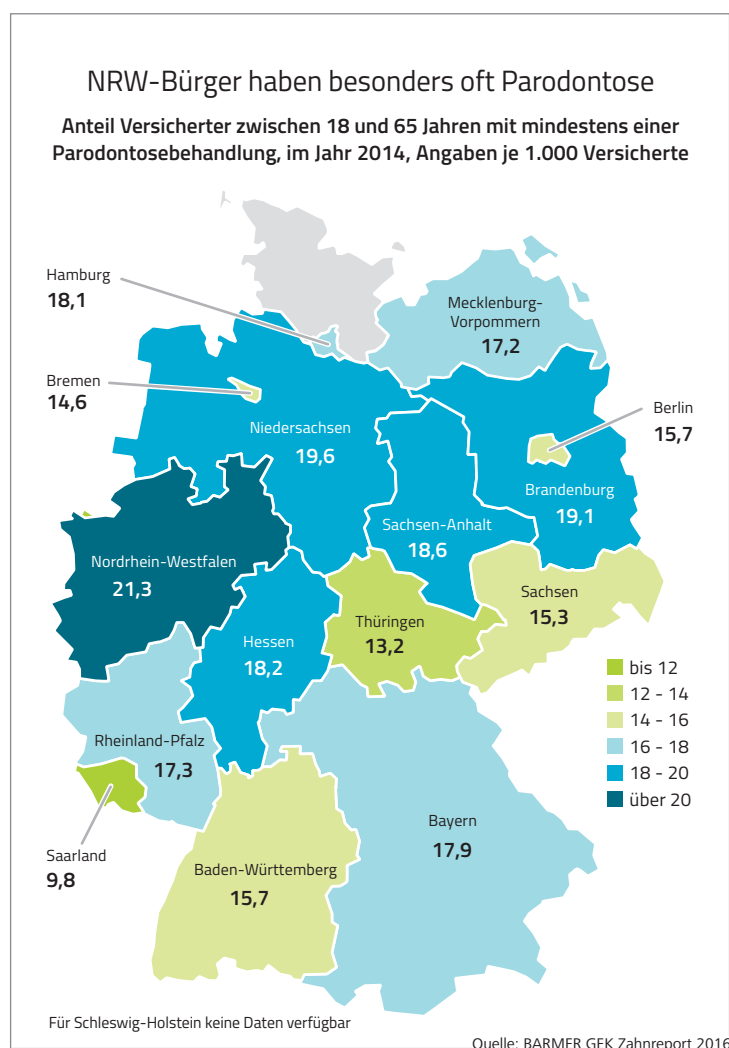
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



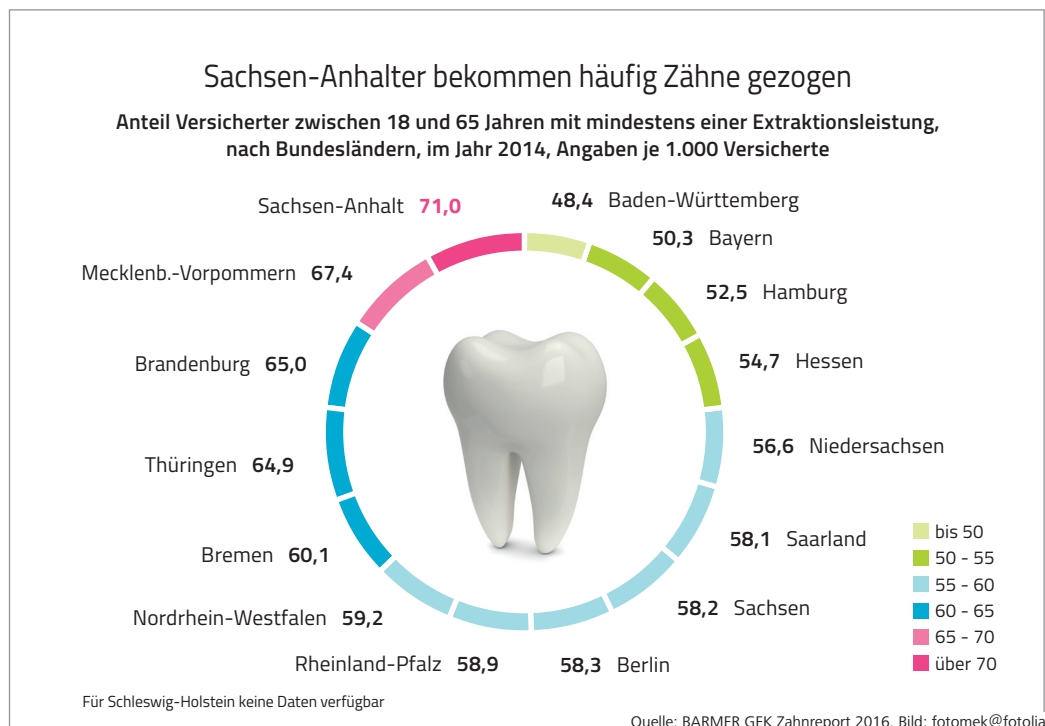
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.
 Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
 BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



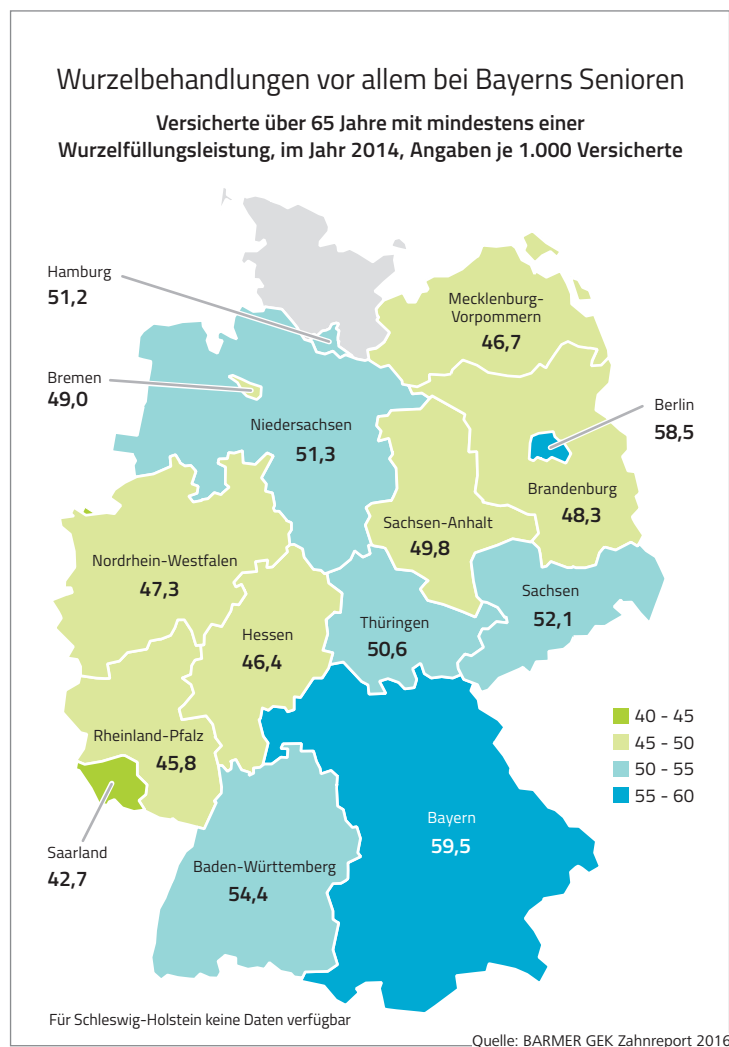
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



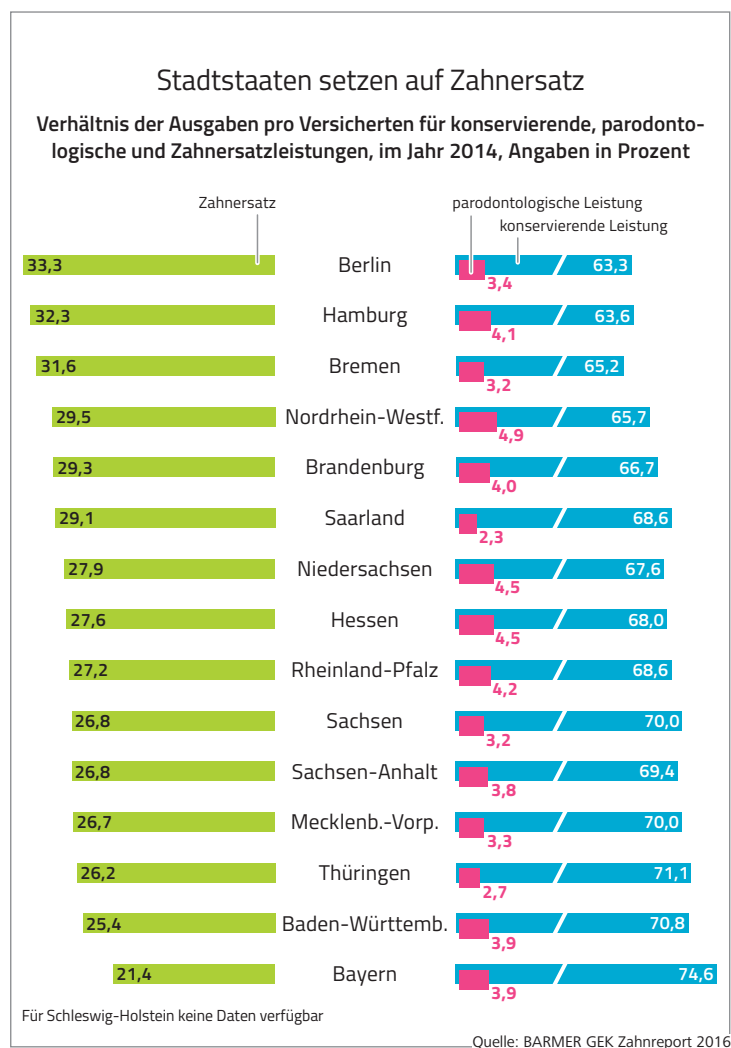
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.