



BARMER GEK

BARMER GEK ZAHNREPORT 2016

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

BARMER GEK Zahnreport 2016

Auswertungen zu Daten bis 2014

Schwerpunkt: Regionale Unterschiede

April 2016

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 38

BARMER GEK Zahnreport 2016

Schwerpunkt: Regionale Unterschiede

- Herausgeber: BARMER GEK, Postfach 110704, 10837 Berlin
- Fachliche Betreuung: BARMER GEK – Medizin und Versorgungsforschung (0350)
Oberbettringer Str. 1
73525 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. Räder, M. Walter
AGENON - Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH
(<http://www.agenon.de>)
S. Böhm, H.-W. Priess
- Verlag Asgard Verlagsservice GmbH, Schützenstraße 4,
53721 Siegburg
- ISBN: 978-3-946199-03-8

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	7
ZUSAMMENFASSUNG	9
1 EINLEITUNG	19
2 ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG IM ÜBERBLICK.....	25
2.1 Datengrundlage und Kenngrößen.....	25
2.2 Inanspruchnahme und Ausgaben insgesamt.....	29
2.3 Inanspruchnahmen und Ausgaben nach Versorgungs- bereichen im Überblick	35
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.....	85
5 ZAHNERSATZ UND ZAHNKRONEN	87
5.1 Datengrundlage und Kenngrößen.....	87
5.2 Inanspruchnahme und Ausgaben	91
5.3 Leistungen	100
6 SCHWERPUNKTTHEMA: REGIONALE UNTERSCHIEDE	103
6.1 Einführung ins Thema.....	103
6.2 Grundlagen und Definitionen	104

6.3	Altersgruppenübergreifende Analysen regionaler Unterschiede auf Länderebene	106
6.3.1	Verteilung der Ausgaben für die Leistungsbereiche über die Regionen	106
6.3.2	Verteilung der Ausgaben für den Bereich „Zahnersatz und Zahnkronen“	109
6.3.3	Exkurs: Modellberechnung zu den Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme am Beispiel Zahnersatz	111
6.3.4	Verhältnis Diagnostik zu Therapie	112
6.3.5	Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der Sprechzeit (Notfallbehandlungen)	115
6.3.6	Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich Kieferbruch / Kiefergelenkserkrankungen	117
6.4	Regionale Unterschiede auf Länderebene in unterschiedlichem Lebensalter – Kinder und Jugendliche	120
6.4.1	Individualprophylaxe und Füllungstherapie	120
6.5	Regionale Unterschiede auf Länderebene in unterschiedlichem Lebensalter – Erwachsene	123
6.5.1	Extraktion vs. Zahnerhalt	123
6.5.2	Kronen	126
6.6	Regionale Unterschiede auf Länderebene in unterschiedlichem Lebensalter - Senioren	129
6.6.1	Zahnerhalt vs. Extraktion	129
6.6.2	Implantate im zahnlosen Kiefer	131
6.7	Ausgewählte regionale Unterschiede auf Kreisebene	134
6.8	Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen	140
7	ANHANG	143
7.1	Anhangstabellen und –abbildungen	143
7.1.1	Anhang zu Kapitel 1 + 2: Einleitung und Zahnärztliche Versorgung im Überblick	143
7.1.2	Anhang zu Kapitel 3: Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen	149
7.1.3	Anhang zu Kapitel 5: Zahnersatz und Zahnkronen	161
7.1.4	Anhang zu Kapitel 6: Regionale Unterschiede	165

7.2	Datengrundlage für die Abbildungen des Hauptteils.....	166
7.2.1	Datenanhang zu Kapitel 3: Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen	166
7.2.2	Datenanhang zu Kapitel 4: Systematische Behand- lung von Parodontopathien	172
7.2.3	Datenanhang zu Kapitel 5: Zahnersatz und Zahnkronen	175
7.2.4	Datenanhang zu Kapitel 6: Regionale Unterschiede.....	179
8	LITERATUR.....	181
9	WEITERE VERZEICHNISSE	185
9.1	Verzeichnis verwendeter Abkürzungen	185
9.2	Glossar	187
9.3	Verzeichnis der Tabellen im Text.....	190
9.4	Verzeichnis der Abbildungen im Text	193
9.5	Verzeichnis der Tabellen im Anhang	198
9.6	Verzeichnis der Abbildungen im Anhang	201

Vorwort

Der Zahnreport 2016 der BARMER GEK widmet sich in seinem Schwerpunktkapitel regionalen Unterschieden in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Autoren des Zahnreports gingen zum Beispiel der Frage nach, wo in Deutschland Zahnärzte eher darauf hinarbeiten, Zahnverluste zu vermeiden und wo sie sich mehr auf die therapeutische Intervention von Zahnerkrankungen konzentrieren. Dafür wurde als geeignetes Indiz das Verhältnis von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in den Bundesländern untersucht.

Im Fokus unserer Versorgungsforschung stehen zudem die unterschiedlichen Versorgungsformen mit Zahnersatz. Hier gibt es seit dem Jahr 2005 grundsätzlich drei Möglichkeiten: Regel-, gleich- oder andersartige Versorgung. Die Regelversorgung meint dabei die zahnmedizinisch notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz. Bei der gleichartigen Versorgung können sich Patienten neben der Regelversorgung für Zusatzleistungen hinsichtlich Komfort und/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. Die Kassen zahlen jeweils einen am Befund orientierten Festzuschuss, unabhängig von der Art der Versorgung. Beachtenswert ist die Erkenntnis, dass das Festzuschusssystem seit seiner Einführung in einigen Bundesländern spürbar unterschiedlich gehandhabt wird und die Regelversorgung im Vergleich zu ihren Alternativen an Bedeutung verlor.

Die Beantwortung dieser Fragen schließt eine wichtige Lücke in der wissenschaftlichen Betrachtung der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland. Denn im Gegensatz zur Humanmedizin sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. in der Zahnmedizin solche regionalen Unterschiede bislang nicht näher untersucht worden. Der vorliegende Report ist damit die erste systematische Untersuchung regionaler

Spezifika. Gleichwohl können wir die Unterschiede zwar sehr genau messen, sie jedoch nicht in allen ihren Ursachen nachvollziehen. Unser Report kann jedoch erneut Impulse geben und eine weiterführende Diskussion innerhalb der Zahnärzteschaft und der Gesundheitspolitik anregen.

Lesenswerte Ergebnisse liefert der Report auch über sein Schwerpunkt-kapitel hinaus, gerade in Bezug auf die regionale Inanspruchnahme einzelner Leistungen aus den von uns betrachteten Bereichen der vertrags-zahnärztlichen Versorgung. Insgesamt legen wir damit erneut eine fundierte Studie im Rahmen unserer Versorgungsforschung vor, die in einem wichtigen Bereich der gesundheitlichen Versorgung Transparenz über die Versorgungsrealität schafft.

Dafür gebührt den Autoren des Reports Dank und Anerkennung. Entstanden ist der Report erneut als Gemeinschaftswerk von Wissenschaftlern der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden um Prof. Dr. Michael Walter und AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen –, die für die Datenanalysen im Report verantwortlich zeichnen.

Den Leserinnen und Lesern unseres Zahnreports 2016 wünsche ich eine anregende und nutzbringende Lektüre.

Dr. med. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender

BARMER GEK

Berlin, im April 2016

Zusammenfassung

Auf der Grundlage von Daten für 8,6 Millionen Versicherte informiert der BARMER GEK Zahnreport 2016 umfassend über die vertragszahnärztliche Versorgung und liefert damit einen Beitrag zur Transparenz des vertragszahnärztlichen Versorgungsgeschehens in Deutschland. Er schließt dabei eine Lücke zwischen vertragszahnärztlichen Leistungsstatistiken, wie den Jahrbüchern der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), und epidemiologischen Daten zur Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung, veröffentlicht zum Beispiel in den Deutschen Mundgesundheitsstudien (Micheelis u. Schiffner 2006). Anspruch des BARMER GEK Zahnreportes ist es, vorliegende Daten zur vertragszahnärztlichen Versorgung wissenschaftlich solide und verständlich aufzubereiten.

Der BARMER GEK Zahnreport gliedert sich inhaltlich in zwei Abschnitte. Im Standardteil werden die wesentlichen Zahlen und Daten zur vertragszahnärztlichen Versorgung im Jahr 2014 sowie ausgewählte Entwicklungen über die Zeit dargestellt. Im Schwerpunktteil erfolgt traditionell die vertiefende Analyse eines spezifischen zahnmedizinischen Themas. In diesem Jahr handelt es sich dabei um das Thema „Regionale Unterschiede in der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland“.

Da die vertragszahnärztlich erbrachten Leistungen gemäß des gültigen Abrechnungskataloges BEMA (Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen)¹ in verschiedene Bereiche der Zahnmedizin aufgeteilt sind, folgt auch der Standardteil des Reports nach einer bereichsübergreifenden Darstellung (Kapitel 2) weitgehend dieser Einteilung und gliedert sich in drei weitere Kapitel (Kapitel 3 bis 5). Datenbasis des Standardteils sind Daten der Jahre 2010 bis 2014 für alle Leistungen des BEMA-Teil 1 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen) und der

¹ Verfügbar unter: <http://www.kzbv.de/kzbv-bema-2014-04-01.download.e0e5527db954481385ff0508f95bfe51.pdf>.

Jahre 2012 bis 2014 für alle Leistungen der BEMA-Teile 4 (Systematische Behandlung von Parodontopathien) und 5 (Zahnersatz und Zahnkronen). Leistungen der BEMA-Teile 2 und 3 sind in diesem Report (Ausnahme: Kapitel 6.3.6) nicht berücksichtigt. Längsschnittliche Betrachtungen der Inanspruchnahme und Ausgaben werden dabei in der Regel alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Struktur der deutschen Bevölkerung (Stand 31.12.2011/Zensus 2011) dargestellt. Die querschnittlichen Ergebnisse des Jahres 2014 für Versicherte der BARMER GEK werden jeweils auf die Alters- und Geschlechtsstruktur im Jahr 2014 standardisiert.

Im ersten Abschnitt „Zahnärztliche Versorgung im Überblick“ werden im Wesentlichen Inanspruchnahme und Ausgaben über die verschiedenen Versorgungsbereiche hinweg beschrieben. Im Jahr 2014 nahmen 71,3% der Versicherten mindestens eine zahnärztliche Leistung in Anspruch. Je Versichertem wurden 161,75 Euro für die zahnärztliche Versorgung ausgegeben. Frauen nehmen mit 75% gegenüber Männern mit 67,5% deutlich mehr Leistungen in Anspruch, was sich auch in den entsprechenden Ausgaben widerspiegelt. In den neuen Bundesländern ist die Inanspruchnahme mit 76,7% bei leicht höheren Pro-Versicherten-Ausgaben höher als in den alten (70,0%). Die höchsten Inanspruchnahmeraten bestehen in Sachsen und Thüringen mit 78,1%, während im Saarland nur 64,8% der Versicherten mindestens eine vertragszahnärztliche Leistung in Anspruch nahmen.

Bezogen auf die einzelnen Leistungsbereiche liegen die Inanspruchnahmeraten bei 71,2% für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, bei 10,7% für Zahnersatzleistungen und Zahnkronen und bei 1,5% für Parodontalbehandlungsleistungen. Pro Versichertem wurden für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen 110,69 Euro, für Zahnersatz und Zahnkronen 44,40 Euro (ohne Eigenanteile) und für Parodontalbehandlungen 6,65 Euro verausgabt.

Eine Detailanalyse der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen folgt in Kapitel 3. Bei Differenzierung dieses Bereiches in prophylaktische, diagnostische und therapeutische Leistungen liegen die jeweiligen Inanspruchnahmeraten bei 52,7%, 70,4% und 48,8%. Therapeutische Leistungen werden zwar deutlich seltener in Anspruch genommen als diagnostische Leistungen, verursachen je behandeltem Versicherten allerdings deutlich höhere Ausgaben (131,07 Euro vs. 43,39 Euro). Die Inanspruchnahmeraten in den einzelnen Bundesländern differenziert nach den o.g. Teilbereichen des BEMA-Teil 1 zeigen zum Teil große Unterschiede. Der Vergleich der Inanspruchnahmeraten des BEMA-Teil 1 über fünf Jahre (2010 bis 2014) zeigt keinen eindeutigen Trend und liegt nahezu konstant bei ca. 70%.

Nur ca. ein Drittel der anspruchsberechtigten versicherten Kinder zwischen zweieinhalb und sechs Jahren nahmen 2014 eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung in Anspruch. Dagegen wurde bei Kindern zwischen sechs und 18 Jahren mindestens eine Leistung der Individualprophylaxe immerhin von fast zwei Dritteln genutzt.

Die Inanspruchnahmerate für Füllungen und Kavitätenpräparationen lag bei 28,8%, die Rate für Extraktionen bei 9,0%. Wurzelbehandlungsleistungen wurden zu 6,0%, sogenannte Röntgenpanoramaschichtaufnahmen zu 9,2% in Anspruch genommen. Einzelne Leistungsuntergruppen zeigten zumeist individuelle Altersverteilungen.

Kapitel 4 befasst sich mit Parodontalbehandlungsleistungen (BEMA-Teil 4). Aus fachlichen Gründen wurde die Erhebung des PSI-Code (BEMA 04, Teil 1) in die Betrachtung insbesondere parodontologisch-diagnostischer Leistungen einbezogen. Die Inanspruchnahmerate parodontologisch-diagnostischer Leistungen lag bei 24,6% (Männer: 23,1%; Frauen: 26%). Therapeutische Leistungen wurden dagegen nur zu 1,8% in Anspruch genommen. Eine Zahl von 126.571 Behandlungsplänen wurde abgerechnet. Die durchschnittlichen Ausgaben für eine Parodontalthherapie lagen bei 414,01 Euro, wobei die überwiegende Mehrheit

aller Therapiemaßnahmen im sogenannten „geschlossenen“ Verfahren durchgeführt wurde. Mit diesem Verfahren wurden deutlich mehr einwurzelige als mehrwurzelige Zähne behandelt. Auf das sogenannte „chirurgische“ Verfahren entfielen dagegen insgesamt weniger als 1% aller parodontologischen Leistungen. Über die Zeit variieren die Inanspruchnahmeraten kaum.

Kapitel 5 befasst sich mit Leistungen der Bereichs Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5). Anders als in den vorhergehenden Kapiteln bezieht sich die Betrachtung des Leistungsgeschehens aus abrechnungsmethodischen Gründen nicht auf Einzelleistungen des BEMA, sondern auf abgerechnete Festzuschussbefunde. Kennzeichnend für die vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind ein fester, befundbezogener Zuschuss der gesetzlichen Krankenkasse und ein Eigenanteil des Versicherten. Der Festzuschuss kann sich je nach Bonusstatus und Härtefallstatus maximal verdoppeln, während der Eigenanteil wesentlich von der Wahl der Versorgungsform abhängt (Regelversorgung, gleichartig, andersartig) und stark variieren kann. Hinzu kommen zwei verschiedene Abrechnungswege: bei Regelversorgungen und gleichartigen Versorgungen zumeist über die KZVen, bei andersartigen Versorgungen zumeist direkt über den Versicherten (sog. Direktabrechnungsfälle). Erstmals können im Zahnreport 2016 auch Eigenanteile der Direktabrechnungsfälle quantifiziert und beschrieben werden, was die Gesamtbetrachtung dieses Leistungsbereiches ermöglicht.

Die Inanspruchnahmerate prothetischer Leistungen lag bei 8,0% für Neueingliederungen (Neuanfertigungen) und bei 7,2% für Wiederherstellungsleistungen (Reparaturen, Ergänzungen, etc.). Diesen Raten standen Gesamtausgaben von 1.467,22 Euro für Neueingliederungen und 112,34 Euro für Wiederherstellungen pro behandeltem Versicherten gegenüber. Die korrespondierenden mittleren Eigenanteile lagen bei 854,16 Euro für Neueingliederungen und bei 47,43 Euro für Wiederherstellungen (inklusive Direktabrechner). Bei einem länderspezifischen Vergleich der Gesamtausgaben für Neueingliederungen schwankten

diese zwischen 1.719,67 Euro in Bayern und 1.302,71 Euro in Sachsen. Ca. 40% aller Festzuschüsse wurden für Wiederherstellungen und Erweiterungen von konventionellem Zahnersatz (Befundklasse 6) gewährt. Bei neuangefertigtem Zahnersatz wurde ein Zuschuss für die Befundklasse 1 (erhaltungswürdiger Zahn) am häufigsten und für die Befundklasse 2 (zahnbegrenzte Lücke von höchstens vier fehlenden Zähnen) am zweithäufigsten gewährt. Über die Hälfte aller prothetisch behandelten Versicherten konnte einen um 30% höheren Festzuschuss in Anspruch nehmen. Dieser Bonus wird für die Inanspruchnahme jährlicher Kontrolluntersuchungen über zehn Jahre und mehr gewährt. Unter 10% der behandelten Versicherten nahmen einkommensabhängig einen doppelten Festzuschuss bzw. eine 100%ige Kostenübernahme in Anspruch.

Der Schwerpunktteil „Regionale Unterschiede“ beinhaltet übergreifende Vergleiche von Ausgaben und Inanspruchnahmen auf Bundesländerebene, die für eine Auswahl durch Analysen bis auf Kreisebene abgerundet werden. Ziel ist eine möglichst umfassende Darstellung wesentlicher zahnmedizinischer Sachverhalte in ihrer jeweiligen regionalen Ausprägung. Erstmals in das Konzept des Zahnreportes eingeführt wird eine grafische Darstellungsform, die anhand farblicher Unterschiede auf einer Deutschlandkarte regionale Unterschiede visualisiert. Datenbasis waren die Leistungsdaten der BEMA-Teile 1, 2 (nur Abschnitt 6.3.6), 4 und 5.

Die GKV-Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung (BEMA-Teile 1, 4 und 5) lagen in Berlin am höchsten und im Saarland am niedrigsten. In den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen waren die Ausgaben für Zahnersatzleistungen und Zahnkronen verhältnismäßig hoch, in Flächenländern wie Bayern und Baden-Württemberg waren dagegen die Ausgaben für konservierend-chirurgische Leistungen vergleichsweise hoch.

Beim Vergleich prothetischer Leistungen (BEMA-Teil 5) fällt ein deutlicher Unterschied im Ausgabenanteil direkt abgerechneter Leistungen auf. Bezogen auf die Gesamtausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz lag der prozentuale Anteil der Kassenausgaben für direkt abgerechnete Zahnersatzleistungen im Saarland bei nur 3,8%, in Bayern dagegen bei 14,3%. Hier zeigte sich eine vollkommen unterschiedliche Gewichtung der verschiedenen Versorgungsarten in den einzelnen Bundesländern.

Exemplarisch wurde in einem Regressionsmodell der Einfluss verschiedener sozioökonomischer Faktoren auf die Höhe der Zuzahlung am Beispiel der Befundklasse 3 untersucht. 45% der Unterschiede in der Höhe der Zuzahlungen konnten durch die sozioökonomischen Faktoren Einkommen, Stellung im Beruf, Bildung, Alter und Geschlecht erklärt werden. Im Modell hatten die Variablen Einkommen, Stellung im Beruf und Geschlecht den stärksten Einfluss.

In einer länderspezifischen Betrachtung von Diagnostik- (BEMA 01) und Therapieleistungen (spezifische Leistungen des BEMA-Teil 1) wurde für Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen die höchste Rate von Versicherten mit Diagnostik ohne folgende Therapie festgestellt. In allen neuen Bundesländern kam es wesentlich seltener vor, dass auf Diagnostik keine Therapie folgte. Unterschiedliche Vorsorge- und Behandlungsansätze kommen hier als Erklärungsansätze in Betracht.

Ein deutliches Ost-West-Gefälle zeigte sich auch bei der Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen. Vergleichsweise selten werden Notfallbehandlungen in den Stadtstaaten in Anspruch genommen (weniger als 1,5% der Versicherten). Die höchsten Inanspruchnahmeraten finden sich in den neuen Bundesländern mit 2,5% oder mehr. Den Spitzenplatz belegt Mecklenburg-Vorpommern mit einer im Vergleich zu den Stadtstaaten nahezu doppelt so hohen Inanspruchnahmerate (2,9% der Versicherten).

Erstmals konnten in einer Analyse des Zahnreportes ausgewählte Leistungen aus dem Bereich des BEMA-Teil 2 ausgewertet werden. Es zeigte sich, dass die vorzugsweise bei Kiefergelenksbehandlungen angewendete Schienentherapie (BEMA-Leistungen K1 und K2), überdurchschnittlich häufig in den Städten Berlin und Hamburg in Anspruch genommen wird. Dies entspricht den Erwartungen, da ein Zusammenhang zwischen funktionellen Beschwerden (Kiefergelenke, -muskulatur), Para-funktionen (Knirschen, Pressen) und Faktoren wie Arbeitsbelastung, Lärmbelastung und Stress diskutiert wird.

Die Ländervergleiche für Kinder und Jugendliche beziehen sich einerseits auf Prophylaxe- und Befundleistungen wie die Früherkennungsuntersuchung (erste Untersuchungsleistung für Kinder ab 2,5 bis unter 6 Jahre), Leistungen der Individualprophylaxe (für größere Kinder ab 6 bis unter 18 Jahre) und im Gegensatz dazu auf die Füllungstherapie für alle 'Unter-18-Jährigen' als „klassischer“ Therapieleistung. Während die Früherkennungsuntersuchung in Bayern die höchste Inanspruchnahme (anspruchsberechtigte Versicherte mit mindestens einer Leistung) aufweist, nehmen Thüringen, Sachsen und Bayern die Spitzenplätze bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Individualprophylaxe ein. Mindestens eine füllungstherapeutische Leistung bei Kindern wird dagegen besonders häufig in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und ebenfalls in Thüringen registriert.

Für Erwachsene (18 - 65 Lebensjahre) wurde in einer folgenden Analyse die Inanspruchnahme „zahnerhaltender“ Therapie und „zahnentfernender“ Therapie untersucht. Für die Analyse wurden als zwei wesentliche Elemente zahnerhaltender Therapie von Zähnen mit ggf. kritischer Prognose einerseits die Wurzelbehandlung und andererseits die Parodontalbehandlung ausgewählt. Im Kontrast dazu wurde die Inanspruchnahme von Extraktionen ausgewertet. Bei Betrachtung der jeweiligen Verteilungen zeigen sich vollkommen unterschiedlich ausgeprägte regionale Muster. So fällt Berlin durch eine hohe Anzahl von Wurzelbehandlungen auf. Parodontalbehandlungen werden häufiger im Nordwesten, insbe-

sondere in Nordrhein-Westfalen, in Anspruch genommen. Zahnextraktionen dominieren dagegen in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern. Dies könnte als weiterer Hinweis auf unterschiedliche regionale Therapiekonzepte interpretiert werden.

In einer weiteren Analyse für die Festzuschussbefundklasse 1.1 wurde für die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen nach der Inanspruchnahme von Regelversorgung und gleichartiger Versorgung differenziert. Für diese Befundklasse existiert keine andersartige Versorgung. Somit konnte in diesem Fall direkt aus den Abrechnungsdaten heraus ein Ländervergleich zur Bedeutung der Regelversorgung vorgenommen werden. Die extrem heterogene Verteilung reicht von einem Regelversorgungsanteil von über 30% in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern gegenüber einem Anteil von unter 10% in Bayern.

Für die Altersgruppe der Senioren wurde der Versuch unternommen, regionalspezifisch den Anteil von Zahnersatzversorgungen mit oder ohne Implantaten im zahnlosen Unterkiefer zu bestimmen. Damit wird im Zahnreport 2016 erstmals eine bestimmte Form der Implantatversorgung thematisiert, was der zunehmenden Bedeutung von Implantatversorgungen in der (gesamten) zahnärztlichen Versorgung Rechnung trägt. Unter dem Vorbehalt nicht abschließend auflösbarer Unschärfen konnten bei der implantatunterstützten Neuversorgung des zahnlosen Unterkiefers Bayern und Baden-Württemberg als Spitzenreiter, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin und Sachsen-Anhalt als Schlusslichter identifiziert werden.

Für die abschließenden Analysen auf Kreisebene wurde aus methodischen Gründen eine etwas abgewandelte grafische Darstellungsform gewählt, in der nur Landkreise dargestellt werden, die signifikant über drei Jahre hinweg über oder unter dem Bundesdurchschnitt gelegen haben. Herangezogen wurden

- exemplarisch für eine häufige Leistung des BEMA-Teil 1 die Inanspruchnahme von Extraktionsleistungen,

- die abgerechnete Punktsomme aus dem Bereich des BEMA-Teil 1 und
- die Verteilung dieser Punktsomme auf die Versicherten (Gini-Koeffizient).

Landkreise, in denen Extraktionsleistungen über drei Jahre hinweg kontinuierlich über dem Bundesdurchschnitt lagen, folgen keinem typischen Verteilungsmuster, waren aber mehrheitlich in den neuen Bundesländern zu finden. Eine gegenüber dem Bundesdurchschnitt signifikant höhere Punktsomme des BEMA-Teil 1 ist flächendeckend in nahezu allen bayrischen Landkreisen auffällig. In den neuen Bundesländern (außer Berlin) waren die erbrachten Leistungen flächendeckend eher gleichmäßig auf die Versicherten verteilt. In einigen Kreisregionen im Westen und Nordwesten war die Leistungsmenge dagegen auf weniger Versicherte verteilt.

Zusammenfassend zeigen die Analysen des Schwerpunktteils eine sehr vielschichtige Verteilungsstruktur vertragszahnärztlicher Diagnostik und Therapie in Deutschland, die z. T. vordergründige Erklärungsansätze nahelegt, die aber in weiteren Analysen vertiefend zu prüfen sind. Diese erste wissenschaftlich fundierte Analyse regionaler Unterschiede in der vertragszahnärztlichen Versorgung Deutschlands erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die aufgezeigten regionalen Versorgungsunterschiede können als Ausgangspunkte für vertiefende Aufarbeitungen dienen. Besonders die Suche nach Ursachen für diese Unterschiede sowie die wissenschaftliche Bewertung der Versorgungsrelevanz sind als zukünftige Aufgaben anzusehen.

1 Einleitung

Ende des IV. Quartals 2014 betrug die Anzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte 61.579 und lag damit erneut um 1% höher als zum Ende des Vorjahresquartals (KZBV 2016). Ohne die vom Versicherten selbst zu tragenden Eigenanteile oder anderweitig privat zu tragende Behandlungskosten haben sich die Ausgaben für vertragszahnärztliche Behandlung inklusive Zahnersatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr von 179,91 Euro je Versichertem auf 185,93 Euro (+3,3%) erhöht². Für die vertragszahnärztliche Versorgung der gut 70,3 Mio. GKV-Versicherten wurden von den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2014 insgesamt gut 13,0 Mrd. Euro verausgabt. Bei Leistungsausgaben der GKV von insgesamt 193,5 Mrd. Euro (Vorjahr: 182,8 Mrd. Euro) entspricht dies einem Anteil von 6,8% (Vorjahr 6,9%).

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 knapp 8 Mrd. Euro bzw. einem Anteil von 61,1% an den GKV-Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung den größten Ausgabenblock, gefolgt von Zahnersatz und Zahnkronen mit gut 3,2 Mrd. Euro, entsprechend einem Anteil von 24,6% (Abbildung 1-1). Den drittgrößten Ausgabenbereich bildet Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch) mit gut 1,4 Mrd. Euro bzw. einem Anteil von 11,1%. Auf die Systematische Behandlung von Parodontopathien entfielen im Jahr 2014 leicht mehr als 0,4 Mrd. Euro, was einem Anteil von 3,2% entspricht.

² Werte gemäß KJ 1 und KM 1 (BMG a, b) und KZBV 2016.

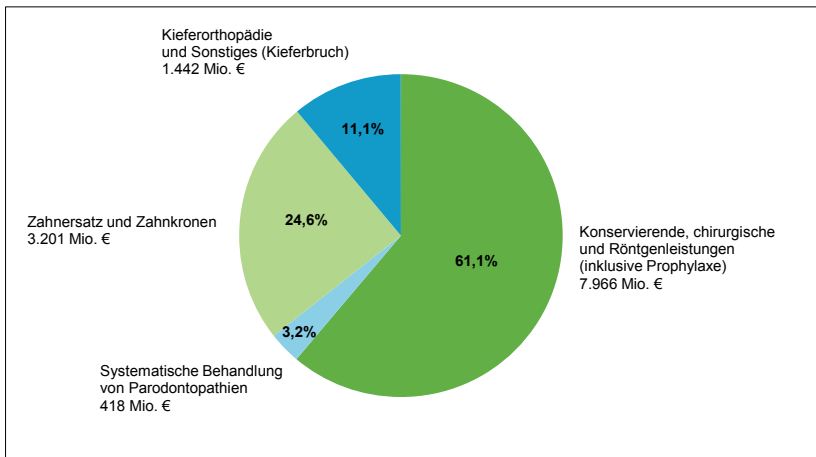


Abbildung 1-1: Aufteilung der GKV-Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung im Jahr 2014, Quelle: KZBV

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.

Schwerpunkt des diesjährigen Reports bilden regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen. Regionale Unterschiede werden zunächst auf Länderebene analysiert und dargestellt. Für eine Auswahl werden Unterschiede zusätzlich bis auf Kreisebene aufgeschlüsselt. Im Rahmen eines Exkurses werden außerdem Faktoren untersucht, die Einfluss auf die Inanspruchnahme nehmen.

Nicht betrachtet wird in diesem Report der Versorgungsbereich Kieferorthopädie. Ausgewählte Daten des Bereichs „Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) und Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)“ (BEMA-Teil 2) werden erstmals in einer Teilanalyse der Schwerpunktteils dargestellt.

Damit erfasst der vorliegende Zahnreport ein zahnärztliches Leistungsgeschehen, auf das im Jahr 2014 nahezu 90% der GKV-Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung entfallen sind.

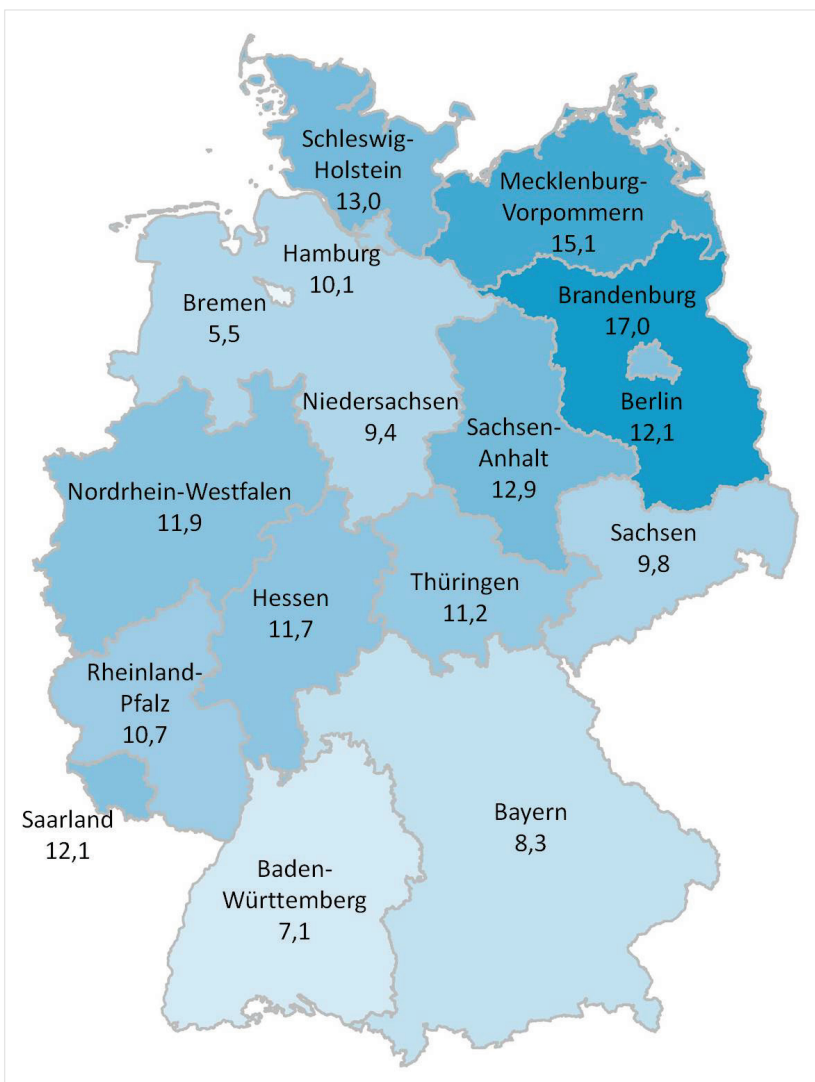


Abbildung 1-2: Anteil der BARMER GEK-Versicherten an der Bevölkerung nach Ländern am 31. Dezember 2014; Angaben in Prozent

Datenbasis für diesen Report bilden Informationen zur vertragszahnärztlichen Versorgung von 8,6 Millionen Versicherten der BARMER GEK, die einem Anteil von knapp 12,2% 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 2014 in den Ländern zwischen 5,5% (Bremen) und 17,0% (Brandenburg; vgl. Abbildung 1-2).

Zum Versorgungsbereich Systematische Behandlung von Parodontopathien können erstmals Ergebnisse für einen nunmehr dreijährigen Zeitraum berichtet werden.

Ein Novum bildet im diesjährigen Zahnreport, dass für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen für das Berichtsjahr 2014 erstmals nicht nur die routinemäßig von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) im Rahmen des Datenträgeraustauschs (DTA) elektronisch übermittelten Informationen zur Verfügung standen. Für das Jahr 2014 konnten für diesen Bereich zudem Informationen zu den Versorgungsergebnissen erschlossen werden, die nicht über die KZVen sondern direkt zwischen dem Versicherten und der BARMER GEK abgewickelt werden (sog. Direktabrechnungsfälle). Damit kann für das Jahr 2014 erstmals eine Lücke geschlossen werden, auf die in den Vorgängerreporten nur hingewiesen werden konnte.

Für die *längsschnittliche* Betrachtung von Parametern der Inanspruchnahme wird - wie auch bereits im Vorgängerreport - jeweils einheitlich auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands zum 31.12.2011 (nach Zensus 2011) standardisiert. 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 auch in diesem Report dabei, dass einheitlich auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands des jeweils betrachteten Jahres - in diesem Report des Jahres 2014 - standardisiert

wird. Entsprechend findet sich in den Überschriften von Tabellen und Abbildungen dann das Kürzel **stand.D2014**.

Für das Jahr 2014 im vorliegenden Report berichtete regionale Ausgabenkenngrößen wurden für die Darstellung preisbereinigt. Interregionale Vergleiche werden so unverzerrt durch Preisunterschiede möglich.

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.

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 2016 liegt nunmehr eine dreijährige Datenbasis (Abrechnungsjahre 2012, 2013 und 2014) zugrunde. Im Unterschied dazu werden Daten für die Leistungen des BEMA-Teil 1 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, inklusive Prophylaxe) bereits seit 2010 in maschinenlesbarer Form an die BARMER GEK übermittelt.

Wie im einleitenden Kapitel beschrieben, werden die jeweils interessierenden Parameter der Inanspruchnahme für *längsschnittliche* 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 2014 werden die für Versicherte der BARMER GEK ermittelten „rohen“ Werte auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2014 standardisiert⁴.

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)

⁴ Zugrunde gelegt wird die basierend auf dem Zensus 2011 fortgeschriebene Bevölkerungsstruktur zum Stichtag 31.12.2014.

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. In der Einleitung wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Ausgabenkennziffern für das Jahr 2014 für eine verbesserte direkte interregionale Vergleichbarkeit demgegenüber preisbereinigt wurden.

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

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-goq.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 5.

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 Festzuschussystem 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 vor. In den zurückliegenden Reports konnten nur über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse berücksichtigt werden, während die Erschließung der Daten zu Festzuschüssen, die den Versicherten direkt von der BARMER GEK erstattet worden sind (Direktabrechnungsfälle), nicht möglich war. Diese Datenlücke konnte erstmalig für das Berichtsjahr 2014 geschlossen werden. Entsprechend sind Direktabrechnungsfälle in den nachfolgend zu BEMA-Teil 5 berichteten Kenngrößen enthalten. Da sich dieses Kapitel 2 bei den Ausgaben auf die Ausgaben der BARMER GEK respektive der GKV konzentriert, sind Eigenanteile der Versicherten nicht enthalten. Dazu wird auf Kapitel 5 verwiesen.

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 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)
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)

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 2014 bei 71,3%. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist deutlich: 67,5% der Männer haben mindestens eine vertragszahnärztliche Leistung (darin eingeschlossen über die KZVen und nicht über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse) in Anspruch genommen, mit einem Anteilswert von 75% 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 – wiederum für über die KZVen und nicht über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse - der vertragszahnärztlichen Versorgung je Versichertem im Jahr 2014 bei 161,75 Euro, wobei die Durchschnittsausgaben bei den Frauen mit 167,87 Euro um 7,5% über den Durchschnittsausgaben der Männer (155,39 Euro) gelegen haben.

Tabelle 2-3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen insgesamt im Jahr 2014 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2014)

	Gesamt	Männer	Frauen
Inanspruchnahmerate in Prozent	71,3	67,5	75,0
Ausgaben in Euro je Versichertem	161,75	155,39	167,87

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.

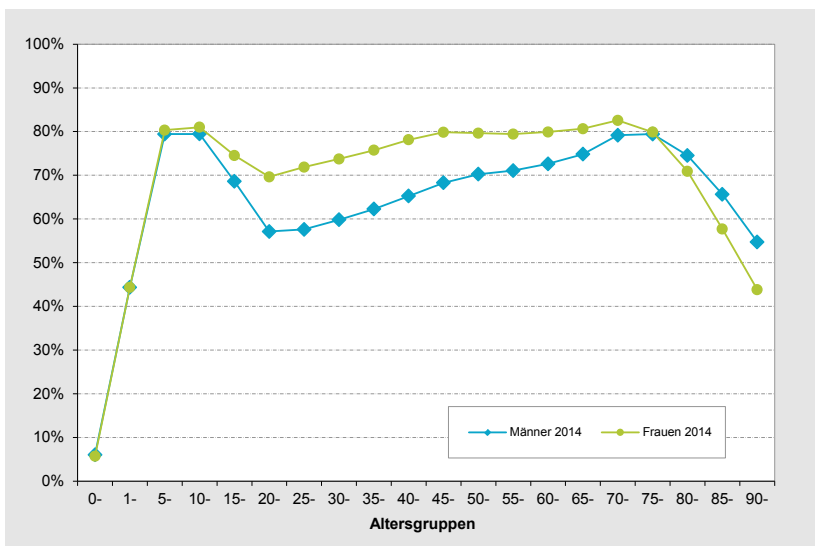


Abbildung 2-1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen der BEMA-Teile 1,4 und 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

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.

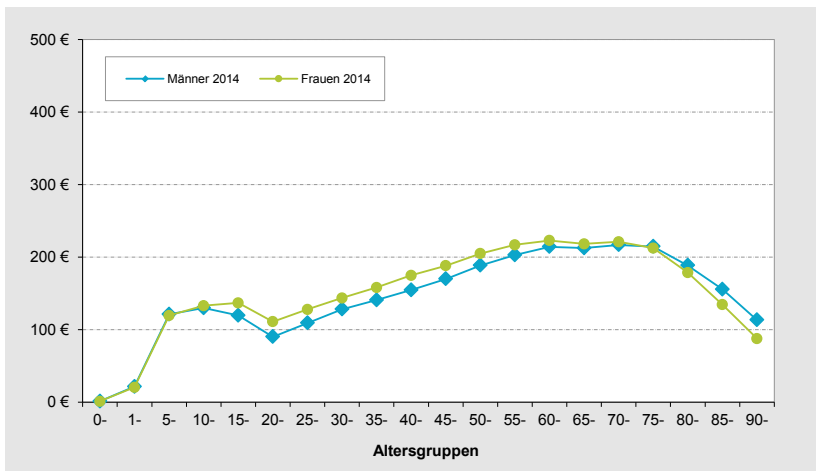


Abbildung 2-2: Mittlere Ausgaben je Versichertem für vertragszahnärztliche Leistungen der BEMA-Teile 1, 4 und 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014 (ohne Eigenanteile)

Im Ländervergleich in Tabelle 2-4 zeigt sich bei der um Alters- und Geschlechtseffekte bereinigten Inanspruchnahmerate eine Spanne von 64,8% (Saarland) bis 78,1% (Sachsen und Thüringen) und bei den mittleren Ausgaben pro Versichertem von 144,48 Euro (Saarland) bis 177,44 Euro (Sachsen-Anhalt).

Tabelle 2-4: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben je Versichertem nach Ländern* im Jahr 2014 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2014)**

Land	Inanspruchnahmerate	Mittlere Ausgaben je Versichertem in Euro
Hamburg	66,8% (-4,6)	164,04 (2,29)
Niedersachsen	69,2% (-2,1)	160,13 (-1,62)
Bremen	66,8% (-4,6)	158,86 (-2,89)
Nordrhein-Westfalen	69,2% (-2,2)	158,72 (-3,03)
Hessen	68,9% (-2,4)	150,41 (-11,34)
Rheinland-Pfalz	67,9% (-3,4)	147,82 (-13,93)
Baden-Württemberg	71,9% (0,6)	151,46 (-10,29)
Bayern	73,3% (2)	171,48 (9,73)
Saarland	64,8% (-6,5)	144,48 (-17,27)
Berlin	70,1% (-1,2)	173,49 (11,74)
Brandenburg	75,8% (4,5)	168,57 (6,82)
Mecklenburg-Vorpommern	74,9% (3,6)	176,12 (14,37)
Sachsen	78,1% (6,8)	169,91 (8,16)
Sachsen-Anhalt	76,3% (5)	177,44 (15,7)
Thüringen	78,1% (6,7)	169,28 (7,53)
Gesamt	71,3%	161,75

* 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 Inanspruchnahme-

raten in den neuen Ländern durchgängig deutlich höher als in den alten, wobei Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit 74,9% bzw. 75,8% 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 73,3% die höchste Inanspruchnahmerate erreicht wird.

Im Mittel wird in den neuen Ländern bei leicht höheren Pro-Kopf-Ausgaben eine Inanspruchnahmerate von 76,7% erreicht, in den alten Ländern dagegen eine Inanspruchnahmerate von 70,0% (Tabelle 2-5).

Tabelle 2-5: Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben in den alten und neuen Ländern – mit den Versichertenzahlen der BARMER GEK gewichtete Mittelwerte im Jahr 2014 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2014)*

Kenngröße	Inanspruchnahmerate in Prozent	Mittlere Ausgaben je Versichertem in Euro
Alte Länder	70,0	159,25
Neue Länder	76,7	172,00
Gesamt	71,3	161,75

* Ohne Schleswig-Holstein

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. (Ein Versicherter wird in jedem BEMA Kapitel gezählt, in dem Leistungen in Anspruch genommen wurden. Daher würde eine Addition zu Mehrfachzählungen führen.)

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 71,2% 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 110,69 Euro für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) stehen Pro-Kopf-Ausgaben für Zahnersatz und Zahnkronen in Höhe von 44,40 Euro gegenüber. Zu beachten ist auch hier, dass die für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen ausgewiesenen Werte nicht nur die über die KZVen abgerechneten sondern auch die direkt zwischen Krankenkasse und Versichertem abgerechneten Leistungsfälle (Direktabrechnungsfälle) enthalten.

Tabelle 2-6: Inanspruchnahme und mittlere Ausgaben differenziert nach BEMA-Teilen im Jahr 2014 (stand.D2014)

Leistungsbereich	BEMA-Teil 1	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 5
Inanspruchnahmerate in Prozent			
Gesamt	71,2	1,5	10,7
... Männer	67,4	1,5	9,9
... Frauen	74,8	1,5	11,4
Ausgaben in Euro je Versichertem (ohne Eigenanteile)			
Gesamt	110,69	6,65	44,40
... Männer	107,78	6,55	41,07
... Frauen	113,50	6,75	47,62

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.

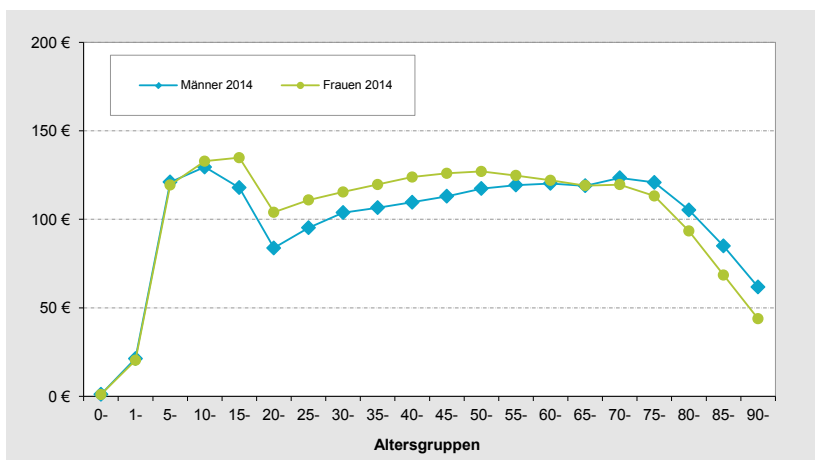


Abbildung 2-3: *Mittlere Ausgaben je Versichertem für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) (BEMA-Teil 1) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014*

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.

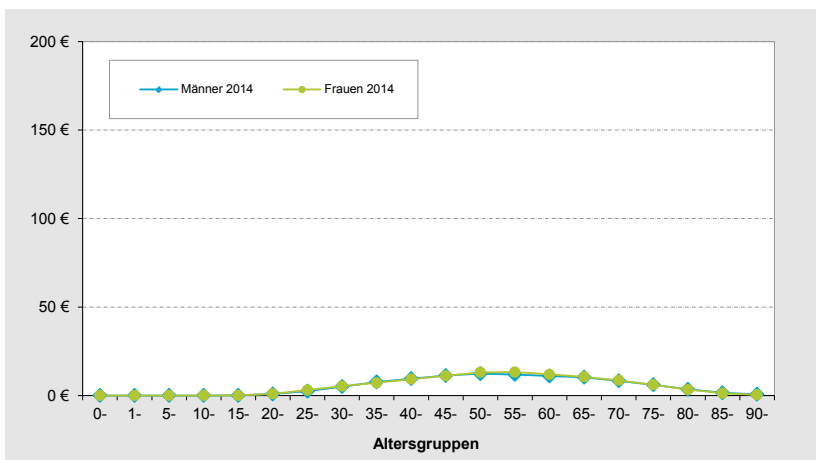


Abbildung 2-4: Mittlere Ausgaben je Versichertem für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

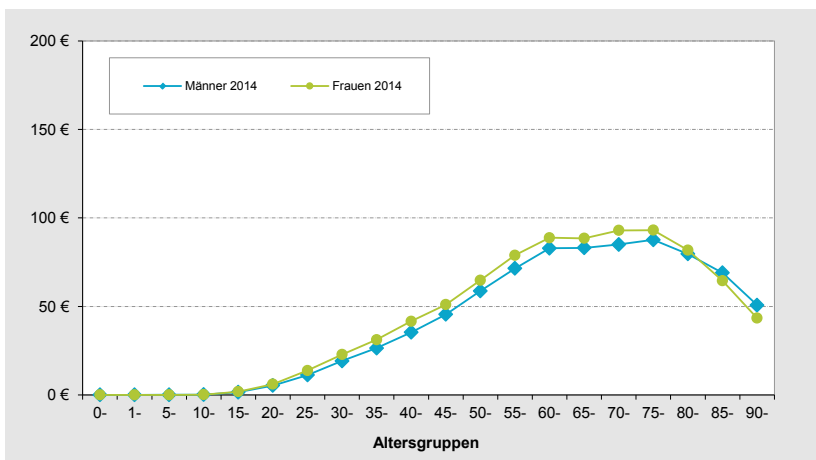


Abbildung 2-5: Mittlere Ausgaben je Versichertem für Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) nach Alter und Geschlecht (ohne Eigenanteile) im Jahr 2014

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 im Jahr 2014 - getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2014)***

Land	Inanspruch- nahmerate BEMA-Teil 1	Inanspruch- nahmerate BEMA-Teil 4	Inanspruch- nahmerate BEMA-Teil 5
Hamburg	67,3% (-3,8)	1,5% (0)	11,6% (0,9)
Niedersachsen	69,0% (-2,1)	1,6% (0,1)	10,7% (0)
Bremen	66,6% (-4,6)	1,2% (-0,3)	11,3% (0,6)
Nordrhein-Westfalen	69,0% (-2,2)	1,7% (0,2)	10,7% (0,1)
Hessen	68,8% (-2,4)	1,5% (0)	10,4% (-0,3)
Rheinland-Pfalz	67,8% (-3,4)	1,4% (-0,1)	10,1% (-0,6)
Baden-Württemberg	71,7% (0,6)	1,3% (-0,2)	10,2% (-0,5)
Bayern	73,2% (2)	1,5% (0)	9,5% (-1,2)
Saarland	64,7% (-6,5)	0,8% (-0,7)	9,6% (-1,1)
Berlin	70,1% (-1,1)	1,3% (-0,2)	11,5% (0,8)
Brandenburg	75,7% (4,5)	1,5% (0)	11,9% (1,3)
Mecklenburg- Vorpommern	74,9% (3,7)	1,4% (-0,1)	11,7% (1)
Sachsen	78,0% (6,8)	1,2% (-0,3)	11,3% (0,6)
Sachsen-Anhalt	76,1% (5)	1,5% (0)	11,5% (0,8)
Thüringen	78,0% (6,8)	1,0% (-0,5)	11,0% (0,3)
Gesamt	71,2%	1,5%	10,7%

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) 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).

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 wiederum der Hinweis, dass Festzuschüsse, die den Versicherten direkt erstattet worden sind, 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 7,72 Euro) vom niedrigsten Wert (Saarland mit 3,37 Euro) von knapp 130%. Im Bereich Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) (Spalte BEMA-Teil 1) liegt die Abweichung des höchsten (Bayern mit 128,00 Euro) vom niedrigsten Wert (Saarland mit 99,10 Euro) bei knapp 30%.

Tabelle 2-8: Mittlere Ausgaben je Versichertem für vertragszahnärztliche Leistungen nach Ländern* im Jahr 2014 - getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2014)**

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	104,32 (-6,37)	6,78 (0,13)	52,93 (8,53)
Niedersachsen	108,17 (-2,52)	7,21 (0,56)	44,75 (0,34)
Bremen	103,52 (-7,17)	5,12 (-1,53)	50,22 (5,81)
Nordrhein-Westfalen	104,26 (-6,43)	7,72 (1,07)	46,74 (2,34)
Hessen	102,25 (-8,44)	6,71 (0,06)	41,45 (-2,95)
Rheinland-Pfalz	101,35 (-9,34)	6,23 (-0,43)	40,24 (-4,16)
Baden-Württemberg	107,20 (-3,5)	5,87 (-0,79)	38,40 (-6)
Bayern	128,00 (17,31)	6,76 (0,11)	36,72 (-7,68)
Saarland	99,10 (-11,6)	3,37 (-3,29)	42,02 (-2,38)
Berlin	109,85 (-0,85)	5,90 (-0,75)	57,75 (13,34)
Brandenburg	112,39 (1,7)	6,76 (0,1)	49,42 (5,02)
Mecklenburg-Vorpommern	123,23 (12,54)	5,89 (-0,77)	46,99 (2,59)
Sachsen	118,88 (8,19)	5,44 (-1,22)	45,59 (1,19)
Sachsen-Anhalt	123,15 (12,46)	6,69 (0,04)	47,60 (3,2)
Thüringen	120,38 (9,69)	4,55 (-2,11)	44,35 (-0,06)
Gesamt	110,69	6,65	44,40

* Ohne Schleswig-Holstein

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

*** inklusive direkt erstatteter Festzuschüsse

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 und entsprechend nachfolgend dargestellt werden können.

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 Gebührenziffern 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 Gebührenziffern zu den neun Leistungsgruppen und den übergeordneten drei Leistungsbereichen sind 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. Für die Ausgabenkenngrößen ist auf die erstmalig für diesen Report durchgeführte Preisvereinigung hinzuweisen.

3.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

Die Inanspruchnahmerate für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) lag im Jahr 2014 bei 71,2% (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 70,4% und therapeutische Leistungen 48,8% (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 1,31 Behandlungsfälle und 1,66 Zahnarztkontakte pro Versichertem mit diagnostischem bzw. beratendem Schwerpunkt. Für therapeutische Leistungen ergeben sich 0,81 Behandlungsfälle mit durchschnittlich 1,35 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) im Jahr 2014 (stand.D2014)

	Prophylaxe-Leistungen	Diagnostische und Beratungsleistungen	Therapeutische Leistungen
Inanspruchnahmerate in Prozent			
Gesamt	52,7	70,4	48,8
... Männer	50,1	66,6	46,2
... Frauen	55,2	74,1	51,4
Behandlungsfälle je Versichertem			
Gesamt	0,58	1,31	0,81
... Männer	0,56	1,21	0,76
... Frauen	0,61	1,40	0,86
Zahnarztkontakte je Versichertem			
Gesamt	0,59	1,66	1,35
... Männer	0,57	1,53	1,27
... Frauen	0,62	1,78	1,43
Ausgaben in Euro je behandeltem Versicherten			
Gesamt	25,58	43,39	131,07
... Männer	26,02	43,07	137,01
... Frauen	25,15	43,70	125,36

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 25,58 Euro je behandeltem Versicherten verbunden, bei diagnostischen und Beratungsleistungen waren es 43,39 Euro und bei therapeutischen Leistungen 131,07 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 63 Cent aufweisen (43,07 Euro - 43,70 Euro), differieren die Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen um knapp einen Euro (26,02 Euro - 25,15 Euro) und die Ausgaben für therapeutische Leistungen um rund zwölf Euro (137,01 Euro - 125,36 Euro). Auffällig dabei ist, dass die Ausgaben für Frauen in den beiden Leistungsbereichen Prophylaxe sowie therapeutische Leistungen geringer als die der Männer ausfallen, die Ausgaben im Bereich Diagnostische und Beratungsleistungen 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 im Anhang 7.1.2 (Abbildung A 4 bis Abbildung A 11).

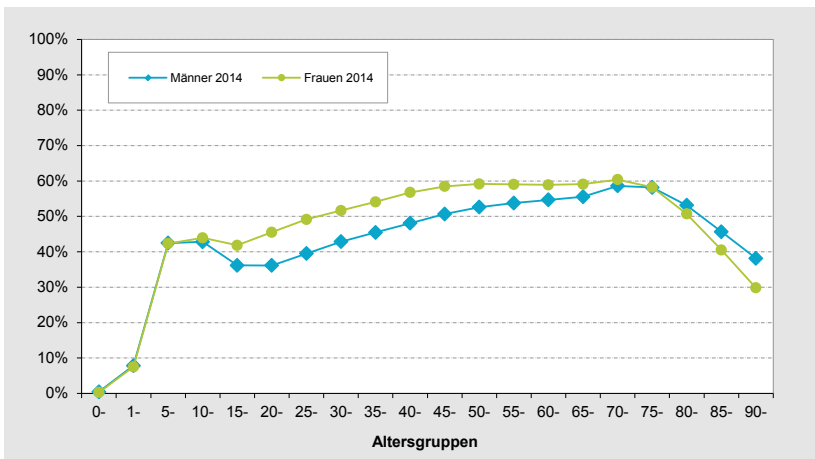


Abbildung 3-1: Inanspruchnahmerate im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

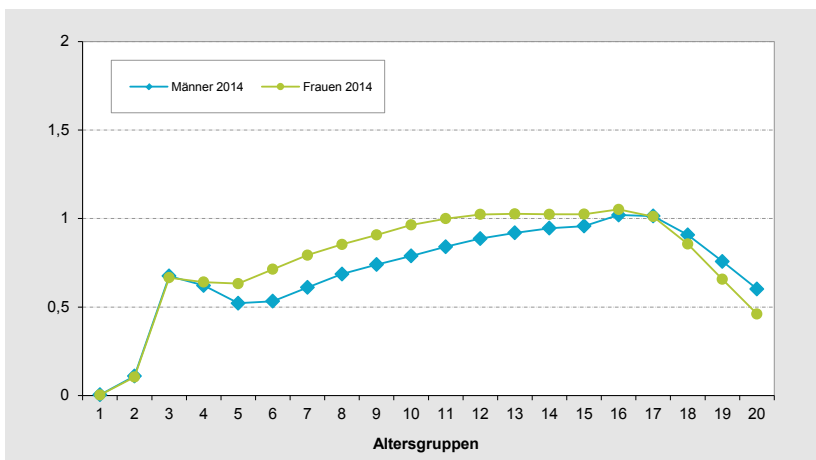


Abbildung 3-2: Behandlungsfälle je Versichertem im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

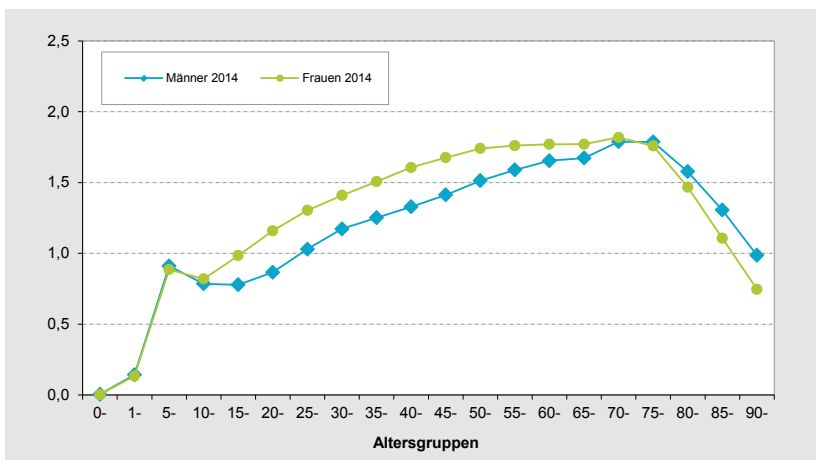


Abbildung 3-3: Zahnarztkontakte je Versichertem im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

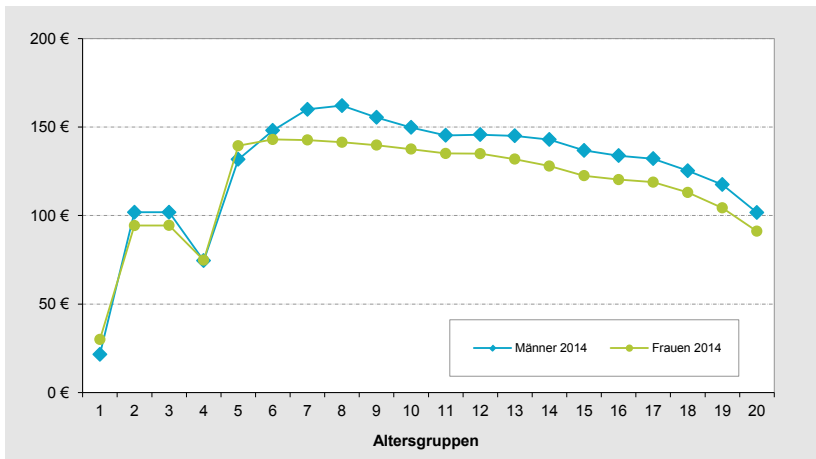


Abbildung 3-4: Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

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 2014 bei weniger als der Hälfte der Versicherten therapeutische Leistungen nach BEMA-Teil 1 abgerechnet wurden - in Baden-Württemberg mit 43,9% sogar nur bei etwas mehr als zwei Fünftel der Versicherten - weisen z. B. in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt jeweils mehr als 56% der Versicherten abgerechnete therapeutische Leistungen auf.

Tabelle 3-3: Inanspruchnahme, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für konservierende und chirurgische therapeutische Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014 nach Ländern* (stand.D2014)**

Land	Inanspruch- nahmerate	Behandlungs- fälle je Versi- chertem	Zahnarzt- kontakte je Versichertem	Mittlere Ausga- ben je behand. Versicherten (in Euro)
Hamburg	48,6% (-0,2)	0,82 (0,01)	1,34 (-0,01)	123,82 (-7,26)
Niedersachsen	48,4% (-0,4)	0,80 (-0,01)	1,34 (-0,01)	132,24 (1,17)
Bremen	46,7% (-2,2)	0,79 (-0,02)	1,31 (-0,04)	129,76 (-1,32)
Nordrhein- Westfalen	46,1% (-2,7)	0,76 (-0,05)	1,27 (-0,08)	129,17 (-1,9)
Hessen	44,8% (-4)	0,73 (-0,09)	1,23 (-0,12)	130,48 (-0,59)
Rheinland- Pfalz	44,9% (-3,9)	0,72 (-0,09)	1,21 (-0,14)	130,21 (-0,86)
Baden- Württemberg	43,9% (-5)	0,70 (-0,11)	1,14 (-0,21)	134,40 (3,33)
Bayern	53,8% (5)	0,89 (0,08)	1,47 (0,12)	141,69 (10,62)
Saarland	49,3% (0,5)	0,79 (-0,02)	1,32 (-0,03)	119,75 (-11,32)
Berlin	49,3% (0,5)	0,84 (0,03)	1,41 (0,06)	130,96 (-0,11)
Brandenburg	52,6% (3,8)	0,90 (0,09)	1,47 (0,12)	121,81 (-9,26)
Mecklenburg- Vorpommern	56,5% (7,7)	0,99 (0,18)	1,67 (0,31)	130,53 (-0,54)
Sachsen	53,7% (4,8)	0,92 (0,11)	1,52 (0,17)	124,55 (-6,52)
Sachsen- Anhalt	56,2% (7,4)	0,97 (0,16)	1,67 (0,32)	130,93 (-0,14)
Thüringen	54,3% (5,4)	0,93 (0,12)	1,57 (0,22)	126,51 (-4,56)
Gesamt	48,8%	0,81	1,35	131,07

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) 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 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 1,14 und 1,67 Kontakten je Versichertem. Jeder Behandlungsfall bringt demzufolge durchschnittlich zwei Kontakte mit sich. Die im therapeutischen Leistungsbereich entstehenden Ausgaben liegen preisbereinigt zwischen 119,75 Euro je behandeltem Versicherten im Saarland und 141,69 Euro je behandeltem Versicherten in Bayern. Im länderübergreifenden Durchschnitt ergeben sich pro behandeltem Versicherten Ausgaben in Höhe von 131,07 Euro. Die Ausgaben in den alten Ländern schwanken zwischen 119,75 Euro im Saarland und 141,69 Euro in Bayern. In den neuen Ländern ergibt sich eine Schwankungsbreite von 121,81 Euro je behandeltem Versicherten (Brandenburg) und 130,93 Euro (Sachsen-Anhalt). Für die behandelten Versicherten in Berlin ergeben sich 130,96 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 62,3% in Thüringen. Sowohl die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle als auch die mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte je behandeltem Versicherten variiert zwischen 0,50 und 0,70. Die mittleren Ausgaben je behandeltem Versicherten reichen von 24,91 Euro in Sachsen-Anhalt bis zu 26,32 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 64,1% im Saarland und 77,2% in Sachsen und Thüringen. Die damit in Verbindung stehenden Ausgaben fallen mit 39,90 Euro je behandeltem Versicherten im Saarland und 46,68 Euro in Bayern leicht höher aus. Je behandeltem Versicherten ergeben sich zwischen 1,11 und 1,46 Behandlungsfälle und 1,40 bis 1,86 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 28,9% der größte Anteil aller Leistungen, gefolgt von Kavitätenpräparation und Füllungen mit 16,5%. An dritter Stelle folgen Prophylaxe-Leistungen mit 12,8%. 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 30,8% der gesamten Punktschritte ab, gefolgt von Klinischen Untersuchungen und Beratungen mit 22,2%.

Tabelle 3-4: Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des BEMA-Teil 1 nach Häufigkeit und Punktsomme im Jahr 2014

	Leistungsgruppen	Häufigkeit	Prozent	Punktsomme	Prozent
DIAGNOSTIK	Prophylaxe-Leistungen	7.518.135	12,8%	121.702.689	12,6%
	Klinische Untersuchungen & Beratungen	16.913.875	28,9%	214.050.030	22,2%
	Röntgenleistungen	3.242.701	5,5%	59.707.668	6,2%
THERAPIE	Kavitätenpräparation und Füllungen	9.646.741	16,5%	296.471.035	30,8%
	Pulpa- und Wurzelkanalbehandlungen	4.831.578	8,2%	75.831.634	7,9%
	Zahnextraktionen und Wurzelspitzenresektionen	1.532.787	2,6%	52.143.288	5,4%
	Chirurgische Eingriffe	2.565.935	4,4%	35.908.640	3,7%
	Minimale Interventionen	6.217.383	10,6%	51.479.054	5,3%
	Anästhesieleistungen	6.095.687	10,4%	56.440.960	5,9%
	Gesamt	58.564.822	100,0%	963.734.998	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.

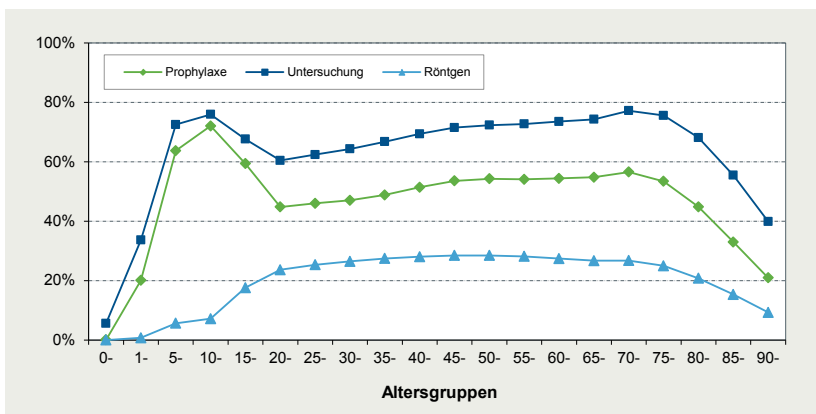


Abbildung 3-5: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen der Leistungsbereiche Prophylaxe und diagnostische Leistungen nach Alter im Jahr 2014

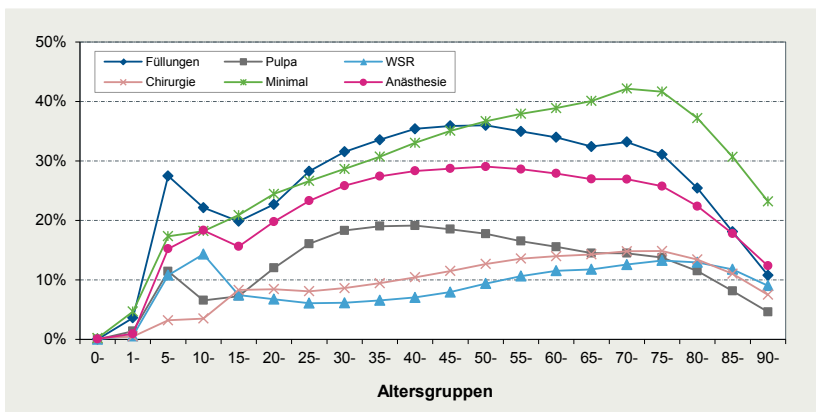


Abbildung 3-6: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen des Leistungsbereichs therapeutische Leistungen nach Alter im Jahr 2014

3.4 Entwicklung über die Zeit

Im Anschluss an die längsschnittlichen Betrachtungen des BEMA-Teil 1 für die Jahre 2010 und 2014 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 2014 dargestellt.

In der folgenden Tabelle wird der Ländervergleich für die Leistungen des BEMA-Teil 1 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen – inklusive Prophylaxe, Tabelle 3-5) über einen Zeitraum von fünf Jahren dargestellt.

Über die Jahre hinweg betrachtet zeigt sich eine leichte Zunahme. Ausnahme daran bildet das Jahr 2012, was vermutlich mit der Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 zusammenhängt.

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)

Tabelle 3-5: Inanspruchnahme für vertragszahnärztliche Leistungen des BEMA-Teil 1 in den Jahren 2010 bis 2014 nach Ländern* (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahme				
	2010	2011	2012	2013	2014
Hamburg	66,3% (-4,1)	66,1% (-4,7)	65,8% (-4,1)	66,5% (-4,4)	67,4% (-3,9)
Niedersachsen	68,3% (-2,1)	68,9% (-1,9)	67,3% (-2,6)	68,9% (-2,0)	69,1% (-2,1)
Bremen	65,5% (-5,0)	65,8% (-5,0)	65,8% (-4,2)	66,3% (-4,6)	66,6% (-4,6)
Nordrhein-Westfalen	68,1% (-2,3)	68,6% (-2,2)	67,4% (-2,5)	68,7% (-2,2)	69,1% (-2,2)
Hessen	67,8% (-2,7)	68,1% (-2,7)	67,9% (-2,0)	68,4% (-2,5)	68,9% (-2,3)
Rheinland-Pfalz	67,1% (-3,4)	67,7% (-3,1)	63,9% (-6,1)	67,1% (-3,7)	67,9% (-3,4)
Baden-Württemberg	70,8% (0,4)	70,9% (0,1)	70,7% (0,7)	71,1% (0,2)	71,8% (0,6)
Bayern	72,1% (1,7)	72,4% (1,6)	72,2% (2,3)	72,8% (1,9)	73,3% (2)
Saarland	63,8% (-6,6)	64,4% (-6,4)	64,2% (-5,7)	64,9% (-6,0)	64,8% (-6,5)
Berlin	0,692 (-1,3)	0,695 (-1,3)	69,0% (-0,9)	69,5% (-1,4)	70,1% (-1,2)
Brandenburg	75,1% (4,7)	75,6% (4,8)	74,7% (4,8)	75,6% (4,7)	75,7% (4,5)
Mecklenburg-Vorpommern	74,8% (4,4)	75,2% (4,5)	75,0% (5,1)	75,5% (4,6)	74,9% (3,6)
Sachsen	79,0% (8,6)	79,3% (8,5)	79,2% (9,2)	79,4% (8,6)	78,1% (6,8)
Sachsen-Anhalt	76,8% (6,3)	77,1% (6,4)	76,5% (6,6)	77,0% (6,1)	76,2% (4,9)
Thüringen	78,5% (8,0)	78,9% (8,1)	78,5% (8,6)	78,8% (7,9)	78,1% (6,8)
Gesamt	70,5%	70,8%	69,9%	70,9%	71,3%

* Ohne Schleswig-Holstein

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

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 Milchzahnggebisses eine frühzeitige, gründliche Dentalprophylaxe gefordert. Die im BEMA beschriebene zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU) ist nach der Leistungslegende jedoch erst bei Kindern ab 2 ½ Jahren abrechenbar. Es fehlt daher in der vertragszahnärztlichen 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* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate				
	2010	2011	2012	2013	2014
Hamburg	30,8% (-1,1)	29,4% (-2,7)	29,0% (-3,4)	32,2% (-1,3)	33,4% (-0,6)
Niedersachsen	29,7% (-2,3)	30,2% (-1,9)	30,5% (-1,9)	31,3% (-2,2)	31,8% (-2,2)
Bremen	31,8% (-0,2)	30,7% (-1,4)	28,1% (-4,3)	29,9% (-3,6)	23,6% (-10,4)
Nordrhein-Westfalen	27,8% (-4,1)	28,1% (-4,0)	28,1% (-4,3)	29,5% (-4,0)	30,0% (-4,0)
Hessen	32,2% (0,3)	32,4% (0,2)	32,4% (0)	33,0% (-0,5)	34,3% (0,4)
Rheinland-Pfalz	29,2% (-2,8)	29,0% (-3,2)	29,0% (-3,4)	30,7% (-2,8)	31,1% (-2,9)
Baden-Württemberg	35,0% (3,0)	34,0% (1,9)	35,2% (2,7)	36,2% (2,6)	35,9% (2,0)
Bayern	37,9% (5,9)	38,4% (6,3)	39,3% (6,9)	40,0% (6,5)	40,8% (6,9)
Saarland	24,6% (-7,4)	23,3% (-8,8)	23,5% (-8,9)	23,0% (-10,5)	25,2% (-8,7)
Berlin	29,9% (-2,0)	31,4% (-0,8)	31,1% (-1,3)	32,7% (-0,8)	33,8% (-0,2)
Brandenburg	33,9% (1,9)	34,8% (2,7)	34,0% (1,6)	35,5% (2,0)	36,7% (2,8)
Mecklenburg-Vorpommern	31,8% (-0,1)	32,2% (0,1)	33,3% (0,9)	32,1% (-1,4)	32,2% (-1,8)
Sachsen	36,5% (4,6)	35,7% (3,6)	37,6% (5,2)	38,9% (5,4)	39,0% (5,1)
Sachsen-Anhalt	33,5% (1,6)	34,6% (2,5)	33,7% (1,2)	34,7% (1,2)	35,1% (1,2)
Thüringen	36,0% (4,1)	36,7% (4,6)	36,5% (4,1)	37,7% (4,2)	38,1% (4,2)
Gesamt	31,9%	32,1%	32,4%	33,5%	33,9%

* Ohne Schleswig-Holstein

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

Die Lücke für die unter 2 ½ 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 2014 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 2014 auf 33,9% 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 im Jahr 2014 (stand.D2014)**

Land	IP	IP1	IP2	IP4	IP5
Alte Länder	63,8%	59,8%	58,6%	60,1%	22,4%
Neue Länder	68,7%	65,0%	62,4%	65,3%	26,4%
Gesamt	64,5%	60,5%	59,0%	60,8%	22,9%

* Auf die Population der 6- bis unter 18-Jährigen Versicherten standardisiert

Die Inanspruchnahme der IP bezieht sich auf alle 6- bis unter 18-Jährigen der Grundgesamtheit. In den Jahren 2010 bis 2014 lag sie relativ stabil zwischen 64,0% und 64,8% (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 in Bremen (56,0%), dem Saarland (57,8%) und in Hamburg (58,8%). Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass auch Schüler der Klassenstufen 1 bis 6 im Rahmen von Gruppenprophylaxe in Schulen vom Zahnarzt untersucht werden, was sich in den berichteten Daten nicht abbildet (Schäfer et. al 2013).⁸

⁸ In diesem Jahr war es möglich, einen personenspezifischen Hochrechnungsfaktor zu verwenden, der den gruppenspezifischen Hochrechnungsfaktor der vergangenen Jahre abgelöst hat.

Tabelle 3-8: Individualprophylaxe (6- bis unter 18-Jährige): Inanspruchnahmerate nach Ländern* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate				
	2010	2011	2012	2013	2014
Hamburg	58,5% (-5,5)	59,3% (-5,3)	58,9% (-5,1)	60,5% (-3,5)	58,8% (-5,7)
Niedersachsen	62,3% (-1,7)	63,3% (-1,3)	61,6% (-2,4)	62,7% (-1,3)	62,3% (-2,2)
Bremen	59,3% (-4,8)	59,0% (-5,6)	58,6% (-5,4)	58,3% (-5,7)	56,0% (-8,5)
Nordrhein-Westfalen	60,3% (-3,7)	61,4% (-3,2)	60,8% (-3,2)	61,3% (-2,7)	61,4% (-3,1)
Hessen	61,2% (-2,8)	61,2% (-3,4)	61,4% (-2,6)	61,5% (-2,5)	61,4% (-3,1)
Rheinland-Pfalz	60,9% (-3,1)	61,7% (-2,9)	59,0% (-5)	61,7% (-2,3)	61,8% (-2,7)
Baden-Württemberg	67,5% (3,5)	67,5% (2,9)	67,6% (3,6)	68,0% (4)	68,4% (3,9)
Bayern	70,2% (6,2)	70,7% (6,1)	70,9% (6,9)	71,0% (7)	71,3% (6,8)
Saarland	58,2% (-5,8)	58,0% (-6,6)	57,4% (-6,6)	57,7% (-6,3)	57,8% (-6,8)
Berlin	61,3% (-2,7)	61,9% (-2,7)	61,6% (-2,4)	61,4% (-2,6)	61,0% (-3,5)
Brandenburg	67,2% (3,2)	67,3% (2,7)	67,2% (3,2)	66,8% (2,8)	67,0% (2,5)
Mecklenburg-Vorpommern	63,9% (-0,1)	64,7% (0,1)	65,0% (1)	64,5% (0,5)	64,5% (0)
Sachsen	72,1% (8,1)	72,2% (7,6)	72,0% (8)	71,9% (7,9)	72,6% (8,1)
Sachsen-Anhalt	66,0% (2)	66,0% (1,4)	65,7% (1,7)	65,0% (1)	65,5% (1)
Thüringen	73,4% (9,4)	73,7% (9,1)	73,5% (9,5)	72,4% (8,4)	73,8% (9,3)
Gesamt	64,0%	64,6%	64,0%	64,0%	64,5%

* 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* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate				
	2010	2011	2012	2013	2014
Hamburg	43,4% (-4,8)	43,5% (-5,3)	43,4% (-4,6)	44,5% (-4,5)	44,9% (-4,1)
Niedersachsen	42,1% (-6,1)	43,0% (-5,8)	40,7% (-7,3)	42,4% (-6,6)	42,6% (-6,5)
Bremen	41,3% (-6,9)	41,9% (-6,9)	41,4% (-6,6)	41,8% (-7,2)	41,6% (-7,4)
Nordrhein-Westfalen	43,9% (-4,3)	44,8% (-4)	43,6% (-4,4)	45,0% (-4)	45,0% (-4)
Hessen	47,5% (-0,7)	48,2% (-0,6)	48,1% (0,1)	48,8% (-0,2)	48,9% (-0,1)
Rheinland-Pfalz	43,8% (-4,4)	44,6% (-4,2)	41,6% (-6,4)	44,5% (-4,5)	44,4% (-4,7)
Baden-Württemberg	50,9% (2,7)	51,3% (2,5)	51,1% (3,1)	51,6% (2,6)	52,1% (3)
Bayern	53,6% (5,4)	54,2% (5,4)	54,0% (6)	54,8% (5,8)	55,1% (6,1)
Saarland	42,4% (-5,8)	43,2% (-5,6)	43,0% (-5)	43,9% (-5,1)	43,5% (-5,6)
Berlin	48,6% (0,4)	49,2% (0,4)	49,0% (1)	49,7% (0,7)	49,8% (0,7)
Brandenburg	53,2% (5)	53,6% (4,8)	52,7% (4,7)	53,4% (4,4)	53,3% (4,2)
Mecklenburg-Vorpommern	50,5% (2,3)	51,1% (2,3)	51,1% (3,1)	51,4% (2,4)	50,7% (1,6)
Sachsen	56,8% (8,6)	57,3% (8,5)	57,1% (9,1)	57,0% (8)	55,7% (6,6)
Sachsen-Anhalt	53,1% (4,9)	53,5% (4,7)	52,7% (4,7)	53,1% (4,1)	52,1% (3,1)
Thüringen	57,9% (9,7)	58,2% (9,4)	57,5% (9,5)	57,5% (8,5)	56,8% (7,7)
Gesamt	48,2%	48,8%	48,0%	49,0%	49,1%

* 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 das Land Saarland und die beiden Stadtstaaten Bremen und Hamburg.

3.4.2 Füllungen

Kavitätenpräparationen und Füllungen bilden mit einem Anteil von 16,5% an allen Leistungen des BEMA-Teil 1 die zweitstärkste Leistungsuntergruppe und liegen mit 30,8% der Punktzahlgesamtsumme dieses BEMA-Teil hier auf Rang 1 (siehe Tabelle 3-4).

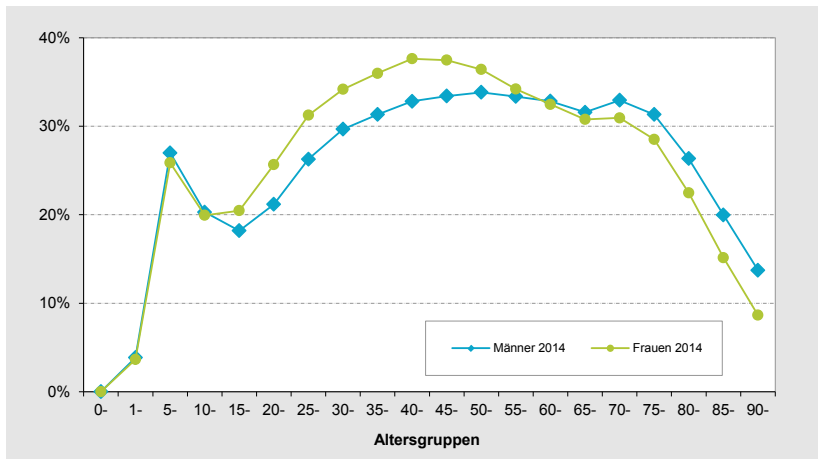


Abbildung 3-7: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Füllung nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

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 2014 bei 28,7%.

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 50- bis unter 55-Jährigen erreicht. Allerdings liegt die Inanspruchnahmerate bei den Männern im Lebensalter von 35 bis unter 40 Jahren bei gut 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, dem im Jahr 2014 wieder ein leichter Rückgang folgt. Der Anstieg im Jahr 2013 dürfte maßgeblich durch den Wegfall der Praxisgebühr bedingt sein. Der erneute Rückgang im Jahr 2014 folgt dann wieder dem Muster, das in den Jahren vor 2013 zu beobachten war.

Tabelle 3-10: Füllungen: Inanspruchnahmerate nach Ländern* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate				
	2010	2011	2012	2013	2014
Hamburg	27,1% (-2,5)	26,5% (-2,7)	25,9% (-2,3)	26,1% (-3)	25,5% (-3,4)
Niedersachsen	28,2% (-1,4)	27,8% (-1,4)	25,7% (-2,5)	27,3% (-1,8)	27,2% (-1,6)
Bremen	25,8% (-3,8)	24,8% (-4,4)	24,2% (-4)	25,1% (-4)	24,0% (-4,9)
Nordrhein-Westfalen	26,9% (-2,7)	26,8% (-2,4)	25,8% (-2,4)	26,6% (-2,5)	26,5% (-2,3)
Hessen	28,0% (-1,6)	27,7% (-1,5)	27,1% (-1,1)	27,5% (-1,6)	27,3% (-1,5)
Rheinland-Pfalz	25,6% (-4)	25,4% (-3,8)	23,2% (-5)	25,0% (-4,1)	25,1% (-3,7)
Baden-Württemberg	26,8% (-2,8)	26,4% (-2,8)	26,0% (-2,2)	26,3% (-2,8)	26,3% (-2,6)
Bayern	30,5% (0,9)	30,0% (0,8)	29,4% (1,2)	30,0% (0,9)	30,0% (1,2)
Saarland	25,9% (-3,7)	25,7% (-3,5)	25,3% (-2,9)	25,8% (-3,3)	24,9% (-3,9)
Berlin	30,7% (1,1)	30,2% (1)	29,4% (1,2)	30,0% (0,9)	29,1% (0,3)
Brandenburg	35,0% (5,4)	34,4% (5,2)	33,2% (5)	34,6% (5,5)	33,7% (4,8)
Mecklenburg-Vorpommern	36,3% (6,7)	36,0% (6,8)	35,3% (7,1)	36,4% (7,3)	35,3% (6,4)
Sachsen	37,9% (8,3)	37,2% (8)	35,5% (7,3)	37,5% (8,4)	36,2% (7,4)
Sachsen-Anhalt	37,3% (7,7)	36,7% (7,5)	35,5% (7,3)	37,1% (8)	36,1% (7,3)
Thüringen	38,1% (8,5)	37,5% (8,3)	36,5% (8,3)	38,0% (8,9)	36,8% (7,9)
Gesamt	29,6%	29,2%	28,2%	29,1%	28,8%

* 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 2014 bei 9,0%, 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 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 10- bis unter 15-Jährigen erreicht (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.

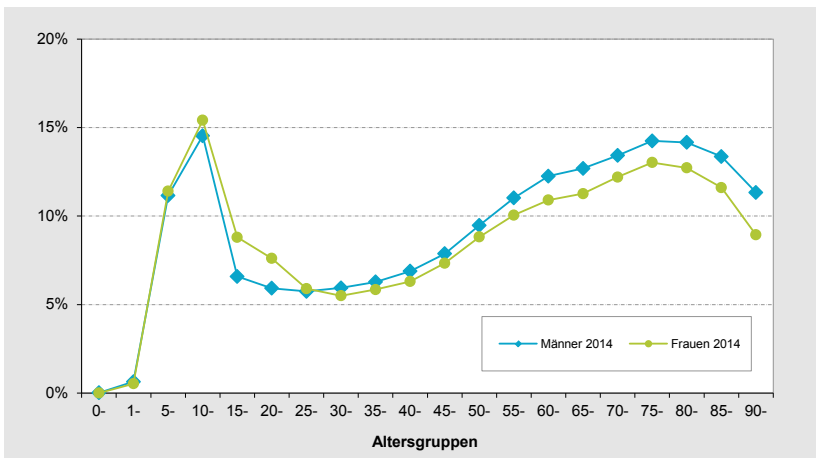


Abbildung 3-8: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnextraktion nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014 (stand.D2014)

Tabelle 3-11: Zahnextraktionen: Inanspruchnahmerate nach Ländern* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate				
	2010	2011	2012	2013	2014
Hamburg	8,5% (-1)	8,3% (-1,1)	8,1% (-1)	8,0% (-1)	8,1% (-0,9)
Niedersachsen	9,1% (-0,4)	9,1% (-0,3)	8,2% (-0,9)	8,5% (-0,5)	4,0% (-5)
Bremen	9,2% (-0,3)	9,2% (-0,2)	9,1% (0)	9,1% (0,1)	9,0% (0)
Nordrhein-Westfalen	9,4% (-0,1)	9,3% (-0,1)	8,9% (-0,2)	8,9% (-0,1)	8,8% (-0,2)
Hessen	9,4% (-0,1)	9,3% (-0,1)	9,1% (0)	8,9% (-0,1)	8,8% (-0,2)
Rheinland-Pfalz	9,5% (0)	9,5% (0,1)	8,6% (-0,5)	9,0% (0)	9,0% (0,1)
Baden-Württemberg	8,8% (-0,7)	8,7% (-0,7)	8,5% (-0,6)	8,3% (-0,7)	8,4% (-0,6)
Bayern	9,3% (-0,2)	9,1% (-0,3)	8,9% (-0,2)	8,7% (-0,3)	8,7% (-0,2)
Saarland	8,8% (-0,7)	8,8% (-0,6)	8,7% (-0,4)	8,6% (-0,4)	8,6% (-0,4)
Berlin	9,7% (0,2)	9,6% (0,2)	9,4% (0,3)	9,3% (0,3)	9,2% (0,3)
Brandenburg	10,3% (0,8)	10,3% (0,9)	10,1% (1)	9,9% (0,9)	9,8% (0,8)
Mecklenburg-Vorpommern	10,3% (0,8)	10,5% (1,1)	10,2% (1,1)	10,1% (1,1)	9,8% (0,8)
Sachsen	10,8% (1,3)	10,7% (1,3)	10,5% (1,4)	10,3% (1,3)	9,7% (0,7)
Sachsen-Anhalt	10,9% (1,4)	10,9% (1,5)	10,7% (1,6)	10,5% (1,5)	10,4% (1,4)
Thüringen	10,8% (1,3)	10,9% (1,5)	10,5% (1,4)	10,4% (1,4)	10,2% (1,2)
Gesamt	9,5%	9,4%	9,1%	9,0%	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 2014 knapp 7,9-mal je 100 Behandlungsfällen abgerechnet (KZBV 2016). Sie ist damit eine der am häufigsten abgerechneten Leistungspositionen in diesem Versorgungsbereich.

Die bundesdurchschnittliche Inanspruchnahmerate lag im Jahr 2014 bei 9,2% (Tabelle 3-12).

Die höchsten Inanspruchnahmeraten weisen die drei Länder Niedersachsen, Bremen und Baden-Württemberg auf, die niedrigste Brandenburg.

Tabelle 3-12: Panoramaschichtaufnahme: Inanspruchnahmerate nach Ländern* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate				
	2010	2011	2012	2013	2014
Hamburg	10,6% (1,9)	10,8% (2)	10,5% (1,9)	10,8% (1,9)	10,9% (1,7)
Niedersachsen	11,1% (2,4)	11,3% (2,5)	10,2% (1,6)	11,0% (2,1)	11,3% (2,1)
Bremen	12,2% (3,5)	12,1% (3,3)	12,1% (3,5)	12,6% (3,7)	12,3% (3,2)
Nordrhein-Westfalen	7,6% (-1,1)	7,7% (-1,1)	7,5% (-1,1)	7,8% (-1,1)	8,1% (-1)
Hessen	7,5% (-1,2)	7,5% (-1,3)	7,6% (-1)	7,7% (-1,2)	7,7% (-1,4)
Rheinland-Pfalz	9,1% (0,4)	9,5% (0,7)	8,8% (0,2)	9,5% (0,6)	9,9% (0,7)
Baden-Württemberg	10,3% (1,6)	10,4% (1,6)	10,3% (1,7)	10,7% (1,8)	11,0% (1,8)
Bayern	9,1% (0,4)	9,2% (0,4)	9,2% (0,6)	9,6% (0,7)	9,8% (0,7)
Saarland	8,0% (-0,7)	8,2% (-0,6)	8,2% (-0,4)	8,7% (-0,2)	8,9% (-0,3)
Berlin	7,7% (-1)	7,9% (-0,9)	7,6% (-1)	8,0% (-0,9)	8,0% (-1,2)
Brandenburg	6,6% (-2,1)	6,7% (-2,1)	6,6% (-2)	6,7% (-2,2)	7,0% (-2,2)
Mecklenburg-Vorpommern	9,6% (0,9)	9,6% (0,8)	9,5% (0,9)	9,7% (0,8)	9,8% (0,7)
Sachsen	8,5% (-0,2)	8,6% (-0,2)	8,7% (0,1)	8,9% (0)	9,2% (0)
Sachsen-Anhalt	10,1% (1,4)	10,0% (1,2)	9,9% (1,3)	10,1% (1,2)	10,4% (1,3)
Thüringen	8,1% (-0,6)	8,2% (-0,6)	8,1% (-0,5)	8,2% (-0,7)	8,4% (-0,8)
Gesamt	8,7%	8,8%	8,6%	8,9%	9,2%

* Ohne Schleswig-Holstein

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

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

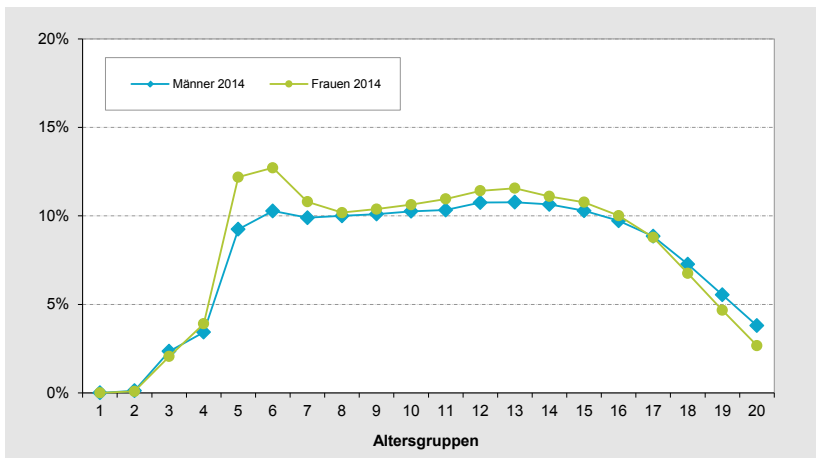


Abbildung 3-9: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Röntgenpanoramasaufnahme nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

3.4.5 Wurzelbehandlungen

Im Jahr 2014 wurde bei insgesamt 6,0% der Versicherten eine Wurzelbehandlung⁹ 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 und Sachsen-Anhalt durchgeführt (Inanspruchnahmerate von 6,8%). Die niedrigste Rate weisen Baden-Württemberg und Hessen auf (beide 5,4%).

⁹ 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 2014 (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate				
	2010	2011	2012	2013	2014
Hamburg	6,6% (0,2)	6,5% (0,2)	6,2% (0,1)	6,1% (0,1)	5,9% (-0,1)
Niedersachsen	6,8% (0,4)	6,6% (0,3)	6,0% (-0,1)	6,2% (0,2)	6,3% (0,3)
Bremen	6,7% (0,3)	6,5% (0,2)	6,3% (0,2)	6,4% (0,4)	6,1% (0,2)
Nordrhein-Westfalen	6,3% (-0,1)	6,2% (-0,1)	6,0% (-0,1)	6,0% (0)	6,0% (0)
Hessen	5,8% (-0,6)	5,7% (-0,6)	5,6% (-0,5)	5,5% (-0,5)	5,4% (-0,6)
Rheinland-Pfalz	5,9% (-0,5)	5,8% (-0,5)	5,3% (-0,8)	5,5% (-0,5)	5,6% (-0,3)
Baden-Württemberg	5,7% (-0,7)	5,6% (-0,7)	5,5% (-0,6)	5,4% (-0,6)	5,4% (-0,6)
Bayern	6,3% (-0,1)	6,2% (-0,1)	6,0% (-0,1)	6,0% (0)	5,9% (0)
Saarland	6,3% (-0,1)	6,3% (0)	6,3% (0,2)	5,9% (-0,1)	5,9% (-0,1)
Berlin	7,7% (1,3)	7,5% (1,2)	7,2% (1,1)	7,1% (1,1)	6,8% (0,8)
Brandenburg	6,9% (0,5)	6,7% (0,4)	6,5% (0,4)	6,5% (0,5)	6,4% (0,4)
Mecklenburg-Vorpommern	6,8% (0,4)	6,6% (0,3)	6,6% (0,5)	6,5% (0,5)	6,3% (0,3)
Sachsen	6,7% (0,3)	6,6% (0,3)	6,5% (0,4)	6,4% (0,4)	6,1% (0,2)
Sachsen-Anhalt	7,3% (0,9)	7,2% (0,9)	7,1% (1)	7,0% (1)	6,8% (0,9)
Thüringen	6,7% (0,3)	6,6% (0,3)	6,5% (0,4)	6,2% (0,2)	6,0% (0)
Gesamt	6,4%	6,3%	6,1%	6,0%	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 glei-

chermaßen, 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.

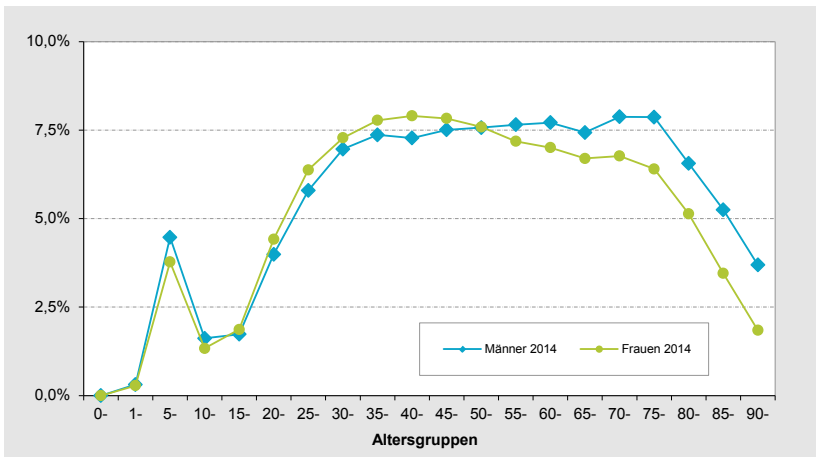


Abbildung 3-10: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Wurzelbehandlung nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

4 Systematische Behandlung von Parodontopathien

4.1 Datengrundlage und Kenngrößen

Die Analysen des vorliegenden Kapitels basieren auf den Abrechnungsdaten zu den im Jahr 2014 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 Gebührensnummern (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 Kauebenen-ausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	Teil 4
111	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung	Teil 4

Innerhalb der Parodontitistherapie wird zwischen einer geschlossenen und einer offenen (chirurgischen) Vorgehensweise unterschieden. Letztgenannte 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 Altersgruppen 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. In Kapitel 4.4 wird der zeitliche Verlauf der Inanspruchnahmerate der Jahre 2012 bis 2014 im Ländervergleich dargestellt.

4.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

In Tabelle 4-3 sind Inanspruchnahmeraten und entstandene Ausgaben für diagnostische und therapeutische Leistungen des Jahres 2014 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 26,0% dabei etwas über der der Männer mit 23,1%. 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 12,02 Euro pro Versichertem mit Inanspruchnahme (Frauen: 11,97 Euro, Männer: 12,08 Euro).

Tabelle 4-3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Jahr 2014 (stand.D2014)

Leistungsbereiche	Diagnostische Leistungen	Therapeutische Leistungen
Inanspruchnahmerate in Prozent		
Gesamt	24,6	1,8
... Männer	23,1	1,8
... Frauen	26,0	1,9
Ausgaben je behandeltem Versicherten (Euro)		
Gesamt	12,02	414,01
... Männer	12,08	424,40
... Frauen	11,97	404,20

Auf vierzehn Untersuchungen des Zahnfleischstatus entfällt damit eine Parodontitisbehandlung (entspricht 1,8% aller Versicherten). Die Inanspruchnahmerate von Frauen und Männern liegt mit 1,8% bei den Männern und 1,9% bei den Frauen beinahe gleichauf.

Die mittleren Kosten einer Parodontitisbehandlung belaufen sich auf 414,01 Euro. Die durchschnittlichen Behandlungskosten bei Männern sind etwas höher als bei Frauen (Frauen: 404,20 Euro, Männer: 424,40 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.

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

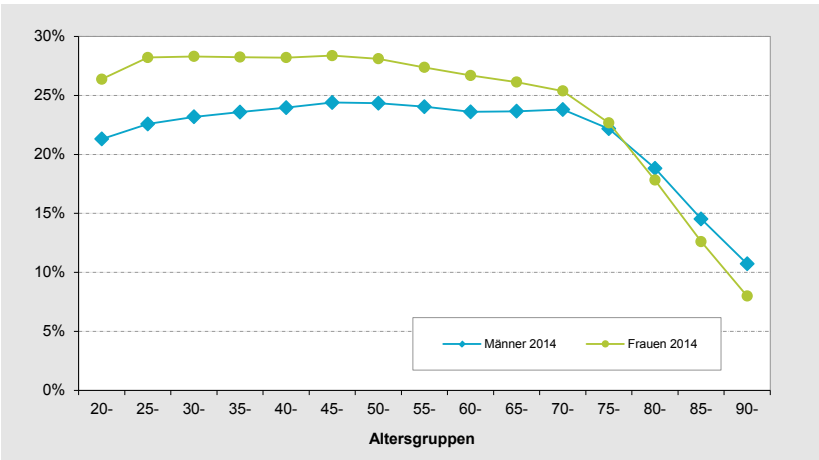


Abbildung 4-1: Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

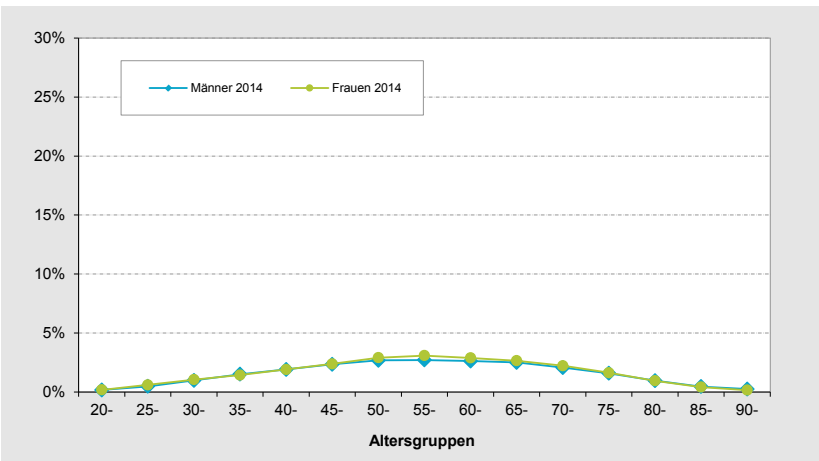


Abbildung 4-2: Inanspruchnahmerate für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

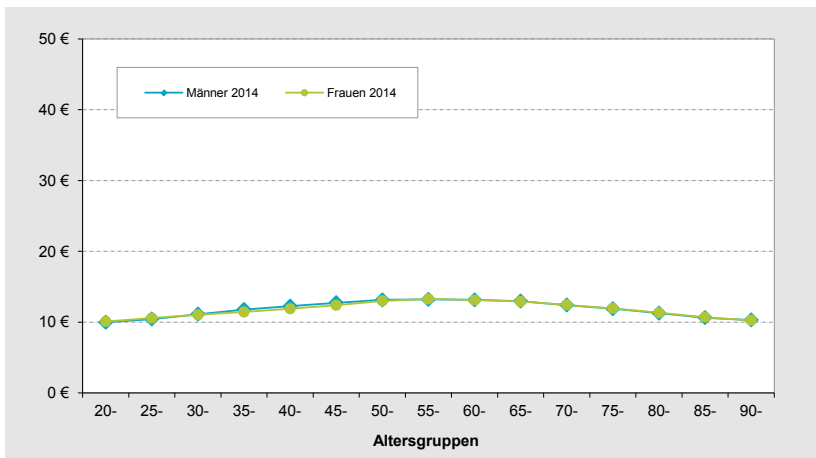


Abbildung 4-3: Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

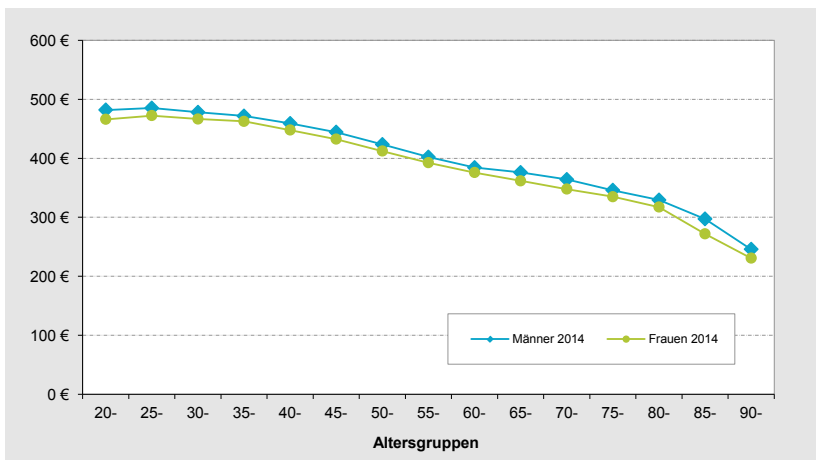


Abbildung 4-4: Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

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 19,4% im Saarland und 29,2% in Bayern, die Inanspruchnahmerate therapeutischer Leistungen zwischen 0,9% 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 liegt preisbereinigt bei 1,73 Euro (11,01 Euro in Thüringen gegenüber 12,74 Euro in Nordrhein-Westfalen). Bei den Ausgaben für therapeutische Leistungen zeigen sich in Sachsen die geringsten Ausgaben mit 400,98 Euro je behandeltem Versicherten. Dem stehen am anderen Ende der Skala 427,32 Euro durchschnittliche Behandlungskosten in Berlin gegenüber.

Tabelle 4-4: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für diagnostische und therapeutische Leistungen im Jahr 2014 nach Ländern* (stand.D2014)**

Land	Diagnostische Leistungen		Therapeutische Leistungen	
	Inanspruch-nahmerate	Mittl. Ausgaben je behandeltem Versicherten (in €)	Inanspruch-nahmerate	Mittl. Ausgaben je behandeltem Versicherten (in €)
Hamburg	24,1% (-0,5)	12,30 (0,28)	1,9% (0)	412,26 (-1,75)
Niedersachsen	20,7% (-3,9)	12,63 (0,61)	1,9% (0,1)	422,24 (8,23)
Bremen	22,2% (-2,4)	11,78 (-0,25)	1,4% (-0,4)	410,12 (-3,89)
Nordrhein-Westfalen	21,7% (-3)	12,74 (0,72)	2,1% (0,3)	414,59 (0,58)
Hessen	26,1% (1,5)	12,00 (-0,03)	1,8% (0)	414,12 (0,11)
Rheinland-Pfalz	22,9% (-1,7)	12,01 (-0,01)	1,7% (-0,1)	415,52 (1,51)
Baden-Württemberg	27,2% (2,6)	11,56 (-0,47)	1,6% (-0,2)	419,09 (5,08)
Bayern	29,2% (4,6)	11,81 (-0,21)	1,9% (0,1)	410,29 (-3,72)
Saarland	19,4% (-5,3)	11,15 (-0,87)	0,9% (-0,9)	402,42 (-11,59)
Berlin	26,0% (1,3)	11,73 (-0,29)	1,6% (-0,2)	427,32 (13,31)
Brandenburg	25,4% (0,8)	11,85 (-0,17)	1,9% (0)	404,21 (-9,8)
Mecklenburg-Vorpommern	23,9% (-0,8)	11,71 (-0,32)	1,7% (-0,2)	401,09 (-12,92)
Sachsen	27,8% (3,2)	11,29 (-0,73)	1,5% (-0,3)	400,98 (-13,03)
Sachsen-Anhalt	25,3% (0,6)	11,82 (-0,2)	1,9% (0)	404,92 (-9,09)
Thüringen	27,0% (2,4)	11,01 (-1,01)	1,3% (-0,6)	406,80 (-7,21)
Gesamt	24,6%	12,02	1,8%	414,01

* 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 2014 abgerechneten Einzelleistungen sowie die damit in Zusammenhang stehenden Punktsummen (als Ausgangspunkt für die Berechnung der Ausgaben) aufgeführt. Insgesamt sind knapp 127.000 Behandlungspläne zu Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums abgerechnet worden. Dies entspricht 3,9% der im Jahr 2014 aus Teil 4 des BEMA abgerechneten Leistungen und 8,4% der Gesamtpunktsumme. Am häufigsten werden therapeutische Leistungen mit geschlossener Vorgehensweise abgerechnet. Bei 53,1% der angerechneten Leistungen sind einwurzelige Zähne, bei 28,5% 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 2014 abgerechneten Punktsumme 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 im Jahr 2014 (stand.D2014)

Gebührennummer	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Prozent	Punktsumme	Prozent
04 (BEMA-Teil 1)	Erhebung PSI-Code	1.822.790	---	18.227.900	---
4	HKP-Erstellung	126.571	3,9%	4.936.269	8,4%
P200	geschlossenes Vorgehen, einwurzeliger Zahn	1.743.037	53,1%	24.402.518	41,6%
P201	geschlossenes Vorgehen, mehrwurzeliger Zahn	934.410	28,5%	24.294.660	41,5%
P202	Chirurgische Therapie, einwurzeliger Zahn	14.280	0,4%	314.160	0,5%
P203	Chirurgische Therapie, mehrwurzeliger Zahn	17.311	0,5%	588.574	1,0%
108	Einschleifen des natürlichen Gebisses	95.488	2,9%	572.928	1,0%
111	Nachbehandlung	349.896	10,7%	3.498.960	6,0%
Gesamt (BEMA - Teil 4)		3.280.993	100,0%	58.608.069	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.

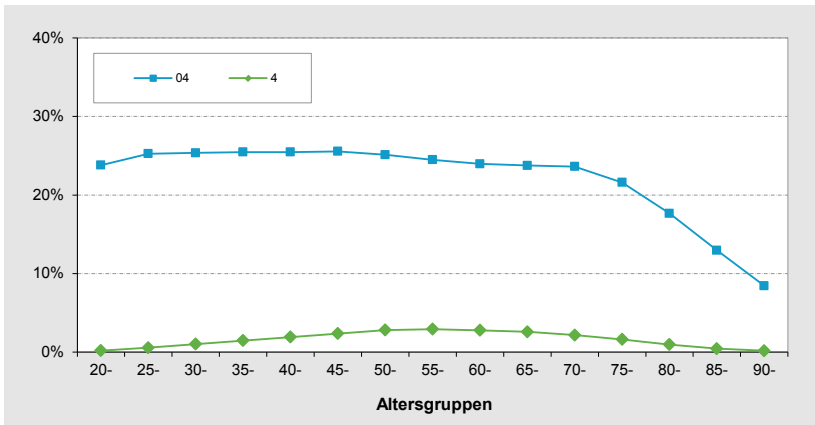


Abbildung 4-5: Anteil der Versicherten mit mindestens einer diagnostischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2014

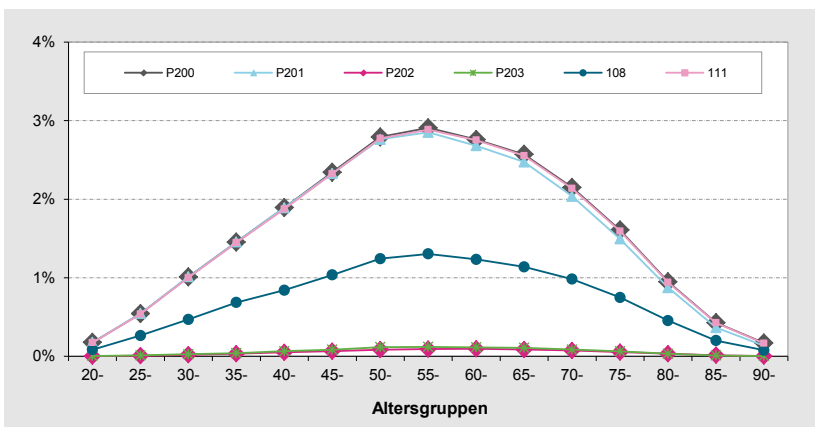


Abbildung 4-6: Anteil der Versicherten mit mindestens einer therapeutischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2014

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 Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien im zeitlichen Verlauf für die Analysejahre 2012 bis 2014.

Während die Inanspruchnahmerate über die Länder hinweg in den Jahren zwischen 18,2% (Saarland) und 29,7% (Bayern) variiert, ist auf Landesebene der Unterschied zwischen den Jahren eher gering. Ein Trend zu höherer oder geringerer Inanspruchnahme ist in den drei beobachteten Jahren nicht zu erkennen.

Tabelle 4-6: Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien in den Jahren 2012 bis 2014 nach Ländern* (stand.D2011)**

Land	Inanspruchnahmerate		
	2012	2013	2014
Hamburg	24,2% (-0,4)	24,2% (-0,1)	24,1% (-0,5)
Niedersachsen	19,6% (-5)	19,9% (-4,4)	20,7% (-3,9)
Bremen	21,1% (-3,5)	21,1% (-3,2)	22,2% (-2,4)
Nordrhein-Westfalen	21,5% (-3,1)	21,1% (-3,2)	21,7% (-2,9)
Hessen	25,8% (1,2)	25,4% (1,1)	26,2% (1,6)
Rheinland-Pfalz	21,8% (-2,8)	21,9% (-2,4)	23,0% (-1,6)
Baden-Württemberg	27,7% (3,1)	27,0% (2,7)	27,3% (2,7)
Bayern	29,7% (5,1)	29,0% (4,7)	29,3% (4,6)
Saarland	18,3% (-6,3)	18,2% (-6,1)	19,4% (-5,2)
Berlin	26,3% (1,7)	26,0% (1,7)	26,0% (1,4)
Brandenburg	26,0% (1,4)	25,7% (1,4)	25,5% (0,9)
Mecklenburg-Vorpommern	24,6% (0)	23,8% (-0,5)	23,9% (-0,7)
Sachsen	28,4% (3,8)	27,9% (3,6)	27,9% (3,2)
Sachsen-Anhalt	26,0% (1,4)	25,5% (1,2)	25,3% (0,7)
Thüringen	28,0% (3,4)	27,4% (3,1)	27,2% (2,5)
Gesamt	24,6%	24,3%	24,6%

* Ohne Schleswig-Holstein

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

5 Zahnersatz und Zahnkronen

5.1 Datengrundlage und Kenngrößen

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 werden¹⁰.

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

¹⁰ 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 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 sogenannte *gleichartige Versorgung* und die sogenannte *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 Zahnlücke 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 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 8)

Nr.	Befundklasse
1	Erhaltungswürdiger Zahn
2	Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freizugsituation 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 konnten erstmals neben den mittels Datenträgeraustausch (DTA) von den KZVen an die BARMER GEK in maschinenlesbarer Form übermittelten Daten zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (im weiteren Verlauf als Zahnersatz bezeichnet) auch die direkt zwischen Versichertem und BARMER GEK geregelten Versorgungsfälle in die Analysen mit einbezogen werden.

Eine direkte Abrechnung ist bei der andersartigen Versorgung und den sogenannten „Mischfällen“ (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% der Fall. Hier 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 erstatten¹¹.

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

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.

¹¹ Darüber hinaus gilt, dass Zahnersatzversorgung die auf der Basis privater Behandlungsvereinbarungen direkt zwischen Zahnarzt und Patient vereinbarten und ohne Beteiligung der Krankenkasse erbrachten Leistungen nicht berücksichtigt werden können.

5.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

Im Jahr 2014 lag die Rate der Inanspruchnahme bei Neueingliederungen bei 8,0% und bei Wiederherstellungsleistungen bei 7,2% (inklusive direkt abgerechneter Fälle).

Der Anteil der Frauen lag mit 8,5% für Neueingliederungen bzw. 7,5% für Wiederherstellungen über dem der Männer, bei denen die Inanspruchnahmerate bei Neueingliederung 7,5% und bei Wiederherstellung 6,7% betrug (Tabelle 5-3).

Für die hier darstellbare Versorgung beliefen sich die durchschnittlichen Ausgaben für jeden Versicherten mit neu eingegliedertem Zahnersatz auf 1.467,22 Euro. Die Ausgaben für Frauen lagen dabei um durchschnittlich 62,22 Euro über denen der Männer (Frauen: 1.497,42 Euro, Männer: 1.435,21 Euro). Der Eigenanteil lag hier bei Frauen bei durchschnittlich 886,11 Euro und bei Männern bei 820,29 Euro bzw. bei 59,2% (Frauen) und 57,2% (Männer; Frauen und Männer zusammen: 854,16 Euro = 58,2%).

Die mittleren Ausgaben für Wiederherstellungen fielen erwartungsgemäß mit 112,34 Euro deutlich niedriger aus als für Neueingliederungen. Der durchschnittliche Eigenanteil von 47,43 Euro entspricht 42,2% 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) im Jahr 2014 (stand.D2014)

Leistungsbereiche der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	Neueingliederung	Wiederherstellung
Inanspruchnahmerate in Prozent		
Gesamt	8,0	7,2
... Männer	7,5	6,7
... Frauen	8,5	7,5
Ausgaben je versorgtem Versicherten (Euro)		
Gesamt	1.467,22	112,34
... Männer	1.435,21	111,30
... Frauen	1.497,42	113,33
davon: Eigenanteil je versorgtem Versicherten (Euro)		
Gesamt	854,16	47,43
... Männer	820,29	46,84
... Frauen	886,11	47,98

In Abbildung 5-1 sind die Altersverläufe der Inanspruchnahme von Zahnersatz (Neueingliederung) für Frauen und Männer dargestellt.¹² Es zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Kurven. Den jeweiligen Höhepunkt erreichen beide Kurvenverläufe im Alter von etwa 50 bis 75 Jahren mit einer Inanspruchnahmerate von etwa 10%, d. h. jeder Zehnte hat mindestens einmal im Jahr 2014 einen neuen Zahnersatz erhalten. Bis zu diesem Lebensalter verläuft die Kurve der Männer leicht unterhalb der der Frauen. Ab einem Alter von etwa 80 Jahren haben vermehrt Männer neuen Zahnersatz (Neueingliederung) erhalten.

¹² In den unteren Altersklassen lassen sich bedingt durch niedrige Fallzahlen keine validen Ergebnisse ermitteln. Die Altersverläufe werden deshalb erst ab einem Alter der Versicherten von 20 und mehr Jahren grafisch dargestellt.

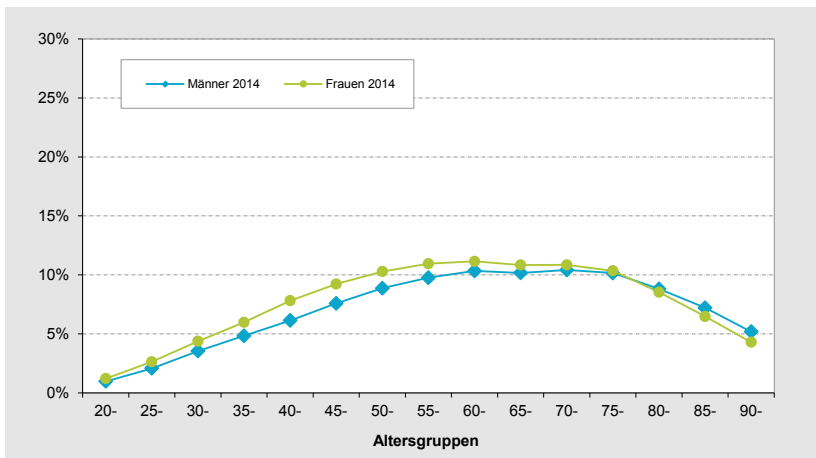


Abbildung 5-1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

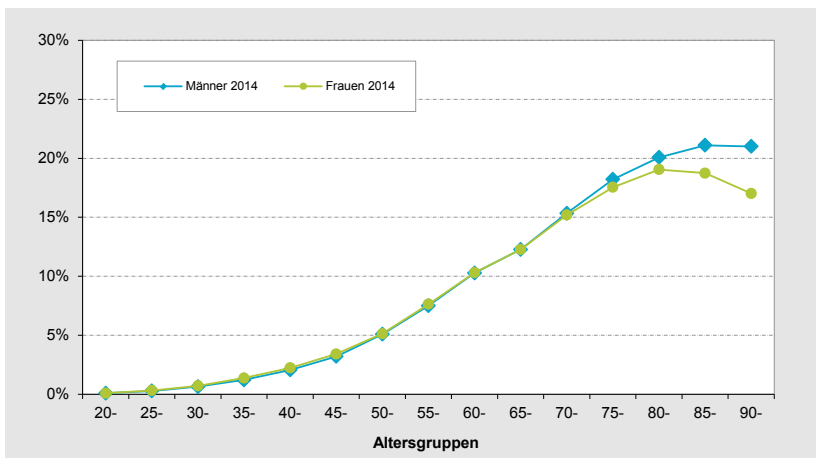


Abbildung 5-2: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

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.

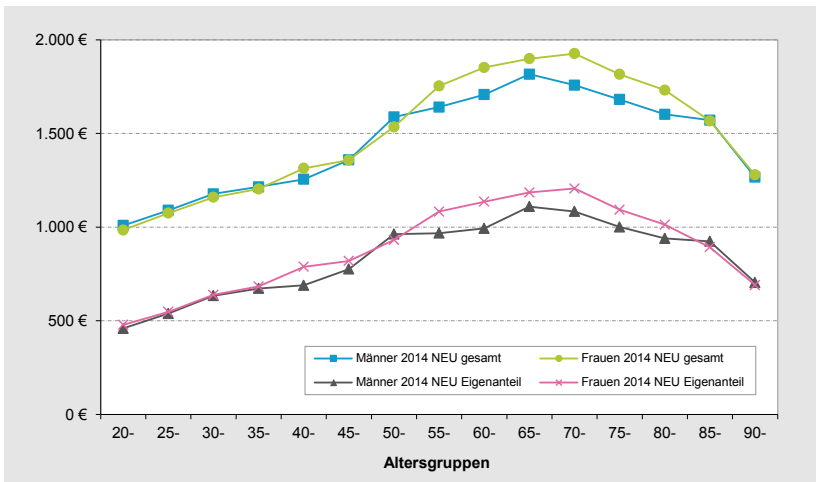


Abbildung 5-3: Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) je versorgtem Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

Abbildung 5-3 zeigt die Ausgaben für die Neueingliederung von Zahnersatz und Zahnkronen im Jahr 2014. 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 20 und Tabelle A 21).

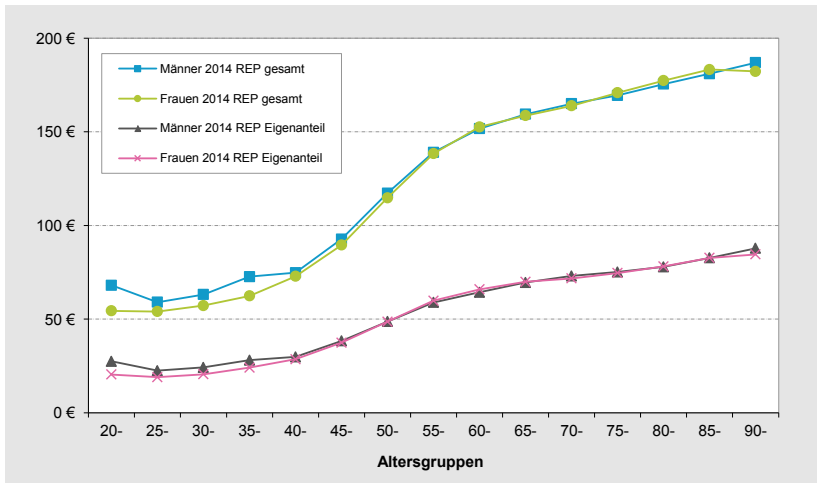


Abbildung 5-4: Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) je versorgtem Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

Die für Wiederherstellungsleistungen angefallenen Ausgaben im Jahr 2014 zeigen einen weitestgehend gleichförmig ansteigenden Verlauf, sowohl für die Gesamtausgaben als auch für die zu tragenden Eigenanteile (Abbildung 5-4).

Tabelle 5-4: Kenngrößen der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung und Wiederherstellung) im Jahr 2014 nach Ländern (stand.D2014)*

Land	Inanspruch- nahmerate	Gesamt- ausgaben je versorgtem Versicherten (Euro)	davon: Kassenanteil je versorgtem Versicherten (Euro)	davon: Eigenanteil je versorgtem Versicherten (Euro)
Schleswig- Holstein	14,5% (1)	1.492,05 (-88,82)	678,28 (1,22)	813,77 (-90,04)
Hamburg	14,8% (1,3)	1.574,17 (-6,7)	658,51 (-18,56)	915,66 (11,86)
Niedersachsen	13,6% (0,1)	1.597,92 (17,05)	690,55 (13,49)	907,37 (3,56)
Bremen	14,3% (0,8)	1.605,95 (25,08)	738,92 (61,86)	867,03 (-36,77)
Nordrhein- Westfalen	13,6% (0,1)	1.672,51 (91,65)	735,02 (57,96)	937,49 (33,69)
Hessen	13,3% (-0,2)	1.618,03 (37,17)	625,05 (-52,02)	992,99 (89,18)
Rheinland-Pfalz	12,9% (-0,7)	1.629,43 (48,56)	667,10 (-9,96)	962,33 (58,53)
Baden- Württemberg	12,9% (-0,7)	1.664,25 (83,38)	566,85 (-110,21)	1097,40 (193,60)
Bayern	11,9% (-1,7)	1.719,67 (138,8)	587,76 (-89,3)	1131,91 (228,10)
Saarland	11,9% (-1,6)	1.615,91 (35,04)	763,34 (86,28)	852,57 (-51,23)
Berlin	14,7% (1,1)	1.444,05 (-136,82)	717,95 (40,89)	726,10 (-177,70)
Brandenburg	15,0% (1,4)	1.443,90 (-136,96)	700,68 (23,62)	743,22 (-160,58)
Mecklenburg- Vorpommern	14,5% (1)	1.380,27 (-200,6)	741,29 (64,22)	638,98 (-264,82)
Sachsen	14,3% (0,8)	1.302,71 (-278,16)	666,09 (-10,98)	636,62 (-267,18)
Sachsen-Anhalt	14,5% (0,9)	1.371,32 (-209,55)	743,24 (66,18)	628,07 (-275,73)
Thüringen	14,0% (0,4)	1.394,69 (-186,18)	692,35 (15,29)	702,34 (-201,46)
Gesamt	13,6%	1.580,87	677,07	903,80

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

Tabelle 5-4 weist für Zahnersatz für den Bund gesamt eine Inanspruchnahmerate von 13,6% aus (über die KZVen und direkt abgerechnete Zahnersatzleistungen). Mit jeweils 11,9% wird die niedrigste Rate in Saarland und Bayern erreicht. Die höchste Rate weist Brandenburg mit 15,0% auf, dicht gefolgt von den Stadtstaaten Hamburg (14,8%) und Berlin (14,7%). Alters- und Geschlechtsunterschiede kommen als Erklärungsansätze nicht in Betracht, da alle regionalen Ergebnisse auch hier einheitlich auf die Struktur der Bevölkerung Deutschlands zum 31.12.2014 standardisiert worden sind. Ausgewiesen werden außerdem die Ausgaben für Zahnersatz je behandeltem Versicherten gesamt sowie aufgeschlüsselt nach dem von der Kasse und dem vom Versicherten getragenen Betrag. Für die Ermittlung dieser Werte konnten diesmal erstmals die Aufwendungen sowohl für über die KZVen als auch für die direkt über die Krankenkasse abgerechneten Zahnersatzleistungen zusammengeführt werden. Die höchsten Ausgaben je behandeltem Versichertem ergeben sich mit knapp 1.720 Euro demnach in Bayern, gefolgt von Nordrhein-Westfalen (1.672,51 Euro) und Baden-Württemberg (1.664,25 Euro). Die niedrigsten Ausgaben ergeben sich für versorgte Versicherte in Berlin und den neuen Bundesländern. Hier weist Sachsen mit knapp 1.303 Euro den niedrigsten Wert auf. Die Aufschlüsselung nach dem von der Kasse und vom Versicherten selbst getragenen Betrag ergibt erwartungsgemäß korrespondierend dazu vergleichsweise hohe Eigenanteile bei hohen Gesamtaufwendungen für Zahnersatz und z. T. deutlich niedrigere Eigenanteile bei relativ geringen Gesamtaufwendungen.

Abbildung 5-5 weist je versorgtem Versicherten für das Jahr 2014 aus, wie hoch im Durchschnitt der Kassenanteil und wie hoch im Durchschnitt der vom Versicherten getragene Eigenanteil im Ländervergleich ausgefallen ist. Es zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle. In Baden-Württemberg, Bayern und Hessen beträgt der Eigenanteil mehr als 60%, in Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt werden Anteilswerte von unter 50% erreicht.

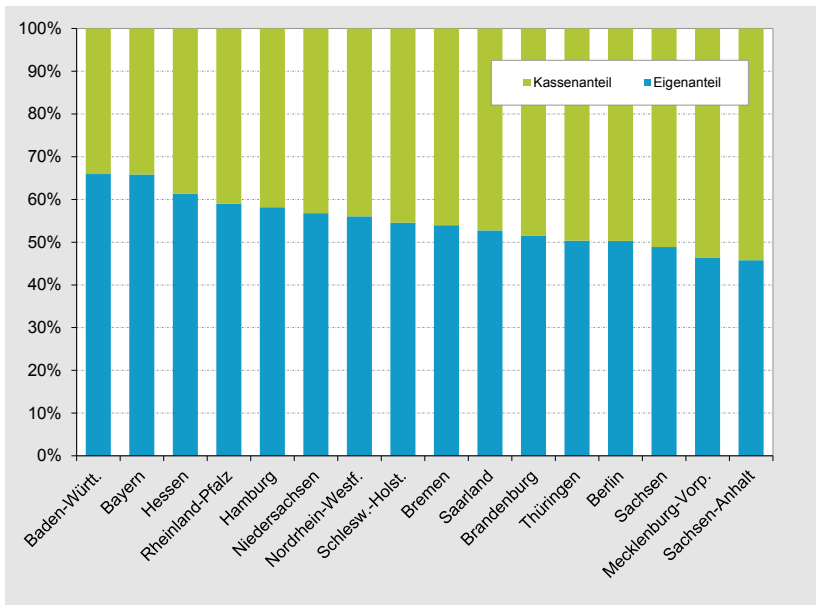


Abbildung 5-5: Kassenanteil und Eigenanteil Zahnersatz je versorgtem Versicherten nach Bundesländern im Jahr 2014, standD.2014

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 im Jahr 2014 (stand.D2014)

Zuschusserhöhung	Häufigkeit	Prozent
0%	301.974	29,9
20%	83.919	8,3
30%	538.513	53,3
100%	86.010	8,5
Gesamt	1.010.416	100,0

Im Jahr 2014 haben 8,3% der Versicherten eine Erhöhung um 20% und 53,3% eine Erhöhung um 30% des Festzuschusses erhalten. 8,5% 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 2014 über die KZVen abgerechneten Festzuschussbefunde nach Befundklassen geordnet aufgeführt. Mit 39,6% 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 33,4% aller in 2014 abgerechneten Regelversorgungsleistungen.

Die Versorgung zahnbegrenzter Lücken (z. B. nach Extraktion eines oder mehrerer Zähne, Befundklasse 2 und 3) umfasst 16% der in Anspruch genommenen Leistungen.

Tabelle 5-6: Verteilung der abgerechneten Festzuschussbefunde im Jahr 2014 (stand.D2014)

Befund- klasse	Bezeichnung	Häufigkeit (absolut)	Häufigkeit (relativ)
1	Erhaltungswürdiger Zahn	670.114	33,4%
2	Zahnbegrenzte Lücke von höchstens vier fehlenden Zähnen ...	213.148	10,6%
3	Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen	108.340	5,4%
4	Restzahnbestand bis zu drei Zähnen oder zahnloser Kiefer	140.199	7,0%
5	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist	70.604	3,5%
6	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz	794.845	39,6%
7	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen	10.982	0,5%
Gesamt		2.008.231	100,0%

In Abbildung 5-6 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.

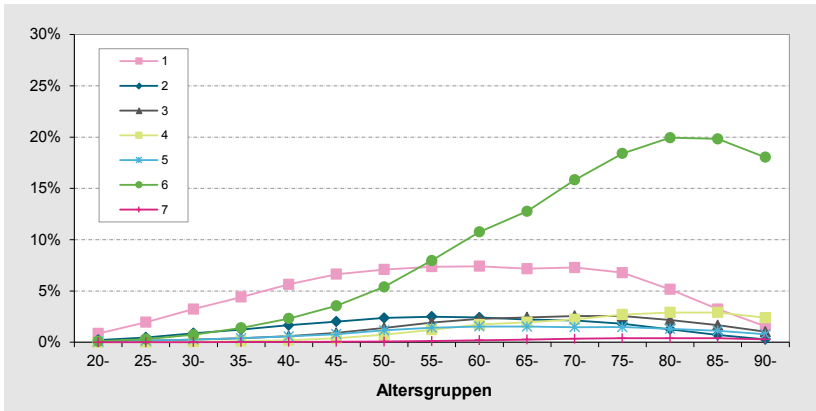


Abbildung 5-6: Anteil der Versicherten mit mindestens einem Festzuschuss im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz nach Alter und Befundklasse (nur über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse) im Jahr 2014

6 Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede

6.1 Einführung ins Thema

Schwerpunkt dieser Ausgabe des BARMER GEK Zahnreportes bilden regionale Unterschiede in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Bereits in den Vorgängerreporten wurden in verschiedenen Bereichen der vertragszahnärztlichen Versorgung regionale Unterschiede festgestellt (Rädel et. al 2014, Rädel et. al 2015). In einer Pilotanalyse des Zahnreportes 2015 wurde vertiefend das Verhältnis „sehr großer Zahnfüllungen“ zu „Zahnkronen“ regional differenziert betrachtet. Beide Versorgungsarten decken einen überlappenden Indikationsbereich (Einsatzbereich) ab. Das Ausmaß regionaler Unterschiedlichkeit in der Versorgung war teilweise erheblich (Rädel et. al 2015: 125 ff). Die vorgefundenen Unterschiede gaben Anlass, regionale Unterschiede in der vertragszahnärztlichen Versorgung in dieser Ausgabe systematisch näher zu analysieren und zu beschreiben.

Welche Bedeutung haben die Analysen?

Regionale Unterschiede in der vertragszahnärztlichen Versorgung/Zahnmedizin wurden bisher wissenschaftlich kaum betrachtet. Ergebnisse der Deutschen Mundgesundheitsstudien (Micheelis et. al 1999, Micheelis u. Schiffner 2006), die als Referenz für den Mundgesundheitszustand der Deutschen Bevölkerung angesehen werden können, beschreiben allenfalls Unterschiede zwischen Ost und West. Auch die im Jahrbuch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung enthaltenen vertragszahnärztlichen Leistungsstatistiken sind nicht nach Regionen aufgeschlüsselt. Der diesjährige Schwerpunktteil bietet damit die bislang umfassendste systematische Betrachtung regionaler Unterschiede in der vertragszahnärztlichen Versorgung Deutschlands. Leitend für die Analy-

sen im vorliegenden Schwerpunkt sind die folgenden wissenschaftlichen Fragestellungen:

1. Lassen sich regional unterschiedliche Versorgungsmuster identifizieren?
2. Finden sich Hinweise darauf, dass in einigen Regionen eher präventionsorientierte Konzepte verfolgt werden, in anderen dagegen eher beschwerde- und therapieorientierte Behandlungszugänge gewählt werden?
3. Welche Unterschiede zeigen sich beim Zahnersatz, hier insbesondere bezogen auf Eigenanteile und bezogen auf spezielle Versorgungszugänge bzw. welche Bedeutung kommt der Regelversorgung in den Regionen zu?
4. Welche Faktoren sind mit einer höheren oder niedrigeren Inanspruchnahme respektive mit höheren oder niedrigeren Ausgaben assoziiert?

6.2 Grundlagen und Definitionen

Welche Daten liegen diesem Schwerpunktteil zugrunde?

Die Datengrundlage für die Analysen dieses Schwerpunktteils entspricht der Datengrundlage, die für die Kapitel 2 bis 5 dieses Reportes zur Verfügung stand. Entsprechend kann hier auf die Ausführungen in Kapitel 2.1 verwiesen werden. Ausnahme davon bildet die Teiluntersuchung zur Inanspruchnahme ausgewählter Leistungen zur Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels, Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen (BEMA-Teil 2; vgl. Kapitel 6.3.6). Hier konnten für das Berichtsjahr 2014 erstmals Teile der Daten für eine spezifische Analyse erschlossen werden.

Wie wird „vertragszahnärztliche Versorgung“ gemessen?

Die vorliegende Betrachtung der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgt im Wesentlichen auf der Betrachtung der Inanspruchnahme der vertragszahnärztlichen Leistungen durch die Versicherten basierend entweder auf den abgerechneten Leistungen nach BEMA oder den direkten Ausgaben seitens der Krankenkasse. Da diese Daten den tatsächlich abgerechneten Leistungen beziehungsweise tatsächlich geleisteten Zahlungen entsprechen, ist für den vertragszahnärztlichen Sektor von einer hohen Validität der Ergebnisse auszugehen.

Der Begriff „Ausgaben“ bezieht sich in diesem Schwerpunktteil, sofern nicht anders beschrieben, immer auf Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Private Ausgaben des Versicherten oder Zuzahlungen sind dabei i. d. R. nicht berücksichtigt.

Was beeinflusst die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen?

Im Wesentlichen können drei Gruppen von Faktoren unterschieden werden, die Einfluss darauf nehmen, ob eine bestimmte zahnärztliche Leistung erbracht bzw. in Anspruch genommen wird oder nicht:

- die Verfügbarkeit eines zahnärztlichen Leistungsangebotes (Zahnarztdichte, Erreichbarkeit) und das vom Zahnarzt im Einzelfall abgedeckte Leistungsspektrum,
- der bestehende Behandlungs- bzw. Versorgungsbedarf und ggf. die vom Patienten gewünschte Versorgung respektive die gewünschte Versorgungsform (z. B. bei Füllungen, bei Zahnersatz),
- die Rahmensetzungen für die Versorgung inklusive den Regelungen, nach denen sich die Form und die Höhe der Vergütung richtet.

Faktoren, die zu einer konkreten zahnärztlichen Therapieentscheidung oder deren Ablehnung führen, sind wissenschaftlich recht gut untersucht (Kay u. Nuttall 1995 a-f). Zur Frage, in welchem Umfang welche Fakto-

ren Einfluss auf die zahnärztliche Versorgung nehmen, liegen für Deutschland aber auch für das Ausland nur wenige belastbare Untersuchungen vor. Ergebnisse aus dem Ausland können zudem nicht ohne Weiteres auf Deutschland übertragen werden, da sich Angebotsstrukturen, Organisation und Finanzierung der zahnärztlichen Versorgung unterscheiden.

Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren, denen Leistungserbringung (Angebot) und Nachfrage unterliegen, und nicht zuletzt aufgrund von Schwierigkeiten, jeden einzelnen Faktor so zu operationalisieren, dass die Stärke seines Einflusses bestimmt werden kann, ist es a priori auch nur in Grenzen möglich, gefundene regionale Unterschiede nach den zusammenwirkenden Einflussfaktoren vollständig analytisch aufzuschlüsseln und die Effektstärken quantitativ zu bestimmen.

6.3 Altersgruppenübergreifende Analysen regionaler Unterschiede auf Länderebene

6.3.1 Verteilung der Ausgaben für die Leistungsbereiche über die Regionen

Für die drei Kernbereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung – konservierend-chirurgische Leistungen (BEMA-Teil 1), parodontologische Leistungen (BEMA-Teil 4) und Zahnersatzleistungen (BEMA-Teil 5) wird nachfolgend zunächst „nur“ betrachtet, welche Bedeutung jedem einzelnen Versorgungsbereich allein bezogen auf die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – im vorliegenden Fall durch die BARMER GEK – getragenen Aufwände zukommt. Für die BEMA-Teile 1 und 4 gilt auch hier, dass die Ausgaben preisbereinigt wurden, für BEMA-Teil 5, dass auch Ausgaben berücksichtigt sind, die den Versicherten direkt von der BARMER GEK erstattet worden sind. Methodisch wurde hier wie auch in den noch folgenden Analysen auf die Zu-

sammensetzung der Bevölkerung Deutschlands nach Alter und Geschlecht zum Stichtag 31. Dezember 2014 standardisiert.

Abbildung 6-1 zeigt bundeslandspezifisch die absoluten Ausgaben je Versicherten in aufsteigender Reihenfolge, und Abbildung 6-2 spiegelt das prozentuale Verhältnis der Ausgabenbereiche „konservierend/chirurgisch“, „parodontologisch“ und „Zahnersatz“ wider.

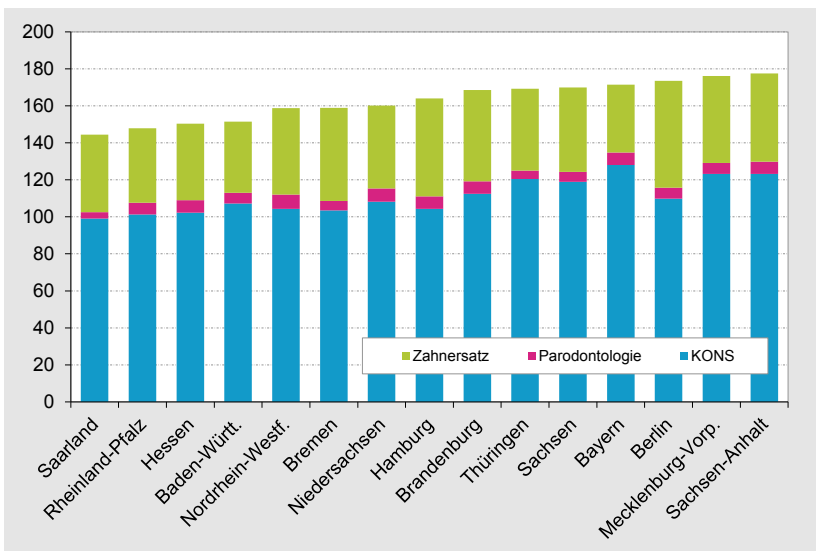


Abbildung 6-1: Absolute Ausgaben pro Versicherten im Jahr 2014 in aufsteigender Reihenfolge (stand.D2014)

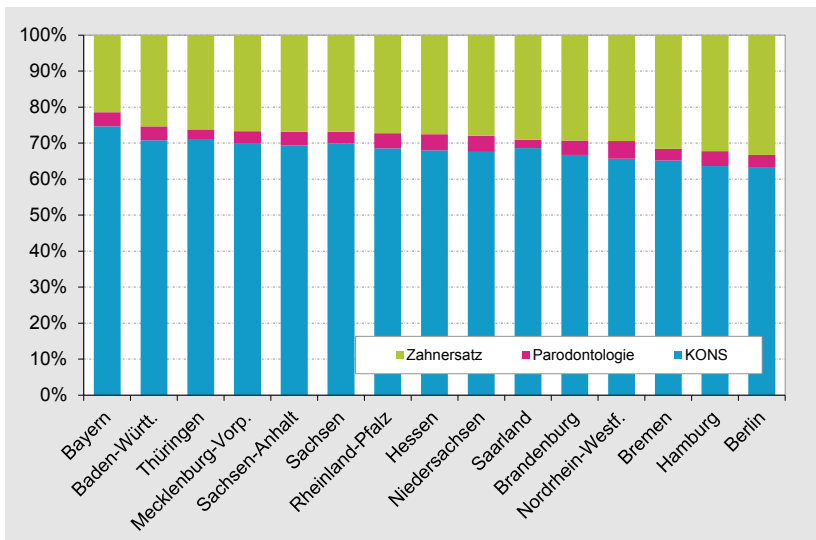


Abbildung 6-2: Verhältnis der Ausgaben pro Versicherten für konservierend-chirurgische, parodontologische und Zahnersatzleistungen im Jahr 2014, sortiert nach aufsteigendem Anteil für Zahnersatz (stand.D2014)

Deutliche regionale Unterschiede sind erkennbar: So liegt der Anteil der GKV-Ausgaben für prothetische Leistungen insbesondere in den Stadtstaaten Berlin (33,5%), Bremen (32,2%) und Hamburg (31,2%) deutlich höher als in den Flächenländern. Er schwankt hier zwischen 21,6% in Bayern und 30,1% in Brandenburg. Mit einem Anteilswert von 2,2% im Saarland und einem mit 4,6% mehr als doppelt so hohen Anteilswert in Nordrhein-Westfalen bestehen die stärksten Schwankungen bei den GKV-Ausgaben für parodontologische Leistungen.

6.3.2 Verteilung der Ausgaben für den Bereich „Zahnersatz und Zahnkronen“

Bereits mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass es im diesjährigen Zahnreport für das Berichtsjahr 2014 erstmals möglich ist, Inanspruchnahme und Ausgaben für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen vollständiger und präziser zu beschreiben, da auch die bisher ausgeklammerten Anteile für direkt abgerechnete prothetische Leistungen mit berücksichtigt werden können. Direkt mit dem Versicherten abgerechnet werden rein andersartige Versorgungen. Reine Regel- und gleichartige Versorgungen werden dagegen über die KZVen abgerechnet (Mischfallproblematik im weiteren Text erläutert). Für den Bereich der prothetischen Leistungen wurde der Anteil direkt abgerechneter Leistungen und der Anteil der über die KZVen abgerechneten Leistungen getrennt betrachtet.

Das dargestellte Verhältnis beschreibt demnach die Bedeutung der Regel- und gleichartigen Versorgung einerseits und der andersartigen Versorgung im Bereich Zahnersatz andererseits.

Nicht vermeidbare Unschärfen entstehen hier durch die sogenannten „Mischfälle“. Ein „Mischfall“ enthält sowohl BEMA- als auch privat Zahnärztliche Leistungen (GOZ-Leistungen). Der Abrechnungsweg richtet sich dann nach den Ausgabenanteilen: Liegen die Ausgaben für GOZ-Leistungen bei 50% oder mehr wird direkt, anderenfalls über die KZV abgerechnet.

Auch wenn es aufgrund der angesprochenen „Mischfallproblematik“ nicht möglich ist, die Bedeutung der Regel- und der gleichartigen Versorgung einerseits und der andersartigen Versorgung andererseits gänzlich frei von Unschärfen darzustellen, zeigen die Ergebnisse deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern (vgl. Abbildung 6-3).

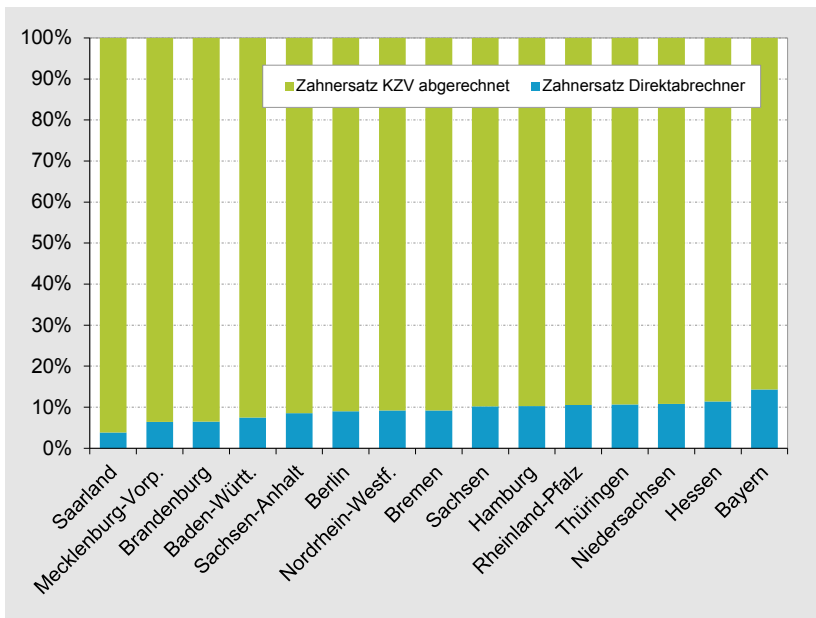


Abbildung 6-3: Verhältnis der Ausgaben KZV-abgerechneter zu direkt abgerechneten Leistungen für Zahnersatz im Jahr 2014, sortiert aufsteigend nach Direktabrechneranteil (stand.D2014)

Der Anteil, der auf direkt abgerechnete - und damit auf andersartige Versorgungungen - entfällt, liegt mit 3,8% im Saarland gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit jeweils 6,4% am niedrigsten. Die höchsten Ausgabenanteile weisen hier Bayern mit 14,3% und Hessen mit 11,4% auf. Damit liegt der Ausgabenanteil für direkt abgerechnete bzw. für andersartige Versorgungungen in Bayern nahezu vier Mal höher als im Saarland. Trotz der durch Mischfälle bedingten Unschärfen und auch wenn es nicht möglich ist, Regel- und gleichartige Versorgung eindeutig zu trennen, kann davon ausgegangen werden, dass spiegelbildlich zur andersartigen Versorgung auch die Bedeutung der Regelversorgung zwischen den Bundesländern variiert.

Der Begriff der Regelversorgung ist an sich eher als „Referenzversorgung“ zu interpretieren. Weiter Erläuterungen dazu finden sich auch im Abschnitt 6.5.2.

6.3.3 Exkurs: Modellberechnung zu den Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme am Beispiel Zahnersatz

In diesem Abschnitt wird die eingangs unter Kapitel 6.2 angesprochene Frage wieder aufgegriffen, welche Faktoren in welchem Umfang feststellbare regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme respektive der Leistungserbringung erklären (können). Die dazu erforderlichen statistischen Erklärungsmodelle hängen wesentlich davon ab, welche Parameter (Variablen) verfügbar sind. Im vorliegenden Fall waren das im Maximalfall versichertenbezogene Informationen zum Alter, zum Geschlecht, zum Einkommen, zum Bildungsstand und zur Stellung im Beruf. Aus dem Bestand von Versicherten, für die diese Informationen komplett vorlagen, wurden diejenigen herausgefiltert, für die im Jahr 2014 ein Festzuschuss der Befundklasse 3 (große zahnbegrenzte Lücken oder Freizustandssituationen) in den Daten dokumentiert war. Das war bei gut 10.000 Mitgliedern in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) der Fall. In Befundklasse 3 stellt bei großen zahnbegrenzten Lücken oftmals die herausnehmbare Modellgussprothese die Regelversorgung dar, während ein festsitzender Zahnersatz (auch „Zahnbrücke“) zum andersartigen Zahnersatz zählt.

Für das Regressionsmodell wurde der Zuzahlungsbetrag des AKV-Mitglieds (d. h. keine Familienversicherten und Rentner) zu seiner Zahnersatzversorgung als abhängige Variable gewählt. Als unabhängige Variablen wurden die o. g. versichertenbezogen vorliegenden Informationen (Altersgruppe, Geschlecht, Einkommen, Bildungsstand und Stellung im Beruf) verwendet. Berechnet wurde ein Modell ohne Konstante. Über die einbezogenen Variablen konnten 45% der Varianz bei den Zuzahlungsbeträgen erklärt werden, was eine hohe Erklärungskraft bedeu-

tet ($r^2 = 0,4464$). Im Modell kommt den Variablen Geschlecht – und hier der Ausprägung „weiblich“, Einkommen und Stellung im Beruf und zusätzlich der Altersgruppe 65 bis 69 Jahre die höchste Erklärungskraft zu. Einschränkend ist für die Interpretation zu beachten, dass die betrachteten Variablen miteinander hoch korreliert sind. Die Modellrechnung zu den Einflussgrößen findet sich in Tabelle A 23 im Anhang.

Bezogen auf regionale Unterschiede bei Zuzahlungen am Beispiel der Festzuschuss-Befundklasse 3 sind also umso ausgeprägtere regionale Unterschiede zu erwarten

- je mehr Menschen in einer Region im Vergleich zu anderen Regionen höheren Einkommensgruppen angehören,
- je mehr Menschen in einer Region im Vergleich zu anderen Regionen einer höheren beruflichen Stellung zugeordnet werden können,
- je mehr Frauen und je mehr Personen im Lebensalter zwischen 65 und 69 Jahren in einer Region leben.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass das Geschlecht, Einkommen, Bildung, Beruf und in bestimmten Altersgruppen auch das Lebensalter mit der individuellen Zuzahlung zu Zahnersatz im Zusammenhang stehen. Die vorliegende Analyse hat dabei exemplarischen Charakter und die gefundenen Ergebnisse können nicht ohne Weiteres auf andere Befund-/Therapiekonstellationen übertragen werden.

6.3.4 Verhältnis Diagnostik zu Therapie

Gesundheitspolitisches Ziel prophylaktischer Maßnahmen, wie z. B. regelmäßiger Kontrolluntersuchungen, ist es, eine oft folgenschwere Therapie zu verhindern. Im optimalen Fall nutzt also der Versicherte die angebotenen Untersuchungen, Zahnerkrankungen werden frühzeitig erkannt oder sogar verhindert, und damit wird im Idealfall ein größerer Therapiebedarf vermieden. In der Praxis ist dies allerdings oft schwierig,

weil beispielsweise die 'zur Kontrolluntersuchung' festgestellte initiale Erkrankung schon einer - wenn auch geringfügigen - Therapie bedarf. Versicherte, die gar keine Kontrolluntersuchungen wahrnehmen, weisen eventuell nach Jahren so schwere Zahnerkrankungen auf, dass umfangreiche Zahnentfernungen erforderlich sind. Diese sind zwar nicht sehr kostenintensiv, führen aber für den Patienten zu einem deutlich niedrigeren Funktionsniveau. Der gedankliche Ansatz, dass viel Kontrolle zu weniger Therapie führt, ist daher nur mit Einschränkungen und nur bei adäquater Interpretation gültig.

Trotz dieser Limitationen erscheint ein hoher Anteil diagnostischer Leistungen bei einem gleichzeitig niedrigen Anteil therapeutischer Leistungen als „Marker“ für eine eher präventiv ausgerichtete Therapiestrategie vorliegend geeignet.

In die Analyse eingeschlossen wurden Versicherte mit mindestens einer „eingehenden Untersuchung“ (BEMA 01) im ersten Halbjahr 2014. Alle therapeutischen Leistungen nach der ersten „eingehenden Untersuchung“ wurden bis sechs Monate nach dieser Untersuchung berücksichtigt. Als therapeutische Leistungen zählten die BEMA-Abrechnungspositionen des BEMA-Teils 1, mit Ausnahme von diagnostischen, prophylaktischen oder geringfügigen Leistungen (z. B. Verschleifen scharfer Kanten, kleine medikamentöse Behandlungen der Schleimhaut).

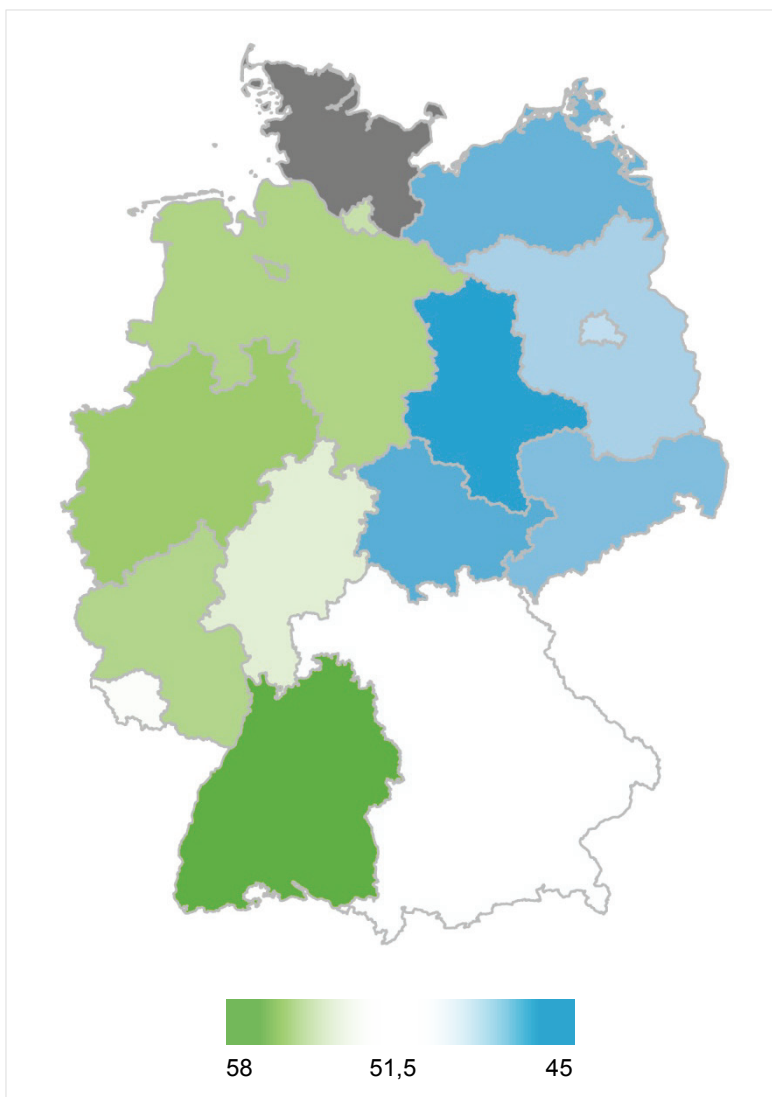


Abbildung 6-4: Anteil der Versicherten mit eingehenden Untersuchungen ohne folgende Therapieleistung im Jahr 2014 in Prozent (absteigend; stand.D2014)

Die vorliegenden Ergebnisse unterscheiden sich um mehr als ein Zehntel zwischen Baden-Württemberg mit 58,3% und Sachsen-Anhalt mit 44,5% (vgl. Abbildung 6-4 im Jahr 2014). Es ist ein deutliches West-Ost-Gefälle erkennbar. Lediglich die neuen Bundesländer und Berlin weisen Anteile von unter 50% auf. Entsprechend wäre für die neuen Bundesländer im Vergleich zu den alten Bundesländern in der Tendenz eher von einem interventions- und therapiebezogenen Behandlungszugang auszugehen, für die alten Bundesländer im Vergleich dazu in der Tendenz mehr von einem eher langfristig präventiv ausgerichteten Zugang.

6.3.5 Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der Sprechzeit (Notfallbehandlungen)

Notfallbehandlungen sind Therapieleistungen, die der Versicherte in der Regel aufgrund dringlicher Beschwerden außerhalb der regulären Sprechzeiten in Anspruch nimmt. Den Mehraufwand von Therapieleistungen außerhalb der Sprechzeit kann der betreffende Zahnarzt mit der zusätzlichen Position 03 abrechnen. Abbildung 6-5 stellt die länderspezifische Inanspruchnahme von Notdienstleistungen im Jahr 2014 je 1.000 Versicherte auf Basis dieser zusätzlichen Abrechnungsposition (BEMA 03) dar.

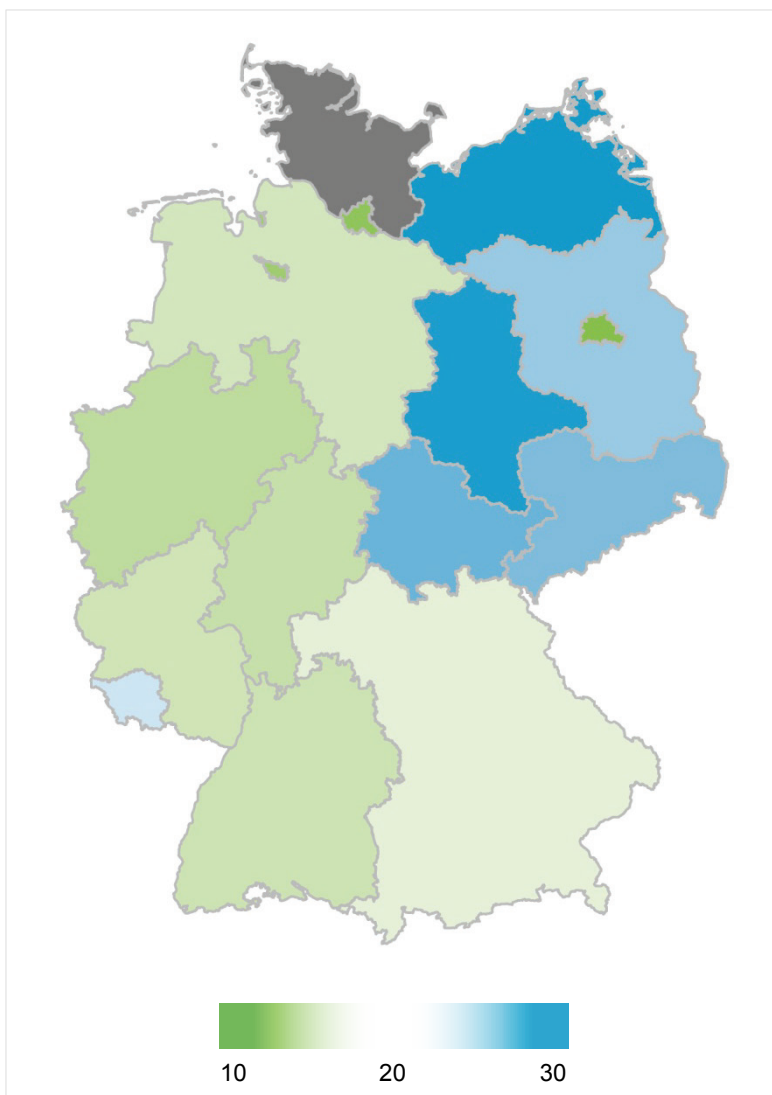


Abbildung 6-5: Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der Sprechzeiten (Leistungen je 1.000 Versicherten im Jahr 2014; stand.D2014)

Die niedrigste Inanspruchnahmerate von Notfallbehandlungen konnte für die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen ermittelt werden. Hier nahmen weniger als 1,5% der Versicherten eine Notfallbehandlung in Anspruch. Am häufigsten nutzten die Versicherten in Mecklenburg-Vorpommern zahnärztliche Notfallbehandlungen (2,9% der Versicherten). Die Anteile in Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern lagen jeweils über 2,5% der Versicherten.

Auch für die Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen kann damit ein deutliches West-Ost-Gefälle festgestellt werden. Dieses steht möglicherweise in direktem Zusammenhang zu den im vorigen Abschnitt postulierten Unterschieden im Behandlungszugang von Zahnärzten zwischen Ost und West. Eine Sonderstellung nehmen die Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin ein, in denen die Inanspruchnahme am niedrigsten ausfällt. Vermutlich spielt dabei eine Rolle, dass Bewohner hier davon profitieren, dass Zahnärzte „regulär“ mitunter eher auch an Wochentagen und zu Tageszeiten frequentiert werden können, in denen sie in anderen Regionen geschlossen sind.

6.3.6 Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich Kieferbruch / Kiefergelenkserkrankungen

Der BEMA-Teil 2 befasst sich definitionsgemäß mit der „Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels, Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen“. Leistungen aus dem Bereich Kieferbruch sind in aller Regel traumatisch bedingt und erscheinen für regional differenzierende Betrachtungen als weniger bedeutsam. Kiefergelenkserkrankungen dagegen haben häufig multifaktorielle Ursachen. Nicht nur somatische Beeinträchtigungen, wie Gelenksarthrosen, Diskusverlagerungen oder Muskelverspannungen, sondern auch psycho-soziale Faktoren, wie z. B. Stress, werden als Ursachen diskutiert. Folgt man dieser Diskussion, wäre eine höhere Leistungsdichte eher in Städten bzw. in Großstädten zu erwarten, in denen die Bewohner in höherem Maße Umwelteinflüs-

sen ausgesetzt sind, die als Auslöser für Stress gelten. Abbildung 6-6 scheint dies zumindest für die Großstädte Hamburg und Berlin zu bestätigen. Ausgewertet wurden die Leistungspositionen K1 und K2 (Aufbissbehelfe mit oder ohne adjustierte Oberfläche, oft auch als „Schienen“ bezeichnet) des BEMA-Teil 2. Alters- und Geschlechtsunterschiede sind auch hier „herausgerechnet“.

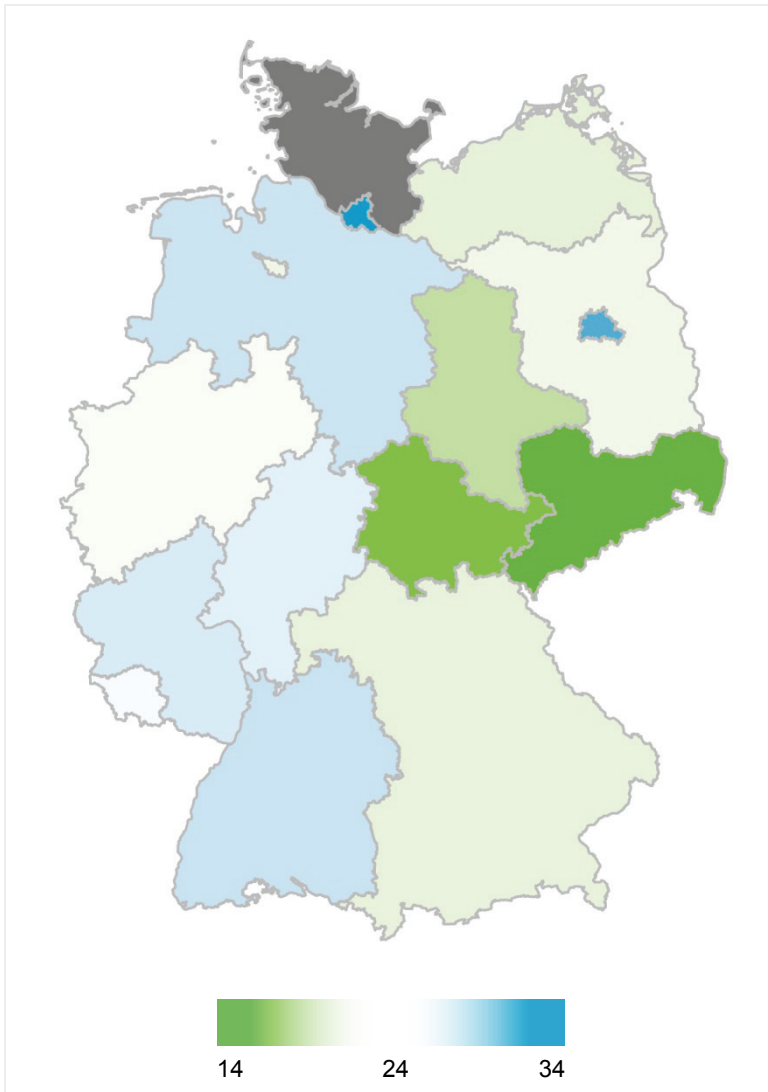


Abbildung 6-6: *Länderspezifische Inanspruchnahme der Leistungen K1/K2 des Bereiches Kieferbruch je 1.000 Versicherten im Jahr 2014 (stand.D2014)*

6.4 Regionale Unterschiede auf Länderebene in unterschiedlichem Lebensalter – Kinder und Jugendliche

Die um regionale Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur und in den Preisen bereinigte Ausgabenbetrachtung in Kapitel 6.3.1 gibt einen Gesamtüberblick über einen Großteil der Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung. Anhand der Altersverläufe konnte bereits in den Kapiteln 2 bis 5 verschiedentlich gezeigt werden, dass sich der zahnärztliche Therapiebedarf mit dem Lebensalter verändert. Beispielsweise spielt der Aspekt der Individualprophylaxe bei Erwachsenen und Senioren keine Rolle, da diese Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nur Kindern und Jugendlichen vorbehalten sind. Andererseits sind bestimmte prothetische Therapieformen, wie beispielsweise totale Prothesen bei zahnlosen Patienten, vorwiegend im hohen Lebensalter von Bedeutung. In den folgenden Abschnitten werden regionale Unterschiede deshalb differenziert nach einzelnen Lebensabschnitten betrachtet.

Die zahnärztliche Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der deutschen vertragszahnärztlichen Versorgung unterscheidet sich von der Erwachsenenbehandlung vor allem durch die zusätzliche Kostenübernahme von Prophylaxeleistungen (Individual- und Gruppenprophylaxe) und durch die Übernahme der Kosten für bestimmte kieferorthopädische Leistungen soweit indiziert.

6.4.1 Individualprophylaxe und Füllungstherapie

Die Reduktion von Karies ist weltweit ein erklärtes Zahngesundheitsziel. Neben den Gesundheitszielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) strebt die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zum Beispiel für das Jahr

2020 einen Anteil von 80% naturgesunder (kariesfreier) Gebisse bei sechsjährigen Kindern an.¹³ In Deutschland konnte die Karies bei Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahrzehnten bereits deutlich reduziert werden. Ein Grund dafür sind wahrscheinlich auch die Maßnahmen der Individual- und Gruppenprophylaxe. Die in den einzelnen Bundesländern durchgeführten Maßnahmen der Gruppenprophylaxe bleiben in diesem Report methodisch bedingt unberücksichtigt. Weiterführende Details zu diesen Maßnahmen finden sich auch im Vorgängerband BARMER GEK Zahnreport 2012 (Schäfer et. al 2012). Betrachtet man die Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) von Karies, konnte auch fünfzehn Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung noch ein Ost-West-Gefälle in allen Altersgruppen festgestellt werden (Micheelis u. Schiffner 2006). Ziel der folgenden Analyse war daher aktuell die Häufigkeit der Früherkennungsuntersuchung, Maßnahmen der Individualprophylaxe und die Häufigkeit von Kariestherapie (Füllungstherapie) in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen regional vergleichend darzustellen. Ausgewertet wurden die Inanspruchnahme der Leistung FU (Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung), die Inanspruchnahme mindestens einer Individualprophylaxeleistung (IP1-IP5) – jeweils für die inanspruchnahmeberechtigte Altersgruppe - und die Inanspruchnahme mindestens einer Füllungsleistung bei unter 18-Jährigen (Abbildung 6-7).

¹³ Siehe Mundgesundheitsziele 2020 der Bundeszahnärztekammer unter <http://www.kzbv.de/mundgesziele-2020.download.a6f147c2cb3cffb25355cbc535df16d9.pdf>.

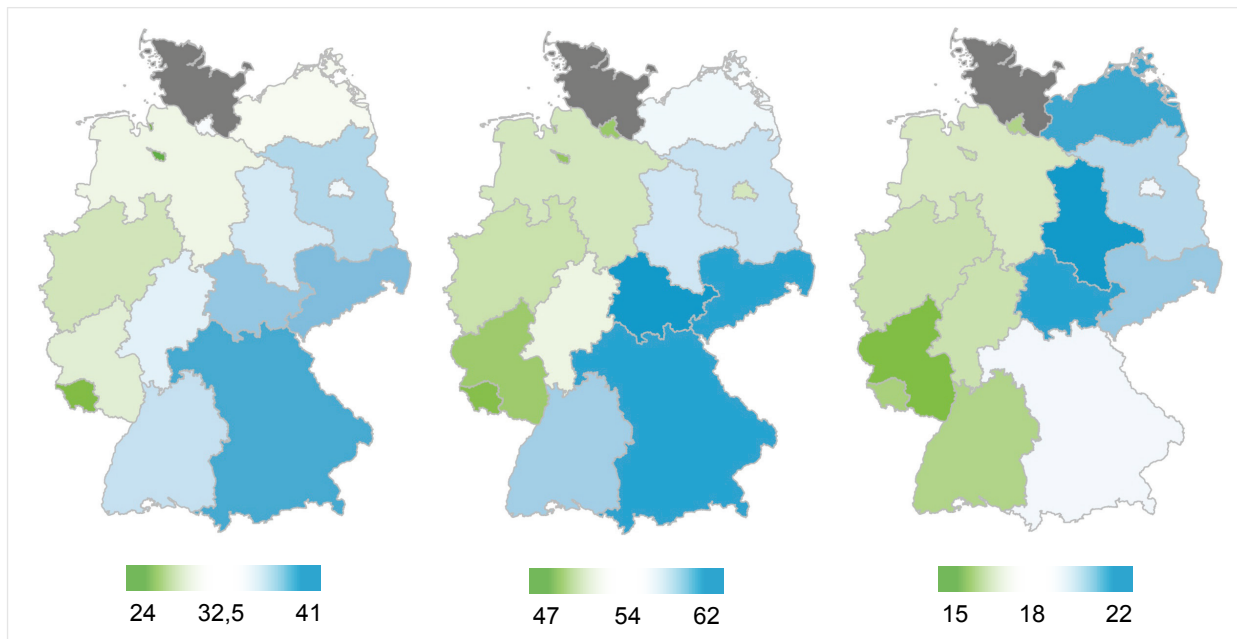


Abbildung 6-7: Anteil Versicherte zwischen 2½ und 6 Jahren mit mindestens einer FU-Leistung (links), Anteil Versicherte zwischen 6 und 18 Jahren mit mindestens einer IP-Leistung (Mitte) und Anteil Versicherte unter 18 Jahren mit mindestens einer Füllungsleistung-Leistung (rechts); alle Ausgaben in Prozent im Jahr 2014 (stand.D2014)

Wiederum zeigt sich eine deutliche Ost-West-Diskrepanz. Besonders im Nordwesten der Bundesrepublik werden individualprophylaktische Leistungen weniger oft in Anspruch genommen. Mehrere Bundesländer mit hoher und mittlerer Inanspruchnahme von Leistungen der Individualprophylaxe weisen dennoch eine relativ hohe Inanspruchnahme von Füllungen auf. Bayern fällt im Vergleich zu den anderen Bundesländern mit einer hohen Inanspruchnahme mindestens einer IP-Leistung und zugleich einer niedrigen Inanspruchnahme von Füllungsleistungen auf.

6.5 Regionale Unterschiede auf Länderebene in unterschiedlichem Lebensalter – Erwachsene

6.5.1 Extraktion vs. Zahnerhalt

Die Möglichkeiten der zahnerhaltenden Therapie sind über die vergangenen Jahrzehnte beständig gewachsen. Wissenschaft und Forschung in der Zahnmedizin konnten durch die Einführung und Überprüfung neuer, effizienterer und erfolgversprechenderer Materialien, Techniken und Therapieansätze die Zahnerhaltung verbessern. Selbst stark kariös zerstörte Zähne oder stark parodontal geschädigte Zähne, die noch vor Jahrzehnten unweigerlich hätten entfernt werden müssen, können heute oftmals zumindest mittelfristig noch erhalten werden. Allerdings müssen diese neuen Möglichkeiten auch vor dem Hintergrund von Aufwand und Nutzen sowie der Wirtschaftlichkeit für Patient und Versorgungssystem betrachtet werden. Außerdem ist für die erfolgreiche Therapie stark kompromissbehafteter Zähne oftmals nicht nur der Willen des Patienten zum Zahnerhalt, sondern auch dessen aktives Engagement erforderlich, etwa durch ausgeprägte persönliche Mundhygienemaßnahmen oder die Inanspruchnahme von Begleit- und Vorbehandlungen. Ob ein Zahn erhalten wird oder nicht, ist daher nicht nur eine Frage der technischen Möglichkeit, sondern auch eine Frage der Rahmenbedingungen.

Die folgende Analyse vergleicht länderspezifisch die Frequenz von wichtigen zahnerhaltenden Maßnahmen einerseits und von Extraktionen andererseits. Häufige Situationen, in denen Zahnarzt und Patient über die Zukunft eines Zahnes entscheiden müssen, sind die Notwendigkeit einer Wurzelbehandlung und die Notwendigkeit einer Parodontalbehandlung. Beide Maßnahmen können als wichtige Therapieformen zum Erhalt stark beeinträchtigter Zähne angesehen werden. In Abbildung 6-8 ist vergleichend dargestellt, wie häufig erwachsene Versicherte im Jahr 2014 mindestens eine Wurzelfüllungsleistung, Parodontalbehandlung sowie Extraktion in Anspruch genommen haben.

Für die Analyse der Wurzelbehandlungen wurden alle Versicherten einbezogen, die im Jahr 2014 mindestens eine Wurzelfüllungsleistung (WF) in Anspruch nahmen. Bei den Parodontalbehandlungen wurde die Inanspruchnahme mindestens einer Leistung P200 bis P203 berücksichtigt. Eine der Leistungen X1, X2, X3, Ost1 oder Ost2 repräsentierten die versichertenbezogene Inanspruchnahme von Extraktionen.

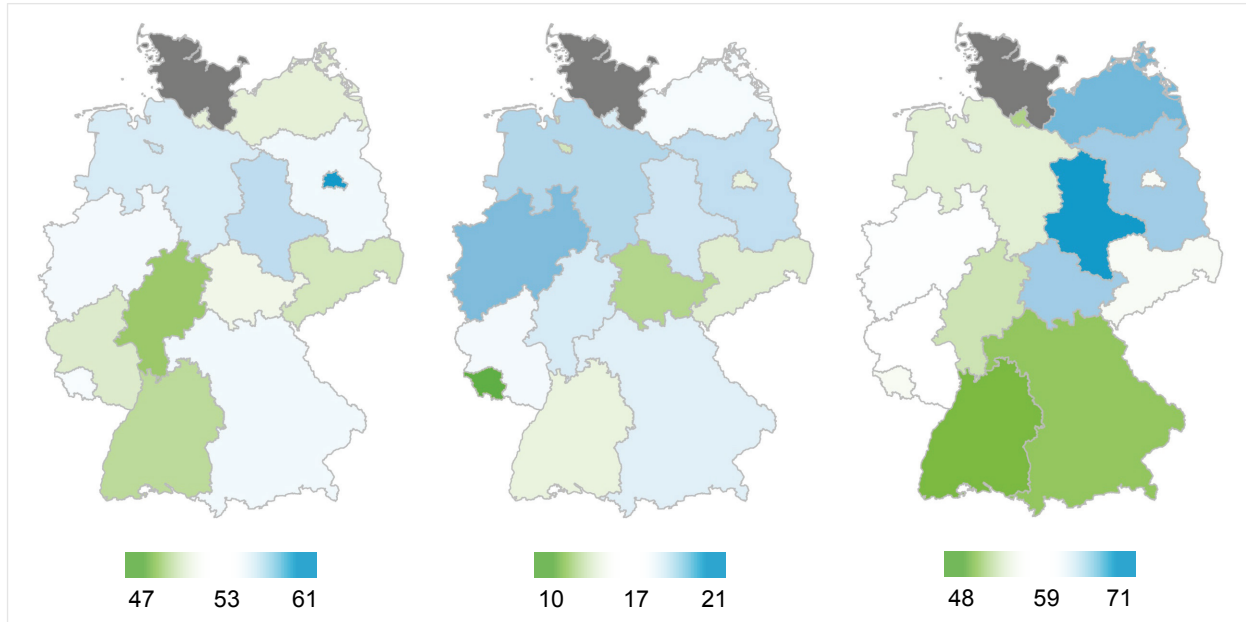


Abbildung 6-8: Versicherte 18-65 Jahre mit Wurzelfüllungsleistungen (links), Parodontatalbehandlungen (Mitte) und Extraktionsleistungen (rechts) im Jahr 2014 je 1.000 Versicherte (stand.D2014)

Der Vergleich zeigt eindrucksvoll, dass zahnerhaltende Maßnahmen im Vergleich zu Zahnentfernungen regional sehr unterschiedlich in Anspruch genommen werden.

Einen Spitzenplatz bei der Inanspruchnahme von Wurzelbehandlungen nimmt das Land Berlin ein. Inanspruchnahmeraten von über 6% wurden in keinem anderen Bundesland gemessen. Parodontologische Leistungen wurden hingegen vermehrt im Westen Deutschlands in Anspruch genommen. Während in Nordrhein-Westfalen mehr als 2% der Versicherten eine Leistung aus dem Bereich der Parodontalbehandlungen erhielten, waren es im Saarland weniger als 1%. Ein Grund für die hohe Inanspruchnahmerate parodontaler Leistungen in Nordrhein-Westfalen mag die Spezialisierungsmöglichkeit für Zahnärzte zum „Fachzahnarzt für Parodontologie“ im KZV-Bereich Westfalen-Lippe sein. Die höchsten Inanspruchnahmeraten für Extraktionen sind vor allem in den neuen Bundesländern festzustellen.

6.5.2 Kronen

Mit der sogenannten Regelversorgung wurde mit der Einführung der Festzuschüsse in der prothetischen Versorgung eine Therapieoption geschaffen, die für den jeweils zugrundeliegenden Befund eine „ausreichende, wirtschaftliche und zweckmäßige“ Versorgung beschreibt. Die Festzuschüsse sollen dabei so bemessen sein, dass der Zuschuss der Krankenkasse im Regelfall (ohne Bonusleistungen oder Härtefallregelung) etwa 50% der Gesamtkosten beträgt. Wünscht der Patient beispielsweise eine ästhetisch hochwertigere oder eine komfortablere Zahnersatzform, erhöht sich dementsprechend sein Eigenanteil. Es handelt sich dann nicht mehr um eine Regel- sondern um eine gleichartige oder andersartige Versorgung. In diesen Fällen erfolgt die Abrechnung einzelner zahnärztlicher Leistungen über die private Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) während bei Regelversorgungen nur Abrechnungspositionen des BEMA verwendet werden.

Die folgende Analyse befasst sich mit der Frage, welche Bedeutung die Regelversorgung in den Bundesländern (noch) besitzt. Der initiale Ausgabenüberblick in Kapitel 6.3.1 hat bereits die Vermutung nahe gelegt, dass die Bedeutung regional sehr unterschiedlich ausfällt.

Für die folgende Analyse wurde die Festzuschussgruppe 1.1 (erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der Zahnkrone) gewählt. Es wurden dabei nur prothetische Versorgungen betrachtet, die ausschließlich einen Festzuschuss 1.1 aufwiesen (Zuschüsse für Verblendungen und Stiftaufbauten waren als zusätzliche Befunde zugelassen). In diesem Fall gibt es bei der Versorgung natürlicher Zähne keine andersartige Versorgung. Alle Versorgungen werden über die KZVen abgerechnet. Da Behandlungsfälle, in denen Abrechnungspositionen der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit abgerechnet wurden, gesondert markiert sind, war eine Differenzierung nach Regel- und gleichartiger Versorgung möglich.

Die Bedeutung des Begriffes Regelversorgung wurde bereits in Kapitel 6.3.2 erläutert. Eine sogenannte gleichartige Versorgung bezeichnet eine Versorgungsart, die zwar grundsätzlich von der Art her der Regelversorgung entspricht, in Details aber abweicht. Klassisches Beispiel ist im vorliegenden Fall die vollverblendete Krone auf einem Molaren (großer Seitenzahn), während eine unverblendete Metallkrone die Regelversorgung darstellt.

Tabelle A 9 zeigt aufgeschlüsselt nach Bundesländern wie sich Behandlungsfälle mit GOZ-Leistungen (gleichartige Versorgungen) und Fälle ohne GOZ-Leistungen (Regelversorgung) verteilen. Aus Brandenburg und Nordrhein-Westfalen standen allerdings keine entsprechenden validen Daten zur Verfügung. Die Verteilung der beiden Arten von Behandlungsfällen ist grafisch in Abbildung 6-9 veranschaulicht.

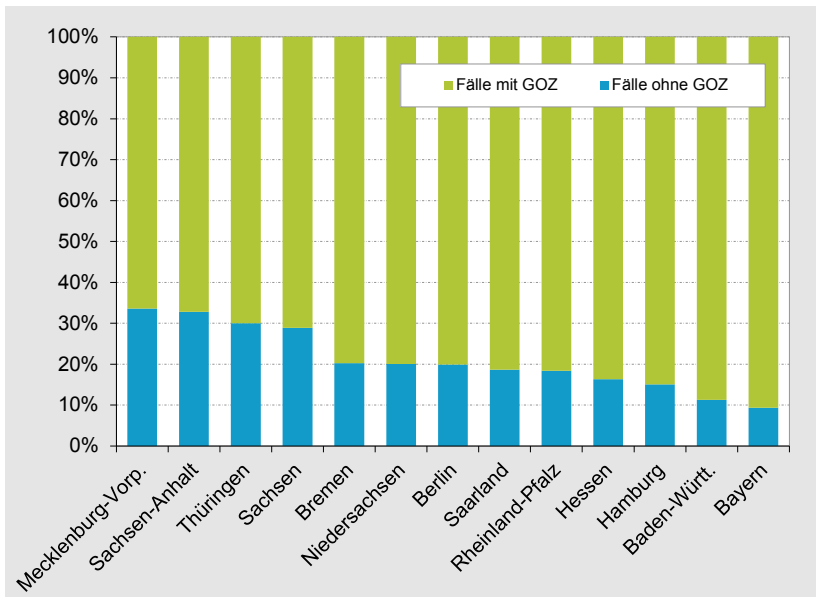


Abbildung 6-9: Verhältnis von Regelversorgung (blau) zu gleichartiger Versorgung (rot) bei der Versorgung des Festzuschussbefundes 1.1 im Jahr 2014 (stand.D2014)

Dass die Bedeutung der Regelversorgung offensichtlich von Region zu Region sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, bestätigt sich. Während in Bayern weniger als 10% aller prothetischen Einzelzahnkronen im Rahmen der Regelversorgung angefertigt wurden, waren es in Mecklenburg-Vorpommern mehr als ein Drittel.

Über die regionalen Unterschiede hinaus überrascht der insgesamt niedrige Anteil der Regelversorgung. Dies umso mehr, wenn man berücksichtigt, dass der Unterschied zwischen Regelversorgung und Nichtregelversorgung bei der Einzelkrone 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 er gemäß der

Intention des Festzuschusssystems eher einer „Referenzversorgung“ (hier Metallkrone, im 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. Dieses wurde für die Einzelkrone in einem Gutachten der DGPro (Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien) 2013 erneut bestätigt (DGPro 2013).

6.6 Regionale Unterschiede auf Länderebene in unterschiedlichem Lebensalter - Senioren

6.6.1 Zahnerhalt vs. Extraktion

Insbesondere bei Senioren gilt es zu beachten, dass die Therapiestrategien dem allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten angepasst sind. Beispielsweise können einfache und hygienefähige prothetische Konzepte unter Umständen eine langfristig komplikationsärmere Strategie im Vergleich zu einem „Zahnerhalt um jeden Preis“ bedeuten. Der Vergleich wichtiger zahnerhaltender Therapieformen (Wurzelbehandlungen und Parodontalbehandlungen) zu Zahnextraktionen analog zu Kapitel 6.5.1 erschien daher für diese Altersgruppe ebenfalls geeignet.

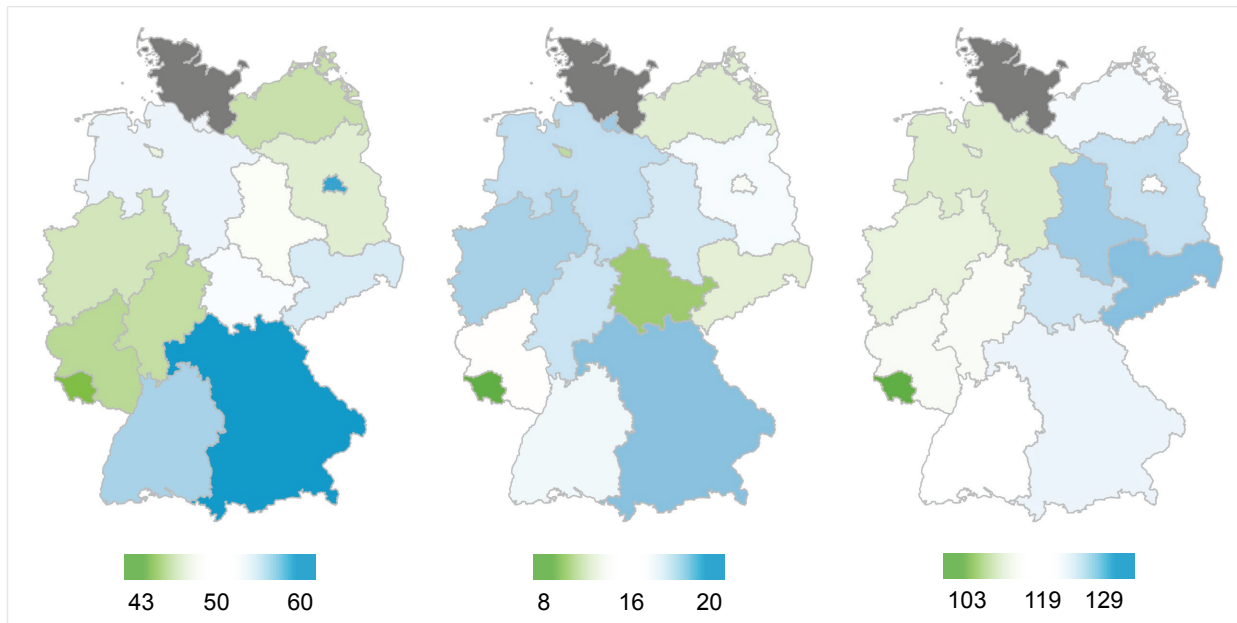


Abbildung 6-10: Versicherte über 65 Jahren mit Wurzelfüllungsleistungen (links), Parodontalbehandlungen (Mitte) und Extraktionsleistungen (rechts) im Jahr 2014 je 1.000 Versicherte (stand.D2014)

Im Vergleich zur Erwachsenengruppe zeigen die Auswertungsergebnisse erwartungsgemäß zunächst, dass Extraktionen bei den Senioren generell von größerer Bedeutung sind. Die regionale Verteilung zeigt sich nur unwesentlich verändert (vgl. Abbildung 6-10).

6.6.2 Implantate im zahnlosen Kiefer

Mit der Erschließung der Daten für direkt abgerechnete Zahnersatzleistungen eröffnet sich erstmals die Möglichkeit, Implantatversorgungen bei gesetzlich Krankenversicherten zu untersuchen.

Zu beachten ist, dass die chirurgische Implantation selbst, also die Einbringung von künstlichen Zahnwurzeln (Zahnimplantaten) in den Kieferknochen, nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung ist. Ausnahmen sind lediglich besonders seltene Ausnahmeindikationen im Rahmen der Regelungen des SGB V, zum Beispiel bei größeren Kiefer- und Gesichtsdefekten. Bei der prothetischen Suprakonstruktion, also dem eigentlichen Aufbau auf dem künstlichen Zahnimplantat, kann der Patient dagegen den entsprechenden Festzuschuss für seinen jeweiligen Befund in Anspruch nehmen.

Im zahnlosen Unterkiefer kann die Unterstützung einer totalen Prothese mit zwei oder mehr Implantaten zu einer Steigerung der Lebensqualität führen (Thomason et. al 2007, Enami et. al 2009, Awad et. al 2014). Dies liegt in der zumeist nur bedingt akzeptablen Lagestabilität von totalen Unterkieferprothesen begründet, die wiederum von den anatomischen Voraussetzungen im zahnlosen Unterkiefer abhängen. Ziel dieser Analyse war daher, die regionale Bedeutung von Implantaten bei der Neuanfertigung von Zahnersatz im zahnlosen Unterkiefer zu analysieren.

Da die genauen Abrechnungsleistungen aus dem Bereich Zahnersatz nicht zur Verfügung standen, konnte eine Analyse nur über die abgerechneten Festzuschussbefunde – und hier konkret den Festzuschuss-

befund 4.4 (zahnloser Unterkiefer – ohne Begleitbefunde) erfolgen. Die abgerechneten Festzuschussbefunde 4.4 konnten in über die KZVen abgerechnete und direkt abgerechnete Festzuschüsse unterteilt werden. Da es für den zahnlosen Unterkiefer keine andersartige Versorgung außerhalb der Implantatversorgung gibt, entspricht die Anzahl der implantatunterstützten Unterkiefertotalprothesen mindestens der abgerechneten Anzahl der direkt abgerechneten Befunde. Die über die KZVen abgerechneten Befunde entsprechen dagegen den konventionellen Unterkiefertotalprothesen (ohne Implantatunterstützung). Da im besonderen Ausnahmefall „atrophierter Kiefer“ die Versorgung von (vorhandenen) Implantaten auch mit entsprechender BEMA-Position (97bi) als Regelversorgung erfolgen kann, liegt für diese Zahl allerdings eine gewisse Unsicherheit vor. Stichproben in einzelnen Bereichen zeigen jedoch durchgängig eine untergeordnete Bedeutung.

Im Saarland und in Bremen waren die Versorgungszahlen so gering, dass auf eine Darstellung verzichtet werden musste. Für die verbleibenden Länder zeigen sich erneut große Unterschiede: Während in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin und Sachsen-Anhalt auf eine direkt abgerechnete implantatunterstützte Unterkiefertotalprothese mehr als 14 über die jeweilige KZV abgerechnete Unterkiefertotalprothesen kommen, sind es in Bayern nur 5,3 und in Baden-Württemberg nur 7,4.

Auffällig ist damit eine deutlich höhere Bedeutung direkt abgerechneter implantatunterstützter Unterkiefertotalprothesen in den tendenziell einkommensstärkeren Bundesländern.

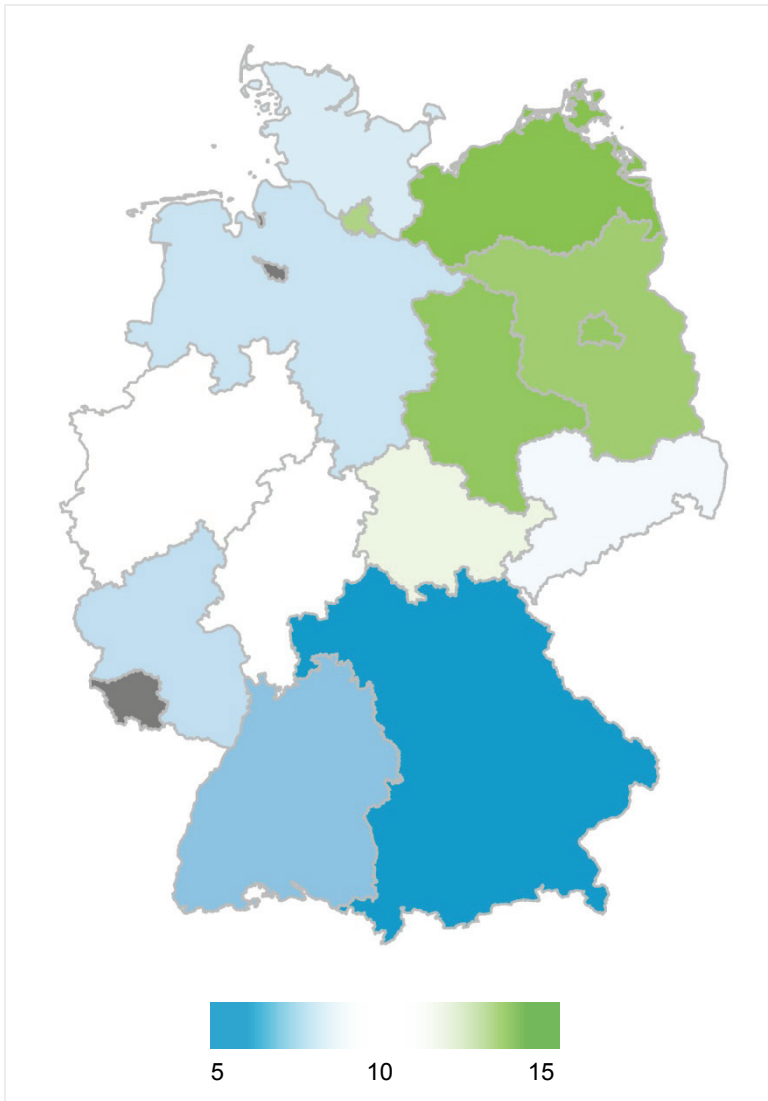


Abbildung 6-11: Quotient aus direkt über die KZVen abgerechneten Neuversorgungsfällen und den Versicherten direkt erstatteten Neuversorgungsfällen im Jahr 2014 (stand.D2014)

6.7 Ausgewählte regionale Unterschiede auf Kreisebene

In diesem Kapitel werden regionale Unterschiede exemplarisch an ausgewählten Beispielen bis auf die Kreisebene aufgeschlüsselt und kartografisch illustriert. **Blau** markiert werden dabei Kreise, die konstant über drei Jahre hinweg signifikant **über** dem Bundesdurchschnitt gelegen haben, Kreise, die im gleichen Zeitraum in jedem einzelnen Jahr signifikant **unter** dem Bundesdurchschnitt gelegen haben, sind **grün** markiert. Der dreijährige Zeitraum umfasst die Jahre 2012, 2013 und 2014. Es wurde durchgängig auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der deutschen Bevölkerung im jeweiligen Jahr standardisiert.

Im Anschluss an den auf Länderebene durchgeführten Vergleich wesentlicher zahnerhaltender Therapieformen im Gegensatz zu Extraktionen (vgl. Kapitel 6.5.1) werden in Abbildung 6-12 die Extraktionsraten auf Kreisebene dargestellt.

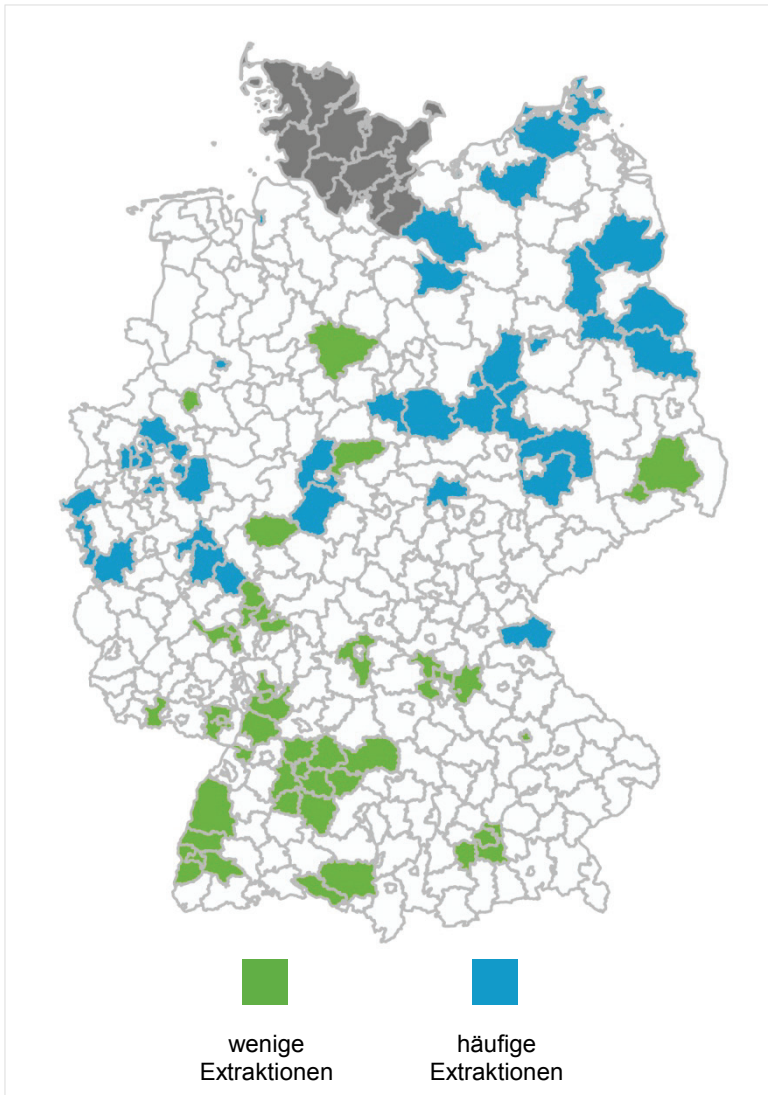


Abbildung 6-12: Darstellung der Kreisregionen, in denen die Extraktionsraten in drei Jahren (2012-2014) konstant signifikant über (blau) und konstant signifikant unter (grün) dem Bundesdurchschnitt gelegen haben

Die meisten Kreise stellen sich unauffällig (weiß) dar. Ein klar polarisierendes Ost-West-Muster besteht nicht. Gleichwohl gilt, dass sich Kreise mit einer signifikant in allen drei betrachteten Jahren überdurchschnittlichen Extraktionsrate mehrheitlich in den neuen Bundesländern finden, während Kreise mit unterdurchschnittlicher Extraktionsrate mehrheitlich im Westen liegen. Für die Landkreise Lüchow-Dannenberg, Bremerhaven und Remscheid wurden dabei die höchsten, für die Landkreise Freiburg/Breisgau, Emmendingen und Tübingen die niedrigsten Extraktionsraten festgestellt.

Für konservierend-chirurgische Leistungen (BEMA-Teil 1) – und damit für den größten Ausgabenbereich der vertragszahnärztlichen Versorgung – sind in Abbildung 6-13 die Punktsummen je Versichertem bis auf Kreisebene aufgeschlüsselt. **Blau** markiert sind alle Kreise, in denen die Punktsumme je Versichertem in allen drei Jahren signifikant **über** dem Bundesdurchschnitt gelegen hat, und **grün** Kreise, für die kontinuierlich **unter**durchschnittliche Punktsummen ermittelt wurden.

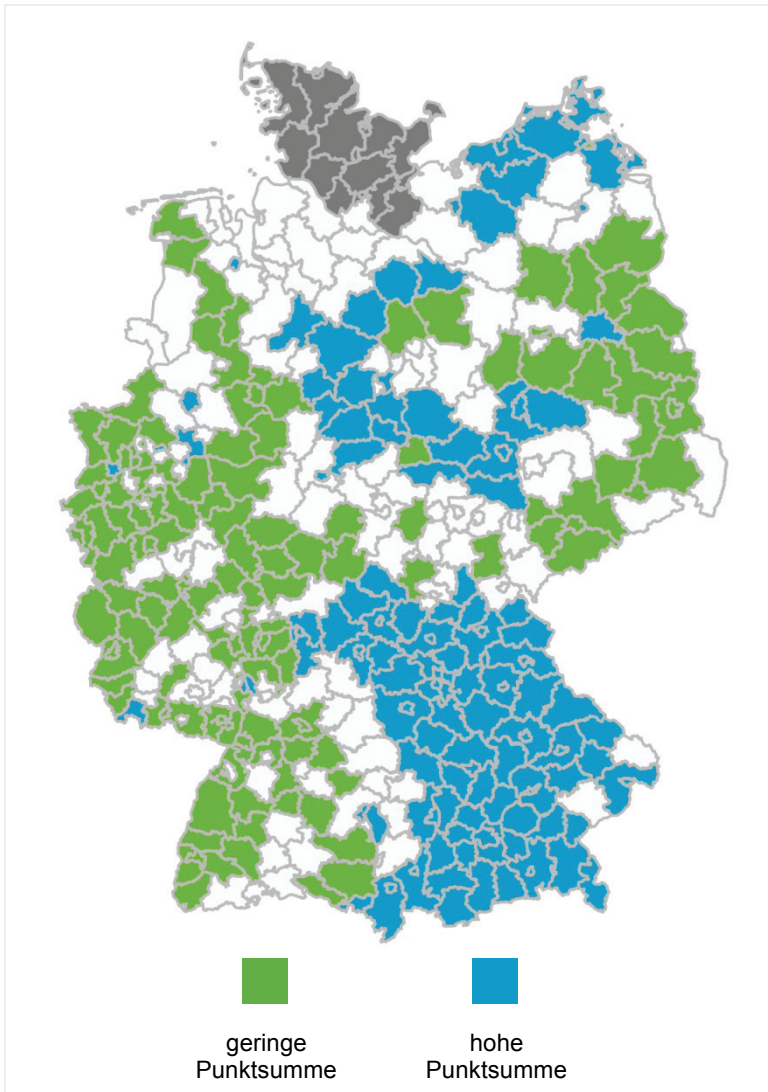


Abbildung 6-13: Darstellung der Kreisregionen, in denen die Punktsomme für Leistungen des BEMA-Teil 1 in drei Jahren (2012-2014) konstant signifikant über (blau) und konstant signifikant unter (grün) dem Bundesdurchschnitt gelegen hat

Für alle bayrischen Landkreise (außer Rottal-Inn und Freyung-Grafenau), einige mitteldeutsche Regionen und einige Landkreise im östlichen Norden wurden über drei Jahre Punktschichten je Versicherten über dem Bundesdurchschnitt bestimmt. Spitzenreiter waren die Landkreise „Garmisch-Partenkirchen“, „Straubing“ und „Bayreuth“. Die niedrigsten Punktschichten wurden für die Landkreise „Südliche Weinstraße“, „Vogelsbergkreis“ und die „Uckermark“ ermittelt.

Abschließend wird der Frage nachgegangen, wie gleichmäßig sich die abgerechneten Leistungen des BEMA-Teil 1 über die Versicherten eines Kreises verteilen. Dazu wurde der sogenannte Gini-Koeffizient berechnet. Auf einer Skala zwischen 0 und 1 gibt der Gini-Koeffizient die Homogenität oder Heterogenität einer Verteilung an. Der Wert 0 würde bedeuten, dass sich alle konservierend-chirurgischen Leistungen vollständig gleichmäßig auf alle Versicherten verteilen, während der Wert 1 bedeuten würde, dass alle Leistungen durch nur einen einzigen Versicherten in Anspruch genommen wurden.

Analog zu den vorangehenden Darstellungen, sind in Abbildung 6-14 wiederum alle Kreise **blau** markiert, in denen der Gini-Koeffizient in jedem Jahr **über** dem bundesdurchschnittlichen Gini-Koeffizienten gelegen hat, während alle Kreise **grün** markiert sind, in denen kontinuierlich ein **unter**durchschnittlicher Wert erreicht wurde. Die kartografische Darstellung zeigt ein auffälliges Muster: Für die neuen Bundesländer ist mit Ausnahme der Stadt Berlin in allen Kreisen über die Zeit hinweg eine eher homogene Verteilung der Leistungen auf alle Versicherten festzustellen. Insbesondere in einigen westdeutschen Ballungsräumen finden sich dagegen sehr ungleiche Verteilungen. Eine kleinere Anzahl von Versicherten nimmt deutlich mehr Leistungen in Anspruch als die übrigen. Sehr heterogen waren die Verteilungen insbesondere in den Kreisen St. Wendel, Wilhelmshaven und Delmenhorst während Demmin, Gotha und Regen besonders homogene Verteilungen aufwiesen.

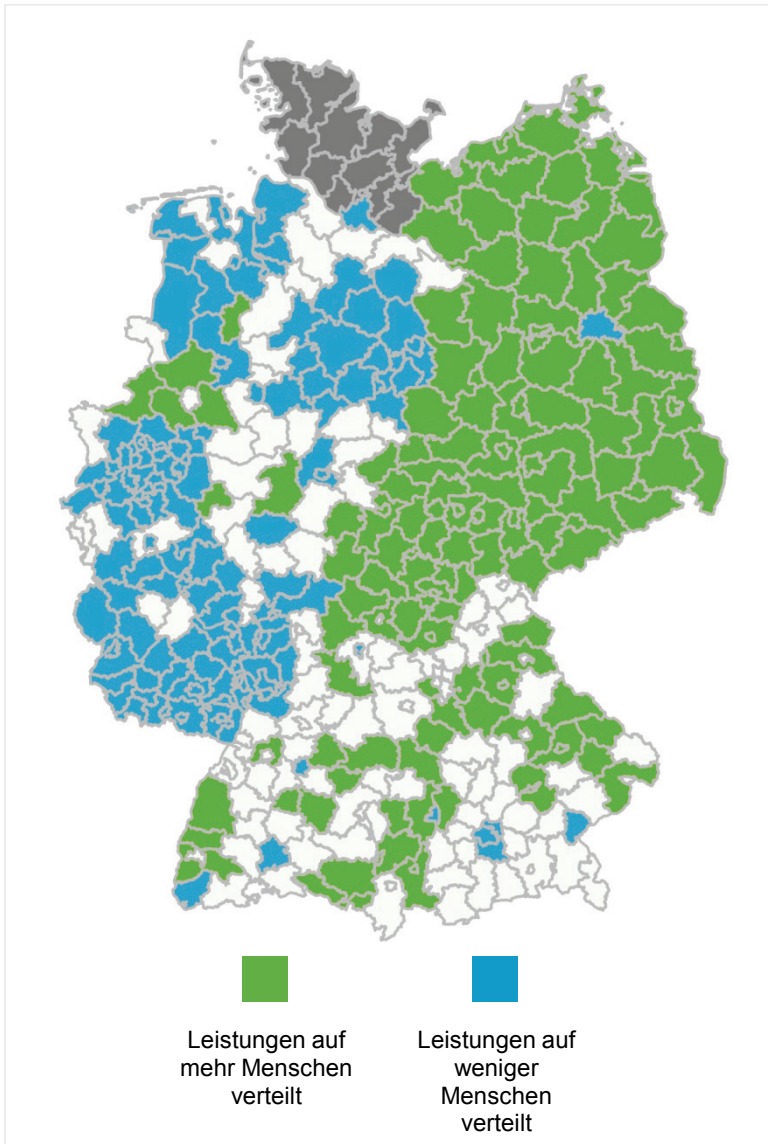


Abbildung 6-14: Darstellung der Kreisregionen, in denen sich die Leistungen des BEMA-Teil 1 über drei Jahre hinweg (2012-2014) eher homogen (grün) oder eher heterogen (blau) auf die Versicherten verteilt haben

6.8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Der vorliegende Schwerpunktteil des Zahnreportes 2016 offenbart deutliche regionale Unterschiede in der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland, die aber keinem einheitlichen Muster folgen. Einige Unterschiede können möglicherweise zumindest mittelbar noch immer der unterschiedlichen Entwicklung im vormals geteilten Deutschland zugeschrieben werden, sei es bis heute nachwirkenden Unterschieden, z. B. im Inanspruchnahmeverhalten oder möglicherweise auch in der Leistungserbringung, wie auch bezogen auf die finanziellen Möglichkeiten. Auch Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen konnten aufgezeigt werden. Hier drücken sich sicherlich nicht nur Unterschiede im Zugang zur zahnärztlichen Versorgung aus, sondern auch eine andere Anspruchshaltung der städtischen Bevölkerung an die zahnärztliche Versorgung. Die tiefer greifenden, teils therapiespezifischen Analysen dieses Schwerpunktteils deuten auf grundlegende Unterschiede in Bezug auf Behandlungsstrategien hin, da eine Erklärung allein durch Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten und in den Präferenzen der Versicherten nicht ausreichend erscheint. Die exemplarische Regressionsanalyse für ein Beispiel aus dem Bereich der Versorgung mit Zahnersatz zeigt gleichwohl, dass Parameter wie Bildung, Einkommen und berufliche Stellung mit der Höhe des im Einzelfall geleisteten Eigenanteils und damit auch mit der nachgefragten Leistung zusammenhängen. Angesichts der Vielzahl von Einflussfaktoren, die auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse zu vermuten sind und für die exemplarisch teilweise auch ein Nachweis geführt werden konnte, müsste eine weiter vertiefende Ursachenanalyse entsprechend multidimensional angelegt sein.

Festgehalten werden kann: Eine einheitliche vertragszahnärztliche Versorgung gibt es in Deutschland nicht.

Insbesondere mit Blick auf die offenkundig gegebene Ungleichheit bei Implantatversorgungen, aber z. B. auch bei der Inanspruchnahme der Individualprophylaxe, können aus den vorliegenden Zahlen Potenziale zur Optimierung abgeleitet werden. Eine weitere wesentliche Erkenntnis des Reportes ist auch die sinkende Bedeutung der Regelversorgung im Bereich Zahnersatz in einzelnen Regionen, die es zu diskutieren und zu bewerten gilt.

Die Autoren und die betreuenden Verantwortlichen der BARMER GEK hoffen, mit dem vorliegenden Schwerpunktteil einen ersten Anstoß für die vertiefende wissenschaftliche Analyse von regionalen Unterschieden in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung in Deutschland und insbesondere zur weiteren Aufklärung ihrer Ursachen gegeben zu haben.

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). Der Abschnitt 7.1.4 beinhaltet die Zusatzinformationen zu Kapitel 6 (Regionale Unterschiede). Im Anhangsteil 7.2 befindet sich das Datenmaterial auf dem die Abbildungen der Kapitel 2 bis 6 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 2014

Als Referenz für die Standardisierung der Auswertungsergebnisse zur zahnärztlichen Versorgung wurde die durchschnittliche Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2014 gewählt. Tabelle A 1 basiert auf den Angaben des Statistischen Bundesamtes unter www.gbe-bund.de.

Tabelle A 1: Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2014

Altersgruppe	Anzahl Männer 2014	Anzahl Frauen 2014
0	367.563	348.856
1 - 4	1.420.377	1.349.615
5 - 9	1.791.964	1.699.514
10 - 14	1.903.744	1.805.090
15 - 19	2.094.653	1.972.135
20 – 24	2.357.904	2.228.424
25 – 29	2.652.021	2.514.805
30 – 34	2.576.055	2.498.026
35 – 39	2.399.445	2.359.171
40 – 44	2.611.144	2.573.135
45 – 49	3.404.196	3.318.228
50 – 54	3.454.804	3.401.848
55 – 59	2.915.733	2.937.399
60 – 64	2.502.129	2.650.848
65 – 69	1.925.969	2.082.925
70 – 74	2.059.860	2.366.354
75 – 79	1.811.505	2.297.800
80 – 84	955.114	1.441.588
85 – 89	479.653	978.525
90 und älter	151.624	537.794
Gesamt	39.835.457	41.362.080
Insgesamt	81.197.537	

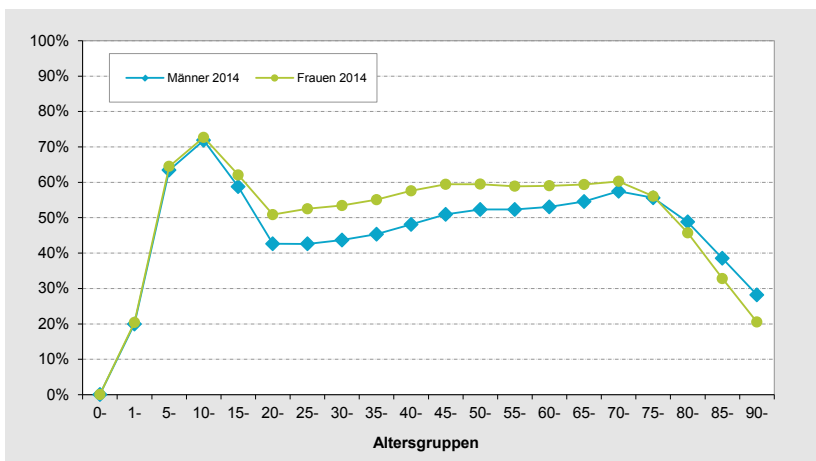


Abbildung A 1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

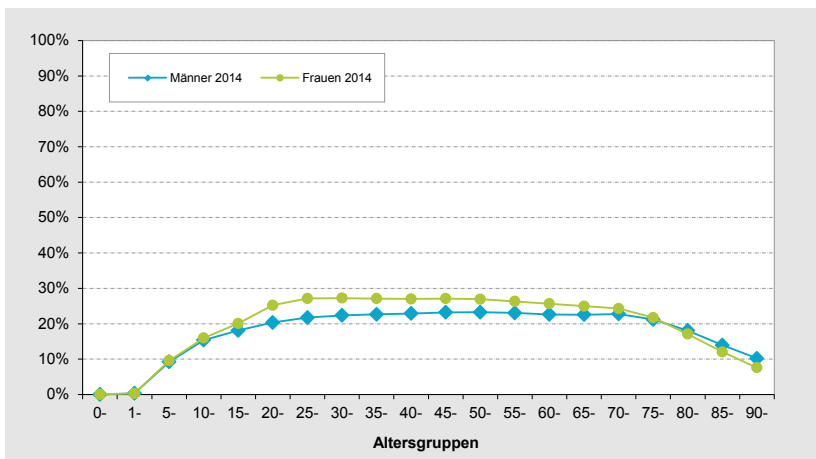


Abbildung A 2: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 4 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

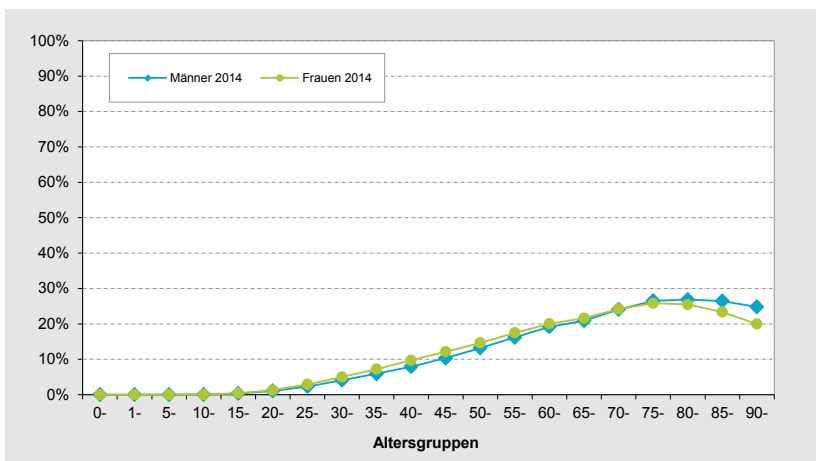


Abbildung A 3: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

Tabelle A 2: Inanspruchnahmerate in den BEMA-Teilen 1, 4, 5 und Gesamt im Jahr 2014

Altersgruppe	BEMA-Teil 1		BEMA-Teil 4		BEMA-Teil 5		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,06%	0,06%	0,01%	0,04%	0,00%	0,01%	5,80%	5,47%
1 - 4	19,94%	20,38%	0,33%	0,32%	0,02%	0,02%	43,25%	43,26%
5 - 9	63,43%	64,49%	9,24%	9,58%	0,04%	0,02%	78,49%	79,42%
10 - 14	71,86%	72,68%	15,38%	15,96%	0,05%	0,05%	78,93%	80,38%
15 - 19	58,76%	62,06%	18,12%	20,09%	0,36%	0,40%	67,14%	72,90%
20 – 24	42,63%	50,88%	20,34%	25,23%	1,05%	1,29%	54,59%	66,65%
25 – 29	42,60%	52,51%	21,75%	27,15%	2,31%	2,92%	55,62%	69,31%
30 – 34	43,69%	53,45%	22,35%	27,24%	4,09%	5,00%	57,84%	71,17%
35 – 39	45,34%	55,08%	22,65%	27,10%	5,91%	7,20%	60,08%	72,97%
40 – 44	48,10%	57,59%	22,89%	27,01%	7,93%	9,75%	62,69%	75,24%
45 – 49	50,93%	59,45%	23,22%	27,10%	10,33%	12,15%	65,49%	76,79%
50 – 54	52,33%	59,49%	23,24%	26,94%	13,20%	14,63%	67,68%	76,95%
55 – 59	52,32%	58,89%	23,04%	26,30%	16,21%	17,49%	68,80%	76,97%
60 – 64	53,05%	59,02%	22,63%	25,64%	19,21%	20,05%	70,40%	77,53%
65 – 69	54,55%	59,36%	22,54%	24,98%	20,92%	21,59%	72,28%	78,04%
70 – 74	57,47%	60,28%	22,75%	24,32%	24,09%	24,22%	76,73%	80,10%
75 – 79	55,61%	56,09%	21,21%	21,72%	26,51%	25,84%	77,11%	77,61%
80 – 84	48,78%	45,71%	18,09%	17,10%	26,86%	25,49%	72,70%	69,08%
85 – 89	38,50%	32,81%	13,94%	12,05%	26,46%	23,35%	64,08%	56,16%
90 und älter	28,20%	20,52%	10,21%	7,60%	24,81%	19,99%	53,43%	42,66%

Tabelle A 3: Mittlere Ausgaben je Versichertem in den BEMA-Teilen 1, 4, 5 und Gesamt im Jahr 2014 in Euro

Altersgruppe	BEMA-Teil 1		BEMA-Teil 4		BEMA-Teil 5		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	1,07	1,00	0,00	0,00	0,00	0,01	1,07	1,01
1 - 4	20,42	19,45	0,00	0,00	0,04	0,05	20,46	19,51
5 - 9	115,75	114,11	0,00	0,00	0,07	0,03	115,82	114,14
10 - 14	123,58	126,74	0,01	0,01	0,15	0,16	123,74	126,91
15 - 19	112,12	128,25	0,09	0,10	1,45	1,77	113,67	130,12
20 – 24	79,96	99,25	0,85	0,88	5,06	5,83	85,86	105,95
25 – 29	91,64	106,59	2,40	2,99	10,84	13,28	104,89	122,86
30 – 34	99,94	111,00	4,85	5,12	18,51	21,94	123,30	138,06
35 – 39	102,23	114,74	7,35	6,91	25,39	29,90	134,96	151,55
40 – 44	104,64	118,59	9,06	8,86	33,73	39,84	147,44	167,28
45 – 49	107,45	120,23	10,73	10,67	43,29	48,74	161,47	179,65
50 – 54	112,00	121,69	11,78	12,53	56,07	62,08	179,85	196,30
55 – 59	114,29	119,74	11,40	12,72	68,46	75,76	194,14	208,23
60 – 64	115,17	117,20	10,60	11,47	79,40	85,31	205,17	213,99
65 – 69	113,24	113,72	9,84	10,12	79,08	84,55	202,15	208,39
70 – 74	117,87	114,54	7,94	8,20	81,18	89,01	206,99	211,75
75 – 79	115,53	108,45	5,80	5,84	83,76	89,17	205,09	203,46
80 – 84	101,16	89,61	3,39	3,24	76,54	78,45	181,08	171,30
85 – 89	81,41	65,46	1,47	1,25	66,15	61,60	149,03	128,31
90 und älter	58,75	41,63	0,68	0,42	48,27	41,28	107,70	83,33

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 Matrize 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 Seitenzahnbe- reich
	13f	Präparieren einer Kavität, zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbe- reich
	13g	Präparieren einer Kavität, dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbe- reich
	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

Kürzel	Ziffer	Spezifische Leistungen
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
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)

Kürzel	Ziffer	Spezifische Leistungen
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 Exzision 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
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

Kürzel	Ziffer	Spezifische Leistungen
Leistungsgruppe 109 Anästhesie – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
I	40	Infiltrationsanästhesie
L1	41a	Leitungsanästhesie intraoral
L2	41b	Leitungsanästhesie extraoral

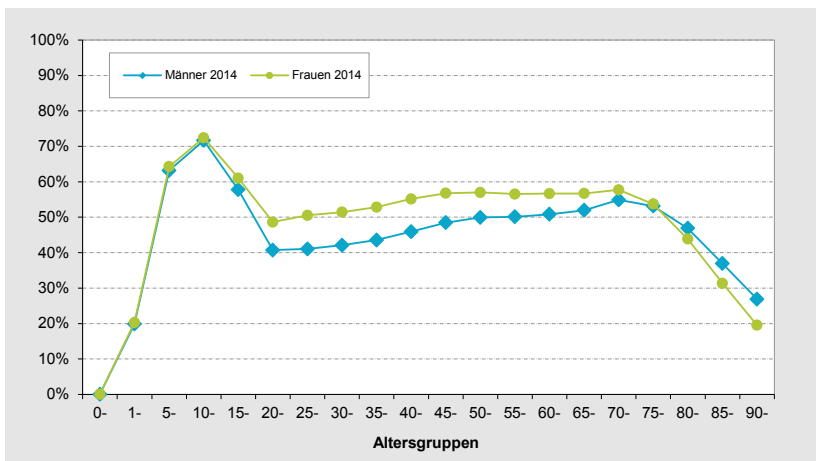


Abbildung A 4: Inanspruchnahmerate für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

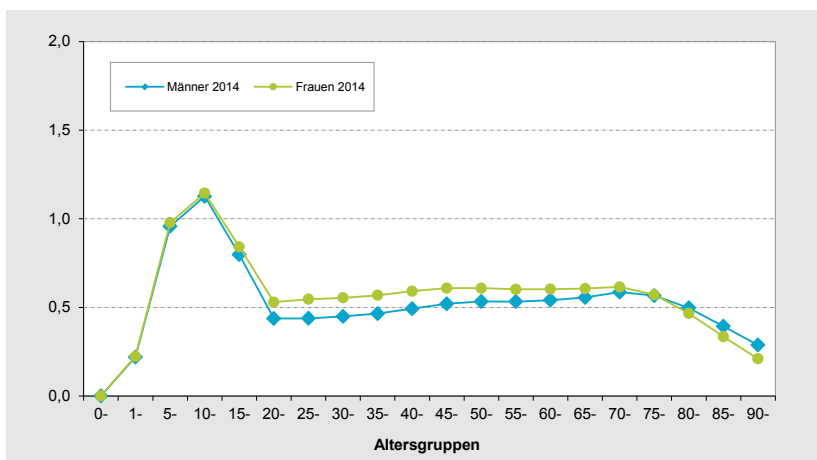


Abbildung A 5: Behandlungsfälle Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

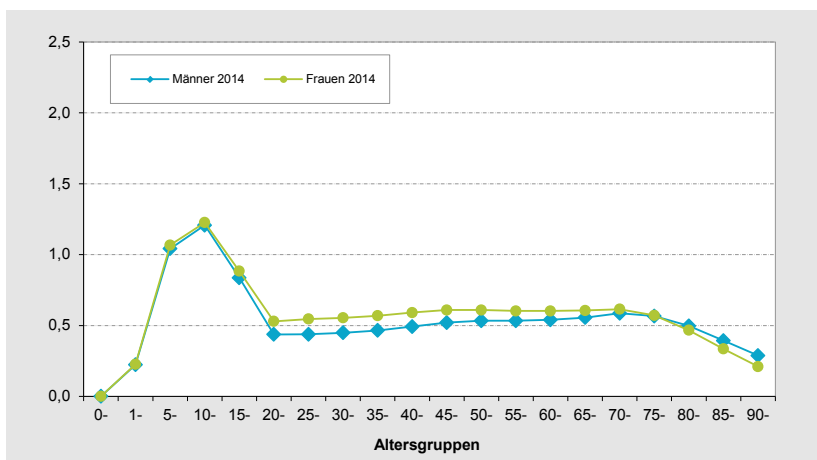


Abbildung A 6: Zahnarztkontakte für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

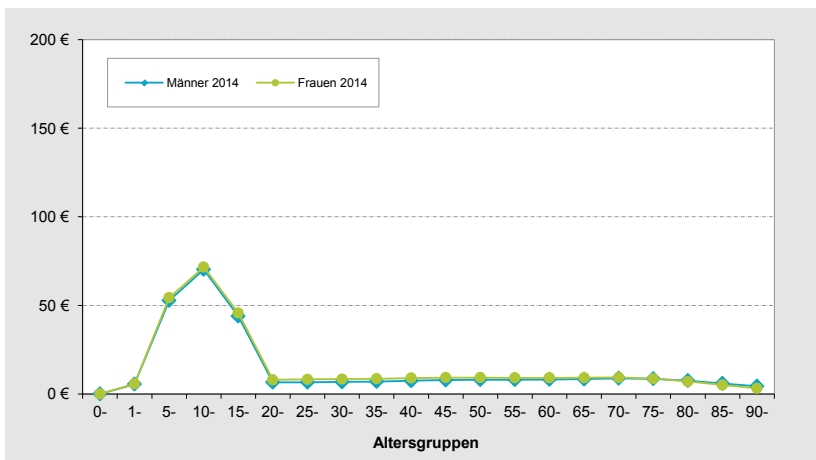


Abbildung A 7: Mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

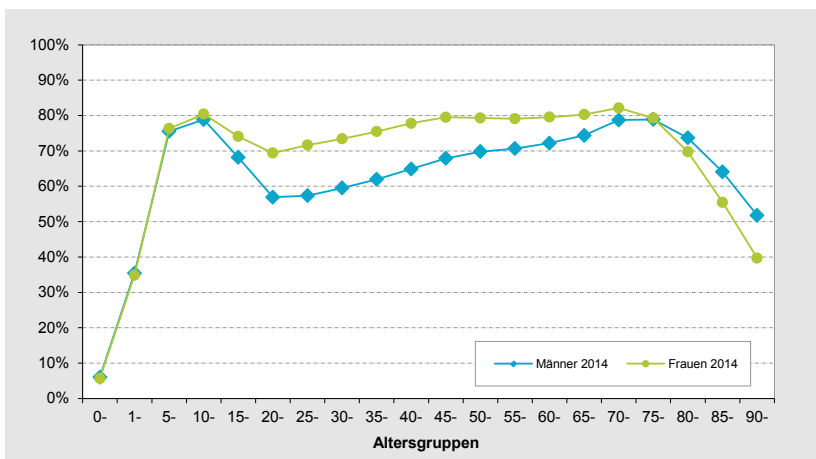


Abbildung A 8: Inanspruchnahmerate für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

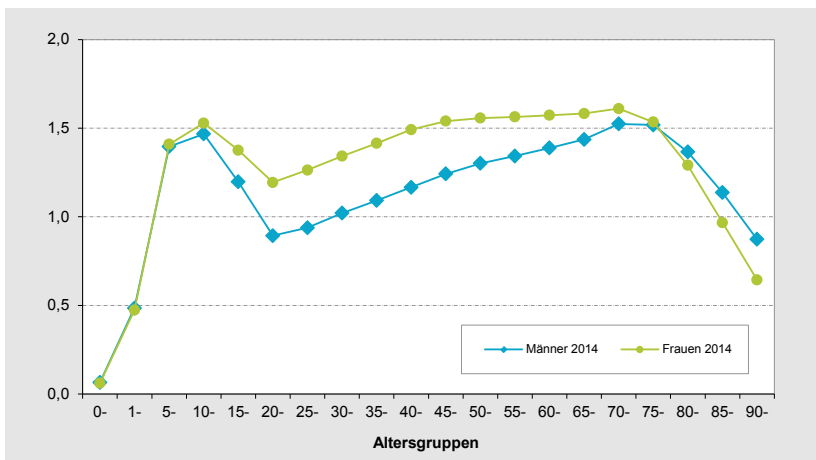


Abbildung A 9: Behandlungsfälle Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

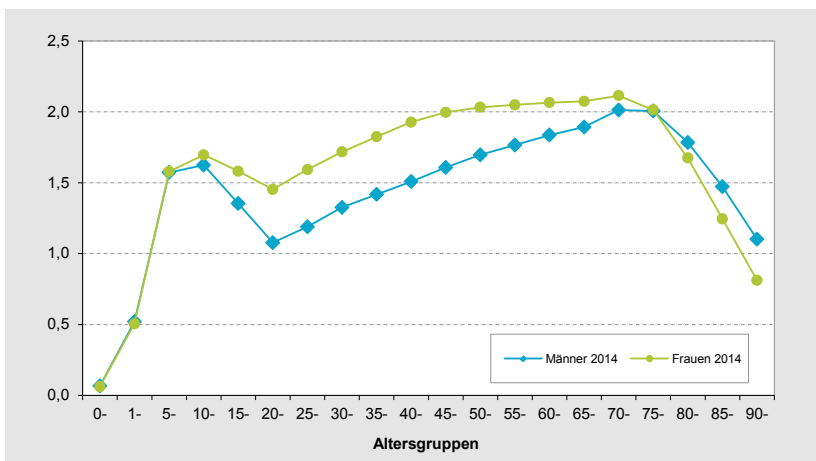


Abbildung A 10: Zahnarztkontakte für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

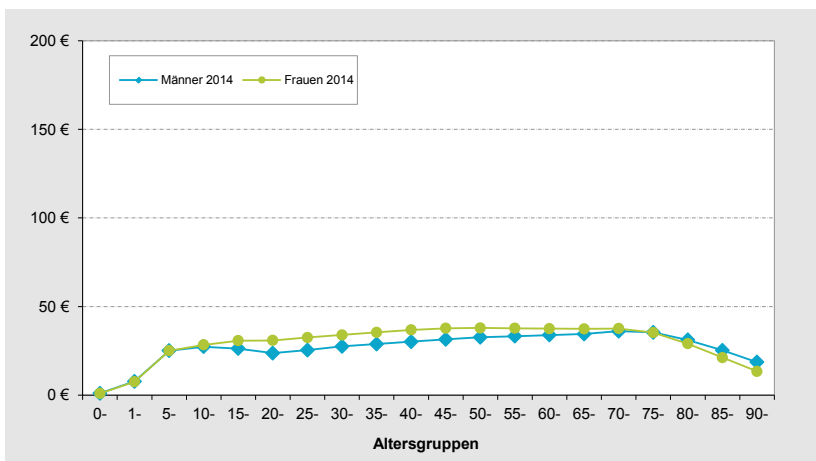


Abbildung A 11: Mittlere Ausgaben für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

Tabelle A 5: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014 nach Ländern* (stand.D2014)**

Land	Inanspruchnahmerate	Behandlungsfälle je Versichertem	Zahnarztkontakte je Versichertem	Mittlere Ausgaben je behand. Versicherten (in Euro)
Hamburg	48,06% (-4,6)	0,53 (-4,9)	0,54 (-4,9)	24,91 (-66,9)
Niedersachsen	46,22% (-6,4)	0,51 (-6,7)	0,52 (-6,7)	25,49 (-8,5)
Bremen	44,86% (-7,8)	0,50 (-8,6)	0,50 (-8,7)	25,65 (7,5)
Nordrhein-Westfalen	48,33% (-4,3)	0,54 (-4,6)	0,55 (-4,5)	25,90 (32,4)
Hessen	52,06% (-0,6)	0,57 (-0,9)	0,58 (-0,8)	25,05 (-52,8)
Rheinland-Pfalz	47,95% (-4,7)	0,53 (-5,6)	0,53 (-5,8)	25,35 (-23,3)
Baden-Württemberg	55,01% (2,3)	0,61 (2,7)	0,62 (2,6)	25,79 (21,1)
Bayern	57,86% (5,2)	0,64 (6)	0,65 (5,8)	25,50 (-7,5)
Saarland	46,91% (-5,8)	0,50 (-7,7)	0,51 (-8)	25,18 (-39,7)
Berlin	53,25% (0,6)	0,59 (0,7)	0,60 (0,7)	25,85 (27,2)
Brandenburg	58,36% (5,7)	0,64 (5,9)	0,65 (6)	26,18 (60,5)
Mecklenburg-Vorpommern	55,52% (2,8)	0,61 (2,6)	0,62 (2,7)	25,69 (11,4)
Sachsen	61,28% (8,6)	0,68 (9,5)	0,69 (9,4)	25,62 (3,8)
Sachsen-Anhalt	57,49% (4,8)	0,63 (4,5)	0,64 (4,6)	25,30 (-27,5)
Thüringen	62,35% (9,7)	0,69 (10,8)	0,70 (10,9)	26,23 (65,2)
Gesamt	52,67%	0,58	0,59	25,58

* Ohne Schleswig-Holstein

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

Tabelle A 6: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Diagnostische und Beratungsleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014 nach Ländern* (stand.D2014)**

Land	Inanspruchnahmerate	Behandlungsfälle je Versichertem	Zahnarztkontakte je Versichertem	Mittlere Ausgaben je behand. Versicherten (in Euro)
Hamburg	66,35% (-4,1)	1,24 (-6,6)	1,59 (-7)	44,45 (106)
Niedersachsen	68,34% (-2,1)	1,27 (-3,7)	1,60 (-5,9)	43,08 (-30,8)
Bremen	65,93% (-4,5)	1,23 (-7,5)	1,55 (-10,4)	44,34 (95,1)
Nordrhein-Westfalen	68,33% (-2,1)	1,29 (-1,9)	1,62 (-4)	42,98 (-41)
Hessen	68,02% (-2,4)	1,23 (-7,5)	1,52 (-13,3)	42,32 (-107,3)
Rheinland-Pfalz	67,05% (-3,4)	1,20 (-10,7)	1,50 (-16,1)	41,99 (-139,9)
Baden-Württemberg	71,00% (0,6)	1,31 (0,3)	1,65 (-0,2)	44,98 (159,4)
Bayern	72,50% (2,1)	1,33 (2,5)	1,78 (12,1)	46,68 (329,4)
Saarland	64,07% (-6,4)	1,11 (-19,8)	1,40 (-25,5)	39,90 (-348,6)
Berlin	69,06% (-1,4)	1,28 (-2,3)	1,59 (-6,5)	42,08 (-130,4)
Brandenburg	74,79% (4,4)	1,39 (8,7)	1,73 (7,8)	40,97 (-241,9)
Mecklenburg-Vorpommern	74,10% (3,7)	1,39 (8,8)	1,81 (15,3)	43,38 (-0,7)
Sachsen	77,17% (6,7)	1,46 (15,9)	1,86 (20,2)	42,93 (-45,3)
Sachsen-Anhalt	75,36% (4,9)	1,39 (8,9)	1,83 (17,2)	43,03 (-35,7)
Thüringen	77,17% (6,7)	1,45 (14,6)	1,81 (15,3)	42,59 (-79,5)
Gesamt	70,43%	1,31	1,66	43,39

* Ohne Schleswig-Holstein

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

Tabelle A 7: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Therapeutische Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014 nach Ländern* (stand.D2014)**

Land	Inanspruchnahmerate	Behandlungsfälle je Versichertem	Zahnarztkontakte je Versichertem	Mittlere Ausgaben je behand. Versicherten (in Euro)
Hamburg	48,61% (-0,2)	0,82 (0,9)	1,34 (-1,2)	123,82 (-723,1)
Niedersachsen	48,41% (-0,4)	0,80 (-0,8)	1,34 (-1,3)	132,24 (119,3)
Bremen	46,68% (-2,2)	0,79 (-2,5)	1,31 (-4,4)	129,76 (-129,1)
Nordrhein-Westfalen	46,09% (-2,7)	0,76 (-5,2)	1,27 (-8,3)	129,17 (-187,8)
Hessen	44,82% (-4)	0,73 (-8,6)	1,23 (-12,3)	130,48 (-56,6)
Rheinland-Pfalz	44,91% (-3,9)	0,72 (-9,2)	1,21 (-14)	130,21 (-83,4)
Baden-Württemberg	43,85% (-5)	0,70 (-11,2)	1,14 (-20,8)	134,40 (335,6)
Bayern	53,85% (5)	0,89 (8,2)	1,47 (12,1)	141,69 (1064,2)
Saarland	49,34% (0,5)	0,79 (-1,7)	1,32 (-2,8)	119,75 (-1129,5)
Berlin	49,35% (0,5)	0,84 (2,9)	1,41 (6,2)	130,96 (-8,9)
Brandenburg	52,63% (3,8)	0,90 (9)	1,47 (12,2)	121,81 (-923,6)
Mecklenburg-Vorpommern	56,49% (7,7)	0,99 (17,9)	1,67 (31,5)	130,53 (-51,9)
Sachsen	53,65% (4,8)	0,92 (10,9)	1,52 (17,2)	124,55 (-649,7)
Sachsen-Anhalt	56,25% (7,4)	0,97 (16)	1,67 (31,5)	130,93 (-11,2)
Thüringen	54,25% (5,4)	0,93 (12,3)	1,57 (21,6)	126,51 (-453,8)
Gesamt	48,84%	0,81	1,35	131,05

* Ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt („Gesamt“) 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 8: 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 Freundsituation 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 Freundsituationen 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 Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.2 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar
2.3	Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer

Nr.	Befundklasse
2.4	Frontzahnücke 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	<p>a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe,</p> <p>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,</p> <p>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 Prämolar. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar</p>
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
4.6	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn

Nr.	Befundklasse
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
6.4	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn

Nr.	Befundklasse
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 Verblendsbereich 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
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

Nr.	Befundklasse
7.7	Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion

7.1.4 Anhang zu Kapitel 6: Regionale Unterschiede

Tabelle A 9: *Behandlungsfälle mit GOZ-Leistungen (gleichartige Versorgung) und Fälle ohne GOZ-Leistungen (Regelversorgung) im Jahr 2014 je 1.000 Versichertenjahren nach Bundesländern aufgeschlüsselt*

Land	Fälle mit GOZ	Fälle ohne GOZ	Quotient
Mecklenburg- Vorpommern	9,8	5,0	2,0
Sachsen-Anhalt	10,3	5,0	2,0
Thüringen	10,2	4,4	2,3
Sachsen	13,1	5,3	2,5
Schleswig-Holstein	17,5	4,9	3,6
Bremen	16,5	4,2	3,9
Niedersachsen	14,9	3,7	4,0
Berlin	17,9	4,4	4,0
Saarland	11,7	2,7	4,4
Rheinland-Pfalz	13,4	3,0	4,4
Hessen	16,6	3,2	5,1
Hamburg	21,4	3,8	5,6
Baden-Württemberg	18,0	2,3	7,9
Bayern	15,9	1,7	9,6

7.2 Datengrundlage für die Abbildungen des Hauptteils

7.2.1 Datenanhang zu Kapitel 3: Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen

Tabelle A 10: Inanspruchnahmerate in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014

Alter	Prophylaxe-Leistungen		Diagnostische und Beratungsleistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,00	0,00	0,06	0,06	0,00	0,00
1-4	0,20	0,20	0,35	0,35	0,08	0,07
5-9	0,63	0,64	0,76	0,76	0,42	0,42
10-14	0,72	0,72	0,79	0,80	0,43	0,44
15-19	0,58	0,61	0,68	0,74	0,36	0,42
20-24	0,41	0,49	0,57	0,69	0,36	0,46
25-29	0,41	0,51	0,57	0,72	0,39	0,49
30-34	0,42	0,51	0,60	0,73	0,43	0,52
35-39	0,44	0,53	0,62	0,75	0,45	0,54
40-44	0,46	0,55	0,65	0,78	0,48	0,57
45-49	0,48	0,57	0,68	0,80	0,51	0,58
50-54	0,50	0,57	0,70	0,79	0,53	0,59
55-59	0,50	0,57	0,71	0,79	0,54	0,59
60-64	0,51	0,57	0,72	0,80	0,55	0,59
65-69	0,52	0,57	0,74	0,80	0,56	0,59
70-74	0,55	0,58	0,79	0,82	0,59	0,60
75-79	0,53	0,54	0,79	0,79	0,58	0,58
80-84	0,47	0,44	0,74	0,70	0,53	0,51
85-89	0,37	0,31	0,64	0,55	0,46	0,41
90 und älter	0,27	0,20	0,52	0,40	0,38	0,30

Tabelle A 11: Mittlere Anzahl der Behandlungsfälle in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versichertem im Jahr 2014

Alter	Prophylaxe-Leistungen		Diagnostische und Beratungsleistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,00	0,00	0,06	0,06	0,00	0,00
1-4	0,22	0,22	0,48	0,47	0,11	0,10
5-9	0,96	0,98	1,40	1,41	0,68	0,67
10-14	1,13	1,14	1,47	1,53	0,62	0,64
15-19	0,80	0,84	1,20	1,38	0,52	0,63
20-24	0,44	0,53	0,89	1,19	0,53	0,71
25-29	0,44	0,55	0,94	1,26	0,61	0,79
30-34	0,45	0,55	1,02	1,34	0,69	0,85
35-39	0,46	0,57	1,09	1,41	0,74	0,91
40-44	0,49	0,59	1,17	1,49	0,79	0,96
45-49	0,52	0,61	1,24	1,54	0,84	1,00
50-54	0,53	0,61	1,30	1,56	0,89	1,02
55-59	0,53	0,60	1,34	1,56	0,92	1,03
60-64	0,54	0,60	1,39	1,57	0,95	1,02
65-69	0,56	0,61	1,44	1,58	0,96	1,02
70-74	0,59	0,62	1,52	1,61	1,02	1,05
75-79	0,57	0,57	1,52	1,54	1,01	1,01
80-84	0,50	0,47	1,37	1,29	0,91	0,86
85-89	0,39	0,33	1,14	0,97	0,76	0,66
90 und älter	0,29	0,21	0,87	0,64	0,60	0,46

Tabelle A 12: Mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versichertem im Jahr 2014

Alter	Prophylaxe-Leistungen		Diagnostische und Beratungsleistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,00	0,00	0,07	0,06	0,00	0,00
1-4	0,22	0,23	0,52	0,51	0,11	0,10
5-9	1,04	1,07	1,57	1,58	0,68	0,67
10-14	1,21	1,23	1,62	1,70	0,62	0,64
15-19	0,84	0,88	1,35	1,58	0,52	0,63
20-24	0,44	0,53	1,08	1,45	0,53	0,71
25-29	0,44	0,55	1,19	1,59	0,61	0,79
30-34	0,45	0,55	1,33	1,72	0,69	0,85
35-39	0,46	0,57	1,42	1,82	0,74	0,91
40-44	0,49	0,59	1,51	1,93	0,79	0,96
45-49	0,52	0,61	1,61	2,00	0,84	1,00
50-54	0,53	0,61	1,70	2,03	0,89	1,02
55-59	0,53	0,60	1,77	2,05	0,92	1,03
60-64	0,54	0,60	1,84	2,07	0,95	1,02
65-69	0,56	0,61	1,89	2,07	0,96	1,02
70-74	0,59	0,62	2,01	2,11	1,02	1,05
75-79	0,57	0,57	2,01	2,01	1,01	1,01
80-84	0,50	0,47	1,78	1,67	0,91	0,86
85-89	0,39	0,33	1,47	1,24	0,76	0,66
90 und älter	0,29	0,21	1,10	0,81	0,60	0,46

Tabelle A 13: Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014 in Euro

Alter	Prophylaxe-Leistungen		Diagnostische und Beratungsleistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,01	0,01	1,00	0,94	0,10	0,09
1-4	5,59	5,69	7,77	7,55	7,96	7,06
5-9	52,75	54,35	25,07	25,07	43,25	39,99
10-14	70,31	71,61	27,34	28,39	31,93	32,86
15-19	43,96	45,69	26,29	30,77	47,63	58,33
20-24	6,63	8,03	23,68	30,85	53,53	65,09
25-29	6,64	8,27	25,40	32,52	63,19	70,13
30-34	6,80	8,39	27,48	33,98	69,51	73,08
35-39	7,05	8,62	28,84	35,46	70,66	75,60
40-44	7,47	8,96	30,14	36,84	72,02	78,10
45-49	7,88	9,23	31,47	37,74	73,63	78,99
50-54	8,09	9,23	32,64	37,95	76,66	79,84
55-59	8,08	9,13	33,27	37,75	78,01	77,86
60-64	8,19	9,14	33,94	37,55	78,11	75,38
65-69	8,43	9,19	34,52	37,42	76,01	72,44
70-74	8,88	9,33	36,08	37,61	78,45	72,66
75-79	8,59	8,67	35,41	35,32	76,88	69,22
80-84	7,53	7,07	31,15	29,06	66,61	57,32
85-89	5,97	5,07	25,30	21,20	53,65	42,27
90 und älter	4,36	3,18	18,60	13,44	38,77	27,17

Tabelle A 14: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus BEMA-Teil 1 im Jahr 2014 nach Alter und Leistungsuntergruppe

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	0,1%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%
1-4	20,1%	33,6%	0,7%	3,6%	1,4%	0,6%	0,5%	4,7%	0,9%
5-9	63,7%	72,5%	5,6%	27,5%	11,4%	10,8%	3,2%	17,3%	15,2%
10-14	72,0%	75,9%	7,2%	22,1%	6,5%	14,3%	3,5%	18,2%	18,3%
15-19	59,4%	67,6%	17,6%	19,8%	7,3%	7,4%	8,3%	20,9%	15,6%
20-24	44,8%	60,4%	23,6%	22,7%	12,0%	6,7%	8,4%	24,4%	19,8%
25-29	46,0%	62,4%	25,3%	28,3%	16,0%	6,1%	8,1%	26,6%	23,3%
30-34	47,0%	64,3%	26,5%	31,5%	18,3%	6,1%	8,6%	28,6%	25,8%
35-39	48,8%	66,7%	27,5%	33,5%	19,0%	6,5%	9,4%	30,7%	27,4%
40-44	51,4%	69,4%	28,0%	35,4%	19,1%	7,0%	10,4%	33,0%	28,3%
45-49	53,6%	71,5%	28,5%	35,9%	18,5%	7,9%	11,5%	35,1%	28,7%
50-54	54,3%	72,3%	28,5%	36,0%	17,7%	9,4%	12,7%	36,7%	29,0%
55-59	54,1%	72,7%	28,1%	35,0%	16,5%	10,6%	13,6%	37,9%	28,6%
60-64	54,4%	73,5%	27,4%	34,0%	15,5%	11,5%	14,0%	38,9%	27,9%
65-69	54,8%	74,3%	26,7%	32,4%	14,5%	11,8%	14,3%	40,1%	26,9%
70-74	56,6%	77,2%	26,7%	33,2%	14,5%	12,6%	14,8%	42,1%	26,9%
75-79	53,4%	75,5%	25,0%	31,1%	13,7%	13,3%	14,8%	41,7%	25,7%
80-84	44,8%	68,1%	20,8%	25,4%	11,5%	12,9%	13,4%	37,2%	22,4%
85-89	33,0%	55,4%	15,3%	18,1%	8,1%	11,8%	11,0%	30,7%	17,8%
90 und älter	20,9%	39,9%	9,3%	10,8%	4,6%	9,0%	7,5%	23,2%	12,4%

Tabelle A 15: Anteil der Versicherten mit mindestens einer der ausgewählten Leistungen im Jahr 2014

	Füllung		Zahnextraktion		Orthopantomogramm		Bereich Wurzelkanalbehandlung	
Alter	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%	3,6%	0,6%	0,5%	0,1%	0,1%	0,3%	0,3%
5-9	27,0%	25,9%	11,2%	11,4%	2,3%	2,1%	4,5%	3,8%
10-14	20,3%	19,9%	14,5%	15,4%	3,4%	3,9%	1,6%	1,3%
15-19	18,2%	20,5%	6,6%	8,8%	9,2%	12,2%	1,7%	1,9%
20-24	21,2%	25,7%	5,9%	7,6%	10,3%	12,7%	4,0%	4,4%
25-29	26,3%	31,2%	5,7%	5,9%	9,9%	10,8%	5,8%	6,4%
30-34	29,7%	34,2%	5,9%	5,5%	10,0%	10,2%	7,0%	7,3%
35-39	31,3%	36,0%	6,3%	5,8%	10,1%	10,4%	7,4%	7,8%
40-44	32,8%	37,6%	6,9%	6,3%	10,3%	10,6%	7,3%	7,9%
45-49	33,4%	37,5%	7,9%	7,3%	10,3%	11,0%	7,5%	7,8%
50-54	33,8%	36,4%	9,5%	8,8%	10,8%	11,4%	7,6%	7,6%
55-59	33,4%	34,2%	11,0%	10,1%	10,8%	11,6%	7,7%	7,2%
60-64	32,8%	32,5%	12,3%	10,9%	10,6%	11,1%	7,7%	7,0%
65-69	31,6%	30,8%	12,7%	11,3%	10,3%	10,8%	7,4%	6,7%
70-74	32,9%	31,0%	13,4%	12,2%	9,7%	10,0%	7,9%	6,8%
75-79	31,3%	28,5%	14,2%	13,0%	8,8%	8,8%	7,9%	6,4%
80-84	26,3%	22,5%	14,2%	12,7%	7,3%	6,8%	6,6%	5,1%
85-89	20,0%	15,2%	13,4%	11,6%	5,5%	4,7%	5,2%	3,5%
90 und älter	13,7%	8,7%	11,3%	8,9%	3,8%	2,7%	3,7%	1,8%

7.2.2 Datenanhang zu Kapitel 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien

Tabelle A 16: Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Behandlungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

Inanspruchnahmerate	Diagnostische Leistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter				
20-24	21,3%	26,4%	0,2%	0,2%
25-29	22,6%	28,2%	0,5%	0,6%
30-34	23,2%	28,3%	1,0%	1,1%
35-39	23,6%	28,2%	1,5%	1,4%
40-44	24,0%	28,2%	1,9%	1,9%
45-49	24,4%	28,4%	2,3%	2,4%
50-54	24,3%	28,1%	2,7%	2,9%
55-59	24,0%	27,4%	2,7%	3,1%
60-64	23,6%	26,7%	2,6%	2,9%
65-69	23,7%	26,1%	2,5%	2,7%
70-74	23,8%	25,4%	2,1%	2,2%
75-79	22,2%	22,7%	1,6%	1,6%
80-84	18,8%	17,8%	1,0%	1,0%
85-89	14,5%	12,6%	0,5%	0,4%
90 und älter	10,7%	8,0%	0,3%	0,2%

Tabelle A 17: Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Behandlungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

Mittlere Ausgaben in Euro	Diagnostische Leistungen		Therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20-24	9,97	10,09	481,76	465,99
25-29	10,43	10,57	485,20	472,33
30-34	11,11	11,04	478,04	466,55
35-39	11,78	11,42	471,78	462,61
40-44	12,25	11,89	459,02	447,81
45-49	12,72	12,39	444,22	432,26
50-54	13,15	13,00	423,45	412,13
55-59	13,21	13,27	402,11	392,51
60-64	13,15	13,10	384,22	375,85
65-69	12,96	12,90	376,00	361,85
70-74	12,40	12,43	364,07	347,82
75-79	11,89	11,94	345,71	334,79
80-84	11,26	11,33	329,33	317,25
85-89	10,62	10,68	297,01	271,73
90 und älter	10,30	10,26	245,72	230,73

Tabelle A 18: Anteil der Versicherten mit mindestens einer parodontologischen Leistung im Jahr 2014 nach Alter und Gebührenziffer

Gebührenziffer	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	23,8%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%
25-29	25,3%	0,5%	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%
30-34	25,4%	1,0%	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,5%	1,0%
35-39	25,5%	1,5%	1,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,7%	1,4%
40-44	25,5%	1,9%	1,9%	1,9%	0,0%	0,1%	0,8%	1,9%
45-49	25,6%	2,4%	2,3%	2,3%	0,1%	0,1%	1,0%	2,3%
50-54	25,1%	2,8%	2,8%	2,8%	0,1%	0,1%	1,2%	2,8%
55-59	24,5%	2,9%	2,9%	2,9%	0,1%	0,1%	1,3%	2,9%
60-64	24,0%	2,8%	2,8%	2,7%	0,1%	0,1%	1,2%	2,8%
65-69	23,8%	2,6%	2,6%	2,5%	0,1%	0,1%	1,1%	2,6%
70-74	23,6%	2,2%	2,1%	2,0%	0,1%	0,1%	1,0%	2,1%
75-79	21,6%	1,6%	1,6%	1,5%	0,1%	0,1%	0,7%	1,6%
80-84	17,7%	1,0%	0,9%	0,9%	0,0%	0,0%	0,5%	0,9%
85-89	13,0%	0,4%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%	0,4%
90 und älter	8,4%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%

7.2.3 Datenanhang zu Kapitel 5: Zahnersatz und Zahnkronen

Tabelle A 19: Inanspruchnahmerate für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

Inanspruchnahmerate	Neueingliederung		Wiederherstellung	
Alter	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20-24	1,0%	1,2%	0,1%	0,1%
25-29	2,1%	2,6%	0,3%	0,3%
30-34	3,5%	4,4%	0,6%	0,7%
35-39	4,8%	6,0%	1,2%	1,4%
40-44	6,1%	7,8%	2,1%	2,2%
45-49	7,6%	9,2%	3,2%	3,4%
50-54	8,9%	10,3%	5,1%	5,1%
55-59	9,8%	10,9%	7,5%	7,6%
60-64	10,3%	11,2%	10,3%	10,3%
65-69	10,2%	10,8%	12,3%	12,3%
70-74	10,4%	10,9%	15,3%	15,2%
75-79	10,2%	10,3%	18,2%	17,5%
80-84	8,8%	8,5%	20,1%	19,0%
85-89	7,2%	6,5%	21,1%	18,7%
90 und älter	5,2%	4,3%	21,0%	17,0%

Tabelle A 20: Mittlere Gesamtausgaben je behandeltem Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014 (inkl. Eigenanteil)

Mittlere Gesamtausgaben in Euro	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alter				
20-24	1.008,86	984,51	68,07	54,43
25-29	1.089,81	1.075,02	59,07	54,06
30-34	1.177,64	1.159,62	63,13	57,23
35-39	1.215,17	1.203,58	72,66	62,43
40-44	1.255,53	1.313,86	74,81	72,85
45-49	1.358,57	1.357,86	92,73	89,59
50-54	1.587,58	1.535,08	117,27	114,77
55-59	1.640,70	1.753,48	139,07	138,39
60-64	1.707,61	1.852,33	151,66	152,60
65-69	1.816,37	1.899,18	159,41	158,64
70-74	1.757,75	1.926,45	165,00	163,92
75-79	1.681,44	1.815,77	169,41	170,85
80-84	1.601,99	1.731,91	175,45	177,36
85-89	1.571,36	1.567,51	181,01	183,23
90 und älter	1.266,48	1.279,22	186,90	182,26

Tabelle A 21: Mittlerer Eigenanteil je behandeltem Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014

Mittlere Gesamtausgaben in Euro	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20-24	459,15	478,33	27,47	20,44
25-29	538,61	548,28	22,48	19,03
30-34	633,85	638,60	24,25	20,58
35-39	672,67	683,40	28,11	24,13
40-44	689,33	788,54	29,84	28,59
45-49	776,15	819,65	38,36	37,44
50-54	962,96	931,91	48,72	48,67
55-59	967,74	1.082,74	58,91	59,83
60-64	993,43	1.135,89	64,32	65,92
65-69	1.109,99	1.185,20	69,57	69,94
70-74	1.083,87	1.206,33	73,06	71,76
75-79	1.000,75	1.092,99	75,19	74,63
80-84	939,65	1.013,32	77,89	78,19
85-89	924,27	893,28	82,71	82,68
90 und älter	704,50	690,86	87,82	84,60

Tabelle A 22: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Versorgungsleistung (Zahnersatz und Zahnkronen) im Jahr 2014 nach Alter und Befundklassen

Alter	1	2	3	4	5	6	7
20-24	0,9%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
25-29	1,9%	0,5%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%
30-34	3,2%	0,9%	0,3%	0,1%	0,3%	0,7%	0,0%
35-39	4,4%	1,2%	0,4%	0,1%	0,4%	1,4%	0,0%
40-44	5,6%	1,7%	0,6%	0,2%	0,6%	2,3%	0,0%
45-49	6,6%	2,0%	0,9%	0,4%	0,8%	3,6%	0,0%
50-54	7,1%	2,4%	1,4%	0,7%	1,2%	5,4%	0,1%
55-59	7,4%	2,5%	1,9%	1,2%	1,4%	8,0%	0,1%
60-64	7,4%	2,4%	2,3%	1,7%	1,5%	10,8%	0,2%
65-69	7,2%	2,2%	2,4%	1,9%	1,5%	12,8%	0,3%
70-74	7,3%	2,1%	2,6%	2,2%	1,5%	15,8%	0,3%
75-79	6,8%	1,8%	2,6%	2,7%	1,5%	18,4%	0,4%
80-84	5,2%	1,3%	2,2%	2,9%	1,3%	19,9%	0,4%
85-89	3,2%	0,7%	1,7%	2,9%	1,1%	19,8%	0,4%
90 und älter	1,6%	0,3%	1,0%	2,4%	0,8%	18,0%	0,3%

7.2.4 Datenanhang zu Kapitel 6: Regionale Unterschiede

Tabelle A 23: Modellrechnung zu Einflussgrößen auf die Zuzahlung bei Befundklasse 3

Variable	Ausprägung	Schätzer	t-Wert	p-Wert
Alter 20-24	ja	-112,8	-0,4	0,697
Alter 25-29	ja	-198,7	-1,3	0,202
Alter 30-34	ja	109,3	1,1	0,275
Alter 35-39	ja	56,4	0,7	0,480
Alter 40-44	ja	-13,2	-0,2	0,843
Alter 45-49	ja	69,8	1,3	0,211
Alter 50-54	ja	55,4	1,1	0,287
Alter 55-59	ja	133,8	2,6	0,009
Alter 60-64	ja	156,9	3,1	0,002
Alter 65-69	ja	325,6	5,4	0,000
Alter 70-74	ja	308,7	2,3	0,020
Alter 75-79	ja	265,9	1,4	0,160
Geschlecht	weiblich	179,9	7,4	0,000
Einkommen	1-7	61,5	9,2	0,000
Bildung	1-7	20,7	2,4	0,017
Beruf	1-7	111,9	11,0	0,000
Modellgüte	adj. R2	0,45		

8 Literatur

- Awad M.A., Rashid F., Feine J.S. (2014): The effect of mandibular 2-implant overdentures on oral health-related quality of life: an international multicentre study. *Clin Oral Implants Res* 25 (1): 46–51. doi: 10.1111/clr.12205
- BMG (verschiedene Jahrea): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse (KJ 1 - Statistik)
- BMG (verschiedene Jahreb): Gesetzliche Krankenversicherung. Versicherte (KM 6 - Statistik)
- DGPro - Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (2013): Überprüfung der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 S. 11 SGB V. Abschlussbericht. Revidierte Fassung vom 06.11.2013. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1892/2013-12-19_Regelversorgung_Abnahme-AB_DGPro.pdf, zuletzt abgerufen am: 06.04.2016
- Enami E., Heydecke G., Rompré P.H., Grandmont P. de et al. (2009): Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Clin Oral Implants Res* 20 (6): 533–544. doi: 10.1111/j.1600-0501.2008.01693.x
- Kay E., Nuttall N. (1995a): Clinical Decision Making - An Art or a Science? Part I: An Introduction. *Br Dent J* 178 (2): 76–78
- Kay E., Nuttall N. (1995b): Clinical Decision Making - An Art or a Science? Part II: Making Sense of Treatment Decisions. *Br Dent J* 178 (3): 113–116
- Kay E., Nuttall N. (1995c): Clinical Decision Making - An Art or a Science? Part III: To Treat or Not to Treat? *Br Dent J* 178 (4): 153–155

- Kay E., Nuttall N. (1995d): Clinical Decision Making - An Art or a Science? Part IV: Assessing Risks and Probabilities. *Br Dent J* 178 (5): 190–193
- Kay E., Nuttall N. (1995e): Clinical Decision Making - An Art or a Science? Part V: Patient Preferences and their Influence on Decision Making. *Br Dent J* 178 (6): 229–233
- Kay E., Nuttall N. (1995f): Clinical Decision Making - An Art or a Science? Part VI: Decision-Making in Dental Practice - a Case-Study. *Br Dent J* 178 (7): 269–273
- KZBV (2014): Jahrbuch 2013. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Einschliesslich GOZ-Analyse, Köln
- KZBV (2015): Jahrbuch 2014. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Einschliesslich GOZ-Analyse, Köln
- KZBV (2016): Jahrbuch 2015. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Einschliesslich GOZ-Analyse. *KZBV Jahrbuch*, Köln
- Micheelis W., Reich E., Heinrich R. (1999): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. *Materialienreihe / Institut der Deutschen Zahnärzte* 21. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Micheelis, W., Schiffner, U. (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. *Materialienreihe / Institut der Deutschen Zahnärzte* 31. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln
- Rädel M., Hartmann A., Bohm S., Priess H.-W. et al. (2015): BARMER GEK Zahnreport 2015. Schwerpunkt: Füllungen. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse* 31, Siegburg.

<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2015/150414-Zahnreport/PDF-Zahnreport-2015.property=Data.pdf>, zuletzt abgerufen am: 06.04.2016

Rädel M., Hartmann A., Böhm S., Walter M. (2014):
BARMER GEK Zahnreport 2014. Schwerpunktthema: Wurzelbehandlung. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse* 25, Siegburg.
<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2014/140507-Zahnreport/PDF-Zahnreport-2014.property=Data.pdf>, zuletzt abgerufen am: 06.04.2016

Schäfer T., Hartmann A., Hussein R., Bitzer E.M. et al. (2013):
BARMER GEK Zahnreport 2013. Schwerpunkt: Zahnersatz und Zahnkronen. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 19*, Siegburg. https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame_PDF_Dokumente/Reports/PDF-Zahnreport-2013.property=Data.pdf, zuletzt abgerufen am: 06.04.2016

Schäfer T., Schneider A., Hussein R., Schwartz F.W. (2012):
BARMER GEK Zahnreport 2012. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 13*, Siegburg. https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame_PDF_Dokumente/Reports/Zahnreport-2012-PDF.property=Data.pdf, zuletzt abgerufen am: 06.04.2016

Thomason J.M., Heydecke G., Feine J.S., Ellis J.S. (2007): How do patients perceive the benefit of reconstructive dentistry with regard to oral health-related quality of life and patient satisfaction? A systematic review. *Clin Oral Implants Res* 18 (Suppl 3): 168–188. doi: 10.1111/j.1600-0501.2007.01461.x

9 Weitere Verzeichnisse

9.1 Verzeichnis verwendeter Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
BEMA	Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen; Abrechnungsgrundlage vertragszahnärztlicher Leistungen in Deutschland
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZÄK	Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e. V. ; Berufsvertretung der deutschen Zahnärzte
D	Deutschland
DMS	Deutsche Mundgesundheitsstudie
DTA	Datenträgeraustausch
FDI	Federation Dentaire Internationale
FU	Früherkennungsuntersuchungen
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss... höchstes Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung in Deutschen Gesundheitssystem
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HKP/HK-Pläne	Heil- und Kostenplan/Pläne
IP	Individualprophylaxe
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung... Körperschaft öffentlichen Rechts und Interessenvertretung der Vertragszahnärzte; verantwortlich für die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland (Quelle: www.kzbv.de)
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung... Körperschaft öffentlichen Rechts, der alle Vertragszahnärzte des jeweiligen Gebietes angehören und die für die vertragszahnärztliche Versorgung dieses Gebietes verantwortlich ist.
Mio.	Million
Mrd.	Milliarden
OPT/OPG	Orthopantomogramm
PKV	Private Krankenversicherung
PSI	Parodontaler Screening Index
RV	Regelversorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung

Abkürzung	Bedeutung
stand.	alters- (und ggf. geschlechts-) standardisiert - vgl. Erläuterungen im Anhang
WHO	World Health Organisation / Weltgesundheitsorganisation
WKB	Wurzel(kanal)behandlung

9.2 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
Prämolare	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
(Zahn-)Pulpa	hier: Zahnpulpa, Zahnmark, feinfaseriges, an Blutgefäßen und Nerven reiches Bindegewebe, das die Pulpahöhle im Inneren des Zahnes ausfüllt, umgangssprachlich auch sogenannter „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-Kompodium der Zahnheilkunde, München: Hanser-Verlag 1995, teilweise modifiziert

9.3 Verzeichnis der Tabellen im Text

Tabelle 2-1:	Kenngößen Vertragszahnärztliche Versorgung	28
Tabelle 2-2:	Übersicht zu den in den einzelnen Kapiteln dieses Reports ausgewiesenen Kenngößen	29
Tabelle 2-3:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen insgesamt im Jahr 2014 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2014)	30
Tabelle 2-4:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben je Versichertem nach Ländern* im Jahr 2014 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2014)**	33
Tabelle 2-5:	Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben in den alten und neuen Ländern* – mit den Versichertenzenzahlen der BARMER GEK gewichtete Mittelwerte im Jahr 2014 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2014)	34
Tabelle 2-6:	Inanspruchnahme und mittlere Ausgaben differenziert nach BEMA-Teilen im Jahr 2014 (stand.D2014)	36
Tabelle 2-7:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen nach Ländern* im Jahr 2014 - getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2014)**	39
Tabelle 2-8:	Mittlere Ausgaben je Versichertem für vertragszahnärztliche Leistungen nach Ländern* im Jahr 2014 - getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2014)**	41
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) im Jahr 2014 (stand.D2014)	45

Tabelle 3-3:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für konservierende und chirurgische therapeutische Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014 nach Ländern* (stand.D2014**).....	50
Tabelle 3-4:	Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des BEMA-Teil 1 nach Häufigkeit und Punktsomme im Jahr 2014.....	53
Tabelle 3-5:	Inanspruchnahmerate für vertragszahnärztliche Leistungen des BEMA-Teil 1 in den Jahren 2010 bis 2014 nach Ländern* (stand.D2011**).....	56
Tabelle 3-6:	Früherkennungsuntersuchungen (30. bis 72. Lebensmonat): Inanspruchnahmerate nach Ländern* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011**).....	58
Tabelle 3-7:	Inanspruchnahme von IP-Leistungen im Jahr 2014 (stand.D2014)*.....	60
Tabelle 3-8:	Individualprophylaxe (6- bis unter 18-Jährige): Inanspruchnahmerate nach Ländern* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011**).....	61
Tabelle 3-9:	Zahnsteinentfernung: Inanspruchnahmerate nach Ländern* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011**).....	62
Tabelle 3-10:	Füllungen: Inanspruchnahmerate nach Ländern* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011**).....	65
Tabelle 3-11:	Zahnextraktionen: Inanspruchnahmerate nach Ländern* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011**).....	67
Tabelle 3-12:	Panoramaschichtaufnahme: Inanspruchnahmerate nach Ländern* in den Jahren 2010 bis 2014 (stand.D2011**).....	69
Tabelle 3-13:	Wurzelbehandlung: Inanspruchnahmerate nach Ländern* für die Jahre 2010 bis 2014 (stand.D2011**).....	71
Tabelle 4-1:	Übersicht der in die Analysen von Kapitel 4 eingehenden Gebührenziffern (Gebühnrenziffer 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 2014 (stand.D2014)	77
Tabelle 4-4:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für diagnostische und therapeutische Leistungen im Jahr 2014 nach Ländern* (stand.D2014)**	81
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 im Jahr 2014 (stand.D2014)	83
Tabelle 4-6:	Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien in den Jahren 2012 bis 2014 nach Ländern* (stand.D2011)**	86
Tabelle 5-1:	Übersicht der in die Analysen von Kapitel 5 eingehenden Befundklassen für Festzuschüsse (Auszug - ausführliche Auflistung der Befundziffern siehe Anhang Tabelle A 8)	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) im Jahr 2014 (stand.D2014)	92
Tabelle 5-4:	Kenngrößen der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung und Wiederherstellung) im Jahr 2014 nach Ländern (stand.D2014)*	96
Tabelle 5-5:	Zuschusserhöhung für Versicherte mit lückenloser Führung des Bonusheftes für Zahnersatz im Jahr 2014 (stand.D2014).....	99
Tabelle 5-6:	Verteilung der abgerechneten Festzuschussbefunde im Jahr 2014 (stand.D2014).....	100

9.4 Verzeichnis der Abbildungen im Text

Abbildung 1-1:	Aufteilung der GKV-Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung im Jahr 2014, Quelle: KZBV	20
Abbildung 1-2:	Anteil der BARMER GEK-Versicherten an der Bevölkerung nach Ländern am 31. Dezember 2014; Angaben in Prozent	22
Abbildung 2-1:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen der BEMA-Teile 1,4 und 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	31
Abbildung 2-2:	Mittlere Ausgaben je Versichertem für vertragszahnärztliche Leistungen der BEMA-Teile 1, 4 und 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014 (ohne Eigenanteile)	32
Abbildung 2-3:	Mittlere Ausgaben je Versichertem für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe) (BEMA-Teil 1) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	37
Abbildung 2-4:	Mittlere Ausgaben je Versichertem für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	38
Abbildung 2-5:	Mittlere Ausgaben je Versichertem für Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5) nach Alter und Geschlecht (ohne Eigenanteile) im Jahr 2014	38
Abbildung 3-1:	Inanspruchnahmerate im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	47
Abbildung 3-2:	Behandlungsfälle je Versichertem im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	48
Abbildung 3-3:	Zahnarztkontakte je Versichertem im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	48

Abbildung 3-4:	Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten im Leistungsbereich Therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	49
Abbildung 3-5:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen der Leistungsbereiche Prophylaxe und diagnostische Leistungen nach Alter im Jahr 2014.....	54
Abbildung 3-6:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen des Leistungsbereichs therapeutische Leistungen nach Alter im Jahr 2014	54
Abbildung 3-7:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Füllung nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	63
Abbildung 3-8:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnextraktion nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014 (stand.D2014).....	66
Abbildung 3-9:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Röntgenpanoramaschichtaufnahme nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	70
Abbildung 3-10:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Wurzelbehandlung nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	72
Abbildung 4-1:	Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	78
Abbildung 4-2:	Inanspruchnahmerate für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	78
Abbildung 4-3:	Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	79
Abbildung 4-4:	Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	79
Abbildung 4-5:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer diagnostischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2014	84

Abbildung 4-6:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer therapeutischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2014	84
Abbildung 5-1:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	93
Abbildung 5-2:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	93
Abbildung 5-3:	Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) je versorgtem Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	94
Abbildung 5-4:	Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) je versorgtem Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	95
Abbildung 5-5:	Kassenanteil und Eigenanteil Zahnersatz je versorgtem Versicherten nach Bundesländern im Jahr 2014, standD.2014	98
Abbildung 5-6:	Anteil der Versicherten mit mindestens einem Festzuschuss im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz nach Alter und Befundklasse (nur über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse) im Jahr 2014	101
Abbildung 6-1:	Absolute Ausgaben pro Versicherten im Jahr 2014 in aufsteigender Reihenfolge (stand.D2014)	107
Abbildung 6-2:	Verhältnis der Ausgaben pro Versicherten für konservierend-chirurgische, parodontologische und Zahnersatzleistungen im Jahr 2014, sortiert nach aufsteigendem Anteil für Zahnersatz (stand.D2014)	108
Abbildung 6-3:	Verhältnis der Ausgaben KZV-abgerechneter zu direkt abgerechneten Leistungen für Zahnersatz im Jahr 2014, sortiert aufsteigend nach Direktabrechneranteil (stand.D2014)	110

Abbildung 6-4:	Anteil der Versicherten mit eingehenden Untersuchungen ohne folgende Therapieleistung im Jahr 2014 in Prozent (absteigend; stand.D2014).....	114
Abbildung 6-5:	Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb der Sprechzeiten (Leistungen je 1.000 Versicherten im Jahr 2014; stand.D2014).....	116
Abbildung 6-6:	Länderspezifische Inanspruchnahme der Leistungen K1/K2 des Bereiches Kieferbruch je 1.000 Versicherten im Jahr 2014 (stand.D2014)	119
Abbildung 6-7:	Anteil Versicherte zwischen 2½ und 6 Jahren mit mindestens einer FU-Leistung (links), Anteil Versicherte zwischen 6 und 18 Jahren mit mindestens einer IP-Leistung (Mitte) und Anteil Versicherte unter 18 Jahren mit mindestens einer Füllungsleistung-Leistung (rechts); alle Ausgaben in Prozent im Jahr 2014 (stand.D2014)	122
Abbildung 6-8:	Versicherte 18-65 Jahre mit Wurzelfüllungsleistungen (links), Parodontalbehandlungen (Mitte) und Extraktionsleistungen (rechts) im Jahr 2014 je 1.000 Versicherte (stand.D2014)	125
Abbildung 6-9:	Verhältnis von Regelversorgung (blau) zu gleichartiger Versorgung (rot) bei der Versorgung des Festzuschussbefundes 1.1 im Jahr 2014 (stand.D2014).....	128
Abbildung 6-10:	Versicherte über 65 Jahren mit Wurzelfüllungsleistungen (links), Parodontalbehandlungen (Mitte) und Extraktionsleistungen (rechts) im Jahr 2014 je 1.000 Versicherte (stand.D2014)	130
Abbildung 6-11:	Quotient aus direkt über die KZVen abgerechneten Neuversorgungsfällen und den Versicherten direkt erstatteten Neuversorgungsfällen im Jahr 2014 (stand.D2014).....	133

Abbildung 6-12: Darstellung der Kreisregionen, in denen die Extraktionsraten in drei Jahren (2012-2014) konstant signifikant über (blau) und konstant signifikant unter (grün) dem Bundesdurchschnitt gelegen haben	135
Abbildung 6-13: Darstellung der Kreisregionen, in denen die Punktschme für Leistungen des BEMA-Teil 1 in drei Jahren (2012-2014) konstant signifikant über (blau) und konstant signifikant unter (grün) dem Bundesdurchschnitt gelegen hat.....	137
Abbildung 6-14: Darstellung der Kreisregionen, in denen sich die Leistungen des BEMA-Teil 1 über drei Jahre hinweg (2012-2014) eher homogen (grün) oder eher heterogen (blau) auf die Versicherten verteilt haben.....	139

9.5 Verzeichnis der Tabellen im Anhang

Tabelle A 1:	Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2014	144
Tabelle A 2:	Inanspruchnahmerate in den BEMA-Teilen 1, 4, 5 und Gesamt im Jahr 2014	147
Tabelle A 3:	Mittlere Ausgaben je Versichertem in den BEMA-Teilen 1, 4, 5 und Gesamt im Jahr 2014 in Euro	148
Tabelle A 4:	Leistungsgruppen BEMA-Teil 1	149
Tabelle A 5:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014 nach Ländern* (stand.D2014**)	158
Tabelle A 6:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Diagnostische und Beratungsleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014 nach Ländern* (stand.D2014**).....	159
Tabelle A 7:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Therapeutische Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014 nach Ländern* (stand.D2014**)	160
Tabelle A 8:	Befundklassen zu Zahnersatz und Zahnkronen.....	161
Tabelle A 9:	Behandlungsfälle mit GOZ-Leistungen (gleichartige Versorgungen) und Fälle ohne GOZ-Leistungen (Regelversorgung) im Jahr 2014 je 1.000 Versichertenjahren nach Bundesländern aufgeschlüsselt	165
Tabelle A 10:	Inanspruchnahmerate in den drei Leistungs- bereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014	166
Tabelle A 11:	Mittlere Anzahl der Behandlungsfälle in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versichertem im Jahr 2014	167

Tabelle A 12:	Mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versichertem im Jahr 2014.....	168
Tabelle A 13:	Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2014 in Euro	169
Tabelle A 14:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus BEMA-Teil 1 im Jahr 2014 nach Alter und Leistungsuntergruppe	170
Tabelle A 15:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer der ausgewählten Leistungen im Jahr 2014.....	171
Tabelle A 16:	Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Behandlungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	172
Tabelle A 17:	Mittlere Ausgaben je behandeltem Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Behandlungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	173
Tabelle A 18:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer parodontologischen Leistung im Jahr 2014 nach Alter und Gebührenziffer	174
Tabelle A 19:	Inanspruchnahmerate für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	175
Tabelle A 20:	Mittlere Gesamtausgaben je behandeltem Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014 (inkl. Eigenanteil).....	176
Tabelle A 21:	Mittlerer Eigenanteil je behandeltem Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	177

Tabelle A 22:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Versorgungsleistung (Zahnersatz und Zahn- kronen) im Jahr 2014 nach Alter und Befundklassen.....	178
Tabelle A 23:	Modellrechnung zu Einflussgrößen auf die Zuzahlung bei Befundklasse 3.....	179

9.6 Verzeichnis der Abbildungen im Anhang

Abbildung A 1:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	145
Abbildung A 2:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 4 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	145
Abbildung A 3:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	146
Abbildung A 4:	Inanspruchnahmerate für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	153
Abbildung A 5:	Behandlungsfälle Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	154
Abbildung A 6:	Zahnarztkontakte für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	154
Abbildung A 7:	Mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	155
Abbildung A 8:	Inanspruchnahmerate für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	155
Abbildung A 9:	Behandlungsfälle Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	156
Abbildung A 10:	Zahnarztkontakte für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	156
Abbildung A 11:	Mittlere Ausgaben für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2014	157

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.
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.
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.
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.
ISBN 978-3-537-44105-8 | Euro 14,90 |
| Band 6: | Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Arztreport 2011.
ISBN 978-3-537-44106-5 | Euro 14,90 |
| Band 7: | Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.:
BARMER GEK Zahnreport 2011.
ISBN 978-3-537-44107-2 | Euro 14,90 |
| Band 8: | Glaeske, G., Schicktan, C.:
BARMER GEK Arzneimittelreport 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.
ISBN 978-3-537-44109-6 | Euro 14,90 |
| Band 10: | Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.:
BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 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.
ISBN 978-3-537-44111-9 Euro 14,90
- Band 12: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Arztreport 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.
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.
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 2014.
ISBN 978-3-943-74483-5 Euro 14,90
- Band 25: Rädel, 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
- Band 31: Rädel, M., Hartmann, A., Bohm, S., Priess, H. W.;
Walter, M.:
BARMER GEK Zahnreport 2015.
ISBN 978-3-943-74496-5 Euro 14,90
- Band 32: Glaeske, G.; Schicktan, C.:
BARMER GEK Arzneimittelreport 2015
ISBN 978-394-74497-2 Euro 14,90

- Band 33: Bitzer, E. M.; Lehmann, B.; Bohm, S.; Priess, H.-W.:
BARMER GEK Krankenhaus 2015
ISBN 978-3-943-74498-9 Euro 14,90
- Band 34: Müller, R., Rothgang, H., Glaeske, G.:
BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2015
ISBN 978-3-943-74499-6 Euro 14,90
- Band 35: Trittin, C. (Hrsg.):
VERSORGUNGSFORSCHUNG zwischen Routinedaten,
Qualitätssicherung und Patientenorientierung. 2015
ISBN 978-3-946-19900-7 Euro 14,90
- Band 36: Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R.,
Unger, R.:
BARMER GEK Pflegereport 2015.
ISBN 978-3-946-19901-4 Euro 14,90
- Band 37: Grobe, T. G., Steinmann, S., Szecsenyi, J.:
BARMER GEK Arztreport 2016.
ISBN 978-3-946-19902-1 Euro 14,90

BARMER GEK Zahnreport 2016

Der sechste BARMER GEK Zahnreport wird 2016 in bewährter Zusammenarbeit mit der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden und der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH Berlin herausgegeben.

Der Zahnreport hat sich als eines der umfassendsten Medien zur Darstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland etabliert. Auch der vorliegende Band enthält daher im Standardteil alle wesentlichen Versorgungsdaten des Jahres 2014. Die angestrebte Transparenz wird dabei weiter optimiert. So können erstmals die Zuzahlungen der Versicherten zu Zahnersatzversorgungen für alle Versorgungsarten, auch für so genannte andersartige Versorgungen mit zum Teil hohen Eigenanteilen, ausgewiesen werden. In vielen Leistungsbereichen sind inzwischen Zeitreihen von bis zu fünf

Jahren verfügbar, so dass Entwicklungen im Leistungsgeschehen über die Zeit ersichtlich sind.

Aufbauend auf den Erkenntnissen der bisherigen BARMER GEK Zahnreporte beschäftigt sich der Schwerpunktteil in diesem Jahr ausführlich mit »Regionalen Unterschieden in der vertragszahnärztlichen Versorgung«. Auf Bundesländerebene ist eine sehr unterschiedliche Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen festzustellen. Je nach Region und Leistungsbereich verteilen sich die erbrachten Leistungen auch sehr unterschiedlich auf die Patienten. Auffällig ist zudem eine verhältnismäßig große Ungleichheit bei der Zuzahlung zu Zahnersatzversorgungen. Eine Modellanalyse ergab, dass sozioökonomische Parameter Zuzahlungsbeträge maßgeblich beeinflussen könnten. Ausgewählte Vergleiche bis auf Kreisebene runden die Betrachtung ab.

ISBN 978-3-946199-03-8



9 783946 199038