

BARMER



Zahnreport 2019

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Michael Rädcl, Steffen Bohm, Heinz-Werner Priess,
Ulrich Reinacher, Michael Walter

Band 15

Zahnreport 2019

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Michael Rädcl, Steffen Bohm, Heinz-Werner Priess,
Ulrich Reinacher, Michael Walter

Band 15

Impressum

Herausgeber:

BARMER

Postfach 110704

10837 Berlin

Autoren:

Michael Rädels und Michael Walter

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Mediz. Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden

Steffen Bohm, Heinz-Werner Priess und Ulrich Reinacher

AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH Berlin

Redaktion:

Elke Damann, Nora Hoffmann, Ursula Marschall, Nicole Osterkamp

BARMER, Berlin und Wuppertal

Endredaktion, Design und Realisation:

37 Grad Analyse & Beratung GmbH, Köln

ISBN: 978-3-946199-21-2

Die Datenanalysen bis einschließlich 2016 beziehen sich auf den Datenbestand der vormaligen BARMER GEK. Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

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. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	8
Zusammenfassung.....	10
1 Einleitung.....	20
2 Zahnärztliche Versorgung im Überblick.....	28
2.1 Datengrundlage und Kenngrößen.....	28
2.2 Inanspruchnahme und Ausgaben insgesamt.....	31
2.3 Inanspruchnahmen und Ausgaben nach Versorgungsbereichen im Überblick.....	35
3 Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe).....	44
3.1 Datengrundlage und Kenngrößen.....	44
3.2 Inanspruchnahme und Ausgaben.....	45
3.3 Leistungen im Überblick.....	52
3.4 Entwicklung über die Zeit.....	55
4 Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe).....	72
4.1 Datengrundlagen und Kenngrößen.....	72
4.2 Inanspruchnahme und Ausgaben.....	74
4.3 Leistungen.....	79
4.4 Entwicklungen über die Zeit.....	81
5 Kieferorthopädie.....	84
5.1 Datengrundlagen und Kenngrößen.....	84
5.2 Inanspruchnahme und Ausgaben.....	85
5.3 Leistungsbereiche.....	88

6 Systematische Behandlung von Parodontopathien.....	92
6.1 Datengrundlage und Kenngrößen.....	92
6.2 Inanspruchnahme und Ausgaben.....	94
6.3 Leistungen.....	100
6.4 Entwicklung über die Zeit.....	102
7 Zahnersatz und Zahnkronen.....	104
7.1 Datengrundlage und Kenngrößen.....	104
7.2 Inanspruchnahme und Ausgaben.....	107
7.3 Leistungen.....	115
8 Schwerpunktthema Zahnersatz: Wie gut ist die Regelversorgung?	120
8.1 Einleitung.....	120
8.2 Zielstellung.....	129
8.3 Entwicklung von Inanspruchnahme und Ausgaben über die Zeit.....	130
8.4 Ausgabenentwicklung in den Teilbereichen.....	143
8.5 Longitudinale Betrachtungen zu den Outcomes der verschiedenen Versorgungsarten	149
8.6 Synopse und Schlussfolgerungen.....	164
I Anhang	168
Tabellenanhang.....	168
Abbildungsanhang.....	194
II Verzeichnisse.....	202
Abkürzungsverzeichnis.....	202
Abbildungsverzeichnis.....	204
Tabellenverzeichnis.....	210
Literaturverzeichnis.....	216
Autorenverzeichnis.....	218
Bundesländer Deutschland.....	219

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

immer weniger Bürgerinnen und Bürger in Deutschland brauchen Zahnersatz. Zwischen den Jahren 2014 und 2018 sank die Inanspruchnahmerate der BARMER-Versicherten um acht Prozent. Das ist ein wichtiges Ergebnis des BARMER-Zahnreports 2019. Dabei sinkt vor allem die Inanspruchnahme der Regelversorgung. Andere Versorgungsarten sind nicht oder weniger stark betroffen. Einer der Gründe könnte der schlechte Ruf der Regelversorgung als kostengünstige Standardversorgung sein. Unser Zahnreport fragt sich in diesem Jahr, ob dieses Vorurteil begründet ist.

Unter dem Motto „Wie gut ist die Regelversorgung?“ werden die Versorgungsarten hinsichtlich Inanspruchnahme, Ausgaben und Bewährung untersucht. Die Analyse soll zeigen, wie die Regelversorgung gegenüber der gleichartigen bzw. der andersartigen Versorgung zu bewerten ist. Die Frage ist in mehrfacher Hinsicht bedeutsam. Für die Patientinnen und Patienten ist es wichtig, zu wissen, von welcher Qualität ihr Zahnersatz ist, wie gut er funktioniert, wie lange er hält. Für die Krankenkassen hat das Thema Relevanz, weil sie im Sinne der Solidargemeinschaft aller Versicherten auf die Wirtschaftlichkeit und damit insbesondere die Qualität der von ihnen finanzierten Versorgung achten. Auch die Zahnärzteschaft hat ein Interesse an diesem Thema. Wie andere Heilberufe sind Zahnärztinnen und Zahnärzte darauf angewiesen, dass ihrer Beratung, Diagnostik und Therapie vertraut wird.

Die Regelversorgung ist solide und langlebig, das zeigt unser Report auf Basis bisher nicht verfügbarer Erkenntnisse aus der Versorgungsrealität. Es gibt also rein zahnmedizinisch gute Gründe, sich für diese Versorgung zu entscheiden. Noch dazu, weil gleich- oder andersartige Versorgungsarten in aller Regel mit einem oft deutlich höheren Eigenanteil verbunden sind. Doch ist das allein die Entscheidung der Patientinnen und Patienten.

Sie bestimmen die konkrete Versorgung, wählen das Maß an Ästhetik und Komfort, das sie bezahlen wollen. Dabei werden sie in erster Linie von ihrer Zahnärztin und ihrem Zahnarzt beraten. Damit sie entscheiden können, müssen sie umfassend informiert sein, gerade auch über den Anteil der Zusatzkosten.

Mein Dank gilt Prof. Dr. Michael Walter und PD Dr. Michael Rädels vom Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, die den BARMER-Zahnreport seit Jahren federführend betreuen und mit AGENON Berlin einen exzellenten Partner für die Datenanalyse an ihrer Seite haben. Den Leserinnen und Lesern des Reports wünsche ich eine aufschlussreiche Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
BARMER

Berlin, im April 2019

Zusammenfassung

Der BARMER Zahnreport 2019 informiert umfassend und transparent über die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland. Durch die Analyse von Routinedaten schließt er die Lücke zwischen vertragszahnärztlichen Leistungsstatistiken, wie den Jahrbüchern der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2014; Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2015; Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2018) oder der Bundeszahnärztekammer (Bundeszahnärztekammer 2018), und epidemiologischen Daten zur Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung, wie zum Beispiel der aktuellen Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie DMS V (Jordan et al. 2016). Die solide wissenschaftliche Betrachtung unter Berücksichtigung einer verständlichen Aufbereitung bleibt auch 2019 ein Markenzeichen des Zahnreportes.

Im Standardteil werden wie in den vergangenen Jahren die wesentlichen Zahlen und Daten zur vertragszahnärztlichen Versorgung für das Jahr 2017 dargestellt. Ausgewählte Entwicklungen über die Zeit sind in fortgeführten Zeitreihen transparent dargestellt. Der Schwerpunktteil befasst sich in dieser Ausgabe mit der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.

Die Gebührennummern für vertragszahnärztliche Leistungen sind entsprechend dem gültigen Abrechnungskatalog BEMA (Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen) in verschiedene zahnmedizinische Bereiche aufgeteilt. Der Standardteil des Reports folgt nach einer bereichsübergreifenden Darstellung im Kapitel 2 weitgehend dieser Einteilung und gliedert sich in fünf weitere Kapitel (Kapitel 3 bis 7) welche im Wesentlichen den BEMA-Teilen 1 bis 5 entsprechen. Der Standardteil liefert seit 2017 ein vollständiges, alle BEMA-Teile umfassendes Abbild der vertragszahnärztlichen Therapie.

Datenbasis des Standardteils sind Routinedaten der BARMER der Jahre 2010 bis 2017 für alle Leistungen des BEMA-Teils 1 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen) und der Jahre 2012 bis 2017 für alle Leistungen der BEMA-Teile 2 (Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen), 3 (Kieferorthopädie), 4 (Systematische Behandlung von Parodontopathien) und 5 (Zahnersatz und Zahnkronen). Grundlage dieses Reportes sind

dabei lediglich Daten von Versicherten, die auch vor der Fusion zwischen BARMER GEK und Deutscher BKK bei der BARMER versichert waren. Die Auswertungen des Schwerpunktteils basieren ebenfalls auf dieser Datengrundlage.

Im Kapitel 7 (BEMA-Teil 5) fließen auch Daten sogenannter Direktabrechner in die Analysen ein, die nicht über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), sondern direkt mit dem Versicherten abgerechnet werden. Versorgungsdaten aus dem KZV-Bereich Schleswig-Holstein liegen auch in diesem Jahr nur für wenige ausgewählte Leistungsbereiche vor, zum Beispiel für den Bereich Zahnersatz und Zahnkronen. Längsschnittliche Betrachtungen der Inanspruchnahme und der Ausgaben werden in der Regel auf die Struktur der deutschen Bevölkerung mit Stand zum 31. Dezember 2011 (Zensus 2011) dargestellt. Die querschnittlichen Ergebnisse des Jahres 2017 für Versicherte der BARMER werden jeweils auf die Alters- und Geschlechtsstruktur im Jahr 2017 standardisiert.

Die Datenbasis für den Zahnreport bilden Informationen zur vertragszahnärztlichen Versorgung von etwa 9,4 Millionen Versicherten der BARMER, die einem Anteil von knapp 13,0 Prozent aller GKV-Versicherten entsprechen. Bezogen auf die deutsche Bevölkerung wird ein Anteilswert von 11,4 Prozent erreicht.

Inanspruchnahme und Ausgaben über die verschiedenen Versorgungsbereiche hinweg werden im ersten Abschnitt „Zahnärztliche Versorgung im Überblick“ beschrieben. Ohne Veränderung zum Jahr 2016 nahmen im Jahr 2017 71,5 Prozent der Versicherten mindestens eine zahnärztliche Leistung in Anspruch. Ein Betrag von 190,22 Euro wurde dabei je Versicherten für zahnärztliche Versorgung ausgegeben. Frauen nehmen dabei nach wie vor deutlich mehr Leistungen in Anspruch als Männer. Dieses Verhältnis spiegelt sich auch in den korrespondierenden Ausgaben wider. Interessanterweise ist das Inanspruchnahme-Ausgaben-Verhältnis beider Geschlechter zueinander über die Altersgruppen hinweg betrachtet nicht konsistent.

Nach wie vor kann im Vergleich der Inanspruchnahmeraten ein Unterschied zwischen Ost und West nachgewiesen werden. Im Jahr 2017 nahmen 76,1 Prozent der Versicherten in den neuen Bundesländern mindestens eine vertragszahnärztliche Leistung in Anspruch, während es in den alten Bundesländern nur 70,4 Prozent der Versicherten waren.

Die höchsten Inanspruchnahmeraten wurden in Sachsen mit 77,1 Prozent gemessen, während im Saarland nur 65,2 Prozent der Versicherten mindestens eine vertragszahnärztliche Leistung in Anspruch nahmen.

In den einzelnen Leistungsbereichen liegen die Inanspruchnahmeraten bei 70,7 Prozent für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, bei 3,5 Prozent für Leistungen des Bereiches Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen, bei 4,5 Prozent für kieferorthopädische Leistungen, bei 1,5 Prozent für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien und bei 9,8 Prozent für Zahnersatzleistungen und Zahnkronen. Die korrespondierenden Ausgaben liegen pro Versicherten für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen bei 115,47 Euro, für Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen bei 7,70 Euro, für kieferorthopädische Leistungen bei 16,54 Euro, für Leistungen zur Behandlung von Parodontopathien bei 7,11 Euro und für Zahnersatz und Zahnkronen ohne Eigenanteile bei 43,40 Euro. Im Vergleich zu den Vorjahren sind nur marginale Unterschiede erkennbar. Allerdings schwanken die Inanspruchnahmeraten und Ausgaben in den Altersverteilungen sehr stark.

Eine Detailanalyse der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen folgt im Kapitel 3. Bei Differenzierung dieses Bereiches in prophylaktische, diagnostische und therapeutische Leistungen liegen die jeweiligen Inanspruchnahmeraten bei 51,4 Prozent, 70,0 Prozent und 47,0 Prozent. Frauen weisen dabei durchweg höhere Inanspruchnahmeraten auf als Männer. Therapeutische Leistungen verursachen je behandeltem Versicherten deutlich höhere Ausgaben als diagnostische (137,26 Euro gegenüber 48,42 Euro), werden aber auch deutlich seltener in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahmeraten in den einzelnen Bundesländern, differenziert nach den oben genannten Teilbereichen des BEMA-Teils 1, zeigen zum Teil große Unterschiede. Die Inanspruchnahmeraten des BEMA-Teils 1 über mittlerweile acht darstellbare Jahre (2010 bis 2017) bleiben auf Bundesebene bemerkenswert stabil.

Mehr als ein Drittel der anspruchsberechtigten versicherten Kinder unter sechs Jahren nahm 2017 eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung in Anspruch. Seit 2010 ist für diese Leistung ein leichter, aber kontinuierlicher Anstieg erkennbar. Eine Leistung der

Individualprophylaxe wurde immerhin von fast zwei Dritteln der anspruchsberechtigten versicherten Kinder zwischen sechs und 18 Jahren genutzt. Deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern sind auch bei den individualprophylaktischen Leistungen erkennbar. Besonders in den ostdeutschen Bundesländern werden diese im Vergleich häufiger in Anspruch genommen.

Die Inanspruchnahmerate für Füllungen und Kavitätenpräparationen lag bei 27,3 Prozent. Von einzelnen Ausreißern abgesehen ist über die Zeit seit 2010 ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahmerate von Extraktionen, die kontinuierlich von 9,5 Prozent im Jahr 2010 auf 8,5 Prozent im Jahr 2017 sank. Wurzelbehandlungsleistungen wurden zu 5,5 Prozent und Röntgenpanoramaschichtaufnahmen zu 9,4 Prozent in Anspruch genommen. Im Gegensatz zu den im Vorfeld beschriebenen Leistungen weist die Röntgenpanoramaschichtaufnahme eine kontinuierlich steigende Inanspruchnahmerate seit 2010 auf. Einzelne Leistungsuntergruppen zeigten zumeist individuelle Altersverteilungen.

In Analogie zur BEMA-Systematik befasst sich Kapitel 4 mit der Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) und Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe). Insgesamt nahmen im Jahr 2017 3,5 Prozent aller Versicherten Leistungen aus diesem Bereich in Anspruch. Auffällig sind deutliche Geschlechtsunterschiede. So ist die Inanspruchnahmerate bei Männern mit 2,4 Prozent nur etwa halb so groß wie bei Frauen mit 4,6 Prozent. Aus diesem Leistungsbereich werden besonders häufig die Leistungen K1 und K2 (Anfertigung von Aufbissbehelfen) in Anspruch genommen. Je behandeltem Versicherten werden durchschnittlich 210,14 Euro verausgabt, wovon 104,35 Euro auf zahntechnische Laborkosten entfallen. Die Ausgaben je Behandlungsfall unterliegen starken regionalen Schwankungen. Im KZV-Bereich Berlin wird dabei eine mittlere Summe von 228,48 Euro verausgabt, während in Sachsen nur 170,95 Euro je Behandlungsfall ausgegeben werden. Der relative Unterschied beträgt mehr als 33 Prozentpunkte.

Kennzahlen zur kieferorthopädischen Therapie werden im Kapitel 5 ausgewiesen. Die Inanspruchnahme kieferorthopädischer Leistungen je Versichertem liegt insgesamt bei etwa 4,5 Prozent. Da kieferorthopädische Leistungen aber von Ausnahmefällen abgesehen nur für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beantragt werden

können, ist diese Angabe nicht unbedingt sinnvoll. Die Mehrzahl der Kenngrößen dieses Kapitels bezieht sich daher auf Versicherte im Alter von unter 20 Jahren. Diese Altersgrenze wurde gewählt, da auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres bereits beantragte Behandlungspläne noch abgeschlossen werden können. Unter 20-jährige Versicherte nehmen unverändert zu 18,1 Prozent kieferorthopädische Leistungen in Anspruch. Diese sind mit Ausgaben von 261,86 Euro je Behandlungsfall verbunden. Über den Zeitraum von 2013 bis 2017 ist eine Steigerung der Gesamtausgaben für Kieferorthopädie um mehr als 10 Prozent erkennbar. Die Ausgaben für kieferorthopädische Leistungen unterliegen ebenfalls erheblichen regionalen Schwankungen. In Bayern fallen je Behandlungsfall bei unter 20-jährigen Ausgaben von 297,89 Euro an, während es in Sachsen-Anhalt lediglich 234,51 Euro sind.

Das Kapitel 6 befasst sich mit Leistungen zur Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4). Aus fachlichen Gründen wurde die Erhebung des PSI-Codes (Gebührennummer 04, BEMA-Teil 1) in die Betrachtung der parodontaldiagnostischen Leistungen einbezogen. Die Inanspruchnahmerate parodontaldiagnostischer Leistungen lag bei 25,9 Prozent (Männer: 24,3 Prozent, Frauen: 27,4 Prozent). Therapeutische Leistungen wurden dagegen versichertenbezogen zu 1,8 Prozent in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahmeraten steigen im Vergleich zum Vorjahr deutlich. Die Ausgaben steigen ebenfalls auf durchschnittlich 450,98 Euro. Auf chirurgische Therapieverfahren entfiel insgesamt nur ein Bruchteil von 1,2 Prozent aller Leistungen des BEMA-Teils 4.

Das Kapitel 7 befasst sich mit Leistungen des Bereichs Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5). Im Gegensatz zu 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 Bonus- und Härtefallstatus erhöhen, während der Eigenanteil wesentlich von der Wahl der Versorgungsform abhängt (Regelversorgung, gleichartige Versorgung, andersartige Versorgung) und stark variieren kann. Hinzu kommen zwei verschiedene Abrechnungswege: bei Regelversorgungen und gleich-

artigen Versorgungen zumeist über die KZVen, bei andersartigen Versorgungen zumeist direkt über den Versicherten (sogenannte Direktabrechnungsfälle).

Die Inanspruchnahmerate prothetischer Leistungen war im Jahr 2017 nahezu konstant gegenüber 2016 bei 7,4 Prozent für Neueingliederungen (Neuanfertigungen) und bei 6,6 Prozent für Wiederherstellungsleistungen (Reparaturen, Ergänzungen). Diesen Raten stehen leicht gestiegene Gesamtausgaben von 1.523,84 Euro für Neueingliederungen und 120,46 Euro für Wiederherstellungen pro versorgtem Versicherten gegenüber. Die korrespondierenden mittleren Eigenanteile stiegen ebenfalls geringfügig auf 879,36 Euro für Neueingliederungen und auf 52,80 Euro für Wiederherstellungen (inklusive Direktabrechner). Bei einem länderspezifischen Vergleich der Gesamtausgaben für Neueingliederungen schwankten diese zwischen 1.876,54 Euro in Niedersachsen und 1.274,30 Euro in Sachsen. Etwa 40 Prozent aller Festzuschüsse wurden für Wiederherstellungen und Erweiterungen von konventionellem Zahnersatz (Befundklasse 6) gewährt. Bei einem neuangefertigten 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 Prozent höheren Festzuschuss in Anspruch nehmen. Dieser Bonus wird für die Inanspruchnahme jährlicher Kontrolluntersuchungen über zehn Jahre und mehr erstattet. Die Gewährung des einkommensabhängigen doppelten Festzuschusses erfolgte lediglich für 7,8 Prozent der prothetisch behandelten Versicherten.

Das Schwerpunktthema des BARMER Zahnreportes 2018 lautet „Wie gut ist die Regelversorgung?“. Das Schwerpunktkapitel analysiert longitudinal über sechs Jahre Inanspruchnahme, Ausgaben und Bewährung der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Aufgrund der vergleichsweise hohen Ausgaben und der zu leistenden Eigenanteile der Versicherten ist die Nachhaltigkeit vertragszahnärztlicher Zahnersatzversorgungen ein sehr wichtiger Aspekt. Zahnersatz versteht sich der Regel als Ersatz verlorengangener Zähne. Bei Zahnhartsubstanzdefekten erhaltungswürdiger Zähne können Zahnkronen angezeigt sein. Eine wesentliche Unterscheidung erfolgt zwischen festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz.

Seit 2005 gilt in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz das befundbezogene Festzuschusssystem. Durch dieses System soll gewährleistet werden, dass Versicherte bei vergleichbarer Befundsituation (zum Beispiel eine bestimmte Zahl fehlender Zähne) unabhängig von der individuellen Wahl der jeweiligen Zahnersatzart den gleichen Zuschussbetrag erhalten. Die jeweiligen Befundsituationen werden in Befundklassen zusammengefasst. Für jede Befundklasse ist entsprechend den Vorgaben des § 56 SGB V eine Regelversorgung definiert. Wählt der Versicherte eine Zahnersatzversorgung, die nur im Detail von der Regelversorgung abweicht, wird von einer gleichartigen Versorgung gesprochen. Wählt der Versicherte eine Zahnersatzversorgung, die sich deutlich von der Regelversorgung unterscheidet, wird von einer andersartigen Versorgung gesprochen.

Die Autoren stellen sich die Frage, wie die Regelversorgung in den einzelnen Befundbereichen tatsächlich zu bewerten ist. Wird sie dem formulierten Anspruch nach einer haltbaren und soliden Versorgung gerecht?

Auch die Analysen des Schwerpunktteils beziehen sich auf die oben genannte Datenbasis. Die Daten beziehen sich mit Stand 31.12.2017 auf 8,66 Millionen Versicherte. Davon waren 7,25 Millionen Versicherte 20 Jahre und älter. Zur fundierten Analyse von Ausgabenentwicklungen über die Zeit ist die sog. Komponentenerlegung in eine Mengen-, Preis- und Strukturkomponente wünschenswert. Auf der Basis der zugrundeliegenden Routinedaten der BARMER ist diese Komponentenerlegung jedoch nur eingeschränkt möglich. Die Analysen der längsschnittlichen Entwicklung von Inanspruchnahme und Ausgaben beziehen sich auf Neuversorgungen mit Zahnersatz und Zahnkronen. Reparaturen und Wiederherstellungen wurden, sofern nicht anders beschrieben, nicht berücksichtigt.

Der Anteil der Versicherten ab einem Alter von 20 Jahren mit Inanspruchnahme einer Zahnersatzneuversorgung sinkt von 7,99 Prozent im Jahr 2014 kontinuierlich auf 7,35 Prozent im Jahr 2017. Dies entspricht einem Rückgang um etwa acht Prozent. Die Angaben sind standardisiert auf die deutsche Bevölkerung im Jahr 2011. Die ausgewiesenen versichertenbezogenen Inanspruchnahmeraten entsprechen in ihrem Verlauf und in ihrer

Größenordnung nahezu der fallbezogenen Inanspruchnahmerate und können daher als legitime Annäherung an die Entwicklung der Mengenkomponente interpretiert werden.

Die mittleren jährlichen Steigerungsraten der Gesamtausgaben für Zahnersatzversorgungen belaufen sich je nach Versorgungsart auf ein bis zwei Prozent und steigen demnach insgesamt moderat.

Die Betrachtung der einzelnen Befundklassen zeigt ein differenziertes Bild. Werden Inanspruchnahmen und Ausgaben betrachtet, so fokussiert diese Analyse in der Regel auf Fälle mit reinen Befundklassen ohne Vermischungen mit anderen. Bei der Befundklasse 1 ist die Inanspruchnahmerate für gleichartige Versorgungsarten mehr als doppelt so hoch als die der Regelversorgungsarten (andersartig nicht möglich). Inanspruchnahmeraten für Regelversorgung und gleichartige Versorgung weisen im Ergebnis eine etwas absteigende Tendenz auf. Sowohl im Bereich der Regelversorgung als auch im Bereich der gleichartigen Versorgung steigen die Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteile) über sechs Jahre (2012 bis 2017) an.

In der Befundklasse 2 ist die Inanspruchnahmerate für gleich- und andersartige Versorgungsarten gemeinsam etwa dreimal so hoch wie die Inanspruchnahmerate der Regelversorgung. Die Inanspruchnahmerate der Regelversorgung sinkt, bei der gleichartigen Versorgung resultiert nach anfänglichem Anstieg letztlich ebenfalls ein geringfügiger Rückgang über die sechs Jahre des Beobachtungszeitraums. Bei andersartigen Versorgungsarten zeigt sich eine zunehmende Tendenz. Die Gesamtausgaben für Regelversorgungsarten, gleichartige Versorgungsarten und andersartige Versorgungsarten steigen im beobachtbaren Zeitraum zum Teil beträchtlich.

In der Befundklasse 3 sinkt die Inanspruchnahmerate der Regelversorgung deutlich. Die Inanspruchnahmerate für die gleichartige Versorgung sinkt ebenfalls. Bei der andersartigen Versorgung zeigt sich ein Anstieg. Die Gesamtausgaben in der Befundklasse 3 steigen in allen drei Versorgungsarten an. In der Befundklasse 4 sinken die Inanspruchnahmeraten aller drei Versorgungsarten. Die Gesamtausgaben steigen in allen drei Versorgungsarten wenn auch unterschiedlich stark ausgeprägt.

Die Ausgabenbetrachtungen werden durch die Entwicklungen der zahnärztlichen Honorarausgaben in den einzelnen Befundklassen und durch eine stichprobenartige Analyse der Entwicklung der Laborausgaben präzisiert. Hierbei können mittlere Ausgaben- beziehungsweise Preissteigerungen beobachtet werden.

Insgesamt ist ein Trend hin zu einer Abnahme der Inanspruchnahme von Zahnersatz erkennbar. Dies wird bei Betrachtung der Regelversorgungen besonders deutlich. Die Bedeutung der andersartigen Versorgungen nimmt eher zu.

Die Analysen des Schwerpunktteils werden durch longitudinale Betrachtungen zum Outcome prothetischer Versorgungen abgerundet. Dazu werden so genannte Überlebenszeitanalysen genutzt, wobei sich der Begriff des Überlebens zum Beispiel auf den Erfolg der Versorgung oder den Verbleib eines Zahnes im Mund bezieht.

In der Befundklasse 1 konnten für mehr als 700.000 betrachtete Kronen bezogen auf das Zielereignis Extraktion hervorragende Überlebensraten von über 90 Prozent nach sechs Jahren bestimmt werden. Zwischen Regel- und gleichartiger Versorgung war dabei ein klinisch irrelevanter Unterschied von weniger als zwei Prozentpunkten festzustellen.

In der Befundklasse 2 wurden 477.654 Fälle betrachtet. In Bezug auf das Zielereignis Extraktion lagen die Sechsjahresüberlebensraten für Regel- und gleichartige Versorgung in allen Fällen deutlich über 90 Prozent, was den sekundär präventiven Charakter feststehenden Zahnersatzes unterstreicht. Für das Zielereignis „Extraktion“ konnten keine relevanten Unterschiede zwischen Regelversorgungen und gleichartigen Versorgungen detektiert werden.

In der Befundklasse 3 liegen die Sechsjahresüberlebensraten für die Regelversorgungen des Befundes 3.1 bei 83,0 Prozent, für Regelversorgungen mit Befund 3.2 bei 89,6 Prozent und für gleichartige Versorgungen mit Befund 3.2 bei 90,3 Prozent (Zielereignis: kieferbezogene Neuversorgung). Weniger als jede fünfte Teilprothese wird innerhalb von sechs Jahren durch eine Neuversorgung ersetzt.

Für die Betrachtung der Regel- und gleichartigen Versorgungen in den Befundklassen 4.1 und 4.3 lagen 71.890 Fälle vor, in den Befundklassen 4.2 und 4.4 172.499 Fälle. Bezogen auf das Zielereignis „kieferbezogene Neuversorgung“ liegen die Sechsjahresüberlebensraten für die Versorgungen der Befundklassen 4.2 und 4.4 bei etwa 90 Prozent, während die Sechsjahresüberlebensraten der Befundklassen 4.1 und 4.3 bei etwa 80 Prozent liegen.

Auch andersartige Versorgungen wurden sofern möglich in den einzelnen Befundklassen einer Überlebenszeitanalyse unterzogen. Die Darstellung erfolgt allerdings getrennt von Regel- und gleichartiger Versorgung, da aufgrund des unterschiedlichen Charakters des beobachteten Zahnersatzes kein direkter Vergleich der Überlebenskurven sinnvoll erscheint.

Die Ergebnisse des Schwerpunktteils erlauben folgende Schlüsse: Die versichertenbezogene Inanspruchnahmerate für Zahnersatz und Zahnkronen nimmt über die Zeit leicht ab, wobei sich der Trend in den einzelnen Befundklassen differenzierter darstellt. Abnehmende Inanspruchnahmeraten wurden vor allem bei Regelversorgungen, zum Teil auch bei gleichartigen Versorgungen gefunden. Andersartige Versorgungen weisen außer bei der Befundklasse 4 eine steigende versichertenbezogene Inanspruchnahmerate auf. Die Gesamtausgaben für Zahnersatz steigen vor allem jenseits der Regelversorgung. Bei Betrachtung der Bewährung kann die Regelversorgung als erfolgreich und solide angesehen werden (Bewertungsmaßstab 2018).

1 Einleitung

Am Ende des vierten Quartals 2017 betrug die Anzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte 61.852 und lag damit um 0,1 Prozent niedriger als zum Ende des Vorjahresquartals (KZBV 2018). Ohne die vom Versicherten selbst zu tragenden Eigenanteile oder anderweitig privat zu tragenden Behandlungskosten haben sich die Ausgaben für eine vertragszahnärztliche Behandlung inklusive Zahnersatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2017 gegenüber dem Vorjahr von 193,17 Euro auf 194,85 Euro je Versicherten (+ 0,87 Prozent) erhöht (Werte gemäß KJ 1 und KM 1 [BMG a, b]). Für die vertragszahnärztliche Versorgung der gut 72,2 Millionen GKV-Versicherten wurden von den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2017 insgesamt gut 14,1 Milliarden Euro aufgewendet. Bei Leistungsausgaben der GKV von insgesamt 217,8 Milliarden Euro (Vorjahr: 210,4 Milliarden Euro) entspricht dies einem Anteil von 6,5 Prozent (Vorjahr: 6,6 Prozent).

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) können in einer detaillierteren Betrachtung des vertragszahnärztlichen Versorgungsbereichs folgende Bereiche unterschieden werden:

- „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen“ (inklusive Prophylaxe; BEMA-Teil 1),
- „Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)“ (BEMA-Teil 2),
- „Kieferorthopädische Behandlung“ (BEMA-Teil 3),
- „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ (BEMA-Teil 4) und
- „Zahnersatz und Zahnkronen“ (BEMA-Teil 5).

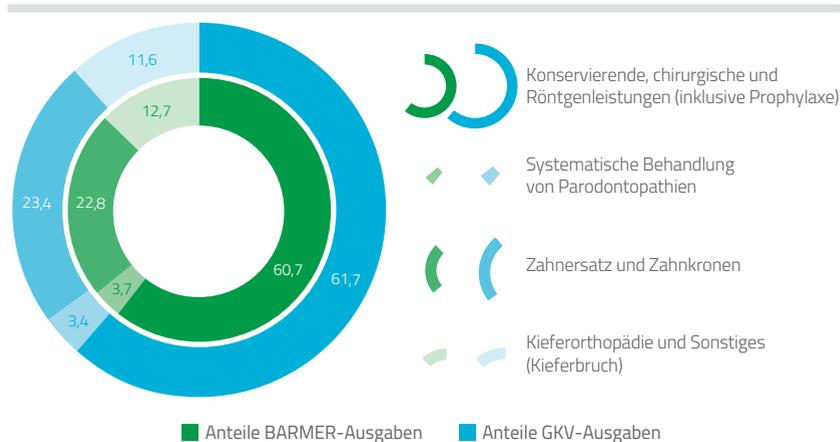
Die BEMA-Teile 2 und 3 werden für kompaktere Darstellungen nachfolgend auch unter der Bezeichnung „Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch)“ zusammengefasst. Damit erfasst der vorliegende Zahnreport ein zahnärztliches Leistungsgeschehen, auf das nahezu 100 Prozent der GKV-Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung entfallen sind.

Der Bereich „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)“ bildet mit 8,7 Milliarden Euro beziehungsweise einem Anteil von 61,7 Prozent an den GKV-Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung den größten Ausgabenblock, gefolgt von „Zahnersatz und Zahnkronen“ mit knapp 3,3 Milliarden Euro, was einem Anteil von 23,4 Prozent entspricht (Abbildung 1.1). Den drittgrößten Ausgabenbereich bildet die „Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch)“ mit knapp 1,6 Milliarden Euro beziehungsweise einem Anteil von 11,6 Prozent. Auf die „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ entfielen im Jahr 2017 etwas weniger als 0,5 Milliarden Euro, was einem Anteil von 3,4 Prozent entspricht.

größter Posten für die
zahnärztliche Versorgung:
„Konservierende,
chirurgische und
Röntgenleistungen
(inklusive Prophylaxe)“
mit 8,7 Mrd. €

Die gleiche Aufteilung der Ausgabenblöcke findet sich auch in den Abrechnungen der BARMER. Zum Vergleich wurden die relativen Anteile der Ausgabenblöcke der BARMER auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2017 standardisiert. Die Unterschiede in den einzelnen Ausgabenblöcken liegen zwischen 0,4 Prozent und 1,1 Prozent in absoluten Punkten. Leistungsbereiche mit einer hohen Inanspruchnahme weisen eine bessere Übereinstimmung auf als Leistungsbereiche, die nur vergleichsweise selten genutzt werden.

Abbildung 1.1: Aufteilung der GKV-Gesamtausgaben und der BARMER-Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung im Jahr 2017 in Prozent



Quelle: KZBV 2018 und BARMER-Daten 2017

Der diesjährige Zahnreport weist die folgende Kapitelstruktur auf:

- Der Bereich „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)“ wird im 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).
- Auswertungen zu Behandlungen von „Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)“ werden im Kapitel 4 vorgestellt.
- Die kieferorthopädische Behandlung wird im Kapitel 5 dargestellt. Bei der kieferorthopädischen Behandlung werden neben Leistungen aus den Bereichen Kieferorthopädie und Labor auch Leistungen aus dem Bereich „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)“ abgerechnet. Wie sich diese im direkten Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechneten Leistungen verteilen, wird im Kapitel 5 gesondert dargestellt.
- Die Darstellung des Ausgaben- und Leistungsgeschehens im Bereich „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ erfolgt im Kapitel 6.
- Mit dem Bereich „Zahnersatz und Zahnkronen“ befasst sich Kapitel 7.

Im Kapitel 2 findet sich aber zunächst eine zusammenfassende Betrachtung über alle genannten Versorgungsbereiche hinweg.

Schwerpunktteil: Wie gut ist die Regelversorgung im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz?

Im Schwerpunktteil des diesjährigen Zahnreports wird für den Bereich der Versorgung mit Zahnersatz den Fragen nachgegangen, wie gut die Regelversorgung ist. Dabei wird betrachtet, wie sich die Inanspruchnahme und die Ausgaben für Zahnersatz im Bereich der Regelversorgung, der gleichartigen und der andersartigen Versorgung im Zeitverlauf entwickelt haben. Abhängig von der Datenverfügbarkeit wird dabei auch auf die einzelnen Ausgabenkomponenten eingegangen. Außerdem wird dargestellt, wie sich die Regelversorgung im Vergleich zur gleich- und andersartigen Versorgung bewährt. Letzteres wird für ausgewählte Befundklassen anhand der Zielereignisse Extraktion sowie Folge- und Neuversorgungen untersucht. Bedingt durch Einschränkungen in den Datengrundlagen haben die Analysen teilweise exemplarischen Charakter, geben aber für bedeutende Teilssegmente der Versorgung mit Zahnersatz Einblicke in bislang wissenschaftlich nicht näher untersuchte Bereiche der prothetischen Versorgung.

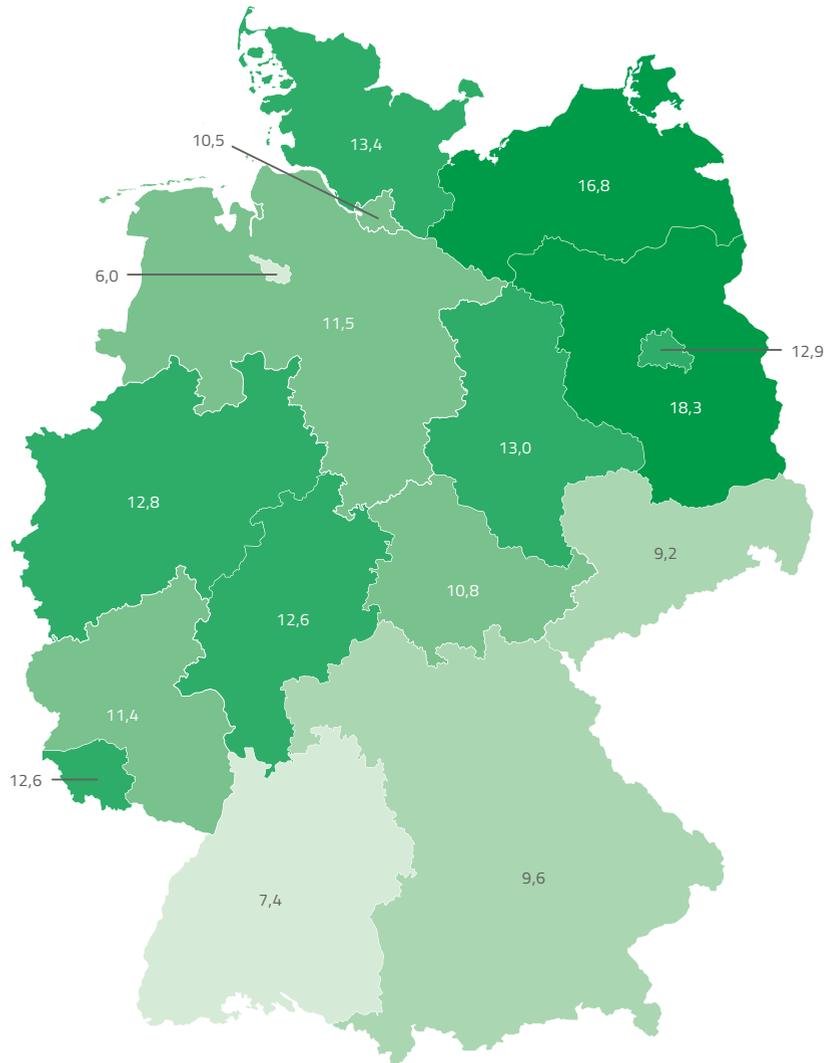
Die Datenbasis für den Zahnreport bilden Informationen zur vertragszahnärztlichen Versorgung von etwa 9,4 Millionen Versicherten der BARMER, die einem Anteil von knapp 13,0 Prozent aller GKV-Versicherten entsprechen. Bezogen auf die deutsche Bevölkerung wird ein Anteilswert von 11,4 Prozent erreicht. Dabei variiert der Anteil der Versicherten der BARMER an der Bevölkerung zum Stichtag 31. Dezember 2017 in den Bundesländern zwischen 6,0 Prozent (Bremen) und 18,3 Prozent (Brandenburg; Abbildung 1.2).

Datenbasis für den Zahnreport: Informationen zur vertragszahnärztlichen Versorgung von etwa 9,4 Mio. Versicherten der BARMER

Für die längsschnittliche Betrachtung von Parametern der Inanspruchnahme wird – wie bereits im Vorgängerreport – jeweils einheitlich auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands zum 31. Dezember 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 2017 – standardisiert wird. Entsprechend findet sich in den Überschriften von Tabellen und Abbildungen dann das Kürzel „stand.D2017“.

Die im vorliegenden Zahnreport für das Jahr 2017 berichteten regionalen Ausgabenkenngrößen wurden für die Darstellung preisbereinigt. Interregionale Vergleiche werden so unverzerrt durch Preisunterschiede möglich.

Abbildung 1.2: Anteil der BARMER-Versicherten an der Bevölkerung nach Bundesländern am 31. Dezember 2017 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2017 und Statistisches Bundesamt 2018

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

Wie bereits in den Berichten für die Vorjahre ist noch immer folgende Einschränkung zu beachten: Für die KZV in Schleswig-Holstein lagen erneut keine Daten zu den Bereichen „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)“ und „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ vor. Davon ausgenommen sind von der KZV Schleswig-Holstein übermittelte Daten zur Individualprophylaxe und zu den Früherkennungsuntersuchungen. Gleiches gilt auch für den Bereich „Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch)“. 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 7 berücksichtigt wurden.

Standardteil Zahnärztliche Versorgung

2 Zahnärztliche Versorgung im Überblick

Im Zahnreport 2019 können Analysen zu allen fünf BEMA-Teilen durchgeführt werden. Die Daten wurden auf Basis von § 302 SGB V per Datenträgeraustausch (DTA) von den KZVen übermittelt. Für Daten des BEMA-Teils 1 stehen Daten seit dem Jahr 2010 in maschinell auswertbarer Form zur Verfügung. Für Daten der BEMA-Teile 2 bis 5 stehen jetzt Daten seit dem Abrechnungsjahr 2012 für die Auswertungen zur Verfügung. Zusätzlich zu den von den KZVen übermittelten Daten können für den Bereich „Zahnkronen und Zahnersatz“ seit dem Jahr 2014 auch Daten ausgewertet werden, die von den Versicherten direkt mit der BARMER abgerechnet wurden.

2.1 Datengrundlage und Kenngrößen

Datengrundlage

Datengrundlage für die Analysen zu „Konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)“ (Kapitel 3 dieses Reports), „Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen“ (Kapitel 4), zur „Kieferorthopädischen Behandlung“ (Kapitel 5) sowie „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (Kapitel 6) bilden die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbrachten und gemäß den Gebührenpositionen des BEMA von Zahnärzten abgerechneten Leistungen. Sie werden versichertenbezogen unter Angabe des Behandlungsdatums und einer Zahnarztnummer übermittelt. 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 beispielsweise zur Konsequenz, dass keine Aussagen dazu möglich sind, wie viele Zahnärzte von Versicherten der BARMER innerhalb eines Quartals oder eines Jahres aufgesucht worden sind. Die Übermittlung erfolgt durch die KZVen in maschinenlesbarer Form an die BARMER. Die von den KZVen an die BARMER zu übermittelnden Daten richten sich bis zum 30. Juni 2018 nach dem „Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern“ als Bestandteil des Ersatzkassenvertrages-Zahnärzte (EKV-Z) beziehungsweise ab dem 1. Juli 2018 nach Anlage 8a des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte (BMV-Z). Enthalten

sind außerdem Angaben zum behandelten Zahn gemäß FDI-Zahnschema, es sei denn, die Zahnangabe ist entbehrlich, beispielsweise wenn 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 preisbereinigt wurden. So wird ein direkter Vergleich zwischen Regionen ermöglicht. Da die KZV Schleswig-Holstein nach wie vor keine Daten zur Versorgung der Versicherten mit Leistungen gemäß den BEMA-Teilen 1 bis 4 liefert – davon ausgenommen sind Daten zur Individualprophylaxe und zu den Früherkennungsuntersuchungen (Abschnitt Datengrundlagen) –, umfasst die Datengrundlage hier entsprechende Informationen für alle KZV-Bezirke unter Ausnahme des KZV-Bezirktes Schleswig-Holstein.

Datengrundlage für die Analysen zum Bereich „Zahnersatz und Zahnkronen“ (Kapitel 7 dieses 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 einem 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. Zusätzlich werden direkt mit der BARMER abgerechnete Fälle in die Betrachtung aufgenommen. Entsprechend sind Direktabrechnungsfälle in den nachfolgend zu BEMA-Teil 5 berichteten Kenngrößen enthalten. Da sich Kapitel 2 bei den Kosten auf die Ausgaben der BARMER respektive der GKV konzentriert, sind die Eigenanteile der Versicherten hier nicht enthalten. Dazu wird auf das Kapitel 7 verwiesen.

Kenngrößen

Die Tabelle 2.1 zeigt im Überblick, welche Kenngrößen nachfolgend abgebildet werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Kenngrößen übereinstimmend für alle BEMA-Teile

berichtet werden können. Das ist einerseits den Unterschieden in der Abrechnung von Leistungen (nach den Leistungspositionen des BEMA) in den Bereichen „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen“, „Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch)“ sowie „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ geschuldet und andererseits den Festzuschüssen bei „Zahnersatz und Zahnkronen“.

Tabelle 2.1: Kenngrößen Vertragszahnärztliche Versorgung

Kenngrößen	Beschreibung
Inanspruchnahme beziehungsweise Inanspruchnahmerate	BEMA-Teil 1 bis 4: Inanspruchnahme einer Leistung bzw. einer Leistung einer Leistungsgruppe; BEMA-Teil 5: Inanspruchnahme Zahnersatz oder Zahnkrone(n) gemäß dokumentiertem Festzuschuss* bzw. BEMA-Teil 1 bis 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 bis 4: $\text{Punktsumme} \times \text{KZV-spezifischer Punktwert}$; BEMA-Teil 5: Summe der Festzuschussbeträge* zuzüglich Eigenanteil**; werden entweder als Gesamtbetrag oder als gemittelter Wert ausgewiesen)
Leistungsmenge (Menge der in Anspruch genommenen Leistungen)	Anzahl der (abgerechneten) Leistungen aus dem/den betrachteten BEMA-Teil(en) (BEMA-Teil 1 bis 4) bzw. Anzahl der dokumentierten Festzuschüsse* (gesamt und nach Befundklassen; BEMA-Teil 5)

* nur über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse

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

Die Tabelle 2.2 zeigt im Überblick für dieses zweite Kapitel und die nachfolgenden Kapitel 3 bis 7, 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 2 (Kapitel 4)	BEMA- Teil 3 (Kapitel 5)	BEMA- Teil 4 (Kapitel 6)	BEMA- Teil 5 (Kapitel 7)
Inanspruchnahme/ Inanspruchnahmerate	X	X	X	X	X	X
Behandlungsfälle	---	X	---	---	---	---
Zahnarztkontakte	---	X	---	---	---	---
Ausgaben	X	X	X	X	X	X
Punktsummen	---	X	X	X	X	---
Leistungsmenge	---	X	X	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 2017 bei 71,5 Prozent. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist deutlich: 67,5 Prozent der Männer haben mindestens eine vertragszahnärztliche Leistung in Anspruch genommen (darin eingeschlossen sind über die KZVen und nicht über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse). Mit einem Anteilswert von 75,4 Prozent haben dagegen deutlich mehr Frauen eine solche Leistung beansprucht (Tabelle 2.3). Eine bedeutende Rolle dürfte das nachweislich höhere Gesundheitsbewusstsein von Frauen spielen.

Inanspruchnahme: 71,5 %

Frauen (Anteil: 75,4 %) nehmen mehr Leistungen in Anspruch als Männer

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 Versicherten im Jahr 2017 bei 190,22 Euro, wobei die Durchschnittsausgaben bei den Frauen mit 199,48 Euro um 10,4 Prozent über den Durchschnittsausgaben der Männer (180,71 Euro) gelegen haben.

Durchschnittsausgaben je Versicherten: 190,22 €

Tabelle 2.3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen insgesamt im Jahr 2017 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2017)

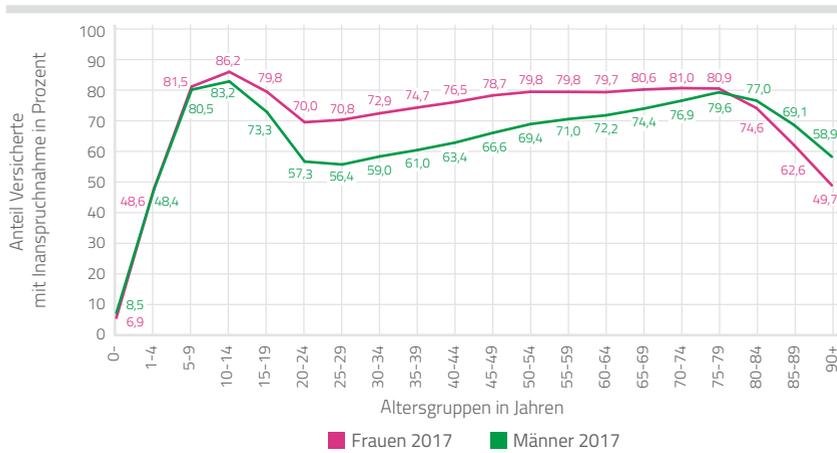
	Gesamt	Männer	Frauen
Inanspruchnahmerate in Prozent	71,5	67,5	75,4
Ausgaben in Euro je Versicherten	190,22	180,71	199,48

Quelle: BARMER-Daten 2017

Die 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 Zehn- bis unter 15-Jährigen, der dann bei den männlichen Jugendlichen beziehungsweise 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 einem Lebensalter von 80 Jahren liegt die Inanspruchnahme bei den Männern etwas höher als bei den Frauen.

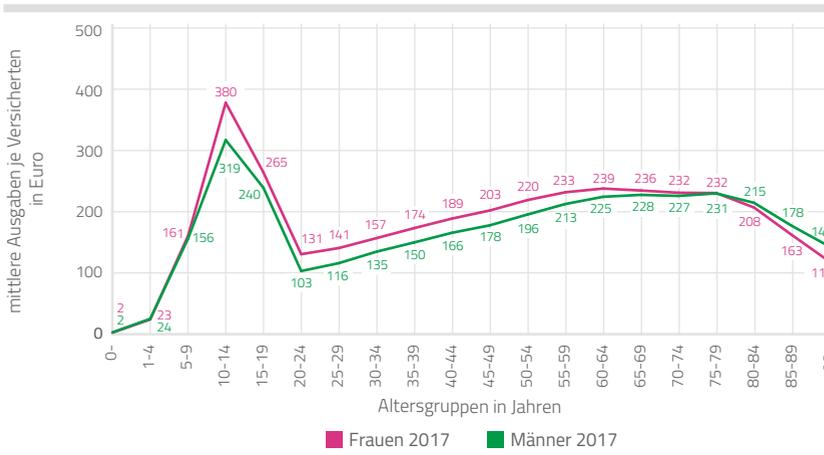
Abbildung 2.1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Ein dazu korrespondierendes Bild zeigt sich erwartungsgemäß bei den durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten (Abbildung 2.2). In der Gesamtbetrachtung der Inanspruchnahme und der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben wird auch gut erkennbar, dass die vertragszahnärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen von fünf bis unter 20 Jahren auf einem hohen Inanspruchnahmeniveau liegt und auch ausgabenintensiv ist. Das erklärt sich aus den kieferorthopädischen Behandlungen, die vor dem 18. Lebensjahr begonnen werden müssen. Demgegenüber steht die kostenintensive Behandlung mit Zahnersatz und Zahnkronen, die erst mit steigendem Lebensalter an Bedeutung gewinnt.

Abbildung 2.2: Mittlere Ausgaben je Versicherten für vertragszahnärztliche Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 (ohne Eigenanteile)



Quelle: BARMER-Daten 2017

Im Ländervergleich in der Tabelle 2.4 zeigt sich bei der um Alters- und Geschlechtseffekte bereinigten Inanspruchnahmerate eine Spanne von 65,2 Prozent (Saarland) bis 77,1 Prozent (Sachsen) und bei den mittleren Ausgaben pro Versicherten von 170,88 Euro (Saarland) bis 205,35 Euro (Berlin).

erhebliche Unterschiede bei der Inanspruchnahmerate zwischen den Bundesländern

Tabelle 2.4: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben je Versicherten nach Bundesländern* im Jahr 2017 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2017)

Bundesland	Inanspruchnaherate in Prozent	mittlere Ausgaben je Versicherten in Euro
Hamburg	68,6 (- 3,0)	196,33 (6,11)
Niedersachsen	69,9 (- 1,6)	188,16 (- 2,06)
Bremen	67,0 (- 4,6)	185,03 (- 5,20)
Nordrhein-Westfalen	69,5 (- 2,0)	187,89 (- 2,33)
Hessen	69,4 (- 2,1)	178,88 (- 11,34)
Rheinland-Pfalz	68,5 (- 3,1)	179,21 (- 11,01)
Baden-Württemberg	72,2 (0,6)	182,52 (- 7,70)
Bayern	73,7 (2,2)	204,38 (14,16)
Saarland	65,2 (- 6,3)	170,88 (- 19,34)
Berlin	70,7 (- 0,9)	205,35 (15,13)
Brandenburg	75,6 (4,1)	194,19 (3,96)
Mecklenburg-Vorpommern	75,3 (3,8)	198,60 (8,38)
Sachsen	77,1 (5,6)	188,95 (- 1,27)
Sachsen-Anhalt	75,8 (4,3)	197,77 (7,54)
Thüringen	76,9 (5,4)	190,55 (0,32)
Gesamt*	71,5	190,22

* ohne Schleswig-Holstein

Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt (Gesamt) des jeweiligen Jahres
in Prozentpunkten oder Euro

Quelle: BARMER-Daten 2017

Wie in den Vorjahren fällt der deutliche Unterschied in der Inanspruchnahme zwischen den neuen und alten Bundesländern auf: Über alle fünf Versorgungsbereiche hinweg betrachtet, liegen die Inanspruchnahmeraten in den neuen Bundesländern durchgängig deutlich höher als in den alten Bundesländern, wobei Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit 75,3 Prozent beziehungsweise 75,6 Prozent unter den neuen Bundesländern noch die niedrigsten Werte aufweisen. In den alten Bundesländern liegen die Inanspruchnahmeraten überwiegend unterhalb der 70-Prozent-Marke. Spitzenreiter sind die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern, wobei in Bayern mit 73,7 Prozent die höchste Inanspruchnahmerate erreicht wird.

Im Mittel wird in den neuen Bundesländern bei etwas höheren Pro-Kopf-Ausgaben eine Inanspruchnahmerate von 76,1 Prozent erreicht, in den alten Bundesländern dagegen eine Inanspruchnahmerate von 70,4 Prozent (Tabelle 2.5).

Tabelle 2.5: Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben in den alten und neuen Bundesländern* – mit den Versichertenzahlen der BARMER gewichtete Mittelwerte im Jahr 2017 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2017)

Kenngröße	Inanspruchnahmerate in Prozent	mittlere Ausgaben je Versicherten in Euro
alte Bundesländer*	70,4	189,32
neue Bundesländer	76,1	194,16
Gesamt	71,5	190,22

* ohne Schleswig-Holstein
Quelle: BARMER-Daten 2017

2.3 Inanspruchnahmen und Ausgaben nach Versorgungsbereichen im Überblick

Die Tabelle 2.6 schlüsselt die Inanspruchnahme und die Ausgaben pro Versicherten anhand der BEMA-Teile nach den fünf Versorgungsbereichen auf: „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (BEMA-Teil 1), „Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) und Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)“ (BEMA-Teil 2), „Kieferorthopädische Behandlung“ (BEMA-Teil 3), „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ (BEMA-Teil 4) und „Zahnersatz und Zahnkronen“ (BEMA-Teil 5). Geschichtet wird des Weiteren jeweils getrennt nach Männern und Frauen.

Zu beachten ist, dass die ausgewiesenen Eurobeträge zeilenweise aufsummiert werden können. Die Summe ergibt die in der 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 Versorgungsbereichen beziehungsweise den BEMA-Teilen divergierenden Inanspruchnahmeraten machen deutlich, welche Bedeutung im vertragszahnärztlichen Leistungsgeschehen dem Versorgungsbereich „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (BEMA-Teil 1 in Tabelle 2.6) zukommt: Die Inanspruchnahmerate beträgt – bei den oben bereits angesprochenen Unterschieden zwischen Frauen und Männern – hier 70,7 Prozent gegenüber 3,5 Prozent bei „Kieferbruch und Aufbissbehelfen“ (BEMA-Teil 2), 4,5 Prozent bei „Kieferorthopädischer Behandlung“ (BEMA-Teil 3), 1,5 Prozent bei der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (BEMA-Teil 4) und 9,8 Prozent bei „Zahnersatz und Zahnkronen“ (BEMA-Teil 5).

Vergleicht man die mittleren Pro-Kopf-Ausgaben für Leistungen des BEMA-Teils 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 115,47 Euro für „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ stehen Pro-Kopf-Ausgaben für „Zahnersatz und Zahnkronen“ in Höhe von 43,40 Euro gegenüber. Zu beachten ist auch hier, dass die für den Bereich „Zahnersatz und Zahnkronen“ ausgewiesenen Werte nicht nur die über die KZVen abgerechneten Leistungsfälle enthalten, sondern auch die direkt zwischen der Krankenkasse und dem Versicherten abgerechneten Leistungsfälle (Direktabrechnungsfälle).

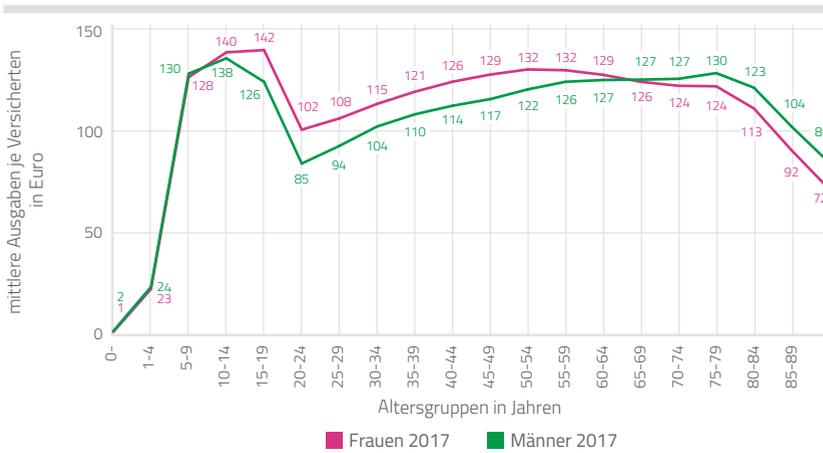
Tabelle 2.6: Inanspruchnahme und mittlere Ausgaben differenziert nach BEMA-Teilen im Jahr 2017 (stand.D2017)

Leistungsbereich	BEMA-Teil 1	BEMA-Teil 2	BEMA-Teil 3	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 5
Inanspruchnahmerate in Prozent					
Gesamt	70,7	3,5	4,5	1,5	9,8
Männer	66,7	2,4	4,1	1,4	9,2
Frauen	74,6	4,6	4,8	1,5	10,5
Ausgaben in Euro je Versicherten (ohne Eigenanteile)					
Gesamt	115,47	7,70	16,54	7,11	43,40
Männer	112,53	5,29	15,65	7,01	40,24
Frauen	118,34	10,05	17,41	7,21	46,47

Quelle: BARMER-Daten 2017

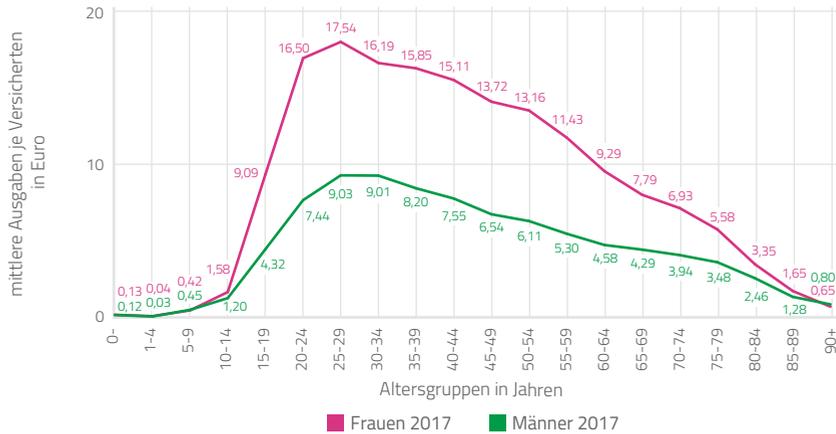
Die Abbildungen 2.3 bis 2.7 zeigen die Altersverläufe für die über die BEMA-Teile 1 bis 5 abgebildeten vertragszahnärztlichen Versorgungsbereiche jeweils für Männer und Frauen. In der Gesamtbetrachtung aller drei Abbildungen wird deutlich, dass die mittleren Gesamtausgaben je Versicherten (vergleiche dazu die Altersverläufe in Abbildung 2.2) in den höheren Altersgruppen zunehmend von den Ausgaben für „Zahnersatz und Zahnkronen“ geprägt werden.

Abbildung 2.3: Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (BEMA-Teil 1) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



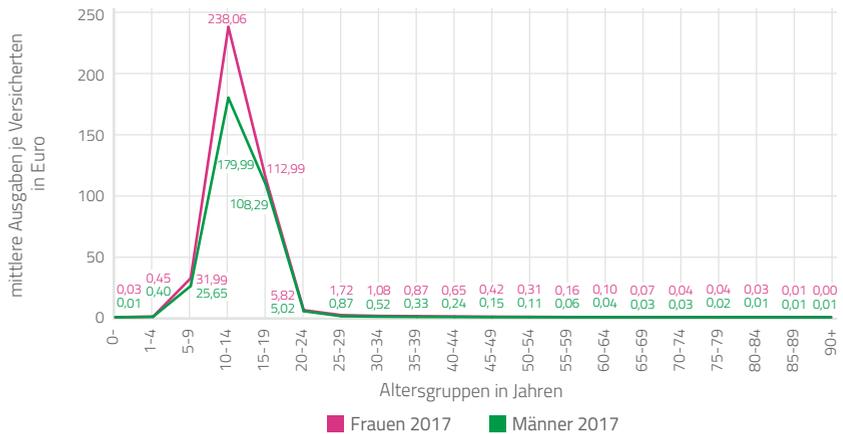
Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 2.4: Mittlere Ausgaben je Versicherten für die „Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)“ (BEMA-Teil 2) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



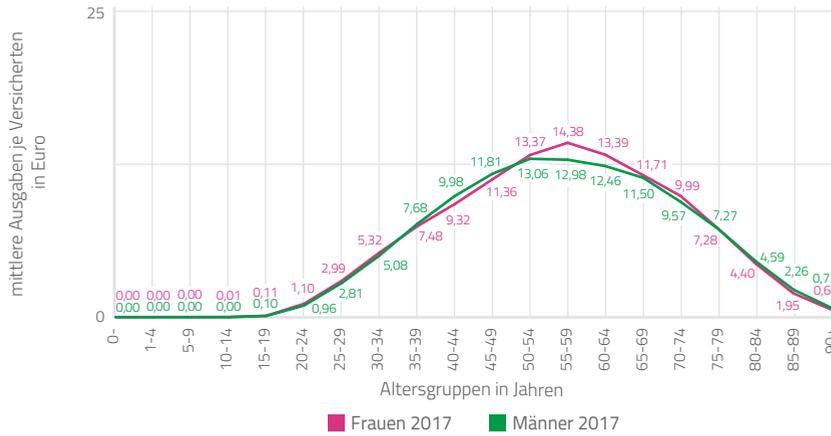
Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 2.5: Mittlere Ausgaben je Versicherten für die „Kieferorthopädische Behandlung“ (BEMA-Teil 3) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



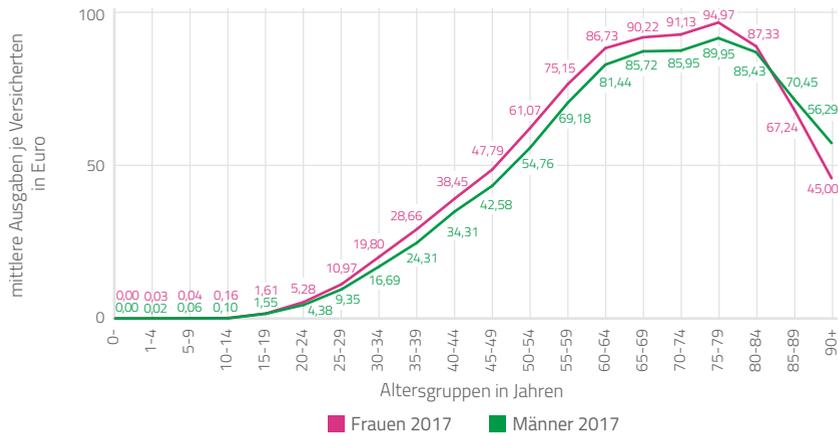
Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 2.6: Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (BEMA-Teil 4) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 2.7: Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Zahnersatz und Zahnkronen“ (BEMA-Teil 5) nach Alter und Geschlecht (ohne Eigenanteile) im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Die Aufschlüsselung der Inanspruchnahmeraten nach den BEMA-Teilen 1 bis 5 auf der Ebene der Bundesländer zeigt die Tabelle 2.7.

Tabelle 2.7: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen nach Bundesländern* im Jahr 2017 in Prozent – getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2017)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent BEMA-Teil 1	Inanspruchnahmerate in Prozent BEMA-Teil 2	Inanspruchnahmerate in Prozent BEMA-Teil 3	Inanspruchnahmerate in Prozent BEMA-Teil 4	Inanspruchnahmerate in Prozent BEMA-Teil 5
Hamburg	67,3 (- 3,4)	4,8 (1,3)	4,7 (0,2)	1,6 (0,1)	10,5 (0,7)
Niedersachsen	69,2 (- 1,5)	3,7 (0,2)	3,9 (- 0,5)	1,4 (0,0)	9,9 (0,0)
Bremen	66,1 (- 4,6)	3,5 (0,0)	3,9 (- 0,6)	1,2 (- 0,3)	10,1 (0,3)
Nordrhein-Westfalen	68,7 (- 2,0)	3,6 (0,1)	4,5 (0,0)	1,8 (0,3)	9,9 (0,0)
Hessen	68,5 (- 2,2)	3,9 (0,4)	4,4 (- 0,1)	1,3 (- 0,1)	9,7 (- 0,1)
Rheinland-Pfalz	67,6 (- 3,1)	3,6 (0,1)	4,2 (- 0,3)	1,4 (0,0)	9,4 (- 0,4)
Baden-Württemberg	71,2 (0,5)	3,7 (0,2)	5,0 (0,5)	1,3 (- 0,2)	9,4 (- 0,4)
Bayern	72,9 (2,2)	3,4 (- 0,1)	4,7 (0,2)	1,6 (0,1)	8,6 (- 1,2)
Saarland	64,3 (- 6,4)	3,0 (- 0,5)	4,1 (- 0,4)	0,9 (- 0,5)	9,0 (- 0,9)
Berlin	69,7 (- 1,0)	4,7 (1,2)	5,1 (0,6)	1,3 (- 0,2)	10,7 (0,8)
Brandenburg	74,8 (4,1)	3,0 (- 0,6)	4,7 (0,2)	1,4 (0,0)	11,1 (1,2)
Mecklenburg-Vorpommern	74,7 (4,0)	3,1 (- 0,4)	4,3 (- 0,2)	1,2 (- 0,3)	10,8 (1,0)
Sachsen	76,6 (5,9)	2,3 (- 1,2)	3,9 (- 0,6)	1,2 (- 0,3)	10,3 (0,5)
Sachsen-Anhalt	75,1 (4,4)	2,7 (- 0,8)	4,2 (- 0,3)	1,5 (0,1)	10,6 (0,8)
Thüringen	76,2 (5,5)	1,9 (- 1,6)	4,6 (0,1)	0,9 (- 0,6)	10,2 (0,4)
Gesamt*	70,7	3,5	4,5	1,5	9,8

* ohne Schleswig-Holstein; Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt (Gesamt) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Quelle: BARMER-Daten 2017

Während sich für die Inanspruchnahme von Leistungen des BEMA-Teils 1 in den neuen Bundesländern erhöhte Werte ergeben, zeigen sich dort durchweg unterdurchschnittliche Inanspruchnahmen von Leistungen aus dem BEMA-Teil 2. In den BEMA-Teilen 3 und 4 ist kein entsprechender Unterschied zwischen den alten und neuen Bundesländern erkennbar. Die größte relative Spanne zwischen den Bundesländern zeigt sich im BEMA-Teil 2. Der höchste Wert (Hamburg) liegt hier um mehr als das Doppelte über dem niedrigsten (Thüringen). Für den Bereich BEMA 5 zeigen sich in den neuen Bundesländern ebenfalls leicht überdurchschnittliche Werte, während in den alten Bundesländern ein differenzierteres Bild entsteht: Der Südwesten (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg und Bayern) liegt unter dem Durchschnitt, während der Nordwesten und die Stadtstaaten über dem Durchschnitt liegen.

erhebliche regionale Unterschiede: Höchster Wert (Hamburg) liegt um mehr als das Doppelte über dem niedrigsten Wert (Thüringen).

Die Tabelle 2.8 zeigt im Vergleich der Bundesländer die Ausgaben je Versicherten für die fünf Versorgungsbereiche beziehungsweise die BEMA-Teile 1 bis 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 Versicherten besteht – wie bereits bei der Inanspruchnahme und damit erwartungsgemäß – im Bereich der Behandlung von „Verletzungen des Gesichtsschädels und Kiefergelenkerkrankungen“ (Spalte BEMA-Teil 2) mit dem höchsten Wert in Hamburg (10,98 Euro) und dem niedrigsten Wert in Thüringen (3,63 Euro). Im Bereich „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (Spalte BEMA-Teil 1) liegt die Spanne zwischen 132,89 Euro in Bayern und 103,44 Euro im Saarland.

Tabelle 2.8: Mittlere Ausgaben je Versicherten für vertragszahnärztliche Leistungen nach Bundesländern* im Jahr 2017 – getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2017)

Bundesland	mittlere Ausgaben je Versicherten in Euro BEMA-Teil 1	mittlere Ausgaben je Versicherten in Euro BEMA-Teil 2	mittlere Ausgaben je Versicherten in Euro BEMA-Teil 3	mittlere Ausgaben je Versicherten in Euro BEMA-Teil 4	mittlere Ausgaben je Versicherten in Euro BEMA-Teil 5
Hamburg	110,88 (- 4,59)	10,98 (3,28)	16,87 (0,33)	7,66 (0,55)	49,94 (6,55)
Niedersachsen	114,97 (- 0,50)	8,47 (0,78)	13,73 (- 2,82)	7,06 (- 0,05)	43,93 (0,53)
Bremen	107,34 (- 8,14)	7,39 (- 0,31)	13,55 (- 2,99)	5,74 (- 1,38)	51,02 (7,62)
Nordrhein-Westfalen	109,32 (- 6,16)	7,83 (0,13)	16,46 (- 0,08)	8,64 (1,52)	45,65 (2,26)
Hessen	106,74 (- 8,74)	8,14 (0,44)	16,08 (- 0,46)	6,51 (- 0,60)	41,41 (- 1,99)
Rheinland-Pfalz	108,19 (- 7,28)	7,23 (- 0,47)	16,16 (- 0,38)	6,97 (- 0,14)	40,66 (- 2,74)
Baden-Württemberg	111,53 (- 3,94)	8,01 (0,31)	18,52 (1,97)	6,13 (- 0,98)	38,33 (- 5,06)
Bayern	132,89 (17,42)	7,81 (0,11)	20,14 (3,60)	7,51 (0,40)	36,03 (- 7,37)
Saarland	103,44 (- 12,03)	6,83 (- 0,87)	15,59 (- 0,96)	4,48 (- 2,63)	40,54 (- 2,85)
Berlin	114,92 (- 0,55)	11,03 (3,33)	17,66 (1,12)	6,42 (- 0,69)	55,32 (11,92)
Brandenburg	116,19 (0,71)	6,52 (- 1,18)	16,90 (0,36)	6,87 (- 0,24)	47,70 (4,30)
Mecklenburg-Vorpommern	127,55 (12,08)	6,51 (- 1,18)	13,39 (- 3,15)	5,55 (- 1,56)	45,60 (2,20)
Sachsen	122,75 (7,28)	4,16 (- 3,54)	13,05 (- 3,50)	5,43 (- 1,68)	43,56 (0,16)
Sachsen-Anhalt	126,53 (11,06)	5,63 (- 2,07)	12,73 (- 3,81)	7,29 (0,17)	45,59 (2,20)
Thüringen	123,19 (7,72)	3,63 (- 4,07)	15,68 (- 0,86)	4,29 (- 2,82)	43,76 (0,36)
Gesamt*	115,47	7,70	16,54	7,11	43,40

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

3 Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)

3.1 Datengrundlage und Kenngrößen

Bezogen auf die Datengrundlagen kann hier auf die Ausführungen im Kapitel 2.1 zu den „Konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ verwiesen werden. Aus der Markierung in der Tabelle 3.1 ist erkennbar, dass für diesen Bereich alle Kenngrößen berechnet und entsprechend nachfolgend dargestellt werden können.

Tabelle 3.1: Übersicht der im Kapitel 3 ausgewiesenen Kenngrößen

	BEMA- Teile 1 bis 5 (Kapitel 2)	BEMA- Teil 1 (Kapitel 3)	BEMA- Teil 2 (Kapitel 4)	BEMA- Teil 3 (Kapitel 5)	BEMA- Teil 4 (Kapitel 6)	BEMA- Teil 5 (Kapitel 7)
Inanspruchnahme/ Inanspruchnahmerate	X	X	X	X	X	X
Behandlungsfälle	---	X	---	---	---	---
Zahnarztkontakte	---	X	---	---	---	---
Ausgaben	X	X	X	X	X	X
Punktsummen	---	X	X	X	X	---
Leistungsmenge	---	X	X	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) auch die mittlere Anzahl von Behandlungsfällen und die mittlere Anzahl von Zahnarztkontakten pro Versicherten nach Leistungsbereichen. Hierzu werden die insgesamt 85 Gebührensätze des BEMA-Teils 1 nach prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen unterschieden.

Weiterhin werden die im Zusammenhang mit den „Konservierenden, chirurgischen und Röntgen- sowie Prophylaxe-Leistungen“ stehenden Ausgaben je untersuchten beziehungsweise behandelten Versicherten ausgewiesen. Basierend auf der Anzahl der abgerechneten Einzelleistungen werden Punktsummen sowie Art und Umfang der in Anspruch

genommenen zahnärztlichen Leistungen differenziert nach neun inhaltlich voneinander unterscheidbaren Leistungsgruppen betrachtet. Die Zuordnung der einzelnen Gebührensätze zu den neun Leistungsgruppen und den übergeordneten drei Leistungsbereichen sind der Tabelle I 4 im Anhang 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 durchgeführte Preisbereinigung hinzuweisen.

3.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

Die Inanspruchnahmerate für „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen“ (BEMA-Teil 1) lag im Jahr 2017 bei 70,7 Prozent (siehe dazu auch oben im Kapitel 2.3). Zwischen den drei Leistungsbereichen Prophylaxe, Diagnostik und Behandlung zeigen sich Unterschiede in den Inanspruchnahmeraten: Die Prophylaxe-Leistungen wurden von 51,4 Prozent aller Versicherten in Anspruch genommen, die diagnostischen und Beratungsleistungen von 70,0 Prozent sowie die therapeutischen Leistungen von 47,0 Prozent (Tabelle 3.2). Es fällt auf, dass die Inanspruchnahmeraten in allen drei Leistungsbereichen bei den Frauen deutlich höher liegen als bei den Männern.

Inanspruchnahmeraten:

Prophylaxe: 51,4 %,

Beratung: 70,0 %,

therapeutische

Leistungen: 47,0 %

höhere Inanspruchnahme
bei Frauen

Für die Anzahl der Behandlungsfälle und der Zahnarztkontakte pro Versicherten zeigen die Verteilungen ein sehr ähnliches Bild. Es ergeben sich 0,57 Behandlungsfälle und 0,58 Kontakte pro Versicherten mit prophylaktischer Zielsetzung und 1,30 Behandlungsfälle und 1,65 Zahnarztkontakte pro Versicherten mit diagnostischem beziehungsweise beratendem Schwerpunkt. Für therapeutische Leistungen ergeben sich 0,77 Behandlungsfälle mit durchschnittlich 1,25 Kontakten pro Versicherten. Durchgängig ergeben sich auch bei diesen Kenngrößen höhere Werte für Frauen als für Männer.

Tabelle 3.2: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in den drei Leistungsbereichen der „Konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 (stand.D2017)

	Prophylaxe- Leistungen	diagnostische und Beratungsleistungen	therapeutische Leistungen
Inanspruchnahmerate in Prozent			
Gesamt	51,4	70,0	47,0
Männer	48,8	66,0	44,4
Frauen	54,0	73,9	49,6
Behandlungsfälle je Versicherten			
Gesamt	0,57	1,30	0,77
Männer	0,54	1,21	0,72
Frauen	0,59	1,40	0,82
Zahnarztkontakte je Versicherten			
Gesamt	0,58	1,65	1,25
Männer	0,55	1,53	1,18
Frauen	0,60	1,77	1,32
Ausgaben in Euro je behandelten Versicherten			
Gesamt	27,82	48,42	137,26
Männer	28,21	47,77	144,54
Frauen	27,34	49,05	130,17

Quelle: BARMER-Daten 2017

Ebenfalls in der Tabelle 3.2 dargestellt sind die nach den drei Leistungsbereichen aufgeteilten Ausgaben für abgerechnete Leistungen des Versorgungsbereichs „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“.

Bei allen nachfolgenden Angaben zu den Ausgaben je Versicherten ist der Unterschied zu den Angaben im Kapitel 2 von Bedeutung. Im Kapitel 2 wurden die Ausgaben auf alle Versicherten der Grundgesamtheit bezogen. Im Unterschied dazu werden die Ausgaben im Nachfolgenden – auch in den Kapiteln 4 bis 7 – immer nur auf die behandelten Versicherten bezogen, also auf Versicherte, die mindestens eine Leistung des jeweils betrachteten Versorgungs- oder Leistungsbereiches auch tatsächlich in Anspruch genommen haben.

Entsprechend den Ausweisungen in der unteren Hälfte von Tabelle 3.2 waren mit der Inanspruchnahme von Prophylaxe-Leistungen durchschnittlich 27,82 Euro je behandelten

Versicherten verbunden, bei den diagnostischen und Beratungsleistungen waren es 48,42 Euro und bei den therapeutischen Leistungen 137,26 Euro.

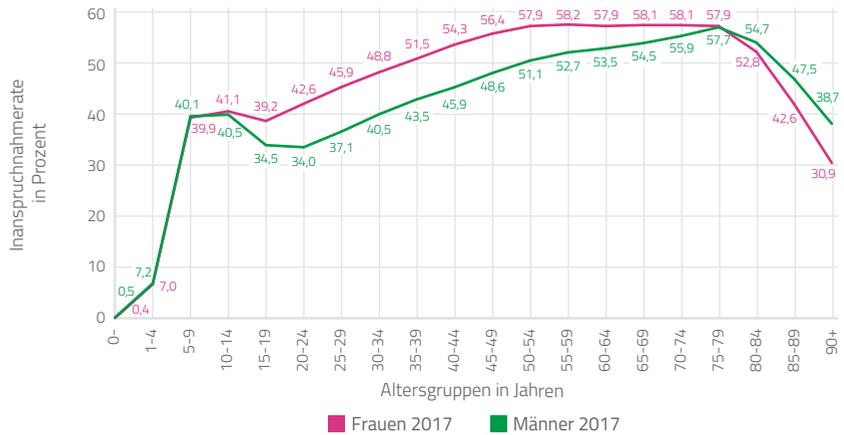
Ein interessantes Bild zeigt sich hier bei einem Vergleich der durchschnittlichen Ausgaben je behandelten Versicherten zwischen Männern und Frauen. Während sich die Ausgaben für die diagnostischen und Beratungsleistungen sowie für Prophylaxe-Leistungen nur um jeweils rund drei Prozent unterscheiden (47,77 Euro und 49,05 Euro bei Prophylaxe-Leistungen sowie 28,21 Euro und 27,34 Euro bei diagnostischen und Beratungsleistungen), differieren die Ausgaben für therapeutische Leistungen um rund elf Prozent (144,54 Euro zu 130,17 Euro). Auffällig dabei ist, dass die Ausgaben für Frauen in den beiden Leistungsbereichen der Prophylaxe und der therapeutischen Leistungen geringer ausfallen als die der Männer, die Ausgaben im Bereich der diagnostischen 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 feststellen, dass die diagnostischen und Beratungsleistungen am häufigsten in Anspruch genommen werden. Die therapeutischen Leistungen werden zwar von einer geringen Anzahl von Versicherten in Anspruch genommen, sind jedoch im Durchschnitt mit deutlich höheren Ausgaben je behandelten Versicherten verbunden.

besonders häufige
Inanspruchnahme bei
diagnostischen und
Beratungsleistungen

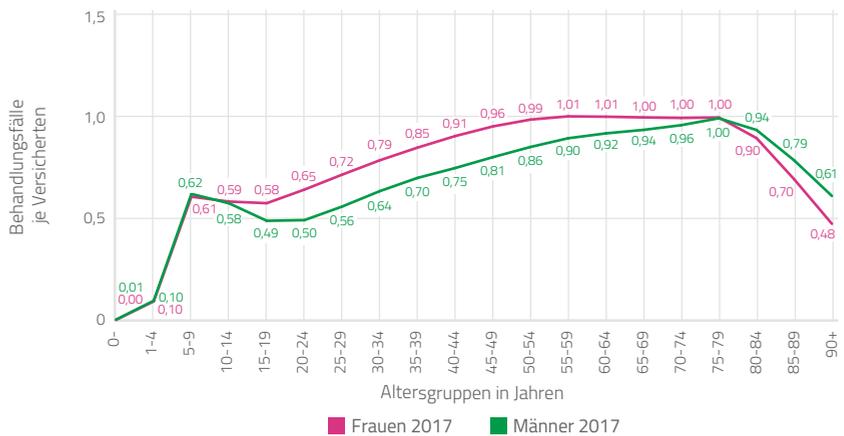
In den Abbildungen 3.1 bis 3.4 sind für den Leistungsbereich der therapeutischen Leistungen die Altersverläufe für die vier in Tabelle 3.1 ausgewiesenen Kenngrößen dargestellt. Die analogen Abbildungen für die Prophylaxe-Leistungen und für die diagnostischen und Beratungsleistungen finden sich im Anhang (Abbildung I 4 bis Abbildung I 11).

Abbildung 3.1: Inanspruchnahmerate im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Prozent



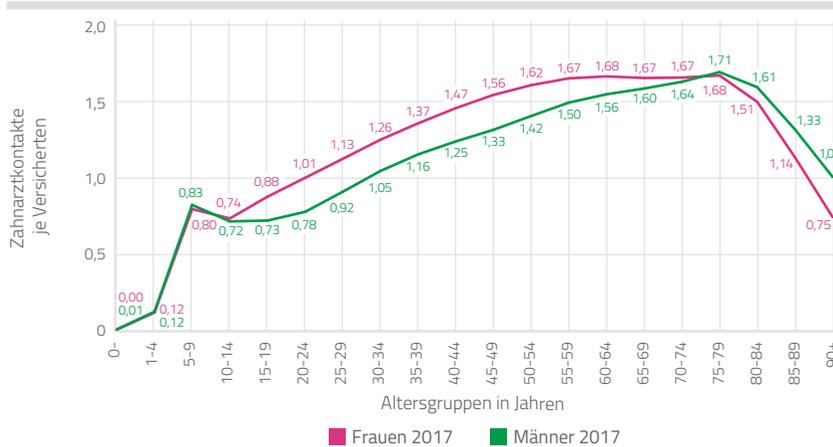
Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 3.2: Behandlungsfälle je Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



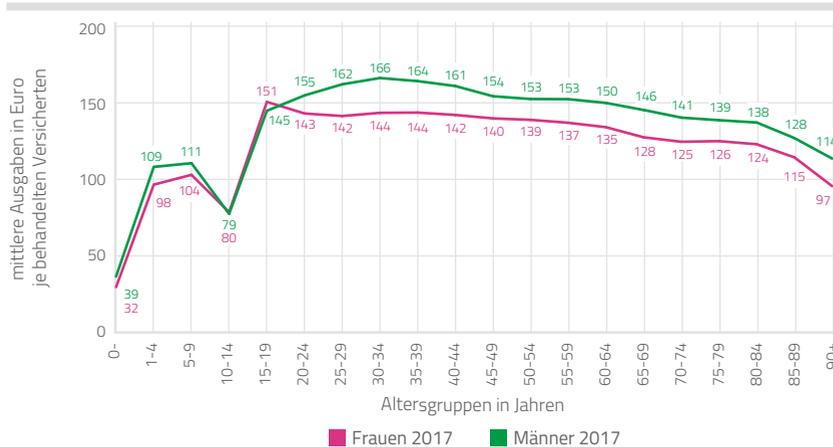
Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 3.3: Zahnarztkontakte je Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 3.4: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

In der Tabelle 3.3 sind die vier im vorliegenden Kapitel betrachteten Kenngrößen Inanspruchnahmerate, Anzahl der Behandlungsfälle je Versicherten, Anzahl der Zahnarztkontakte je Versicherten und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für „Konservierende und chirurgische therapeutische Leistungen“ des BEMA-Teils 1 nach Bundesländern aufgeführt. Zwischen den Bundesländern zeigen sich dabei teilweise deutliche Unterschiede.

Insbesondere fällt auf, dass die Inanspruchnahmerate in den neuen Bundesländern zum Teil deutlich über der in den alten Bundesländern liegt. Während in den alten Bundesländern (mit Ausnahme von Bayern) im Jahr 2017 bei weniger als der Hälfte der Versicherten therapeutische Leistungen nach BEMA-Teil 1 abgerechnet wurden – in Baden-Württemberg mit 41,6 Prozent sogar nur bei etwas mehr als zwei Fünfteln der Versicherten –, weisen beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern mehr als 54,5 Prozent der Versicherten abgerechnete therapeutische Leistungen auf.

Ø Ausgaben in Höhe von
137,26 € im therapeu-
tischen Leistungsbereich

Ein ähnliches Bild zeigt sich folgerichtig bei der Betrachtung der mittleren Fallhäufigkeit: Während in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Hessen durchschnittlich weniger als 0,75 Behandlungsfälle pro Versicherten zu verzeichnen sind, weisen die Bundesländer mit hoher Inanspruchnahme mittlere Fallzahlen von rund 0,9 Fällen pro Versicherten auf. Die Anzahl der durchschnittlichen Zahnarztkontakte pro Versicherten variiert zwischen 1,05 und 1,54 Kontakten je Versicherten. Jeder Behandlungsfall bringt demzufolge durchschnittlich 1,6 Kontakte mit sich. Die im therapeutischen Leistungsbereich entstehenden Ausgaben liegen preisbereinigt zwischen 124,78 Euro je behandelten Versicherten im Saarland und 145,34 Euro je behandelten Versicherten in Bayern. Im länderübergreifenden Durchschnitt ergeben sich pro behandelten Versicherten Ausgaben in Höhe von 137,26 Euro. In den neuen Bundesländern ergibt sich eine Schwankungsbreite von 127,37 Euro je behandelten Versicherten in Brandenburg und 136,17 Euro in Sachsen-Anhalt. Für die behandelten Versicherten in Berlin ergeben sich 138,69 Euro.

Tabelle 3.3: Inanspruchnahmerate, Anzahl der Behandlungsfälle je Versicherten, Anzahl Zahnarztkontakte je Versicherten und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für konservierende und chirurgische therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Bundesländern* (stand.D2017)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro
Hamburg	47,4 (0,4)	0,79 (0,02)	1,26 (0,01)	131,27 (- 5,99)
Niedersachsen	47,4 (0,4)	0,78 (0,01)	1,27 (0,02)	140,05 (2,79)
Bremen	44,6 (- 2,5)	0,74 (- 0,03)	1,20 (- 0,06)	135,38 (- 1,88)
Nordrhein-Westfalen	44,6 (- 2,4)	0,73 (- 0,04)	1,18 (- 0,07)	135,56 (- 1,70)
Hessen	43,0 (- 4,0)	0,69 (- 0,09)	1,13 (- 0,12)	136,71 (- 0,55)
Rheinland-Pfalz	44,2 (- 2,8)	0,71 (- 0,07)	1,16 (- 0,09)	137,80 (0,54)
Baden-Württemberg	41,6 (- 5,40)	0,65 (- 0,12)	1,05 (- 0,21)	141,22 (3,96)
Bayern	52,4 (5,4)	0,86 (0,09)	1,38 (0,13)	145,34 (8,08)
Saarland	47,4 (0,40)	0,76 (- 0,02)	1,23 (- 0,02)	124,78 (- 12,48)
Berlin	47,0 (0,0)	0,79 (0,02)	1,30 (0,05)	138,69 (1,43)
Brandenburg	50,1 (3,10)	0,85 (0,08)	1,35 (0,09)	127,37 (- 9,88)
Mecklenburg-Vorpommern	54,5 (7,5)	0,95 (0,17)	1,54 (0,29)	135,68 (- 1,58)
Sachsen	50,7 (3,70)	0,86 (0,08)	1,38 (0,13)	131,44 (- 5,81)
Sachsen-Anhalt	53,5 (6,5)	0,91 (0,14)	1,52 (0,27)	136,17 (- 1,08)
Thüringen	51,3 (4,3)	0,87 (0,09)	1,42 (0,17)	132,83 (- 4,43)
Gesamt*	47,0	0,77	1,25	137,26

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017, eigene Berechnungen

Im Anhang finden sich entsprechende Tabellen für die beiden Leistungsbereiche der Prophylaxe-Leistungen (Tabelle I 5) und der diagnostischen und Beratungsleistungen (Tabelle I 6). Für beide Leistungsbereiche zeigen sich wiederum erhebliche Variationen zwischen den Bundesländern.

mittlere Inanspruch-
nahmerate
prophylaktischer
Leistungen: 51,4 %

Bei einer für Deutschland insgesamt berechneten mittleren Inanspruchnahmerate prophylaktischer Leistungen von 51,4 Prozent zeigen sich regionale Unterschiede von 43,5 Prozent in Bremen bis 60,2 Prozent in Thüringen. Die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle je behandelten Versicherten variiert zwischen 0,48 und 0,66. Die mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte je behandelten Versicherten variiert zwischen 0,49 und 0,67. Die mittleren Ausgaben je behandelten Versicherten reichen von 27,13 Euro in Hessen bis zu 28,34 Euro in Brandenburg.

Im Leistungsbereich der diagnostischen und Beratungsleistungen zeigen sich dem Betrag nach vergleichbare Schwankungsbreiten bei der Leistungsanspruchnahme und bei den abgerechneten Ausgaben. So variiert die Inanspruchnahmerate zwischen 63,6 Prozent im Saarland und 75,8 Prozent in Sachsen. Die damit in Verbindung stehenden Ausgaben fallen mit 44,64 Euro je behandelten Versicherten im Saarland und 52,13 Euro in Bayern leicht höher aus. Je behandelten Versicherten ergeben sich zwischen 1,11 und 1,44 Behandlungsfälle und 1,42 bis 1,83 Zahnarztkontakte.

3.3 Leistungen im Überblick

Die Tabelle 3.4 zeigt die Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des BEMA-Teils 1. Auf die Untergruppe der klinischen Untersuchungen und Beratungen entfällt mit 30,5 Prozent der größte Anteil aller Leistungen, gefolgt von Kavitätenpräparationen und Füllungen mit 15,9 Prozent. An dritter Stelle folgen die Prophylaxe-Leistungen mit 12,8 Prozent. Der niedrigste Wert wird mit 2,6 Prozent aller Leistungen des BEMA-Teils 1 bei Zahnextraktionen und Wurzelspitzenresektionen erreicht. Entsprechend den Leistungsbewertungen des BEMA bilden die Kavitätenpräparationen und Füllungen 29,6 Prozent der gesamten Punktsomme ab, gefolgt von den klinischen Untersuchungen und Beratungen mit 23,9 Prozent.

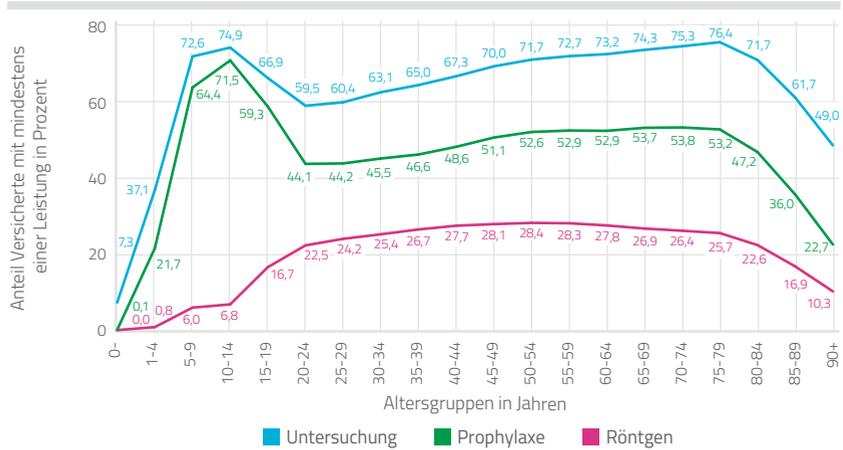
Tabelle 3.4: Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des BEMA-Teils 1 nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2017

	Leistungsgruppen	Häufigkeit	Prozent	Punktsumme	Prozent
Diagnostik	Prophylaxe-Leistungen	6.980.488	12,8	113.074.371	12,6
	klinische Untersuchungen und Beratungen	16.556.761	30,5	214.087.263	23,9
	Röntgenleistungen	3.052.681	5,6	57.164.077	6,4
Therapie	Kavitätenpräparation und Füllungen	8.665.702	15,9	264.913.780	29,6
	Pulpa- und Wurzelkanalbehandlungen	4.210.062	7,7	66.438.767	7,4
	Zahnextraktionen und Wurzelspitzenresektionen	1.408.603	2,6	48.737.853	5,4
	chirurgische Eingriffe	2.327.138	4,3	33.032.912	3,7
	minimale Interventionen	5.533.993	10,2	45.776.730	5,1
	Anästhesieleistungen	5.613.331	10,3	51.893.868	5,8
	Gesamt	54.348.759	100,0	895.119.621	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2017

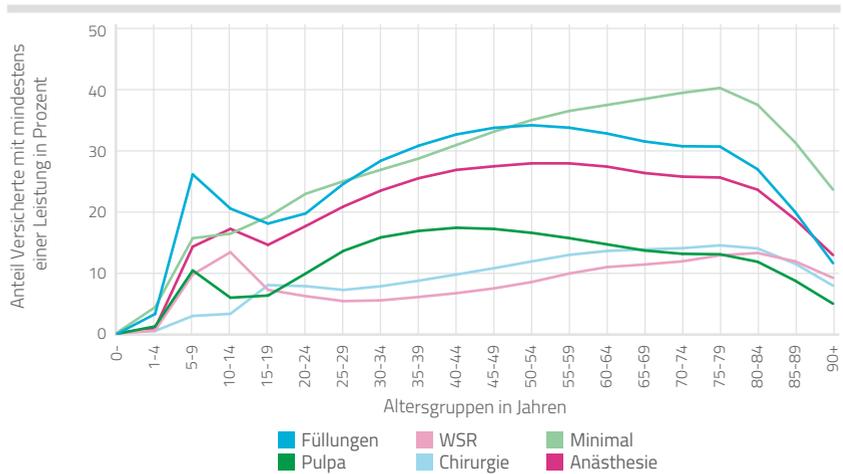
Die Abbildungen 3.5 und 3.6 zeigen die Inanspruchnahmeraten nach Altersgruppen für die in der Tabelle 3.4 unterschiedenen Untergruppen. Die Abbildung 3.5 zeigt die Raten für die Prophylaxe-Leistungen und für den Leistungsbereich Diagnostik (für die Untergruppen der klinischen Untersuchungen inklusive Beratungen und Röntgenleistungen), die Abbildung 3.6 zeigt die Raten für die Untergruppen des Leistungsbereiches der Therapie.

Abbildung 3.5: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen der Leistungsbereiche Prophylaxe und diagnostische Leistungen nach Alter im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 3.6: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen des Leistungsbereichs der therapeutischen Leistungen nach Alter im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

3.4 Entwicklung über die Zeit

Im Anschluss an die längsschnittlichen Betrachtungen des BEMA-Teils 1 für die Jahre 2010 bis 2017 werden im weiteren Verlauf des aktuellen Kapitels die – auch bereits in den Vorjahren – durchgeführten vertiefenden Betrachtungen für ausgewählte Einzelleistungen beziehungsweise Teilleistungsbereiche für die nunmehr vorliegenden Abrechnungsjahre 2010 bis 2017 dargestellt.

In der Tabelle 3.5 wird der Vergleich der Bundesländer für die Leistungen des BEMA-Teils 1 über einen Zeitraum von acht Jahren dargestellt. Über die Jahre hinweg betrachtet zeigt sich eine konstante Inanspruchnahme. Eine Ausnahme bildet das Jahr 2012, was vermutlich mit der Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 zusammenhängt. Über die Zeit zeigt sich (nach einem Gipfel in den Jahren 2013/2014) eine Regression zur Mitte. Die Spitzenreiter Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sinken ab, während einige Bundesländer unterhalb des Durchschnitts steigen.

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

- Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder vom 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) und
- Wurzelbehandlungen (Kapitel 3.4.5).

Tabelle 3.5: Inanspruchnahmerate für vertragszahnärztliche Leistungen des BEMA-Teils 1 in den Jahren 2010 bis 2017 nach Bundesländern* (stand.D2011)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	66,3 (- 4,1)	66,1 (- 4,7)	65,8 (- 4,1)	66,5 (- 4,4)	67,4 (- 3,9)	67,1 (- 3,9)	67,5 (- 3,5)	67,5 (- 3,4)
Niedersachsen	68,3 (- 2,1)	68,9 (- 1,9)	67,3 (- 2,6)	68,9 (- 2,0)	69,1 (- 2,1)	69,7 (- 2,2)	69,5 (- 1,5)	69,5 (- 1,4)
Bremen	65,5 (- 5,0)	65,8 (- 5,0)	65,8 (- 4,2)	66,3 (- 4,6)	66,6 (- 4,6)	66,7 (- 4,7)	66,3 (- 4,6)	66,2 (- 4,7)
Nordrhein- Westfalen	68,1 (- 2,3)	68,6 (- 2,2)	67,4 (- 2,5)	68,7 (- 2,2)	69,1 (- 2,2)	68,9 (- 2,2)	68,8 (- 2,1)	68,9 (- 2,0)
Hessen	67,8 (- 2,7)	68,1 (- 2,7)	67,9 (- 2,0)	68,4 (- 2,5)	68,9 (- 2,3)	68,6 (- 2,4)	68,7 (- 2,3)	68,7 (- 2,2)
Rheinland- Pfalz	67,1 (- 3,4)	67,7 (- 3,1)	63,9 (- 6,1)	67,1 (- 3,7)	67,9 (- 3,4)	68,0 (- 3,4)	67,8 (- 3,1)	67,9 (- 3,0)
Baden- Württemberg	70,8 (0,4)	70,9 (0,1)	70,7 (0,7)	71,1 (0,2)	71,8 (0,6)	71,4 (0,5)	71,5 (0,5)	71,4 (0,5)
Bayern	72,1 (1,7)	72,4 (1,6)	72,2 (2,3)	72,8 (1,9)	73,3 (2,0)	73,1 (- 2,0)	73,1 (2,2)	73,1 (2,3)
Saarland	63,8 (- 6,6)	64,4 (- 6,4)	64,2 (- 5,7)	64,9 (- 6,0)	64,8 (- 6,5)	64,4 (- 6,5)	64,8 (- 6,2)	64,5 (- 6,4)
Berlin	69,2 (- 1,3)	69,5 (- 1,3)	69,0 (- 0,9)	69,5 (- 1,4)	70,1 (- 1,2)	69,6 (- 1,2)	69,7 (- 1,2)	69,7 (- 1,2)
Brandenburg	75,1 (4,7)	75,6 (4,8)	74,7 (4,8)	75,6 (4,7)	75,7 (4,5)	75,5 (4,4)	75,1 (4,2)	74,9 (4,1)
Mecklenburg- Vorpommern	74,8 (4,4)	75,2 (4,5)	75,0 (5,1)	75,5 (4,6)	74,9 (3,6)	74,9 (3,6)	74,9 (- 4,0)	74,8 (3,9)
Sachsen	79,0 (8,6)	79,3 (8,5)	79,2 (9,2)	79,4 (8,6)	78,1 (6,8)	77,3 (6,8)	76,9 (5,9)	76,7 (5,9)
Sachsen- Anhalt	76,8 (6,3)	77,1 (6,4)	76,5 (6,6)	77,0 (6,1)	76,2 (4,9)	75,7 (4,9)	75,4 (4,5)	75,2 (4,4)
Thüringen	78,5 (8,0)	78,9 (8,1)	78,5 (8,6)	78,8 (7,9)	78,1 (6,8)	77,3 (6,8)	76,7 (5,8)	76,3 (5,4)
Gesamt*	70,5	70,8	69,9	70,9	71,3	71,0	70,9	70,9

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

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 (GKV) trägt die Kosten für maximal drei Früherkennungsuntersuchungen im Abstand von mindestens zwölf Monaten.

In der zahnmedizinischen Literatur wird wegen der hohen Bedeutung eines intakten Milchzahngebisses eine frühzeitige, gründliche Dentalprophylaxe gefordert. Die im BEMA beschriebene zahnärztliche Frühuntersuchung (FU) ist nach der Leistungslegende jedoch erst bei Kindern ab zweieinhalb 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.

Die Lücke für die unter zweieinhalbjährigen Kinder hat die BARMER in den letzten Jahren durch Verträge zur dentalen Frühprävention mit allen KZVen bundesweit geschlossen. Durch die Verträge können schon Kleinkinder im Alter vom sechsten bis zum 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 insgesamt und nach Bundesländern im Zeitraum von 2010 bis 2017 in der Tabelle 3.6 dargestellt. Im Jahr 2010 lag die Inanspruchnahmerate bei 31,9 Prozent und ist in den Folgejahren zwar nur leicht, aber kontinuierlich bis zum Jahr 2017 auf 35,9 Prozent angestiegen. Konstant nehmen über die Zeit die Bundesländer Bayern und Sachsen die Spitzenplätze ein, gefolgt von Brandenburg, Thüringen und Baden-Württemberg.

Inanspruchnahmerate
Früherkennungsunter-
suchung 2017: 35,9 %

**Tabelle 3.6: Früherkennungsuntersuchungen (30. bis 72. Lebensmonat):
Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017
(stand.D2011)**

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	30,8 (- 1,1)	29,4 (- 2,7)	29,0 (- 3,4)	32,2 (- 1,3)	33,4 (- 0,6)	32,1 (- 2,6)	33,6 (- 1,4)	32,9 (- 3,0)
Niedersachsen	29,7 (- 2,2)	30,2 (- 1,9)	30,5 (- 1,9)	31,3 (- 2,2)	31,75 (- 2,2)	32,8 (- 2,0)	32,5 (- 2,5)	33,1 (- 2,8)
Bremen	31,8 (- 0,1)	30,7 (- 1,4)	28,1 (- 4,3)	29,9 (- 3,6)	23,6 (- 10,4)	24,5 (- 10,2)	26,5 (- 8,6)	30,4 (- 5,6)
Nordrhein- Westfalen	27,8 (- 4,1)	28,1 (- 4,0)	28,1 (- 4,3)	29,5 (- 4,0)	30,0 (- 4,0)	31,1 (- 3,6)	31,4 (- 3,7)	32,5 (- 3,4)
Hessen	32,2 (0,3)	32,4 (0,3)	32,4 (0,0)	33,0 (- 0,5)	34,3 (0,4)	35,0 (0,2)	35,4 (0,3)	35,7 (- 0,2)
Rheinland- Pfalz	29,2 (- 2,7)	29,0 (- 3,1)	29,0 (- 3,4)	30,7 (- 2,8)	31,1 (- 2,9)	32,7 (- 2,1)	32,4 (- 2,6)	33,4 (- 2,6)
Baden- Württemberg	35,0 (3,1)	34,0 (1,9)	35,2 (2,8)	36,2 (2,7)	35,9 (2,0)	36,7 (1,9)	37,0 (- 2,0)	38,5 (2,5)
Bayern	37,9 (6,0)	38,4 (6,3)	39,3 (6,9)	40,0 (6,5)	40,8 (6,9)	41,4 (6,7)	42,0 (6,9)	42,5 (6,6)
Saarland	24,6 (- 7,3)	23,3 (- 8,8)	23,5 (- 8,9)	23,0 (- 10,5)	25,2 (- 8,7)	27,6 (- 7,1)	24,5 (- 10,5)	27,7 (- 8,2)
Berlin	29,9 (- 2,0)	31,4 (- 0,7)	31,1 (- 1,3)	32,7 (- 0,8)	33,8 (- 0,2)	34,6 (- 0,1)	35,8 (0,8)	36,5 (0,6)
Brandenburg	33,9 (2,0)	34,8 (2,7)	34,0 (1,6)	35,5 (2,0)	36,7 (2,8)	37,4 (2,7)	37,7 (2,6)	38,8 (2,8)
Mecklenburg- Vorpommern	31,8 (- 0,1)	32,2 (0,1)	33,3 (0,9)	32,1 (- 1,4)	32,2 (- 1,8)	32,8 (- 1,9)	34,1 (- 1,0)	34,6 (- 1,3)
Sachsen	36,5 (4,6)	35,7 (3,6)	37,6 (5,2)	38,9 (5,4)	39,0 (5,1)	38,9 (4,2)	39,2 (4,1)	40,1 (4,2)
Sachsen- Anhalt	33,5 (1,6)	34,6 (2,5)	33,7 (1,3)	34,7 (1,2)	35,1 (1,2)	35,6 (0,8)	36,2 (1,1)	35,9 (- 0,1)
Thüringen	36,0 (4,1)	36,7 (4,6)	36,5 (4,1)	37,7 (4,2)	38,1 (4,2)	37,9 (3,1)	37,2 (2,1)	40,0 (4,1)
Gesamt*	31,9	32,1	32,4	33,5	33,9	34,7	35,1	35,9

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

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 2017 in Prozent (stand.D2017)*

Land	IP	IP1	IP2	IP4	IP5
alte Bundesländer	65,5	61,9	61,2	62,1	22,3
neue Bundesländer	68,5	65,3	63,3	65,5	24,8
Gesamt	65,9	62,3	61,4	62,6	22,6

* auf die Population der 6- bis unter 18-jährigen Versicherten standardisiert
Quelle: BARMER-Daten 2017

Die Inanspruchnahme der IP bezieht sich auf alle 6- bis unter 18-Jährigen der Grundgesamtheit. In den Jahren 2010 bis 2017 lag sie relativ stabil zwischen 64,0 und 65,9 Prozent (Tabelle 3.8). Bezogen auf die einzelnen IP-Leistungen zeigt sich durchgängig eine höhere Inanspruchnahme in den neuen Bundesländern (Tabelle 3.7).

Inanspruchnahmerate
IP-Leistungen 2017: 65,9 %

Im Vergleich der Bundesländer nimmt Thüringen hier die Spitzenposition ein, gefolgt von Sachsen und Bayern. Die niedrigsten Raten finden sich in Bremen (52,1 Prozent), im Saarland (56,6 Prozent) und in Hamburg (59,3 Prozent). 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).

Tabelle 3.8: Individualprophylaxe (6- bis unter 18-Jährige): Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	58,5 (- 5,5)	59,3 (- 5,3)	58,9 (- 5,1)	60,5 (- 3,5)	58,8 (- 5,7)	58,7 (- 7,1)	59,4 (- 6,2)	59,3 (- 6,6)
Niedersachsen	62,3 (- 1,7)	63,3 (- 1,3)	61,6 (- 2,4)	62,7 (- 1,3)	62,3 (- 2,2)	63,3 (- 2,5)	62,7 (- 2,9)	62,0 (- 3,8)
Bremen	59,3 (- 4,8)	59,0 (- 5,6)	58,6 (- 5,4)	58,3 (- 5,7)	56,0 (- 8,5)	55,8 (- 10,1)	56,3 (- 9,4)	52,1 (- 13,8)
Nordrhein- Westfalen	60,3 (- 3,7)	61,4 (- 3,2)	60,8 (- 3,2)	61,3 (- 2,7)	61,4 (- 3,1)	61,5 (- 4,3)	61,6 (- 4,1)	61,8 (- 4,0)
Hessen	61,2 (- 2,8)	61,2 (- 3,4)	61,4 (- 2,6)	61,5 (- 2,5)	61,4 (- 3,1)	61,5 (- 4,4)	62,0 (- 3,7)	61,2 (- 4,7)
Rheinland- Pfalz	60,9 (- 3,1)	61,7 (- 2,9)	59,0 (- 5,0)	61,7 (- 2,3)	61,8 (- 2,7)	62,6 (- 3,2)	62,6 (- 3,1)	62,1 (- 3,7)
Baden- Württemberg	67,5 (3,5)	67,5 (2,9)	67,6 (3,6)	68,0 (4,0)	68,4 (3,9)	68,0 (2,2)	68,3 (2,6)	67,7 (1,8)
Bayern	70,2 (6,2)	70,7 (6,1)	70,9 (6,9)	71,0 (7,0)	71,3 (6,8)	71,1 (5,2)	71,2 (5,5)	70,5 (4,6)
Saarland	58,2 (- 5,8)	58,0 (- 6,6)	57,4 (- 6,6)	57,7 (- 6,3)	57,8 (- 6,8)	57,8 (- 8,1)	58,2 (- 7,5)	56,6 (- 9,3)
Berlin	61,3 (- 2,7)	61,9 (- 2,7)	61,6 (- 2,4)	61,4 (- 2,6)	61,0 (- 3,5)	61,6 (- 4,3)	61,8 (- 3,9)	61,3 (- 4,6)
Brandenburg	67,2 (3,2)	67,3 (2,7)	67,2 (3,2)	66,8 (2,8)	67,0 (2,5)	67,3 (1,4)	67,4 (1,7)	66,7 (0,8)
Mecklenburg- Vorpommern	63,9 (- 0,1)	64,7 (0,1)	65,0 (1,0)	64,5 (0,5)	64,5 (0,0)	65,0 (- 0,9)	64,5 (- 1,2)	63,7 (- 2,1)
Sachsen	72,1 (8,1)	72,2 (7,6)	72,0 (8,0)	71,9 (7,9)	72,6 (8,1)	71,9 (6,1)	71,4 (5,7)	70,6 (4,7)
Sachsen- Anhalt	66,0 (2,0)	66,0 (1,4)	65,7 (1,7)	65,0 (1,0)	65,5 (1,0)	65,8 (- 0,1)	65,4 (- 0,3)	63,1 (- 2,7)
Thüringen	73,4 (9,4)	73,7 (9,1)	73,5 (9,5)	72,4 (8,4)	73,8 (9,3)	73,0 (7,1)	71,7 (6,0)	71,0 (5,2)
Gesamt*	64,0	64,6	64,0	64,0	64,5	65,9	65,7	65,9

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle 3.9: Zahnsteinentfernung: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern*
 in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	43,4 (- 4,8)	43,5 (- 5,3)	43,4 (- 4,6)	44,5 (- 4,5)	44,9 (- 4,1)	45,1 (- 3,8)	45,4 (- 3,0)	45,6 (- 2,6)
Niedersachsen	42,1 (- 6,1)	43,0 (- 5,8)	40,7 (- 7,3)	42,4 (- 6,6)	42,6 (- 6,5)	42,6 (- 6,3)	42,2 (- 6,2)	41,9 (- 6,3)
Bremen	41,3 (- 6,9)	41,9 (- 6,9)	41,4 (- 6,6)	41,8 (- 7,2)	41,6 (- 7,4)	41,1 (- 7,7)	41,1 (- 7,4)	40,6 (- 7,6)
Nordrhein- Westfalen	43,9 (- 4,3)	44,8 (- 4,0)	43,6 (- 4,4)	45,0 (- 4,0)	45,0 (- 4,0)	44,8 (- 4,0)	44,6 (- 3,9)	44,4 (- 3,8)
Hessen	47,5 (- 0,7)	48,2 (- 0,6)	48,1 (0,1)	48,8 (- 0,2)	48,9 (- 0,1)	48,7 (- 0,2)	48,5 (0,1)	48,4 (0,1)
Rheinland- Pfalz	43,8 (- 4,4)	44,6 (- 4,2)	41,6 (- 6,4)	44,5 (- 4,5)	44,4 (- 4,7)	44,7 (- 4,2)	44,3 (- 4,2)	44,3 (- 3,9)
Baden- Württemberg	50,9 (2,7)	51,3 (2,5)	51,1 (3,1)	51,6 (2,6)	52,1 (3,0)	51,7 (2,9)	51,4 (2,9)	51,1 (2,8)
Bayern	53,6 (5,4)	54,2 (5,4)	54,0 (6,0)	54,8 (5,8)	55,1 (6,1)	54,9 (6,1)	54,2 (5,8)	53,8 (5,6)
Saarland	42,4 (- 5,8)	43,2 (- 5,6)	43,0 (- 5,0)	43,9 (- 5,1)	43,5 (- 5,6)	43,6 (- 5,2)	43,7 (- 4,7)	43,6 (- 4,6)
Berlin	48,6 (0,4)	49,2 (0,4)	49,0 (1,0)	49,7 (0,7)	49,8 (0,7)	49,7 (0,8)	49,6 (1,1)	49,5 (1,3)
Brandenburg	53,2 (5,0)	53,6 (4,8)	52,7 (4,7)	53,4 (4,4)	53,3 (4,2)	53,2 (4,3)	52,6 (4,2)	52,5 (4,2)
Mecklenburg- Vorpommern	50,5 (2,3)	51,1 (2,3)	51,1 (3,1)	51,4 (2,4)	50,7 (1,6)	50,3 (1,5)	50,2 (1,7)	49,8 (1,6)
Sachsen	56,8 (8,6)	57,3 (8,5)	57,1 (9,1)	57,0 (8,0)	55,7 (6,6)	55,2 (6,4)	54,5 (- 6,0)	54,1 (5,9)
Sachsen- Anhalt	53,1 (4,9)	53,5 (4,7)	52,7 (4,7)	53,1 (4,1)	52,1 (3,1)	51,8 (2,9)	51,5 (- 3,0)	51,0 (2,8)
Thüringen	57,9 (9,7)	58,2 (9,4)	57,5 (9,5)	57,5 (8,5)	56,8 (7,7)	56,3 (7,4)	55,2 (6,8)	55,0 (6,7)
Gesamt*	48,2	48,8	48,0	49,0	49,1	48,9	48,5	48,2

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

Zahnsteinentfernung

Die Inanspruchnahme der Zahnsteinentfernung zeigt einen ähnlichen Zeitverlauf wie er bereits für BEMA 1 insgesamt beschrieben worden ist (Tabelle 3.9). Die durchschnittliche Inanspruchnahme über alle Bundesländer zeigt sich relativ stabil, wobei nach einem Gipfel in den Jahren 2013 und 2014 wieder eine leichte Absenkung zu beobachten ist. Für die einzelnen Bundesländer zeigt sich, dass die Inanspruchnahmeraten der Spitzenreiter Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen nach dem Gipfel der Jahre 2013 und 2014 um rund zwei Prozent zurückgehen. Für die anderen Bundesländer zeigt sich kein offensichtliches Muster.

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

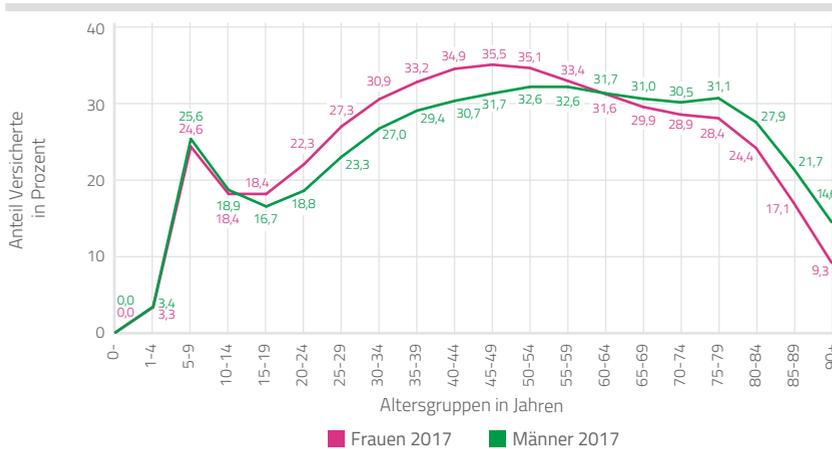
3.4.2 Füllungen

Die Kavitätenpräparationen und Füllungen bilden mit einem Anteil von 15,9 Prozent an allen Leistungen des BEMA-Teils 1 die zweitstärkste Leistungsuntergruppe und liegen mit 29,6 Prozent der Punktzahlgesamtsumme dieses BEMA-Teils hier auf Rang 1 (Tabelle 3.4).

Da ein gefüllter Zahn im Vorfeld in der Regel von Karies befallen war, ist der Anteil der Versicherten mit mindestens einer erhaltenen Füllung auch ein Indikator für das Auftreten von behandlungsbedürftiger Karies. Er lag im Jahr 2017 bei 27,3 Prozent.

Der Inanspruchnahmegipfel wird bei den Frauen im Alter von 45 bis unter 50 Jahren erreicht (Abbildung 3.7). Bei den Männern wird der Inanspruchnahmegipfel dagegen in der Gruppe der 50- bis unter 55-Jährigen erreicht. Auffällig ist, dass der Gipfel in der Inanspruchnahme bei den Männern im Unterschied zu den Frauen keine besondere Veränderung in den umliegenden Altersgruppen erfährt. Er scheint Teil eines Plateaus kontinuierlicher Inanspruchnahme zu sein. Ohne Ausnahme finden sich in den neuen Bundesländern deutlich mehr Versicherte, die in einem Kalenderjahr eine Füllung erhalten haben als in den alten Bundesländern (Tabelle 3.10).

Abbildung 3.7: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Füllung im Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2017

Die Werte liegen hier konstant deutlich über 30 Prozent. 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 Rückgang bis zum Jahr 2017 folgt dann wieder dem Muster, das in den Jahren vor 2013 zu beobachten war.

3.4.3 Zahnextraktionen

Bezogen auf alle Bundesländer lag der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnextraktion im Jahr 2017 bei 8,5 Prozent, wobei sich über die Jahre 2010 bis 2017 eine leicht rückläufige Tendenz zeigt. Die Anteilswerte liegen in den neuen Bundesländern erneut durchgängig über den Werten der alten Bundesländer (Tabelle 3.11). Die Altersverläufe zwischen Männern und Frauen unterscheiden sich bei den Zahnextraktionen nur geringfügig. Der erste Inanspruchnahmegipfel wird bei beiden Geschlechtern in der Gruppe der Zehn- bis unter 15-Jährigen erreicht (Abbildung 3.8). Danach fallen die Alterskurven relativ steil ab, bis ab einem Alter von 40 bis unter 45 Jahren wieder stärkere Zuwächse festzustellen sind. Ein zweiter Inanspruchnahmegipfel wird bei Männern wie Frauen in

Rückgang bei den
 Zahnextraktionen

der Altersgruppe der 80- bis unter 85-Jährigen erreicht, danach fallen beide Kurven wieder deutlich ab. Bei den Männern wird im Unterschied zu den Frauen mit dem zweiten Inanspruchnahmegipfel der höhere Anteil erreicht.

Tabelle 3.10: Füllungen: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	27,1 (- 2,5)	26,5 (- 2,7)	25,9 (- 2,3)	26,1 (- 3,0)	25,5 (- 3,4)	25,1 (- 3,3)	24,8 (- 3,0)	24,1 (- 3,1)
Niedersachsen	28,2 (- 1,4)	27,8 (- 1,4)	25,7 (- 2,5)	27,3 (- 1,8)	27,2 (- 1,6)	27,5 (- 1,0)	27,0 (- 0,8)	26,5 (- 0,8)
Bremen	25,8 (- 3,8)	24,8 (- 4,4)	24,2 (- 4,0)	25,1 (- 4,0)	24,0 (- 4,9)	23,7 (- 4,7)	23,4 (- 4,4)	22,7 (- 4,5)
Nordrhein- Westfalen	26,9 (- 2,7)	26,8 (- 2,4)	25,8 (- 2,4)	26,6 (- 2,5)	26,5 (- 2,3)	26,2 (- 2,3)	25,6 (- 2,2)	25,3 (- 2,0)
Hessen	28,0 (- 1,6)	27,7 (- 1,5)	27,1 (- 1,1)	27,5 (- 1,6)	27,3 (- 1,5)	26,9 (- 1,6)	26,4 (- 1,3)	25,9 (- 1,4)
Rheinland- Pfalz	25,6 (- 4,0)	25,4 (- 3,8)	23,2 (- 5,0)	25,0 (- 4,1)	25,1 (- 3,7)	25,0 (- 3,5)	24,5 (- 3,2)	24,1 (- 3,1)
Baden- Württemberg	26,8 (- 2,8)	26,4 (- 2,8)	26,0 (- 2,2)	26,3 (- 2,8)	26,3 (- 2,6)	25,7 (- 2,7)	25,1 (- 2,7)	24,6 (- 2,6)
Bayern	30,5 (0,9)	30,0 (0,8)	29,4 (1,2)	30,0 (0,9)	30,0 (1,2)	29,5 (1,0)	28,8 (1,0)	28,4 (1,1)
Saarland	25,9 (- 3,7)	25,7 (- 3,5)	25,3 (- 2,9)	25,8 (- 3,3)	24,9 (- 3,9)	24,7 (- 3,8)	24,2 (- 3,6)	23,6 (- 3,7)
Berlin	30,7 (1,1)	30,2 (1,0)	29,4 (1,2)	30,0 (0,9)	29,1 (0,3)	28,7 (0,2)	28,1 (0,3)	27,7 (0,4)
Brandenburg	35,0 (5,4)	34,4 (5,2)	33,2 (5,0)	34,6 (5,5)	33,7 (4,8)	33,2 (4,8)	32,2 (4,4)	31,6 (4,3)
Mecklenburg- Vorpommern	36,3 (6,7)	36,0 (6,8)	35,3 (7,1)	36,4 (7,3)	35,3 (6,4)	34,9 (6,5)	34,4 (6,6)	33,6 (6,3)
Sachsen	37,9 (8,3)	37,2 (8,0)	35,5 (7,3)	37,5 (8,4)	36,2 (7,4)	35,5 (7,1)	34,7 (6,9)	33,8 (6,6)
Sachsen- Anhalt	37,3 (7,7)	36,7 (7,5)	35,5 (7,3)	37,1 (8,0)	36,1 (7,3)	35,4 (7,0)	34,6 (6,9)	33,7 (6,5)
Thüringen	38,1 (8,5)	37,5 (8,3)	36,5 (8,3)	38,0 (8,9)	36,8 (7,9)	36,2 (7,8)	35,2 (7,4)	34,4 (7,2)
Gesamt*	29,6	29,2	28,2	29,1	28,8	28,4	27,8	27,3

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle 3.11: Zahnextraktionen: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)

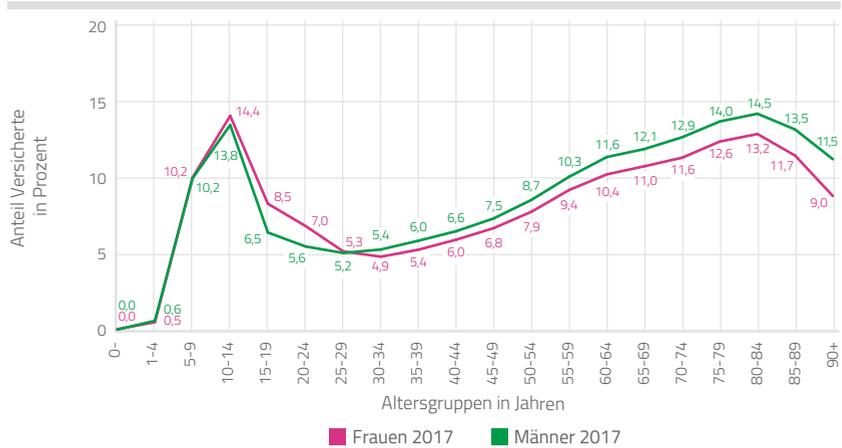
Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	8,5 (- 1,0)	8,3 (- 1,1)	8,1 (- 1,0)	8,0 (- 1,0)	8,1 (- 0,9)	8,0 (- 0,9)	7,8 (- 0,9)	7,6 (- 0,9)
Niedersachsen	9,1 (- 0,4)	9,1 (- 0,3)	8,2 (- 0,9)	8,5 (- 0,5)	4,0 (- 5,0)	8,6 (- 0,3)	8,4 (- 0,2)	8,3 (- 0,2)
Bremen	9,2 (- 0,3)	9,2 (- 0,2)	9,1 (0,0)	9,1 (0,1)	9,0 (0,0)	8,9 (0,0)	8,6 (0,0)	8,1 (- 0,4)
Nordrhein- Westfalen	9,4 (- 0,1)	9,3 (- 0,1)	8,9 (- 0,2)	8,9 (- 0,1)	8,8 (- 0,2)	8,7 (- 0,2)	8,4 (- 0,2)	8,3 (- 0,2)
Hessen	9,4 (- 0,1)	9,3 (- 0,1)	9,1 (0,0)	8,9 (- 0,1)	8,8 (- 0,2)	8,6 (- 0,2)	8,6 (- 0,1)	8,4 (- 0,1)
Rheinland- Pfalz	9,5 (0,0)	9,5 (0,1)	8,6 (- 0,5)	9,0 (0,0)	9,0 (0,1)	8,9 (0,0)	8,7 (0,0)	8,6 (0,1)
Baden- Württemberg	8,8 (- 0,7)	8,7 (- 0,7)	8,5 (- 0,6)	8,3 (- 0,7)	8,4 (- 0,6)	8,2 (- 0,6)	8,0 (- 0,6)	7,9 (- 0,6)
Bayern	9,3 (- 0,2)	9,1 (- 0,3)	8,9 (- 0,2)	8,7 (- 0,3)	8,7 (- 0,2)	8,5 (- 0,4)	8,3 (- 0,3)	8,1 (- 0,4)
Saarland	8,8 (- 0,7)	8,8 (- 0,6)	8,7 (- 0,4)	8,6 (- 0,4)	8,6 (- 0,4)	8,4 (- 0,5)	8,4 (- 0,3)	8,1 (- 0,4)
Berlin	9,7 (0,2)	9,6 (0,2)	9,4 (0,3)	9,3 (0,3)	9,2 (0,3)	9,2 (0,4)	9,0 (0,3)	8,9 (0,4)
Brandenburg	10,3 (0,8)	10,3 (0,9)	10,1 (1,0)	9,9 (0,9)	9,8 (0,8)	9,8 (0,9)	9,4 (0,8)	9,3 (0,8)
Mecklenburg- Vorpommern	10,3 (0,8)	10,5 (1,1)	10,2 (1,1)	10,1 (1,1)	9,8 (0,8)	9,7 (0,9)	9,6 (0,9)	9,5 (1,0)
Sachsen	10,8 (1,3)	10,7 (1,3)	10,5 (1,4)	10,3 (1,3)	9,7 (0,7)	9,6 (0,8)	9,4 (0,8)	9,2 (0,7)
Sachsen- Anhalt	10,9 (1,4)	10,9 (1,5)	10,7 (1,6)	10,5 (1,5)	10,4 (1,4)	10,1 (1,2)	10,0 (1,3)	9,8 (1,3)
Thüringen	10,8 (1,3)	10,9 (1,5)	10,5 (1,4)	10,4 (1,4)	10,2 (1,2)	10,0 (1,2)	10,0 (1,3)	9,8 (1,3)
Gesamt*	9,5	9,4	9,1	9,0	9,0	8,8	8,7	8,5

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 3.8: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnextraktion im Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht (stand.D2017)



Quelle: BARMER-Daten 2017

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 Unterkiefers alle Zähne, die angrenzenden Kieferbereiche, beide Kiefergelenke wie auch partiell die linke und 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 einer größeren Therapie, eingesetzt.

Röntgenleistung
Panoramaschicht-
aufnahme: Ø Inanspruch-
nahmerate 9,4 %

Nach Ausweisungen der KZBV wurde die entsprechende Leistungsposition (Ä935d) im Jahr 2017 gut 8,1-mal je 100 Behandlungsfällen abgerechnet (KZBV 2017). Sie ist damit eine der am häufigsten abgerechneten Leistungspositionen in diesem Versorgungsbereich. Die bundesdurchschnittliche Inanspruchnahmerate lag im Jahr 2017 bei 9,4 Prozent (Tabelle 3.12). Die höchsten Inanspruchnahmeraten weisen die Bundesländer Bremen und Niedersachsen auf, die niedrigste Rate findet sich in Brandenburg.

Tabelle 3.12: Panoramiaschichtaufnahme: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	10,6 (1,9)	10,8 (2,0)	10,5 (1,9)	10,8 (1,9)	10,9 (1,7)	10,9 (1,7)	11,3 (2,0)	11,2 (1,7)
Niedersachsen	11,1 (2,4)	11,3 (2,5)	10,2 (1,6)	11,0 (2,1)	11,3 (2,1)	11,6 (2,4)	11,8 (2,5)	12,0 (2,6)
Bremen	12,2 (3,5)	12,1 (3,3)	12,1 (3,5)	12,6 (3,7)	12,3 (3,2)	12,2 (3,0)	12,5 (3,2)	12,7 (3,3)
Nordrhein- Westfalen	7,6 (- 1,1)	7,7 (- 1,1)	7,5 (- 1,1)	7,8 (- 1,1)	8,1 (- 1,0)	8,2 (- 1,0)	8,2 (- 1,1)	8,4 (- 1,1)
Hessen	7,5 (- 1,2)	7,5 (- 1,3)	7,6 (- 1,0)	7,7 (- 1,2)	7,7 (- 1,4)	7,6 (- 1,6)	7,5 (- 1,8)	7,5 (- 2,0)
Rheinland- Pfalz	9,1 (0,4)	9,5 (0,7)	8,8 (0,2)	9,5 (0,6)	9,9 (0,7)	9,9 (0,7)	10,1 (0,8)	10,1 (0,6)
Baden- Württemberg	10,3 (1,6)	10,4 (1,6)	10,3 (1,7)	10,7 (1,8)	11,0 (1,8)	10,9 (1,7)	11,1 (1,8)	11,4 (1,9)
Bayern	9,1 (0,4)	9,2 (0,4)	9,2 (0,6)	9,6 (0,7)	9,8 (0,7)	9,8 (0,6)	10,0 (0,7)	10,3 (0,9)
Saarland	8,0 (- 0,7)	8,2 (- 0,6)	8,2 (- 0,4)	8,7 (- 0,2)	8,9 (- 0,3)	9,0 (- 0,2)	8,8 (- 0,5)	8,9 (- 0,6)
Berlin	7,7 (- 1,0)	7,9 (- 0,9)	7,6 (- 1,0)	8,0 (- 0,9)	8,0 (- 1,2)	8,1 (- 1,1)	8,2 (- 1,1)	8,3 (- 1,2)
Brandenburg	6,6 (- 2,1)	6,7 (- 2,1)	6,6 (- 2,0)	6,7 (- 2,2)	7,0 (- 2,2)	7,1 (- 2,1)	7,2 (- 2,1)	7,2 (- 2,3)
Mecklenburg- Vorpommern	9,6 (0,9)	9,6 (0,8)	9,5 (0,9)	9,7 (0,8)	9,8 (0,7)	9,9 (0,7)	10,1 (0,8)	10,2 (0,7)
Sachsen	8,5 (- 0,2)	8,6 (- 0,2)	8,7 (0,1)	8,9 (0,0)	9,2 (0,0)	9,1 (- 0,1)	9,4 (0,1)	9,7 (0,2)
Sachsen- Anhalt	10,1 (1,4)	10,0 (1,2)	9,9 (1,3)	10,1 (1,2)	10,4 (1,3)	10,4 (1,2)	10,5 (1,2)	11,0 (1,5)
Thüringen	8,1 (- 0,6)	8,2 (- 0,6)	8,1 (- 0,5)	8,2 (- 0,7)	8,4 (- 0,8)	8,6 (- 0,6)	8,6 (- 0,7)	8,5 (- 0,9)
Gesamt*	8,7	8,8	8,6	8,9	9,2	9,2	9,3	9,4

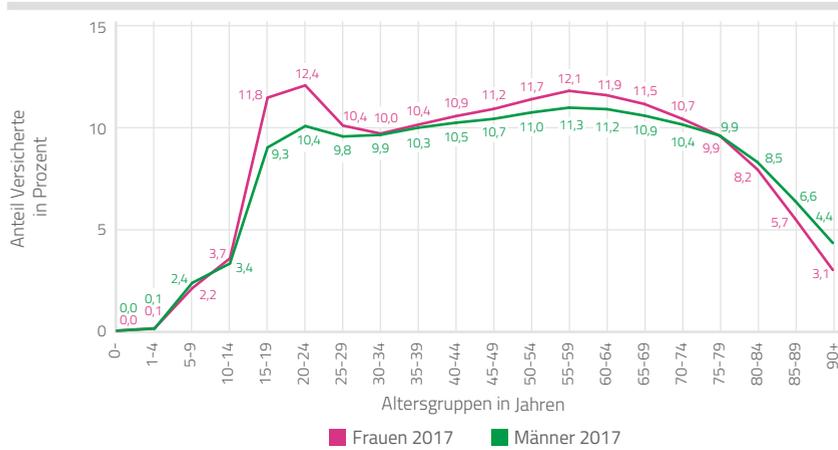
* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

Den Altersverlauf für den Anteil der Versicherten mit mindestens einer Röntgenpanoramasaufnahme zeigt Abbildung 3.9.

Abbildung 3.9: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Röntgenpanoramasaufnahme im Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2017

3.4.5 Wurzelbehandlungen

Wurzelbehandlung bei
5,5 % der Versicherten
im Jahr 2017

Im Jahr 2017 wurde bei insgesamt 5,5 Prozent der Versicherten eine Wurzelbehandlung durchgeführt. Als Indikatoren für eine Wurzelbehandlung wurde die mindestens einmalige Abrechnung einer der folgenden BEMA-Gebührenziffern gewertet: 32, 35, 28, 31 und 34 (beziehungsweise WK, WF, VitE, Trep1 und Med). Über die Jahre 2010 bis 2017 zeigt sich alters- und geschlechtsstandardisiert eine leicht rückläufige Tendenz (Tabelle 3.13). Am häufigsten wurden Wurzelbehandlungen in Sachsen-Anhalt durchgeführt (Inanspruchnahmerate von 6,4 Prozent). Die niedrigsten Raten weisen Baden-Württemberg (4,9 Prozent) und Hessen (5,0 Prozent) auf.

Der Altersverlauf in der 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.

Tabelle 3.13: Wurzelbehandlung: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* für die Jahre 2010 bis 2017 (stand.D2011)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	6,6 (0,2)	6,5 (0,2)	6,2 (0,1)	6,1 (0,1)	5,9 (- 0,1)	5,6 (- 0,2)	5,6 (- 0,1)	5,2 (- 0,2)
Niedersachsen	6,8 (0,4)	6,6 (0,3)	6,0 (- 0,1)	6,2 (0,2)	6,3 (0,3)	6,2 (0,4)	6,0 (0,4)	5,8 (0,4)
Bremen	6,7 (0,3)	6,5 (0,2)	6,3 (0,2)	6,4 (0,4)	6,1 (0,2)	6,1 (0,3)	5,8 (0,1)	5,5 (0,0)
Nordrhein- Westfalen	6,3 (- 0,1)	6,2 (- 0,1)	6,0 (- 0,1)	6,0 (0,0)	6,0 (0,0)	5,8 (0,0)	5,6 (0,0)	5,5 (0,0)
Hessen	5,8 (- 0,6)	5,7 (- 0,6)	5,6 (- 0,5)	5,5 (- 0,5)	5,4 (- 0,6)	5,2 (- 0,6)	5,1 (- 0,5)	5,0 (- 0,5)
Rheinland- Pfalz	5,9 (- 0,5)	5,8 (- 0,5)	5,3 (- 0,8)	5,5 (- 0,5)	5,6 (- 0,3)	5,4 (- 0,4)	5,3 (- 0,3)	5,2 (- 0,3)
Baden- Württemberg	5,7 (- 0,7)	5,6 (- 0,7)	5,5 (- 0,6)	5,4 (- 0,6)	5,4 (- 0,6)	5,2 (- 0,6)	5,0 (- 0,6)	4,9 (- 0,6)
Bayern	6,3 (- 0,1)	6,2 (- 0,1)	6,0 (- 0,1)	6,0 (0,0)	5,9 (0,0)	5,7 (- 0,1)	5,5 (- 0,1)	5,4 (- 0,1)
Saarland	6,3 (- 0,1)	6,3 (0,0)	6,3 (0,2)	5,9 (- 0,1)	5,9 (- 0,1)	5,8 (0,0)	5,6 (0,0)	5,5 (0,0)
Berlin	7,7 (1,3)	7,5 (1,2)	7,2 (1,1)	7,1 (1,1)	6,8 (0,8)	6,6 (0,8)	6,4 (0,8)	6,3 (0,8)
Brandenburg	6,9 (0,5)	6,7 (0,4)	6,5 (0,4)	6,5 (0,5)	6,4 (0,4)	6,2 (0,4)	6,0 (0,4)	5,8 (0,3)
Mecklenburg- Vorpommern	6,8 (0,4)	6,6 (0,3)	6,6 (0,5)	6,5 (0,5)	6,3 (0,3)	6,1 (0,2)	6,0 (0,4)	5,8 (0,4)
Sachsen	6,7 (0,3)	6,6 (0,3)	6,5 (0,4)	6,4 (0,4)	6,1 (0,2)	6,0 (0,2)	5,7 (0,1)	5,6 (0,1)
Sachsen- Anhalt	7,3 (0,9)	7,2 (0,9)	7,1 (1,0)	7,0 (1,0)	6,8 (0,9)	6,7 (0,9)	6,5 (0,8)	6,4 (0,9)
Thüringen	6,7 (0,3)	6,6 (0,3)	6,5 (0,4)	6,2 (0,2)	6,0 (0,0)	5,9 (0,1)	5,7 (0,1)	5,5 (0,0)
Gesamt*	6,4	6,3	6,1	6,0	6,0	5,8	5,6	5,5

* ohne Schleswig-Holstein

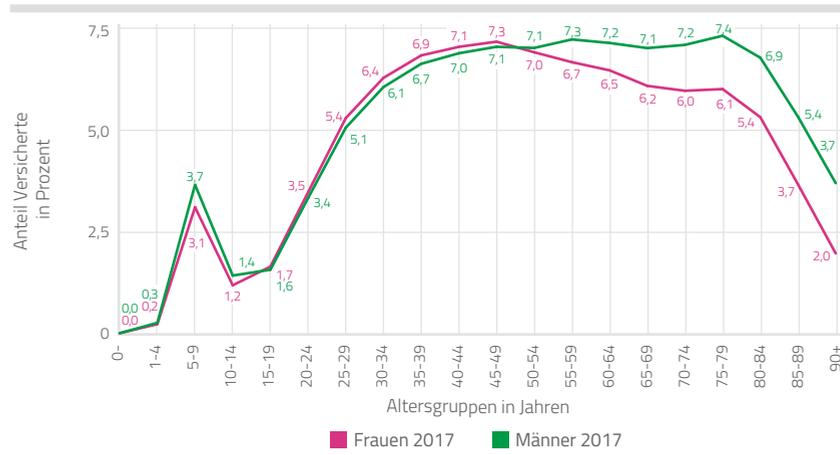
Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt (Gesamt) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten

Quelle: BARMER-Daten 2017

rückläufiger Trend bei
 Wurzelbehandlungen

Für beide Geschlechter gilt wiederum gleichermaßen, dass ausgehend von einem niedrigen Niveau in der Altersgruppe der 15- bis unter 20-Jährigen eine starke Zunahme bis zum Lebensalter von 25 bis unter 30 Jahren erfolgt. Von da an ist bei den männlichen Versicherten ein nahezu konstantes Niveau von etwa 7,5 Prozent zu beobachten. Nach einem kurzen Anstieg etwa um das Lebensalter von 70 bis unter 75 Jahren nimmt der Anteil der 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 im Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2017

4 Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)

4.1 Datengrundlagen und Kenngrößen

In der BEMA-Reform aus dem Jahr 2003 wurden die Leistungen dieses Teils drastisch gekürzt, da viele Leistungen bereits in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) definiert waren und bei Bedarf auch über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden konnten. Dabei wurde für neun GOÄ-Punkte ein BEMA-Punkt angesetzt. Nach der Reform sind nur noch drei Leistungsgruppen im BEMA-Teil 2 übriggeblieben: Heil- und Kostenpläne (Gebührennummer 2), Abformungen (Gebührennummern 7a und 7b) und Aufbissbehelfe (Gebührennummern K1 bis K9). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Gebührennummer 7a nur in Verbindung mit einer kieferorthopädischen Behandlung abrechenbar ist, weshalb sie in Kapitel 5 näher beschrieben wird.

Hauptspektrum des BEMA-Teils 2 in der Versorgung sind Aufbissbehelfe zur Therapie funktioneller Erkrankungen und/oder Kiefergelenkserkrankungen sowie direkter Trauma-/Unfallfolgen. Leistungen des BEMA-Teils 2 erfordern grundsätzlich eine Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse und können daher in der Regel nur gemeinsam mit einem entsprechenden Heil- und Kostenplan abgerechnet werden.

Die Tabelle 4.1 zeigt alle in diesem Kapitel untersuchten Leistungen beziehungsweise Gebührenscheitel im Überblick. Bei den Aufbissbehelfen wird zwischen der Eingliederung (K1 und K2) und der Umarbeitung, Wiederherstellung und Kontrolle von vorhandenen Aufbissbehelfen (K3 bis K7) unterschieden.

Auf der Basis der vorliegenden Abrechnungsdaten werden Kenngrößen zur Inanspruchnahme insgesamt und zur Inanspruchnahme einzelner Leistungen gebildet.

Tabelle 4.1: Übersicht der in die Analysen von Kapitel 4 eingehenden Gebührensnummern

Ziffer	spezifische Leistungen
	Behandlungsleistungen
2	HKP-Erstellung
7b	Abformung
K1	Eingliederung Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche
K2	Eingliederung Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche
K3	Umarbeitung von Prothese mit adjustierter Oberfläche
K4	semipermanente Schienung
K6	Wiederherstellung Aufbissbehelf
K7	Kontrollbehandlung mit einfachen Korrekturen am Aufbissbehelf
K8	Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs
K9	Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche
101a	Maßnahmen zur Weichteilstützung im Bereich des Kiefers bei vorhandenem Restgebiss
101b	Maßnahmen zur Weichteilstützung im Bereich des Kiefers bei zahnllosem Kiefer
102	Eingliedern eines Obturators zum Verschluss von Defekten des weichen Gaumens
103a	Eingliedern einer temporären Verschlussprothese nach Resektion oder bei großen Defekten des Oberkiefers
103b	Ergänzungsmaßnahmen im Anschluss an Leistungen nach Buchstabe a)
103c	Eingliedern einer Dauerprothese
104a	Eingliedern einer Prothese [...] kleineren Umfanges
104b	Eingliedern einer Prothese [...] größeren Umfanges

Quelle: BEMA 2016

Des Weiteren werden die im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Ausgaben je behandelten Versicherten betrachtet. Basierend auf der Anzahl der abgerechneten Einzelleistungen werden Punktsommen sowie Art und Umfang der in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen betrachtet (Tabelle 4.2). Bei den ausgewiesenen Kenngrößen dieses Kapitels handelt es sich durchgängig um alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse.

Tabelle 4.2: Übersicht der im Kapitel 4 ausgewiesenen Kenngrößen

	BEMA- Teile 1 bis 5 (Kapitel 2)	BEMA- Teil 1 (Kapitel 3)	BEMA- Teil 2 (Kapitel 4)	BEMA- Teil 3 (Kapitel 5)	BEMA- Teil 4 (Kapitel 6)	BEMA- Teil 5 (Kapitel 7)
Inanspruchnahme/ Inanspruchnahmerate	X	X	X	X	X	X
Behandlungsfälle	---	X	---	---	---	---
Zahnarztkontakte	---	X	---	---	---	---
Ausgaben	X	X	X	X	X	X
Punktsummen	---	X	X	X	X	---
Leistungsmenge	---	X	X	X	X	X

4.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

In der Tabelle 4.3 sind die Inanspruchnahme und die entstandenen Ausgaben für Leistungen des Jahres 2017 aufgeführt, die im Zusammenhang mit Verletzungen des Gesichtsschädels und Kiefergelenkerkrankungen stehen.

Inanspruchnahmerate
 von Leistungen des
 BEMA-Teils 2 bei Frauen
 doppelt so hoch wie bei
 Männern

Betrachtet man alle Leistungen aus dem BEMA-Teil 2, so fällt auf, dass etwa drei von 100 Versicherten Leistungen aus diesem Bereich erhalten. Dabei ist die Inanspruchnahmerate von Frauen mit vier von 100 beinahe doppelt so hoch wie die der Männer. Etwa 75 Prozent der Inanspruchnehmer erhalten im laufenden Kalenderjahr einen Aufbissbehelf (Positionen K1 und K2). Die Kosten für eine Behandlung liegen bei knapp 200 Euro. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist mit weniger als einem Euro vernachlässigbar. Mit jeweils etwa 100 Euro entfällt die Hälfte der abgerechneten Kosten auf Laborleistungen.

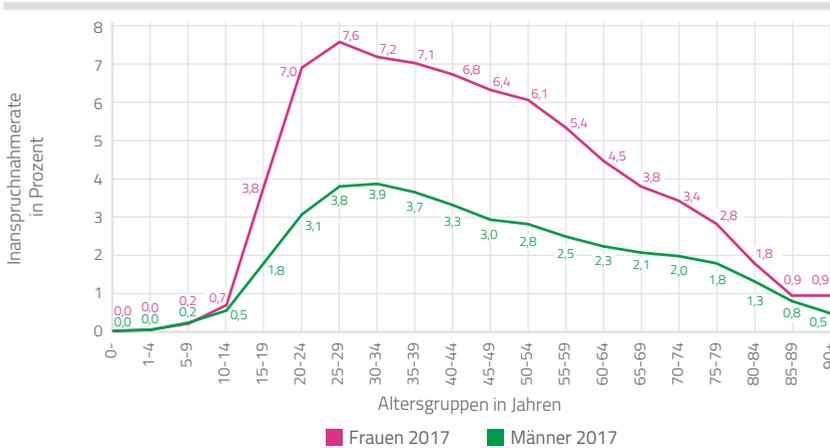
Tabelle 4.3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 und für die Eingliederung von Aufbissbehelfen sowie die Ausgaben je Inanspruchnehmer für alle Leistungen für das Jahr 2017 (stand.D2017)

	Inanspruch- nahmerate Gesamt in Prozent	Inanspruch- nahmerate K1/K2 in Prozent	Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro	davon Labor in Euro
Gesamt	3,5	2,6	210,14	104,35
Männer	2,4	1,8	210,17	104,38
Frauen	4,6	3,4	210,11	104,32

Quelle: BARMER-Daten 2017

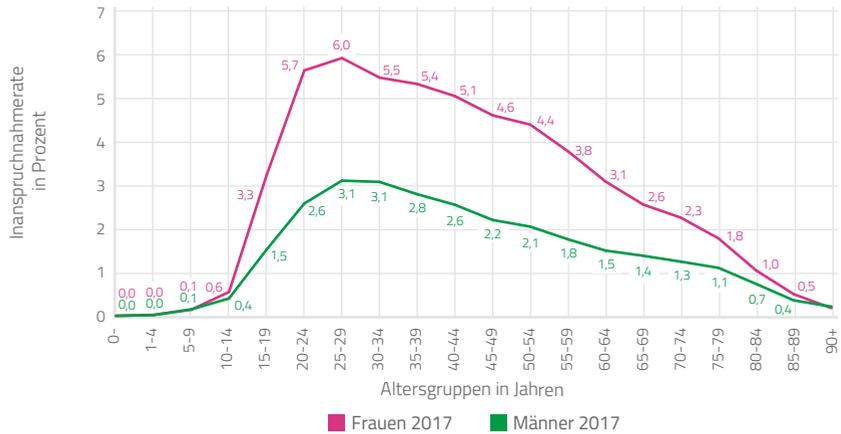
Die Abbildungen 4.1 bis 4.3 bieten eine Gegenüberstellung der Altersverläufe von Inanspruchnahmeraten und den zugehörigen durchschnittlichen Ausgaben für alle Leistungen des BEMA-Teils 2 sowie der Eingliederung von Aufbissbehelfen. Die Inanspruchnahme von Behandlungen bei „Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)“ erreicht zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr ihren Höhepunkt und fällt danach langsam ab. Bei Frauen zeigen sich ab dem 15. Lebensjahr in allen Altersklassen etwa doppelt so hohe Inanspruchnahmeraten wie bei Männern.

Abbildung 4.1: Inanspruchnahmerate für alle Leistungen von BEMA-Teil 2 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



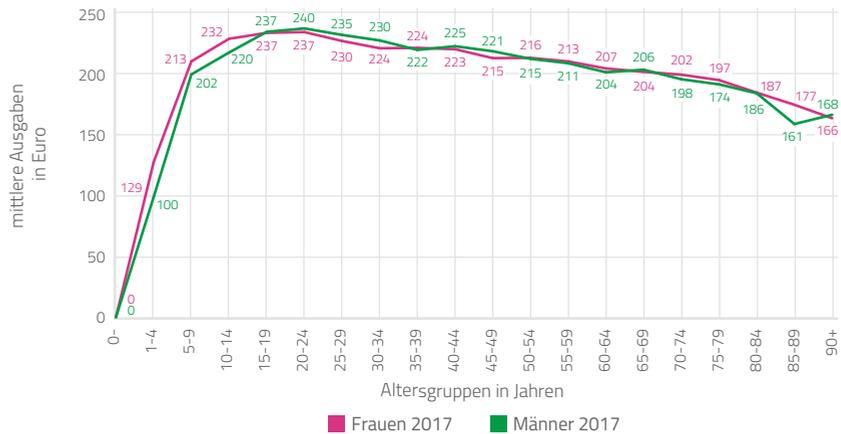
Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 4.2: Inanspruchnahmerate für Eingliederungen von Aufbissbehelfen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 4.3: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen von BEMA-Teil 2 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Bei der Betrachtung der Ausgabenverläufe zeigen sich in den unteren Altersklassen für Frauen leicht höhere Ausgaben. Ab dem 15. Lebensjahr verschwinden die Unterschiede. Da Behandlungen in jüngeren Jahren sehr selten sind (Abbildung 4.1), sollten die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hier nicht überinterpretiert werden. In der Altersklasse der 20- bis 25-jährigen Frauen erreichen die Kosten ihr Maximum und fallen danach kontinuierlich leicht ab. Für Männer tritt das Maximum bereits in der Altersklasse der 15- bis 20-Jährigen ein, zeigt aber danach denselben Verlauf.

Beim Vergleich der alters- und geschlechtsstandardisierten Inanspruchnahmeraten und der mittleren Ausgaben je behandelten Versicherten zwischen den einzelnen Bundesländern zeigen sich insbesondere bei der Inanspruchnahme große Unterschiede (Tabelle 4.4). Sie variiert zwischen 1,9 Prozent in Thüringen und 4,8 Prozent in Hamburg. Die Inanspruchnahme von Eingliederungen von Aufbissbehelfen folgt einem sehr ähnlichen Muster. Auch hier bildet Thüringen das Schlusslicht mit 1,4 Prozent, während Hamburg und Berlin mit 3,7 Prozent am anderen Ende der Verteilung stehen. Die mittleren Kosten je Inanspruchnehmer variieren zwischen 170,95 Euro in Sachsen und 228,48 Euro in Berlin.

erhebliche regionale
Schwankungen der
Inanspruchnahmeraten

Tabelle 4.4: Inanspruchnahmerate für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für Leistungen im Jahr 2017 nach Bundesländern* (stand.D2017)

Bundesland	Inanspruchnahmerate		Ausgaben
	KBR in Prozent	K1/K2 in Prozent	KBR in Euro
Hamburg	4,8 (1,3)	3,7 (1,3)	213,40 (3,30)
Niedersachsen	3,7 (0,2)	2,8 (0,2)	219,96 (9,80)
Bremen	3,6 (0,0)	2,6 (0,0)	196,26 (- 13,90)
Nordrhein-Westfalen	3,6 (0,1)	2,6 (0,1)	218,40 (8,30)
Hessen	3,9 (0,4)	2,7 (0,4)	201,12 (- 9,00)
Rheinland-Pfalz	3,6 (0,1)	2,7 (0,1)	189,44 (- 20,70)
Baden-Württemberg	3,7 (0,2)	2,8 (0,2)	207,10 (- 3,00)
Bayern	3,4 (- 0,1)	2,4 (- 0,1)	217,42 (7,30)
Saarland	3,1 (- 0,5)	2,6 (- 0,5)	213,17 (3,00)
Berlin	4,7 (1,2)	3,7 (1,2)	228,48 (18,30)
Brandenburg	3,0 (- 0,6)	2,4 (- 0,6)	211,21 (1,10)
Mecklenburg-Vorpommern	3,1 (- 0,4)	2,3 (- 0,4)	197,05 (- 13,10)
Sachsen	2,3 (- 1,2)	1,5 (- 1,2)	170,95 (- 39,20)
Sachsen-Anhalt	2,7 (- 0,8)	2,1 (- 0,8)	198,88 (- 11,30)
Thüringen	1,9 (- 1,6)	1,4 (- 1,6)	174,29 (- 35,80)
Gesamt*	3,5	2,6	210,14

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

4.3 Leistungen

In der Tabelle 4.5 sind die Häufigkeiten der im Rahmen der Behandlungen abgerechneten Einzelleistungen sowie deren Punktsommen dargestellt. Die Gebührennummer 7a fehlt in dieser Aufstellung, da sie ausschließlich bei kieferorthopädischen Behandlungen abgerechnet wird.

Tabelle 4.5: Verteilung der häufigsten Ziffern aus BEMA-Teil 2 nach Häufigkeit und Punktsomme im Jahr 2017 (stand.D2017)

Gebühren-Nr.	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Prozent	Punktsumme	Prozent
2	HKP-Erstellung	180.408	29,0	3.751.236	13,4
7b	Abformung	19.247	3,1	375.030	1,3
K1	Eingliederung Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	176.993	28,4	19.388.099	69,3
K2	Eingliederung Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche	26.061	4,2	1.217.417	4,3
K3	Umarbeitung von Prothese mit adjustierter Oberfläche	977	0,2	60.788	0,2
K4	semipermanente Schienung	7.975	1,3	107.854	0,4
K6	Wiederherstellung Aufbissbehelf	4.315	0,7	143.082	0,5
K7	Kontrollbehandlung mit einfachen Korrekturen am Aufbissbehelf	95.169	15,3	767.972	2,7
K8	Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs	104.887	16,9	1.898.837	6,8
K9	Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche	5.669	0,9	250.135	0,9
Sonstige	sonstige Leistungen	657	0,1	33.136	0,1
Gesamt (BEMA-Teil 2)		622.358	100,0	27.993.585	100,0

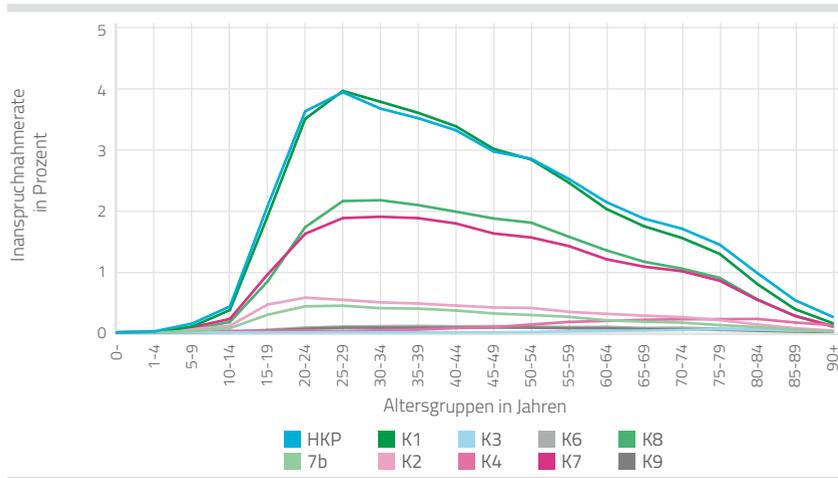
Quelle: BARMER-Daten 2017

Mit jeweils 29,0 Prozent und 28,4 Prozent entfallen mehr als die Hälfte der abgerechneten Leistungen des BEMA-Teils 2 auf die Erstellung eines Heil- und Kostenplans sowie die Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche. Zusätzlich entfallen insgesamt 32,1 Prozent der abgerechneten Leistungen auf Kontrollbehandlungen mit Einschleifen und leichten Korrekturen des Aufbissbehelfs. Alle weiteren Gebührenpositionen werden dagegen relativ selten abgerechnet.

Aufgrund der vergleichsweise hohen Bewertung wird die Punktsomme für Leistungen aus BEMA-Teil 2 zu knapp 70 Prozent von der Leistung der Eingliederung von Aufbissbehelfen mit adjustierter Oberfläche getragen. Die Leistung der Erstellung eines Heil- und Kostenplans trägt nur mit 13,4 Prozent zur gesamten Punktsomme bei. Alle weiteren Positionen kommen gemeinsam auf gut 17 Prozent der abgerechneten Punkte.

Die Abbildung 4.4 zeigt den Altersverlauf der Inanspruchnahme für alle Leistungen aus dem BEMA-Teil 2. Es zeigt sich der allgemeine Trend, dass die Inanspruchnahme ab dem zehnten Lebensjahr stark steigt und ihre maximale Ausprägung zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr hat. Danach fällt sie bis ins hohe Alter leicht ab. Eine Ausnahme bildet hier die semipermanente Schienung (K4), die ihr Maximum etwa im 75. Lebensjahr erreicht.

Abbildung 4.4: Inanspruchnahmerate für Leistungen aus BEMA-Teil 2 nach Alter im Jahr 2017 (stand.D2017)



Quelle: BARMER-Daten 2017

4.4 Entwicklungen über die Zeit

Die Inanspruchnahme für Leistungen aus dem BEMA-Teil 2 unterscheidet sich deutlich zwischen den Bundesländern (Tabelle 4.6). Diese Unterschiede bleiben über die Zeit stabil. Über alle Bundesländer gemittelt zeigt sich ein Trend zu einer höheren Inanspruchnahme, von 2,9 Prozent im Jahr 2013 zu 3,6 Prozent im Jahr 2017. Auch wenn diese Zahlen klein erscheinen, so entsprechen sie einer Steigerung von 25 Prozent in fünf Jahren.

Wie bereits im Schwerpunktteil des Zahnreports im Jahr 2016 dargestellt, weist die Inanspruchnahme von Leistungen des BEMA-Teils 2 sehr starke regionale Unterschiede auf. Besonders die Inanspruchnahme der Leistungen K1 und K2 (Eingliederung von Aufbissbehelfen, Tabelle 4.4) ist in den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg (3,7 Prozent) am größten. Die Bundesländer Sachsen (1,5 Prozent) und Thüringen (1,4 Prozent) bilden dagegen das Schlusslicht. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist damit in den beiden Städten vergleichsweise mehr als doppelt so hoch.

Aufbissbehelfe oder Aufbisschienen werden oft zur Therapie von funktionellen Erkrankungen oder auch von sogenannten craniomandibulären Dysfunktionen herangezogen, bei denen zum Teil starke psychosoziale Einflüsse diskutiert werden. Eventuelle Zusammenhänge mit einer erhöhten Stressbelastung in Großstädten sind daher prinzipiell vorstellbar, wurden bis jetzt jedoch noch nicht nachgewiesen.

Tabelle 4.6: Inanspruchnahmerate für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 für die Jahre 2013 bis 2017 nach Bundesländern* (stand.D2011)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent				
	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	4,1	4,3	4,4	4,7	4,9
	(1,2)	(1,2)	(1,2)	(1,3)	(1,3)
Niedersachsen	3,1	3,4	3,4	3,7	3,7
	(0,2)	(0,3)	(0,2)	(0,3)	(0,2)
Bremen	3,3	3,3	3,5	3,5	3,6
	(0,4)	(0,2)	(0,3)	(0,1)	(0,0)
Nordrhein-Westfalen	2,8	3,1	3,2	3,4	3,6
	(- 0,1)	(- 0,1)	(0,0)	(0,0)	(0,1)
Hessen	3,1	3,4	3,6	3,8	3,9
	(0,2)	(0,3)	(0,4)	(0,4)	(0,4)
Rheinland-Pfalz	3,1	3,3	3,5	3,5	3,7
	(0,1)	(0,2)	(0,2)	(0,2)	(0,1)
Baden-Württemberg	3,2	3,4	3,5	3,7	3,8
	(0,3)	(0,3)	(0,2)	(0,3)	(0,2)
Bayern	2,8	3,0	3,1	3,2	3,4
	(- 0,1)	(- 0,1)	(- 0,1)	(- 0,1)	(- 0,2)
Saarland	2,6	2,9	2,9	3,0	3,1
	(- 0,3)	(- 0,2)	(- 0,3)	(- 0,4)	(- 0,5)
Berlin	3,9	4,1	4,3	4,6	4,8
	(1,0)	(1,0)	(1,0)	(1,2)	(1,2)
Brandenburg	2,6	2,8	2,8	3,0	3,0
	(- 0,3)	(- 0,3)	(- 0,4)	(- 0,4)	(- 0,6)
Mecklenburg-Vorpommern	2,7	2,8	3,0	3,1	3,1
	(- 0,2)	(- 0,3)	(- 0,3)	(- 0,3)	(- 0,4)
Sachsen	2,0	2,1	2,1	2,2	2,3
	(- 0,9)	(- 1,0)	(- 1,1)	(- 1,2)	(- 1,2)
Sachsen-Anhalt	2,3	2,5	2,5	2,6	2,7
	(- 0,6)	(- 0,6)	(- 0,7)	(- 0,7)	(- 0,8)
Thüringen	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9
	(- 0,9)	(- 1,1)	(- 1,3)	(- 1,5)	(- 1,6)
Gesamt*	2,9	3,1	3,2	3,4	3,6

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

5 Kieferorthopädie

5.1 Datengrundlagen und Kenngrößen

Kieferorthopädische Leistungen können im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung in aller Regel nur erbracht werden, wenn die Behandlung vor dem 18. Lebensjahr begonnen wird und eine Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse erfolgt ist. Nahezu alle Fälle werden vor dem 20. Lebensjahr abgeschlossen. Erwachsene erhalten kieferorthopädische Therapieleistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung im Ausnahmefall nur dann, wenn unter anderem sehr schwere Kieferanomalien vorliegen, die ein kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Vorgehen erforderlich machen. Daher beschränken sich die Auswertungen zu Leistungen der kieferorthopädischen Behandlung in diesem Kapitel meist auf Versicherte, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Behandlungen setzen sich hier aus Leistungen unterschiedlicher BEMA-Teile zusammen. Neben den Leistungen aus dem BEMA-Teil 3 (KFO) werden auch behandlungsassoziierte konservierend-chirurgische Leistungen (KCH) und Individualprophylaxeleistungen (IP) aus dem BEMA-Teil 1 sowie zahntechnische Laborleistungen über den kieferorthopädischen Behandlungsplan abgerechnet. Zudem darf die Gebührensatznummer 7a aus dem BEMA-Teil 2 (Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung) nur bei Fällen der Kieferorthopädie abgerechnet werden.

Auf der Basis der vorliegenden Abrechnungsdaten werden Kenngrößen zur Inanspruchnahme insgesamt und zur Inanspruchnahme einzelner Leistungsbereiche gebildet. Des Weiteren werden die im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Ausgaben je behandelten Versicherten betrachtet. Basierend auf der Anzahl der abgerechneten Einzelleistungen werden Punktsummen sowie Art und Umfang der in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen betrachtet (siehe Tabelle 5.2). Bei den ausgewiesenen Kenngrößen dieses Kapitels handelt es sich wiederum durchgängig um alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse.

Tabelle 5.1: Übersicht der im Kapitel 5 ausgewiesenen Kenngrößen

	BEMA- Teile 1 bis 5 (Kapitel 2)	BEMA- Teil 1 (Kapitel 3)	BEMA- Teil 2 (Kapitel 4)	BEMA- Teil 3 (Kapitel 5)	BEMA- Teil 4 (Kapitel 6)	BEMA- Teil 5 (Kapitel 7)
Inanspruchnahme/ Inanspruchnahmerate	X	X	X	X	X	X
Behandlungsfälle	---	X	---	---	---	---
Zahnarztkontakte	---	X	---	---	---	---
Ausgaben	X	X	X	X	X	X
Punktsummen	---	X	X	X	X	---
Leistungsmenge	---	X	X	X	X	X

5.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

In der Tabelle 5.2 sind die Inanspruchnahme und die entstandenen Ausgaben für Leistungen des Jahres 2017 aufgeführt, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen stehen. Betrachtet man die Inanspruchnahme bei allen Versicherten, so fällt auf, dass nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der Versicherten (4,5 Prozent) Leistungen aus dem Bereich der Kieferorthopädie in Anspruch nimmt. Die durchschnittlichen Behandlungskosten liegen bei 110,15 Euro pro Versicherten. Dieser relativ geringe Betrag ist dadurch zu erklären, dass die Behandlungskosten für sehr junge Versicherte (jünger als zehn Jahre) sowie für Versicherte ab 20 Jahren eher gering ausfallen. Betrachtet man nur Versicherte vor Vollendung des 20. Lebensjahres, so steigt die Inanspruchnahmerate auf 18,12 Prozent und die durchschnittlichen Behandlungskosten auf 261,86 Euro. Hierbei ist zu bemerken, dass weibliche Versicherte etwas häufiger Leistungen in Anspruch nehmen als männliche Versicherte (19,97 Prozent gegenüber 16,40 Prozent), aber die durchschnittlichen Fallkosten bei männlichen Versicherten etwas höher ausfallen (266,00 Euro gegenüber 257,41 Euro).

Kieferorthopädie:
 ø Behandlungskosten
 110,15 € pro Versicherten

Tabelle 5.2: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen aus BEMA-Teil 3 sowie die Ausgaben je Inanspruchnehmer für alle Leistungen für das Jahr 2017 (stand.D2017)

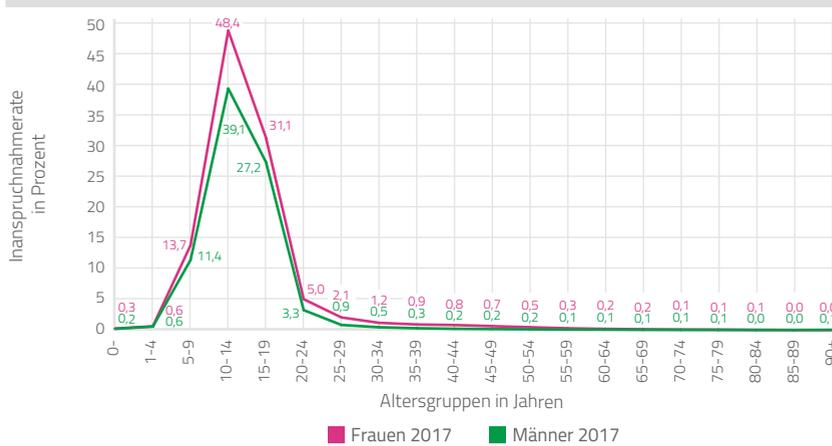
	Inanspruch- nahmerate Gesamt in Prozent	Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro	Inanspruch- nahmerate Gesamt unter 20 Jahren in Prozent	Ausgaben je behandelten Versicherten unter 20 Jahren in Euro
Gesamt	4,5	110,15	18,12	261,86
Männer	4,1	117,51	16,40	266,00
Frauen	4,8	102,98	19,97	257,41

Quelle: BARMER-Daten 2017

Kieferorthopädie: Alters-
gipfel in der Gruppe der
10- bis unter 15-jährigen
Versicherten,
∅ Ausgaben 480 €

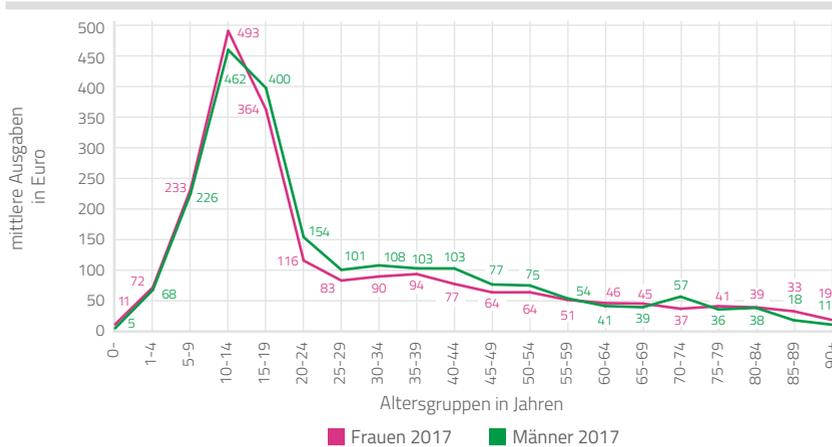
Die Abbildungen 5.1 und 5.2 bieten eine Gegenüberstellung der Altersverläufe der Inanspruchnahme und der zugehörigen durchschnittlichen Ausgaben für Leistungen. Bei der Inanspruchnahme zeigt sich ein starker Gipfel in der Altersgruppe der zehn- bis unter 15-jährigen Versicherten. Hier erhalten knapp 50 Prozent der weiblichen und knapp 40 Prozent der männlichen Versicherten Leistungen aus dem BEMA-Teil 3. Versicherte, die älter als 20 Jahre sind, werden nur in Ausnahmefällen kieferorthopädisch behandelt. Auch bei den Ausgaben findet sich ein Gipfel bei den 10- bis unter 15-jährigen Versicherten. Die durchschnittlichen Ausgaben in diesem Altersbereich belaufen sich auf knapp 480 Euro pro Person und Jahr. Ab einem Alter von 20 Jahren sinken die durchschnittlichen Ausgaben auf etwa 100 Euro, und oberhalb von 60 Jahren fallen sie erneut auf unter 50 Euro.

Abbildung 5.1: Inanspruchnahmerate für alle Leistungen von BEMA-Teil 3 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 5.2: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen von BEMA-Teil 3 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

5.3 Leistungsbereiche

Im Unterschied zu den vorangegangenen Kapiteln werden nicht einzelne Abrechnungsziffern betrachtet. Stattdessen wird die Zusammensetzung nach Leistungsbereichen und Bundesländern dargestellt. Auch in dieser Darstellung sind die Werte der einzelnen Bundesländer nach Alter und Geschlecht standardisiert (Tabelle 5.3). Mit durchschnittlich 295,75 Euro in Bremen und 293,29 Euro in Bayern finden sich hier vergleichsweise hohe Leistungsausgaben, während sie in Sachsen-Anhalt mit 231,58 Euro deutlich niedriger ausfallen. Auch bei der Unterscheidung nach Leistungsbereichen fallen regionale Unterschiede auf. Werden nur die KFO-Honoraranteile betrachtet, so liegen die Ausgaben in Bayern mit 161,73 Euro am höchsten und in Sachsen-Anhalt mit 124,18 Euro am niedrigsten. Bei den Laborleistungen liegt dagegen Bremen mit 93,13 Euro an der Spitze gefolgt von drei Bundesländern mit Ausgaben um 70,00 Euro, darunter Hamburg mit 68,49 Euro, Berlin mit 69,44 Euro und Bayern mit 72,31 Euro. In Sachsen fallen dagegen die geringsten Laborkosten (49,60 Euro) an. Die Kosten für Begleitleistungen (konservierend, chirurgisch und Individualprophylaxe) fallen in Bremen mit 60,21 Euro und Bayern mit 59,25 Euro am höchsten aus, während sie in Mecklenburg-Vorpommern mit 43,38 Euro vergleichsweise niedrig sind.

Die Tabelle 5.4 zeigt die regionalen Unterschiede der gesamten Leistungsausgaben über einen Zeitraum von fünf Jahren. Hier wurde auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2011 standardisiert. Bundesweit zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Ausgaben von 240,82 Euro auf 265,84 Euro. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern bleiben weitgehend stabil. Ausnahme ist die Entwicklung in Bremen im Jahr 2017. Allerdings sollten die Werte für den Stadtstaat Bremen aufgrund der kleinen Zahl Versicherter nicht überinterpretiert werden.

Tabelle 5.3: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten unter 20 Jahren für alle Leistungen aus BEMA-Teil 3 nach Bundesländern* und Leistungsbereichen für das Jahr 2017 (stand.D2017)

Bundesland	Ausgaben in Euro			
	Gesamt	KFO	Labor	Begleitleistungen
Hamburg	258,94 (- 2,90)	131,42 (- 12,50)	68,49 (4,00)	59,03 (5,60)
Niedersachsen	254,30 (- 7,60)	133,66 (- 10,30)	66,24 (1,70)	54,40 (1,00)
Bremen	295,75 (33,90)	142,63 (- 1,30)	93,13 (28,60)	60,21 (6,80)
Nordrhein- Westfalen	258,26 (- 3,60)	143,48 (- 0,40)	63,23 (- 1,30)	51,55 (- 1,90)
Hessen	265,48 (3,60)	155,82 (11,90)	59,78 (- 4,80)	49,88 (- 3,50)
Rheinland-Pfalz	266,61 (4,70)	151,17 (7,20)	66,34 (1,80)	49,11 (- 4,30)
Baden- Württemberg	267,20 (5,30)	140,44 (- 3,50)	67,98 (3,40)	58,78 (5,40)
Bayern	293,29 (31,40)	161,73 (17,80)	72,31 (7,80)	59,25 (5,80)
Saarland	260,04 (- 1,80)	149,70 (5,80)	61,06 (- 3,50)	49,30 (- 4,10)
Berlin	256,97 (- 4,90)	135,53 (- 8,40)	69,44 (4,90)	52,00 (- 1,40)
Brandenburg	261,85 (0,00)	139,93 (- 4,00)	67,47 (2,90)	54,45 (1,00)
Mecklenburg- Vorpommern	232,81 (- 29,10)	134,47 (- 9,40)	54,95 (- 9,60)	43,38 (- 10,00)
Sachsen	238,79 (- 23,10)	141,05 (- 2,90)	49,60 (- 14,90)	48,15 (- 5,30)
Sachsen-Anhalt	231,58 (- 30,30)	124,18 (- 19,70)	53,07 (- 11,50)	53,93 (0,50)
Thüringen	236,69 (- 25,20)	133,50 (- 10,40)	53,42 (- 11,10)	49,77 (- 3,60)
Gesamt*	261,86	143,92	64,53	53,41

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle 5.4: Mittlere Ausgaben für kieferorthopädische Leistungen bei Versicherten unter 20 Jahren in den Jahren 2013 bis 2017 nach Bundesländern* in Euro (stand.D2011)

Bundesland	Zeitreihe				
	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	244,67 (3,90)	255,23 (7,90)	254,62 (1,50)	256,92 (- 0,50)	261,81 (- 4,00)
Niedersachsen	231,28 (- 9,50)	234,77 (- 12,50)	233,15 (- 20,00)	245,19 (- 12,30)	257,46 (- 8,40)
Bremen	257,92 (17,10)	254,41 (7,10)	250,44 (- 2,70)	256,20 (- 1,30)	296,45 (30,60)
Nordrhein- Westfalen	238,71 (- 2,10)	245,13 (- 2,20)	252,03 (- 1,10)	255,60 (- 1,90)	262,51 (- 3,30)
Hessen	243,62 (2,80)	250,62 (3,30)	255,64 (2,50)	254,03 (- 3,40)	269,61 (3,80)
Rheinland-Pfalz	237,32 (- 3,50)	255,24 (7,90)	252,10 (- 1,00)	258,52 (1,10)	271,31 (5,50)
Baden- Württemberg	246,36 (5,50)	250,80 (3,50)	264,87 (11,70)	269,64 (12,20)	271,09 (5,20)
Bayern	267,83 (27,00)	278,19 (30,90)	281,25 (28,10)	289,32 (31,90)	297,89 (32,00)
Saarland	240,36 (- 0,50)	246,62 (- 0,70)	248,28 (- 4,90)	258,65 (1,20)	264,42 (- 1,40)
Berlin	243,51 (2,70)	241,87 (- 5,40)	251,25 (- 1,90)	251,75 (- 5,70)	260,62 (- 5,20)
Brandenburg	237,32 (- 3,50)	246,60 (- 0,70)	254,27 (1,10)	252,35 (- 5,10)	265,83 (0,00)
Mecklenburg- Vorpommern	222,60 (- 18,20)	229,44 (- 17,90)	230,95 (- 22,20)	241,27 (- 16,20)	236,42 (- 29,40)
Sachsen	213,26 (- 27,60)	217,30 (- 30,00)	224,35 (- 28,80)	233,59 (- 23,90)	242,89 (- 22,90)
Sachsen-Anhalt	216,04 (- 24,80)	223,25 (- 24,10)	220,97 (- 32,20)	225,72 (- 31,70)	234,51 (- 31,30)
Thüringen	227,70 (- 13,10)	226,35 (- 21,00)	236,18 (- 17,00)	236,80 (- 20,70)	240,85 (- 25,00)
Gesamt*	240,82	247,31	253,15	257,46	265,84

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

6 Systematische Behandlung von Parodontopathien

6.1 Datengrundlage und Kenngrößen

Die Analysen des vorliegenden Kapitels basieren auf den Abrechnungsdaten zu den im Jahr 2017 von den Versicherten der BARMER in Anspruch genommenen Leistungen, die im Zusammenhang mit „Systematischen Behandlungen von Parodontopathien“ stehen. Ergänzend zum 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 – die Erhebung des PSI und die Befundaufnahme sowie die 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.

Die Tabelle 6.1 zeigt alle in diesem Kapitel untersuchten Leistungen beziehungsweise Gebührenscheitel im Überblick.

Tabelle 6.1: Übersicht der in die Analysen von Kapitel 6 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 Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	Teil 4
111	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung	Teil 4

Quelle: BEMA 2017

Innerhalb der Parodontitistherapie wird zwischen einer geschlossenen und einer offenen (chirurgischen) Vorgehensweise unterschieden. Letztgenannte kommt in schweren Fällen zum Einsatz, beispielsweise 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 der Parodontitisbehandlung stehenden Ausgaben je untersuchten beziehungsweise behandelten Versicherten dargestellt. Basierend auf der Anzahl der abgerechneten Einzelleistungen werden Punktsummen sowie Art und Umfang der in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen betrachtet (Tabelle 6.2). Bei den ausgewiesenen Kenngrößen des vorliegenden Kapitels handelt es sich auch hier durchgängig um alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse.

Tabelle 6.2: Übersicht der im Kapitel 6 ausgewiesenen Kenngrößen

	BEMA-Teile 1 bis 5 (Kapitel 2)	BEMA- Teil 1 (Kapitel 3)	BEMA- Teil 2 (Kapitel 4)	BEMA- Teil 3 (Kapitel 5)	BEMA- Teil 4 (Kapitel 6)	BEMA- Teil 5 (Kapitel 7)
Inanspruchnahme/ Inanspruchnahmerate	X	X	X	X	X	X
Behandlungsfälle	---	X	---	---	---	---
Zahnarztkontakte	---	X	---	---	---	---
Ausgaben	X	X	X	X	X	X
Punktsummen	---	X	X	X	X	---
Leistungsmenge	---	X	X	X	X	X

Da die Abrechnungsdaten keine Angabe zur Lokalisation des behandelten Zahns im Mundraum (beispielsweise FDI-Schema) enthalten, können keine zahnbezogenen Analysen durchgeführt werden. Es können auch keine Aussagen zur Behandlungsin-tensität wie zum Beispiel zur Anzahl der Behandlungstermine oder zu den zeitlichen Abständen zwischen Parodontitisbehandlungen am gleichen Zahn oder Zahngebiet erfolgen. Als weitere Einschränkung in Bezug auf die Datenbasis sind die aus zahngesundheit-licher 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 Alter von 20 Jahren.

Die Analyse von Abrechnungsdaten zu den systematischen Behandlungen von Parodonto-pathien wurde im Zahnreport des Jahres 2014 erstmals basierend auf den Abrechnungs-daten eines Jahres durchgeführt. Im Kapitel 6.4 wird der zeitliche Verlauf der Inanspruch-nahmerate der Jahre 2012 bis 2017 im Ländervergleich dargestellt.

6.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

Inanspruchnahmeraten für
diagnostische Leistungen:
Frauen: 27,4, Männer: 24,3

In der Tabelle 6.3 sind die Inanspruchnahmeraten und die entstandenen Ausgaben für diagnostische und therapeutische Leistungen des Jahres 2017 aufgeführt, die im Zu-sammenhang mit Erkrankungen des Zahnhalteapparates stehen. Insgesamt hat jeder vierte Versicherte mindestens eine diagnostische Leistung in Anspruch genommen. In der Mehrzahl der Inanspruchnahmen handelte es sich hier um die Erhebung des PSI-Kodes. Die Inanspruchnahmerate der Frauen liegt mit 27,4 Prozent dabei etwas über der Rate der Männer mit 24,3 Prozent. Betrachtet man dabei, dass diese Erhebung des PSI-Kodes

nur im Abstand von zwei Jahren abrechenbar ist, ergibt sich im Prinzip eine Inanspruchnahme parodontal diagnostischer Leistungen von etwa 50 Prozent der Versicherten über zwei Jahre. Die durchschnittlichen Ausgaben belaufen sich auf 12,89 Euro pro Versicherten mit Inanspruchnahme (Frauen: 12,83 Euro und Männer: 12,95 Euro).

Tabelle 6.3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Jahr 2017 (stand.D2017)

Leistungsbereiche	diagnostische Leistungen	therapeutische Leistungen
Inanspruchnahmerate in Prozent		
Gesamt	25,9	1,8
Männer	24,3	1,8
Frauen	27,4	1,9
Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro		
Gesamt	12,89	450,98
Männer	12,95	462,17
Frauen	12,83	440,30

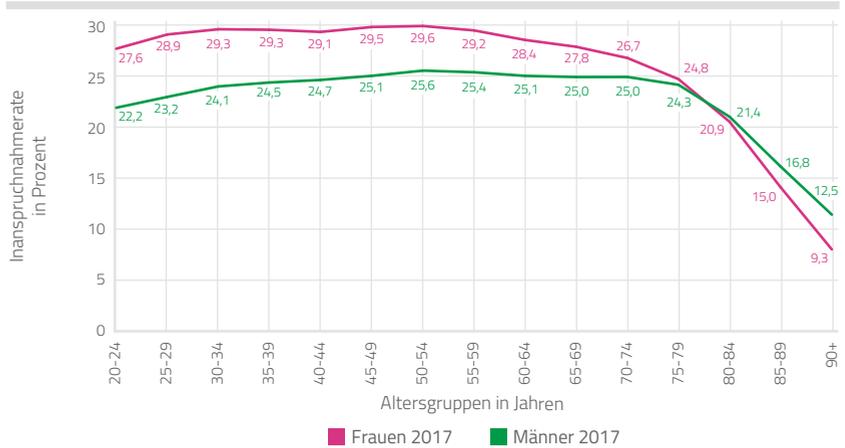
Quelle: BARMER-Daten 2017

Auf vierzehn Untersuchungen des Zahnfleischstatus entfällt damit eine Parodontitisbehandlung (das entspricht 1,8 Prozent aller Versicherten). Die Inanspruchnahmeraten von Frauen und Männern liegen mit 1,8 Prozent (Männer) beziehungsweise 1,9 Prozent (Frauen) beinahe gleichauf.

Die mittleren Kosten einer Parodontitisbehandlung belaufen sich auf 450,98 Euro. Die durchschnittlichen Behandlungskosten bei Männern sind etwas höher als bei Frauen (Frauen: 440,30 Euro, Männer: 462,17 Euro).

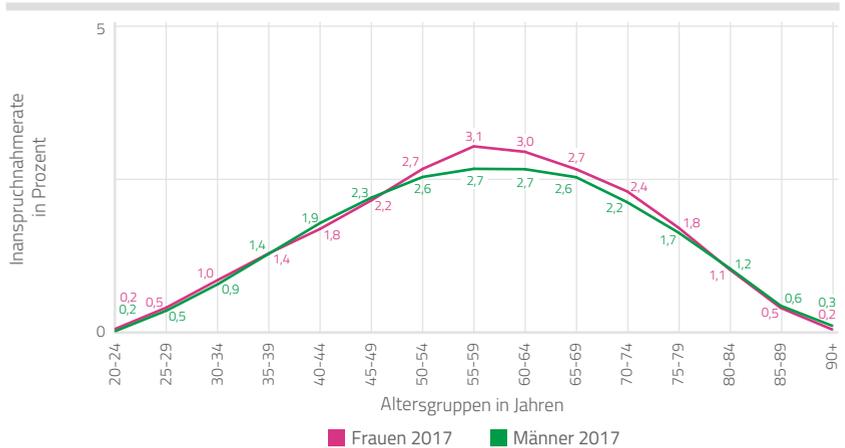
Die Abbildungen 6.1 bis 6.4 bieten eine Gegenüberstellung der Altersverläufe der Inanspruchnahmeraten und der zugehörigen durchschnittlichen Ausgaben für diagnostische und therapeutische Leistungen. Die Inanspruchnahmerate für diagnostische Leistungen der 25- bis unter 50-Jährigen liegt durchgängig über 20 Prozent (bei Frauen sogar über 25 Prozent) 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 65. Lebensjahr ihren Höhepunkt. Hier sind keine Geschlechterunterschiede zu beobachten.

Abbildung 6.1: Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



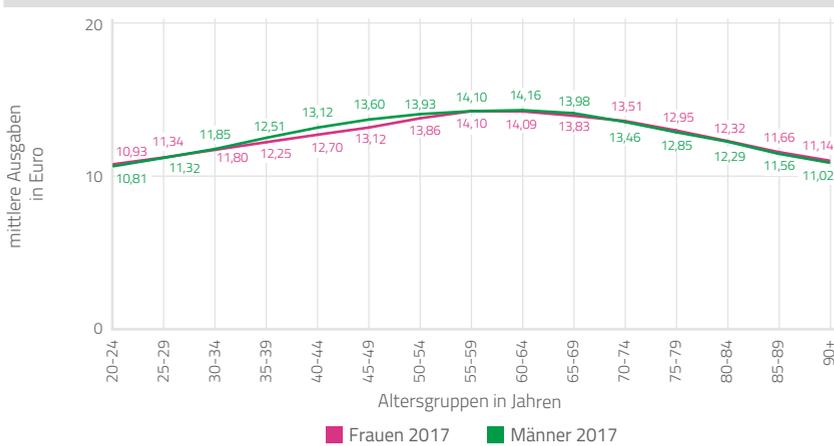
Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 6.2: Inanspruchnahmerate für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



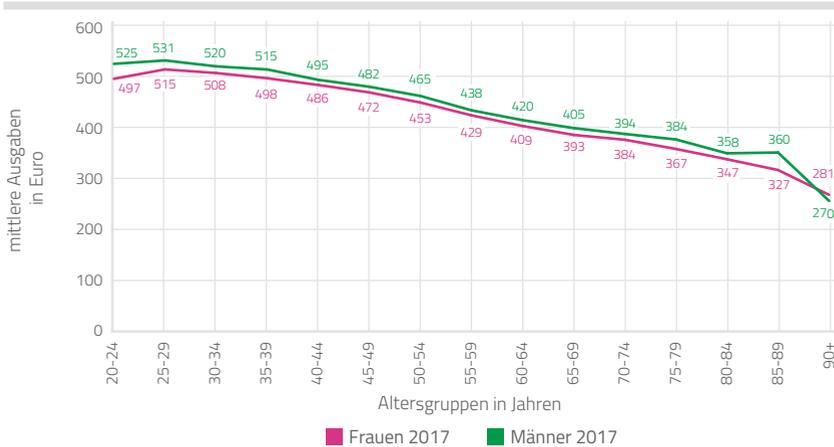
Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 6.3: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 6.4: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Bei der 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 Inanspruchnahmeraten und der mittleren Ausgaben je behandelten Versicherten zwischen den einzelnen Bundesländern zeigen sich Unterschiede (Tabelle 6.4). So variiert die Inanspruchnahmerate diagnostischer Leistungen zwischen 20,9 Prozent im Saarland und 30,4 Prozent in Bayern. Die Inanspruchnahmerate therapeutischer Leistungen zwischen 1,1 Prozent in Thüringen und 2,2 Prozent in Nordrhein-Westfalen. Das bedeutet, dass in Nordrhein-Westfalen auf jede elfte parodontologische Statusbestimmung eine Parodontitisbehandlung entfällt, in Thüringen dagegen auf jede 25. Statusbestimmung. Die Spannweite der Ausgaben für diagnostische Leistungen liegt preisbereinigt bei 11,71 Euro in Thüringen gegenüber 13,70 Euro in Nordrhein-Westfalen bei einem Durchschnittswert von 12,89 Euro. Bei den Ausgaben für therapeutische Leistungen zeigen sich in Thüringen die geringsten Ausgaben mit 429,08 Euro je behandelten Versicherten. Dem stehen am anderen Ende der Skala durchschnittliche Behandlungskosten in Höhe von 465,69 Euro in Berlin gegenüber.

Tabelle 6.4: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für diagnostische und therapeutische Leistungen im Jahr 2017 nach Bundesländern*

Bundesland	diagnostische Leistungen		therapeutische Leistungen	
	Inanspruchnahmerate in Prozent	mittl. Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro	Inanspruchnahmerate in Prozent	mittl. Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro
Hamburg	25,6 (- 0,3)	13,33 (0,44)	2,0 (0,2)	445,29 (- 5,69)
Niedersachsen	22,7 (- 3,2)	13,15 (0,26)	1,8 (0,0)	459,41 (8,43)
Bremen	22,8 (- 3,0)	12,73 (- 0,16)	1,5 (- 0,3)	440,31 (- 10,67)
Nordrhein-Westfalen	23,1 (- 2,7)	13,70 (0,81)	2,2 (0,4)	452,17 (1,20)
Hessen	27,0 (1,1)	12,65 (- 0,24)	1,7 (- 0,2)	456,01 (5,03)
Rheinland-Pfalz	23,9 (- 1,9)	12,98 (0,10)	1,8 (0,0)	450,73 (- 0,25)
Baden-Württemberg	28,5 (2,6)	12,39 (- 0,50)	1,6 (- 0,2)	451,65 (0,67)
Bayern	30,4 (4,5)	12,77 (- 0,12)	1,9 (0,1)	447,27 (- 3,71)
Saarland	20,9 (- 5,0)	12,29 (- 0,60)	1,2 (- 0,7)	442,18 (- 8,80)
Berlin	27,2 (1,3)	12,68 (- 0,21)	1,6 (- 0,2)	465,69 (14,72)
Brandenburg	26,5 (0,6)	12,63 (- 0,26)	1,8 (0,0)	444,97 (- 6,01)
Mecklenburg-Vorpommern	24,5 (- 1,3)	12,37 (- 0,51)	1,5 (- 0,3)	435,97 (- 15,01)
Sachsen	28,9 (3,0)	12,07 (- 0,82)	1,4 (- 0,4)	438,52 (- 12,46)
Sachsen-Anhalt	26,1 (0,2)	12,79 (- 0,10)	1,9 (0,1)	446,15 (- 4,83)
Thüringen	27,5 (1,6)	11,71 (- 1,18)	1,1 (- 0,7)	429,08 (- 21,90)
Gesamt*	25,9	12,89	1,8	450,98

* ohne Schleswig-Holstein

Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt (Gesamt) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten oder Euro

Quelle: BARMER-Daten 2017

6.3 Leistungen

In der Tabelle 6.5 sind die Häufigkeiten der im Rahmen der parodontologischen Behandlung im Jahr 2017 abgerechneten Einzelleistungen sowie die damit im Zusammenhang stehenden Punktsummen (als Ausgangspunkt für die Berechnung der Ausgaben) aufgeführt. Insgesamt sind knapp 122.000 Behandlungspläne zu Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums abgerechnet worden. Dies entspricht 3,9 Prozent der im Jahr 2017 aus Teil 4 des BEMA abgerechneten Leistungen und 8,4 Prozent der Gesamtpunktsumme. Am häufigsten werden therapeutische Leistungen mit geschlossener Vorgehensweise abgerechnet. Bei 53,2 Prozent der angerechneten Leistungen sind einwurzelige Zähne, bei 28,5 Prozent 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 Prozent der insgesamt im Jahr 2017 abgerechneten Punktsumme in sich.

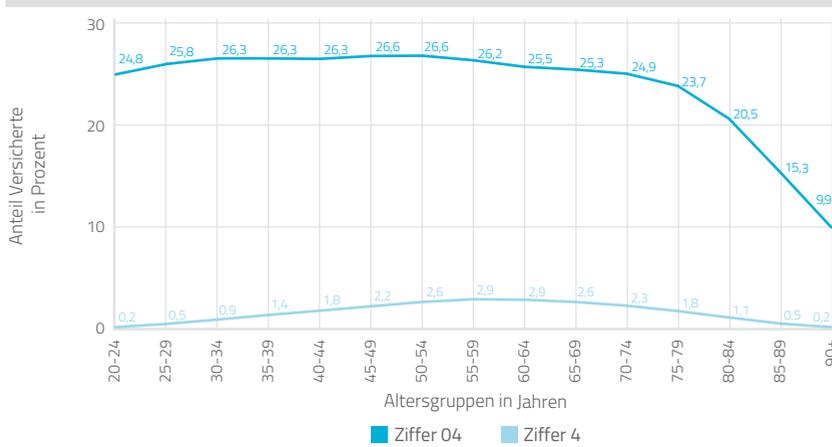
Tabelle 6.5: Verteilung der diagnostischen und therapeutischen Behandlungsleistungen des BEMA-Teils 4 und der Gebührenziffer 04 aus BEMA -Teil 1 nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2017 (stand.D2017)

Gebühren-Nr.	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Prozent	Punktsumme	Prozent
04 (BEMA-Teil 1)	Erhebung PSI-Code	1.843.208	---	18.432.080	---
4	HKP-Erstellung	121.661	3,9	4.744.779	8,4
P200	geschlossenes Vorgehen, einwurzeliger Zahn	1.678.509	53,2	23.499.126	41,8
P201	geschlossenes Vorgehen, mehrwurzeliger Zahn	899.671	28,5	23.391.446	41,6
P202	chirurgische Therapie, einwurzeliger Zahn	11.432	0,4	251.504	0,4
P203	chirurgische Therapie, mehrwurzeliger Zahn	14.022	0,4	476.748	0,8
108	Einschleifen des natürlichen Gebisses	98.178	3,1	589.068	1,0
111	Nachbehandlung	332.509	10,5	3.325.090	5,9
Gesamt (BEMA-Teil 4)		3.155.982	100,0	56.277.761	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2017

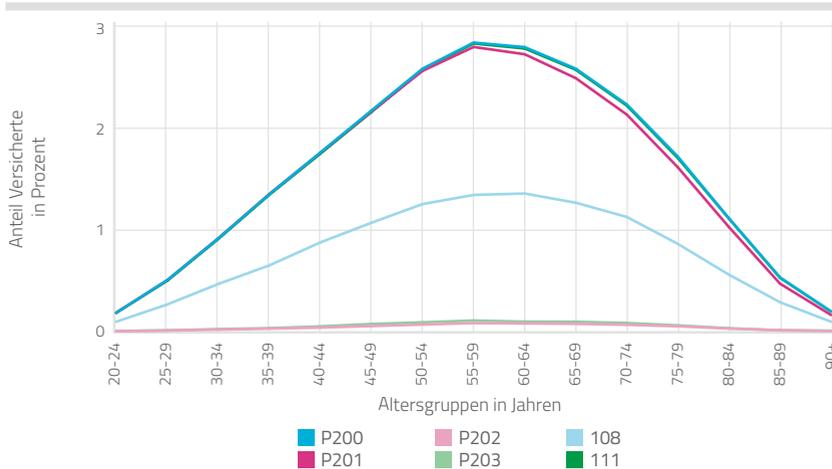
Auffällig ist der vergleichsweise geringe Anteil von Behandlungen mit offener Vorgehensweise (chirurgische Therapie). Lediglich knapp ein Prozent der abgerechneten Leistungen entfällt auf diese Behandlungsform.

Abbildung 6.5: Anteil der Versicherten mit mindestens einer diagnostischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 6.6: Anteil der Versicherten mit mindestens einer therapeutischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Die Abbildung 6.5 zeigt den Altersverlauf der Inanspruchnahme für die beiden diagnostischen Leistungen der Erhebung des PSI-Kodes (BEMA-Ziffer 04) und der Erstellung eines Heil- und Kostenplans (BEMA-Ziffer 4). In der Abbildung 6.6 sind die Altersverläufe der einzelnen parodontologischen Behandlungsleistungen grafisch dargestellt.

Beide Abbildungen weisen über die aus der Abbildung 6.1 und der Tabelle 6.5 bereits bekannten Sachverhalte zur Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Leistungen in Abhängigkeit vom Lebensalter und zur Verteilung der Einzelleistungen keine weiteren Auffälligkeiten auf.

6.4 Entwicklung über die Zeit

Die Tabelle 6.6 zeigt die Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien im zeitlichen Verlauf für die Analysejahre 2012 bis 2017.

erhebliche regionale
Unterschiede sowie
Ost-West-Unterschiede
bei der Inanspruchnahme

Die Inanspruchnahmeraten unterscheiden sich zwischen den Bundesländern auch nach Standardisierung auf die bundesdeutsche Bevölkerungsstruktur 2011 stark. Diese regionalen Unterschiede werden mit der Zeit geringer. Die Spanne erstreckt sich im Jahr 2012 von 18,3 Prozent (Saarland) bis 29,7 Prozent (Bayern). Ein ähnliches Bild zeigt sich im Jahr 2017 mit einer Spanne von 21,0 Prozent (Saarland) bis 30,5 Prozent (Bayern). Nach einem leichten Rückgang im Jahr 2013 entwickelt sich die Inanspruchnahmerate zum Jahr 2017 in den westlichen Bundesländern nach oben, während sie in den östlichen Bundesländern weitestgehend konstant bleibt. Diese Entwicklung hat zur Folge, dass die Unterschiede zwischen den Bundesländern geringer werden.

Tabelle 6.6: Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien in den Jahren 2012 bis 2017 nach Bundesländern* (Stand.D2011)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hamburg	24,2 (- 0,4)	24,2 (- 0,1)	24,1 (- 0,5)	24,8 (- 0,5)	25,5 (- 0,3)	25,7 (- 0,3)
Niedersachsen	19,6 (- 5,0)	19,9 (- 4,4)	20,7 (- 3,9)	21,7 (- 3,6)	22,3 (- 3,5)	22,8 (- 3,5)
Bremen	21,1 (- 3,5)	21,1 (- 3,2)	22,2 (- 2,4)	22,6 (- 2,7)	23,4 (- 2,4)	22,9 (- 2,4)
Nordrhein- Westfalen	21,5 (- 3,1)	21,1 (- 3,2)	21,7 (- 2,9)	22,4 (- 2,9)	22,9 (- 2,9)	23,3 (- 2,9)
Hessen	25,8 (1,2)	25,4 (1,1)	26,2 (1,6)	26,3 (1,0)	27,1 (1,3)	27,1 (1,3)
Rheinland-Pfalz	21,8 (- 2,8)	21,9 (- 2,4)	23,0 (- 1,6)	23,5 (- 1,9)	24,1 (- 1,6)	24,1 (- 1,6)
Baden- Württemberg	27,7 (3,1)	27,0 (2,7)	27,3 (2,7)	28,3 (3,0)	28,4 (2,6)	28,6 (2,6)
Bayern	29,7 (5,1)	29,0 (4,7)	29,3 (4,6)	30,1 (4,8)	30,2 (4,5)	30,5 (4,5)
Saarland	18,3 (- 6,3)	18,2 (- 6,1)	19,4 (- 5,2)	20,0 (- 5,4)	20,1 (- 5,7)	21,0 (- 5,7)
Berlin	26,3 (1,7)	26,0 (1,7)	26,0 (1,4)	26,6 (1,3)	27,3 (1,6)	27,3 (1,6)
Brandenburg	26,0 (1,4)	25,7 (1,4)	25,5 (0,9)	26,6 (1,3)	26,5 (0,7)	26,7 (0,7)
Mecklenburg- Vorpommern	24,6 (0,0)	23,8 (- 0,5)	23,9 (- 0,7)	24,2 (- 1,1)	25,1 (- 0,7)	24,6 (- 0,7)
Sachsen	28,4 (3,8)	27,9 (3,6)	27,9 (3,2)	28,6 (3,2)	28,9 (3,1)	29,0 (3,1)
Sachsen-Anhalt	26,0 (1,4)	25,5 (1,2)	25,3 (0,7)	26,3 (0,9)	26,2 (0,4)	26,2 (0,4)
Thüringen	28,0 (3,4)	27,4 (3,1)	27,2 (2,5)	28,0 (2,7)	27,6 (1,8)	27,7 (1,8)
Gesamt*	24,6	24,3	24,6	25,3	25,8	26,0

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

7 Zahnersatz und Zahnkronen

7.1 Datengrundlage und Kenngrößen

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

Befundorientierte Festzuschüsse gewährleisten 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 Festzuschussrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Festzuschüsse sind so bemessen, dass sie bei der Wahl der jeweiligen Regelversorgung – hierbei handelt es sich um die Versorgungsoption, die als Standardversorgung für den jeweiligen Ausgangsbefund gilt – rund 50 Prozent der durchschnittlichen Gesamtkosten abdecken. Durch Vorlage des Bonusheftes kann der durch die Krankenkasse zu übernehmende Kostenanteil in zwei Stufen erhöht werden. Bei lückenlosem Nachweis der Durchführung jährlicher Vorsorgeuntersuchungen über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren gibt es einen Bonus von 20 Prozent des Festzuschusses, der nach zehn Jahren auf 30 Prozent des Festzuschusses steigt. 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.

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

In welcher Höhe Kosten jenseits des Festzuschusses (als Eigen- beziehungsweise Versichertenanteil) verbleiben, hängt maßgeblich davon ab, ob der Patient eine andere Versorgung als die Regelversorgung wählt. Jenseits der Regelversorgung werden dabei die gleichartige Versorgung und die 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 Zahnersatzbrücke bei einer Zahnücke und insgesamt mehr als vier fehlenden Zähnen im Kiefer. Die Regelversorgung ist dagegen eine herausnehmbare Modellgussprothese.

Die Versorgung mit einem 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 auf, 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 7.1).

Tabelle 7.1: Übersicht der in die Analysen von Kapitel 7 eingehenden Befundklassen für Festzuschüsse (Auszug – ausführliche Auflistung der Befundziffern siehe Anhang I 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 Freundsituation vorliegt (Lückensituation I)
3	zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nummern 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	Wiederstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz
7	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen

Quelle: G-BA 2016

Neben den mittels Datenträgeraustausch (DTA) von den KZVen an die BARMER in maschinenlesbarer Form übermittelten Daten zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (im weiteren Verlauf als Zahnersatz bezeichnet) konnten wie im Jahr zuvor auch die direkt zwischen dem Versicherten und der BARMER 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 zahnärztlichen Honoraranteil von mehr als 50 Prozent der Fall. Hier begleicht der Patient direkt die Rechnung des Zahnarztes und lässt sich den Festzuschuss – beziehungsweise die Festzuschüsse bei mehr als einer auf ein und demselben Heil- und Kostenplan vorgesehenen Zahnersatzversorgung – von seiner Krankenkasse erstatten. Darüber hinaus gibt es Zahnersatzversorgungen, die allein auf der Basis privater Behandlungsverträge direkt zwischen Zahnarzt und Patienten vereinbart werden. Diese ohne Beteiligung der Krankenkasse erbrachten Leistungen können in der Untersuchung nicht berücksichtigt werden. Als weitere Einschränkung in Bezug auf die Datenbasis sind die aus zahngesundheitlicher 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 Alter von 20 Jahren.

Tabelle 7.2: Übersicht der im Kapitel 7 ausgewiesenen Kenngrößen

	BEMA- Teile 1 bis 5 (Kapitel 2)	BEMA- Teil 1 (Kapitel 3)	BEMA- Teil 2 (Kapitel 4)	BEMA- Teil 3 (Kapitel 5)	BEMA- Teil 4 (Kapitel 6)	BEMA- Teil 5 (Kapitel 7)
Inanspruchnahme/ Inanspruchnahmerate	X	X	X	X	X	X
Behandlungsfälle	---	X	---	---	---	---
Zahnarztkontakte	---	X	---	---	---	---
Ausgaben	X	X	X	X	X	X
Punktsummen	---	X	X	X	X	---
Leistungsmenge	---	X	X	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.

7.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

Im Jahr 2017 lag die Rate der Inanspruchnahme von Neueingliederungen bei 7,4 Prozent und bei Wiederherstellungsleistungen bei 6,6 Prozent (inklusive direkt abgerechneter Fälle). Der Anteil der Frauen lag mit 7,9 Prozent für Neueingliederungen beziehungsweise 6,9 Prozent für Wiederherstellungen über dem der Männer, bei denen die Inanspruchnahmerate für eine Neueingliederung 7,0 Prozent und für eine Wiederherstellung 6,2 Prozent betrug (Tabelle 7.3).

Für die hier darstellbare Versorgung beliefen sich die durchschnittlichen Ausgaben für jeden Versicherten mit neu eingegliedertem Zahnersatz auf 1.523,84 Euro. Die Ausgaben für Frauen lagen dabei um durchschnittlich 56,12 Euro über denen der Männer (Frauen: 1.551,24 Euro, Männer: 1.495,12 Euro). Der Eigenanteil lag hier für Frauen bei durchschnittlich 908,12 Euro und für Männer bei 849,20 Euro beziehungsweise bei 58,5 Prozent (Frauen) und 56,8 Prozent (Männer). Für Frauen und Männer ergeben sich zusammen: 879,36 Euro (57,7 Prozent).

Ø Ausgaben für Zahnersatz
in Höhe von 1.523,84 €
je Versicherten,
Ausgaben für Frauen
(1.551,24 €) höher als
für Männer (1.495,12 €)

Die mittleren Ausgaben für Wiederherstellungen fielen mit 120,46 Euro erwartungsgemäß deutlich niedriger aus als die Ausgaben für Neueingliederungen. Der durchschnittliche Eigenanteil von 52,80 Euro entspricht 43,8 Prozent der Gesamtausgaben. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind hier zu vernachlässigen.

Tabelle 7.3: Inanspruchnahmerate, Ausgaben und Eigenanteil je versorgten Versicherten für Neueingliederung (NEU) und Wiederherstellung (REP) im Jahr 2017 (stand.D2017)

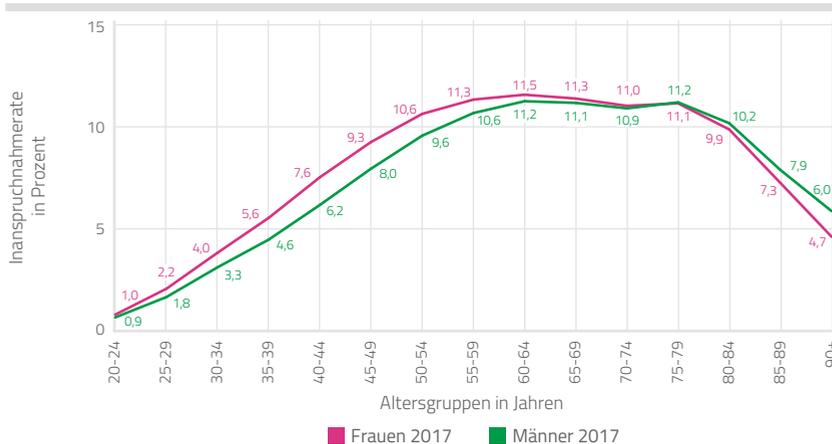
Leistungsbereiche der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	Neueingliederung (NEU)	Wiederherstellung (REP)
Inanspruchnahmerate in Prozent		
Gesamt	7,4	6,6
Männer	7,0	6,2
Frauen	7,9	6,9
Ausgaben je versorgten Versicherten in Euro		
Gesamt	1.523,84	120,46
Männer	1.495,12	118,88
Frauen	1.551,24	121,96
davon: Eigenanteil je versorgten Versicherten in Euro		
Gesamt	879,36	52,80
Männer	849,20	52,29
Frauen	908,12	53,29

Quelle: BARMER-Daten 2017

höchste Inanspruchnahmeraten zwischen 50 und 75 Jahren bei Männern und Frauen

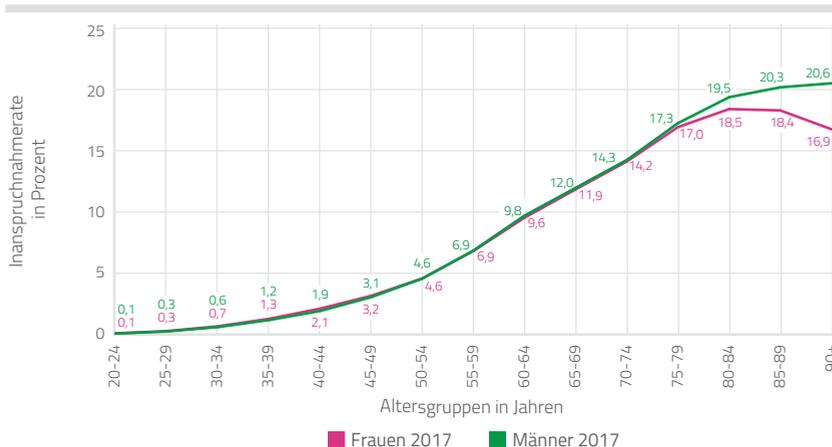
In der Abbildung 7.1 sind die Altersverläufe der Inanspruchnahme von Zahnersatz (Neueingliederung) für Frauen und Männer dargestellt. In den unteren Altersklassen lassen sich bedingt durch niedrige Fallzahlen keine validen Ergebnisse ermitteln. Die Altersverläufe werden deshalb erst ab einem Alter der Versicherten von 20 Jahren grafisch dargestellt. 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 elf Prozent, das bedeutet, gut jeder Zehnte hat mindestens einmal im Jahr 2017 einen neuen Zahnersatz erhalten. Bis zu diesem Lebensalter verläuft die Kurve der Männer leicht unterhalb der Kurve der Frauen. Ab einem Alter von etwa 80 Jahren haben vermehrt Männer einen neuen Zahnersatz (Neueingliederung) erhalten.

Abbildung 7.1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Abbildung 7.2: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017

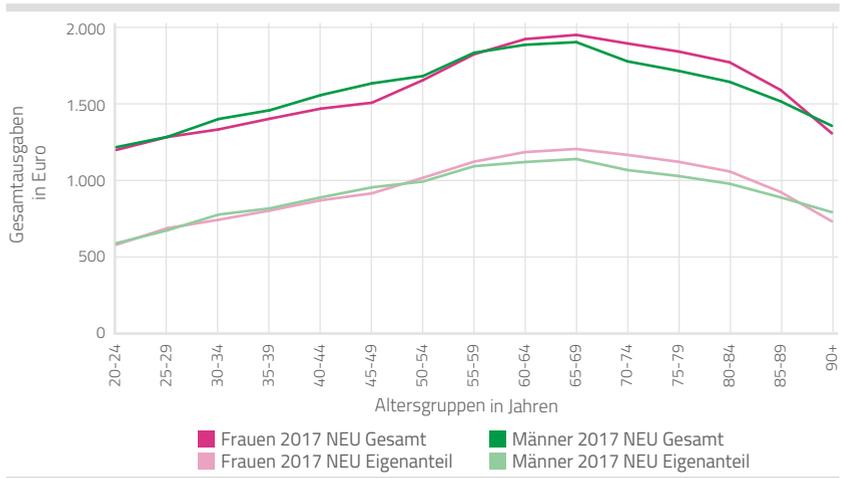


Quelle: BARMER-Daten 2017

Zahnersatz Neueingliederung: ab einem Alter von 75 Jahren höherer Kurvenverlauf bei Männern als bei Frauen

Die Altersverläufe der Inanspruchnahme von Wiederherstellungsleistungen sind in der Abbildung 7.4 dargestellt. Es zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Versicherten, der Leistungen zur Wiederherstellung und Erweiterung bestehenden Zahnersatzes in Anspruch genommen hat, größer ausfällt. Erneut liegt ab einem Alter von etwa 75 Jahren der Kurvenverlauf der Männer über dem der Frauen.

Abbildung 7.3: Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) je versorgten Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017

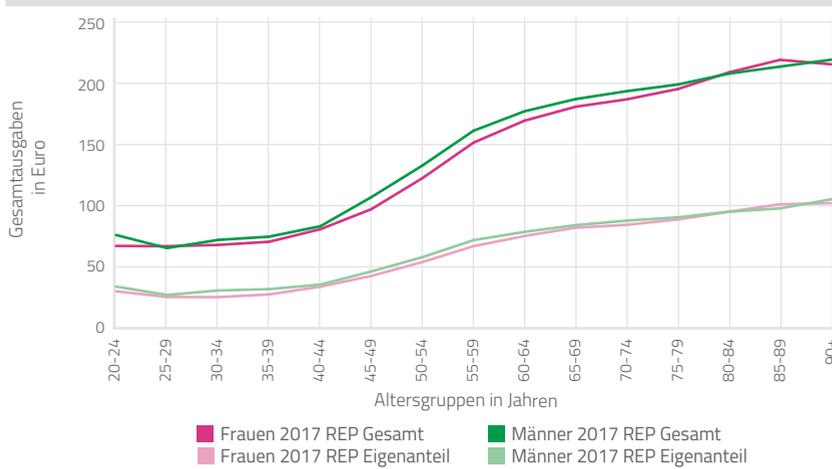


Quelle: BARMER-Daten 2017

Die Abbildung 7.3 zeigt die Ausgaben für die Neueingliederung von Zahnersatz und Zahnkronen im Jahr 2017. Erneut zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Die Gesamtausgaben und demzufolge auch der Eigenanteil fallen bei Frauen ab dem 60. Lebensjahr um über 100 Euro höher aus als bei Männern (siehe im Anhang die Tabellen I 20 und I 21). Dagegen zeigen sich bei Männern zwischen 30 und 45 Jahren höhere Ausgaben, ohne dass ein entsprechender Ausgabenzuwachs beim Eigenanteil zu erkennen ist.

Die für Wiederherstellungsleistungen angefallenen Ausgaben im Jahr 2017 zeigen einen weitgehend kontinuierlich ansteigenden Verlauf, sowohl für die Gesamtausgaben als auch für die zu tragenden Eigenanteile (Abbildung 7.4).

Abbildung 7.4: Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) je versorgten Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

Die Tabelle 7.4 weist für Neueingliederungen für den Bund insgesamt eine Inanspruchnahme von 7,4 Prozent aus (über die KZVen und direkt abgerechnete Zahnersatzleistungen). Mit 6,4 Prozent wird die niedrigste Rate im Saarland erreicht. Die höchste Rate weist Berlin mit 9,0 Prozent auf. Alters- und Geschlechtsunterschiede kommen als Erklärungsansätze nicht in Betracht, da alle regionalen Ergebnisse auch hier einheitlich auf die Struktur der Bevölkerung Deutschlands zum 31. Dezember 2017 standardisiert worden sind. Ausgewiesen werden außerdem die Ausgaben für einen Zahnersatz je behandelten Versicherten insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach dem von der Krankenkasse und dem vom Versicherten getragenen Betrag. Für die Ermittlung dieser Werte konnten die Aufwendungen sowohl für die über die KZVen als auch für die direkt über die Krankenkasse abgerechneten Zahnersatzleistungen zusammengeführt werden. Die höchsten Ausgaben je behandelten Versicherten ergeben sich mit 1.876,54 Euro demnach in Niedersachsen, gefolgt von Bayern (1.859,51 Euro) und Bremen (1.744,83 Euro).

Tabelle 7.4: Kenngrößen der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederungen) im Jahr 2017 nach Bundesländern (stand.D2017)

Bundesland	Inanspruch- nahmerate in Prozent	Gesamtausgaben je versorgten Versicherten in Euro	davon: Kassenanteil je versorgten Versicherten in Euro	davon: Eigenanteil je versorgten Versicherten in Euro
Schleswig- Holstein	8,2 (0,7)	1.449,67 (- 74,17)	638,64 (- 5,85)	811,03 (- 68,32)
Hamburg	8,7 (1,3)	1.600,71 (76,87)	661,45 (16,96)	939,26 (59,91)
Niedersachsen	7,4 (0,0)	1.876,54 (352,70)	805,69 (161,21)	1.070,85 (191,49)
Bremen	7,7 (0,2)	1.744,83 (220,99)	817,55 (173,06)	927,29 (47,93)
Nordrhein- Westfalen	7,2 (- 0,2)	1.660,81 (136,97)	730,81 (86,32)	930,00 (50,65)
Hessen	7,5 (0,1)	1.626,74 (102,90)	644,69 (0,21)	982,04 (102,69)
Rheinland-Pfalz	6,9 (- 0,5)	1.607,28 (83,44)	654,05 (9,57)	953,23 (73,88)
Baden- Württemberg	7,5 (0,1)	1.717,02 (193,18)	571,47 (- 73,02)	1.145,55 (266,20)
Bayern	6,9 (- 0,5)	1.859,51 (335,67)	631,46 (- 13,02)	1.228,05 (348,70)
Saarland	6,4 (- 1,1)	1.505,58 (- 18,26)	708,61 (64,13)	796,96 (- 82,39)
Berlin	9,0 (1,6)	1.559,17 (35,33)	751,03 (106,54)	808,14 (- 71,22)
Brandenburg	8,1 (0,7)	1.375,85 (- 147,99)	688,31 (43,83)	687,54 (- 191,81)
Mecklenburg- Vorpommern	7,2 (- 0,2)	1.379,33 (- 144,51)	712,44 (67,96)	666,89 (- 212,47)
Sachsen	7,7 (0,3)	1.274,30 (- 249,54)	634,21 (- 10,27)	640,08 (- 239,27)
Sachsen-Anhalt	7,4 (0,0)	1.316,45 (- 207,39)	688,22 (43,74)	628,23 (- 251,13)
Thüringen	7,2 (- 0,2)	1.334,02 (- 189,82)	684,61 (40,12)	649,41 (- 229,95)
Gesamt	7,4	1.523,84	644,48	879,36

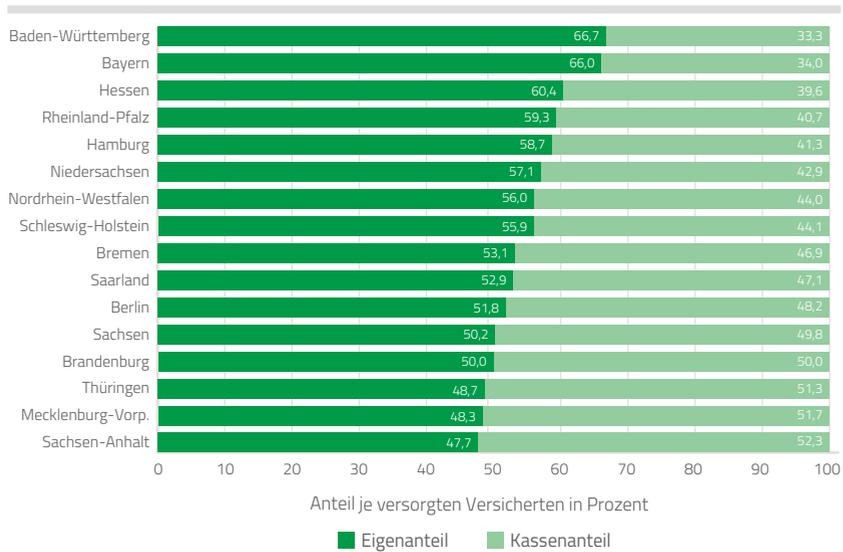
Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt (Gesamt) des jeweiligen Jahres in Prozentpunkten (Inanspruchnahmerate) beziehungsweise in Euro (Gesamtausgaben und Eigenanteil)
Quelle: BARMER-Daten 2017

Die niedrigsten Ausgaben ergeben sich für versorgte Versicherte in den neuen Bundesländern sowie in Schleswig-Holstein. Sachsen weist mit 1.274,30 Euro den niedrigsten Wert auf. Die Aufschlüsselung nach dem von der Krankenkasse und vom Versicherten selbst getragenen Betrag ergibt korrespondierend dazu vergleichsweise hohe Eigenanteile bei hohen Gesamtaufwendungen für einen Zahnersatz und teilweise deutlich niedrigere Eigenanteile bei relativ geringen Gesamtaufwendungen.

Zahnersatz: hohe regionale Schwankungen (niedrigste Ausgaben in Sachsen, höchste Ausgaben in Bayern)

Die Abbildung 7.5 weist je versorgten Versicherten für das Jahr 2017 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 Prozent, in allen östlichen Bundesländern werden Anteilswerte bis zu 50 Prozent erreicht.

Abbildung 7.5: Kassenanteil und Eigenanteil bei Zahnersatz je versorgten Versicherten für Neueingliederungen und Wiederherstellungen nach Bundesländern in Prozent im Jahr 2017 (stand.D2017)



Quelle: BARMER-Daten 2017

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. Die Festzuschüsse erhöhen sich um 20 Prozent des Ausgangswertes, wenn das Bonusheft über eine Zeitspanne von fünf Jahren und um 30 Prozent, 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 7.5: Zuschusserhöhung für Versicherte mit lückenloser Führung des Bonusheftes für Zahnersatz im Jahr 2017 (stand.D2017)

Zuschusserhöhung in Prozent	Häufigkeit	Prozent
0	286.827	32,4
20	74.896	8,4
30	455.777	51,4
100	68.970	7,8
Gesamt	886.470	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2017

hoher Anteil Kontroll-
untersuchungen

Im Jahr 2017 haben 8,4 Prozent der Versicherten eine Erhöhung um 20 Prozent und 51,4 Prozent eine Erhöhung um 30 Prozent des Festzuschusses erhalten. Bei 7,8 Prozent kommt der sogenannte doppelte Festzuschuss zum Tragen. Somit werden 100 Prozent der Kosten der Regelversorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen (Tabelle 7.5). Diese Ergebnisse bestätigen, dass in Deutschland ein relativ hoher Anteil der Inanspruchnahme von vertragszahnärztlichen Leistungen auf Kontrolluntersuchungen entfällt.

7.3 Leistungen

In der Tabelle 7.6 sind die im Jahr 2017 über die KZVen abgerechneten Festzuschussbefunde nach Befundklassen geordnet aufgeführt. Mit 39,1 Prozent wurden am häufigsten Leistungen zur Wiederherstellung und Erweiterung eines bereits vorhandenen konventionellen Zahnersatzes (Befundklasse 6) durchgeführt.

Im Bereich der Neueingliederung eines Zahnersatzes überwiegt die Versorgung erhaltungswürdiger Zähne (Befundklasse 1) mit 33,2 Prozent aller im Jahr 2017 abgerechneten Regelversorgungsleistungen.

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

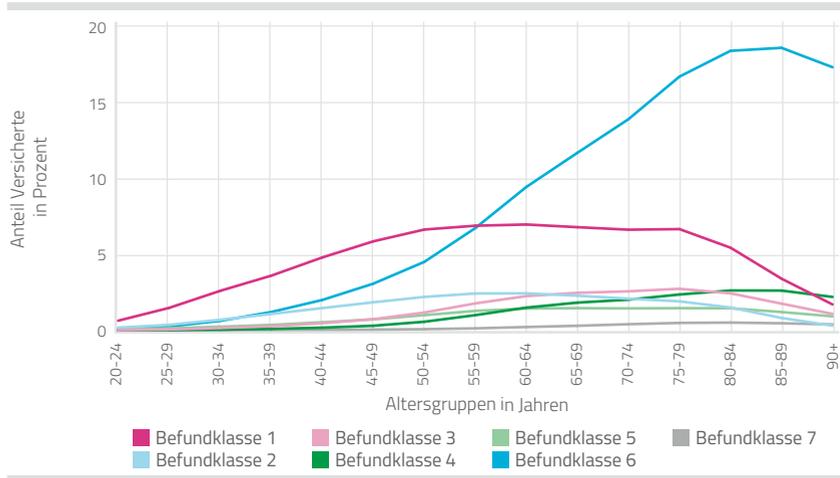
Tabelle 7.6: Verteilung der abgerechneten Fälle mit mindestens einem Festzuschussbefund im Jahr 2017 (stand.D2017)

Befundklasse	Bezeichnung	Häufigkeit (absolut)	Häufigkeit (relativ) in Prozent
1	erhaltungswürdiger Zahn	688.077	33,2
2	zahnbegrenzte Lücke von höchstens vier fehlenden Zähnen ...	226.511	10,9
3	zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen	116.243	5,6
4	Restzahnbestand bis zu drei Zähnen oder zahnloser Kiefer	140.257	6,8
5	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist	76.341	3,7
6	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz	811.817	39,1
7	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen	15.075	0,7
	Gesamt	2.074.322	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2017

In der Abbildung 7.6 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 7.6: 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 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017

**Schwerpunktthema Zahnersatz:
Wie gut ist die
Regelversorgung?**

8 Schwerpunktthema Zahnersatz: Wie gut ist die Regelversorgung?

8.1 Einleitung

Der Schwerpunktteil des Zahnreportes setzt sich in diesem Jahr mit Zahnersatzversorgungen auseinander. Er hinterfragt spezifisch die Güte der sogenannten Regelversorgung. Der Begriff „Regelversorgung“ beschreibt im vertragszahnärztlichen Kontext die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnersatz nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse (§ 56 SGB V) – also eine Art Standardversorgung. Der Begriff der Regelversorgung ist als solcher im SGB V verankert (§ 56 SGB V). Nähere Informationen zu Regelversorgungen und deren Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen sind im betreffenden Abschnitt näher spezifiziert.

Obwohl sich die Regelversorgung neben der Orientierung an der Gegenbeziehung vor allem an Stabilität und Funktionsdauer orientieren sollte (§ 56 SGB V), werden andere sogenannte „gleichartige“ und „andersartige“ Versorgungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, oft als höherwertig beschrieben. Diese potenzielle Höherwertigkeit ist für Versicherte in der Regel mit einem höheren Eigenanteil verbunden. Gleich- und andersartige Versorgungen sind im weiteren Text unter den jeweiligen Überschriften näher erläutert. Die Anfertigung von Zahnersatz ist im Gegensatz zu anderen Bereichen (Ausnahme aufwendigere Füllungen) der vertragszahnärztlichen Therapie in der Regel mit Zuzahlungen verbunden.

Die folgenden einleitenden Abschnitte führen in die Thematik Zahnersatz ein und vermitteln essenzielle Informationen zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz.

Prävalenz von Zahnersatzversorgungen

Die regelmäßig publizierten repräsentativen Deutschen Mundgesundheitsstudien belegen seit Jahren einen deutlichen Rückgang von Zahnverlusten und Zahnlosigkeit in der deutschen Bevölkerung (Micheelis et al. 1999, Micheelis und Hoffmann 2006, Jordan et al. 2016). Mit dieser Entwicklung geht eventuell ein Bedarfsrückgang von Zahnersatzversorgungen einher. Andererseits könnte durch längeren Zahnerhalt bis ins höhere

Mundgesundheitsstudien:
deutlicher Rückgang
von Zahnverlusten und
Zahnlosigkeit

Lebensalter auch eine längere Inanspruchnahme höherwertiger und aufwendigerer Zahnersatzversorgungen eintreten (Schroeder 2001).

Definition und Formen von Zahnersatz und Zahnkronen

Zahnersatz im engeren Sinne bezieht sich in der Regel auf den Ersatz verloren gegangener Zähne. Bei Zahnhartsubstanzdefekten erhaltungswürdiger Zähne können Zahnkronen angezeigt sein. Grob kann zwischen dem festsitzenden, also fest im Mund verankerten Zahnersatz, und dem herausnehmbaren, auch als Prothese bezeichneten Zahnersatz unterschieden werden. Zahnersatz und Zahnkronen führen für den betroffenen Patienten zu einer Wiederherstellung der oralen Ästhetik und zu einer Wiederherstellung oder zumindest zu einer Verbesserung der Kau- und Sprechfunktion. Sie stellen damit eine oder mehrere Funktionen des Kauorgans wieder her (Jokstad et al. 1998). In vielen Fällen berücksichtigen sie auch präventive Aspekte und unterstützen die Vermeidung von Folgeerkrankungen des Kauorgans (Gernet 2007).

Zum festsitzenden Zahnersatz zählen Brücken. Auch Zahnkronen werden dazugezählt. Zahnkronen übergreifen den stark zerstörten Zahn wie eine Kappe und stellen ihn dadurch wieder her. Brücken ersetzen einen oder mehrere fehlende Zähne, indem die Nachbarzähne der Zahnücke überkront werden und die Zahnücke überbrückt wird. Diese Form des festsitzenden Zahnersatzes setzt voraus, dass ausreichend stabile Nachbarzähne neben der Lücke zur Verfügung stehen. Bei umfangreicheren Lücken kommt häufig herausnehmbarer Zahnersatz zum Einsatz, der in der Regel aus einer sogenannten Teilprothese besteht. Diese kann über Gussklammern an den übrigen Zähnen fixiert werden. Weiterhin gibt es spezielle Formen wie die Kombinationsversorgung. Dabei wird festsitzender mit herausnehmbarem Zahnersatz durch spezifische Verbindungselemente verbunden. Dazu zählen Teleskopprothesen.

Grob kann zwischen dem als Prothese bezeichneten herausnehmbaren Zahnersatz und dem festsitzenden, also fest im Mund verankerten Zahnersatz unterschieden werden. Die umfassendste Form des herausnehmbaren Zahnersatzes ist die Total- oder Vollprothese. Sind im Ober- oder Unterkiefer alle Zähne verloren gegangen, ersetzt die Totalprothese diese in der Regel in Form von Kunststoffzähnen, die in eine Kunststoffbasis eingearbeitet sind. Während im Oberkiefer meist noch ein ausreichender Halt

durch Ansaugeffekte erzielt werden kann, ist die Lagestabilität durch die anatomischen Voraussetzungen im Unterkiefer in Kombination mit der notwendigen Zungenbeweglichkeit im Unterkiefer häufig eingeschränkt. Diese Lagestabilität ist stark von den individuellen anatomischen Gegebenheiten abhängig und beeinflusst die Patientenzufriedenheit. Auch die subjektiven Erwartungen prägen die Zufriedenheit des Patienten (Marcello-Machado et al. 2017).

Seit den neunziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts nimmt auch die Bedeutung des implantatgestützten Zahnersatzes zu. Dabei dienen Implantate als künstliche Zahnwurzeln zur Verankerung von Zahnersatz. Auf Implantaten können ebenfalls festsitzender und herausnehmbarer Zahnersatz oder Kombinationsversorgungen je nach Befundsituation und Implantanzahl verankert werden.

Zahntechnik

Zahnersatz wird durch einen Zahntechniker beziehungsweise ein zahntechnisches Labor gefertigt. Dabei können zahntechnische Leistungen sowohl in der Zahnarztpraxis selbst (Praxis- oder Eigenlabor) als auch in einem gewerblichen Labor erbracht werden (vergleiche Abbildung 8.1). Dies macht die Anfertigung von Zahnersatz oft komplex, zeit- und kostenaufwendig.

Zahnersatzformen in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Im Bewertungsmaßstab für Zahnärztliche Leistungen (BEMA) sind Zahnersatz und Zahnkronen im Teil 5 beinhaltet. Gemäß Zahnersatz-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden nahezu analog zur fachlichen Einteilung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung fünf Behandlungsbereiche für den Zahnersatz unterschieden (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, Stand: 9. Mai 2016):

- Versorgung mit Zahnkronen
- Versorgung mit Brücken

- Versorgung mit herausnehmbarem Zahnersatz
- Kombinationsversorgung
- Versorgung mit Suprakonstruktionen (implantatgestützter Zahnersatz)

Die Zuordnung zu diesen fünf Behandlungsbereichen ist dabei die Grundlage für die Bezuschussungsregeln im Festzuschussystem.

Das Festzuschussystem

Im Gegensatz zur vertragszahnärztlichen Versorgung in den anderen Teilen des BEMA (Ausnahme aufwendigere Füllungen) ist die Anfertigung von Zahnersatz in der Regel mit einer Zuzahlung seitens des betroffenen Patienten verbunden. Die gesetzliche Krankenkasse beteiligt sich an der Anfertigung von Zahnersatz durch einen befundbezogenen Festzuschuss. Die beispielhafte Zusammensetzung der Kosten beziehungsweise Ausgaben für eine Zahnersatzversorgung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ist in Abbildung 8.1 dargestellt.

Beteiligung der GKV an
Zahnersatz durch befund-
bezogenen Festzuschuss

Abbildung 8.1: Beispielhafte Ausgabenstruktur für eine vertragszahnärztliche Therapie mit Zahnersatz



Quelle: eigene Darstellung

Gewerbliche Labore rechnen ihre Aufwendungen nicht direkt mit dem Patienten ab, sondern fungieren als Auftragnehmer eines Zahnarztes. Vergleichbar mit der ärztlichen Verschreibung eines Medikamentes, verordnet der Zahnarzt die passende Zahnersatzform, die Herstellungsweise und das verwendete Material.

Da Zahnersatzversorgungen meist mit Zuzahlungen seitens des Patienten verbunden sind, liegen die Kosten beziehungsweise Ausgaben für Zahnersatzversorgungen wesentlich stärker im Fokus des Patienteninteresses als dies für andere Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung gilt. Ausgaben für Füllungen, Wurzelbehandlungen oder chirurgische Maßnahmen werden vom Zahnarzt direkt über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) mit der Krankenkasse abgerechnet und entziehen sich dabei in der Regel der Kenntnis des Versicherten. Zahnersatz wird deshalb subjektiv oft als teuer empfunden. Nicht zuletzt deshalb erscheint eine objektive und wertungsfreie Analyse der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz nötig und sinnvoll.

Seit dem Jahr 2005 gilt in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz das befundbezogene Festzuschussystem. Durch dieses System soll gewährleistet werden, dass Versicherte bei vergleichbarer Befundsituation (zum Beispiel eine bestimmte Zahl fehlender Zähne) unabhängig von der individuellen Wahl der jeweiligen Zahnersatzart den gleichen Zuschussbetrag erhalten. Da die individuellen Anforderungen an eine Zahnersatzversorgung stark differieren können, ist durch dieses System zudem gewährleistet, dass für den Versicherten eine weitgehende Wahlfreiheit der Therapie besteht. Die beschriebenen jeweiligen Befundsituationen werden in Befundklassen zusammengefasst, die sich an üblichen Lückengebissklassifikationen orientieren (SGB V). Eine Übersicht der Befundklassen des Festzuschussystems ist im Anhang enthalten (Tabelle I 8).

Regelversorgung

Für jede Befundklasse ist entsprechend den Vorgaben des § 56 SGB V eine Regelversorgung definiert. Nach § 56 Absatz 2 SGB V orientiert sich diese an „[...] zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund nach dem allgemein

anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Bei der Zuordnung der Regelversorgung zum Befund sind insbesondere die Funktionsdauer, die Stabilität und die Gegenbeziehung zu berücksichtigen.“ Die Regelversorgung soll also definitionsgemäß eine langlebige und solide Versorgungsform beinhalten. Ästhetische Belange werden dabei in der Regel nicht berücksichtigt. Der Gesetzgeber hat eine regelmäßige Überprüfung dieser Regelversorgungen vorgesehen. Dies erfolgte für den festsitzenden Zahnersatz im Jahr 2013 durch ein Gutachten der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (Gemeinsamer Bundesausschuss 2013). Dieses Gutachten bestätigte die entsprechenden Regelversorgungen in Bezug auf die oben genannten Kriterien. Auf den Ergebnissen basierend wurde die Adhäsivbrücke als Alternative zu einer konventionellen Brücke in die Regelversorgung bei bestimmten Frontzahnlücken aufgenommen (KZBV und GKV-Spitzenverband 2016).

Wählt ein Versicherter mit einer spezifischen Befundsituation die dafür vorgesehene Regelversorgung, muss er im Normalfall mit einem Eigenanteil von etwa 50 Prozent der Gesamtkosten (plus eventuelle Edelmetallkosten) rechnen. Die jeweiligen Festzuschüsse der Krankenkasse werden regelmäßig angepasst, damit dieses Verhältnis gewahrt bleibt.

Um die Ausgabenverhältnisse in dieser Form fixieren zu können, bestehen für Zahnärzte und Zahntechniker im Rahmen der Regelversorgung kaum Spielräume in der Leistungsabrechnung. Die jeweils befundklassenspezifisch abrechenbaren Gebührennummern für das zahnärztliche Honorar sind über den BEMA (Bewertungsmaßstab für Zahnärztliche Leistungen) explizit festgelegt. Für die abrechenbaren Laborleistungspositionen werden durch das BEL (Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis) Höchstpreise definiert.

Bonusregelung

Weist der Versicherte bei Einreichung seines Heil- und Kostenplanes für eine Zahnersatzversorgung bei seiner Krankenkasse nach, dass er mindestens fünf Jahre hintereinander einmal jährlich eine eingehende zahnärztliche Untersuchung in Anspruch genommen hat, so hat er Anspruch auf eine 20-prozentige Erhöhung des jeweiligen Festzuschusses. Kann er diesen Nachweis für zehn aufeinanderfolgende Jahre erbringen, erhöht sich der Anspruch auf 30 Prozent.

Härtefallregelung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Versicherte einen doppelten Festzuschuss seitens der Krankenkasse bewilligt bekommen. Dieser doppelte Festzuschuss entspricht etwa 100 Prozent der Kosten der Regelversorgung. Wählt der betreffende Versicherte die Regelversorgung, werden die gesamten Kosten der Zahnersatzversorgung von der Krankenkasse übernommen, auch wenn die tatsächlichen Kosten höher sein sollten als der doppelte Festzuschuss. Bei einer gleichartigen oder andersartigen Versorgung hat er einen Anspruch auf den doppelten Festzuschuss.

Gleichartige Versorgung

Wählt der Versicherte eine Zahnersatzversorgung, die zwar dem gleichen Behandlungsbereich entspricht, im Detail aber von der Regelversorgung abweicht, wird von einer gleichartigen Versorgung gesprochen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn die Regelversorgung eine unverblendete Metallkrone im Seitenzahnbereich vorsieht, der Versicherte aber eine keramisch verblendete Metallkrone wählt. Zahnarzt und Labor werden den Mehraufwand für diese gleichartige Versorgung über die entsprechenden privaten Gebührenverzeichnisse GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) beziehungsweise BEB (Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen) zusätzlich abrechnen. Die Mehrkosten trägt der Versicherte im Rahmen seines Eigenanteils, da die Wahl der Versorgungsform keine Auswirkung auf den Betrag des Festzuschusses der Krankenkasse hat.

Andersartige Versorgung

Wählt der Versicherte eine Zahnersatzversorgung, die einem anderen Behandlungsbereich (vergleiche auch den Abschnitt zu Zahnersatzformen) als die Regelversorgung entspricht, wird von einer andersartigen Versorgung gesprochen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn die Regelversorgung eine herausnehmbare Teilprothese vorsieht, der Versicherte aber eine feste Brücke wählt. Zahnarzt und Zahntechniker berechnen die gesamten Kosten für diese andersartige Versorgung über die entsprechenden privaten Gebührenverzeichnisse GOZ beziehungsweise BEB. Der Versicherte trägt diese Ausgaben zunächst komplett und erhält auf Antrag den Betrag des anzuwendenden Festzuschusses von seiner Krankenkasse nachträglich erstattet (Direktabrechnungsverfahren, für Ausnahmen siehe „Mischfälle“).

Mischfälle

Bei komplexen Zahnersatzversorgungen kann es vorkommen, dass sowohl Regelversorgungen als auch gleichartige Versorgungen in Verbindung mit andersartigen Versorgungen gleichzeitig auf einem Heil- und Kostenplan beantragt werden. Dies könnte der Fall sein, wenn zum Beispiel zeitgleich im Oberkiefer eine Regelversorgung und im Unterkiefer eine andersartige Versorgung angefertigt wird. Der Abrechnungsweg richtet sich in diesem Fall nach dem Verhältnis der geschätzten zahnärztlichen Honorarkosten. Genehmigte Festzuschüsse für Mischfälle (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) sind über die KZV abzurechnen, wenn mehr als 50 Prozent des zahnärztlichen Honorars zum Zeitpunkt der Planung für Leistungen der Regelversorgung und/oder der gleichartigen Versorgung anfallen. Entfallen mehr als 50 Prozent des zahnärztlichen Honorars auf andersartige Versorgungen, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. In jedem Fall muss jede definitive Zahnersatzversorgung vor Beginn mit einem entsprechenden Heil- und Kostenplan bei der jeweiligen Krankenkasse beantragt und von dieser genehmigt werden.

Internationaler Vergleich

In vielen anderen Ländern, auch westlichen Industrieländern, ist die zahnärztliche Versorgung kein integraler Bestandteil einer gesetzlichen Krankenversicherung. Aber auch in Ländern, in denen die zahnärztliche Versorgung zum Teil mit abgedeckt wird, ist die Versorgung mit Zahnersatz oft ausgeschlossen oder auf sehr einfache Leistungen beschränkt. Leider gibt es nur wenige aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen, die sich international vergleichend mit Kostenerstattungen für bestimmte Bereiche der zahnärztlichen Versorgung auseinandersetzen. Marada et al. berichten relativ aktuell von tendenziell höchsten Kostenübernahmen für zahnärztliche Therapie in Deutschland und im Vereinigten Königreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern wie zum Beispiel Ungarn (Marada et al. 2016). Dies bezieht sich allerdings nicht spezifisch auf Zahnersatzleistungen. Eine ältere Arbeit von Kaufhold und Meyer verglich bereits im Jahr 2001 unter anderem die patientenseitigen Zuzahlungen für bestimmte zahnärztliche Therapien zwischen Dänemark, Frankreich, Deutschland, Ungarn, der Schweiz, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich (Kaufhold et al. 2001). Deutsche Versicherte mussten bereits damals in der Regel die niedrigste Zuzahlung für prothetische

zahnärztliche Versorgung
in vielen Ländern nicht
Bestandteil einer
gesetzlichen Kranken-
versicherung

Versorgungen, wie zum Beispiel eine gegossene Seitenzahnbrücke oder eine gegossene Prothese leisten. Allerdings lag diese Erhebung noch vor der Einführung des Festzuschussystems und ist daher lediglich dazu geeignet, die schlechtere Kostenerstattungslage für prothetische Versorgungen in anderen europäischen Ländern zu unterstreichen. Die OECD Health Statistics belegen für Deutschland allgemein den höchsten öffentlichen Finanzierungsanteil an den Ausgaben für Leistungen in Zahnarztpraxen im Jahr 2016 (Bundeszahnärztekammer 2018).

Die finanzielle Selbstbeteiligung, die Patienten für zahnärztliche Prothetik zu leisten haben, ist im Statistischen Jahrbuch der BZÄK auf Basis der OECD Health Systems Characteristics Database vergleichend für 17 europäische Länder betrachtet (Bundeszahnärztekammer 2018). Dabei sind zum Beispiel in Deutschland, Belgien, Frankreich, Luxemburg, Griechenland, den Niederlanden und Österreich Eigenanteile zu leisten. In Dänemark, Finnland, Italien, Portugal, Spanien, dem Vereinigten Königreich und der Schweiz sind Zahnersatzversorgungen beispielsweise in der Regel nicht abgedeckt.

Hinzu kommt, dass sich auch die Zahnersatzversorgungen an sich in Deutschland wesentlich von denen in anderen Ländern unterscheiden. Im Bereich der Kombinationsversorgungen werden beispielsweise Teleskopkronen angewendet, die global kaum eine Bedeutung haben. Teleskopkronen werden international zum Teil sogar als German Crown bezeichnet. Teleskopkronen sind sehr techniksensitiv und verlangen ein Höchstmaß an Präzision in der zahntechnischen Herstellung. Dadurch ist die Anfertigung derartiger Verbindungselemente zeit- und kostenintensiv. In Deutschland kamen im Jahr 2010 mehr als 0,8 Zahntechniker auf einen Zahnarzt (Roubach 2010). Dies ist die höchste Quote im Vergleich zu Italien, den Niederlanden, Spanien, Schweden, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich. Während Schweden weniger als 0,1 Zahntechniker je Zahnarzt aufwies, waren es in den Niederlanden knapp 0,6. Mögliche Erklärungen könnten unter anderem in mehr oder aufwendigerem Zahnersatz in Deutschland liegen.

Zahntechnik in
Deutschland
vergleichsweise teuer

Zur Vergütung von zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen im europäischen Vergleich wurde vom Institut der Deutschen Zahnärzte im Jahr 2017 eine Studie vorgestellt (Klingenberg 2017). In dieser Untersuchung wurden für einige typische Zahnersatz-

versorgungen mit dezidiert beschriebenen Eigenschaften und Materialien, zum Beispiel eine verblendete Krone auf Zahn 21 oder eine vollverblendete Brücke von Zahn 45 bis Zahn 47, die Vergütungen in Deutschland, Dänemark, der Schweiz, Ungarn und den Niederlanden unter Berücksichtigung von Preis-, Mengen- und Strukturkomponenten berechnet. Die Ergebnisse waren sehr differenziert. Hinsichtlich des Gesamtpreises lag Deutschland für das Beispiel Krone im Mittelfeld. Der Gesamtpreis der Brückenversorgung war nur in der Schweiz höher. Im Unterschied dazu lag der Preis des zahnärztlichen Honorars in Deutschland deutlich niedriger als in der Schweiz, den Niederlanden oder Dänemark. Die Preiskomponente der Material- und Laborkosten lag dagegen in Deutschland für die beiden beschriebenen Beispiele am höchsten. Die Zahntechnik ist demnach in Deutschland vergleichsweise teuer.

8.2 Zielstellung

Der vorliegende Schwerpunktteil stellt die Frage, wie die Regelversorgung in den einzelnen Befundbereichen tatsächlich zu bewerten ist. Wird sie dem im SGB V formulierten Anspruch gerecht? Nicht zuletzt gilt es, Ausgabenaspekte der einzelnen Versorgungsformen näher zu betrachten und im Rahmen der Langzeitbewährung zu diskutieren.

8.2.1 Vorliegende Daten

Bereits mehrere Analysen befassten sich ganz oder zum Teil mit Ausgabenaspekten für Zahnersatz. Keine dieser Analysen umfasste die Langzeitbewährung von Zahnersatzversorgungen. Zunächst soll der BARMER GEK Zahnreport 2013 erwähnt werden, der noch unter Federführung des ehemaligen ISEG Institutes in Hannover entstand (Schäfer et al. 2013). Das Autorenteam analysierte Kassen- und Eigenanteile für prothetische Versorgungen. Allerdings konnten zum damaligen Zeitpunkt nur Versorgungen betrachtet werden, die über die KZVen abgerechnet wurden. Der gesamte Teil der andersartigen Versorgungen stand zu diesem Zeitpunkt noch nicht zur Analyse zur Verfügung. Andersartige Versorgungen spielen zwar je nach Befundklasse zahlenmäßig meist nur eine geringere Rolle, haben aber aufgrund ihrer hohen Kostenvarianz ein großes Potenzial zur Verschiebung der Ausgabenrelationen. Daher zeigen die damaligen Ergebnisse ein

verzerrtes beziehungsweise unvollständiges Bild der Ausgaben für Zahnersatz. Analysen zur Langzeitbewährung von Zahnersatzversorgungen waren auf Basis der damaligen Datenlage ebenfalls noch nicht möglich.

Das KZBV Jahrbuch befasst sich mit den relativen Häufigkeiten der abgerechneten Festzuschussbefunde und stellt die absolute Zahl der über die KZV abgerechneten Festzuschussbefunde aufgliedert dar. Der Anteil der andersartigen Versorgungen wird nicht ausgewiesen. Zeitreihen für Einzelleistungen liegen für Zahnersatzversorgungen nicht vor (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2018).

Das Statistische Jahrbuch der BZÄK weist im Abschnitt „Leistungsausgaben der Krankenversicherungen und privat Zahnärztliches Abrechnungsgeschehen“ zwei thematisch relevante Kenngrößen aus: KFO/Prothetik und Eigen-/Fremdlabor (Bundeszahnärztekammer 2018). Diese basieren auf der Gesundheitsausgabenberechnung des Bundes und zeigen seit 2008 eine steigende Tendenz sowohl auf GKV- als auch auf Privathaushaltsebene. Weitere Details liegen nicht vor. Aus diesen Gründen erschien es sinnvoll, im folgenden Schwerpunktteil Inanspruchnahme, Ausgaben und die Bewährung von Zahnersatz in einem systematischen Analyseansatz grundsätzlich und umfassend zu betrachten.

8.3 Entwicklung von Inanspruchnahme und Ausgaben über die Zeit

8.3.1 Methodische Aspekte

Datenbasis aller folgenden Analysen sind, sofern nicht explizit anders beschrieben, Routinedaten der BARMER. Die Analysen dieses Schwerpunktteils beziehen sich nur auf den Datensatz der BARMER beziehungsweise der ehemaligen BARMER GEK. Versicherte, die durch die Fusion der BARMER GEK und der Deutschen BKK hinzugekommen sind, wurden nicht eingeschlossen. Die Daten beziehen sich mit Stand 31. Dezember 2017 auf 8,66 Millionen Versicherte. Davon waren 7,25 Millionen Versicherte 20 Jahre und älter. Für die einzelnen Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung sind diese Daten unterschiedlich lange verfügbar. So können konservierend-chirurgische Leistungen

(BEMA Teil 1) bis zum 1. Januar 2010 zurückverfolgt werden, Daten zu prothetischen Versorgungungen in der Regel bis zum 1. Januar 2012. Entsprechend liegen den nachfolgenden längsschnittlichen Analysen Daten zur prothetischen Versorgung im Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2017 zugrunde und umfassen damit einen Beobachtungszeitraum von sechs Jahren. Für Analysen zu den zahntechnischen Leistungen wurden für diesen Schwerpunktteil bislang nicht genutzte Datenbestände herangezogen. Im Ergebnis unserer vorab durchgeführten Datenprüfungen mussten einzelne Analysen auf wenige KZV-Regionen und eine Musterversorgung zurückgenommen werden.

Zur fundierten Analyse von Ausgabenentwicklungen über die Zeit ist die Zerlegung in eine Mengen-, eine Preis- und eine Strukturkomponente wünschenswert (sogenannte Komponentenerlegung). Auf der Basis der zugrunde liegenden Routinedaten der BARMER ist diese Komponentenerlegung jedoch nur eingeschränkt möglich. Dies ist in den einzelnen Kapiteln näher spezifiziert. Alle folgenden Beschreibungen der längsschnittlichen Entwicklung von Inanspruchnahme und Ausgaben beziehen sich auf Neuversorgungungen mit Zahnersatz und Zahnkronen. Sofern nicht anders beschrieben, sind Reparaturen und Wiederherstellungen nicht berücksichtigt. Werden die einzelnen Versorgungsarten getrennt betrachtet, so zählte ein Abrechnungsfall als Regelversorgung, wenn er über die KZV abgerechnet wurde und keine private Gebührennummer beinhaltete. Ein Abrechnungsfall wurde als gleichartige Versorgung definiert, wenn er über die KZV abgerechnet wurde, dabei aber private Gebührennummern beinhaltete. Alle direkt abgerechneten Fälle zählten als andersartige Versorgungungen. Bei befundklassenspezifischen Betrachtungen wurden alle Fälle ausgeschlossen, in denen es Überschneidungen zu anderen Befundklassen gab, also verschiedene Befundklassen in einem Fall abgerechnet wurden. Ausnahmen sind jeweils explizit angegeben. Gewisse Unschärfen sind durch dieses methodische Vorgehen nicht zu vermeiden.

8.3.2 Inanspruchnahme über die Zeit

Zunächst werden die Entwicklungen von Inanspruchnahme und Ausgaben für Zahnersatzversorgungungen allgemein sowie für die einzelnen Befundklassen dargestellt. Die Betrachtung der Inanspruchnahme von Zahnersatz im Standardteil des Zahnreportes verzichtet bislang auf Zeitreihen. Nachfolgend wird deshalb zunächst die Entwicklung der Inanspruchnahme über die Zeit analysiert.

Rückgang der Inanspruchnahme um 8 % in 4 Jahren

Der Anteil der Versicherten ab einem Alter von 20 Jahren mit Inanspruchnahme einer Zahnersatzneuersorgung sinkt von 7,99 Prozent im Jahr 2014 kontinuierlich über 7,72 Prozent im Jahr 2015 und 7,53 Prozent im Jahr 2016 auf 7,35 Prozent im Jahr 2017. Dies entspricht einem Rückgang um acht Prozent in nur vier Jahren. Standardisiert wurde hierbei auf das jeweilige Jahr.

Diese rückläufige Tendenz stimmt mit der über die vergangenen Jahre sinkenden Zahl der prothetischen Abrechnungsfälle überein, die zum Beispiel im KZBV Jahrbuch 2018 (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2018) veröffentlicht ist.

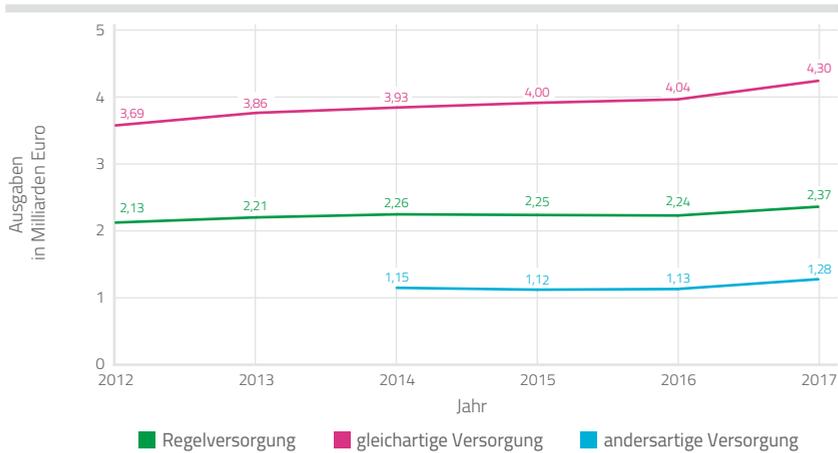
8.3.3 Ausgaben über alle Befundklassen

Die hier gezeigten Entwicklungen der Gesamtausgaben für Zahnersatz spiegeln die gesamten Ausgaben (Kassen- und Eigenanteile) für die jeweiligen Abrechnungsfälle wider. Es sind die Ausgabesummen standardisiert auf die deutsche Bevölkerung dargestellt. Methodisch gelten die oben genannten Definitionen der jeweiligen Versorgungsarten. Bei Kronen gibt es keine andersartige Versorgung. Die angegebenen prozentualen Ausgabenänderungen basieren auf den mittleren Jahresausgaben.

Die Abbildung 8.2 zeigt die Ausgabenentwicklung insgesamt (Krankenkassen- und Eigenanteile) über alle Befundklassen hinweg (Neuersorgungen und Wiederherstellungen), wobei der Ausgabenanteil für Wiederherstellungen im Rahmen der Gesamtausgaben verhältnismäßig gering ausfällt (vergleiche Tabelle 7.3 im Standardteil). Dabei liegen die Ausgaben je versorgten Versicherten für Wiederherstellungen bei unter 10 Prozent der Ausgaben für Neuersorgungen.

Da andersartige Versorgungen direkt abgerechnet werden und daher erst später in den entsprechenden Datenbanken hinterlegt wurden, sind diese Daten erst ab dem 1. Januar 2014 verfügbar. Mischfälle wurden dem jeweiligen Abrechnungsweg zugeschlagen.

Abbildung 8.2: Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteile) für Zahnersatz-
versorgungen (Neuversorgungen und Wiederherstellungen) nach Versorgungsart
2012 bis 2017 (stand.D2011)



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Die Ausgaben für gleichartige Versorgungen (4,30 Milliarden Euro im Jahr 2017) stehen sehr deutlich an der Spitze, gefolgt von Regelversorgungen (2,37 Milliarden Euro im Jahr 2017) und andersartigen Versorgungen (1,28 Milliarden Euro im Jahr 2017). Für den Sechsjahreszeitraum von 2012 bis 2017 ergibt sich für die Regelversorgung eine Steigerung der Gesamtausgaben um 11,3 Prozent, für die gleichartige Versorgung von 16,5 Prozent. Die Ausgaben für gleichartige Versorgungen steigen demnach deutlicher als bei der Regelversorgung. Im engeren Vierjahreszeitraum zwischen 2014 und 2017 steigen die Gesamtausgaben für die andersartigen Versorgungen um 11,3 Prozent. Die mittlere jährliche Steigerungsrate beträgt für Regelversorgungen 1,88 Prozent pro Jahr, für gleichartige Versorgungen 2,75 Prozent pro Jahr und für andersartige Versorgungen 2,83 Prozent pro Jahr. Die Gesamtausgaben für Zahnersatzversorgungen steigen demnach insgesamt moderat, wobei die jährliche Steigerungsrate für Regelversorgungen am geringsten ist.

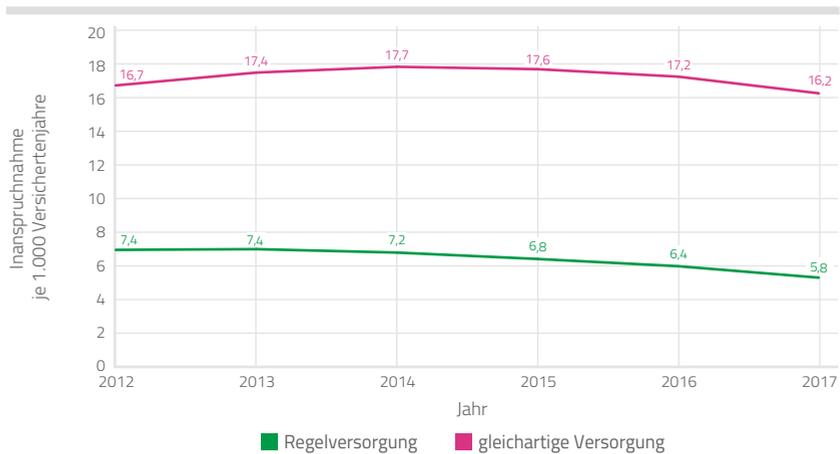
moderater Anstieg der
Gesamtausgaben für
Zahnersatzversorgung

Im Folgenden soll eine detaillierte Analyse der Entwicklung in den einzelnen Befundklassen erfolgen. Dabei wird auf die Befundklassen 1 bis 4 eingegangen, da diese Befundklassen die wesentlichen prothetischen Neuversorgungen beinhalten.

8.3.4 Inanspruchnahme und Ausgaben für die Befundklasse 1 (Einzelzahnrestaurationen)

Die Befundklasse 1 umfasst die Versorgung mit Kronen und Teilkronen. Innerhalb dieser Befundklasse sind keine andersartigen Versorgungen möglich. Die Abbildung 8.3 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahmerate von Versorgungen der Befundklasse 1 je 1.000 Versicherte. Fälle mit Kombinationen mit anderen Befundklassen wurden nicht einbezogen. Es gelten die oben genannten methodischen Definitionen für Regel- und gleichartige Versorgungen. Die Angaben beziehen sich auf Versicherte ab einem Alter von 20 Jahren und sind standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland (BRD) im Jahr 2011.

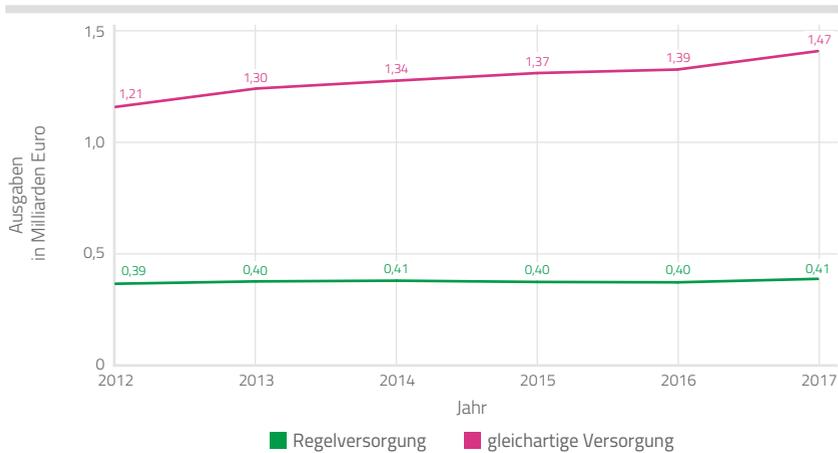
Abbildung 8.3: Versorgungen der Befundklasse 1: Inanspruchnahmerate für Versicherte ab 20 Jahren (stand.D2011)



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Im Vergleich zur Regelversorgung ist die Inanspruchnahmerate für gleichartige Versorgungen mehr als doppelt so hoch. Regelversorgung und gleichartige Versorgung weisen im Ergebnis eine etwas absteigende Tendenz auf. Allerdings sinkt die Rate der Regelversorgung kontinuierlich, während die Rate der gleichartigen Versorgung bis zum Jahr 2014 ansteigt und danach abfällt. Die hier ausgewiesene versichertenbezogene Inanspruchnahmerate entspricht in ihrem Verlauf und in ihrer Größenordnung nahezu der fallbezogenen Inanspruchnahmerate. Daher kann die Entwicklung der versichertenbezogenen Inanspruchnahmerate als legitime Annäherung an die Entwicklung der Mengenkomponente interpretiert werden. Dies gilt auch für die entsprechenden Betrachtungen bei den Befundklassen 2, 3 und 4. Die Abbildung 8.4 zeigt die Entwicklung der Gesamtausgaben für Versorgungen der Befundklasse 1. Fälle mit Kombinationen mit anderen Befundklassen wurden wiederum nicht einbezogen.

Abbildung 8.4: Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteil) für Zahnersatzversorgungen der reinen Befundklasse 1 nach Versorgungsart (stand.D2011)



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Im Bereich der Regelversorgung steigen die Gesamtausgaben um etwa 5 Prozent über sechs Jahre (2012 bis 2017). Die Gesamtausgaben für die gleichartige Versorgung steigen im gleichen Zeitraum um 21,5 Prozent. Die leichte Steigerung der Gesamtausgaben für die Regelversorgung kann nicht nur über die Preiskomponente erklärt werden, da die

turnusartigen Preiserhöhungen (beispielsweise Punktwertanpassungen) in der Regel höher ausfallen. Die deutliche Steigerung bei den gleichartigen Versorgungsarten kann mit unseren Daten nicht exakt auf die Preis-, Mengen- und Strukturkomponenten heruntergebrochen werden. Vermutlich spielen Veränderungen bei allen Komponenten eine Rolle. Als Hypothese kann auch eine Verschiebung zu ästhetisch hochwertigeren Versorgungsarten (Vollverblendung, Verblendungen im Seitenzahnbereich) formuliert werden.

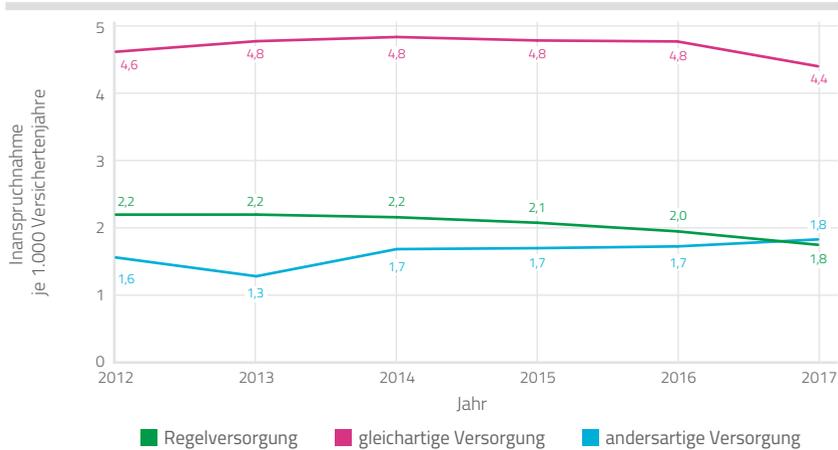
8.3.5 Inanspruchnahme und Ausgaben für die Befundklasse 2 – zahnbegrenzte Lücken

Unter zahnbegrenzten Lücken versteht man Zahnlücken, die noch von gesunden Zähnen begrenzt sind und damit potenziell mit feststehendem Zahnersatz (Zahnbrücken) überbrückt werden könnten. Regelversorgung innerhalb der Befundklasse 2 ist, je nach Zuordnung zum ästhetisch relevanten Bereich, eine teilweise verblendete oder unverblendete Metallbrücke. Bei Anfertigung einer Brücke und Verwendung eines anderen Materials wie Vollkeramik oder bei der Wahl einer Verblendung über die Kassenrichtlinien hinaus wird die Versorgung als gleichartig bezeichnet. Eine komplett andere Versorgung, zum Beispiel eine Suprakonstruktion (Krone oder Brücke) auf Implantaten, wäre eine andersartige Versorgung. Im Einzelfall kann auch die Suprakonstruktion für ein Einzelimplantat bei einem fehlenden Zahn und kariesfreien Nachbarzähnen als Regelversorgung abgerechnet werden. Mengenmäßig sind diese Fälle allerdings vernachlässigbar (Rädel et al. 2016). Die Abbildung 8.5 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahmerate von Versorgungsarten der Befundklasse 2. Fälle mit Kombinationen mit anderen Befundklassen wurden nicht einbezogen. Als Ausnahme waren lediglich die Befunde 1.4 und 1.5 zugelassen. Die Angaben beziehen sich auf Versicherte ab einem Alter von 20 Jahren und sind standardisiert auf die deutsche Bevölkerung im Jahr 2011. Es gelten die oben genannten methodischen Definitionen für Regel-, gleich- und andersartige Versorgungsarten.

Im Vergleich zur Regelversorgung ist die Inanspruchnahmerate für gleich- und andersartige Versorgungsarten etwa dreimal so hoch. Analog zur Befundklasse 1 sinkt bei der Befundklasse 2 die Inanspruchnahmerate bei der Regelversorgung, bei der gleichartigen Versorgung resultiert nach anfänglichem Anstieg letztlich ebenfalls ein geringfügiger Rückgang über die sechs Jahre des Beobachtungszeitraums. Bei andersartigen Versorgungsarten zeigt sich eine zunehmende Tendenz. Die Abbildung 8.6 zeigt die Entwicklung

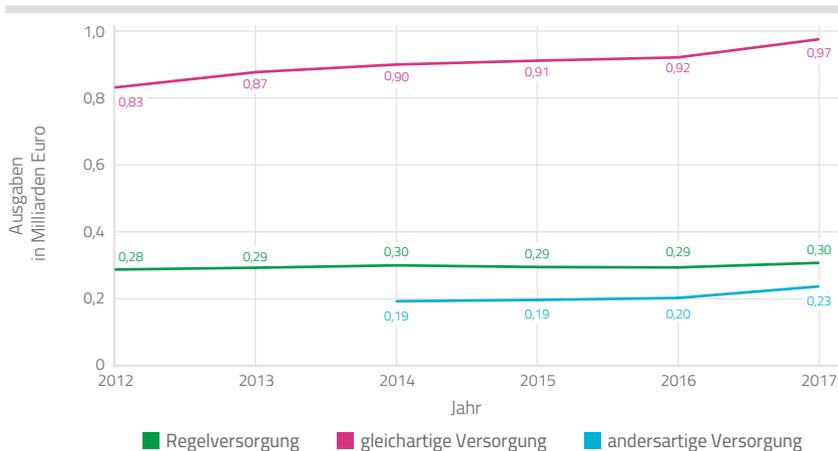
der Gesamtausgaben für Versorgungen der Befundklasse 2. Eingeschlossen wurden jeweils nur Fälle der Befundklasse 2. Auch hier wurden Kombinationen mit anderen Befundklassen mit Ausnahme der Befunde 1.4 und 1.5 ausgeschlossen.

Abbildung 8.5: Versorgungen der Befundklasse 2: Inanspruchnahmerate für Versicherte ab 20 Jahren (stand.D2011)



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Abbildung 8.6: Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteil) für Zahnersatzversorgungen der reinen Befundklasse 2 nach Versorgungsart (stand.D2011)



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Während sich im Bereich der Regelversorgung ein geringer Anstieg der Gesamtausgaben von 6,95 Prozent über sechs Jahre (2012 bis 2017) zeigt, steigen die Gesamtausgaben für die gleichartige Versorgung im gleichen Zeitraum um 17,32 Prozent. Dieser Unterschied liegt in einer vergleichbaren Größenordnung wie bei der Befundklasse 1. Die Gesamtausgaben für die andersartigen Versorgungen der Befundklasse 2 steigen dagegen bereits in vier Jahren (2014 bis 2017) um 23,14 Prozent. Mittlere jährliche Steigerungsraten liegen für die Regelversorgung bei 1,16 Prozent pro Jahr, für die gleichartige Versorgung bei 2,89 Prozent pro Jahr und für die andersartige Versorgung bei 5,78 Prozent pro Jahr.

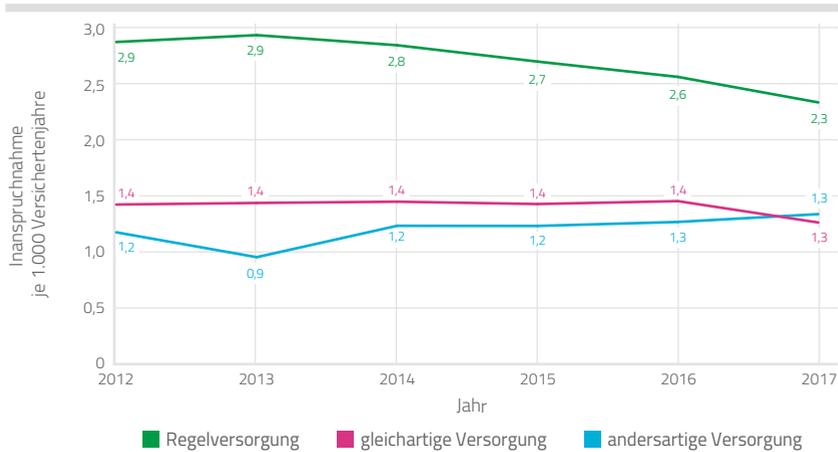
Die Dynamiken der Inanspruchnahmeraten und der Gesamtausgaben für Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen zeigen in den Befundklassen 1 und 2 einen ähnlichen Verlauf. In beiden Befundklassen sind die Anstiege der Gesamtausgaben für gleichartige Versorgungen deutlich. Der Anstieg für die andersartige Versorgung in Befundklasse 2 ist noch ausgeprägter. Die Steigerung bei den gleich- und andersartigen Versorgungen kann mit unseren Daten nicht auf die Preis-, Mengen- und Strukturkomponenten heruntergebrochen werden. Bei der gleichartigen Versorgung kann als Hypothese wiederum eine Verschiebung zu ästhetisch hochwertigeren Versorgungen (Vollverblendung, Verblendungen im Seitenzahnbereich) formuliert werden. Bei den andersartigen Versorgungen kann eine Zunahme der Bedeutung von Implantatversorgungen vermutet werden.

8.3.6 Inanspruchnahme und Ausgaben für die Befundklasse 3 – reduzierte Restgebisse mit mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer

Die Regelversorgung innerhalb der Befundklasse 3 ist zumeist eine Modellgussprothese, die mit Klammern am Restgebiss verankert wird. Im Falle spezifischer Freiendsituationen können auch Teleskopprothesen, die zur Kombinationsversorgung zählen, die Regelversorgung darstellen. Allein die verschiedene Anordnung der fehlenden Zähne und der dementsprechend zahlreichen Möglichkeiten der verschiedenen Lückengebiss-situationen machen die große Variabilität der möglichen Befunde und Therapieformen innerhalb dieser Befundklasse deutlich. Im Gegensatz zu den Befundklassen 1 und 2 sind die Ausgangssituationen mit unterschiedlicher Zahl und Anordnung von Zähnen und die Zahnersatzversorgungen innerhalb der Befundklasse 3 deutlich variabler und nicht ohne

Weiteres vergleichbar. Die Abbildung 8.7 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahmerate von Versorgung der Befundklasse 3. Kombinationen mit anderen Befundklassen waren ausgeschlossen. Als Ausnahme waren lediglich die Befunde 1.4, 1.5 und 4.7 zugelassen. Die Angaben beziehen sich auf Versicherte ab einem Alter von 20 Jahren und sind standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2011. Es gelten die oben genannten methodischen Definitionen für Regel-, gleich- und andersartige Versorgungsleistungen.

Abbildung 8.7: Versorgungsleistungen der Befundklasse 3: Inanspruchnahmerate für Versicherte ab 20 Jahren (stand.D2011)

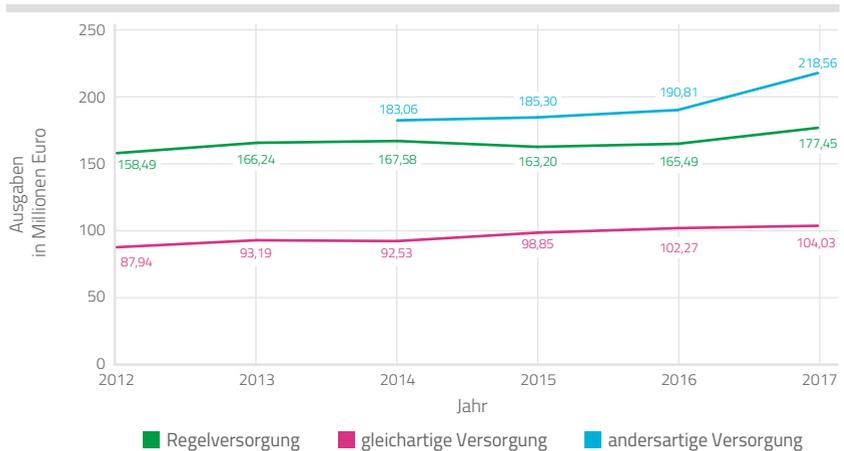


Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Die Inanspruchnahmerate der Regelversorgung sinkt deutlich. Zwischen 2012 und 2017 beträgt die Abnahme 18,8 Prozent. Die Inanspruchnahmerate für die gleichartige Versorgung sinkt um 11,3 Prozent. Bei der andersartigen Versorgung zeigt sich zwischen 2012 und 2017 ein Anstieg um 13,9 Prozent. Die Abbildung 8.8 zeigt die Entwicklung der Gesamtausgaben für Versorgungsleistungen der Befundklasse 3. Kombinationen mit anderen Befundklassen mit Ausnahme der Befunde 1.4, 1.5 und 4.7 wurden ausgeschlossen.

deutlich sinkende
Inanspruchnahme der
Regelversorgung

Abbildung 8.8: Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteil) für Zahnersatzversicherungen der reinen Befundklasse 3 nach Versorgungsart (stand.D2011)



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Ø jährliche Steigerungs-
rate der Gesamtausgaben:
Regelversorgung 1,99 %,
gleichartige
Versorgung 3,05 %,
andersartige
Versorgung 4,85 %

Im Vergleich zu den Entwicklungen in den bisher betrachteten Befundklassen 1 und 2 steigen die Gesamtausgaben für die Regelversorgung in der Befundklasse 3 deutlicher an. Der Anstieg beträgt 12,0 Prozent über sechs Jahre (2012 bis 2017). Die Gesamtausgaben für gleichartige Versorgungen steigen mit 18,3 Prozent über sechs Jahre wiederum stärker an. Die Gesamtausgaben für die andersartigen Versorgungen der Befundklasse 3 steigen in vier Jahren (2014 bis 2017) um 19,4 Prozent. Die mittlere jährliche Steigerungsrate der Gesamtausgaben liegt für die Regelversorgung bei 1,99 Prozent pro Jahr, für die gleichartige Versorgung bei 3,05 Prozent pro Jahr und für die andersartige Versorgung bei 4,85 Prozent pro Jahr. Diese deutlichen Anstiege legen eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Komponenten der Gesamtausgaben nahe, die ab Kapitel 8.4 dargestellt werden.

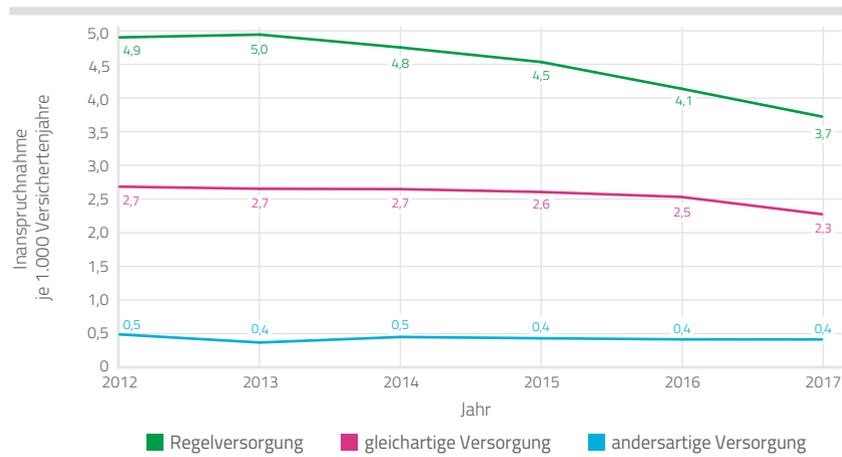
8.3.7 Inanspruchnahme und Ausgaben für die Befundklasse 4 – stark reduzierte Restgebisse und zahnlose Kiefer

Stark reduzierte Restgebisse liegen vor, wenn drei oder weniger Zähne in einem Kiefer vorhanden sind. In diesem Fall ist die Regelversorgung eine Teleskopprothese, eine Prothese mit Wurzelstiftkappen oder eine Modellgussprothese. Sind gar keine Zähne

mehr in einem Kiefer verblieben, ist die Regelversorgung dagegen eine einfache Totalprothese (auch Vollprothese). Bei einer nicht ins Gewicht fallenden Zahl von Fällen kann auch eine implantatgestützte Deckprothese die Regelversorgung sein. Damit sind Ausgangssituationen und potenzielle Therapien auch in dieser Befundklasse sehr unterschiedlich und kaum untereinander vergleichbar.

Die Abbildung 8.9 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahmerate von Versorgungsarten der Befundklasse 4. Kombinationen mit anderen Befundklassen wurden ausgeschlossen. Als Ausnahme waren lediglich die Befunde 1.4 und 1.5 zugelassen. Es gelten die oben genannten methodischen Definitionen für Regel-, gleich- und andersartige Versorgungsarten. Die Angaben beziehen sich auf Versicherte ab einem Alter von 20 Jahren und sind standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2011. Die Inanspruchnahmerate der Regelversorgung sinkt deutlich um 23,9 Prozent zwischen 2012 und 2017. Die Inanspruchnahmerate der gleichartigen Versorgung sinkt im gleichen Zeitraum um 15,2 Prozent. Auch die Inanspruchnahmerate der andersartigen Versorgungsarten sinkt bei vergleichsweise niedrigen absoluten Zahlen zwischen 2012 und 2017 um 14,9 Prozent.

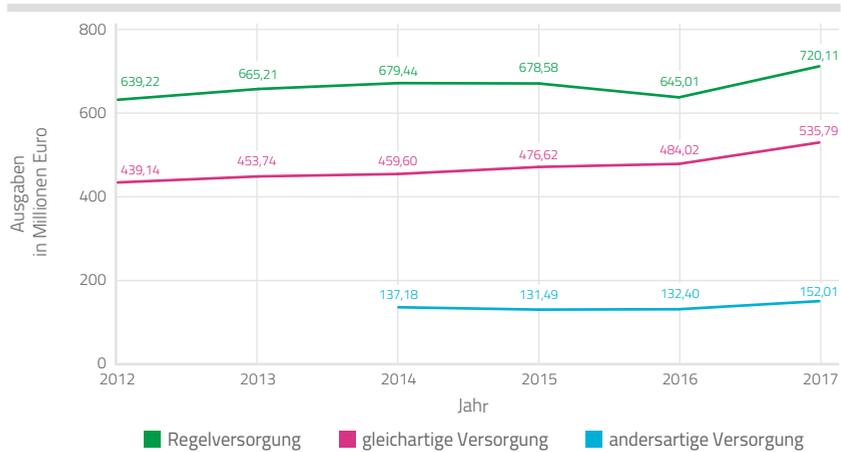
Abbildung 8.9: Versorgungsarten der Befundklasse 4: Inanspruchnahmerate für Versicherte ab 20 Jahren (stand.D2011)



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Im Gegensatz zu den Befundklassen 2 und 3 sinken die Inanspruchnahmeraten der Befundklasse 4 in allen drei Versorgungsarten über den betrachteten Zeitraum von sechs Jahren. Eine mögliche Erklärung ist der epidemiologisch zu beobachtende Trend zu mehr Zahnerhalt, der wiederum zu einer geringeren Häufigkeit dieser Befundklasse führen könnte. Die Abbildung 8.10 zeigt die Entwicklung der Gesamtausgaben für Versorgungen der Befundklasse 4 analog zu den bisherigen Abbildungen.

Abbildung 8.10: Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteil) für Zahnersatzversorgungen der reinen Befundklasse 4 nach Versorgungsart (stand.D2011)



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Die Gesamtausgaben für die Regelversorgung in der Befundklasse 4 steigen um 12,66 Prozent über sechs Jahre (2012 bis 2017). Die Gesamtausgaben für gleichartige Versorgungen steigen nahezu doppelt so stark um 22,01 Prozent über sechs Jahre. Die Gesamtausgaben für die andersartigen Versorgungen der Befundklasse 3 steigen in vier Jahren (2014 bis 2017) um vergleichbar geringere 10,82 Prozent. Die mittlere jährliche Steigerungsrate der Gesamtausgaben liegt für die Regelversorgung bei 2,11 Prozent pro Jahr, für die gleichartige Versorgung bei 3,67 Prozent pro Jahr und für die andersartige Versorgung bei 2,70 Prozent pro Jahr.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen zur Entwicklung von Inanspruchnahmeraten und Gesamtausgaben für Neuversorgungen mit Zahnersatz

In der Gesamtschau ist ein Trend zu einer Abnahme der Inanspruchnahme von Zahnersatz erkennbar, der sich auch bei der Regelversorgung zeigt. Weiterhin ist vielfach eine zunehmende Bedeutung der andersartigen Versorgungen erkennbar. Die Gesamtausgaben steigen für alle Versorgungsarten. Einschränkend muss beachtet werden, dass durch die Beschränkung auf reine Befundklassen eine erhebliche Zahl von Versorgungen mit mehreren Befundklassen nicht in die Analyse einfließen. Gewisse Unschärfen sind daher unvermeidlich. Es stellt sich die weiterführende Frage nach der Zusammensetzung und Entwicklung der einzelnen Komponenten der bisher betrachteten Ausgaben.

zunehmende Bedeutung
der andersartigen
Versorgung

8.4 Ausgabenentwicklung in den Teilbereichen

Die Ausgaben für Zahnersatz setzen sich im Wesentlichen aus dem zahnärztlichen Honorar und den zahntechnischen Material- und Laborkosten zusammen (vergleiche Abbildung 8.1). Im vorangegangenen Kapitel wurde für die Gesamtausgaben für Zahnersatz eine steigende Tendenz festgestellt. Im Folgenden wird nun die Entwicklung der beiden Komponenten – Honorar und Laborkosten – im Einzelnen betrachtet. Einschränkend muss festgehalten werden, dass es die Datengrundlage nicht erlaubt, diese Entwicklungen für alle Versorgungsarten über den Beobachtungszeitraum hinweg darzustellen. Dennoch geben die durchgeführten Analysen einen Einblick in die Entwicklung der Ausgabenstrukturen.

8.4.1 Honorarentwicklungen

Für die Honorarentwicklungen in den Befundklassen (ohne Fälle mit Kombination mit anderen Befundklassen, siehe oben) lagen nur für die Regelversorgung und für die andersartige Versorgung belastbare Daten vor. Die Abbildung 8.11, die Abbildung 8.12, Abbildung 8.13 und die Abbildung 8.14 spiegeln die Entwicklung der zahnärztlichen Honorare für die Befundklassen 1, 2, 3 und 4 jeweils für die Regelversorgung und die andersartige Versorgung wider (ohne Fälle mit Kombination mit anderen Befundklassen siehe oben). In der Befundklasse 1 (Abbildung 8.11) steigen die Honorarausgaben über den gesamten

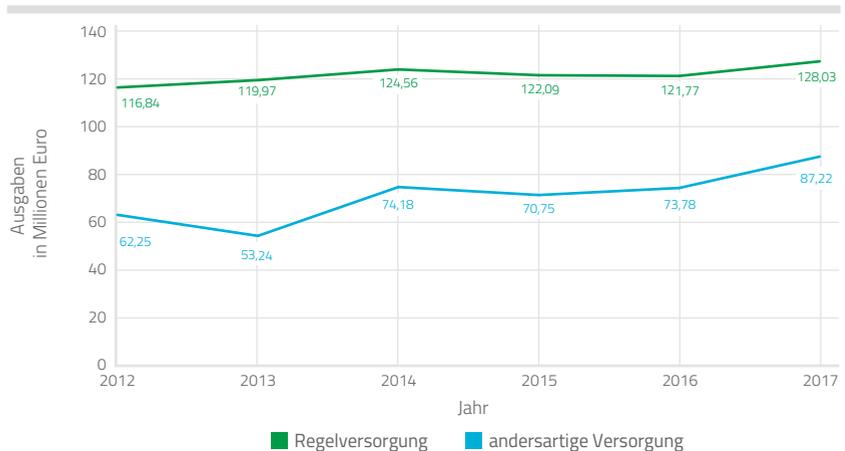
Sechsjahreszeitraum (2012 bis 2017) um 9,73 Prozent, was einem jährlichen Anstieg von 1,62 Prozent entspricht. Eine andersartige Versorgung existiert bei diesen Einzelzahnrestaurationen nicht.

Abbildung 8.11: Zahnärztliches Honorar für Versorgungsungen der reinen Befundklasse 1 (stand.D2011)



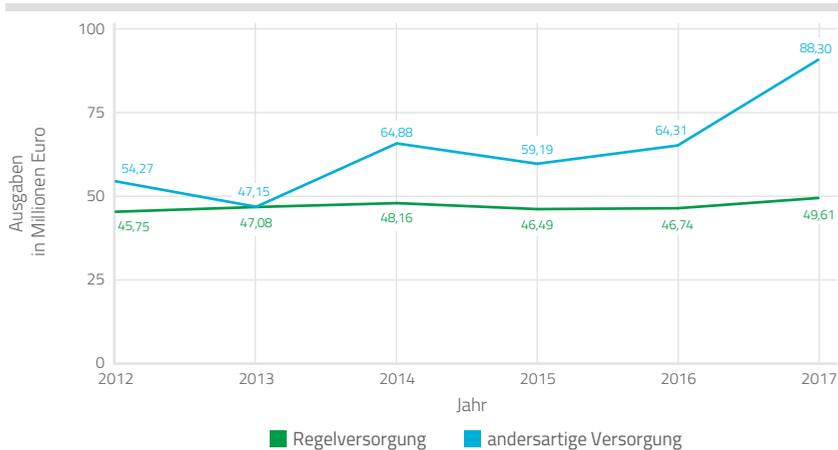
Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Abbildung 8.12: Zahnärztliches Honorar für Versorgungsungen der reinen Befundklasse 2 (stand.D2011)



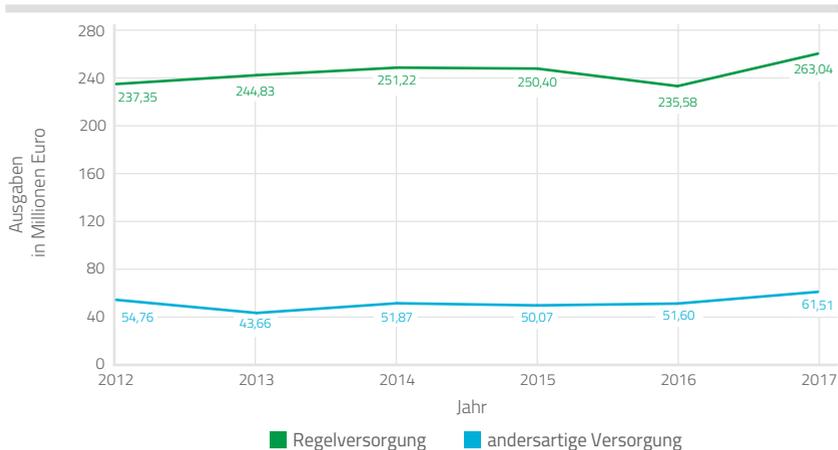
Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Abbildung 8.13: Zahnärztliches Honorar für Versorgungen der reinen Befundklasse 3 (stand.D2011)



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Abbildung 8.14: Zahnärztliches Honorar für Versorgungen der reinen Befundklasse 4 (stand.D2011)



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands

Ein etwas differenzierteres Bild zeigt sich in der Befundklasse 2 (Abbildung 8.12). Auch hier steigen die Honorarausgaben für die Regelversorgung über den gesamten Beobachtungszeitraum um etwa 10 Prozent. Im Gegensatz dazu steigen die Honorarausgaben für die andersartigen Versorgungen im gleichen Zeitraum um etwa 40 Prozent. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich auch in der Befundklasse 3 (Abbildung 8.13). Hier kommt es im Rahmen der Regelversorgungen zu einem Honorarausgabenanstieg von 8,43 Prozent und im Rahmen der andersartigen Versorgungen zu einem Anstieg von 62,7 Prozent. Dabei ist zu beachten, dass die Variabilität der andersartigen Versorgungsoptionen in dieser Befundklasse am größten ist. In der Befundklasse 4 zeigen sich moderate Anstiege der Honorarausgaben in beiden Versorgungsarten von zirka zwei Prozent pro Jahr.

Für den Bereich der Regelversorgung lässt sich die reine Entwicklung der Preiskomponente spezifisch betrachten. Die mittleren Punktwerte im Ersatzkassenbereich lagen bei 0,7443 (2012), 0,7892 (2013), 0,8153 (2014), 0,8385 (2015), 0,8598 (2016) und 0,8757 (2017). Dies entspricht einer Steigerung von 17,7 Prozent über fünf Jahre und einer mittleren jährlichen Steigerung von etwa 3,5 Prozent.

Ausgaben für Honorare bei andersartiger Versorgung steigen deutlich.

Zusammenfassend unterliegen die Ausgaben für Honorare bei der Regelversorgung moderaten Steigerungen. Dieser Effekt kann vermutlich zu einem großen Teil der relativ restriktiven Gebühren- beziehungsweise Abrechnungsordnung in Verbindung mit einer generell sinkenden Inanspruchnahmerate der Regelversorgungen zugerechnet werden. Vor diesem Hintergrund wäre die Darstellung der Entwicklung in den gleichartigen Versorgungen wünschenswert gewesen, da dort gewisse Gebührenpositionen der variableren privaten Gebührenordnung GOZ zur Abrechnung zugelassen sind. Hier besteht möglicherweise in folgenden Jahren noch Analysepotenzial. Die Ausgaben für Honorare bei den andersartigen Versorgungen steigen deutlich stärker. Gründe dafür liegen vermutlich in einer insgesamt steigenden Inanspruchnahme sowie der offeneren Honorargestaltung auf Grundlage der GOZ im Vergleich zum BEMA.

8.4.2 Laborkosten

Der andere wesentliche Teilbereich der Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz entfällt auf die zahntechnischen Material- und Laborkosten.

Dafür finden verschiedene Gebührenordnungen/-verzeichnisse Anwendung. Das BEL (Bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen) umfasst alle zahntechnischen Leistungen, die im Rahmen der Regelversorgung erbracht werden. Zahntechnische Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, werden analog zu rein privat Zahnärztlich angefertigtem Zahnersatz in der BEB (Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen) zusammengefasst. Das BEL formuliert dezidierte Laborleistungspositionen und legt Höchstpreise fest. Die BEB hat nur einen orientierenden Charakter und kann, auch im Preis, individueller angepasst werden. Die Ausgaben sowohl im Bereich des BEL als auch im Bereich des BEB sind in den Routinedaten nicht generell versichertenbezogen oder versorgungsspezifisch hinterlegt. In dem verwendeten Datenpool können sie allerdings für die prothetisch versorgten Härtefälle, also für Versicherte, dargestellt werden, die einen doppelten Festzuschuss seitens der Krankenkasse erhalten haben. Dieser Datensatz umfasst für den sechsjährigen Beobachtungszeitraum eine Fallzahl von etwa 70.000 Behandlungsfällen.

Bereich des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses (BEL)

Das BEL findet für alle zahntechnischen Leistungen, die dem Umfang der Regelversorgung entsprechen, Anwendung. Es umfasst auch die Laborkostenanteile bei gleichartigen Versorgungen, die identisch zur Regelversorgung sind. Sie schreibt im Gegensatz zum BEMA keine festen Preise, sondern Höchstpreise fest, sodass eine gewisse Varianz in der Preisgestaltung der zahntechnischen Labore gegeben ist. Zahnärztliche Praxislabore müssen die entsprechenden Höchstpreise um fünf Prozent gegenüber gewerblichen Laboren absenken. Nach Angaben des KZBV Jahrbuches beträgt der Anteil der Praxen mit Laboren/Beschäftigung von Zahntechnikern im Jahr 2016 18,2 Prozent in den alten und 10,5 Prozent in den neuen Bundesländern (KZBV Jahrbuch 2018, S. 148/149) (Kassen-zahnärztliche Bundesvereinigung 2018).

Im oben genannten Datensatz der abgerechneten Härtefallversorgungen liegen die abgerechneten BEL-Leistungen im Detail vor. Für diese Subpopulation kann die Entwicklung der Ausgaben versorgungsspezifisch über den gesamten Zeitraum dargestellt werden. Auch wenn der Datensatz für diese Analyse vergleichsweise klein ist, kann von einer guten Übertragung der Ergebnisse auf die übrigen Zahnersatzversorgungen im Bereich

von Regel- und gleichartiger Versorgung ausgegangen werden, da die laborseitige Abrechnung der versorgungsspezifischen BEL-Leistungen in diesen Versorgungsarten streng reglementiert ist. Ein Vorteil der vorliegenden Analyse ist, dass in diesem Fall die Preiskomponente direkt betrachtet werden kann, da direkt auf Leistungsebene analysiert wird, was in den anderen Bereichen dieses Schwerpunktteils so nicht möglich ist.

Im Durchschnitt kommt es dabei zu einer mittleren nach Häufigkeit gewichteten Preissteigerung über alle Leistungen von etwa 3,79 Prozent pro Jahr bei teils starken leistungsspezifischen Schwankungen. Über die beobachteten sechs Jahre ergibt sich dabei eine Steigerung von etwa 22 Prozent.

Bereich der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB)

Die Entwicklung der Laborausgaben im Bereich der BEB (alles außerhalb der Regelversorgung beziehungsweise des BEL) lässt sich aufgrund der Datengrundlage nur sehr schwierig darstellen, da sich die einzelnen Ausgaben nicht zweifelsfrei einer bestimmten Leistung zuordnen lassen. Problematisch ist dabei das spezielle Format der BEB, die es erlaubt, verschieden alte Gebührenkataloge und frei formulierte Gebührenpositionen zu verwenden. Allerdings kann die BEB-Gesamtsumme je Behandlungsfall festgestellt werden.

Nicht alle übermittelten BEB-Daten waren konsistent. Die Datenbasis reduziert sich deshalb auf jährlich etwa 25.000 Fälle. Um trotzdem belastbar den privat-zahntechnischen Ausgabenanteil beziffern zu können, wird die BEB-Ausgabenentwicklung anhand einer typischen Musterversorgung dargestellt. Analysiert wurde dazu die BEB-Ausgabenkomponente bei gleichartiger Versorgung. Diese Musterversorgung der Befundklasse 1.1 wurde unter der Maßgabe der Betrachtung einer sehr häufigen Versorgung gewählt (vergleiche auch 8.3.4).

BEB-Ausgabenentwicklung für eine Molareinzelkrone - gleichartig

Die Datenbasis bilden alle Härtefälle der Jahre 2012 bis 2017. Es wurden nur Fälle zugelassen, in denen genau ein Zahn eine Krone (Befund 1.1) erhalten hat. Es wurden nur Molarenkronen betrachtet. Pro Jahr konnten ungefähr 14.000 Fälle in die Analyse einbezogen

werden. Die mittlere Steigerung innerhalb von sechs Jahren liegt bei 10,4 Prozent, was einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von etwa 1,7 Prozent entspräche. Dieser Wert liegt im Rahmen der bisher analysierten Ausgabensteigerungen. Trotz der vergleichbar kleinen Datenbasis weisen die vorliegenden Ergebnisse nur eine geringe Varianz auf, sodass von einer hinreichenden Aussagekraft ausgegangen werden kann. Aufgrund des wenig transparenten Abrechnungssystems der privat-zahntechnisch berechneten Leistungen erscheint dieser exemplarische Blick trotz seiner Limitationen gerechtfertigt und erforderlich.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Laborkosten als relativ stabile Größe mit der erwartet leicht steigenden Tendenz darstellen. Auch wenn bezüglich der Preiskomponente im Bereich des BEB größere Spielräume bestehen, hat dies in dem gewählten Beispiel keine größeren Ausgabensteigerungen zur Folge.

8.5 Longitudinale Betrachtungen zu den Outcomes der verschiedenen Versorgungsarten

Nachdem in den vergangenen Abschnitten die rückläufige Tendenz der Inanspruchnahme der Regelversorgungen und relativ stabile Ausgaben für Regelversorgungen dargestellt werden konnten, stellt sich die Frage der klinischen Bewährung der Regelversorgung. Nach den gesetzlichen Vorgaben soll die Regelversorgung haltbar sein, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen und daher dem Anspruch an eine solide Basisversorgung genügen (§ 56 SGB V). Das folgende Kapitel befasst sich in der Tradition der Zahnreporte folgerichtig mit der longitudinalen Betrachtung des Outcomes der verschiedenen Zahnersatzversorgungen in den einzelnen Befundklassen.

Methodik

Die Datenbasis bilden analog zu den vorangegangenen Abschnitten Routinedaten der BARMER (siehe hierzu den Abschnitt 8.3.1 Methodische Aspekte). Sowohl Prothetikdaten des KZV-Datensatzes, also solche, die über die KZV mit der Krankenkasse abgerechnet wurden, als auch direkt abgerechnete Daten fließen in die Analyse ein. Je nach Abrechnungsweg waren diese Daten bis zu sechs Jahren longitudinal verfügbar (1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2017). Folgeereignisse wurden zum Teil auch im Bereich der

konservierend-chirurgischen Leistungen betrachtet. Diese waren bis zu acht Jahre longitudinal verfügbar (1. Januar 2010 bis 31. Dezember 2017). Die Analysen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Versicherten beziehungsweise der Versorgung und nicht auf Subpopulationen. Die Daten wurden getrennt nach Befundklassen analysiert. Sofern für eine Befundklasse eine andersartige Versorgung existiert, wurde diese getrennt von den übrigen Versorgungsarten (Regel- und gleichartige Versorgung) betrachtet, da es sich dabei um grundsätzlich andere und zum Teil sehr unterschiedliche Versorgung handelt. Statistisch wurde wie auch in den Vorgängerreporten auf Überlebenszeitanalysen nach Kaplan und Meier zurückgegriffen. Versorgung verblieben nur so lange in der Analyse, wie der betreffende Versicherte Mitglied BARMER war.

8.5.1 Befundklasse 1 – Kronen

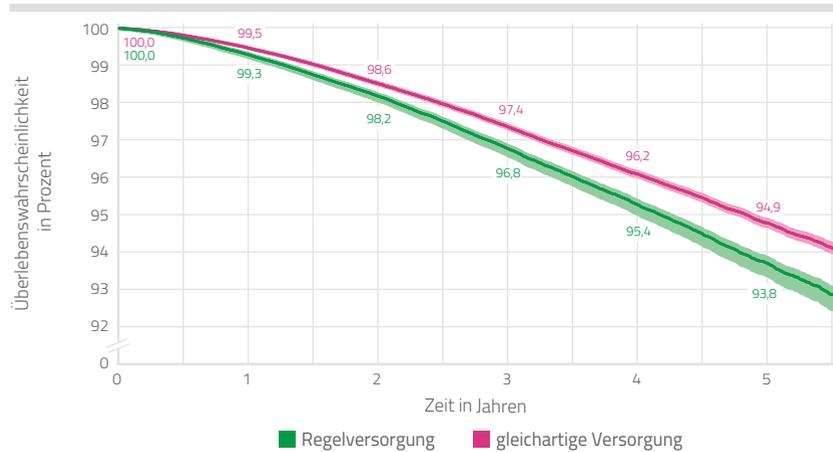
In der Befundklasse 1 handelt es sich um Einzelzahnversorgungen wie Kronen oder Teilkronen. Befunde, die mit einer Kronenversorgung einhergehen können, beispielsweise eine erforderliche Stiftverankerung, sind ebenfalls in dieser Befundklasse enthalten. In der Befundklasse 1 existiert keine andersartige Versorgung.

Folgend wird exemplarisch die Befundklasse 1.1 betrachtet – ein Zahn mit großen Zahnhartsubstanzverlusten. Die Regelversorgung stellt in diesem Fall eine Metallkrone dar. Im Bereich der Zähne 15 bis 25 im Oberkiefer und der Zähne 34 bis 44 im Unterkiefer kann diese metallische Krone an der Außenseite keramisch teilverblendet sein. Wünscht der Versicherte ein anderes Kronenmaterial, zum Beispiel eine vollkeramische Krone oder eine (umfangreichere) Verblendung, so liegt eine gleichartige Versorgung vor.

Alle prothetischen Versorgungsfälle zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 31. Dezember 2017 wurden eingeschlossen. Ausschließlich ein einzeln abgerechneter Befund 1.1 qualifizierte den Fall als Studienintervention. Lediglich die Befunde 1.3, 1.4 und 1.5 waren zusätzlich zugelassen. Es wurden zwei getrennte Analysen gerechnet. Als erstes Zielereignis fungierte die Exaktion des betreffenden Zahnes (BEMA-Nummern: 43–45, 47a und b), als zweites Zielereignis fungierte die Entfernung der Krone des betreffenden Zahnes (BEMA-Nummer 23), wobei die Extraktionsereignisse jeweils zensiert wurden.

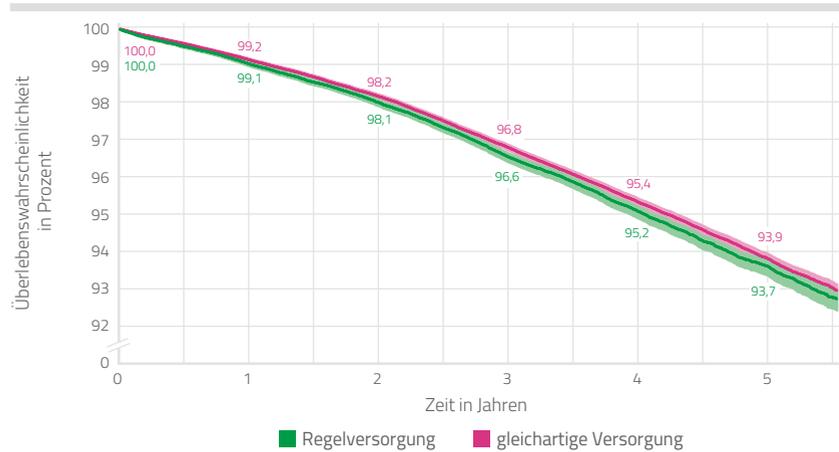
Es konnten 708.974 Fälle in die Analyse einbezogen werden. In der Abbildung 8.15 sind die Überlebensfunktionen für das Zielereignis Extraktion dargestellt. In der Abbildung 8.16 sind die Überlebensfunktionen für das Zielereignis Kronenentfernung dargestellt. Dabei ist der statistische Begriff der Überlebensfunktion respektive der Überlebenskurve als Wahrscheinlichkeitsfunktion für das Nichteintreten des Zielereignisses über die Zeit zu verstehen. Die beiden Kurven repräsentieren jeweils Regel- und gleichartige Versorgung.

**Abbildung 8.15: Zahnbezogene Überlebenskurven für Regel- und gleichartige
Versorgungen der Befundklasse 1.1, Zielereignis: „Extraktion“**



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, Hüllkurven entsprechen den Konfidenzintervallen

Abbildung 8.16: Zahnbezogene Überlebenskurven für Regel- und gleichartige Versorgungen der Befundklasse 1.1, Zielereignis: „Entfernung der Zahnkrone“



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, Hüllkurven entsprechen den Konfidenzintervallen

Analyseergebnisse
liegen im Bereich
klinischer Studien.

Für das Zielereignis Extraktion liegt die Sechsjahresüberlebensrate der Regelversorgung bei 92,3 Prozent und der gleichartigen Versorgung bei 94,0 Prozent. Für das Zielereignis Entfernung der Krone liegt die Sechsjahresüberlebensrate der Regelversorgung bei 92,2 Prozent und der gleichartigen Versorgung bei 92,8 Prozent. Die Ergebnisse sind als gut zu bewerten und liegen im Bereich der Ergebnisse klinischer Studien. Zum Beispiel beschreibt Pjetursson in einer Metaanalyse eine Überlebensrate von 95,6 Prozent für metallkeramische Kronen nach fünf Jahren (Pjetursson et al. 2007). Die Regelversorgung hat eine leicht geringere Überlebenswahrscheinlichkeit nach sechs Jahren als die gleichartige Versorgung. Die Interpretation bezüglich möglicher Ursachen ist schwierig. Der Unterschied erscheint allerdings aus klinischer Sicht kaum relevant. Bei Betrachtung der Entfernung der Kronen ergibt sich praktisch kein Unterschied. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Kronen, die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung als Regel- oder gleichartige Versorgung gefertigt werden, eine sehr gute Haltbarkeit aufweisen.

8.5.2 Befundklasse 2 – Schatlücken

In der Befundklasse 2 handelt es sich um zahnbegrenzte Lücken (siehe Einleitung). Art und Umfang von Regel- und gleichartiger Versorgung sind prinzipiell mit der Befund-

klasse 1 vergleichbar, wobei in den vorliegenden Fällen nicht nur Zahnhartsubstanz, sondern auch ein bis vier fehlende Zähne feststehend ersetzt werden. In dieser Befundklasse 2 existiert eine andersartige Versorgung. Oft ist diese die Versorgung mit einer Implantatsuprakonstruktion. Folgend werden die Befundklassen 2.1 bis 2.4 mit jeweils wachsender Lückengröße betrachtet. Die Regelversorgung stellt eine metallische Brücke dar. Die Regeln zur Verblendung entsprechen denen der Befundklasse 1 (siehe oben). Wünscht der Versicherte ein anderes Brückenmaterial, zum Beispiel eine vollkeramische Brücke oder eine (umfangreichere) Verblendung, so liegt eine gleichartige Versorgung vor.

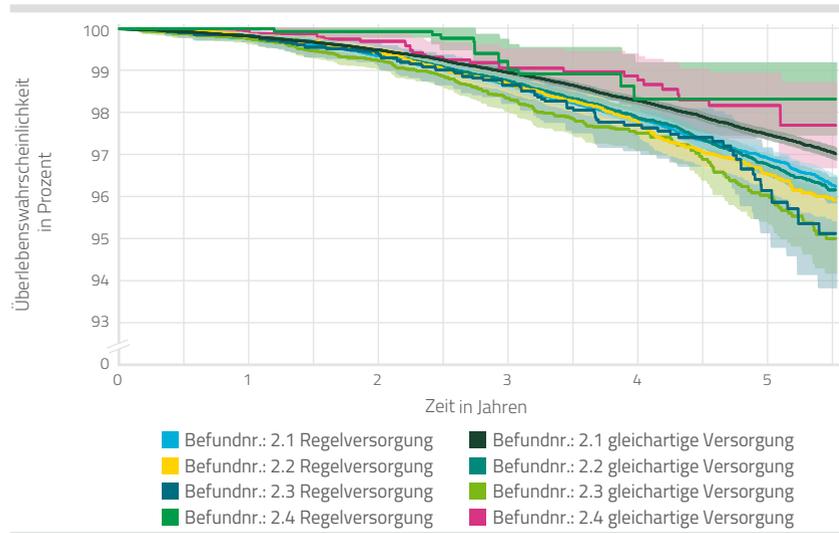
Alle prothetischen Versorgungsfälle zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 31. Dezember 2017 wurden eingeschlossen. Ein einzeln abgerechneter Befund 2.1, 2.2, 2.3 oder 2.4 qualifizierte den Fall als Studienintervention. Zusätzlich durften die Befunde 2.7, 1.4 und 1.5 vorhanden sein. Als andersartige Versorgungen der Befundklasse 2 wurden lediglich Implantatversorgungen (Suprakonstruktionen auf Implantaten) betrachtet. Eine entsprechende Filterung wurde über die Befundangabe im Heil- und Kostenplan vorgenommen.

Es wurden zwei getrennte Analysen gerechnet. Als erstes Zielereignis fungierte die Extraktion einer der beiden lückenbegrenzenden Brückenpfeilerzähne, als zweites Zielereignis fungierte entweder die Entfernung einer Krone (EKr) oder die Extraktion (Ex) eines der beiden betreffenden Brückenpfeilerzähne. Um einen allerdings eingeschränkten Vergleich zu ermöglichen, wurde für die Analysen der andersartigen Versorgungen ebenfalls die Extraktion der potenziellen (nicht als solche verwendeten) Brückenpfeilerzähne (Pseudobrückenpfeiler) als Zielereignis betrachtet. Damit wird gewissermaßen die Stabilität des Gebisses im versorgten Bereich abgebildet. Komplikationen am Implantat entziehen sich der Analyse. Interventionen an Implantaten sind nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten und können daher auch nicht über die Routinedaten der Krankenkasse erfasst werden.

Allenfalls die Neuanfertigung einer implantatgetragenen Suprakonstruktion hätte als Zielereignis in Betracht gezogen werden können. Diese spielt jedoch im betrachteten Zeitraum zahlenmäßig keine Rolle und kommt praktisch nicht vor.

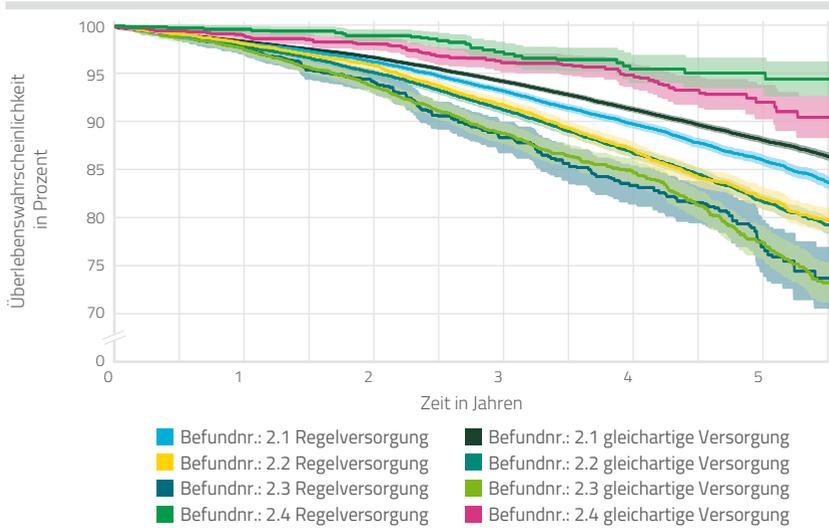
Es konnten 477.654 Fälle in die Analyse einbezogen werden. Davon entfielen 366.638 auf den Befund 2.1, 89.559 auf den Befund 2.2, 16.074 auf den Befund 2.3 und 5.383 auf den Befund 2.4. In der Abbildung 8.17 sind die Überlebensfunktionen für das Zielereignis „Extraktion“ dargestellt. In der Abbildung 8.18 sind die Überlebensfunktionen für das Zielereignis „Extraktion“ und „Kronenentfernung“ dargestellt. Die beiden Kurven repräsentieren jeweils Regel- und gleichartige Versorgung aufgeteilt nach den Befundklassen 2.1 bis 2.4. Die Abbildung 8.19 zeigt die Überlebensfunktion für andersartige Implantatversorgungen (Suprakonstruktionen) in den gleichen Befundklassen mit dem Zielereignis „Extraktion eines (Pseudo-)Brückenpfeilers“.

Abbildung 8.17: Überlebenskurven für Regel- und gleichartige Versorgungen der Befundklassen 2.1 bis 2.4. Zielereignis: „Extraktion eines Brückenpfeilers“



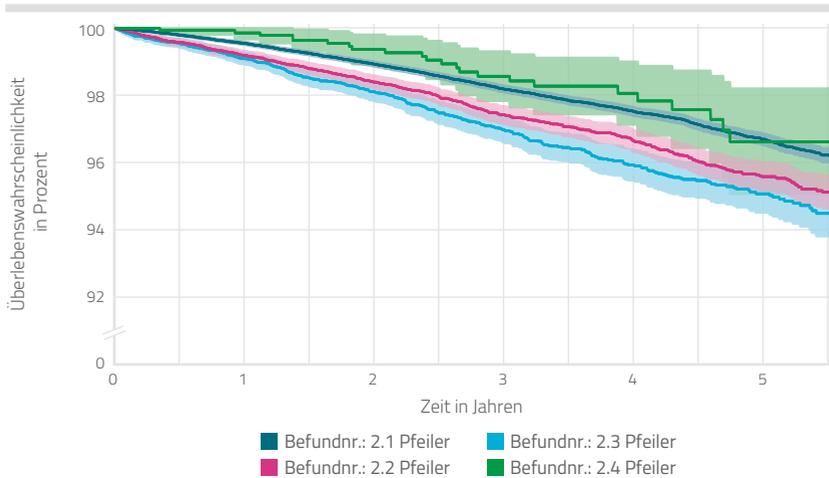
Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, Hüllkurven entsprechen den Konfidenzintervallen

Abbildung 8.18: Überlebenskurven für Regel- und gleichartige Versorgungsungen der Befundklassen 2.1 bis 2.4. Zielereignis: „Extraktion oder Entfernung der Krone eines Brückenpfeilers“



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, Hüllkurven entsprechen den Konfidenzintervallen

Abbildung 8.19: Überlebenskurven für andersartige Versorgungsungen (nur Implantat-suprakonstruktionen) der Befundklassen 2.1 bis 2.4. Zielereignis: „Extraktion eines Pseudobrückenpfeilers“



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, Hüllkurven entsprechen den Konfidenzintervallen

Häufigkeiten

In der Befundklasse 2.1 (ein fehlender Zahn) konnten mit 366.638 Fällen mit Abstand die häufigsten Versorgungsbefunde betrachtet werden, während in der Befundklasse 2.4 (Frontzahnschaltlücke mit vier fehlenden Zähnen) mit 5.383 nur sehr wenige Fälle betrachtet werden konnten. Dies ist in den beiden Abbildungen (Abbildung 8.17, Abbildung 8.18) auch grafisch durch die engen Konfidenzintervalle für die Befundklasse 2.1 und deren Verbreiterung bis hin zur Befundklasse 2.4 nachvollziehbar.

Absolute Outcomes

In Bezug auf das Zielereignis „Extraktion“ liegen die Sechsjahresüberlebensraten für Regelversorgungsbefunde bei 96,0 Prozent (Befund 2.1), 95,6 Prozent (Befund 2.2), 95,1 Prozent (Befund 2.3) und 98,3 Prozent (Befund 2.4) und für gleichartige Versorgungsbefunde bei 96,7 Prozent (Befund 2.1), 95,4 Prozent (Befund 2.2), 94,9 Prozent (Befund 2.3) und 97,8 Prozent (Befund 2.4, Abbildung 8.17).

Die Analysen liefern gute Ergebnisse im Hinblick auf den zahnerhaltenden protektiven Charakter von feststehendem Zahnersatz.

Dies ist ein sehr respektables Ergebnis im Hinblick auf den zahnerhaltenden protektiven Charakter feststehenden Zahnersatzes. Bezogen auf das kombinierte Zielereignis „Extraktion oder Kronenentfernung“, welches letztlich die Entfernung der betreffenden Versorgung und eine potenzielle Neuversorgung anzeigt, sind die Unterschiede zwischen den Befundklassen 2.1 bis 2.4 deutlich größer (Abbildung 8.18).

Outcomes nach Befundklassen

Die besten Outcomes konnten für die Befundklasse 2.4 ermittelt werden. Dann folgen die Befundklassen 2.1, 2.2 und 2.3. Eigentlich könnte man vermuten, dass kleine Brücken eine deutlich bessere Langzeitbewährung im Vergleich zu größeren Brücken aufweisen. Diese Annahme wird durch das vorliegende Ergebnis bei ein bis drei fehlenden Zähnen bestätigt. Bei der Befundklasse 2.4 ist zu berücksichtigen, dass sich diese per definitionem auf den Frontzahnbereich beschränkt, der mit dem Seitenzahnbereich nur bedingt vergleichbar ist. Da der zusätzliche Ansatz des Befundes 1.1 zu einem Ausschluss der Versorgung führte, wurden hier vermutlich überwiegend Unterkieferversorgungen zwischen den beiden Eckzähnen analysiert, bei denen eine überproportional stabile Ausgangssituation angenommen werden kann.

Outcomes nach Versorgungsart

Im Hinblick auf den Vergleich zwischen Regelversorgung und gleichartiger Versorgung zeigt sich ein differenziertes Bild. Für das Zielereignis „Extraktion“ konnten keine relevanten Unterschiede zwischen Regelversorgungen und gleichartigen Versorgungen detektiert werden. Für das Zielereignis „Kronenentfernung oder Extraktion“ zeigen kurze Brücken im Bereich der gleichartigen Versorgung geringfügig bessere Outcomes. Im Bereich der Befundklassen 2.2 und 2.3 können Unterschiede in den Outcomes detektiert werden. In der Befundklasse 2.4 ist das Outcome der Regelversorgung geringfügig besser. Zusammenfassend liegen die Unterschiede zwischen Regel- und gleichartigen Versorgungen bei wenigen Prozentpunkten. Die klinische Relevanz dieser Unterschiede ist daher gering.

Vergleich zur andersartigen Versorgung

Regel- und gleichartige Versorgungen sind zur andersartigen Versorgung nur über das Zielereignis der Extraktion der lückenbenachbarten Zähne, und auch dann nur sehr bedingt, vergleichbar. Dieses Zielereignis ist konstruiert und spiegelt in keiner Weise den Erfolg des Implantates beziehungsweise dessen prothetischer Restauration wider. Im Bereich der andersartigen Versorgungen (Implantatkronen) konnten für das Zielereignis „Extraktion eines Pseudobrückenpfeilers“ Sechsjahresüberlebensraten zwischen 93 und 97 Prozent bestimmt werden. Diese Werte erscheinen ebenfalls gut, sind jedoch erstaunlicherweise etwas niedriger als die Ergebnisse für die festsitzenden Brücken. Möglicherweise werden bei Anfertigung einer Brücke strengere Bewertungsmaßstäbe für die Prognose eines Brückenpfeilerzahnes angelegt, als dies für Nachbarzähne einer implantatgetragenen Versorgung der Fall ist. Letztlich ist dieses Ergebnis lediglich dazu geeignet, die prinzipiell gute Performance der anderen Versorgungsarten (Regel- und gleichartige Versorgung) in Bezug auf die Gebissstabilität im versorgten Bereich zu unterstreichen.

8.5.3 Befundklasse 3 – mehr als 4 fehlende Zähne pro Kiefer

Die Befundklasse 3, korrekt definiert als „Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nummern 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen“, fasst sehr verschiedene Ausgangssituationen oder -befunde zu einer einheitlichen Befundklasse zusammen. Anders als

bei Einzelzahnversorgungen oder einzelnen Lücken sind diese individuellen Ausgangssituationen kaum miteinander vergleichbar und weisen eine hohe Variabilität auf.

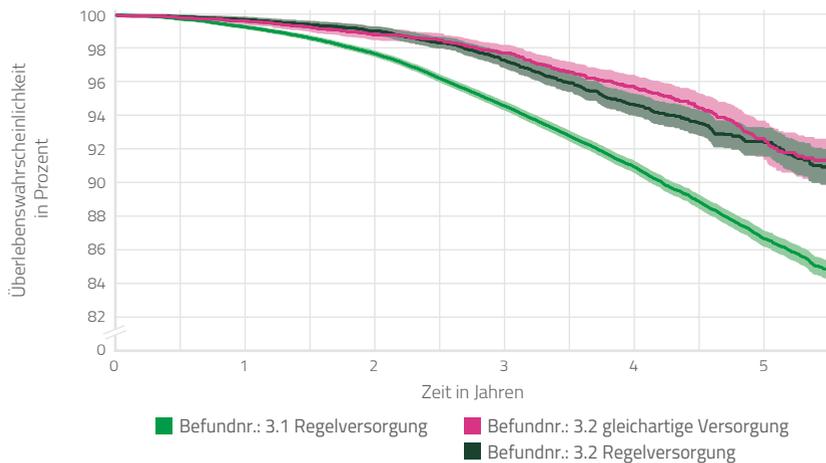
Regel- und gleichartige Versorgung

Befund 3.1 besitzt hier die höchste Relevanz innerhalb dieser Klasse. Beim Befund 3.1 sieht die Regelversorgung eine herausnehmbare, gegossene Teilprothese vor. Diese ist in der Regel mit Klammern am Restgebiss verankert. Im Rahmen des Befundes 3.1 spielt die gleichartige Versorgung praktisch kaum eine Rolle.

Im Falle bestimmter Freiendsituationen kann die gegossene Teilprothese auch im Rahmen der Regelversorgung mit zwei Teleskopkronen auf Eckzähnen oder ersten Prämolaren befestigt werden. In diesen spezifischen Fällen wird zusätzlich je endständigen Verankerungszahn ein Befund 3.2 angesetzt. Diese Verankerung ist ästhetisch und funktionell in der Regel als günstiger, aber auch als technisch aufwendiger, teurer und invasiver einzuordnen. Bei der Wahl bestimmter vollkeramischer Kronenmaterialien für die Teleskopkronen oder alternativer Verbindungselemente (wie beispielsweise Geschiebe-kronen) wird die Versorgung als gleichartig gewertet.

Alle prothetischen Versorgungsfälle zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 31. Dezember 2017 wurden eingeschlossen. Ein einzeln abgerechneter Befund 3.1 oder eine Kombination aus den Befunden 3.1 (maximal einmal) und 3.2 (maximal zweimal) qualifizierten den Fall als Studienintervention. Kombinationen mit anderen Befunden waren nicht zulässig, mit Ausnahme der Befunde 1.4, 1.5 und 4.7. Als andersartige Versorgungen der Befundklasse 3 wurden lediglich Implantatversorgungen (Suprakonstruktionen auf Implantaten) betrachtet. Eine entsprechende Filterung wurde über die Befundangabe im Heil- und Kostenplan vorgenommen. Als Zielereignis der Überlebenszeitanalyse nach Kaplan und Meier wurde die kieferbezogene Neuversorgung nach den Befundklassen 3, 4 oder 5, nicht aber 1 und 2 gewertet. In der Abbildung 8.20 sind die entsprechenden Überlebensfunktionen dargestellt.

Abbildung 8.20: Überlebenskurven für Regelversorgungen der Befundklasse 3.1 sowie Regel- und gleichartige Versorgungen mit der Befundklasse 3.2 (mit 3.1). Zielergebnis: „Neuversorgung mit Befundklasse 3, 4 oder 5 im jeweiligen Kiefer“



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, Hüllkurven entsprechen den Konfidenzintervallen

Bezogen auf das Zielereignis „kieferbezogene Neuversorgung“ liegen die Sechsjahresüberlebensraten für die Regelversorgungen des Befundes 3.1 bei 83,0 Prozent, für Regelversorgungen mit Befund 3.2 bei 89,6 Prozent und für gleichartige Versorgungen mit Befund 3.2 bei 90,3 Prozent (Abbildung 8.20). Das bedeutet, dass weniger als jede fünfte Teilprothese innerhalb von sechs Jahren durch eine Neuversorgung ersetzt wird. Dies ist ein zufriedenstellendes Ergebnis. Wissenschaftliche Ergebnisse zur Langzeitbewahrung von gegossenen Teilprothesen liegen kaum vor. Behr und Mitautoren berichten über sehr gute Überlebensraten von 90 Prozent nach 10 Jahren in einer retrospektiven Untersuchung an einer deutschen Universitätsklinik (Behr et al. 2012). Dieser ambitionierte Wert erscheint im Versorgungsalltag nicht erreichbar.

Weniger als jede fünfte Teilprothese wird innerhalb von 6 Jahren durch eine Neuversorgung ersetzt.

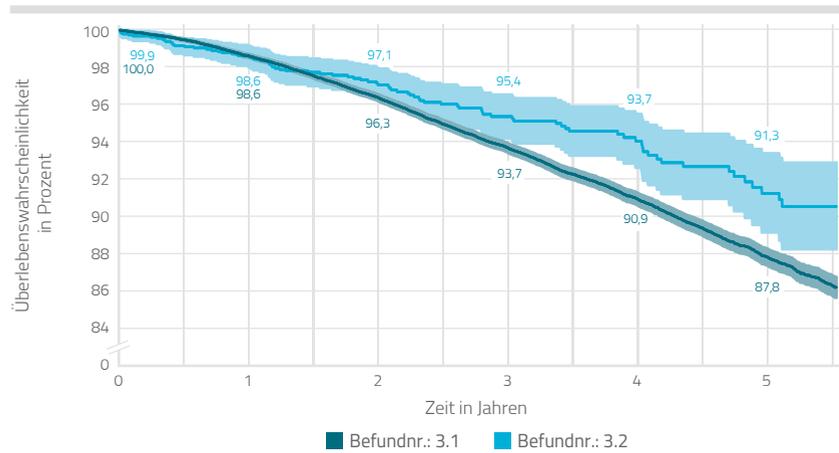
Für Zahnersatzversorgungen der Befundklasse 3.1 wurden etwas schlechtere Outcomes bestimmt als für Versorgungen, die (als Regelversorgung) mit Teleskopkronen am Restgebiss verankert wurden. Allerdings beträgt dieser Unterschied nur wenige Prozentpunkte. Zwischen Regel- und gleichartiger Versorgung bei 3.2 konnte kein Unterschied bestimmt werden. Im Wesentlichen beschreiben wir hier unabhängig voneinander die

Outcomes der einzelnen Versorgungen. Es handelt sich um eine reine Deskription. Die andersartige Versorgung beschreibt in der Regel einen völlig anderen, nicht vergleichbaren Zahnersatz für eine lediglich vergleichbare Ausgangs-/Befundsituation. Daher ist sie im folgenden Kapitel getrennt dargestellt. Auch hier erscheint die kieferbezogene Neuversorgung als geeignetes Zielkriterium.

Andersartige Versorgung

Als andersartige Versorgungen sind in dieser Betrachtung nur Versorgungen mit Implantatunterstützung zugelassen. Methodisch wurde die gleiche Analysestrategie mit dem gleichen Zielereignis angewendet wie für die Regel- und gleichartige Versorgungen. Für die Analyse der andersartigen Versorgungen wurde analog die kieferbezogene Neuversorgung unter Anwendung einer der Befundklassen 3, 4, 5 oder 7.5, nicht aber 1 und 2 gewählt.

Abbildung 8.21: Überlebenskurven für andersartige Versorgungen (mit Implantatunterstützung) der Befundklassen 3.1 oder 3.2 (mit 3.1). Zielereignis: „Neuversorgung mit Befundklasse 3, 4, 5 oder 7.5 im jeweiligen Kiefer“



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, Hüllkurven entsprechen den Konfidenzintervallen

Die Abbildung 8.21 zeigt die Überlebensfunktion für andersartige Implantatversorgungen (Suprakonstruktionen) in den Befundklassen 3.1 und 3.2. Bemerkenswerterweise liegt das Ergebnis in der gleichen Größenordnung wie bei den Regel- und gleichartigen Versorgungen. Im Vorfeld war eine bessere Performance der andersartigen, implantat-unterstützten Versorgungen erwartet worden. Gründe dafür können auf der Basis unserer Daten nicht angegeben werden.

Überlebenswahrscheinlichkeit andersartiger Implantatversorgungen ist vergleichbar mit der von Regel- und gleichartigen Versorgungen.

8.5.4 Befundklasse 4

Die Befundklasse 4 beinhaltet stark reduzierte Restgebisse von bis zu drei fehlenden Zähnen je Kiefer (Befund 4.1 im Oberkiefer und Befund 4.3 im Unterkiefer) sowie zahnlose Kiefer (Befund 4.2 für den Oberkiefer und Befund 4.4 für den Unterkiefer).

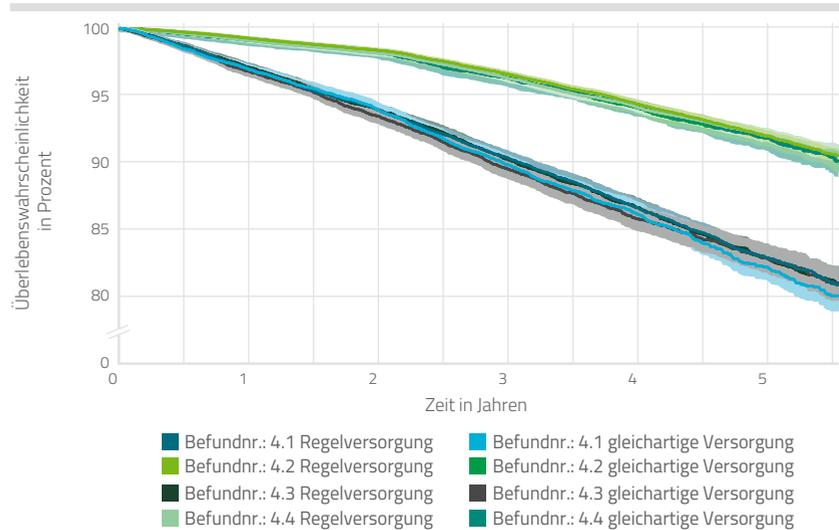
Regelversorgung gegenüber gleichartiger Versorgung

Die Variabilität der potenziellen Regelversorgungen nimmt im Vergleich zur Befundklasse 3 aufgrund der enger gefassten Ausgangsbefunde wieder etwas ab. Bei den Befunden 4.1 und 4.3 sieht die Regelversorgung zumeist eine Teleskopprothese oder eine Modellgussprothese vor. Gleichartige Versorgungen wären gegeben, wenn zum Beispiel alternative Materialien für Teleskopkronen oder alternative Verbindungselemente wie Geschiebe zum Einsatz kämen.

Bei den Befunden 4.2 und 4.4 sieht die Regelversorgung eine Totalprothese vor. Nach Datenlage werden wenige Totalprothesen als gleichartige Versorgungen aus nicht näher zu spezifizierenden Gründen angefertigt.

Alle Fälle zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 31. Dezember 2017 wurden eingeschlossen. Ein einzeln abgerechneter Befund 4.1, 4.2, 4.3 oder 4.4 qualifizierte den Fall für die Analyse. Zusätzlich waren lediglich die Befunde 1.4, 1.5, 4.6 und 4.7 bei den Befundklassen 4.1 und 4.3 zugelassen. Als Zielereignis der Überlebenszeitanalyse nach Kaplan und Meier wurde eine kieferbezogene Neuversorgung gewertet. Die entsprechenden Überlebenskurven sind in der Abbildung 8.22 dargestellt.

Abbildung 8.22: Überlebenskurven für Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen der Befundklassen 4.1 bis 4.4. Zielereignis: „Kieferbezogene Neuversorgung“



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, Hüllkurven entsprechen den Konfidenzintervallen

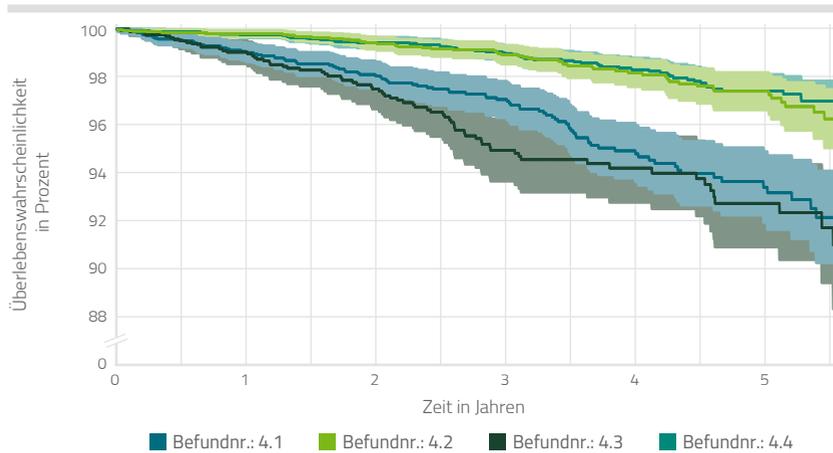
In den Befundklassen 4.1 und 4.3 konnten insgesamt 71.890 Fälle, in den Befundklassen 4.2 und 4.4 insgesamt 172.499 Fälle einbezogen werden. Bezogen auf das Zielereignis „kieferbezogene Neuversorgung“ liegen die Sechsjahresüberlebensraten für die Versorgungen der Befundklassen 4.2 und 4.4 bei etwa 90 Prozent, während die Sechsjahresüberlebensraten der Befundklassen 4.1 und 4.3 bei knapp 80 Prozent liegen (Abbildung 8.22). Innerhalb von sechs Jahren wird demnach etwa jede zehnte Totalprothese und jede fünfte Kombinationsversorgung der Befundklassen 4.1 oder 4.3 neu versorgt. Auch diese Ergebnisse werden als gut bewertet. Bedenkt man vor allem bei den stark reduzierten Lückengebissen, dass die wenigen verbliebenen Restzähne oft auch nur eine eingeschränkte Prognose haben, unterstreicht dies die gute Bewährung der betrachteten Versorgungen.

Zu Erfolgsraten von Totalprothesen gibt es keine aktuellen Studien, die zum Vergleich herangezogen werden könnten. Es wurde allerdings festgestellt, dass ein langfristiger Erfolg von Totalprothesen an regelmäßige Nachbehandlungen geknüpft ist (Unterfütterungen, Reparaturen [Dorner et al. 2010]). Auch hier werden die Ergebnisse als gut bewertet. Bedenkt man vor allem, dass bei stark reduzierten Lückengebissen die wenigen verbliebenen Restzähne oft nur eine eingeschränkte Prognose haben, unterstreicht dies die gute Bewährung der betrachteten Versorgungen. Wie erwartet, besteht in beiden Fällen kein relevanter Unterschied zwischen Regelversorgung und gleichartiger Versorgung.

Andersartige Versorgung

Als andersartige Versorgungen der Befundklasse 4 wurden lediglich implantatgestützte Versorgungen (Suprakonstruktionen unter anderem auf Implantaten) betrachtet. Eine entsprechende Filterung wurde über die Befundangabe im Heil- und Kostenplan vorgenommen.

Abbildung 8.23: Überlebenskurven andersartiger Versorgungen (unter Einbeziehung von Implantaten) der Befundklasse 4. Zielereignis: „kieferbezogene Neuversorgung“



Quelle: BARMER-Daten 2012 bis 2017, Hüllkurven entsprechen den Konfidenzintervallen

In Abbildung 8.23 sind die entsprechenden Überlebenskurven dargestellt. Für implantatgestützte Versorgungen von zahnlosen Kiefern (4.2 und 4.4) liegt die Sechsjahresüberlebensrate bei etwa 95 Prozent. Für kombinierte, zahn- und implantatgestützte Versorgungen bei bis zu drei Restzähnen je Kiefer liegen die Sechsjahresüberlebensraten bei über 90 Prozent. Diese Ergebnisse können als gut bewertet werden. Erwartungsgemäß werden rein implantatgestützte oder zahn-implantatgestützte Versorgungen bei wenigen Restzähnen offensichtlich nachhaltig geplant, um frühe Reinterventionen bei diesen sehr teuren und aufwendigen Versorgungen möglichst zu vermeiden.

Bei Befundklasse 4 zeigen sich die erwarteten Vorteile von Implantaten.

Die berechneten Outcomes der andersartigen Versorgungen mit Implantatunterstützung liegen in einem anderen Bereich als die der Regel- und gleichartigen Versorgungen, die im stark reduzierten Restgebiss oder im zahnlosen Kiefer ohne Implantatunterstützung auskommen müssen. In diesen Befundklassen kommen offensichtlich die erwarteten Vorteile von Implantaten zum Tragen.

8.6 Synopse und Schlussfolgerungen

Bei Zahnersatz und Zahnkronen können Versicherte zwischen Regel-, gleichartiger und andersartiger Versorgung wählen. Während die Regelversorgung eine Art Standardversorgung darstellt, weicht die gleichartige Versorgung im Detail, aber nicht grundsätzlich ab. Andersartige Versorgungen unterscheiden sich erheblich von der Regelversorgung. Die Entscheidung zwischen den Versorgungsarten wird durch zahlreiche Aspekte beeinflusst, die neben der Haltbarkeit unter anderem auch Ästhetik und Komfort umfassen.

Insgesamt nimmt die versichertenbezogene Inanspruchnahmerate für Zahnersatz und Zahnkronen über einen Zeitraum von vier Jahren leicht ab. Bei Versorgungen, die nahezu ausschließlich einer Versorgungsart und einer Befundklasse zuzuordnen sind, zeigt die Betrachtung der einzelnen reinen Befundklassen und Versorgungsarten ein differenziertes Bild. Abnehmende Inanspruchnahmeraten sind in den exemplarischen Einzelbetrachtungen besonders bei Regelversorgungen und in geringerem Ausmaß bei gleichartigen Versorgungen festzustellen. Andersartige Versorgungen, die häufig Zahnersatz mit Implantaten beinhalten, weisen dagegen außer bei der Befundklasse 4 eine steigende versichertenbezogene Inanspruchnahmerate auf.

Anders als die Inanspruchnahmeraten steigen die Ausgaben für Zahnersatz und Zahnkronen kontinuierlich, und zwar besonders im Bereich jenseits der Regelversorgung. Die beobachteten Kostensteigerungen kommen sowohl über die Honorare als auch über die Material- und Laborkosten zustande. Bei Regelversorgungen ist der Spielraum für Preiserhöhungen im Vergleich zu den anderen Versorgungsarten systembedingt gering. Die beobachteten Kostensteigerungen kommen sowohl über die Honorare als auch über die Material- und Laborkosten zustande.

Die Analyse der Funktionsdauer von Zahnersatz und Zahnkronen über sechs Jahre zeigt: Die Regelversorgung ist solide. Wer die höheren Ausgaben für die Alternativen scheut, muss kaum mit einer mittelfristig geringeren Haltbarkeit rechnen. Bei der Versorgung erhaltungswürdiger Zähne mit Kronen und zahnbegrenzter Lücken mit Brücken sind die Unterschiede zwischen Regel- und gleichartiger Versorgung unwesentlich. Vorteile andersartiger Versorgungen mit Implantaten bezüglich der Nachhaltigkeit der Behandlung wurden nur bei stark reduzierten Gebissen und zahnlosen Kiefern deutlich.

Kapitel I

Anhang

I Anhang

Tabellenanhang

Tabelle I 1: Altersverteilung nach Geschlecht

Altersgruppe in Jahren	Anzahl Männer 2017	Anzahl Frauen 2017
0	402.569	382.505
1 – 4	1.571.649	1.490.055
5 – 9	1.871.418	1.770.798
10 – 14	1.895.259	1.787.506
15 – 19	2.131.312	1.949.255
20 – 24	2.413.076	2.189.438
25 – 29	2.749.822	2.548.258
30 – 34	2.716.697	2.573.555
35 – 39	2.612.793	2.550.417
40 – 44	2.411.226	2.377.131
45 – 49	2.999.227	2.944.060
50 – 54	3.517.989	3.450.056
55 – 59	3.196.294	3.205.222
60 – 64	2.627.990	2.747.063
65 – 69	2.252.151	2.459.543
70 – 74	1.684.492	1.927.417
75 – 79	1.884.435	2.350.988
80 – 84	1.186.669	1.698.542
85 – 89	527.220	968.220
90+	191.277	578.757
Gesamt	40.843.565	41.948.786
insgesamt		82.792.351

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2018

**Tabelle I 2: Inanspruchnahmerate in den BEMA-Teilen 1 bis 5 und Gesamt
 im Jahr 2017 in Prozent**

Alters- gruppe in Jahren	BEMA-Teil 1		BEMA-Teil 2		BEMA-Teil 3		BEMA-Teil 4		BEMA-Teil 5		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen								
0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	8,5	6,9
1–4	21,8	21,9	0,0	0,0	0,6	0,7	0,3	0,2	0,0	0,0	48,4	48,6
5–9	64,1	65,1	0,2	0,2	11,0	13,7	9,4	9,7	0,0	0,0	80,5	81,5
10–14	71,4	72,2	0,5	0,7	39,1	48,2	16,0	16,7	0,0	0,0	83,2	86,2
15–19	58,5	62,1	1,7	3,7	26,8	30,5	19,1	21,1	0,3	0,3	73,3	79,8
20–24	42,0	50,4	2,8	6,3	2,8	4,4	20,9	26,1	0,8	1,0	57,3	70,0
25–29	41,2	50,9	3,5	7,1	0,7	1,6	22,2	27,7	1,9	2,2	56,4	70,8
30–34	42,5	52,0	3,6	6,6	0,4	1,0	23,3	28,0	3,4	4,1	59,0	72,9
35–39	43,5	53,1	3,4	6,3	0,3	0,8	23,4	27,9	5,1	6,1	61,0	74,7
40–44	45,5	54,8	3,0	6,0	0,2	0,7	23,6	27,9	7,1	8,5	63,4	76,5
45–49	48,3	57,1	2,7	5,8	0,2	0,6	23,8	28,0	9,3	10,9	66,6	78,7
50–54	50,6	58,1	2,5	5,4	0,1	0,4	24,3	28,0	11,9	13,3	69,4	79,8
55–59	51,4	57,9	2,3	4,8	0,1	0,3	24,1	27,8	14,9	15,9	71,0	79,8
60–64	51,7	57,3	2,0	4,0	0,1	0,2	23,7	26,9	17,9	18,5	72,2	79,7
65–69	53,2	58,0	2,0	3,6	0,1	0,1	23,5	26,3	20,0	20,4	74,4	80,6
70–74	54,5	57,7	2,0	3,2	0,1	0,1	23,5	25,3	22,0	22,2	76,9	81,0
75–79	55,4	56,0	1,7	2,4	0,1	0,1	22,8	23,6	24,9	24,7	79,6	80,9
80–84	50,9	48,7	1,2	1,5	0,0	0,0	20,1	19,4	26,0	24,9	77,0	74,6
85–89	41,2	35,8	0,7	0,8	0,0	0,0	15,7	13,7	25,2	22,8	69,1	62,6
90+	30,0	22,1	0,4	0,3	0,1	0,0	11,2	8,6	24,1	19,7	58,9	49,7

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 3: Mittlere Ausgaben je Versicherten in den BEMA-Teilen 1 bis 5 und Gesamt im Jahr 2017 in Euro

Alters- gruppe in Jahren	BEMA-Teil 1		BEMA-Teil 2		BEMA-Teil 3		BEMA-Teil 4		BEMA-Teil 5		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen								
0	1,82	1,41	0,12	0,13	0,01	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	1,82	1,41
1 – 4	23,81	22,73	0,03	0,04	0,40	0,45	0,00	0,00	0,02	0,03	23,82	22,76
5 – 9	129,92	128,15	0,45	0,42	25,65	31,99	0,00	0,00	0,06	0,04	129,98	128,19
10 – 14	137,55	140,50	1,20	1,58	179,99	238,06	0,00	0,01	0,10	0,16	137,66	140,66
15 – 19	125,85	141,64	4,32	9,09	108,29	112,99	0,10	0,11	1,55	1,61	127,50	143,37
20 – 24	85,18	102,05	7,44	16,50	5,02	5,82	0,96	1,10	4,38	5,28	90,52	108,43
25 – 29	93,96	107,65	9,03	17,54	0,87	1,72	2,81	2,99	9,35	10,97	106,12	121,62
30 – 34	103,63	114,86	9,01	16,19	0,52	1,08	5,08	5,32	16,69	19,80	125,39	139,98
35 – 39	109,66	120,91	8,20	15,85	0,33	0,87	7,68	7,48	24,31	28,66	141,65	157,05
40 – 44	113,95	125,91	7,55	15,11	0,24	0,65	9,98	9,32	34,31	38,45	158,24	173,67
45 – 49	117,22	129,45	6,54	13,72	0,15	0,42	11,81	11,36	42,58	47,79	171,62	188,60
50 – 54	122,09	132,02	6,11	13,16	0,11	0,31	13,06	13,37	54,76	61,07	189,90	206,46
55 – 59	125,87	131,62	5,30	11,43	0,06	0,16	12,98	14,38	69,18	75,15	208,03	221,14
60 – 64	126,76	129,33	4,58	9,29	0,04	0,10	12,46	13,39	81,44	86,73	220,66	229,45
65 – 69	126,93	125,85	4,29	7,79	0,03	0,07	11,50	11,71	85,72	90,22	224,15	227,78
70 – 74	127,35	123,86	3,94	6,93	0,03	0,04	9,51	9,99	85,95	91,13	222,81	224,98
75 – 79	130,18	123,63	3,48	5,58	0,02	0,04	7,27	7,28	89,95	94,97	227,40	225,89
80 – 84	122,94	112,59	2,46	3,35	0,01	0,03	4,59	4,40	85,43	87,33	212,96	204,32
85 – 89	103,57	91,76	1,28	1,65	0,01	0,01	2,26	1,95	70,45	67,24	176,28	160,95
90+	85,56	72,40	0,80	0,65	0,01	0,00	0,77	0,62	56,29	45,00	142,62	118,02

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 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	1	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung
	01k	Kieferorthopädische Untersuchung
Ohn	2	Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps
Zu	3	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde
	4	Erhebung des PSI-Code
	5	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
	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

Kürzel	Ziffer	spezifische Leistungen
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 Seitenzahnbereich
	13f	Präparieren einer Kavität, zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich
	13g	Präparieren einer Kavität, dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich
	14	Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde
St	16	Stiftverankerung einer Füllung, je Zahn, inklusive Material
Ekr	23	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers
Leistungsgruppe 105 Pulpa- und Wurzelkanalbehandlungen – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
Cp	25	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität
P	26	Direkte Überkappung der Pulpa; je Zahn
Pulp	27	Pulpotomie
VitE	28	Exstirpation der vitalen Pulpa; je Kanal
Dev	29	Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität; je Zahn
Trep1	31	Trepanation eines pulpatoten Zahnes
WK	32	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal
Med	34	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen an der Pulpa, einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung
WF	35	Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal
Leistungsgruppe 106 Zahnextraktionen und Wurzelspitzenresektion – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
X1	43	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung
X2	44	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung
X3	45	Entfernung eines tieffraktureierten Zahnes einschließlich Wundversorgung

Kürzel	Ziffer	spezifische Leistungen
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)
Nbl2	37	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes
N	38	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren
Exz1	49	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes
Exz2	50	Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)
Pla1	51a	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion durch Zahnfleischplastik
Pla0	51b	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit einer Osteotomie
Trep2	52	Trepanation des Kieferknochens
Ost3	53	Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer
Ri	55	Reimplantation eines Zahnes
Zy1	56a	Operation einer Zyste durch Zystektomie
Zy2	56b	Operation einer Zyste durch orale Zystostomie
Zy3	56c	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion
Zy4	56d	Operation einer Zyste durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion
SMS	57	Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte
Knr	58	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung
Pla2	59	Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte
Pla3	60	Tuberplastik; einseitig

Kürzel	Ziffer	spezifische Leistungen
Dia	61	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale
Alv	62	Alveolotomie
Fl	63	Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung
Inz1	Ä161	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses
Leistungsgruppe 108 Minimale Interventionen – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
Mu	105	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen
sK	106	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches
üZ	10	Behandlung überempfindlicher Zähne
Leistungsgruppe 109 Anästhesie – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
I	40	Infiltrationsanästhesie
L1	41a	Leitungsanästhesie intraoral
L2	41b	Leitungsanästhesie extraoral

Quelle: BEMA 2017

Tabelle I 5: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 nach Ländern* (stand.D2017**)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittl. Ausgaben je behand. Versicherten in Euro
Hamburg	48,0 (- 3,4)	0,54 (- 0,03)	0,55 (- 0,03)	27,17 (- 0,55)
Niedersachsen	45,1 (- 6,3)	0,50 (- 0,07)	0,51 (- 0,06)	27,49 (- 0,22)
Bremen	43,5 (- 8,0)	0,48 (- 0,09)	0,49 (- 0,09)	27,42 (- 0,29)
Nordrhein-Westfalen	47,4 (- 4,0)	0,53 (- 0,04)	0,54 (- 0,04)	28,15 (0,44)
Hessen	51,1 (- 0,4)	0,56 (- 0,01)	0,57 (- 0,01)	27,13 (- 0,59)
Rheinland-Pfalz	47,5 (- 4,0)	0,52 (- 0,05)	0,53 (- 0,05)	27,63 (- 0,09)
Baden-Württemberg	53,5 (2,1)	0,59 (0,02)	0,60 (0,02)	27,94 (0,23)
Bayern	56,2 (4,7)	0,62 (0,05)	0,63 (0,05)	27,64 (- 0,08)
Saarland	46,9 (- 4,6)	0,51 (- 0,06)	0,51 (- 0,07)	27,61 (- 0,11)
Berlin	52,6 (1,1)	0,58 (0,01)	0,59 (0,01)	28,04 (0,32)
Brandenburg	57,0 (5,6)	0,63 (0,06)	0,64 (0,06)	28,34 (0,63)
Mecklenburg-Vorpommern	54,4 (2,9)	0,60 (0,03)	0,60 (0,03)	27,51 (- 0,21)
Sachsen	59,3 (7,9)	0,66 (0,09)	0,66 (0,09)	27,68 (- 0,03)
Sachsen-Anhalt	56,0 (4,5)	0,61 (0,04)	0,62 (0,04)	27,27 (- 0,45)
Thüringen	60,2 (8,7)	0,66 (0,09)	0,67 (0,10)	28,09 (0,37)
Gesamt*	51,4	0,57	0,58	27,72

*Ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 6: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für diagnostische und Beratungsleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 nach Ländern* (stand.D2017**)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittl. Ausgaben je behand. Versicherten in Euro
Hamburg	66,44 (- 3,6)	1,25 (- 0,05)	1,61 (- 0,04)	50,28 (1,86)
Niedersachsen	68,59 (- 1,4)	1,29 (- 0,02)	1,62 (- 0,03)	48,31 (- 0,11)
Bremen	65,33 (- 4,7)	1,23 (- 0,08)	1,55 (- 0,10)	50,15 (1,72)
Nordrhein-Westfalen	68,04 (- 2,0)	1,29 (- 0,02)	1,61 (- 0,04)	47,82 (- 0,61)
Hessen	67,79 (- 2,2)	1,23 (- 0,07)	1,52 (- 0,14)	47,31 (- 1,11)
Rheinland-Pfalz	66,91 (- 3,1)	1,21 (- 0,10)	1,51 (- 0,14)	47,01 (- 1,41)
Baden-Württemberg	70,48 (0,5)	1,31 (0,00)	1,65 (0,00)	50,14 (1,72)
Bayern	72,27 (2,3)	1,34 (0,03)	1,79 (0,13)	52,13 (3,70)
Saarland	63,65 (- 6,3)	1,11 (- 0,19)	1,41 (- 0,24)	44,64 (- 3,78)
Berlin	68,70 (- 1,3)	1,28 (- 0,03)	1,59 (- 0,07)	47,42 (- 1,00)
Brandenburg	73,99 (4,0)	1,39 (0,08)	1,71 (0,06)	45,41 (- 3,01)
Mecklenburg-Vorpommern	73,99 (4,0)	1,40 (0,10)	1,80 (0,15)	47,92 (- 0,50)
Sachsen	75,83 (5,8)	1,44 (0,14)	1,82 (0,17)	48,10 (- 0,32)
Sachsen-Anhalt	74,44 (4,4)	1,39 (0,08)	1,80 (0,15)	48,04 (- 0,38)
Thüringen	75,47 (5,5)	1,42 (0,12)	1,76 (0,11)	47,33 (- 1,09)
Gesamt*	70,00	1,30	1,65	48,42

*Ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 7: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für therapeutische Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 nach Ländern* (stand.D2017**)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittl. Ausgaben je behand. Versicherten in Euro
Hamburg	47,4 (0,4)	0,79 (0,02)	1,26 (0,01)	131,27 (- 5,95)
Niedersachsen	47,4 (0,4)	0,78 (0,01)	1,27 (0,02)	140,05 (2,83)
Bremen	44,6 (- 2,4)	0,74 (- 0,03)	1,20 (- 0,06)	135,38 (- 1,84)
Nordrhein-Westfalen	44,6 (- 2,4)	0,73 (- 0,04)	1,18 (- 0,07)	135,56 (- 1,66)
Hessen	43,0 (- 4,0)	0,69 (- 0,09)	1,13 (- 0,12)	136,71 (- 0,51)
Rheinland-Pfalz	44,2 (- 2,8)	0,71 (- 0,07)	1,16 (- 0,09)	137,80 (0,58)
Baden-Württemberg	41,6 (- 5,4)	0,65 (- 0,12)	1,05 (- 0,21)	141,22 (4,00)
Bayern	52,4 (5,4)	0,86 (0,09)	1,38 (0,13)	145,34 (8,12)
Saarland	47,4 (0,4)	0,76 (- 0,02)	1,23 (- 0,02)	124,78 (- 12,44)
Berlin	47,0 (0,0)	0,79 (0,02)	1,30 (0,05)	138,69 (1,46)
Brandenburg	50,1 (3,1)	0,85 (0,08)	1,35 (0,09)	127,37 (- 9,85)
Mecklenburg-Vorpommern	54,5 (7,5)	0,95 (0,17)	1,54 (0,29)	135,68 (- 1,54)
Sachsen	50,7 (3,7)	0,86 (0,08)	1,38 (0,13)	131,44 (- 5,78)
Sachsen-Anhalt	53,5 (6,5)	0,91 (0,14)	1,52 (0,27)	136,17 (- 1,05)
Thüringen	51,3 (4,3)	0,87 (0,09)	1,42 (0,17)	132,83 (- 4,39)
Gesamt*	47,01	0,77	1,25	137,22

*Ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 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
2.4	Frontzahn­lücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer
2.5	An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn
2.6	Disparallele Pfeilerzähne zur festsitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke
2.7	Fehlender Zahn in einer zahnbegrenzten Lücke im Verblendbereich (15 – 25 und 34 – 44), je Verblendung für einen ersetzten Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich
3	Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen
3.1	Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freundsituationen (Lückensituation II), je Kiefer Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freundsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nrn. 2.1 oder 2.2 ansetzbar.

Nr.	Befundklasse
3.2	a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe, b) einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnreihe und kontralateral im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, c) beidseitig im Seitenzahnggebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolare. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar
4	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer
4.1	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer
4.2	Zahnloser Oberkiefer
4.3	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer
4.4	Zahnloser Unterkiefer
4.5	Notwendigkeit einer Metallbasis, Zuschlag je Kiefer
4.6	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn
4.7	Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15 – 25 und 34 – 44), Zuschlag je Ankerzahn
4.8	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn
4.9	Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Notwendigkeit einer Stützstiftregistrierung), Zuschlag je Gesamtbefund
5	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist
5.1	Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
5.2	Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
5.3	Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
5.4	Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
6	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz
6.0	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung und ohne Notwendigkeit zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese
6.1	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung, je Prothese

Nr.	Befundklasse
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
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	Wiederherstellungsbedürftige festsitzender rezementierbarer Zahnersatz, je Zahn
6.9	Wiederherstellungsbedürftige Facette/Verblendung (auch wiedereinsetzbar oder erneuerungsbedürftig) im Verblendebereich 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 verschrauben der 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
7.7	Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion

Quelle: G-BA 2016

Tabelle I 9: Inanspruchnahmeraten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 in Prozent

Alters- gruppe in Jahren	Prophylaxe-Leistungen		diagnostische und Beratungsleistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,00	0,00	0,08	0,07	0,01	0,00
1 – 4	0,22	0,22	0,39	0,39	0,07	0,07
5 – 9	0,64	0,65	0,76	0,76	0,40	0,40
10 – 14	0,71	0,72	0,78	0,79	0,40	0,41
15 – 19	0,58	0,62	0,67	0,73	0,34	0,39
20 – 24	0,42	0,50	0,56	0,69	0,34	0,43
25 – 29	0,41	0,51	0,56	0,70	0,37	0,46
30 – 34	0,42	0,52	0,59	0,72	0,41	0,49
35 – 39	0,44	0,53	0,61	0,74	0,43	0,51
40 – 44	0,45	0,55	0,63	0,76	0,46	0,54
45 – 49	0,48	0,57	0,66	0,78	0,49	0,56
50 – 54	0,51	0,58	0,69	0,79	0,51	0,58
55 – 59	0,51	0,58	0,71	0,79	0,53	0,58
60 – 64	0,52	0,57	0,72	0,79	0,54	0,58
65 – 69	0,53	0,58	0,74	0,80	0,55	0,58
70 – 74	0,54	0,58	0,77	0,81	0,56	0,58
75 – 79	0,55	0,56	0,79	0,81	0,58	0,58
80 – 84	0,51	0,49	0,77	0,74	0,55	0,53
85 – 89	0,41	0,36	0,69	0,62	0,48	0,43
90+	0,30	0,22	0,58	0,49	0,39	0,31

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 10: Mittlere Anzahl der Behandlungsfälle in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versicherten im Jahr 2017

Alters- gruppe in Jahren	Prophylaxe-Leistungen		diagnostische und Beratungsleistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,00	0,00	0,09	0,07	0,01	0,00
1 – 4	0,24	0,24	0,53	0,53	0,10	0,10
5 – 9	0,97	0,99	1,40	1,41	0,62	0,61
10 – 14	1,12	1,13	1,45	1,50	0,58	0,59
15 – 19	0,79	0,84	1,19	1,36	0,49	0,58
20 – 24	0,43	0,52	0,88	1,16	0,50	0,65
25 – 29	0,42	0,53	0,91	1,22	0,56	0,72
30 – 34	0,44	0,54	1,00	1,31	0,64	0,79
35 – 39	0,45	0,55	1,08	1,39	0,70	0,85
40 – 44	0,47	0,56	1,14	1,46	0,75	0,91
45 – 49	0,49	0,59	1,22	1,53	0,81	0,96
50 – 54	0,52	0,59	1,30	1,57	0,86	0,99
55 – 59	0,52	0,59	1,36	1,59	0,90	1,01
60 – 64	0,53	0,59	1,40	1,59	0,92	1,01
65 – 69	0,54	0,59	1,45	1,60	0,94	1,00
70 – 74	0,56	0,59	1,49	1,59	0,96	1,00
75 – 79	0,56	0,57	1,54	1,58	1,00	1,00
80 – 84	0,52	0,50	1,46	1,42	0,94	0,90
85 – 89	0,42	0,37	1,25	1,12	0,79	0,70
90+	0,31	0,23	1,01	0,84	0,61	0,48

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 11: Mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versicherten im Jahr 2017

Altersgruppe in Jahren	Prophylaxe-Leistungen		diagnostische und Beratungsleistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,00	0,00	0,10	0,08	0,01	0,00
1 – 4	0,24	0,24	0,56	0,56	0,12	0,12
5 – 9	1,05	1,07	1,58	1,58	0,83	0,80
10 – 14	1,20	1,21	1,61	1,67	0,72	0,74
15 – 19	0,83	0,88	1,35	1,55	0,73	0,88
20 – 24	0,43	0,52	1,06	1,39	0,78	1,01
25 – 29	0,42	0,53	1,14	1,52	0,92	1,13
30 – 34	0,44	0,54	1,28	1,66	1,05	1,26
35 – 39	0,45	0,55	1,39	1,78	1,16	1,37
40 – 44	0,47	0,56	1,49	1,88	1,25	1,47
45 – 49	0,49	0,59	1,58	1,97	1,33	1,56
50 – 54	0,52	0,59	1,68	2,03	1,42	1,62
55 – 59	0,52	0,59	1,78	2,07	1,50	1,67
60 – 64	0,53	0,59	1,85	2,09	1,56	1,68
65 – 69	0,54	0,59	1,92	2,09	1,60	1,67
70 – 74	0,56	0,59	1,97	2,09	1,64	1,67
75 – 79	0,56	0,57	2,04	2,08	1,71	1,68
80 – 84	0,52	0,50	1,93	1,87	1,61	1,51
85 – 89	0,42	0,37	1,65	1,50	1,33	1,14
90+	0,31	0,23	1,38	1,17	1,01	0,75

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 12: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 in Euro

Altersgruppe in Jahren	Prophylaxe-Leistungen		diagnostische und Beratungsleistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,01	0,01	1,61	1,27	38,53	31,75
1 – 4	6,66	6,65	9,27	9,20	109,01	97,58
5 – 9	57,75	59,33	27,47	27,40	111,39	103,90
10 – 14	76,11	77,22	29,55	30,45	78,81	79,87
15 – 19	47,37	49,68	28,50	32,83	145,07	150,80
20 – 24	7,07	8,59	25,35	32,39	154,96	143,35
25 – 29	6,96	8,67	26,83	33,95	162,11	141,70
30 – 34	7,16	8,81	29,12	35,87	166,15	143,76
35 – 39	7,33	8,98	30,97	37,83	164,15	143,92
40 – 44	7,65	9,26	32,48	39,39	161,01	142,40
45 – 49	8,10	9,61	33,99	40,76	154,43	140,18
50 – 54	8,48	9,76	35,59	41,63	152,64	139,24
55 – 59	8,61	9,71	36,85	41,94	152,55	137,36
60 – 64	8,65	9,62	37,75	41,80	150,14	134,52
65 – 69	8,91	9,72	38,61	41,74	145,60	128,03
70 – 74	9,12	9,67	39,53	41,48	140,69	125,15
75 – 79	9,27	9,39	40,75	41,53	139,03	125,56
80 – 84	8,52	8,16	39,23	39,14	137,54	123,57
85 – 89	6,89	6,00	36,08	36,75	127,55	115,13
90+	5,02	3,71	36,33	38,78	114,37	96,66

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 13: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus BEMA-Teil 1 im Jahr 2017 nach Alter und Leistungsuntergruppe in Prozent

Leistungsbe- reich/-gruppe	Prophylaxe- Leistungen	diagnostische Leistungen		therapeutische Leistungen					
		Klin. Unt. & Beratungen	Röntgen- leistungen	Kavpräp. & Füllungen	Pulpa- & WK.Beh.	Zahnextr. & WSR	chirurg. Eingriffe	minimale Intervent.	Annästh.- Leistungen
Altersgruppe in Jahren	Prophylaxe	Klin. Unt. & Beratungen	Röntgen- leistungen	Kavpräp. & Füllungen	Pulpa- & WK.Beh.	Zahnextr. & WSR	chirurg. Eingriffe	minimale Intervent.	Annästh.- Leistungen
0	0,1	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1
1 – 4	21,7	37,1	0,8	3,2	1,2	0,5	0,4	4,4	0,9
5 – 9	64,4	72,6	6,0	26,2	10,4	9,7	2,9	15,7	14,3
10 – 14	71,5	74,9	6,8	20,6	5,9	13,4	3,3	16,5	17,3
15 – 19	59,3	66,9	16,7	18,1	6,3	7,2	8,0	19,3	14,6
20 – 24	44,1	59,5	22,5	19,8	9,9	6,2	7,8	23,0	17,7
25 – 29	44,2	60,4	24,2	24,7	13,6	5,4	7,2	25,1	20,9
30 – 34	45,5	63,1	25,4	28,5	15,9	5,5	7,8	27,0	23,6
35 – 39	46,6	65,0	26,7	31,0	16,9	6,0	8,7	28,8	25,6
40 – 44	48,6	67,3	27,7	32,8	17,4	6,7	9,7	31,1	27,0
45 – 49	51,1	70,0	28,1	33,9	17,2	7,5	10,8	33,3	27,6
50 – 54	52,6	71,7	28,4	34,3	16,6	8,5	11,9	35,2	28,1
55 – 59	52,9	72,7	28,3	33,9	15,7	9,9	13,0	36,7	28,0
60 – 64	52,9	73,2	27,8	33,0	14,7	11,0	13,6	37,7	27,5
65 – 69	53,7	74,3	26,9	31,7	13,7	11,4	13,9	38,7	26,5
70 – 74	53,8	75,3	26,4	30,9	13,1	11,9	14,1	39,7	25,9
75 – 79	53,2	76,4	25,7	30,8	13,1	12,9	14,5	40,5	25,7
80 – 84	47,2	71,7	22,6	27,1	11,8	13,3	14,0	37,7	23,7
85 – 89	36,0	61,7	16,9	20,0	8,7	11,9	11,5	31,5	18,8
90+	22,7	49,0	10,3	11,6	4,9	9,2	7,9	23,7	12,9

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 14: Anteil der Versicherten mit mindestens einer der ausgewählten Leistungen im Jahr 2017 in Prozent

Alters- gruppe in Jahren	Füllung		Zahnextraktion		Orthopanto- mogramm		Wurzelkanal- behandlung	
	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	3,4	3,3	0,6	0,5	0,1	0,1	0,3	0,2
5–9	25,6	24,6	10,2	10,2	2,4	2,2	3,7	3,1
10–14	18,9	18,4	13,8	14,4	3,4	3,7	1,4	1,2
15–19	16,7	18,4	6,5	8,5	9,3	11,8	1,6	1,7
20–24	18,8	22,3	5,6	7,0	10,4	12,4	3,4	3,5
25–29	23,3	27,3	5,2	5,3	9,8	10,4	5,1	5,4
30–34	27,0	30,9	5,4	4,9	9,9	10,0	6,1	6,4
35–39	29,4	33,2	6,0	5,4	10,3	10,4	6,7	6,9
40–44	30,7	34,9	6,6	6,0	10,5	10,9	7,0	7,1
45–49	31,7	35,5	7,5	6,8	10,7	11,2	7,1	7,3
50–54	32,6	35,1	8,7	7,9	11,0	11,7	7,1	7,0
55–59	32,6	33,4	10,3	9,4	11,3	12,1	7,3	6,7
60–64	31,7	31,6	11,6	10,4	11,2	11,9	7,2	6,5
65–69	31,0	29,9	12,1	11,0	10,9	11,5	7,1	6,2
70–74	30,5	28,9	12,9	11,6	10,4	10,7	7,2	6,0
75–79	31,1	28,4	14,0	12,6	9,9	9,9	7,4	6,1
80–84	27,9	24,4	14,5	13,2	8,5	8,2	6,9	5,4
85–89	21,7	17,1	13,5	11,7	6,6	5,7	5,4	3,7
90+	14,6	9,3	11,5	9,0	4,4	3,1	3,7	2,0

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 15: Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Beratungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Prozent

Altersgruppe in Jahren	diagnostische Leistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20 – 24	22,2	27,6	0,2	0,2
25 – 29	23,2	28,9	0,5	0,5
30 – 34	24,1	29,3	0,9	1,0
35 – 39	24,5	29,3	1,4	1,4
40 – 44	24,7	29,1	1,9	1,8
45 – 49	25,1	29,5	2,3	2,2
50 – 54	25,6	29,6	2,6	2,7
55 – 59	25,4	29,2	2,7	3,1
60 – 64	25,1	28,4	2,7	3,0
65 – 69	25,0	27,8	2,6	2,7
70 – 74	25,0	26,7	2,2	2,4
75 – 79	24,3	24,8	1,7	1,8
80 – 84	21,4	20,9	1,2	1,1
85 – 89	16,8	15,0	0,6	0,5
90+	12,5	9,3	0,3	0,2

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 16: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Beratungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Euro

Altersgruppe in Jahren	diagnostische Leistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20 – 24	10,81	10,93	525,12	497,24
25 – 29	11,32	11,34	531,40	514,74
30 – 34	11,85	11,80	520,43	507,97
35 – 39	12,51	12,25	514,62	498,25
40 – 44	13,12	12,70	495,30	485,68
45 – 49	13,60	13,12	482,43	471,82
50 – 54	13,93	13,68	465,20	452,97
55 – 59	14,10	14,10	438,48	429,10
60 – 64	14,16	14,09	420,21	409,29
65 – 69	13,98	13,83	405,38	392,67
70 – 74	13,46	13,51	394,47	383,62
75 – 79	12,85	12,95	384,21	366,55
80 – 84	12,29	12,32	358,41	347,30
85 – 89	11,56	11,66	359,88	327,24
90+	11,02	11,14	269,69	280,95

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 17: Anteil der Versicherten mit mindestens einer parodontologischen Leistung im Jahr 2017 nach Alter und Gebührenziffer in Prozent

Gebühren- ziffer	04	4	P200	P201	P202	P203	108	111
Alters- gruppe in Jahren	BEMA- Teil 1	BEMA- Teil 4						
20 – 24	24,8	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2
25 – 29	25,8	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0,3	0,5
30 – 34	26,3	0,9	0,9	0,9	0,0	0,0	0,5	0,9
35 – 39	26,3	1,4	1,4	1,4	0,0	0,0	0,7	1,4
40 – 44	26,3	1,8	1,8	1,8	0,0	0,0	0,9	1,8
45 – 49	26,6	2,2	2,2	2,2	0,1	0,1	1,1	2,2
50 – 54	26,6	2,6	2,6	2,6	0,1	0,1	1,3	2,6
55 – 59	26,2	2,9	2,9	2,8	0,1	0,1	1,4	2,9
60 – 64	25,5	2,9	2,8	2,8	0,1	0,1	1,4	2,8
65 – 69	25,3	2,6	2,6	2,5	0,1	0,1	1,3	2,6
70 – 74	24,9	2,3	2,3	2,2	0,1	0,1	1,1	2,3
75 – 79	23,7	1,8	1,8	1,6	0,0	0,1	0,9	1,7
80 – 84	20,5	1,1	1,1	1,0	0,0	0,0	0,6	1,1
85 – 89	15,3	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0,3	0,5
90+	9,9	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 18: Inanspruchnahmerate für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Prozent

Altersgruppe in Jahren	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20 – 24	0,9	1,0	0,1	0,1
25 – 29	1,8	2,2	0,3	0,3
30 – 34	3,3	4,0	0,6	0,7
35 – 39	4,6	5,6	1,2	1,3
40 – 44	6,2	7,6	1,9	2,1
45 – 49	8,0	9,3	3,1	3,2
50 – 54	9,6	10,6	4,6	4,6
55 – 59	10,6	11,3	6,9	6,9
60 – 64	11,2	11,5	9,8	9,6
65 – 69	11,1	11,3	12,0	11,9
70 – 74	10,9	11,0	14,3	14,2
75 – 79	11,2	11,1	17,3	17,0
80 – 84	10,2	9,9	19,5	18,5
85 – 89	7,9	7,3	20,3	18,4
90+	6,0	4,7	20,6	16,9

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 19: Mittlere Gesamtausgaben je behandelten Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Euro

Altersgruppe in Jahren	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20 – 24	1.215,56	1.196,99	75,64	66,68
25 – 29	1.284,90	1.283,75	64,92	66,43
30 – 34	1.404,47	1.334,61	71,60	67,51
35 – 39	1.462,95	1.406,15	74,28	70,09
40 – 44	1.564,75	1.473,86	82,78	80,36
45 – 49	1.643,43	1.513,37	106,65	96,80
50 – 54	1.692,48	1.665,20	132,61	122,22
55 – 59	1.848,85	1.838,76	161,07	151,29
60 – 64	1.902,17	1.940,28	177,00	169,32
65 – 69	1.919,88	1.968,33	186,97	180,70
70 – 74	1.791,00	1.911,15	193,43	186,75
75 – 79	1.727,26	1.856,97	198,92	195,19
80 – 84	1.653,41	1.784,68	207,82	208,84
85 – 89	1.522,58	1.598,55	213,55	219,08
90+	1.358,64	1.308,52	219,19	215,45

Quelle: BARMER-Daten 2017

Tabelle I 20: Mitterer Eigenanteil je behandelten Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Euro

Altersgruppe in Jahren	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20 – 24	571,52	561,53	33,42	29,54
25 – 29	658,23	672,48	26,51	24,88
30 – 34	763,49	728,51	30,20	24,73
35 – 39	805,03	790,11	31,29	26,98
40 – 44	878,69	859,15	35,03	33,33
45 – 49	945,99	905,86	45,80	42,14
50 – 54	985,08	1.010,23	57,51	53,49
55 – 59	1.087,89	1.118,29	71,42	66,48
60 – 64	1.115,94	1.182,50	78,22	74,84
65 – 69	1.135,87	1.203,33	83,70	81,63
70 – 74	1.062,02	1.163,61	87,42	83,95
75 – 79	1.021,90	1.117,30	90,10	88,38
80 – 84	970,15	1.052,79	94,70	94,68
85 – 89	878,59	914,16	97,42	100,82
90+	779,69	718,40	104,90	101,71

Quelle: BARMER-Daten 2017

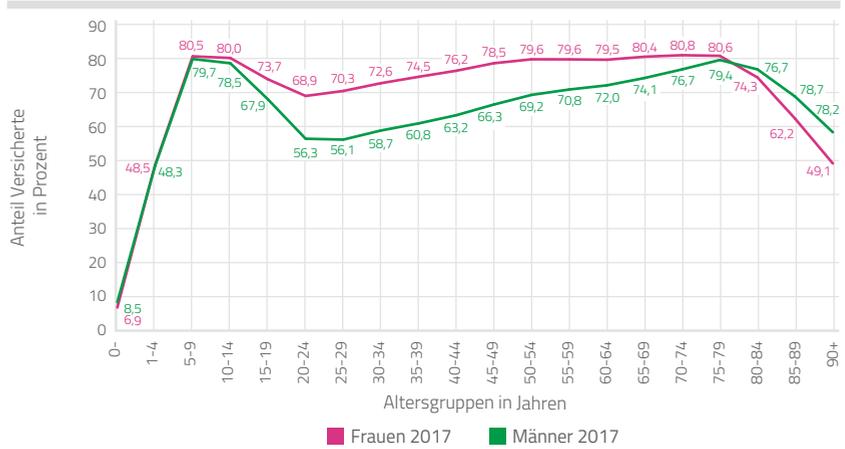
Tabelle I 21: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Versorgungsleistung
(Zahnersatz und Zahnkronen) im Jahr 2017 nach Alter und Befundklassen in Prozent

Alters- gruppe in Jahren	1	2	3	4	5	6	7
20–24	0,6	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
25–29	1,5	0,4	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0
30–34	2,6	0,7	0,2	0,1	0,2	0,6	0,0
35–39	3,6	1,1	0,3	0,1	0,4	1,2	0,0
40–44	4,8	1,5	0,5	0,2	0,5	2,0	0,0
45–49	5,9	1,9	0,7	0,3	0,7	3,1	0,1
50–54	6,7	2,2	1,2	0,6	1,0	4,5	0,1
55–59	6,9	2,4	1,8	1,0	1,3	6,8	0,1
60–64	7,0	2,5	2,3	1,5	1,5	9,5	0,2
65–69	6,9	2,3	2,5	1,8	1,5	11,8	0,3
70–74	6,7	2,1	2,6	2,0	1,5	14,0	0,4
75–79	6,7	1,9	2,8	2,4	1,5	16,8	0,5
80–84	5,5	1,5	2,5	2,6	1,5	18,6	0,5
85–89	3,4	0,8	1,8	2,6	1,2	18,8	0,5
90+	1,7	0,3	1,1	2,2	0,9	17,5	0,4

Quelle: BARMER-Daten 2017

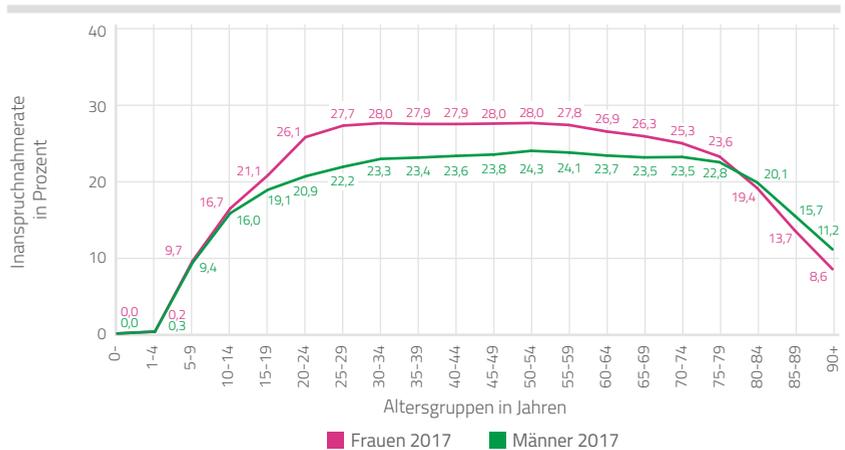
Abbildungsanhang

Abbildung I 1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



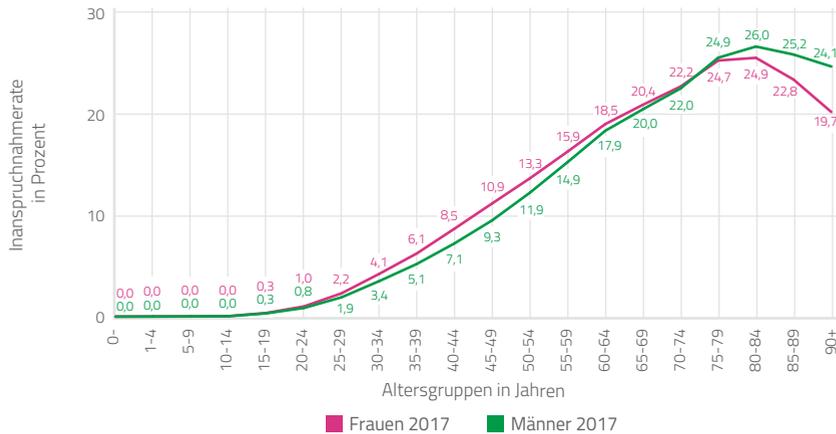
Quelle: Barmer-Daten 2017

Abbildung I 2: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 4 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



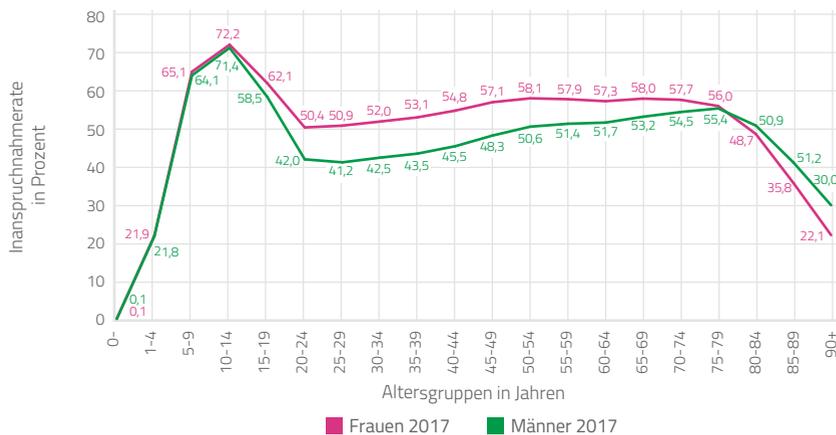
Quelle: Barmer-Daten 2017

Abbildung I 3: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



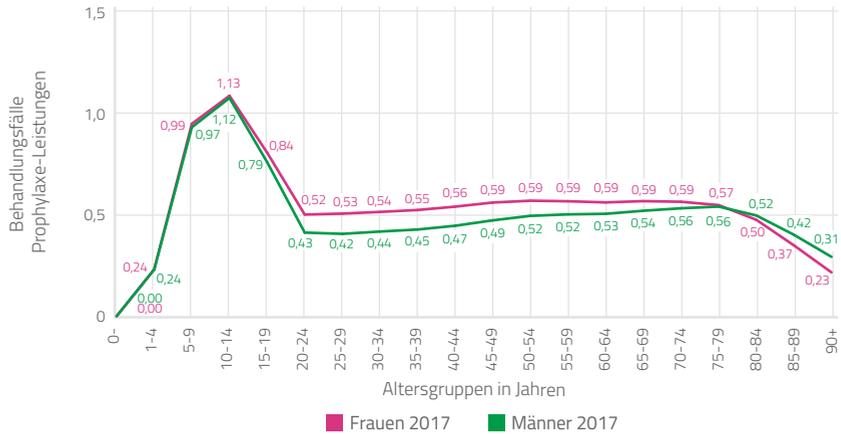
Quelle: Barmer-Daten 2017

Abbildung I 4: Inanspruchnahmerate für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



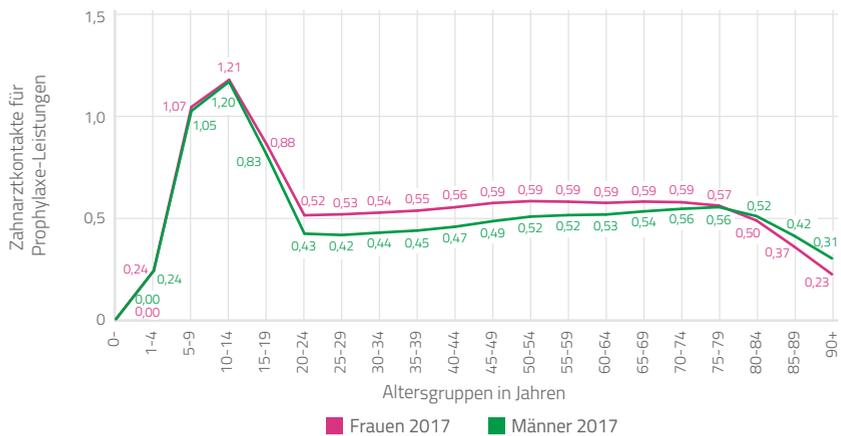
Quelle: Barmer-Daten 2017

Abbildung I 5: Behandlungsfälle Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



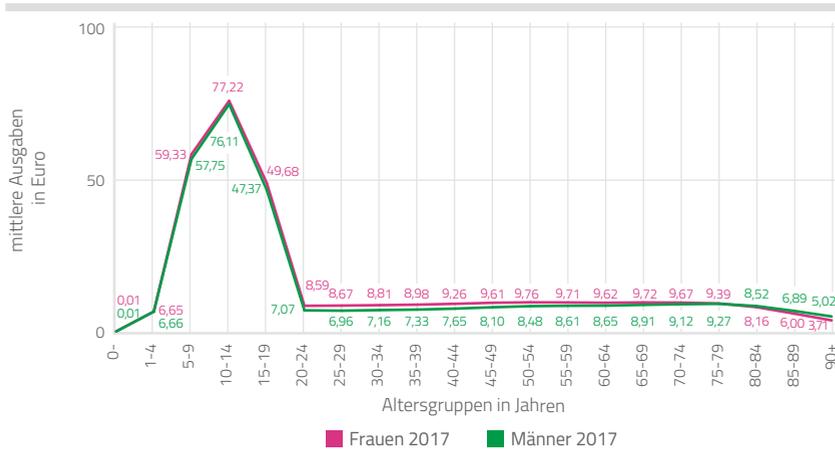
Quelle: Barmer-Daten 2017

Abbildung I 6: Zahnarztkontakte für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



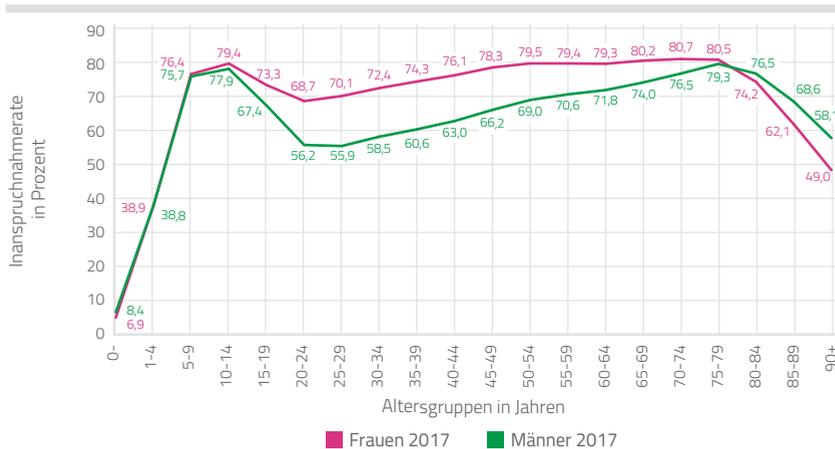
Quelle: Barmer-Daten 2017

Abbildung I 7: Mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



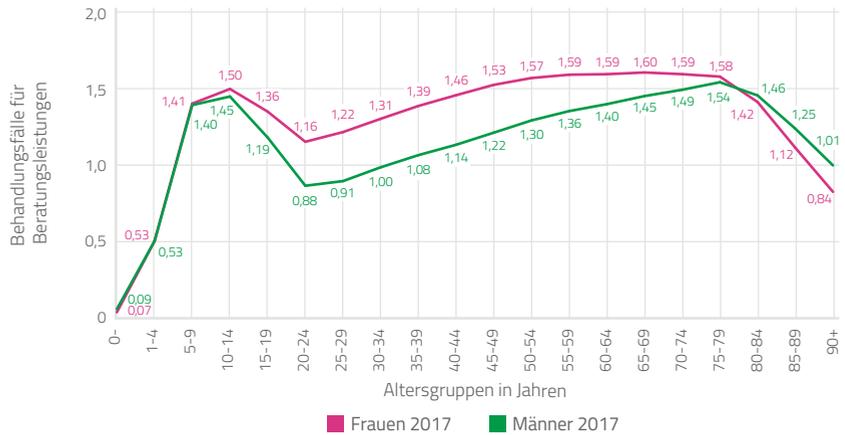
Quelle: Barmer-Daten 2017

Abbildung I 8: Inanspruchnahmerate für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



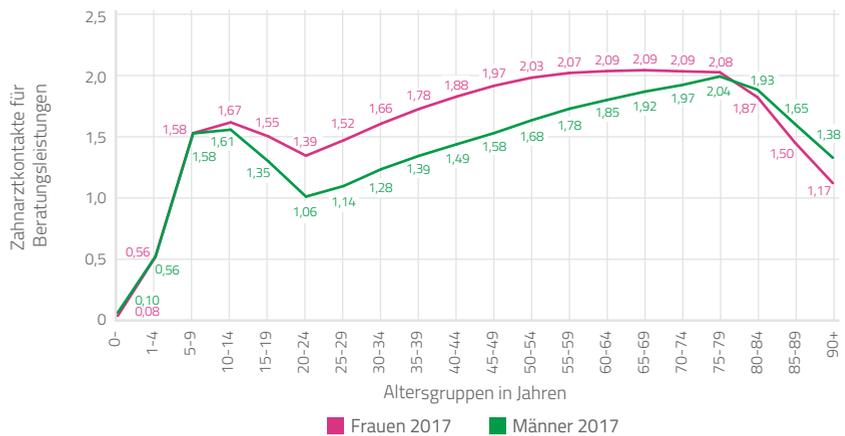
Quelle: Barmer-Daten 2017

Abbildung I 9: Behandlungsfälle für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



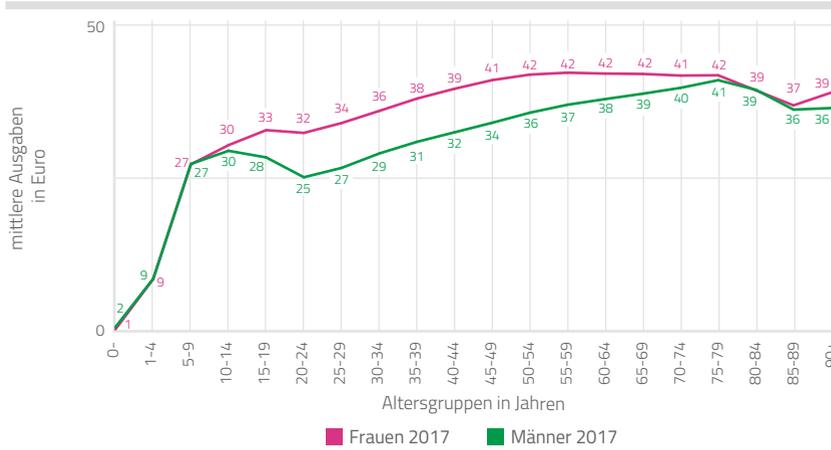
Quelle: Barmer-Daten 2017

Abbildung I 10: Zahnarztkontakte für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: Barmer-Daten 2017

Abbildung I 11: Mittlere Ausgaben für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: Barmer-Daten 2017

Kapitel II

Verzeichnisse

II Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

BEB	Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen
BEL	Bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen
BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BMV-Z	Bundemantelvertrag-Zahnärzte
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DTA	Datenträgeraustausch
EKr	Entfernung einer Krone
EKV-Z	Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte
Ex	Extraktion
FDI	Fédération Dentaire Internationale
FU	Früherkennungsuntersuchung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
IP-Leistungen	Individualprophylaxeleistungen
KCH	Konservierende und chirurgische Leistungen
KFO	Kieferorthopädische Behandlung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung

NEU	Neueingliederung von Zahnersatz
OPT/OPG	Orthopantomogramm, Panoramaschichtaufnahme
PSI	Parodontaler Screening Index
REP	Wiederherstellung von Zahnersatz
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
stand.D2011	standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung in Deutschland nach Zensus 2011
stand.D2017	standardisiert auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2017, basierend auf der von 2011 fortge- schriebenen Bevölkerungsstruktur

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Aufteilung der GKV-Gesamtausgaben und der BARMER-Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung im Jahr 2017 in Prozent	21
Abbildung 1.2:	Anteil der BARMER-Versicherten an der Bevölkerung nach Bundesländern am 31. Dezember 2017 in Prozent	24
Abbildung 2.1:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	32
Abbildung 2.2:	Mittlere Ausgaben je Versicherten für vertragszahnärztliche Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 (ohne Eigenanteile)	33
Abbildung 2.3:	Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (BEMA-Teil 1) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	37
Abbildung 2.4:	Mittlere Ausgaben je Versicherten für die „Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)“ (BEMA-Teil 2) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	38
Abbildung 2.5:	Mittlere Ausgaben je Versicherten für die „Kieferorthopädische Behandlung“ (BEMA-Teil 3) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	38
Abbildung 2.6:	Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (BEMA-Teil 4) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	39
Abbildung 2.7:	Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Zahnersatz und Zahnkronen“ (BEMA-Teil 5) nach Alter und Geschlecht (ohne Eigenanteile) im Jahr 2017	39
Abbildung 3.1:	Inanspruchnahmerate im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Prozent	48

Abbildung 3.2:	Behandlungsfälle je Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	48
Abbildung 3.3:	Zahnarztkontakte je Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	49
Abbildung 3.4:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	49
Abbildung 3.5:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen der Leistungsbereiche Prophylaxe und diagnostische Leistungen nach Alter im Jahr 2017	54
Abbildung 3.6:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen des Leistungsbereichs der therapeutischen Leistungen nach Alter im Jahr 2017	54
Abbildung 3.7:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Füllung im Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht	63
Abbildung 3.8:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnextraktion im Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht (stand.D2017)	66
Abbildung 3.9:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Röntgenpanorama- schichtaufnahme im Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht	68
Abbildung 3.10:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Wurzelbehandlung im Jahr 2017 nach Alter und Geschlecht	70
Abbildung 4.1:	Inanspruchnahmerate für alle Leistungen von BEMA-Teil 2 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	75
Abbildung 4.2:	Inanspruchnahmerate für Eingliederungen von Aufbissbehelfen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	76
Abbildung 4.3:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen von BEMA-Teil 2 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	76
Abbildung 4.4:	Inanspruchnahmerate für Leistungen aus BEMA-Teil 2 nach Alter im Jahr 2017 (stand.D2017)	80

Abbildung 5.1:	Inanspruchnahmerate für alle Leistungen von BEMA-Teil 3 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	87
Abbildung 5.2:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen von BEMA-Teil 3 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	87
Abbildung 6.1:	Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	96
Abbildung 6.2:	Inanspruchnahmerate für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	96
Abbildung 6.3:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	97
Abbildung 6.4:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	97
Abbildung 6.5:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer diagnostischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2017.....	101
Abbildung 6.6:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer therapeutischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2017.....	101
Abbildung 7.1:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	109
Abbildung 7.2:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	109
Abbildung 7.3:	Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) je versorgten Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	110
Abbildung 7.4:	Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) je versorgten Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017.....	111

Abbildung 7.5:	Kassenanteil und Eigenanteil bei Zahnersatz je versorgten Versicherten für Neueingliederungen und Wiederherstellungen nach Bundesländern in Prozent im Jahr 2017 (stand.D2017).....	113
Abbildung 7.6:	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 2017	116
Abbildung 8.1:	Beispielhafte Ausgabenstruktur für eine vertragszahnärztliche Therapie mit Zahnersatz	123
Abbildung 8.2:	Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteile) für Zahnersatz- versorgungen (Neuversorgungen und Wiederherstellungen) nach Versorgungsart 2012 bis 2017 (stand.D2011).....	133
Abbildung 8.3:	Versorgungen der Befundklasse 1: Inanspruchnahmerate für Versicherte ab 20 Jahren (stand.D2011).....	134
Abbildung 8.4:	Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteil) für Zahnersatz- versorgungen der reinen Befundklasse 1 nach Versorgungsart (stand.D2011)	135
Abbildung 8.5:	Versorgungen der Befundklasse 2: Inanspruchnahmerate für Versicherte ab 20 Jahren (stand.D2011).....	137
Abbildung 8.6:	Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteil) für Zahnersatzversorgungen der reinen Befundklasse 2 nach Versorgungsart (stand.D2011)	137
Abbildung 8.7:	Versorgungen der Befundklasse 3: Inanspruchnahmerate für Versicherte ab 20 Jahren (stand.D2011).....	139
Abbildung 8.8:	Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteil) für Zahnersatz- versorgungen der reinen Befundklasse 3 nach Versorgungsart (stand.D2011)	140
Abbildung 8.9:	Versorgungen der Befundklasse 4: Inanspruchnahmerate für Versicherte ab 20 Jahren (stand.D2011).....	141
Abbildung 8.10:	Gesamtausgaben (Kassen- und Eigenanteil) für Zahnersatz- versorgungen der reinen Befundklasse 4 nach Versorgungsart (stand.D2011)	142

Abbildung 8.11: Zahnärztliches Honorar für Versorgungen der reinen Befundklasse 1 (stand.D2011)	144
Abbildung 8.12: Zahnärztliches Honorar für Versorgungen der reinen Befundklasse 2 (stand.D2011)	144
Abbildung 8.13: Zahnärztliches Honorar für Versorgungen der reinen Befundklasse 3 (stand.D2011)	145
Abbildung 8.14: Zahnärztliches Honorar für Versorgungen der reinen Befundklasse 4 (stand.D2011)	145
Abbildung 8.15: Zahnbezogene Überlebenskurven für Regel- und gleichartige Versorgungen der Befundklasse 1.1, Zielereignis: „Extraktion“	151
Abbildung 8.16: Zahnbezogene Überlebenskurven für Regel- und gleichartige Versorgungen der Befundklasse 1.1, Zielereignis: „Entfernung der Zahnkrone“	152
Abbildung 8.17: Überlebenskurven für Regel- und gleichartige Versorgungen der Befundklassen 2.1 bis 2.4. Zielereignis: „Extraktion eines Brückenpfeilers“	154
Abbildung 8.18: Überlebenskurven für Regel- und gleichartige Versorgungen der Befundklassen 2.1 bis 2.4. Zielereignis: „Extraktion oder Entfernung der Krone eines Brückenpfeilers“	155
Abbildung 8.19: Überlebenskurven für andersartige Versorgungen (nur Implantat-suprakonstruktionen) der Befundklassen 2.1 bis 2.4. Zielereignis: „Extraktion eines Pseudobrückenpfeilers“	155
Abbildung 8.20: Überlebenskurven für Regelversorgungen der Befundklasse 3.1 sowie Regel- und gleichartige Versorgungen mit der Befundklasse 3.2 (mit 3.1). Zielereignis: „Neuversorgung mit Befundklasse 3, 4 oder 5 im jeweiligen Kiefer“	159
Abbildung 8.21: Überlebenskurven für andersartige Versorgungen (mit Implantatunterstützung) der Befundklassen 3.1 oder 3.2 (mit 3.1). Zielereignis: „Neuversorgung mit Befundklasse 3, 4, 5 oder 7.5 im jeweiligen Kiefer“	160

Abbildung 8.22: Überlebenskurven für Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen der Befundklassen 4.1 bis 4.4. Zielereignis: „Kieferbezogene Neuversorgung“	162
Abbildung 8.23: Überlebenskurven andersartiger Versorgungen (unter Einbeziehung von Implantaten) der Befundklasse 4. Zielereignis: „kieferbezogene Neuversorgung“	163
Abbildung I 1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahn- ärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	194
Abbildung I 2: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahn- ärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 4 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	194
Abbildung I 3: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahn- ärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	195
Abbildung I 4: Inanspruchnahmerate für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	195
Abbildung I 5: Behandlungsfälle Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	196
Abbildung I 6: Zahnarztkontakte für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	196
Abbildung I 7: Mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	197
Abbildung I 8: Inanspruchnahmerate für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	197
Abbildung I 9: Behandlungsfälle für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	198
Abbildung I 10: Zahnarztkontakte für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	198
Abbildung I 11: Mittlere Ausgaben für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017	199

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Kenngrößen Vertragszahnärztliche Versorgung.....	30
Tabelle 2.2: Übersicht zu den in den einzelnen Kapiteln dieses Reports ausgewiesenen Kenngrößen	31
Tabelle 2.3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben für vertragszahn- ärztliche Leistungen insgesamt im Jahr 2017 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2017).....	32
Tabelle 2.4: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahn ärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben je Versicherten nach Bundesländern* im Jahr 2017 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2017).....	34
Tabelle 2.5: Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben in den alten und neuen Bundesländern* – mit den Versichertenzahlen der BARMER gewichtete Mittelwerte im Jahr 2017 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2017).....	35
Tabelle 2.6: Inanspruchnahme und mittlere Ausgaben differenziert nach BEMA-Teilen im Jahr 2017 (stand.D2017).....	37
Tabelle 2.7: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen nach Bundesländern* im Jahr 2017 in Prozent – getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2017)	40
Tabelle 2.8: Mittlere Ausgaben je Versicherten für vertragszahnärztliche Leistungen nach Bundesländern* im Jahr 2017 – getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2017)	42
Tabelle 3.1: Übersicht der im Kapitel 3 ausgewiesenen Kenngrößen	44
Tabelle 3.2: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in den drei Leistungsbereichen der „Konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 (stand.D2017)	46

Tabelle 3.3:	Inanspruchnahmerate, Anzahl der Behandlungsfälle je Versicherten, Anzahl Zahnarztkontakte je Versicherten und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für konservierende und chirurgische therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Bundesländern* (stand.D2017)	51
Tabelle 3.4:	Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des BEMA-Teils 1 nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2017	53
Tabelle 3.5:	Inanspruchnahmerate für vertragszahnärztliche Leistungen des BEMA-Teils 1 in den Jahren 2010 bis 2017 nach Bundesländern* (stand.D2011)	56
Tabelle 3.6:	Früherkennungsuntersuchungen (30. bis 72. Lebensmonat): Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)	58
Tabelle 3.7:	Inanspruchnahme von IP-Leistungen im Jahr 2017 in Prozent (stand.D2017)*	59
Tabelle 3.8:	Individualprophylaxe (6- bis unter 18-Jährige): Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)	60
Tabelle 3.9:	Zahnsteinentfernung: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)	61
Tabelle 3.10:	Füllungen: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)	64
Tabelle 3.11:	Zahnextraktionen: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)	65
Tabelle 3.12:	Panoramaschichtaufnahme: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2017 (stand.D2011)	67
Tabelle 3.13:	Wurzelbehandlung: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* für die Jahre 2010 bis 2017 (stand.D2011)	69
Tabelle 4.1:	Übersicht der in die Analysen von Kapitel 4 eingehenden Gebührenziffern	73
Tabelle 4.2:	Übersicht der im Kapitel 4 ausgewiesenen Kenngrößen	74

Tabelle 4.3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 und für die Eingliederung von Aufbissbehelfen sowie die Ausgaben je Inanspruchnehmer für alle Leistungen für das Jahr 2017 (stand.D2017)	74
Tabelle 4.4: Inanspruchnahmerate für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für Leistungen im Jahr 2017 nach Bundesländern* (stand.D2017)	78
Tabelle 4.5: Verteilung der häufigsten Ziffern aus BEMA-Teil 2 nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2017 (stand.D2017)	79
Tabelle 4.6: Inanspruchnahmerate für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 für die Jahre 2013 bis 2017 nach Bundesländern* (stand.D2011)	82
Tabelle 5.1: Übersicht der im Kapitel 5 ausgewiesenen Kenngrößen	85
Tabelle 5.2: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen aus BEMA-Teil 3 sowie die Ausgaben je Inanspruchnehmer für alle Leistungen für das Jahr 2017 (stand.D2017)	86
Tabelle 5.3: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten unter 20 Jahren für alle Leistungen aus BEMA-Teil 3 nach Bundesländern* und Leistungsbereichen für das Jahr 2017 (stand.D2017)	89
Tabelle 5.4: Mittlere Ausgaben für kieferorthopädische Leistungen bei Versicherten unter 20 Jahren in den Jahren 2013 bis 2017 nach Bundesländern* in Euro (stand.D2011)	90
Tabelle 6.1: Übersicht der in die Analysen von Kapitel 6 eingehenden Gebührens-ziffern (Gebührens-ziffer 04 aus BEMA-Teil 1 und BEMA-Teil 4 komplett)	93
Tabelle 6.2: Übersicht der im Kapitel 6 ausgewiesenen Kenngrößen	94
Tabelle 6.3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Jahr 2017 (stand.D2017)	95

Tabelle 6.4:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für diagnostische und therapeutische Leistungen im Jahr 2017 nach Bundesländern*	99
Tabelle 6.5:	Verteilung der diagnostischen und therapeutischen Behandlungsleistungen des BEMA-Teils 4 und der Gebührenziffer 04 aus BEMA - Teil 1 nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2017 (stand.D2017)	100
Tabelle 6.6:	Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien in den Jahren 2012 bis 2017 nach Bundesländern* (stand.D2011).....	103
Tabelle 7.1:	Übersicht der in die Analysen von Kapitel 7 eingehenden Befundklassen für Festzuschüsse (Auszug – ausführliche Auflistung der Befundziffern siehe Anhang I 8)	105
Tabelle 7.2:	Übersicht der im Kapitel 7 ausgewiesenen Kenngrößen	106
Tabelle 7.3:	Inanspruchnahmerate, Ausgaben und Eigenanteil je versorgten Versicherten für Neueingliederung (NEU) und Wiederherstellung (REP) im Jahr 2017 (stand.D2017)	108
Tabelle 7.4:	Kenngrößen der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederungen) im Jahr 2017 nach Bundesländern (stand.D2017).....	112
Tabelle 7.5:	Zuschusserhöhung für Versicherte mit lückenloser Führung des Bonusheftes für Zahnersatz im Jahr 2017 (stand.D2017)	114
Tabelle 7.6:	Verteilung der abgerechneten Fälle mit mindestens einem Festzuschussbefund im Jahr 2017 (stand.D2017)	115
Tabelle I 1:	Altersverteilung nach Geschlecht.....	168
Tabelle I 2:	Inanspruchnahmerate in den BEMA-Teilen 1 bis 5 und Gesamt im Jahr 2017 in Prozent	169
Tabelle I 3:	Mittlere Ausgaben je Versicherten in den BEMA-Teilen 1 bis 5 und Gesamt im Jahr 2017 in Euro	170
Tabelle I 4:	Leistungsgruppen BEMA-Teil 1.....	171
Tabelle I 5:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 nach Ländern* (stand.D2017**)	175

Tabelle I 6:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für diagnostische und Beratungsleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 nach Ländern* (stand.D2017**)	176
Tabelle I 7:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für therapeutische Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 nach Ländern* (stand.D2017**)	177
Tabelle I 8:	Befundklassen zu Zahnersatz und Zahnkronen	178
Tabelle I 9:	Inanspruchnahmeraten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 in Prozent	181
Tabelle I 10:	Mittlere Anzahl der Behandlungsfälle in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versicherten im Jahr 2017	182
Tabelle I 11:	Mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versicherten im Jahr 2017	183
Tabelle I 12:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2017 in Euro	184
Tabelle I 13:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus BEMA-Teil 1 im Jahr 2017 nach Alter und Leistungsuntergruppe in Prozent	185
Tabelle I 14:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer der ausgewählten Leistungen im Jahr 2017 in Prozent	186
Tabelle I 15:	Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Beratungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Prozent	187
Tabelle I 16:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Beratungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Euro	188
Tabelle I 17:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer parodontologischen Leistung im Jahr 2017 nach Alter und Gebührensnummer in Prozent	189

Tabelle I 18: Inanspruchnahmerate für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Prozent.....	190
Tabelle I 19: Mittlere Gesamtausgaben je behandelten Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Euro.....	191
Tabelle I 20: Mittlerer Eigenanteil je behandelten Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 in Euro.....	192
Tabelle I 21: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Versorgungsleistung (Zahnersatz und Zahnkronen) im Jahr 2017 nach Alter und Befundklassen in Prozent.....	193

Literaturverzeichnis

- Behr, M., F. Zeman, T. Passauer, M. Koller, S. Hahnel, R. Buegers, R. Lang, G. Handel und C. Kolbeck (2012): Clinical performance of cast clasp-retained removable partial dentures: a retrospective study. *Int J Prosthodont* 25 (2). S. 138–144.
- Bewertungsmaßstab (2018): Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen verfügbar unter:<http://www.kzbv.de/kzbv-bema-20160701.download.e0e5527db954481385-ff0508f95bfe51.pdf> (Download am 15. März 2018)
- Bundeszahnärztekammer (2018): Statistisches Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer 2017/2018. Berlin.
- Dorner, S., F. Zeman, M. Koller, R. Lang, G. Handel und M. Behr (2010): Clinical performance of complete dentures: a retrospective study. *Int J Prosthodont* 23 (5). S. 410–417.
- Gemeinsamer Bundesausschuss - G-BA (2013): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Abschlussberichts der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e.V. (DGPro) zur Überprüfung der Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 Satz 11 SGB V, online unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1892/2013-12-19_Regelversorgung_Abnahme-AB_DGPro.pdf
- Gernet, W. (2007): Zahnärztliche Prothetik, Stuttgart.
- Jokstad, A., J. Orstavik und T. Ramstad (1998): A definition of prosthetic dentistry. *International Journal of Prosthodontics* 11 (4). S. 295–301.
- Jordan, A. R., W. Micheelis und C. Cholmakow-Bodechtel (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) Köln.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2018): Jahrbuch statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung; einschließlich GOZ-Analyse. Köln.
- Kaufhold, R., V. P. Meyer und D. Fink (2001): Comparison of Dental Fees in Europe: The „Euro-Z“ Project. *The European Journal of Health Economics* 2 (1). S. 11–17.
- Klingenberger, D. (2017): Zahnärztliche und zahntechnische Vergütung beim Zahnersatz – Ergebnisse aus einem europäischen Ländervergleich. Informationsdienst des Instituts der Deutschen Zahnärzte. Online unter: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/idz/IDZ-Info_2_2017.pdf (Download am 27. März 2019).
- KZBV und GKV-Spitzenverband (2016): Gemeinsames Rundschreiben der KZBV, K.d.ö.R., Köln und des GKV-Spitzenverbandes, Berlin zu Änderungen bei der Versorgung mit Adhäsivbrücken in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

- Marada, G., A. Nagy, A. Sebestyén, D. Endrei, M. Radnai und I. Boncz (2016): Reimbursement of public dental care in Germany, the United Kingdom, Hungary and Poland. *Orvosi Hetilap* 157 (14). S. 547–553.
- Marcello-Machado, R. M., A. M. Bielemann, G. G. Nascimento, L. R. Pinto, A. A. Del Bel Cury und F. Faot (2017): Masticatory function parameters in patients with varying degree of mandibular bone resorption. *J Prosthodont Res* 61 (3). S. 315–323.
- Micheelis, W., R. Heinrich und Institut der Deutschen Zahnärzte (1999): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie - DMS III: Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Köln.
- Micheelis, W. und T. Hoffmann (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV): Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. Köln.
- Pjetursson, B. E., I. Sailer, M. Zwahlen und C. H. Hammerle (2007): A systematic review of the survival and complication rates of all-ceramic and metal-ceramic reconstructions after an observation period of at least 3 years. Part I: Single crowns. *Clinical Oral Implants Research* 18 Suppl 3. S. 73–85.
- Rädel, M., Böhm, S., Priess, H.-W., Walter, M. (2016): BARMER GEK Zahnreport 2016. Auswertungen zu Daten bis 2014. Schwerpunkt: Regionale Unterschiede. Online unter: <https://www.barmer.de/blob/36826/cddcefefb6701f748e4868cac949ee40/data/pdf-zahnreport-2016.pdf>
- Roubach, M. (2010): Oral Health Systems in Europe. Dissertation - Master in Advanced Studies in Health Economics and Management. Online unter: <http://docshare04.docshare.tips/files/25326/253260589.pdf> (Download am 27. März 2019).
- Schäfer, T., A. Hartmann, R. Hussein, E. M. Bitzer und F. W. Schwartz (2013): BARMER GEK Zahnreport 2013. Auswertungen des Jahres 2011 sowie eine Verlaufsanalyse von Zahnersatzdaten 2001 bis 2009. Online unter: <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/zahnreporte/report-2013-38902>
- Schroeder, E (2001): Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2020. Ein Bericht der I + G Gesundheitsforschung München für die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde e.V. - DGZPW.

Autorenverzeichnis

Steffen Bohm, Diplom-Volkswirt, Geschäftsführer, AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH Berlin.

Heinz-Werner Priess, Dr. rer. nat., Leiter Statistik & IT, AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH Berlin.

Michael Rädels, Dr. med. dent., M. Sc., Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden.

Ulrich Reinacher, Diplom-Biophysiker, Statistik & IT, AGENON – Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH Berlin.

Michael Walter, Prof. Dr. med. dent., Direktor, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden.

Bundesländer Deutschland



- | | | | |
|----------------------|-----------------------|---------------|--------------------------|
| ① Schleswig-Holstein | ⑤ Nordrhein-Westfalen | ⑨ Bayern | ⑬ Mecklenburg-Vorpommern |
| ② Hamburg | ⑥ Hessen | ⑩ Saarland | ⑭ Sachsen |
| ③ Niedersachsen | ⑦ Rheinland-Pfalz | ⑪ Berlin | ⑮ Sachsen-Anhalt |
| ④ Bremen | ⑧ Baden-Württemberg | ⑫ Brandenburg | ⑯ Thüringen |

Anordnung gemäß amtlichem Gemeindeschlüssel (AGS) zur Verwendung durch die statistischen Ämter mit dem Ziel einheitlicher Anordnung aller Bundesländer

