

Befundbezogene Festzuschüsse als innovatives Steuerungs- instrument in der Zahnmedizin

**Systemtheoretische
Einordnung und
empirische Befunde**



**Befundbezogene Festzuschüsse als
innovatives Steuerungsinstrument
in der Zahnmedizin**

Systemtheoretische Einordnung
und empirische Befunde

Forschungsbericht

**Befundbezogene Festzuschüsse
als innovatives Steuerungs-
instrument in der Zahnmedizin
– Systemtheoretische Einordnung und
empirische Befunde –**

Forschungsbericht

Bearbeitet von:
David Klingenberg, IDZ
Wolfgang Micheelis, IDZ

Köln, Oktober 2005

Inhaltsverzeichnis

Abstract	7
1. Theoretisch-wissenschaftliche Rahmensetzung	9
1.1 Forschungspolitischer Anlass	9
1.2 Derzeitiger Forschungsstand	10
1.3 Evaluation als Zielkonzept	11
1.4 Methodische Grundlagen der theoretischen Analyse.....	11
1.5 Methodische Grundlagen der empirischen Analyse	12
1.6 Repräsentativität und Datenqualität	13
2. Definitionen	14
2.1 Regelversorgung, gleichartige Versorgung und andersartige Versorgung.....	14
2.2 Versorgungsumfang im internationalen Vergleich.....	15
3. Befundbezogene Festzuschüsse: Ökonomisch-theoretische Analyse	19
3.1 Allokative Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen.....	19
3.2 Distributive Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen.....	23
3.3 Gesamtfazit der theoretischen Analyse.....	26
4. Befundbezogene Festzuschüsse: Empirische Befunde	28
4.1 Datenquellen und Vorgehen bei der statistischen Datenauswertung	28
4.2 Ergebnisse	31
4.2.1 ZE-Ausgaben der Krankenkassen (Vergleich 2005 versus 2004)	31
4.2.2 Struktur der ZE-Fallkosten (2005)	36
4.2.3 Allgemeine Versorgungsstruktur (Vergleich 2005 versus 2004).....	43
4.2.4 Spezielle Versorgungsstruktur.....	44
5. Schlussfolgerungen und weitere Forschungsbedarfe	48
5.1 Erkenntnisse zur Bemessung der Festzuschusshöhe.....	48
5.2 Erkenntnisse zum zahnprothetischen Versorgungsniveau.....	49
5.3 Erkenntnisse zum Abrechnungsverhalten der Zahnärzte.....	51
5.4 Erkenntnisse zu den finanziellen Belastungen der Patienten.....	51
5.5 Implementation des Systems befundbezogener Festzuschüsse als „lernendes System“	52
5.6 Partizipative Entscheidungsfindung als Forschungstopos der Arzt-Patienten-Beziehung	54
Verzeichnis der Abbildungen	57
Verzeichnis der Tabellen	59
Literaturverzeichnis	61

Abstract

Die Einführung der so genannten befundbezogenen Festzuschüsse in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zum 01.01.2005 stellt insofern eine ordnungspolitische Innovation dar, als den Patienten hiermit erstmalig für den zahnprothetischen Versorgungsbereich feste Beträge in Geldeinheiten zu definierten klinischen Befunden des Lückengebisses gewährt werden – und zwar unabhängig von der letztlich durchgeführten Therapieform. In der Vergangenheit erfolgte die entsprechende Leistungsgewährung über so genannte prozentuale Zuschüsse, wobei die Zuschusshöhe direkt von der Art der Zahnersatzversorgung abhängig war. Die Umstellung auf das Leistungskonzept der befundbezogenen Festzuschüsse brachte mit sich, dass nunmehr auch ein Zuschuss auf zahnmedizinische Prothetikleistungen institutionalisiert wurde, für die der gesetzliche Leistungskatalog bislang keine finanzielle Bezuschussung vorsah (z. B. Suprakonstruktionen auf Implantate). Innovative zahnmedizinische Therapieformen werden in dem System befundbezogener Festzuschüsse insofern nicht mehr wie in der Vergangenheit ausgegrenzt.

Die vorliegende Forschungsmonographie analysiert das befundbezogene Festzuschusskonzept aus einem systemtheoretischen Blickwinkel der Angebots- und Nachfragesteuerung gesundheitlicher Dienstleistungen, wobei insbesondere den allokativen und distributiven Wirkungen von Festbeträgen nachgegangen wird. Als Fazit dieser gesundheitsökonomisch-theoretischen Analyse wird herausgearbeitet, dass das Festzuschuss-System insbesondere in einem direkten Vergleich mit anderen Selbstbeteiligungsmodellen allokativ effizienter erscheint und in distributiver Hinsicht ein größeres Potential sozialer Gerechtigkeit entfaltet.

Im zweiten Teil dieser Forschungsmonographie wird auf der Basis ausgewählter Daten der KZBV-Abrechnungsstatistik und spezieller KZBV-Zahnarztstichproben (für den Bereich der Direktabrechnung) geprüft, inwieweit das System befundbezogener Festzuschüsse nach den versorgungspolitisch relevanten Aspekten a) der Bemessung der Festzuschuss Höhe, b) dem zahnprothetischen Versorgungsniveau, c) dem zahnärztlichen Abrechnungsverhalten und d) den finanziellen Belastungen des Patienten einem empirischen Abgleich mit dem System ex ante (Bezugsjahr 2004) standhält. Insgesamt lässt die Prozessevaluation für den Zeitraum bis Juli 2005 eine konsolidierende Entwicklung erkennen, wobei insbesondere das sozialmedizinisch etablierte Versorgungsniveau in seiner Substanz im neuen Festzuschuss-System abgebildet ist. Im Hinblick auf den Parameter der Fallzahlenentwicklung ist der Vorjahresumfang hingegen noch nicht wieder erreicht; fehlende Übergangsregelungen und Vorzieheffekte haben hier sicherlich fallzahldämpfend gewirkt. Gleichwohl ist eine Angleichung an die Werte des Vorjahres als statistischer Trend erkennbar.

Als zentrale Schlussfolgerung muss gezogen werden, dass ein weiteres Monitoring des Festzuschuss-Systems erfolgen sollte, um die Lernprozesse in der praktischen Anwendung auf beiden Akteursseiten, also bei Patient und Zahnarzt gleichermaßen, weiter verfolgen zu können. Als "Verhaltenssystem" braucht das Festzuschuss-System ausreichende Zeit, ehe von einer wirklichen Etablierung dieses speziellen Leistungsgewährungssystems mit seinen Stärken und evtl. Schwächen gesprochen werden kann. Um die faktischen Entscheidungsprozesse bei konkreten ZE-Versorgungen gleichgewichtig abbilden und mehr Erkenntnisse über die Patientenbedürfnisse erlangen zu können, sollte die Versorgungsrealität im Sinne des Shared Decision-Making-Modells auch weiterhin wissenschaftlich begleitet werden.

Befundbezogene Festzuschüsse als innovatives Steuerungsinstrument in der Zahnmedizin – Systemtheoretische Einordnung und empirische Befunde* –

1. Theoretisch-wissenschaftliche Rahmensetzung

1.1 Forschungspolitischer Anlass

Mit Wirkung vom 1. Januar 2005 hat der Gesetzgeber im Bereich der zahnprothetischen Versorgung das Instrument der befundbezogenen Festzuschüsse eingeführt. Befundbezogene Festzuschüsse stellen eine neuartige Form eines Patientenbeteiligungssystems dar, deren Wirkungsweise bislang wenig erforscht ist. Spezieller forschungspolitischer Anlass der vorliegenden Studie ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Auswirkungen der befundbezogenen Festzuschüsse im Bereich der Zahnprothetik zu überprüfen und ggf. auf der Grundlage von § 56 Abs. 2 Satz 12 SGB V fortzuentwickeln (vgl. Festzuschuss-Richtlinien des GBA, Protokollnotiz vom 3. November 2004). Konkret sollen Inhalt und Umfang der Regelversorgungen in geeigneten Zeitabständen überprüft und ggf. an die zahnmedizinische Entwicklung angepasst werden. Die Regelversorgung hat sich dabei gemäß § 56 Abs. 2 Satz 3 an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz (einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen) nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören.

Da es sich bei dem System befundbezogener Festzuschüsse um einen *neuen ordnungspolitischen Weg* handelt (Saekel, 2004), ist eine begleitende Evaluation der Auswirkungen des Festzuschuss-Systems zugleich von grundsätzlichem Interesse für die Gesundheitspolitik. Die Versorgungsforschung bewegt sich hier insofern in einem Bereich, dem auf der einen Seite hohe praktische Relevanz beizumessen ist, der auf der anderen Seite aber auch mit hohen – vorab zu klärenden – systemtheoretischen Anforderungen und Voraussetzungen verbunden ist. In einer umfassenden Darstellung ist somit zu fragen, inwieweit sich das System befundbezogener

* Wir danken Dipl.-Math. Lothar Scheibe, Dipl.-Kaufm. Rolf Thieme und Dipl.-Betriebsw. Richard Horbert vom Fachbereich Statistik der KZBV für wertvolle Anregungen bei der Abfassung des Forschungsberichtes und die Überlassung der empirischen Datenbestände zum ZE-Abrechnungsgeschehen.

Festzuschüsse gesamthaft in das Gesundheitssystem einfügt; dies speziell im Hinblick auf alternative Patientenbeteiligungssysteme.

1.2 Derzeitiger Forschungsstand

Von einer systematisch-empirischen und entsprechend ausdifferenzierten wissenschaftlichen Beschäftigung mit den Wirkungen von Patientenbeteiligungssystemen kann derzeit noch nicht gesprochen werden. Dies verwundert um so mehr, als die Notwendigkeit der Implementierung und Ausweitung von Selbstbeteiligungsformen in den letzten Jahren von der Gesundheitspolitik verstärkt thematisiert worden ist. Im angelsächsischen Sprachraum hat sich die Gesundheitssystemforschung – aufbauend auf den grundlegenden Arbeiten von *Arrow* (Arrow, 1963) und *Pauly* (Pauly, 1968) – bereits frühzeitig aus wohlfahrtsökonomischer Sicht mit den Wirkungen von Selbstbeteiligungssystemen befasst. Als hilfreich für die weitere Entwicklung und die Verfeinerung gesundheitsökonomischer Analyseansätze erwies sich vor allem das ‚RAND Health Insurance Experiment‘ (HIE), das in der Zeit von November 1974 bis Januar 1982 mit finanzieller Unterstützung der US-Regierung von der RAND Corporation (Santa Monica) durchgeführt wurde (Rau, 1992, S. 73 ff.). Ziel des HIE war es, die Folgen unterschiedlicher Formen der Finanzierung und der Leistungserbringung im Gesundheitswesen anhand umfangreicher empirischer Datenbestände zu untersuchen. Konzeptionell konnte das HIE auf die schnell wachsende Forschungsliteratur im Bereich der jungen ‚Health Economics‘ zurückgreifen. Dieses Wechselspiel verdeutlicht, in welchem Ausmaß die analytisch-theoretischen und empirisch-praktischen Forschungsstränge in der Wissenschaft und hier speziell in der Gesundheitssystemforschung in ihrer Weiterentwicklung wechselseitig aufeinander angewiesen sind.

In Deutschland entwickelte sich ein entsprechender Forschungszweig erst sehr spät und zögerlich. Es mangelte zunächst gleichermaßen an empirischen Daten wie am analytischen Problemverständnis. Da die gesetzliche Krankenversicherung von ihrem Selbstverständnis und ihrem Leistungskatalog her grundsätzlich als Krankheitskostenvollversicherung angesehen wurde, fehlte zudem ein entsprechender forschungspolitischer Anlass, der als Initialzündung für die wissenschaftliche Beschäftigung mit Patientenbeteiligungssystemen hätte wirken können. Die Situation änderte sich erst, als sich der renommierte *Verein für Socialpolitik* auf einer wissenschaftlichen Tagung im Jahre 1986 erstmals systematisch mit gesundheitsökonomischen Fragestellungen auseinandersetzte (Gäfgen, 1986). Die grundlegende Arbeit von *Schulenburg* über die Allokations- und Verteilungswirkungen von Selbstbeteiligungen wurde im darauffolgenden Jahr veröffentlicht (Schulenburg, 1987).

Aufgrund dieser gegenüber der angelsächsischen Forschungsszene „nachhinkenden Entwicklung“ ist der aktuelle Forschungsstand in Deutschland auch heute noch vergleichsweise unbefriedigend. Die hiesige Forschungsliteratur zu Patientenbeteili-

gungssystemen weist immer noch einen starken ordnungspolitischen Fokus auf und stellt zumeist auf den statischen Finanzierungseffekt und nicht auf den dynamischen Steuerungseffekt ab. Eine Differenzierung nach unterschiedlichen Selbstbeteiligungsformen bleibt die Ausnahme, ebenso die Untermauerung der theoretischen Analyse mittels empirischer Daten.

Der aktuelle Forschungsstand bietet insofern Anlass genug für eine umfassendere, gleichermaßen theoretisch-analytische wie empirische Analyse des befundbezogenen Festzuschussmodells.

1.3 Evaluation als Zielkonzept

Der vorliegende Forschungsbericht versteht sich als eine gleichermaßen theoretisch-analytische wie empirisch fundierte Evaluationsstudie zu den Auswirkungen des Systems befundbezogener Festzuschüsse auf das zahnprothetische Versorgungsniveau in der Bundesrepublik Deutschland. Charakteristikum der Evaluationsforschung ist nach *Badura und Strodtholz*, dass sie „von der bloß intuitiven Wertung eines Produkts, einer Dienstleistung oder eines sozialpolitischen Programms unterschieden“ (Badura und Strodtholz, 2003, S. 721) werden kann. *Kaluzney und Veney* definieren Evaluationsforschung als „Sammlung von Informationen durch verschiedene methodologische Strategien, um die Relevanz, das Management, die Effektivität und die Langzeitauswirkungen von Gesundheitsversorgungsprogrammen zu bestimmen“ (zit. nach Schwartz und Dörning, 1992, S. 178).

Im Rahmen der Analyse gilt es zu berücksichtigen, dass es sich bei dem neuartigen System befundbezogener Festzuschüsse um ein „lernendes System“ handelt, das auf seinem Entwicklungspfad Zeit benötigt (vgl. Abschnitt 5.5). Eine *prozessorientierte Vorgehensweise* der Evaluation erscheint vor diesem Hintergrund gegenüber einem ergebnisorientierten Ansatz vorzugswürdig. Die prozessorientierte Vorgehensweise zeichnet sich dadurch aus, dass sie im Unterschied zum ergebnisorientierten Ansatz weniger auf ein abschließendes Qualitätsurteil, als vielmehr auf die *laufende Bewertung und Verbesserung des Leistungsgeschehens* abzielt (Badura/Strodtholz, 2003, S. 721).

1.4 Methodische Grundlagen der theoretischen Analyse

Im theoretisch-analytischen Teil der Evaluationsstudie wird auf die *mikroökonomische Verhaltenstheorie als methodisches Basismodell der Gesundheitsökonomik* zurückgegriffen. Die mikroökonomische Verhaltenstheorie versucht das ökonomische Verhalten der im Gesundheitssystem agierenden Wirtschaftssubjekte zu beschreiben und Hypothesen über Verhaltensänderungen aufgrund von Datenänderungen abzuleiten (Zdrowomyslaw und Dürig, 1999, S. 13 ff.). Aufgrund ihres *hypotesengenerierenden Potentials* werden gesundheitsökonomische Partialanalysen zunehmend im Vorfeld von Finanzierungsreformen im Gesundheitssystem genutzt und in diesem

Zusammenhang auch zur politischen Begründung konkreter Reformschritte herangezogen.

Zusätzlich wird in der Analyse auf die *Erkenntnisse der Verhaltens- und Sozialwissenschaften* zurückgegriffen, die mit speziellem Fokus auf das Gesundheitssystem insbesondere betont, dass die (Zahn-)Medizin zugleich eine *Handlungswissenschaft* ist, innerhalb derer die systematische Analyse des Verhaltens der beteiligten Akteure „angesichts zahlreicher Unsicherheiten und individueller Variationen bei Diagnosenstellung und Therapie von Krankheiten“ eine Daueraufgabe darstellt (Siegrist, 2005, S. 7), die insofern eben auch ein langfristiges begleitendes Monitoring im Sinne der prozessorientierten Vorgehensweise erfordert.

Zur Beurteilung der biologischen Wertigkeit spezieller zahnprothetischer Versorgungsformen wird zudem ergänzend auf wissenschaftliche Erkenntnisse aus der *zahnmedizinischen Forschung* zurückgegriffen.

1.5 Methodische Grundlagen der empirischen Analyse

Der empirische Teil des Forschungsberichtes basiert im wesentlichen auf *Sekundärdatenanalysen*. Unter einer Sekundärdatenanalyse wird hier „die Analyse von Daten im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen ohne direkten Bezug zum primären Erhebungsanlass verstanden“ (Swart et al., 2005). Im Hinblick auf die spezifischen Erkenntnisanforderungen wurde eine vierstufige Vorgehensweise der Datengewinnung zugrunde gelegt:

- Anforderungsstufe 1: Erfordernis von zeitnahen Aussagen über die aktuelle Entwicklung der Zahl der Fälle und der Höhe des Zuschussvolumens,
- Anforderungsstufe 2: Erfordernis der Erfassung detaillierter Daten aus den Heil- und Kostenplänen zur Aufteilung der Gesamtkosten,
- Anforderungsstufe 3: Erfordernis des Einbezugs detaillierter einzelfallbezogener Strukturdaten zu den Befunden, Regelversorgungen und Therapieplanungen,
- Anforderungsstufe 4: Erfordernis des Einbezugs detaillierter Strukturdaten zu den GOZ-Rechnungen und den Laborrechnungen.

Inhalt und Struktur der über das vorgenannte vierstufige Verfahren einbezogenen Datenquellen (Frequenzstatistiken, verschiedene Stichproben) werden in Abschnitt 4.1 ausführlicher erläutert. Soweit anhand der verfügbaren Datensätze inhaltlich und methodisch ein *Vorjahresvergleich* möglich und sinnvoll ist, wird diese Form der *dynamischen, zeitraumbezogenen Analyse* angewendet, ansonsten wird auf das Verfahren der *statischen, zeitpunktbezogenen Betrachtung* zurückgegriffen. Zusätzlich werden Möglichkeiten einer Verknüpfung unterschiedlicher Datenquellen (etwa zu Plausibilitätsprüfungen) genutzt. Vom methodischen Studiendesign her handelt es

sich also um einen multiplen Studienansatz unter Verwendung von Routineprozessdaten und definierten Stichprobenerhebungen.

1.6 Repräsentativität und Datenqualität

Aufgrund der Vielzahl der Datenquellen muss die Frage der Repräsentativität sowie der Datenqualität differenziert beantwortet werden:

- Bei der *Standard-Frequenzstatistik der KZBV* handelt es sich um eine *Vollerhebung*, weshalb hier eine vollständige Repräsentativität hinsichtlich der über die KZVen abgerechneten Festzuschüsse und Häufigkeiten der Befundnummern vorausgesetzt werden kann. Generell wurde das Datenmaterial so einbezogen, wie es auch mit den Krankenkassen abgerechnet wurde.
- Die *spezielle Frequenzstatistik der KZBV* umfasst – bezogen auf den Zeitraum Januar bis Juli 2005 – ca. 1,1 Millionen Diskettenabrechnerfälle mit detaillierten Einzelfalldaten. Zur Kontrolle einer ausreichenden Repräsentativität erfolgt jeweils ein Strukturabgleich mit der Standard-Frequenzstatistik der KZBV auf Bundesebene.
- Die *KZBV-Zufallsstichprobe* enthält etwa 10.000 Einzelfälle pro Quartal bzw. 40.000 Einzelfälle pro Jahr aus den laufenden Monatsabrechnungen der KZVen und soll dazu dienen, ein repräsentatives Bild der über die KZVen abgerechneten ZE-Fälle wiederzugeben. Eine Kontrolle auf Repräsentativität des vorliegenden Materials auf Bundesebene wird laufend durchgeführt.
- Bei der *KZBV-Zahnarztstichprobe* handelt es sich um eine Freiwilligenstichprobe, die zur Ermittlung des Volumens und der Struktur der andersartigen Versorgungen dient, d. h. der sog. Direktabrechnungsfälle, die nicht über die KZVen abgerechnet werden und insofern auch nicht in der Frequenzstatistik der KZBV enthalten sind. Der Umfang dieser als *Panel* aufgebauten Zahnarztstichprobe beträgt zur Zeit (Stand: Juli 2005) über 2.000 Fälle. Als Hochrechnungsrahmen dient der KZV-Umsatz der Praxen, der mit der KZV-Umsatzstruktur aus der bundesweiten Gesamtstatistik abgeglichen wird. Diese Gesamtstatistik wird der KZBV im Rahmen der jährlichen Kostenstrukturerhebung von den KZVen zur Verfügung gestellt. Aus der Summation der über die KZVen abgerechneten Beträge und des auf der Basis der Zahnarztstichprobe hochgerechneten Festzuschussvolumens lässt sich im Vergleich mit den Rechnungsergebnissen der gesetzlichen Krankenkassen nach der Statistik KV45 eine nahezu vollständige Deckungsgleichheit erkennen.

2. Definitionen

2.1 Regelversorgung, gleichartige Versorgung und andersartige Versorgung

Im Rahmen der Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse hat der Gesetzgeber drei Arten von Zahnersatz unterschieden. Die Unterschiede bestehen in der Art der zahnmedizinischen Ausführung (Therapieform), den Honorarregelungen und dem Abrechnungsverfahren.

Die Grundsätze der *Regelversorgung* sind in § 56 SGB V geregelt. Diese hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören. Die Regelversorgung entspricht im Wesentlichen den Vertragsleistungen, die bis zum 31. Dezember 2004 gewährt wurden. Erstmals gewährt wird der Festzuschuss für andersartige Leistungen (z. B. implantatgestützter Zahnersatz), während bei Kombinationszahnersatz (Teleskopkronen) nunmehr engere Indikationsgrenzen gelten. Der befundbezogene Festzuschuss soll 50 Prozent der statistischen Durchschnittskosten für die Regelversorgung abdecken. Die Vergütung für die durchgeführte Regelversorgung richtet sich gemäß § 87 Abs. 2, 2d SGB V nach dem Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA). Die Abrechnung der Festzuschüsse erfolgt über die KZV, während die über die Festzuschüsse hinausgehenden Kosten direkt mit dem Patienten abgerechnet werden.

Eine *gleichartige Versorgung* im Sinne des § 55 Abs. 4 SGB V liegt vor, wenn diese die Regelversorgung beinhaltet, jedoch zusätzliche Versorgungselemente wie z. B. zusätzliche Brückenglieder sowie zusätzliche und andersartige Verankerungs- bzw. Verbindungselemente aufweist (sog. Add-on-Leistungen). Wählt der Versicherte gleichartigen Zahnersatz, so erhält er den Festzuschuss für die Regelversorgung und hat die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen. Diese Mehrkosten werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet und dem Versicherten in Rechnung gestellt. Die Abrechnung des Festzuschusses erfolgt über die KZV.

Eine *andersartige Versorgung* im Sinne des § 55 Abs. 5 SGB V liegt vor, wenn diese die für den jeweiligen Befund festgelegte Regelversorgung nicht beinhaltet. Dies bedeutet, dass implantatgestützter Zahnersatz grundsätzlich als andersartiger Zahnersatz anzusehen ist. Bei andersartigem Zahnersatz erfolgt die Abrechnung nach der GOZ direkt mit dem Patienten. Er erhält – wie bei einer Regelversorgung auch – einen Festzuschuss von seiner Krankenkasse, in diesem Falle jedoch auf dem Wege der Kostenerstattung, d. h. es erfolgt keine Abrechnung über die KZV.

Die Fälle, die sowohl eine gleich- wie eine andersartige Versorgung beinhalten (*Mischformen*), werden in toto wie andersartige Versorgungen abgewickelt. *Begleitleistungen* sind immer im Zusammenhang mit der durchgeführten Therapie zu sehen und werden, soweit sie im Zusammenhang mit der Regelversorgung anfallen, als Sachleistung über die KZV abgerechnet. Sofern diese Begleitleistungen jedoch nur aufgrund des gleich- oder andersartigen Zahnersatzes notwendig werden, erfolgt eine direkte Abrechnung mit dem Patienten nach der GOZ.

2.2 Versorgungsumfang im internationalen Vergleich

Im Rahmen der Evaluationsstudie sollen die Auswirkungen der befundbezogenen Festzuschüsse auf den *Versorgungsumfang* im Bereich der zahnprothetischen Versorgung untersucht werden. Dies führt zu der Frage nach einer *operationalen Definition* des Versorgungsumfangs.

Der Versorgungsumfang eines Gesundheitssystems bestimmt sich danach, in welchem Ausmaß die Bevölkerung mit Gesundheitsgütern und -dienstleistungen versorgt wird bzw. inwiefern der freie und zeitnahe Zugang der Bevölkerung zu diesen Gesundheitsgütern gewährleistet ist. Anhaltspunkte für den Versorgungsumfang erhält man insofern primär über eine *Ressourcenbetrachtung des Gesundheitssystems*. Aussagen über das *Versorgungsniveau* können im Übrigen aus dieser Ressourcenbetrachtung nicht direkt abgeleitet werden, da hierbei zusätzlich medizinische Outcomes berücksichtigt werden müssten.

Zur Bestimmung des Versorgungsumfangs werden von *Beske und Drabinski* (Beske und Drabinski, 2005) folgende Indikatoren herangezogen:

- die Arztdichte, Facharztdichte sowie Zahnarztdichte,
- die Gewährleistung der freien Arztwahl in der hausärztlichen Versorgung sowie die Gewährleistung des freien Zugangs zur fachärztlichen Versorgung,
- das Ausmaß der Zuzahlungen in der hausärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie im Krankenhaus,
- der Umfang der zahnärztlichen und zahnprothetischen Versorgung,
- der Umfang der Heil- und Hilfsmittel im Leistungskatalog,
- die Zahl der akutstationären Betten je 1.000 Einwohner und die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus,
- die Gewährleistung der Krankenhauswahl,
- die Wartezeit im Krankenhaus.

In der vergleichenden Studie von *Beske und Drabinski* wurde anhand der genannten Indikatoren für 14 OECD-Staaten jeweils ein Versorgungsindex als Aggregat ermittelt, der den Versorgungsumfang der jeweiligen Länder im Jahre 2001 widerspiegelt. Mit einem Versorgungsindex von 119 erreichte Deutschland den höchsten Versor-

gungsumfang, gefolgt von Österreich (116), Belgien (112) sowie der Schweiz (108). Am niedrigsten war der Versorgungsumfang in den USA mit einem Index von 77.

Für die Frage nach dem *zahnmedizinischen Versorgungsumfang* sind gemäß obiger Aufzählung insofern die folgenden Indikatoren relevant:

- die Zahnarztdichte,
- das Ausmaß der Zuzahlungen in der zahnärztlichen Versorgung,
- sowie der Umfang der zahnärztlichen und zahnprothetischen Versorgung.

Die folgenden Abbildungen sind der erwähnten Studie von *Beske und Drabinski* entnommen. Die jeweiligen Indikatoren wurden im Ländervergleich hinsichtlich ihrer Höhe bzw. ihres Ausmaßes bewertet und auf einer Ordinalskala mit „1“ für gering, „1,5“ für mittel bzw. „2“ für hoch eingeordnet. Ein isoliertes Gesamtranking speziell für den zahnmedizinischen Bereich wurde in der Studie von *Beske und Drabinski* nicht vorgenommen.

Bei der Zahnarztdichte liegt der Durchschnitt bei 0,6 Zahnärzten je 1.000 Einwohner. Deutschland liegt mit 0,8 Zahnärzten je 1.000 Einwohner an dritter Stelle. Die Spitzenstellung nehmen Schweden und Dänemark mit einer Zahnarztdichte von 0,9 Zahnärzten je 1.000 Einwohner ein. An letzter Stelle liegt Großbritannien mit 0,4 Zahnärzten je 1.000 Einwohner (vgl. Abbildung 1).

	AUS	B	DK	D	F	GB	I	JAP	CAN	NL	A	SWE	CH	USA
Hoch		2	2	2								2		
Mittel	1,5				1,5		1,5	1,5	1,5	1,5	1,5		1,5	1,5
Gering						1								

Quelle: Beske/Drabinski, 2005, Bd. II, S. 175.

Abbildung 1: Zahnarztdichte (Zahnärzte je 1.000 Einwohner) im internationalen Vergleich

Der Umfang der zahnärztlichen Versorgung ist hoch in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Japan und Österreich, eingeschränkt in Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Schweden und in der Schweiz, gering in Australien, Kanada und den USA (vgl. Abbildung 2).

	AUS	B	DK	D	F	GB	I	JAP	CAN	NL	A	SWE	CH	USA
Hoch		2	2	2	2			2			2			
Mittel						1,5	1,5			1,5		1,5	1,5	
Gering	1								1					1

Quelle: Beske/Drabinski, 2005, Bd. II, S. 179.

Abbildung 2: Umfang der zahnärztlichen Versorgung im internationalen Vergleich

Zuzahlungen bei der zahnärztlichen Versorgung sind weithin üblich (Klingenberger, 2004, S. 94 ff.). Lediglich Italien und die Niederlande verzichten noch auf eine entsprechende Zuzahlung (vgl. Abbildung 3).

	AUS	B	DK	D	F	GB	I	JAP	CAN	NL	A	SWE	CH	USA
Nein							2			2				
Ja	1	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	1

Quelle: Beske/Drabinski, 2005, Bd. II, S. 179.

Abbildung 3: Zuzahlung bei zahnärztlicher Versorgung im internationalen Vergleich

Zahnersatz ist im Leistungskatalog in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Österreich und in Schweden enthalten. Im begrenzten Umfang sind zahnprothetische Leistungen im Leistungskatalog enthalten in Australien, Belgien, Kanada, den Niederlanden und in der Schweiz. Keine Leistungen für Zahnersatz haben Dänemark, Italien und die USA (vgl. Abbildung 4).

	AUS	B	DK	D	F	GB	I	JAP	CAN	NL	A	SWE	CH	USA
Ja				2	2	2		2			2	2		
Begrenzt	1,5	1,5							1,5	1,5			1,5	
Nein			1				1							1

Quelle: Beske/Drabinski, 2005, Bd. II, S. 180.

Abbildung 4: Zahnersatz im Leistungskatalog im internationalen Vergleich

Resümierend kann man sagen, dass Deutschland im internationalen Vergleich insbesondere hinsichtlich des zahnmedizinischen Versorgungsumfanges – ablesbar an der Zahnarztdichte und dem Umfang der Leistungen für zahnärztliche und zahnprothetische Maßnahmen – eine Spitzenposition einnimmt. So kommt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten über Fragen der Über-, Unter- und Fehlversorgung in der zahnärztlichen Versorgung zu

dem Ergebnis, dass „der zahnärztliche Versorgungsgrad der in Deutschland lebenden Bevölkerung insgesamt gesehen als hoch bezeichnet“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001, Bd. III.4, Nr. 16) werden kann. Von einer noch unzureichenden zahnärztlichen Versorgung sind besonders Personen betroffen, die in sozialen Brennpunkten leben (Micheelis und Reich, 1999). Bei Menschen in Behinderten-, Rehabilitations-, Pflege- und Alteneinrichtungen bzw. sonstigen pflegebedürftigen Personen liegen ebenfalls erkennbare Versorgungsdefizite vor.

Die Zahl an allgemeinpraktizierenden Zahnärzten wird vom Sachverständigenrat als „ausreichend oder hoch“ angesehen. Es fehlt nach Auffassung des Sachverständigenrates aber an Zahnärzten mit bestimmten Spezialausbildungen wie z.B. Endodontologie, Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Parodontologie, Präventive Zahnheilkunde, Restaurative Zahnheilkunde oder Zahnärztliche Psychologie und Psychosomatik (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001, Bd. III.4, Nr. 22).

Im Hinblick auf die Anzahl der Zahntechniker führt der Sachverständigenrat aus, dass „Deutschland europaweit nach wie vor das einzige Land (ist), in dem mehr Zahntechniker als Zahnärzte berufstätig sind“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001, Bd. III.4, Nr. 23) (vgl. Tabelle 1). Diese Besonderheit wird als struktureller Hemmschuh bei der Umsetzung zahnerhaltender, präventiver Strategien angesehen.

	Zahnärzte	Zahntechniker	Verhältnis Zahnärzte/Zahntechniker
Deutschland (2003) ¹	55.374	69.000	1 ZA : 1,25 ZT
Frankreich (2003) ²	39.863	20.000	1 ZA : 0,5 ZT
Niederlande (2002) ³	5.700	5.410	1 ZA : 0,95 ZT
Schweiz (2002) ⁴	4.650	1.100	1 ZA : 0,24 ZT
Tschechien (2003) ⁵	6.593	4.570	1 ZA : 0,66 ZT

1) Niedergelassene Zahnärzte nach Statistik der KZBV; Zahntechniker nach Angaben des Statistischen Bundesamtes

2) Tätige Zahnärzte und Zahntechniker nach Angaben der französischen Zahnärzteorganisation CNSD

3) Niedergelassene Zahnärzte und Zahntechniker nach Angaben der niederländischen Zahnärzteorganisation NMT

4) Tätige Zahnärzte und Zahntechniker; Quelle: Dental Liaison Committee in the EU (2004)

5) Tätige Zahnärzte und Zahntechniker nach Angaben der tschechischen Zahnärzteorganisation CSK

Tabelle 1: Anzahl der Zahnärzte und Zahntechniker im europäischen Vergleich

3. Befundbezogene Festzuschüsse: Ökonomisch-theoretische Analyse

3.1 Allokative Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen

Bei einer ökonomischen Analyse der Nachfragewirkung einer Selbstbeteiligung sind drei Effekte zu unterscheiden:

1. Eine Selbstbeteiligungsregelung senkt das Realeinkommen des Patienten. Da die Nachfrage u. a. vom Einkommen abhängig ist, wird die Nachfrage in der Regel sinken (Einkommenseffekt).
2. Durch die Selbstbeteiligung werden die Gesundheitsleistungen für den Patienten relativ teurer als andere Güter. Infolge des relativen Preisanstiegs wird die Nachfrage nach Gesundheitsgütern in der Regel abnehmen (Substitutionseffekt).
3. Selbstbeteiligungen führen ceteris paribus zu einer Senkung des Beitragssatzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung, was wiederum das Netto-Einkommen des Patienten und damit vermutlich die Nachfrage nach Gesundheitsgütern erhöht (Beitragssenkungseffekt).

Während Einkommens- und Substitutionseffekt in die gleiche Richtung wirken, verläuft der Beitragssenkungseffekt gegenläufig. Daher bedarf es immer einer empirischen Überprüfung, ob und in welchem Umfang eine Selbstbeteiligung zu einer Senkung der Nachfrage nach Gesundheitsgütern führt.

Im Folgenden werden die allokativen Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen, insbesondere der bis Ende 2004 geltenden proportionalen Selbstbeteiligungsregelung, untersucht. Im Rahmen einer Partialanalyse lässt sich modelltheoretisch zeigen, welche Verhaltensänderungen der Marktteilnehmer bei einem Wechsel der Selbstbeteiligungsregelung – ausgehend von einer proportionalen Selbstbeteiligungsregelung und hin zu befundbezogenen Festzuschüssen – zu erwarten sind (Breyer, Zweifel und Kifmann, 2004; Knappe, Leu und von der Schulenburg, 1988; von der Schulenburg, 1987; von der Schulenburg und Claes, 2000).

Je nach Ausgestaltung des Versicherungsschutzes sowie der damit verbundenen konkreten Selbstbeteiligungsregelung sind unterschiedliche Marktreaktionen der Beteiligten zu erwarten. Werden dem Versicherten sämtliche Krankheitskosten erstattet (Vollversicherung), so haben die Gesundheitsgüter für den Patienten einen effektiven Preis von Null, und er hat einen Anreiz, soviel davon nachzufragen, bis sein Grenznutzen ebenfalls auf Null gefallen ist (sog. Sättigungsmenge \bar{S}). In der Abbildung 5 wird dieser Fall durch die senkrechte Nachfragekurve mit der Steigung $\alpha = 0$ wiedergegeben.

Bei der bis Ende 2004 im Bereich der zahnprothetischen Versorgung geltenden proportionalen Selbstbeteiligungsregelung musste der Versicherte einen bestimmten Prozentsatz (zwischen 35 und 50 Prozent) der Kosten für die zahnprothetische Versorgung selber tragen. In der Abbildung 5 wird die Selbstbeteiligungsquote durch α , d.h. den Quotienten aus den vertikalen Abständen der \overline{AS} - und der originären Nachfragekurve ON wiedergegeben. Je höher die Selbstbeteiligungsquote α , desto stärker verlagert sich die Marktnachfrage MN in Richtung der originären Nachfragekurve ON, die das Nachfrageverhalten des Patienten im Falle eines fehlenden Versicherungsschutzes bzw. einer Selbstbeteiligungsquote von 100 Prozent repräsentiert ($\alpha = 1$).

Bei einem gegebenen Anbieterpreis p^0 variiert die Nachfrage folglich in Abhängigkeit von der Selbstbeteiligungsquote α . Bei vollem Versicherungsschutz ($\alpha = 0$) fragt der Patient – unabhängig von der Preishöhe – die Sättigungsmenge \overline{S} nach, bei einer Selbstbeteiligung von α^1 wird die Menge S^1 nachgefragt und bei fehlendem Versicherungsschutz ($\alpha = 1$) wird die Nachfrage nochmals auf S^0 reduziert. Es wird deutlich, dass für gegebene Preise und eine elastische originäre Nachfrage eine proportionale Selbstbeteiligung mit $\alpha > 0$ im Vergleich zur Vollversicherung ($\alpha = 0$) immer einen nachfragesenkenden Effekt hat (von \overline{S} auf S^1 bzw. S^0).

Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse im Bereich der zahnprothetischen Versorgung zum 1. Januar 2005 fand eine Abkehr von der vorherigen proportionalen Selbstbeteiligungsregelung statt. Mit diesem Wechsel sind zugleich in modelltheoretischer Betrachtungsweise weitreichende Änderungen hinsichtlich der Steuerungswirkungen der Selbstbeteiligung verbunden. Die grundlegenden Unterschiede gegenüber der vorherigen prozentualen Bezuschussung werden in Abbildung 6 verdeutlicht.

Bei dem seit 1. Januar 2005 geltenden System befundbezogener Festzuschüsse knüpft die Versicherungsleistung nicht mehr an die Behandlungskosten an, sondern am jeweiligen zahnmedizinischen Befund. Mathematisch-analytisch formuliert gilt für den Festzuschuss: $k = p - \gamma$. Bei einem gegebenen Preis p^0 ist die marginale Belastung k^0 , weshalb es sich für den Patienten lohnt, die Nachfrage bis S^0 auszudehnen. Für alternative Preise erhält man die Marktnachfragekurve MN, welche die gleiche Steigung aufweist wie die originäre Nachfragefunktion und lediglich um den Festzuschuss γ gegenüber der originären Nachfragekurve versetzt verläuft. Die schraffierte Fläche in Abbildung 6 verdeutlicht mit ihrer einheitlichen Breite, dass die Höhe des Festzuschusses *unabhängig* von den Kosten der Behandlung ist, die Krankenkasse also lediglich das *Mengenrisiko* der Leistung zu tragen hat, jedoch nicht – wie bei dem prozentualen Festzuschuss – zusätzlich auch noch das *Preisrisiko* (vgl. Wendt, 2003). Der Wegfall des Preisrisikos erleichtert eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik, die für die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 71 SGB V vorgeschrieben ist und ermöglicht zugleich eine potentielle Wachstumsdynamik im Zahnersatzbe-

reich, ohne dass die gesetzliche Krankenversicherung zusätzlich belastet wird (vgl. Saekel, 2004).

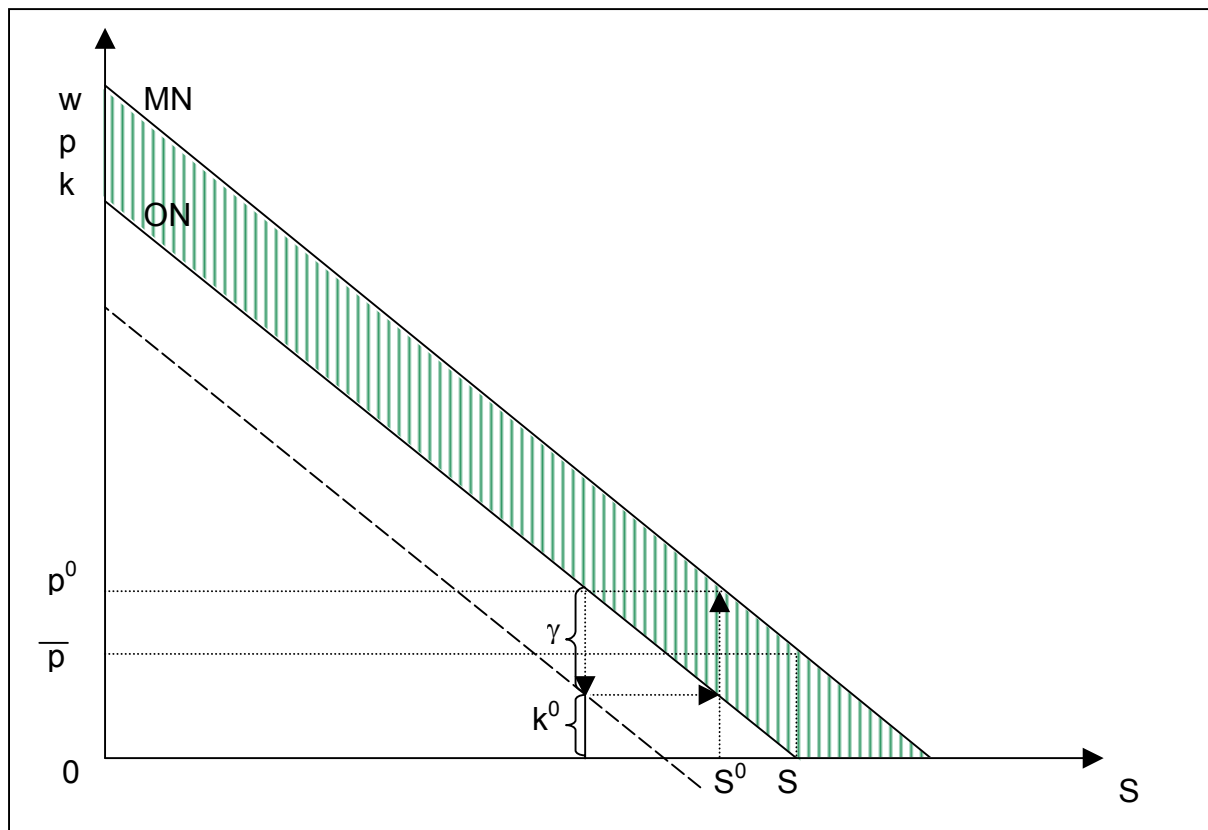


Abbildung 6: Festzuschuss (Indemnitätsbetrag)

Die gleiche Steigung von originärer Nachfragekurve ON und Marktnachfragekurve MN ist also darauf zurückzuführen, dass die Eigenbeteiligung des Patienten an den Krankheitskosten 100 Prozent ausmacht, sobald sie den Festzuschuss übersteigen. Dies verdeutlicht, dass beim Festzuschussmodell die preislichen Anreize für den Patienten voll intakt bleiben. Der Patient hat als Nachfrager unter diesen Bedingungen ein vergleichsweise stärkeres Interesse an niedrigen Preisen, als es bei proportionalen Selbstbeteiligungstarifen der Fall wäre. Im Falle der vorherigen proportionalen Selbstbeteiligung betrug der Eigenanteil der Patienten an den Kosten durchgängig 35 bis 50 Prozent, eine versicherungstechnische Höchstsummenbegrenzung existierte nicht.

Infolge des verstärkten Preisinteresses der Patienten wird der Zahnarzt motiviert, auch beim Einkauf zahntechnischer Leistungen preisbewusster zu handeln (Saekel, 2004). Ein empirisch gestützter Ländervergleich verdeutlicht, dass der Anteil der Material- und Laborkosten in Deutschland mit rund 59 Prozent deutlich über dem entsprechenden Anteil in anderen europäischen Staaten (rund 43 Prozent) liegt (Kaufhold und Schneider, 2000). Der Preisdruck auf die Zahnärzte und Vorleistungserbringer (zahntechnische Laboratorien) wird demnach durch die Einführung befund-

bezogener Festzuschüsse erhöht, wodurch alle Beteiligten zu effizienterem und wirtschaftlicherem Verhalten gezwungen werden.

Das Preisbewusstsein aller Beteiligten wird im Übrigen auch dann durch Festzuschüsse geschärft, wenn der Festzuschuss im neuen System betragsmäßig exakt der Höhe des prozentualen Zuschusses im alten System entspricht. Für den Bereich der Regelversorgung hat die gemeinsame Selbstverwaltung Festzuschüsse angesetzt, die in etwa den vorherigen prozentualen Zuschüssen entsprechen. Bei aufwändigeren (andersartigen) Versorgungungen ist der vom Patienten zu zahlende Selbstbehalt indes gegenüber der vorherigen Rechtslage teilweise gestiegen, teilweise werden bestimmte Versorgungsformen aber auch – wie im Falle von Implantaten – sogar erstmals bezuschusst.

Durch die Einführung befundbezogener Festzuschüsse haben sich die Preisrelationen zwischen den verschiedenen Versorgungsformen geändert und in der Folge können die eingangs erwähnten Substitutionseffekte auftreten. Zu Nachfrageverschiebungen kann es insbesondere zwischen prothetischen und konservierend-chirurgischen Leistungen, zwischen verschiedenen prothetischen Versorgungsformen selbst sowie zwischen Neuanfertigungen und Wiederherstellungen von Zahnprothesen kommen (Knappe und Fritz, 1984, S. 89). Ebenso kann eine Veränderung der Preisrelationen tendenziell zu einer Substitution medizinischer Leistungen durch eigene präventive Anstrengungen führen (Breyer, Zweifel und Kifmann, 2004). Diese Substitutionseffekte dürften gesundheitspolitisch positiv zu werten sein.

Fazit: Aus allokativer Sicht ist das Festzuschussmodell anderen Selbstbeteiligungsregelungen, insbesondere der bis Ende 2004 geltenden proportionalen Selbstbeteiligung, überlegen, da es das Interesse der Versicherten an niedrigen Preisen stärkt und insofern am „marktähnlichsten“ wirkt. Die effizienz erhöhenden Wirkungen von Festzuschüssen sind allerdings immer gegen deren Verteilungswirkungen abzuwägen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2002/2003, Zi. 487).

3.2 Distributive Wirkungen von Festbeträgen im Vergleich zu herkömmlichen Selbstbeteiligungsformen

Die anhaltenden Probleme des Staates bezüglich der Finanzierung sozialpolitischer Aufgabenbereiche haben Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Sozialstaat stärker ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt (Horster, 2005). Angesichts abnehmender Wirtschaftswachstumsraten und eines gravierenden Ungleichgewichts auf dem Arbeitsmarkt ist eine wirtschaftliche Mittelverwendung mehr denn je auch eine Frage der (Verteilungs-)Gerechtigkeit geworden. Die Gesellschaft hat eine Antwort auf die Frage zu finden, auf welche Weise sie die Lasten der Anpassung an die veränderten demographischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in ausgewogener und

gerechter Weise auf die gesellschaftlichen Gruppen verteilen will, ohne damit zugleich soziale Desintegrationsprozesse zu provozieren.

Die skizzierte Verteilungsproblematik stellt sich auch im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Die Einführung befundbezogener Festzuschüsse hat verteilungspolitische Implikationen, die in der Gegenüberstellung mit der vorherigen prozentualen Bezuschussung deutlich werden. Die bis Ende 2004 geltende prozentuale Bezuschussung hatte zur Folge, dass diejenigen Versicherten, die statt einer einfachen Versorgung (z. B. Prothese) eine aufwändigere Versorgung (z. B. Brücke) wählten, einen höheren Zuschuss von ihrer gesetzlichen Krankenkasse erhielten. Die Krankenkasse beteiligte sich also nicht nur an den Kosten der einfachen Versorgung, sondern ebenso an den Mehrkosten der aufwändigeren Versorgung. Mit anderen Worten: Je höher die (vom Patienten beeinflussbaren!) Kosten waren, desto höher war auch der Zuschuss (vgl. die schraffierte Fläche in Abbildung 5, deren Breite mit steigendem Preis zunimmt). Die aufwändigere Versorgung blieb für den Patienten indes auch im prozentualen Bezuschussungssystem mit einer absolut höheren Selbstbeteiligung verbunden.

Infolge der mit den Gesamtkosten auch absolut ansteigenden finanziellen Belastung des Patienten werden aufwändigere Versorgungsformen tendenziell häufiger von Personen mit höherem Haushaltseinkommen nachgefragt. Für den zahnmedizinischen Sektor konnten diese Zusammenhänge anhand empirischer Daten aus der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III) des IDZ nachgewiesen werden. Patienten mit einer aufwändigeren Brückenversorgung verfügten demnach über ein signifikant höheres Haushaltsnettoeinkommen als Patienten mit herausnehmbarer Teilprothese (Klingenberger und Micheelis, 2003).

Generell gilt, dass die Entscheidung für eine spezifische Versorgungsform auch durch sozioökonomische Faktoren wie Bildung, Beruf und Einkommen des Patienten signifikant beeinflusst wird (Elkeles und Mielck, 1997; Hauß, Naschold und Rosenbrock, 1981; Mielck und Helmert, 1998; Weber, 1994). Erstattungssysteme, in denen die (Höhe der) Bezuschussung von der gewählten Versorgungsform abhängig gemacht wird, bergen daher immer die Gefahr, aus verteilungspolitischer Perspektive *regressiv* zu wirken, also eine soziale Schieflage noch zu verstärken. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen gab es im übrigen ein starkes Motiv, an dieser verteilungspolitisch kontraproduktiven Regelung festzuhalten, da die (Mehr-)Leistungen vergleichsweise häufiger von freiwillig versicherten Mitgliedern mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze in Anspruch genommen werden. Hierdurch konnte die Wettbewerbsposition gegenüber der privaten Krankenversicherung verbessert werden (Klingenberger, 2001). Im Sinne des Solidargedankens erschien die praktizierte prozentuale Bezuschussung aus den genannten Gründen als ungerecht und verteilungspolitisch kontraproduktiv.

Beim befundbezogenen Festzuschussmodell erhält der Patient hingegen unabhängig vom gewählten Therapiemittel einen fixen befundbasierten Festzuschuss von der Krankenkasse. Dieses befundbezogene Finanzierungsmodell lässt sich am Beispiel des Befunds „Einzelzahnlücke“ modellhaft skizzieren (vgl. Abbildung 7).

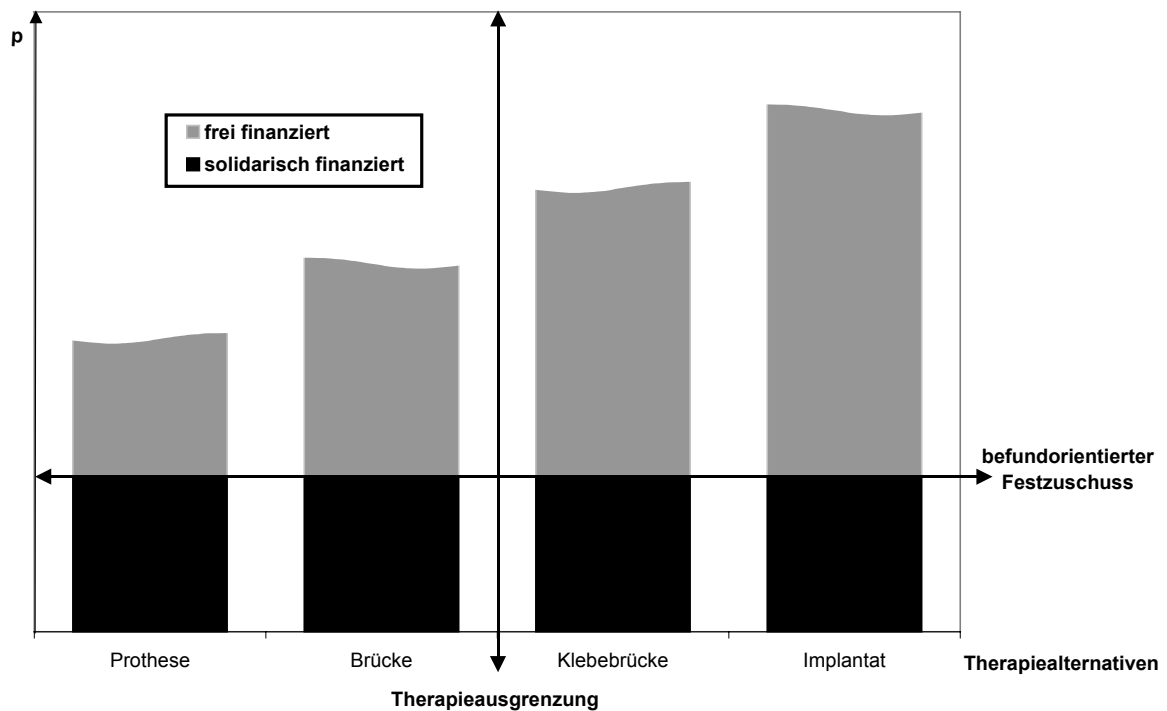


Abbildung 7: Unabhängigkeit der Erstattungshöhe von der Versorgungsform

Der zahnmedizinische Befund „Einzelzahnlücke“ bietet hier beispielsweise mehrere Therapiealternativen, die sich hinsichtlich Art, Umfang und Kosten voneinander unterscheiden, z. B. Prothese, Brücke, Klebebrücke, Implantat. Bei dem befundbezogenen Festzuschussmodell erhält der Patient einen Festzuschuss für den Befund „Einzelzahnlücke“ unabhängig davon, für welches zahnmedizinische Therapiemittel er sich entscheidet. Ob Brücke oder Implantat, der Festzuschuss bleibt in der Höhe gleich und wird solidarisch über die Krankenkassenbeiträge finanziert. Etwaige vom Patienten gewünschte Zusatzleistungen führen in diesem System nicht zu einer Erhöhung des Zuschussbetrages, sondern müssen privat finanziert werden (Weitkamp und Ziller, 2002). Eine unbegründete und zahnmedizinisch nicht indizierte Ausgrenzung einzelner Therapieformen (Klebebrücke, Implantat) wie im prozentualen Bezuschussungssystem findet nicht mehr statt.

Fazit: Aus distributiver Sicht erweist sich das Festzuschussmodell gegenüber dem vormals praktizierten System der prozentualen Bezuschussung als sozial ausgewogener, da die Versicherungsleistung stärker auf die Finanzierung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen zahnmedizinischen Versorgung konzentriert

wird und darüber hinausgehende Zusatzleistungen nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft in Anspruch genommen werden können.

3.3 Gesamtfazit der theoretischen Analyse

Die Beurteilung des Festzuschuss-Modells fällt in der gesundheitsökonomischen Literatur (Breyer, Zweifel und Kifmann, 2004; Knappe, Leu und von der Schulenburg, 1988; von der Schulenburg, 1987; von der Schulenburg und Claes, 2000) insgesamt deutlich positiv aus, insbesondere im direkten Vergleich mit anderen Selbstbeteiligungsmodellen. Die Steuerungswirkung von Festzuschüssen ist demnach vergleichsweise präziser und – was aus ordnungspolitischer Perspektive ins Gewicht falle – auch marktmäßiger, da die Nachfrageelastizität oberhalb der Festzuschuss-höhe der Situation der originären Marktnachfrage entspricht. Aufgrund ihrer allokativen Überlegenheit sind Festzuschüsse wesentlich effizienter als andere nachfragesteuernde Maßnahmen und insofern *ceteris paribus* mit stärkeren Kostendämpfungseffekten verbunden.

Zugleich ist das Festzuschuss-Modell in distributiver Hinsicht gerechter, da die solidarisch aufgebrachtten Finanzmittel der gesetzlichen Krankenkassen gezielter für die Regelversorgung eingesetzt werden können. Über die Regelversorgung hinausgehende Leistungen werden nicht mehr – wie in dem alten System – zusätzlich bezuschusst, können also auch nicht mehr von den Versicherten (hier insbesondere den freiwillig Versicherten mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze) zu Lasten der Solidargemeinschaft in Anspruch genommen werden.

Die Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse ist im Zusammenhang mit dem Bemühen des Gesetzgebers um eine *Neuordnung der Finanzierung* im Gesundheitswesen zu sehen und in der Gesetzesbegründung als materiell-rechtliche Reform zur Stabilisierung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung bezeichnet worden. Nach Auffassung des Gesetzgebers ermöglicht die Neuordnung der Finanzierung „deutliche Beitragssatzsenkungen und umfasst ausgewogene Sparbeiträge aller Beteiligten und unter Aspekten der sozialen Gerechtigkeit neu gestaltete Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen für Versicherte“ (Gesetzesentwurf und Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz, Drucksache 15/1525). Das Instrument der befundbezogenen Festzuschüsse fügt sich hier im Hinblick auf die Ziele des Gesetzgebers nahtlos ein.

Soweit Kritik an dem System befundbezogener Festzuschüsse geäußert wurde, bezog und bezieht sich diese in der Regel nicht auf das Instrument der Festzuschüsse an sich, sondern auf die *Kostenerstattung*, die gemeinhin als ‚Hilfsmittel‘ zur praktischen Umsetzung von Formen der preislichen Nachfragesteuerung dient (Jacobs und Reschke, 1993). Die Anbieter könnten, so die Befürchtung, im Kostenerstattungssystem opportunistisch auf Selbstbeteiligungsregelungen reagieren, so dass

sich die Marktpreise für zahnärztliche Leistungen nach oben entwickeln (sog. ‚Selbstbeteiligung aus Honorardrift‘) (Herder-Dorneich, 1980 S. 47).

Was ist von dieser grundsätzlichen Kritik zu halten? Im Rahmen der Partialanalyse musste der Preis der Gesundheitsleistung aus methodischen Gründen als gegeben unterstellt werden, etwaige Anbieterreaktionen blieben unberücksichtigt. In der Realität muss indes von Verhandlungspreisen ausgegangen werden, die nicht unabhängig von der Selbstbeteiligung des Versicherten sind. Die wichtigste Bedingung einer Selbstbeteiligung aus Honorardrift ist das *Vorliegen einer unelastischen Nachfrage*. Im Bereich der Zahnprothetik kann von einer mittleren Preiselastizität der Nachfrage ausgegangen werden, wobei die Nachfrageelastizität mit sinkendem Einkommen ansteigt. Auch nach einer Änderung im Preissystem wird die Nachfrageelastizität in der Regel kurzfristig höher sein (von der Schulenburg und Claes, 2000, S. 40 ff.; Kern, A.O., 2003; Klingenberger und Micheelis, 2003). Die Bedingungen für eine Selbstbeteiligung aus Honorardrift sind umso weniger gegeben, als das Preisinteresse des Patienten im Festzuschuss-System – wie dargestellt – vergleichsweise höher ist, der Preisdruck auf die Zahnärzte sowie die Vorleistungserbringer insofern entsprechend ansteigen wird. Die Bedingungen für eine sozialpolitisch moderate Umsetzung eines Kostenerstattungssystems dürften sich also gegenüber der vorherigen Situation – auch hier wurden schließlich außervertragliche Leistungen nach GOZ direkt mit dem Patienten abgerechnet – ceteris paribus eher verbessert haben.

Die mitunter geäußerte Fundamentalkritik an dem System befundbezogener Festzuschüsse erscheint vor diesem Hintergrund als wenig nachvollziehbar. Dies schließt nicht aus, dass es berechtigte Detailkritik an dem Instrument der Festzuschüsse geben mag, die eine Überprüfung und im Einzelfall gegebenenfalls eine Anpassung der Festzuschusshöhe erforderlich machen kann.

4. Befundbezogene Festzuschüsse: Empirische Befunde

4.1 Datenquellen und Vorgehen bei der statistischen Datenauswertung

Die in den nachfolgenden Kapiteln dargestellten empirischen Ergebnisse basieren auf verschiedenen Datenquellen, die für die Auswertungen herangezogen wurden. Im Hinblick auf die spezifischen Erkenntnisanforderungen wurde ein mehrstufiges Datenbeschaffungskonzept entwickelt (vgl. Kapitel 1.5).

In einer ersten Stufe ging es darum, grundlegende Informationen zur Zahl der Fälle, zur Höhe der Ausgaben der Krankenkassen und zum Fallwert (Kassenausgaben je Fall) zu ermitteln. Darüber hinaus sollten auf dieser Stufe auch weitere Informationen aus Teil V des Heil- und Kostenplanes (Rechnungsbeträge) abgeleitet werden. Hierbei handelt es sich neben Kassen- und Versichertenanteil um die Gesamtkosten eines Falles sowie um die Aufteilung dieser Gesamtkosten auf Honorar und Material- und Laborkosten.

Die hierfür notwendigen Daten erhält die KZBV für den Bereich Prothetik von allen KZVen in Form einer standardisierten monatlichen Datenlieferung. Im Rahmen dieser sog. Standard-Frequenzstatistik erhält die KZBV – gegliedert nach vorgegebenen Kriterien wie Bonusgruppe, Kassenart, Versichertengruppe etc. – die Fallzahlen und Abrechnungsbeträge sowie die Häufigkeiten der abgerechneten Festzuschüsse. Abgesehen von den nicht über die KZV abgerechneten andersartigen Versorgungen erhält die KZBV hierdurch ein vollständiges Bild der im Rahmen der prothetischen Versorgung abgerechneten Fälle und Kassenzuschüsse. Darüber hinaus erhält die KZBV im Rahmen dieser Statistik von fast allen KZVen die aufgegliederten Rechnungsbeträge. Auf dieser Basis ist eine zuverlässige Hochrechnung auf Bundesebene mit Hilfe des Fallwertes, der sich aus den Datenlieferungen aller KZVen ableiten lässt, möglich, so dass alle wichtigen Globaldaten der Abrechnung (ohne andersartige Versorgungen) zur Verfügung stehen.

Wie bereits erwähnt, werden im Rahmen der Standard-Frequenzstatistik kumulierte Daten zu den Rechnungsbeträgen und den Häufigkeiten der abgerechneten Festzuschüsse geliefert. Über die den Abrechnungsdaten zugrunde liegenden detaillierten Strukturen der Befunde, Regelversorgungen und Therapieplanungen gibt diese Statistik hingegen keine Informationen. Zentrale Fragestellungen in diesem Zusammenhang sind z. B. Lage, Größe und Anzahl der Brücken je Kiefer, Lage und Größe der Modellgussprothesen. Die Kenntnis solcher detaillierter Strukturen bildete eine unverzichtbare Grundlage bei der Entwicklung des Berechnungsmodells zur Herleitung der Festzuschüsse sowie für die Berechnungen und Analysen im Rahmen der Bema-Umrelationierung, sie ist aber auch für die Beobachtung der Entwicklung der Festzuschüsse sowie für eine mögliche Weiterentwicklung des Festzuschusskonzepts zukünftig unverzichtbar. Um solche detaillierten Strukturen abzuleiten, sind einzelfall-

bezogene Daten erforderlich. Als Lösungsansatz in dieser Stufe der Informationsgewinnung greift die KZBV auf die in elektronischer Form bei den KZVen vorliegenden Fälle der Diskettenabrechner zurück. Neben den bei der Standard-Frequenzstatistik vorgesehenen Abgrenzungskriterien und Inhalten enthalten diese auch die auf dem Heil- und Kostenplan angegebenen zahnbezogenen Angaben zum Befund, zur Regelversorgung und zur Therapieplanung sowie im allgemeinen die Häufigkeiten der Bema-Nummern.

Im Jahr 2004 wurden bundesweit insgesamt gut zwölf Millionen ZE-Fälle abgerechnet; rund die Hälfte davon stammt von Diskettenabrechnern, also etwa sechs Millionen Fälle. Um einerseits das auszuwertende Datenvolumen nicht übermäßig auszuweiten, andererseits aber repräsentative Daten für die Gesamtheit ableiten zu können, hat die KZBV die KZVen gebeten, ihr jeweils monatlich eine Zufallsstichprobe von mindestens 10 Prozent der Fälle von Diskettenabrechnern anonymisiert zur Verfügung zu stellen. Diese Stichprobe trägt den Namen „Spezielle Frequenzstatistik“. Für den vorliegenden Bericht konnte die KZBV auf ein Volumen von insgesamt ca. 1,1 Millionen Fällen von Diskettenabrechnern für den Zeitraum Januar bis Juli 2005 zurückgreifen.

Um hinsichtlich der abgerechneten GOZ-Leistungen und der Laborleistungen und Materialkosten weitergehende Erkenntnisse zu gewinnen, wurden die KZVen gebeten, der KZBV einmal pro Quartal eine Zufallsstichprobe von Kopien der Heil- und Kostenpläne inklusive sämtlicher Anlagen (GOZ-Rechnung, Gewerbe- bzw. Praxislaborrechnungen nach BEL II / BEB) in anonymisierter Form (Name und Versichertennummer des Patienten, Name und Abrechnungsnummer des Zahnarztes sowie der Name des beteiligten Labors sind unkenntlich zu machen) zur Verfügung zu stellen. Die Stichprobe beinhaltet dabei sowohl Regelversorgungen als auch gleichartige Versorgungen. Der vorgesehene Umfang der Stichprobe beträgt auf Bundesebene über 10.000 je Quartal, wobei sich der Umfang der zu liefernden Stichprobe je KZV nach der Größe der KZVen, gemessen an der Zahl der teilnehmenden Zahnärzte im KZV-Bereich, richtet (KZBV-Zufallsstichprobe).

Erfasst werden bei der KZBV alle Detailinformationen aus dem Heil- und Kostenplan sowie aus den Anlagen:

- Erfassung aller Daten des Heil- und Kostenplans inklusive Befund, Regelversorgung und Therapieplanung, Bema-Leistungen sowie Rechnungsbeträgen;
- Erfassung der Daten aus den GOZ-Rechnungen;
- Erfassung der Daten aus den Laborrechnungen (Anzahl und Preis je BEL- bzw. BEB-Position, Materialkosten).

Die Informationen, die auf dieser Stufe (Stichprobe von Heil- und Kostenplänen mit Anlagen) für die Regel- und gleichartigen Versorgungen gewonnen werden, sind

auch für die andersartigen Versorgungen von erheblichem Interesse, zumal aus den zuvor genannten Informationsstufen noch keinerlei Daten über andersartige Versorgungen abgeleitet werden können. Da die andersartigen Versorgungen nicht über die KZVen abgerechnet werden, musste in diesem Fall eine andere Datenquelle herangezogen werden.

Die KZBV hat hierzu aus dem Bundeszahnarztregister eine Zufallsstichprobe gezogen und die so ausgewählten Zahnärzte mit der Bitte angeschrieben, der KZBV quartalsweise alle ihre abgerechneten andersartigen Versorgungen anonymisiert in Kopie mit allen Anlagen zu übersenden (KZBV-Zahnarztstichprobe). Der Umfang dieser Stichprobe beträgt über 2.000 Heil- und Kostenpläne (Stand: Juli 2005). Derzeit haben sich bereits über $n = 700$ niedergelassene Zahnärzte an der KZBV-Erhebung beteiligt. Um die Repräsentativität der teilnehmenden Zahnärzte zu überprüfen, wurden die Zahnärzte gebeten, mit der ersten Datenlieferung einen ausgefüllten Fragebogen mitzusenden, aus dem neben dem KZV-Bereich der Zahnarztpraxis auch der Gesamtumsatz der Praxis, der Anteil der über die KZV vereinnahmten Beträge sowie die Zahl der Inhaber der Zahnarztpraxis hervorgehen. Mit Hilfe dieser Zahnarztstichprobe lassen sich zudem Daten über den durchschnittlichen Fallwert der andersartigen Versorgungen, über deren Fallzahl sowie daraus resultierend über das Zuschussvolumen der Krankenkassen für andersartige Versorgungen gewinnen.

Obwohl diese dritte Stufe der Informationsgewinnung mit Regelversorgungen, gleichartigen Versorgungen und andersartigen Versorgungen bei KZVen und Zahnärzten (KZBV-Zufalls- und Zahnarztstichprobe) deutlich kleiner ist als die Stichprobe der Diskettenabrechner, ist mit ihr ein ungleich höherer Erfassungsaufwand verbunden, da die Daten in der erforderlichen Form gebündelt nicht elektronisch vorliegen, so dass eine manuelle Erfassung aller Daten erforderlich war. KZBV- und Zahnarztstichprobe sind unter dem Begriff „HKP-Stichprobe“ subsummiert.

4.2 Ergebnisse

Das Festzuschuss-System ist seinerzeit auf Bundesebene abgestellt worden. Dem entsprechend erfolgt die Darstellung und Analyse des Abrechnungsgeschehens im Bereich Zahnersatz auf Bundesebene.

Um den Verlauf der bisherigen Entwicklung darzustellen, wird bei den nachfolgenden Analysen der Zeitraum Januar bis Juli 2005 zugrunde gelegt, da nur für diesen Zeitraum die erforderlichen Daten vorlagen. Bei strukturellen Untersuchungen ist die Einbeziehung der Monate Januar bis April 2005 nicht zweckmäßig, da das Versorgungsgeschehen in diesem Zeitraum von starken Verwerfungen geprägt war, die mit dem Systemwechsel verbunden waren (fehlende Übergangsregelung). Für strukturelle Analysen wird daher der Zeitraum Mai bis Juli 2005 zugrunde gelegt.

4.2.1 ZE-Ausgaben der Krankenkassen (Vergleich 2005 versus 2004)

Die Vergleichsbetrachtung der Zahnersatz-Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für die Jahre 2004 und 2005 erfolgt in mehreren Analyseschritten. Dargestellt werden jeweils die *Fallzahlenentwicklung* im zahnprothetischen Bereich, die *Gesamtausgaben der Krankenkassen* für die zahnprothetische Versorgung (d. h. die insgesamt gezahlten prozentualen Zuschüsse im Jahr 2004 bzw. die im Jahr 2005 gezahlten befundbezogenen Festzuschüsse) sowie aus den Fallzahlen und den Gesamtausgaben abgeleitet die Ausgaben der Krankenkassen je Fall, d. h. die sog. *Fallwerte*. Diese Daten stellen die zentralen Größen der Entwicklung des Ausgaben-geschehens im Bereich Zahnersatz auf der Ebene der Abrechnungsstatistik dar.

Tabelle 2 zeigt die Fallzahlentwicklung der Jahre 2004 und 2005 im Bereich Zahnersatz. Für das Jahr 2004 wurden die Bema-Altfälle und die Bema-Neufälle zugrunde gelegt, für das Jahr 2005 wurden die Fälle, die noch nach dem prozentualen Zuschusssystem abgerechnet wurden, die Festzuschussfälle sowie die Fälle mit andersartigen Versorgungen einbezogen. Die Veränderungsraten zeigen die Konsequenzen der fehlenden Übergangsregelung im I. Quartal an, verdeutlichen aber ebenso den Anstieg der Fallzahlen in den kommenden Monaten. Im Juli 2005 betrug der Rückstand der Fallzahlen gegenüber dem Vorjahreswert noch 11,7 Prozent, unter Einbezug der andersartigen Versorgungen lagen die Fallzahlen im Monat Juli 2005 um 6,5 Prozent unter Vorjahresniveau.

	Fallzahlen				
	Jahr 2004	Jahr 2005 ohne andersartige Versorgungen	Veränd. 2005/2004	Jahr 2005 incl. andersartige Versorgungen	Veränd. 2005/2004 incl. andersartige Versorgungen
Januar	916.943	689.825	-24,8%	689.825	-24,8%
Februar	1.076.900	700.996	-34,9%	700.996	-34,9%
März	1.018.564	838.287	-17,7%	846.233	-16,9%
I. Quartal	3.012.407	2.229.108	-26,0%	2.237.054	-25,7%
April	993.835	846.981	-14,8%	871.912	-12,3%
Mai	1.019.290	886.079	-13,1%	921.332	-9,6%
Juni	977.642	907.629	-7,2%	952.876	-2,5%
II. Quartal	2.990.767	2.640.689	-11,7%	2.746.119	-8,2%
1. Halbjahr	6.003.174	4.869.797	-18,9%	4.983.173	-17,0%
Juli	996.951	879.951	-11,7%	932.637	-6,5%
Mai-Juli	2.993.883	2.673.659	-10,7%	2.806.845	-6,2%
* 2004: Bema-Altfälle und Bema-Neufälle					
2005: Fälle nach dem prozentualen Zuschusssystem und Festzuschussfälle					
andersartige Versorgungen = zwischen dem Zahnarzt und den Versicherten direkt abgerechnete Fälle					
Datenquelle: Frequenzstatistik der KZBV					
andersartige Versorgungen : Stichprobe bei den Zahnärzten (Direktabrechnungsfälle)					

Tabelle 2: Fallzahlentwicklung (Vergleich 2004 versus 2005)

Tabelle 3 zeigt die Ausgaben der Krankenkassen im Bereich Zahnersatz für die Jahre 2004 und 2005 im Vergleich. Für das Jahr 2004 wurden die Bema-Altfälle und die Bema-Neufälle zugrunde gelegt, für das Jahr 2005 wurden wiederum die Fälle, die noch nach dem prozentualen Zuschusssystem abgerechnet wurden, die Festzuschussfälle sowie die Fälle mit andersartigen Versorgungen einbezogen. Die Ausgaben der Krankenkassen für die zahnprothetische Versorgung lagen demnach im Juli 2005 noch um 25,2 Prozent unter dem Vorjahreswert, unter Einbeziehung der andersartigen Versorgungen betrug der Rückstand gegenüber dem Vorjahreswert bezogen auf den Monat Juli 2005 lediglich 11,8 Prozent.

Ausgaben der Krankenkassen (Zuschüsse) in EUR (Honorar + Material- und Laborkosten)					
	Jahr 2004	Jahr 2005 ohne andersartige Versorgungen	Veränd. 2005/2004	Jahr 2005 incl. andersartige Versorgungen	Veränd. 2005/2004 incl. andersartige Versorgungen
Januar	261.270.595	189.269.836	-27,6%	189.269.836	-27,6%
Februar	316.600.650	114.030.624	-64,0%	114.030.624	-64,0%
März	333.013.277	168.176.040	-49,5%	172.572.043	-48,2%
I. Quartal	910.884.522	471.476.500	-48,2%	475.872.503	-47,8%
April	318.000.368	186.993.820	-41,2%	202.873.824	-36,2%
Mai	305.569.290	205.983.537	-32,6%	230.318.751	-24,6%
Juni	293.439.095	213.538.397	-27,2%	245.307.661	-16,4%
II. Quartal	917.008.753	606.515.754	-33,9%	678.500.236	-26,0%
1. Halbjahr	1.827.893.275	1.077.992.254	-41,0%	1.154.372.739	-36,8%
Juli	288.527.950	215.751.090	-25,2%	254.395.014	-11,8%
Mai-Juli	887.536.335	635.273.024	-28,4%	730.021.427	-17,7%
<p>* 2004: Bema-Altfälle und Bema-Neufälle 2005: Fälle nach dem prozentualen Zuschusssystem und Festzuschussfälle andersartige Versorgungen = zwischen dem Zahnarzt und den Versicherten direkt abgerechnete Fälle</p> <p>Datenquelle: Frequenzstatistik der KZBV andersartige Versorgungen : Stichprobe bei den Zahnärzten (Direktabrechnungsfälle)</p>					

**Tabelle 3: Entwicklung des ZE-Ausgabenvolumens der Krankenkassen
(Vergleich 2004 versus 2005)**

Bezieht man bei einem Vergleich der Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz die nicht über die KZVen abgerechneten andersartigen Versorgungsleistungen mit ein (vgl. Tabelle 4), so zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen den Daten der Krankenkassen, die in den vorläufigen Rechnungsergebnissen der GKV in der Statistik KV 45 ausgewiesen werden, und den Daten aus der KZBV-Frequenzstatistik zzgl. des hochgerechneten Volumens andersartiger Versorgungsleistungen. Nach der Statistik KV 45 betrug der Ausgabenrückgang der Krankenkassen im 1. Halbjahr 2005 gegenüber dem Vorjahr 36,7 Prozent; anhand der KZBV-Daten wurde ein Rückgang der Krankenkassenausgaben gegenüber dem Vorjahr in Höhe von 36,8 Prozent ermittelt.

Vergleich der Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz 1. Halbjahr 2005 ggü. 1. Halbjahr 2004			
	Über die KZVen abgerechnete Beträge	Über die KZVen abgerechnete Beträge (incl. Direkt- abrechnungsfälle*)	Statistik KV 45 (BMGS)
Beträge in Tsd. EUR			
I/2004	910.885	910.885	882.633
II/2004	917.009	917.009	966.195
1. Hj. 2004	1.827.894	1.827.894	1.848.828
I/2005	471.477	475.873	518.786
II/2005	606.515	678.500	652.214
1. Hj. 2005	1.077.992	1.154.373	1.171.000
Veränderung 2005/2004			
I. Quartal	-48,2%	-47,8%	-41,2%
II. Quartal	-33,9%	-26,0%	-32,5%
1. Halbjahr	-41,0%	-36,8%	-36,7%

Direktabrechnungsfälle = zwischen dem Zahnarzt und den Versicherten direkt abgerechnete Fälle

Datenquellen: Statistik KV 45 des BMGS

Frequenzstatistik der KZBV

Direktabrechnungsfälle: andersartige Versorgungsleistungen, Hochrechnung auf Stichprobenbasis

Tabelle 4: Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz – Vergleich mit den Abrechnungsergebnissen nach der Statistik KV 45 des BMGS

Tabelle 5 gibt die Fallwerte im Bereich Zahnersatz für die Jahre 2004 und 2005 wieder. Für das Jahr 2004 wurden die Bema-Altfälle und die Bema-Neufälle zugrunde gelegt, für das Jahr 2005 wurden wiederum die Fälle, die noch nach dem prozentualen Zuschusssystem abgerechnet wurden, sowie die Festzuschussfälle einbezogen, die auch hier um die Fälle der andersartigen Versorgungen ergänzt wurden. Die Fallwerte, d. h. die Ausgaben der Krankenkassen für die zahnprothetische Versorgung je Fall lagen demnach im Juli 2005 noch um 15,3 Prozent unter dem Vorjahreswert. Bezieht man auch hier wiederum die andersartigen Versorgungen mit ein, so lag der Fallwert im Monat Juli 2005 nur noch um 5,7 Prozent unter dem Vorjahresniveau.

	Fallwerte				
	Ausgaben der Krankenkassen je Fall (in EUR)				
	Jahr 2004	Jahr 2005 ohne andersartige Versorgungen	Veränd. 2005/2004	Jahr 2005 incl. andersartige Versorgungen	Veränd. 2005/2004 incl. andersartige Versorgungen
Januar	284,94	274,37	-3,7%	274,37	-3,7%
Februar	293,99	162,67	-44,7%	162,67	-44,7%
März	326,94	200,62	-38,6%	203,93	-37,6%
I. Quartal	302,38	211,51	-30,1%	212,72	-29,7%
April	319,97	220,78	-31,0%	232,68	-27,3%
Mai	299,79	232,47	-22,5%	249,98	-16,6%
Juni	300,15	235,27	-21,6%	257,44	-14,2%
II. Quartal	306,61	229,68	-25,1%	247,08	-19,4%
1. Halbjahr	304,49	221,36	-27,3%	231,65	-23,9%
Juli	289,41	245,19	-15,3%	272,77	-5,7%
Mai-Juli	296,45	237,60	-19,9%	260,09	-12,3%
* 2004: Bema-Altfälle und Bema-Neufälle 2005: Fälle nach dem prozentualen Zuschusssystem und Festzuschussfälle andersartige Versorgungen = zwischen dem Zahnarzt und den Versicherten direkt abgerechnete Fälle					
Datenquelle: Frequenzstatistik der KZBV andersartige Versorgungen : Stichprobe bei den Zahnärzten (Direktabrechnungsfälle)					

Tabelle 5: Fallwertentwicklung (Vergleich 2004 versus 2005)

4.2.2 Struktur der ZE-Fallkosten (2005)

Im weiteren wird die Struktur der Fallkosten im zahnprothetischen Bereich anhand des verfügbaren statistischen Datenmaterials dargestellt. Die Gesamtkosten setzen sich aus Honorar (Bema- und GOZ-Honorar) und Material- und Laborkosten zusammen, die Material- und Laborkosten wiederum aus Gewerbelabor und Praxislabor.

Des Weiteren ist eine Aufteilung der Versorgungen auf die einzelnen Versorgungsgruppen (Reparaturen, Neuversorgungen bzw. Aufteilung der Neuversorgungen in reine Regelleistungsfälle, gleichartige bzw. andersartige Mischfälle sowie „reine“ andersartige Fälle) zweckmäßig. Unter Reparaturfällen sind hier nur die Fälle subsumiert, die Reparaturpositionen und keine Neuversorgungen beinhalten. Fälle, die sowohl Reparaturpositionen als auch Neuversorgungen aufweisen, sind hier den Neuversorgungsfällen zugeordnet. Unter „reinen“ Regelversorgungen werden hier Fälle verstanden, in denen nur Bema-Honorar und kein GOZ-Honorar abgerechnet wird. „Reine“ andersartige Versorgungen sind solche Fälle, in denen nur GOZ-Honorar und kein Bema-Honorar abgerechnet wird. Alle anderen Versorgungen werden als Mischfälle (siehe hierzu auch Abschnitt 2.1) betrachtet.

Aus Tabelle 6 wird die betragsmäßige Aufteilung der Fallkosten im zahnprothetischen Bereich sowie der jeweilige Anteil an den Gesamtkosten ersichtlich.

Über die KZVen abgerechnete Fallkosten im Bereich Zahnersatz Festzuschussfälle im Zeitraum Mai-Juli 2005

	Aufteilung der ZE-Fallkosten Beträge in EUR	Anteil an den Gesamtkosten	Anteil am Honorar	Anteil an den MuL-Kosten
Honorar insg.	190,73	39,8%		
Bema-Honorar	106,72		56,0%	
GOZ-Honorar	84,01		44,0%	
MuL insg.	289,07	60,2%		
MuL-Fremdlabor	207,31			71,7%
MuL-Praxislabor	81,76			28,3%
Gesamtkosten	479,80	100,0%		
Zuschuss Kasse	236,18	49,2%		
Versichertenanteil	243,62	50,8%		

Datengrundlage: Frequenzstatistik der KZBV (Hochrechnung auf Basis des Kassenzuschusses)

Tabelle 6: Aufteilung der ZE-Fallkosten nach Honoraranteil und Material- und Laborkostenanteil sowie Anteil an den Gesamtkosten

Betrachtet man isoliert die Festzuschussfälle, so betrug der Anteil des zahnärztlichen Honorars an den Gesamtkosten im Zeitraum von Mai bis Juli 2005 39,8 Prozent, der Anteil der Material- und Laborkosten summierte sich auf einen Anteil von 60,2 Prozent, wobei hier wiederum vor allem der Anteil des Fremdlabors mit einem Anteil von 71,7 Prozent an den gesamten Material- und Laborkosten ins Auge fällt.

Abbildung 8 verdeutlicht, dass nicht generell von einem Rückgang der Fallzahlen gesprochen werden kann, sondern dass dieser Rückgang aufgrund der fehlenden Übergangsregelungen isoliert bei den Neuversorgungsfällen auftrat, während die Reparaturfälle im Zeitraum von Mai bis Juli 2005 gegenüber dem gleichen Zeitraum im Vorjahr um 2,2 Prozent zugenommen haben. Der Rückgang bei den Neuversorgungsfällen betrug im gleichen Zeitraum 15,2 Prozent.

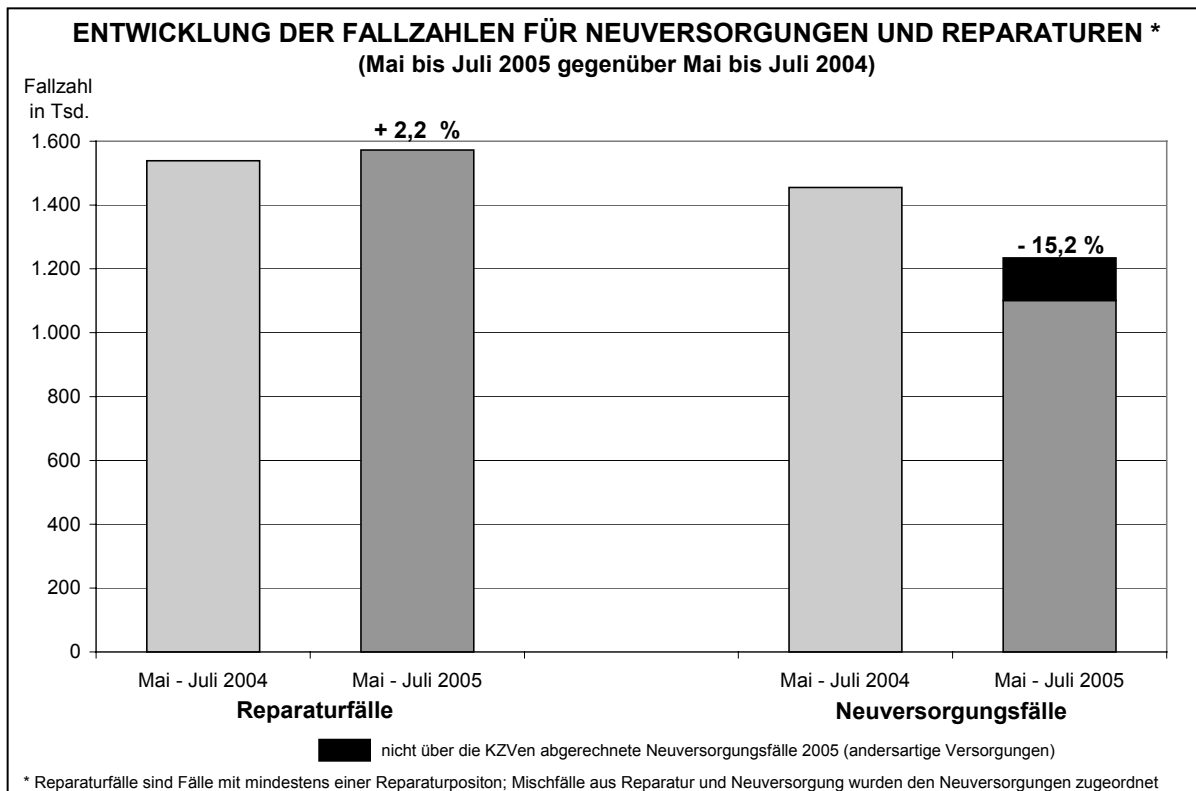


Abbildung 8: Entwicklung der Fallzahlen für Neuversorgungen und Reparaturen (Vergleich Mai bis Juli 2004 versus Mai bis Juli 2005)

Abbildung 9 zeigt die Entwicklung der Fallwerte im Zeitraum von Mai bis Juli 2005 isoliert für die Neuversorgungsfälle unter Einbezug der nicht über die KZVen abgerechneten Neuversorgungen (andersartige Versorgungen). In diesem Zeitraum zeigt sich bereits eine deutliche Annäherung der Fallwerte gegenüber dem Vorjahr. So lag der durchschnittliche Fallwert für Neuversorgungen im Juli 2005 nur noch um 2,0 Prozent unter dem Vorjahreswert. Die Zusammenschau der Daten aus Abbildung 8 und Abbildung 9 lässt erkennen, dass die Ausgabensituation als Produkt aus Fallzahl und Fallwert nicht auf einem Fallwertrückgang beruht, sondern von einem Rückgang der Neuversorgungsfälle geprägt ist.

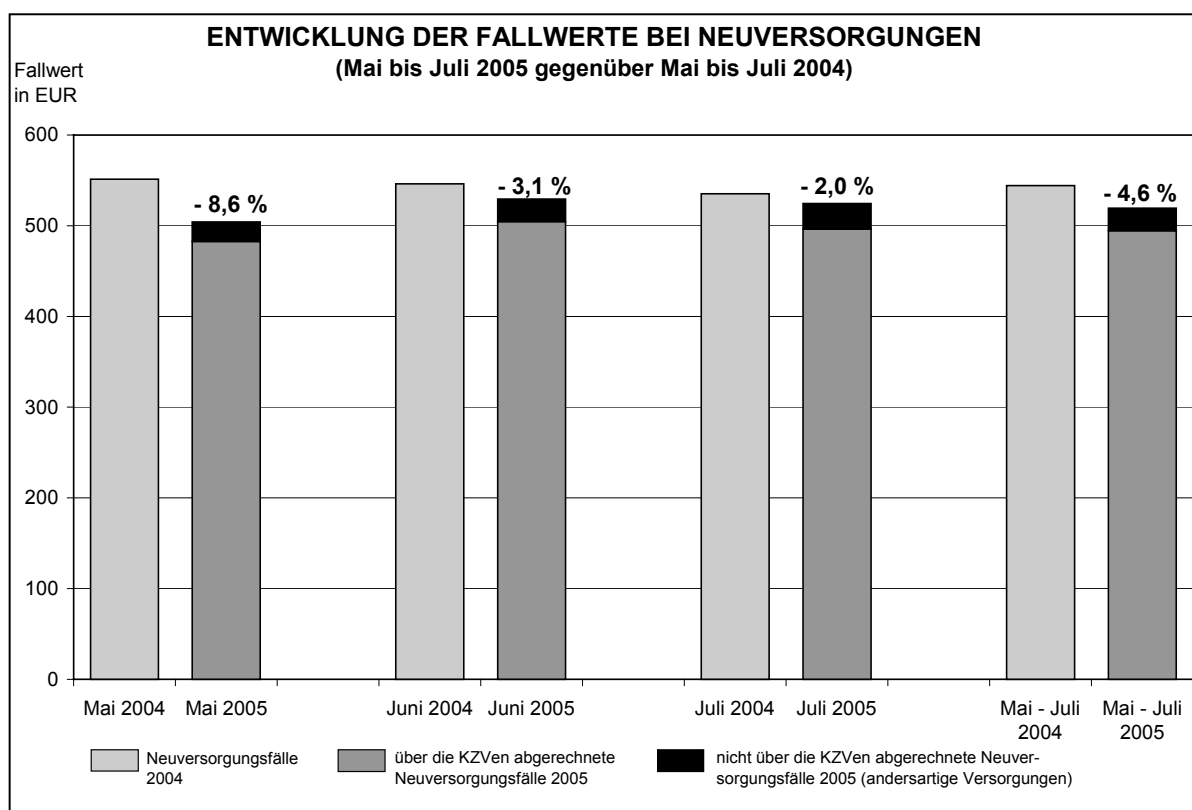


Abbildung 9: Entwicklung der Fallwerte bei Neuversorgungen (Vergleich Mai bis Juli 2004 versus Mai bis Juli 2005)

Allerdings ist, wie aus Abbildung 10 ersichtlich wird, auch bei der Zahl der Neuversorgungsfälle bis zum Juli 2005 eine deutlich steigende Tendenz hin zu einer Normalisierung der Anteile der Neuversorgungen erkennbar. Nach einem vorübergehenden Einbruch der Anzahl der Neuversorgungsfälle im Februar 2005 stieg die Fallzahl bereits im März 2005 wieder deutlich an (vgl. Abbildung 10).

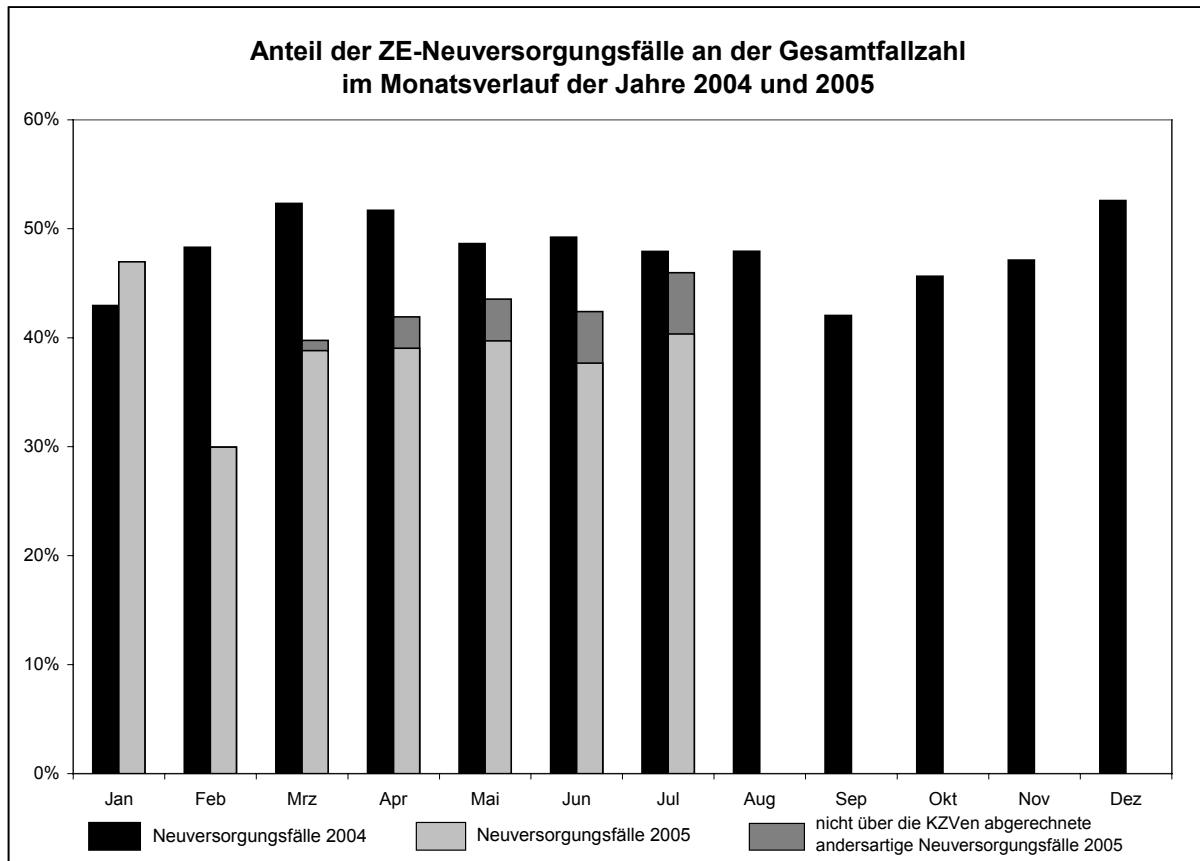


Abbildung 10: Anteil der ZE-Neuversorgungsfälle an der Gesamtfallzahl (Vergleich 2004 versus 2005)

Tabelle 7 und Abbildung 11 geben den durchschnittlichen Multiplikator bzw. die Häufigkeitsverteilung der Multiplikatoren für die Abrechnung der zahnärztlichen Behandlungskosten wieder, wie sie aus der HKP-Stichprobe für das Jahr 2005 ermittelt werden konnten. Ohne Direktabrechnungsfälle lag der durchschnittliche Multiplikator bei 2,36, unter Einbezug der gesamten Stichprobe betrug der Multiplikator im Durchschnitt 2,38. Für 12,6 Prozent der Leistungen wurde ein Steigerungssatz größer als 2,3 berechnet. In der Statistik zum privat Zahnärztlichen Abrechnungsgeschehen (kurz: GOZ-Analyse), die eine gute Vergleichsbasis bietet, ist für das Jahr 2003 ein Multiplikator von 2,52 ausgewiesen worden. Ausführlichere Daten zur GOZ-Analyse von 2003 sind im KZBV Jahrbuch 2004 publiziert worden (KZBV, 2004).

Multiplikator bei abgerechneten GOZ-Leistungen	
	durchschnittlicher Multiplikator
HKP-Stichprobe 2005	
- Gesamt	2,38
- Direktabrechnungs-Fälle	2,40
- Gesamt ohne Direktabrechnungs-Fälle	2,36
GOZ-Analyse	
- GKV-Versicherte Prothetik (incl. Zahnkronen) Jahr 2004	2,47
- Privatversicherte alle Leistungen Jahr 2003	2,52

Grundlage: - HKP-Stichprobe der KZBV
 (Zufallsstichprobe von Heil- und Kostenplänen mit gleich- und andersartigen Leistungen)
 - GOZ-Analyse
 (Stichprobenerhebung (Panel) von wesentlichen Rechnungsdaten von Privatabrechnungen,
 Gemeinschaftsprojekt von BZÄK und KZBV unter Beteiligung des IDZ)

Tabelle 7: Durchschnittlicher Multiplikator bei abgerechneten GOZ-Leistungen

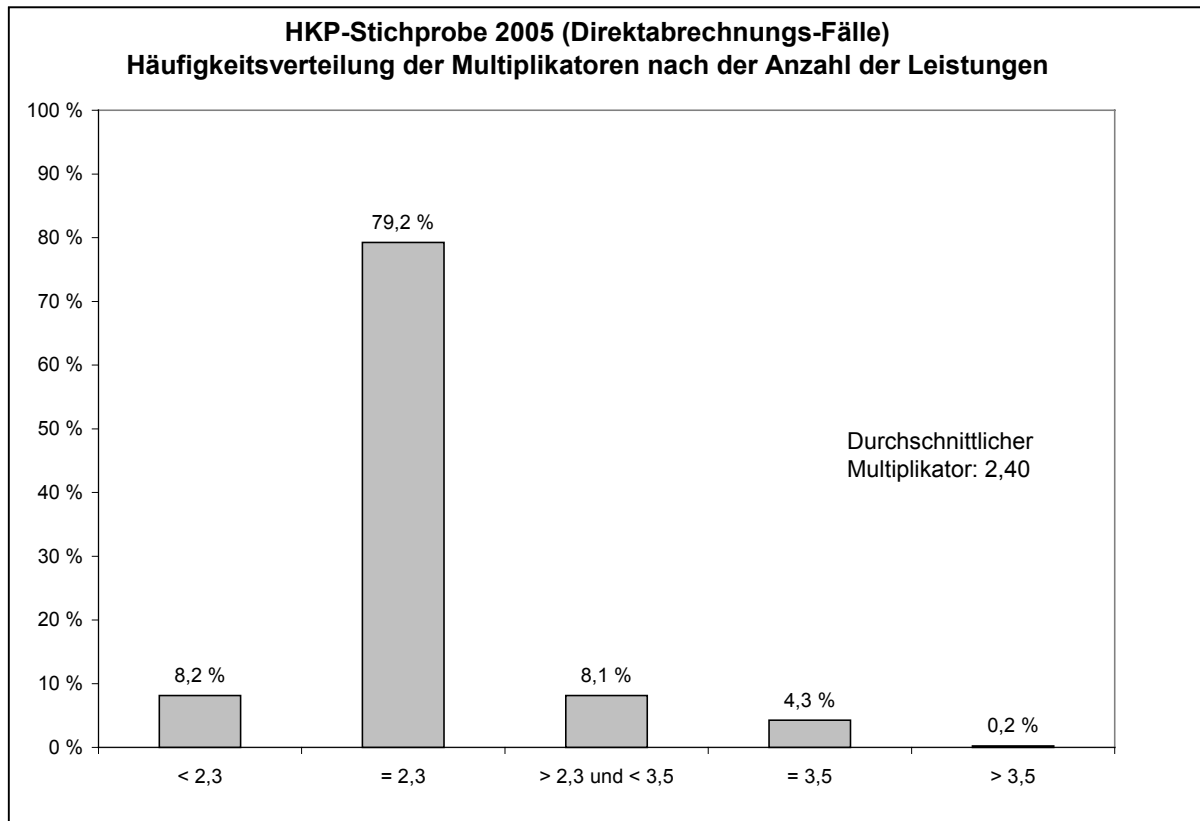


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung der Multiplikatoren für die Abrechnung der zahnärztlichen Behandlungskosten

Betrachtet man lediglich die Häufigkeitsverteilung der Multiplikatoren für *zahnprothetische Maßnahmen*, so zeigen sich noch deutlichere Unterschiede. Wie in Abbildung 12 dargestellt, betrug der durchschnittliche Multiplikator für Zahnersatz (inkl. Zahnkronen) laut GOZ-Analyse 2,82; die Stichprobe des PKV-Verbandes ergab für das gleiche Jahr einen durchschnittlichen Multiplikator von 2,77 (vgl. Abbildung 12).

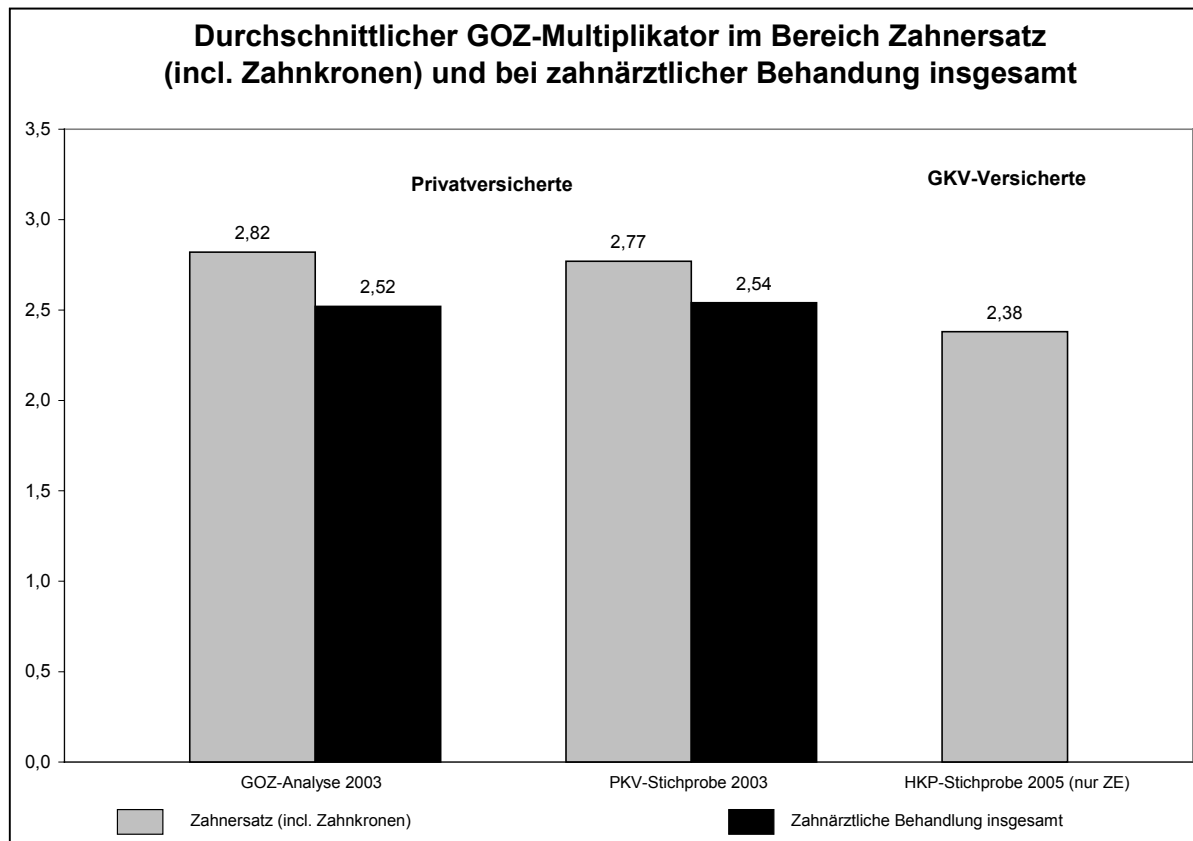


Abbildung 12: Durchschnittlicher GOZ-Multiplikator im Vergleich

In Tabelle 8 wird eine Aufteilung der Fallkosten – analog zu der Darstellung in Tabelle 6 – vorgenommen, hier aber beschränkt auf die Direktabrechnungsfälle (andersartige Versorgungsungen). Die Anteile des zahnärztlichen Honorars sowie der Material- und Laborkosten sind praktisch identisch mit den Anteilen, die bei den über die KZVen abgerechneten Festzuschussfällen ermittelt wurden und betragen 39,7 Prozent für das zahnärztliche Honorar sowie 60,3 Prozent für die Material- und Laborkosten. Der Anteil des Fremdlabors liegt bei den andersartigen Versorgungsungen allerdings mit einem Anteil von 77,4 Prozent an den Material- und Laborkosten vergleichsweise höher als bei den über die KZVen abgerechneten Festzuschussfällen. Dort betrug der Anteil des Fremdlabors 71,7 Prozent (vgl. Tabelle 6). Der Festzuschuss der Krankenkassen fällt bei den andersartigen Versorgungsungen dem Absolutbetrag nach höher aus, der Versichertenanteil ist mit 67,2 Prozent infolge der aufwändigeren Versorgung indes höher (vgl. hierzu auch den Verweis auf den Gedanken der distributiven Gerechtigkeit in Abschnitt 3.2).

**Aufteilung der Fallkosten
Direktabrechnungsfälle (andersartige Versorgungsungen)
Mai - Juli 2005**

	Aufteilung der ZE-Fallkosten Beträge in EUR	Anteil an den Gesamtkosten	Anteil am Honorar	Anteil an den MuL-Kosten
Honorar insg.	878,98	39,7%		
Bema-Honorar	25,48		2,9%	
GOZ-Honorar	853,50		97,1%	
MuL insg.	1.335,12	60,3%		
MuL-Fremdlabor	1.033,54			77,4%
MuL-Praxislabor	301,58			22,6%
Gesamtkosten	2.214,10	100,0%		
Zuschuss Kasse	725,62	32,8%		
Versichertenanteil	1.488,48	67,2%		

Grundlage: HKP-Stichprobe der KZBV

Tabelle 8: Aufteilung der ZE-Fallkosten von andersartigen Versorgungsungen nach Honoraranteil und Material- und Laborkostenanteil

4.2.3 Allgemeine Versorgungsstruktur (Vergleich 2005 versus 2004)

Anhand der Häufigkeitsverteilung der abgerechneten Befund-Nummern je Fall kann die allgemeine Versorgungsstruktur im Jahre 2005 beschrieben und analysiert werden. Um nun die Versorgungssituation in 2005 mit der Versorgungssituation in 2004 vergleichen zu können, wurden die Häufigkeiten der Bema-Positionen der Bema-Neufälle 2004 in die Darstellung aufgenommen. Durch Vergleich der sich gegenseitig entsprechenden Positionen können Strukturveränderungen festgestellt werden. Bei der Ableitung von Strukturveränderungen sind zudem die andersartigen Versorgungsungen zu berücksichtigen. Verglichen wurde jeweils der Zeitraum Mai bis Juli.

Tabelle 9 verdeutlicht die allgemeine Versorgungsstruktur sowie etwaige Strukturverschiebungen anhand der relativen Häufigkeiten. Dargestellt ist jeweils die Abrechnungshäufigkeit der entsprechenden Position je 100 Fälle. Demnach ist die Zahl der Einzelkronen relativ betrachtet deutlich gestiegen (von 36 auf 45 je 100 Fälle) und auch die Anzahl der Brückenversorgungsungen ist gestiegen. Gleiches gilt für die Wiederherstellungen. Demgegenüber hat sich die Anzahl der Modellgussprothesen leicht

reduziert; die Anzahl der Teleskopkronen ist gegenüber dem Vorjahr ebenfalls gesunken. Die Anzahl der Totalprothesen (inkl. Cover Dentures) blieb gegenüber dem Vorjahr in etwa stabil.

Häufigkeiten je 100 Fälle bei ausgewählten Versorgungskomplexen

Versorgungskomplex	Über die KZVen abgerechnete Bema-Neufälle Mai-Juli 2004	Über die KZVen abgerechnete FZ-Fälle und Direktabrechnungsfälle Mai-Juli 2005	davon entfallen auf:	
			Über die KZVen abgerechnete FZ-Fälle	Direktabrechnungsfälle
Einzelkronen	36,0	ca. 45,0	41,4	ca. 3,6
Brückenspannen	9,7	ca. 11,5	8,2	ca. 3,3
Totalprothesen	7,8	ca. 7,5	7,3	ca. 0,2
Modellgussprothesen	9,1	ca. 8,6	7,7	ca. 0,9
Teleskopkronen	10,4	ca. 8,6	5,5	ca. 3,1
Wiederherst./Erweiterungen	63,7	69,2	69,2	0

Datengrundlage: Frequenzstatistik der KZBV

* Direktabrechnungsfälle: andersartige Versorgungen (Hochrechnung auf Stichprobenbasis)

Tabelle 9: Relative Häufigkeitsverteilung bei ausgewählten Versorgungskomplexen

4.2.4 Spezielle Versorgungsstruktur

In der öffentlichen Diskussion spielen spezielle Versorgungssituationen, die durch die Befunddefinitionen aus den Regelleistungen in den Bereich der andersartigen Versorgungen gewandert sind, eine wesentliche Rolle.

Die Aufteilung der Direktabrechnungsfälle, wie sie in Tabelle 10 vorgenommen wird, bietet eine Reihe von Informationen über den Umfang und die Struktur der andersar-

tigen Versorgung. Der Anteil der Direktabrechnungsfälle (d. h. der andersartigen Versorgungsformen) an den Gesamtfällen beträgt lediglich 5 Prozent. Die Aufteilung der Direktabrechnungsfälle zeigt, dass etwa die Hälfte der andersartigen Versorgungsformen auf Brücken entfällt. 17,6 Prozent der andersartigen Versorgungsformen wird in Form von Modellgussprothesen vorgenommen, etwa ein Fünftel kann den Suprakonstruktionen zugeschlagen werden. Etwa ein Sechstel der andersartigen Versorgungsformen wird mit Teleskopkronen vorgenommen.

Aufteilung der Direktabrechnungsfälle (andersartige Versorgungsformen)

Mai - Juli 2005

Versorgungsform	Anteil an Direktabrechnungsfällen	Anteil an Gesamtfällen
Fälle mit Suprakonstruktionen	20,2%	1,0%
Fälle mit Brücken (incl. teleskopierende Brücken)	48,5%	2,4%
Fälle mit Modellgussprothesen (incl. teleskopierende Modellgussprothesen)	17,6%	0,9%
sonstige Fälle	13,7%	0,7%
Gesamt	100,0%	5,0%
davon: Fälle mit Teleskopkronen (mit Ø 3,9 Teleskopkronen)	16,7%	0,8%

Grundlage: HKP-Stichprobe der KZBV

Tabelle 10: Aufteilung der Direktabrechnungsfälle nach Versorgungsformen

Die Tabellen 11 und 12 machen deutlich, dass der doppelte Festzuschuss im Durchschnitt in etwa den tatsächlichen Kosten entspricht, dass es aber im Einzelfall naturgemäß Abweichungen im Sinne einer Unter- oder Überdeckung der Kosten durch den jeweiligen befundbezogenen Festzuschuss gibt.

Eine Unterdeckung in Höhe von 8,4 Prozent der tatsächlichen Kosten ist bei der Einzelkrone zu verzeichnen, während bei Versorgungsformen mit zwei oder mehr Einzelkronen tendenziell eine Überdeckung in Höhe von 5,1 Prozent der tatsächlichen Kosten

besteht. Insgesamt hat sich die Anzahl der Kronen auf 100 Fälle erhöht (vgl. Tabelle 11).

Regelversorgungsfälle

Vergleich der durchschnittlichen tatsächlichen Kosten* mit dem doppelten Festzuschuss für ausgewählte Versorgungsformen

Versorgungsform	durchschnittliche tatsächliche Kosten*	Doppelter Festzuschuss	Über- / Unter- deckung der tatsächlichen Kosten EUR	Über- / Unter- deckung der tatsächlichen Kosten in %
	EUR	EUR		
Fälle mit 1 Einzelkrone (mit/ohne Verblendungen bzw. mit/ohne Stiftaufbauten) je Krone	311	285	- 26	- 8,4 %
Fälle mit 2 und mehr Einzelkronen (mit/ohne Verblendungen bzw. mit/ohne Stiftaufbauten) je Krone	277	291	+ 14	+ 5,1 %
Fälle mit einer Brücke zum Ersatz eines Zahnes mit 2 Pfeilerkronen (mit/ohne Verblendungen bzw. mit/ohne Stiftaufbauten) je Brücke	674	686	+ 12	+ 1,8 %
Fälle mit Modellgussprothesen ohne Teleskopkronen je Modellgussprothese	542	549	+ 7	+ 1,3 %
Fälle mit einer Modellgussprothese mit Teleskopkronen (mit/ohne Verblendungen bzw. mit/ohne Stiftaufbauten) je Modellgussprothese	1.443	1.459	+ 16	+ 1,1 %
Fälle mit Totalprothesen im Oberkiefer und Unterkiefer	1.026	1.049	+ 23	+ 2,2 %
Fälle mit einer Cover-Denture-Prothese mit Telekopkronen (mit/ohne Verblendung bzw. mit/ohne Metallbasis bzw. mit/ohne Stützstiftregistrierung) je Cover-Denture-Prothese	1.651	1.650	- 1	- 0,1 %

*: tatsächliche Kosten auf NEM-Basis (Edelmetallkosten wurden rechnerisch durch NEM-Kosten ersetzt.)

Grundlage: Stichprobe von rd. 350.000 Regelversorgungsfällen aus den Diskettenabrechnerfällen aus den Monaten Mai-Juli 2005

Tabelle 11: Über- und Unterdeckung der Kosten mit dem doppelten Festzuschuss (Neuversorgungen)

Deutlichere Abweichungen ergeben sich noch im Bereich der Reparaturen. Hier ergab die Analyse eine Unterdeckung von bis zu 21,9 Prozent.

Regelversorgungsfälle

Vergleich der durchschnittlichen tatsächlichen Kosten mit dem doppelten Festzuschuss für ausgewählte Versorgungsformen

Versorgungsform	durchschnittliche tatsächliche Kosten*	Doppelter Festzuschuss	Über- / Unter- deckung der tatsächlichen Kosten EUR	Über- / Unter- deckung der tatsächlichen Kosten in %
	EUR	EUR		
Reparaturen:				
a) Wiederherstellungen ohne Abformung im Kunststoffbereich	52	52	0	0,0 %
b) Wiederherstellungen mit Abformung im Kunststoffbereich	96	75	- 21	- 21,9 %
c) Wiederherstellungen im gegossenen Metallbereich	125	115	- 10	- 8,0 %
d) Erweiterungen im Kunststoffbereich	109	104	- 5	- 4,6 %
e) Erweiterungen im gegossenen Metallbereich	159	132	- 27	- 17,0 %

*: tatsächliche Kosten auf NEM-Basis (Edelmetallkosten wurden rechnerisch durch NEM-Kosten ersetzt.)

Grundlage: Stichprobe von rd. 350.000 Regelversorgungsfällen aus den Diskettenabrechnerfällen aus den Monaten Mai-Juli 2005

Tabelle 12: Über- und Unterdeckung der Kosten mit dem doppelten Festzuschuss (Reparaturen)

5. Schlussfolgerungen und weitere Forschungsbedarfe

Eine Bilanz des Systems befundbezogener Festzuschüsse wird aufgrund der Vielzahl der zu berücksichtigenden Variablen naturgemäß entsprechend differenziert ausfallen müssen. Trotz der in dem statistischen Zahlenmaterial aufscheinenden Komplexität ist gleichwohl ein recht deutliches Zwischenfazit zur Entwicklung des zahnprothetischen Leistungsgeschehens nach Einführung des Festzuschuss-Systems in der GKV möglich. Im Rahmen einer bewertenden Zusammenfassung wird im Sinne der Versorgungsforschung schwerpunktmäßig auf vier zentrale Fragestellungen eingegangen:

1. Hat die gemeinsame Selbstverwaltung die Höhe der Festzuschüsse richtig bemessen?
2. Ist das im Jahre 2004 realisierte zahnprothetische Versorgungsniveau in seiner gewachsenen Struktur bei der Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse angemessen übertragen worden?
3. Hat sich das Liquidationsverhalten der Zahnärzteschaft nach der Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse verändert?
4. Wie hat sich der von den Patienten zu entrichtende Eigenanteil seit der Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse entwickelt?

5.1 Erkenntnisse zur Bemessung der Festzuschusshöhe

Die Frage, ob und inwieweit die gemeinsame Selbstverwaltung die Höhe der Festzuschüsse seinerzeit richtig bemessen hat, kann anhand der vorliegenden Daten schlüssig beantwortet werden. Bei der Berechnung der Festzuschüsse wurde normativ darauf abgestellt, dass die Festzuschüsse jeweils 50 Prozent der statistischen Durchschnittskosten für die Regelversorgung auf Bundesebene abdecken, d. h., dass der doppelte Festzuschuss den Durchschnittskosten der Regelversorgung auf Bundesebene entsprechen sollte. Berechnungsgrundlage für die Festzuschüsse war dabei im Wesentlichen die Regelversorgung, wie sie sich im Jahre 2004 darstellte. Das entsprechende Datenmaterial verdeutlicht, dass die Festzuschüsse im Durchschnitt offensichtlich angemessen festgelegt wurden. Selbstverständlich ergeben sich im Einzelfall Abweichungen in Abhängigkeit von der zahnärztlichen und zahn-technischen Struktur des betreffenden Falles sowie von den jeweiligen regionalen Zahntechnikpreisen (Korridorlösung). Auf Bundesebene sind lediglich bei einigen Wiederherstellungsbefunden deutlichere Unterschreitungen der tatsächlichen Kosten erkennbar, die möglicherweise eine punktuelle Anpassung der Festzuschüsse erfordern.

Auch der Vergleich der Fallwerte-Entwicklung bei Neuversorgungen für die Jahre 2004 und 2005 lässt darauf schließen, dass die Festzuschüsse im Grundsatz offen

sichtlich angemessen festgesetzt wurden. Aufgrund der fehlenden Übergangsregelung und möglicher Vorzieheffekte erfolgte eine Annäherung der Fallwerte im Jahre 2005 an die Fallwerte bei Neuversorgungen im Vorjahr erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung. Unter Einbezug der nicht über die KZVen abgerechneten Neuversorgungsfälle lag der Fallwert im Mai 2005 rechnerisch um 8,6 Prozent unter dem Vorjahreswert, im Juni 2005 verringerte sich der Abstand zum Vorjahr auf 3,1 Prozent, und im Juli 2005 betrug der Unterschied zum Vorjahr nur noch 2,0 Prozent. Hier wurde also bereits sieben Monate nach der Implementation eines neuen Bezuschussungssystems das alte Fallwertniveau fast wieder erreicht.

5.2 Erkenntnisse zum zahnprothetischen Versorgungsniveau

Bei der Frage, ob und inwieweit das im Jahre 2004 realisierte Versorgungsniveau auch im Folgejahr erhalten werden konnte, sind neben dem Fallwert als wichtigem Indikator für das erreichte Versorgungsniveau zusätzlich die Entwicklung der Fallzahlen sowie weitere strukturelle Aspekte einzubeziehen.

Hinsichtlich der *Fallzahlentwicklung* war zum Jahresanfang 2005 zunächst ein deutlicher Rückgang der Fallzahlen zu verzeichnen. Ursächlich hierfür dürfte wiederum primär die fehlende Übergangsregelung gewesen sein, aber auch mutmaßliche Vorzieheffekte. Im Jahresverlauf stiegen die Fallzahlen dann merklich. Unter Einbeziehung der andersartigen Versorgungen betrug der Fallzahlrückgang im ersten Quartal 2005 noch 25,7 Prozent, im zweiten Quartal 2005 zogen die Fallzahlen jedoch deutlich an, so dass der Fallzahlrückgang gegenüber dem Vorjahr nur noch 8,2 Prozent betrug. Der durchschnittliche Fallzahlrückgang im 1. Halbjahr 2005 lag bei 17,0 Prozent. Im Juni 2005 lag die Anzahl der prothetischen Behandlungsfälle nur noch 2,5 Prozent unterhalb des Vorjahresniveaus. Im Juli 2005 war der Fallzahlrückgang im Vergleich zum Vorjahr mit 6,5 Prozent hingegen wiederum etwas ausgeprägter, was sicherlich u. a. auf die Verunsicherung mancher Patienten hinsichtlich der ab 1. Juli 2005 geänderten Beitragszahlungsmodalitäten im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung (vgl. § 241a SGB V) zurückgeführt werden kann.

Und überhaupt wird man zu konstatieren haben, dass der zahnprothetische Versorgungsbedarf in der Bevölkerung aus epidemiologischer Sicht eine relativ „träge Größe“ darstellt, die durch das zahnärztliche Dienstleistungssystem nicht beliebig hin- und herbewegt werden kann; insofern sollten Verschiebungen in der realisierten Nachfrage nach zahnprothetischen Leistungen sinnvollerweise in einem größeren Zeitrahmen betrachtet werden (Schroeder, 2001; Brecht et al., 2004).

Die relativen Häufigkeiten der jeweiligen abgerechneten Bema-Positionen je Fall (für das Jahr 2004) bzw. der abgerechneten Befund-Nummern je Fall (für das Jahr 2005) spiegeln die *Versorgungsstruktur* wider. Eine Zuordnung von Bema-Positionen zu entsprechenden Befund-Nummern ist grundsätzlich möglich und erlaubt insofern an

hand der relativen Häufigkeiten auch einen ungefähren Strukturvergleich des Jahres 2005 mit dem Vorjahr. Insgesamt verdeutlicht das empirische Material, dass bei der Versorgung mit Einzelkronen im Jahre 2005 eine deutliche Zunahme zu verzeichnen ist, und auch die Anzahl der Brückenspannen je 100 Fälle ist gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Desgleichen ist bei den Wiederherstellungen ein deutlicher Anstieg erkennbar. Der Anteil der Totalprothesen (inkl. Cover Dentures) blieb gegenüber dem Vorjahr ungefähr konstant. Ein leichter Rückgang ist bei der Versorgung mit Modellgussprothesen zu erkennen, während der Anteil der Versorgungen mit Teleskopkronen u.a. aufgrund der eingeschränkten Indikation im Festzuschuss-System deutlich gesunken ist.

Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die teleskopierende Prothese im Restgebiss in Deutschland bislang eine ausgesprochen häufige Versorgungsform darstellt (Micheelis und Reich, 1999). In vergleichbaren Nachbarländern (z. B. Dänemark, Schweiz) wird demgegenüber deutlich häufiger die klammerverankerte Modellgussprothese als alternative und kostengünstigere Versorgungsform eingesetzt (Wöstmann, 2005). Unbestritten ist, dass Teleskopprothesen hinsichtlich Komfort und Ästhetik sowohl aus zahnmedizinischer als auch aus patientenbezogener Sicht sicherlich Vorteile bieten. Alles in allem zeigt die Datenlage zur Verweildauer von Zahnersatz, dass Misserfolgsraten und Nachsorgeaufwand bei abnehmbaren Teilprothesen insgesamt signifikant höher ausfallen als bei feststehendem Zahnersatz und dass die Misserfolgsraten von gussklammer- oder geschiebeverankerten Therapiemitteln in etwa vergleichbar sind mit teleskopgestützten Zahnersatzformen (Kern, M., 2003; Kerschbaum, 2004). Eine generell höhere biologische Wertigkeit von Teleskopprothesen ist anhand der verfügbaren Studienlage jedenfalls nicht zwingend ableitbar.

Strukturelle Verschiebungen zwischen den einzelnen Versorgungsformen sind – wie bereits in der theoretischen Analyse (vgl. Kapitel 4) deutlich wurde – im Übrigen durch Veränderungen in den Preisrelationen erklärbar (sog. Substitutionseffekte).

Die Aufteilung der Direktabrechnungsfälle liefert zusätzliche Informationen über den Umfang und die Struktur der andersartigen Versorgung. Die Aufteilung der Direktabrechnungsfälle zeigt, dass etwa die Hälfte der andersartigen Versorgungen auf Brücken entfällt. Etwa 18 Prozent der andersartigen Versorgungen wird in Form von Modellgussprothesen vorgenommen, ein weiteres Fünftel kann den Suprakonstruktionen zugeschlagen werden. Der Anteil der Suprakonstruktionen wird vermutlich im Zeitablauf weiter steigen, da Versorgungen mit Implantaten generell einen mehrmonatigen klinischen Einheilungsprozess erfordern und daher viele Suprakonstruktionen bis Ende Juli 2005 noch nicht eingegliedert bzw. abgerechnet werden konnten. Die Struktur der andersartigen Versorgung verdeutlicht jedenfalls, dass die durch den Gesetzgeber verfügte Ausweitung des GKV-Leistungskataloges um implantatgestützte Suprakonstruktionen von den gesetzlich versicherten Patienten offenbar auch angenommen wird.

5.3 Erkenntnisse zum Abrechnungsverhalten der Zahnärzte

Zur Analyse des zahnärztlichen Liquidationsverhaltens wurde anhand der HKP-Stichprobe der KZBV für das Jahr 2005 die Häufigkeitsverteilung der GOZ-Multiplikatoren ermittelt. Dabei lag der Fokus auf der *Preisentwicklung*; weiterführende Analysen zur *Mengenentwicklung* im GOZ-/BEB-Bereich sind nicht möglich, da die für einen Vorjahresvergleich erforderlichen empirischen Daten für das Jahr 2004 nicht vorliegen.

Unter Einbezug der so genannten andersartigen Versorgungsleistungen betrug der durchschnittliche Multiplikator laut HKP-Stichprobe 2,38, ohne die Direktabrechnungsfälle lag der Multiplikator bei 2,36. Instrukтив ist hier der Vergleich mit den Daten aus der GOZ-Analyse, die sich auf den Kreis der Privatversicherten beziehen. Bei der GOZ-Analyse handelt es sich um ein von der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung fest etabliertes Monitoringinstrument (KZBV, 2004). Im Jahr 2003 betrug der durchschnittliche Steigerungssatz laut GOZ-Analyse 2,52 bei den Privatversicherten (bezogen auf alle Leistungen) und im Jahr 2004 bei den GKV-Versicherten 2,47 (bezogen auf alle prothetischen Versorgungspositionen einschl. Zahnkronen). Lediglich in 12,6 Prozent der Leistungen wurde laut HKP-Stichprobe im Jahr 2005 bei gesetzlich Versicherten oberhalb des 2,3-fachen Steigerungssatzes liquidiert. Die Gegenüberstellung verdeutlicht, dass die Zahnärzte in der Regel offensichtlich eher moderat liquidieren.

Die Aufteilung der Fallkosten nach zahnärztlichem Honorar einerseits und Material- und Laborkosten andererseits verdeutlicht, dass der Hauptanteil auf die Material- und Laborkosten entfällt (mehr als 60 Prozent) und hier primär auf den Bereich Fremdlabor. Dem zahnärztlichen Honorar kommt insofern anteilmäßig ein vergleichsweise geringes Gewicht an den Gesamtkosten bzw. der Entwicklung der Gesamtkosten zu.

5.4 Erkenntnisse zu den finanziellen Belastungen der Patienten

Eng mit der vorgenannten Problematik verknüpft ist die Frage, wie sich der Eigenanteil der Patienten nach Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse darstellt. Während die Umstellung auf einen bundeseinheitlichen Punktwert beim zahnärztlichen Honorar in der Gesamtbilanz kostenneutral war, also im Bundesdurchschnitt keine zusätzliche Belastung für die Patienten bedeutete, hat sich die Korridorlösung bei den Material- und Laborkosten als ein zusätzlicher Kostenfaktor erwiesen. Bundesweit haben die Technikpreise aufgrund der Korridorlösung um durchschnittlich ca. 1,9 Prozent gegenüber den bei der Festlegung der Festzuschüsse zugrunde gelegten bundesdurchschnittlichen Laborpreisen für das Jahr 2005 angezogen.

Eine endgültige Abschätzung der Entwicklung der Patientenbelastung ist aufgrund der zur Verfügung stehenden Datenlage zur Zeit noch nicht möglich. Die verfügbaren Sekundärdaten lassen aber den indirekten Schluss zu, dass aus der empirischen Zusammenschau von Fallwerten, GOZ-Multiplikatoren und weiteren Strukturziffern zu den Honorar- sowie Material- und Laborkosten keine signifikante Erhöhung der Kostenbelastung der Patienten durch ein verändertes Abrechnungsverhalten der behandelnden Zahnärzte ableitbar ist. Diese Aussage gilt jedenfalls für das Gesamtbild der liquidierenden Zahnärzteschaft, was selbstverständlich Einzelabweichungen – gleichgültig in welcher Richtung – naturgemäß nicht ausschließt.

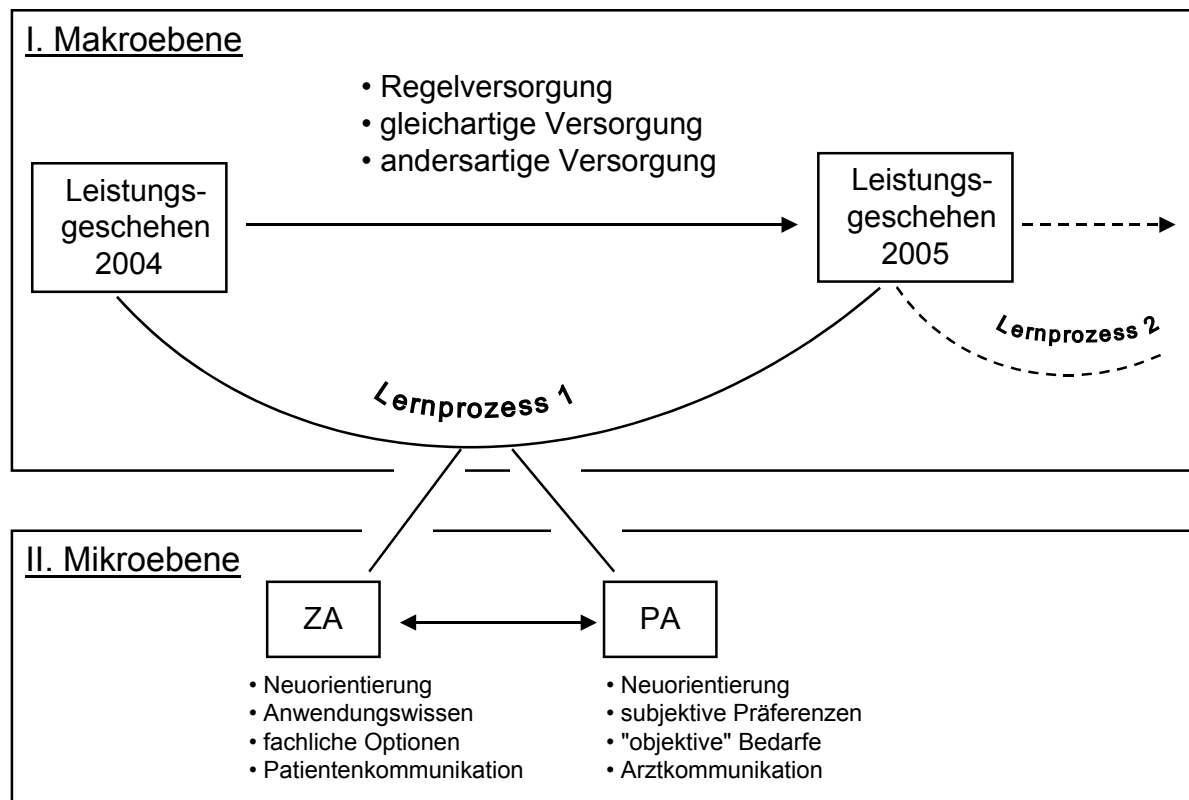
5.5 Implementation des Systems befundbezogener Festzuschüsse als „lernendes System“

Im Rahmen der empirischen Analyse wurde verschiedentlich deutlich, dass eine abschließende Beurteilung der Auswirkungen des Systems befundbezogener Festzuschüsse anhand der vorhandenen Daten mit Stand Juli 2005 nicht möglich erscheint und es eines begleitenden Monitoring im Sinne einer Prozessevaluation bedarf (vgl. Abschnitt 1.3).

Aus verhaltenswissenschaftlicher Perspektive ist die Einführung des Festzuschuss-Systems jedenfalls als ein höchst komplexer sozialer Implementierungsprozess aufzufassen, der vielfältige Lernprozesse sowohl auf der Mikroebene als auch auf der Makroebene anstößt (vgl. Abbildung 13). Insofern handelt es sich um ein „lernendes System“, das auf seinem Entwicklungspfad Zeit benötigt.

Auf der *Mikroebene* müssen sich alle Beteiligten, Patienten ebenso wie Zahnärzte, auf das völlig neuartige System befundbezogener Festzuschüsse einstellen. Der Patient muss sich in diesem System neu orientieren und seinen subjektiven Bedarf sowie seine subjektiven Präferenzen in der Kommunikation mit dem Zahnarzt artikulieren. Der Zahnarzt wiederum muss im Rahmen des jeweils ihm verfügbaren Anwendungswissens hinsichtlich der neuen Systematik die fachlichen Optionen der zahnprothetischen Versorgung mit ihren spezifischen Vor- und Nachteilen überblicken und diese dem Patienten gegenüber – mit Blick auf die jeweilige Indikation und die individuellen Patientenwünsche – erläutern. Die klinischen Befunde dienen dabei als ‚objektivierbare‘ Basis der Therapieentscheidung; sie lassen aber gleichwohl Raum für die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen (zur grundsätzlichen Verschränkung von „objektivem“ und „subjektivem“ Bedarf in der Gesundheitsversorgung vgl. Schwartz, 2001). Aufgrund der vermehrten Handlungsoptionen aller Beteiligten kommt einer aktiven und gleichberechtigten Zahnarzt-Patienten-Kommunikation im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) insofern im System der befundbezogenen Festzuschüsse eine erheblich größere Bedeutung zu.

Die Lernprozesse auf der Mikroebene führen im Zeitverlauf nicht nur zu einer Reduktion etwaiger (in einem lernenden System anfänglich generell zu erwartender) kognitiver Orientierungs- und Kommunikationsprobleme, sondern übertragen sich in einem Rückkopplungsprozess als Aggregat auch auf die *Makroebene* und lösen dort wiederum gesamtgesellschaftliche Lernprozesse aus, die zu einer entsprechenden Anpassung und Optimierung des Leistungsgeschehens beitragen. Hier wird insofern ein weiteres Monitoring erfolgen müssen, bis die Systemänderungen mit einem gewissen Time-Lag in dem „Verhaltenssystem“ durch entsprechende Lernprozesse aller Beteiligten eingeübt sind.



© IDZ, 2005

Abbildung 13: Die Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse als verhaltenswissenschaftlicher Implementierungsprozess

Möglicherweise könnten zu dieser wichtigen Problematik auch regelmäßige Patienten- und Zahnärztebefragungen bei repräsentativen Querschnitten hilfreich sein, um tiefere Kenntnisse über Wissensstrukturen, Informationsbedarfe und etwaige Verhaltensbarrieren bei den Akteuren zu erlangen. Aus sozialwissenschaftlicher Sicht könnte eine solchermaßen angelegte Forschungsergänzung zweifellos helfen, gezielte Informationskampagnen zur Implementationsoptimierung des Festzuschuss-Systems voranzutreiben.

5.6 Partizipative Entscheidungsfindung als Forschungstopos der Arzt-Patienten-Beziehung

Als methodischen Ergänzungsbaustein hat das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) daher in Kooperation mit der Fachhochschule Ravensburg (Prof. Dr. Axel Olaf Kern) ein bundesweites Forschungsprojekt zum Thema „Entscheidungskommunikation bei Zahnersatz-Versorgungen“ gestartet. Für das IV. Quartal 2005 sollen jeweils 20 genehmigte und realisierte prothetische Versorgungen je Praxis von einer Stichprobe von Zahnärzten im Tagebuchverfahren dokumentiert und so der Prozess der Entscheidungsfindung transparent gemacht werden.

Zur Analyse der kommunikativen Entscheidungsfindung zwischen Patient und Zahnarzt bezüglich der Wahl der Versorgungsform wird in diesem Projekt auf den theoretischen Rahmen des sog. SDM-Modells (Shared Decision-Making) bzw. der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) zurückgegriffen (Scheibler und Pfaff, 2003; Scheibler, 2004). Partizipative Entscheidungsfindung wird hierbei verstanden als „ein Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen“ (vgl. <http://www.patient-als-partner.de/>). Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) werden im Übrigen seit dem Jahr 2001 verschiedene Verfahren der Patientenbeteiligung entwickelt und evaluiert (Härter, Loh und Spies, 2005). Die empirische Evaluation von Patientenbeteiligungsmodellen kann generell sowohl aus der Patientenperspektive als auch aus der ärztlichen Perspektive heraus erfolgen. Im Rahmen des IDZ-Forschungsprojektes wird auf eine gut in der Forschungsliteratur verankerte Item-Batterie (vgl. Abbildung 14) zurückgegriffen, die den gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess aus der ärztlichen Perspektive dokumentiert (Floer et al., 2004).

Erste Ergebnisse dieser auf Primärdaten basierenden Forschungsstudie bei rund 250 niedergelassenen Zahnärzten mit rund 5.000 Patientendokumentationen (Tagebuchverfahren) zu den kommunikativen Entscheidungsprozeduren bei realisierten Zahnersatz-Versorgungen werden voraussichtlich im Frühjahr 2006 vorliegen und können dann auch im Rahmen des begleitenden Monitoring zur Evaluation des Systems befundbezogener Festzuschüsse systematisch ausgewertet werden.

Wie lief der Beratungsprozess für die letztlich gewählte prothetische Versorgung ab? Bitte kreuzen Sie auf der Skala an.					
	trifft sehr stark zu	trifft stark zu	teils-teils	trifft weniger stark zu	trifft eher nicht zu
Habe dem Patienten die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungen erklärt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe dem Patienten Behandlungsalternativen vorgeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe die Vorstellungen des Patienten einbezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe den Patienten aufgefordert, Fragen zu stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe dem Patienten Infomaterial mitgegeben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe den Patienten zur Nutzung anderer Informationsquellen ermuntert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle: Floer et al., 2004

Abbildung 14: Itembatterie zur Abfrage der partizipativen Entscheidungseinbindung aus Arztsicht

Für weitere Forschungsarbeiten auf diesem Feld wird es zusätzlich darauf ankommen, die Patientenseite authentisch abzubilden, um möglichst patientennahe und gleichzeitig evidenzbasierte Gesundheitsinformationssysteme für die zahnprothetischen Rehabilitationsmöglichkeiten einer modernen, präventionsorientierten Zahnheilkunde zu generieren.

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Zahnärztdichte (Zahnärzte je 1.000 Einwohner) im internationalen Vergleich	16
Abbildung 2: Umfang der zahnärztlichen Versorgung im internationalen Vergleich	17
Abbildung 3: Zuzahlung bei zahnärztlicher Versorgung im internationalen Vergleich.....	17
Abbildung 4: Zahnersatz im Leistungskatalog im internationalen Vergleich	17
Abbildung 5: Proportionale Selbstbeteiligung mit Variation der Selbstbeteiligungsquote α	20
Abbildung 6: Festzuschuss (Indemnitätsbetrag).....	22
Abbildung 7: Unabhängigkeit der Erstattungshöhe von der Versorgungsform	25
Abbildung 8: Entwicklung der Fallzahlen für Neuversorgungen und Reparaturen (Vergleich Mai bis Juli 2004 versus Mai bis Juli 2005).....	37
Abbildung 9: Entwicklung der Fallwerte bei Neuversorgungen (Vergleich Mai bis Juli 2004 versus Mai bis Juli 2005)	38
Abbildung 10: Anteil der ZE-Neuversorgungsfälle an der Gesamtfallzahl (Vergleich 2004 versus 2005)	39
Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung der Multiplikatoren für die Abrechnung der zahnärztlichen Behandlungskosten.....	41
Abbildung 12: Durchschnittlicher GOZ-Multiplikator im Vergleich.....	42
Abbildung 13: Die Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse als verhaltenswissenschaftlicher Implementierungsprozess.....	53
Abbildung 14: Itembattery zur Abfrage der partizipativen Entscheidungseinbindung aus Arztsicht.....	55

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Anzahl der Zahnärzte und Zahntechniker im europäischen Vergleich	18
Tabelle 2: Fallzahlentwicklung (Vergleich 2004 versus 2005)	32
Tabelle 3: Entwicklung des ZE-Ausgabenvolumens der Krankenkassen (Vergleich 2004 versus 2005)	33
Tabelle 4: Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz – Vergleich mit den Abrechnungsergebnissen nach der Statistik KV 45 des BMGS	34
Tabelle 5: Fallwertentwicklung (Vergleich 2004 versus 2005)	35
Tabelle 6: Aufteilung der ZE-Fallkosten nach Honoraranteil und Material- und Laborkostenanteil sowie Anteil an den Gesamtkosten	36
Tabelle 7: Durchschnittlicher Multiplikator bei abgerechneten GOZ-Leistungen	40
Tabelle 8: Aufteilung der ZE-Fallkosten von andersartigen Versorgungsformen nach Honoraranteil und Material- und Laborkostenanteil	43
Tabelle 9: Relative Häufigkeitsverteilung bei ausgewählten Versorgungs- komplexen	44
Tabelle 10: Aufteilung der Direktabrechnungsfälle nach Versorgungsformen	45
Tabelle 11: Über- und Unterdeckung der Kosten mit dem doppelten Festzuschuss (Neuversorgungen)	46
Tabelle 12: Über- und Unterdeckung der Kosten mit dem doppelten Festzuschuss (Reparaturen)	47

Literaturverzeichnis

- Arrow, Kenneth*: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review, 53. Jg. , 1963, S. 941-973.
- Badura, Bernhard, Strodtholz, Petra*: Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm, et al. (Hrsg.), Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen, München/Jena 2003, S. 714-724.
- Beske, Fritz, Drabinski, Thomas*: Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich, Eine Analyse von 14 Ländern, Bd. I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen; Bd. II: Geldleistungen, IGSF-Schriftenreihe Bd. 104, Kiel 2005.
- Brecht, Josef Georg, et al.*: Prognose der Zahnärztezah und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2020, IDZ Materialienreihe Bd. 29, Köln, 2004.
- Breyer, Friedrich, Zweifel, Peter, Kifmann, Matthias*: Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin u. a. 2004.
- Dental Liaison Committee in the EU (2004)*: EU-Manual of Dental Practice 2004.
- Elkeles, Thomas, Mielck, Andreas*: Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, in: Das Gesundheitswesen, 59 Jg., 1997, S. 137-143.
- Floer, Bettina, et al.*: Shared Decision Making – Gemeinsame Entscheidungsfindung aus ärztlicher Perspektive, in: Medizinische Klinik, 99. Jg., Nr. 8/2004, S. 435-440.
- Gäfgen, Gérard (Hrsg.)*: Ökonomie des Gesundheitswesens, Schriften des Vereins für Socialpolitik, NF, Band 159, Berlin 1986.
- Härter, Martin, Loh, Andreas, Spies, Claudia (Hrsg.)*: Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln, Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen, Köln 2005.
- Hauß, Friedrich, Naschold, Frieder, Rosenbrock, Rolf*: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht Nr. 55, Hrsg. vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1981.
- Herder-Dorneich, Philipp*: Gesundheitsökonomik – Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980.
- Horster, Detlef (Hrsg.)*: Sozialstaat und Gerechtigkeit, Weilerswist 2005.
- Jacobs, Klaus, Reschke, Peter*: Kostenerstattung in der GKV, Ergebnisse einer Erprobungsregelung, in: Arbeit und Sozialpolitik, 47. Jg., Nr. 7-8/1993, S. 16-19.
- Kaufhold, Ralph, Schneider, Markus*: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (EURO-Z), in: IDZ-Information Nr. 1/2000.
- Kern, Axel Olaf*: Privatisierung vertragszahnärztlicher Leistungen – Auswirkungen auf Versicherte, die gesetzliche Krankenversicherung und die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen, Berlin 2003.
- Kern, Matthias*: Prophylaxeorientierte rekonstruktive Konzepte, in: Roulet, Jean-Francois, Zimmer, Stefan (Hrsg.), Prophylaxe und Präventivzahnmedizin, Stuttgart 2003, S. 125-138.

- Kerschbaum, Thomas*: Langzeitüberlebensdauer von Zahnersatz. Eine Übersicht, in: Quintessenz, 55. Jg., 2004, S. 1113-1126.
- Klingenger, David*: Die Friedensgrenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, Regensburg 2001.
- Klingenger, David*: Zwischen Bismarck, Beveridge und Semashko: Zuzahlungen zu zahnärztlichen Leistungen - ein internationaler Vergleich", in: Zahnärztliche Mitteilungen, 94. Jg., Nr. 18, 2004, S. 94-102.
- Klingenger, David, Micheelis, Wolfgang*: Nachfrage zahnprothetischer Leistungen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Einflussgrößen, Ergebnisse aus einer Sekundäranalyse von Daten der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III), in: ZWR, 112. Jg., 2003, Nr. 3, S. 81-90 (Teil 1), Nr. 4, S. 134-140 (Teil 2).
- Knappe, Eckhard, Fritz, Wilhelm*: Direktbeteiligung im Gesundheitswesen – Steuerungswirkungen des Selbstbehalts bei ambulanten medizinischen Leistungen und beim Zahnersatz, Köln 1984.
- Knappe, Eckhard, Leu, Robert E., Schulenburg, J.-Matthias Graf v.d.*: Der Indemnitätsstarif – Wege zur Sozialverträglichkeit und Wirtschaftlichkeit beim Zahnersatz, Berlin, Heidelberg, New York 1988.
- KZBV, Fachbereich KZBV Statistik (Hrsg.)*: KZBV Jahrbuch 2004, Köln 2004.
- Micheelis, Wolfgang, Reich, Elmar (Gesamtbearbeitung)*: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III), Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997, IDZ-Materialienreihe Bd. 21, Köln 1999.
- Mielck, Andreas, Helmert, Uwe*: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, in: Hurrelmann, Klaus, Laaser, Ulrich (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/München 1998, S. 519-535.
- Pauly, Mark*: The economics of moral hazard, in: American Economic Review, 1968, 58. Jg., S. 531-537.
- Rau, Ferdinand*: Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen, Empirische Wirksamkeitsanalysen im internationalen Vergleich, Konstanz 1992.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*: Jahresgutachten 2002/2003: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Teilbd. III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Gutachten 2000/2001, Baden-Baden.
- Saekel, Rüdiger*: Wettbewerbliche Gestaltung – Erfolgversprechende ordnungspolitische Reform des Zahnersatzsektors durch Festzuschüsse, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 6-7/2004, S. 16-23.
- Scheibler, Fülöp*: Shared Decision-Making: Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsempfindung, Bern 2004.
- Scheibler, Fülöp, Pfaff, Holger (Hrsg.)*: Shared Decision-Making: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, Weinheim 2003.

- Schroeder, Ernst:* 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), München 2001.
- Schulenburg, J.-Matthias Graf v.d.:* Selbstbeteiligung: Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen, Tübingen 1987.
- Schulenburg, J.-Matthias Graf v.d., Claes, Ch.:* Neue Honorierung in der privatärztlichen Versorgung: Klare Trennung zwischen Liquidation und Erstattung, Köln, München 2000.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm:* Bedarf und bedarfsgerechte Versorgung aus der Sicht des Sachverständigenrates, in: Das Gesundheitswesen, 63. Jg., 2001, S. 127-132.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm, Dörning, Hans:* Evaluation von Gesundheitsleistungen, in: Andersen, Hanfried H., Henke, Klaus-Dirk, v.d. Schulenburg, J.-Matthias Graf (Hrsg.), Basiswissen Gesundheitsökonomie, Band 1: Einführende Texte, Berlin 1992, S. 173-200.
- Siegrist, Johannes:* Medizinische Soziologie, 6. Aufl., München/Jena 2005.
- Swart, Enno, et al.:* GPS – Gute Praxis Sekundärdatenanalyse, in: Das Gesundheitswesen, 67. Jg., 2005, S. 416-421.
- Weber, Ingbert:* Soziale Schichtung und Gesundheit, in: Geißler, Rainer (Hrsg.), Soziale Schichtung und Lebenschancen in Deutschland, 2. Aufl., Stuttgart 1994, S. 195-219.
- Weitkamp, Jürgen, Ziller, Sebastian:* Modellprojekt einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland – Ein Konzept aus befundbezogenen Festzuschüssen und Kostenerstattung, in: forum für gesundheitspolitik, April 2002, S. 113-117.
- Wendt, Claus:* Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, Opladen 2003.
- Wöstmann, Bernd:* Evidenz bei herausnehmbarem Zahnersatz, unveröff. Manuskript, Vortrag auf der Tagung der DGZPW am 21. Mai 2005 in Gotha.
- Zdrowomyslaw, Norbert, Dürig, Wolfgang:* Gesundheitsökonomie, Einzel- und gesamtwirtschaftliche Einführung, 2. Aufl., München/Wien 1999.