

Kurzanalyse des Barmer GEK Zahnreport 2013 – IDZ-Forschungsnotiz

a) Datenbasis und Methodik

Für den Zahnreport 2013 wurden pseudonymisierte Daten zu über 1,6 Mio. Heil- und Kostenplänen aus dem Zeitraum 2001 bis 2009 ausgewertet.¹ Eine inhaltliche Überprüfung bzw. Plausibilisierung der einzelnen Angaben erfolgte nicht. Um Unterschiede der Barmer GEK-Population im Vergleich zur bundesdeutschen Bevölkerung auszugleichen, wurden die Ergebnisse anhand bundesweiter Bevölkerungsdaten nach Alter und Geschlecht standardisiert. Dieses Verfahren soll Effekte einer abweichenden Geschlechts- und Altersstruktur ausgleichen; eine Bevölkerungsrepräsentativität wird hiermit allerdings nicht erreicht, da sich die Versichertenpopulation der Barmer GEK auch nach einer solchen Standardisierung teilweise immer noch beträchtlich nach Bildung, Berufstätigkeit und Einkommen von anderen Kassenarten unterscheidet.² Im Report wird dieses Verfahren mit Blick auf das Phänomen der schichtspezifischen Inanspruchnahme zwar selbstkritisch gesehen, im Ergebnis- und Interpretationsteil wird diese methodische Einschränkung jedoch nicht mehr thematisiert.

Die methodische Standardisierung nach Alter und Geschlecht hat sich in einer separaten Darstellung „standardisierter“ Ergebnisse niedergeschlagen; daneben wurden jedoch auch die „ungewichteten“ Ergebnisse referiert. Diese Parallelität führt dazu, dass in den Medien mal standardisierte (z. B. Die Zahnarzt Woche [DZW]), mal ungewichtete Basisdaten (z. B. Zahnärztliche Mitteilungen [zm], Gesundheitspolitischer Informationsdienst [gid]) berichtet wurden.

Soweit im Report Euro-Werte angegeben sind, wurden diese anhand des allgemeinen Verbraucherpreisindex inflationsbereinigt. Dieses Verfahren unterstellt, dass sich die betriebswirtschaftlichen Kosten in der Mundgesundheitswirtschaft parallel zu den Verbraucherpreisen entwickelt haben.

b) Ergebnisse

Im Zahnreport 2013 wurde schwerpunktmäßig die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen analysiert. 11,5 Prozent der Bevölkerung erhielten im Jahr 2009 eine ZE-Versorgung. Die Inanspruchnahmerate der Frauen lag dabei um 1,6 Prozentpunkte über der der Männer. Die Zeitreihe der Inanspruchnahmeraten lässt die Auswirkungen des Wechsels zum Festzuschussystem erkennen. Die Inanspruchnahme bei der Versorgung mit Zahnersatz war demnach in den Jahren 2005 und 2006 deutlich gedämpft. Hier macht sich unglücklich bemerkbar, dass das insofern keineswegs repräsentative Jahr 2005 in einer Reihe von Aussagen zum Basisjahr der Betrachtung gemacht wurde.

Im Folgenden wird ausschließlich auf standardisierte Ergebnisse abgestellt. Die *ZE-Versorgung* summierte sich je Betroffenen im Jahre 2005 auf 1.114 Euro und stieg bis 2009 auf 1.291 Euro (+15,9 Prozent). Nimmt man das Jahr 2006 als Basis, so beträgt der Anstieg über vier Jahre (2006 bis 2009) hinweg lediglich 2,5 Prozent. Die Eigenleistung der Versicherten lag im Jahr 2005 bei 614 Euro, im Jahr 2009 hingegen bei 725 Euro (+18,1 Prozent).

¹ In den Jahren 2005 und 2006 gab es bei den HK-Plänen für Wiederherstellungen und Reparaturen eine erhebliche Untererfassung.

² Der Abgleich mit Daten aus der DMS IV macht ersichtlich, dass auch nach einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung die epidemiologischen Befunde nach Kassenart immer noch teilweise deutlich voneinander abweichen.

Der Anstieg seit 2006 betrug hingegen lediglich 3,0 Prozent. Der relative Eigenanteil der Versicherten erhöhte sich demnach von 55,1 Prozent (2005) auf 56,2 Prozent (2009). Im Jahr 2006 hatte der Eigenanteil nur minimal niedriger, nämlich bei 55,9 Prozent gelegen. Der tatsächliche Anteil der privaten Finanzierung liege, so der Bericht, erheblich höher, weil die von den Versicherten unabhängig von den gesetzlichen Kassen vereinbarten Leistungen nicht erfasst würden.³

Insgesamt 8,1 Prozent der GEK-Versicherten erhielten als Bonus eine Erhöhung des Festzuschusses um 20 Prozent, weitere 54,1 Prozent der Versicherten gar eine Erhöhung um 30 Prozent. Die *Bonusregelung* wird insofern von der Bevölkerung offensichtlich gut angenommen.

Ein besonderes Augenmerk wird im Report der *regionalen Verteilung der ZE-Versorgung* gewidmet. Der Vergleich zwischen den Bundesländern zeigt teilweise starke Abweichungen. Die meisten Zahnarztkontakte waren in den neuen Bundesländern zu verzeichnen, die wenigsten im Saarland. Die Behandlungsrate in den neuen Bundesländern lag um 8,2 Prozentpunkte über der Behandlungsrate in den alten Bundesländern. Insbesondere die Rate der Füllungen und Zahnextraktionen war in den neuen Bundesländern überdurchschnittlich hoch. Die Ausgaben je Versicherten lagen in Bayern am höchsten (125 Euro) und im Saarland am niedrigsten (95 Euro). Prophylaxeleistungen wurden am häufigsten in den neuen Bundesländern sowie Bayern und Baden-Württemberg in Anspruch genommen. Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko wurden vor allem in Thüringen, Schleswig-Holstein sowie Mecklenburg-Vorpommern betreut, während andere Bundesländer im betrachteten Zeitraum keine speziellen Programme aufgelegt haben. Bei den Früherkennungsuntersuchungen (30. bis 72. Lebensmonat) waren die Unterschiede nach Bundesländern weniger ausgeprägt. Etwa ein Drittel der Kinder wurden in 2011 im Rahmen einer FU untersucht.

Im Hinblick auf die *Formen der ZE-Versorgung* berichtet der Report eine weitgehende Konstanz, d. h. es „lassen sich keine ausgeprägten Trends der Versorgung registrieren“. Herausnehmbarer und Kombinations-ZE wurden mehrheitlich (76,5 Prozent) im Rahmen der Regelversorgung vorgenommen, während Kronen schwerpunktmäßig (80,9 Prozent) unter gleichartiger Versorgung behandelt werden. Bei der Versorgung mit Implantaten, die nur in sehr enger Indikation zur Regelversorgung zählt, wurde in 98,2 Prozent der Behandlung eine andersartige Versorgung nach GOZ abgerechnet.

Im Hinblick auf die *Qualität der Versorgung* wurden zahnbezogene Dreijahres-Verlustraten für den Zeitraum 2006 bis 2009 errechnet. Aufgrund des Einbezugs von herausnehmbarem und Kombinations-ZE mit zwei und mehr Zähnen besteht bei einer zahnbezogenen Auswertung die Gefahr der Überschätzung der Verlustraten, weshalb hier Unter- und Obergrenzen angegeben wurden. Die Verlustraten betragen für Kronen 2,1 bis 2,7 Prozent, für Brückenglieder 2,0 bis 3,8 Prozent und für Implantate zwischen 0,7 und 6,6 Prozent. Das letztgenannte Beispiel zeigt die erhebliche Unsicherheit eines solchen methodischen Vorgehens.

Eine weitere kritische Analyse wurde dem Thema *Zahnerhaltende Maßnahmen und Extraktionen am gleichen Zahn* gewidmet. Laut Report wurden 8,6 Prozent der Zähne, die zunächst zahnerhaltend behandelt wurden, innerhalb einer Jahresfrist doch noch gezogen. Die Hälfte dieser Zähne wurde innerhalb einer Zeitspanne von lediglich 43 Tagen extrahiert. Die

³ In dem Zusammenhang sind die im gleichen Zeitraum stark gestiegenen privaten Zahnzusatzversicherungen von Relevanz. Im Jahr 2005 bestanden laut Verband der privaten Krankenversicherung insges. 7,79 Mio. Zahnzusatzversicherungen; im Jahr 2009 waren es dann schon 12,38 Mio.

Gründe für diese „gescheiterten“ Zahnerhaltungen lassen sich laut Report nicht anhand von Routedaten klären und verbleiben insofern im Dunkeln.

c) Fazit

Die Aussagekraft des Zahnreports ist naturgemäß begrenzt, da es sich um nachträgliche Auswertungen von (teilweise lückenhaften) Abrechnungsdaten einer speziellen Versichertenpopulation handelt. Gleichwohl kann auch mit solchen sekundärstatistischen Auswertungen ein Schlaglicht auf die versorgungspolitische Situation geworfen werden. Der Einbezug mehrerer Jahre erlaubt die Bildung von Zeitreihen und ermöglicht die Ableitung von Veränderungsdaten. Die Möglichkeiten einer solchermaßen „dynamisierten“ Analyse sollten insofern auch nicht unterschätzt werden.

Die Analyse umfangreicher Abrechnungsdaten bietet den großen gesetzlichen Krankenkassen eine eigenständige kritische Sicht auf das Versorgungsgeschehen. Die Kritik an bestehenden Versorgungsdisparitäten (regional und/oder risikogruppenbezogen) und finanziellen Belastungen der Versicherten erhält mit dem Zahnreport eine empirische Basis.

Substanzielle Kritik an dem Barmer GEK-Zahnreport ist allerdings hinsichtlich der begrenzten repräsentativen Reichweite sowie der Auswahl des Zeitrahmens begründet. Immerhin: Die methodische Güte und Aussagekraft des Zahnreports 2013 ist im Vergleich zur Vorgängerstudie verbessert worden.

Dr. David Klingenberg/28. Mai 2013