

S.R. Rehm<sup>1</sup>, M. Rädcl<sup>1</sup>, U. Schütte<sup>1</sup>, M.H. Walter<sup>1</sup>

# Einfluss der Einführung des Festzuschussystems auf das Versorgungsspektrum einer Universitätsklinik\*



S.R. Rehm

## *Impact of a diagnosis related subsidisation system on the prosthetic treatment spectrum*

**Einführung:** Im Jahr 2005 wechselten die deutschen Gesetzlichen Krankenversicherungen von einem Prozentualen Bezuschussungssystem (PBS) zu einem befundorientierten Festzuschussystem (FZS) für Zahnersatz. Ziel dieser Studie war die Bestimmung des Einflusses auf das prothetische Therapiespektrum einer Universitätszahnklinik.

**Methode:** Basis der retrospektiven Analyse waren Heil- und Kostenpläne von Zahnersatzneuersorgungen gesetzlich Versicherter an der Universitätszahnklinik Dresden. Die Studiengruppe bildeten Heil- und Kostenpläne, die zwischen dem 1. Juli 2005 und dem 30. Juni 2006 im FZS abgerechnet worden waren. Heil- und Kostenpläne, die zwischen dem 1. Juli 2003 und dem 30. Juni 2004 im PBS abgerechnet worden waren, wurden als Kontrollgruppe zusammengefasst. Zur Vermeidung von Überlagerungseffekten wurde der Zeitraum ein halbes Jahr vor und nach der unmittelbaren Systemumstellung ausgespart. Um Vergleiche zu ermöglichen, wurden die Befunde und Versorgungen des PBS den Befundklassen im FZS zugeordnet. Versorgungsarten, -formen und Befundklassen wurden mit Methoden der deskriptiven Statistik analysiert.

**Ergebnisse:** Die Zahl der Heil- und Kostenpläne im FZS (n = 379) war um 20,2 % geringer als im Vergleichszeitraum des PBS (n = 475). Der gleiche Trend war bei den 1834 einzelnen Zahnersatzversorgungen ablesbar, die in diesen Plänen enthalten waren (FZS: 784; PBS: 1050). In der Anzahl der Versorgungsformen und im prothetischen Spektrum waren insgesamt nur geringe Veränderungen festzustellen. Die größten Unterschiede zeigten sich bei Kronenversorgungen (– 5,4 %) und bei implantatprothetischen Versorgungen (+ 3,8 %).

**Introduction:** In 2005, the German national health insurance changed their subsidisation system for prosthetic treatments from a treatment related percentage subsidisation system (PSS) to a diagnosis related system of fixed subsidies (FSS). The aim of this study was to explore the impact of this change on the treatment spectrum of a university dental clinic.

**Methods:** This retrospective study was based on data derived from quotes and bills for prosthetic cases treated within the framework of the German national health insurance at the university dental clinic Dresden. The study group was formed by cases that had been billed within the FSS between July 1st 2005 and June 30th 2006. The control group was formed by cases that had been billed within the PSS between July 1st 2003 and June 30th 2004. To avoid bias through overlapping effects, a time period of half a year before and after the actual system change was left out. For comparison, diagnoses and treatments in the PSS were assigned to the diagnosis classes of the FSS. For analyses, methods of descriptive statistics were used.

**Results:** The number of cases in the FSS (n = 379) was 20.2 % lower than in the comparable period of time in the PSS (n = 475). The same trend was found with 1,834 single prosthetic treatments within those cases (FSS: 784/ PSS: 1,050). Overall, the changes in relation to the treatment spectrum were minor. The biggest differences were found with crowns (– 5.4 %) and prosthetic treatments on implants (+ 3.8 %).

**Conclusion:** Changes in the subsidisation system have a potential impact on clinical decisions and the utilization of dental services. In this study, patient utilization of prosthetic

<sup>1</sup> Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

\* Ein positives Votum der zuständigen Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden (EK225092007) lag vor.

Peer-reviewed article: eingereicht: 23.11.2010, überarbeitete Fassung akzeptiert: 02.03.2011

DOI 10.3238/dzz.2011.0647

**Schlussfolgerung:** Änderungen im Bezuschussungssystem haben einen potentiellen Einfluss auf Therapieentscheidungen und Inanspruchnahme. In der Studie konnte das Inanspruchnahmeverhalten bei prothetischen Leistungen als relativ stabile Größe identifiziert werden. Insbesondere die nur geringe Zunahme der implantatprothetischen Versorgungen war überraschend. Das universitäre Umfeld und die spezielle Patientenklientel sind als wesentliche Limitationen bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen. Die Forderung nach wissenschaftlicher Begleitung einschneidender Veränderungen im Versorgungssystem wird uneingeschränkt aufrechterhalten.

(Dtsch Zahnärztl Z 2011, 66: 647–653)

*Schlüsselwörter:* Festzuschussystem, Versorgungsspektrum, Versorgungsforschung, Dental Public Health, Gesundheitssystem

treatments was shown to be relatively stable. The only minor increase of implant treatments was unexpected. The university environment and the special patient clientele are major limitations to be considered when interpreting the results. Significant changes within the health service system should be accompanied by respective health services research studies.

*Keywords:* dental public health, health care, health services research, subsidisation system

## 1 Einführung

### 1.1 Bezuschussung von Zahnersatzleistungen bei gesetzlichen Krankenkassen

Im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes kam es im Jahr 2005 zu einer grundlegenden Veränderung der Bezuschussung und Abrechnung von Zahnersatz im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland. Bis zum Ende des Jahres 2004 galt für prothetische Versorgungen von Vertragszahnärzten das therapiebezogene Prozentuale Bezuschussungssystem (PBS). Der gesetzlich versicherte Patient erhielt für eine gewählte prothetische Versorgung, soweit diese im Leistungskatalog der GKV enthalten war, einen prozentualen Zuschuss bezogen auf die Gesamtkosten. Zum 1.1.2005 wurde das PBS durch das derzeit gültige befundabhängige Festzuschussystem (FZS) abgelöst. Dieses neue System basiert auf befundabhängigen Festzuschüssen mit Kostenerstattung durch die GKV und Zuzahlungen seitens des Patienten. Der Festzuschuss orientiert sich am zahnärztlichen Befund und nicht an der gewählten prothetischen Therapievariante wie im PBS. Der gesetzlich versicherte Patient erhält einen befundbezogenen Festzuschuss als Geldleistung.

Die Festzuschüsse werden in acht *Befundklassen* (Tab. 1) gruppiert, die sich wiederum in einzelne Befunde ([http://www.kzbv.de/service/Abrechnungshilfe\\_2011.pdf](http://www.kzbv.de/service/Abrechnungshilfe_2011.pdf)) unterteilen. Die

Befundklassen 1 bis 4 umfassen Gebiss-situationen, welche prothetische Neuversorgungen vorsehen. Unter der Befundklasse 1 werden Befunde erhaltungswürdiger Zähne verstanden und sehen in der prothetischen Versorgung Kronen und Teilkronen vor. Die Befundklassen 2 bis 4 klassifizieren fehlende Zähne bis hin zur totalen Zahnlosigkeit. Das dazugehörige Versorgungsspektrum reicht von festsitzenden Versorgungen wie Brücken, über herausnehmbaren Modellguss- und Kombinationszahnersatz bis hin zu Totalprothesen und implantatgetragenen Zahnersatz. Für Reparaturen, Erweiterungen, Interimsversorgungen sowie nicht vollendete Arbeiten sind die Befundklassen 5 bis 8 definiert. Tabelle 1 zeigt die genauen Definitionen der einzelnen Befundklassen [2].

Im FZS wird zwischen drei *Zahnersatzformen* unterschieden: der Regelversorgung, der gleichartigen Versorgung und der andersartigen Versorgung (Abb. 1), wobei Mischformen möglich sind [2]. Diese drei Formen sind hinsichtlich der anzuwendenden Gebührenordnung, dem Abrechnungsverfahren und dem Weg der Kostenerstattung für den Patienten unterschiedlich. Jedem Befund ist ein Festzuschuss zugeordnet, der sich auf die entsprechende zahnmedizinische Grundversorgung, bzw. Regelversorgung bezieht. Dieser Festzuschuss wird von der Krankenkasse auch dann gezahlt, wenn der Patient eine höherwertige Therapie wählt, die den Rahmen der Regelversorgung übersteigt. In diesem Fall handelt es sich um eine gleich- oder andersartige Versorgung. Die dabei anfallenden Mehrkosten muss

der Patient zusätzlich tragen. Die Regelversorgung entspricht im Wesentlichen den Vertragsleistungen wie sie im alten PBS galten. Im statistischen Mittel wird die Regelversorgung dabei mit 50 % von den Gesamtkosten bezuschusst. Zusätzlich zu den Versorgungsformen werden im neuen FZS vier *Zahnersatzarten* definiert: herausnehmbarer, festsitzender, implantatgetragener sowie Kombinationszahnersatz [2].

### 1.2 Problemstellung

Zahnärztliche Therapieentscheidungen sollten prinzipiell patientenorientiert und patientenzentriert unter Einbeziehung des aktuellen medizinischen Wissens erfolgen. Dieser hohe ethische Anspruch ist aufgrund der finanziellen Möglichkeiten des individuellen Patienten und den politischen Rahmenbedingungen in der Realität oft nicht aufrechtzuerhalten. Besonders im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Vertragszahnarzt vom Gesetzgeber her angehalten, auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung (lt. § 72 SGB V Abs. 2) zu achten. Es liegt daher die Vermutung nahe, dass zahnärztliche Therapieentscheidungen und damit die Versorgung des Patienten zu einem gewissen Grad von aktuellen Kostenerstattungsregelungen abhängig sind. Die Umstellung der Bezuschussungssysteme zum Jahresbeginn 2005 wurde weder durch wissenschaftliche Forschungen auf die Veränderungen im Versorgungsalltag hin begleitet, noch ist eine ausreichende Literaturbasis auf diesem Gebiet vor-

Befundklasse	Definition
1	Erhaltungswürdiger Zahn
2	Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freiendsituation vorliegt (Lückensituation I). Ein fehlender Weisheitszahn ist nicht mitzuzählen. Für lückenangrenzende Zähne nach den Befunden von Nr. 2 sind Befunde nach den Nrn. 1.1 bis 1.3 nicht ansetzbar. Das gleiche gilt bei einer Versorgung mit Freierbrücken für den Pfeilerzahn, der an den lückenangrenzenden Pfeilerzahn angrenzt.
3	Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nummern 2.1* bis 2.5* und 4 entsprechen
4	Restzahnbestand bis zu drei Zähnen oder zahnloser Kiefer
5	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist
6	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz
7	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen
8	Nicht vollendete Behandlung (Teilleistungen)
* 2.1 und 2.5 bezeichnen verschiedene Befunde bei Schalllückensituationen und sind damit Untergruppen der Befundklasse 2.	

**Tabelle 1** Definitionen der Befundklassen im Festzuschussystem [2].**Table 1** Definition of the diagnosis classes in the system of fixed subsidies [2].

handen [6]. Fragestellung der vorliegenden Studie [5] war deshalb, in welchem Ausmaß eine Umstellung der Bezuschussungsregelungen für Zahnersatz bei gesetzlich versicherten Patienten eine Veränderung des prothetischen Therapiespektrums zur Folge hat. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird der Fokus rein auf die Versorgungsarten gelegt ohne Betrachtung und Analyse der dazugehörigen Kosten.

### 1.3 Aktueller Stand der Literatur

Seit Einführung des aktuell gültigen FZS vor fünf Jahren wurden verschiedene Teilaspekte und deren Auswirkungen im Rahmen unterschiedlicher Studien erörtert.

Schütte, Kirch und Walter [6] erklärten, dass die Versorgungsforschung der Zahnmedizin in Deutschland als noch nicht ausreichend etabliert angesehen werden kann und die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation im Versorgungsalltag in Deutschland besteht. Als Beispiel führten die Autoren die Einführung des be-

fundbezogenen Festzuschussystems für Zahnersatz Anfang 2005 an.

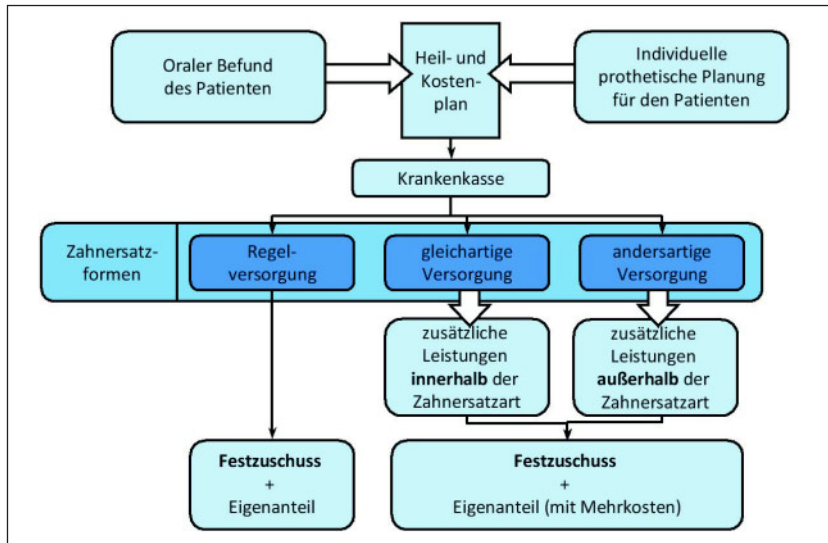
Ein von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) [3] bundesweit angelegter Bericht über die Auswirkungen der Einführung des FZS bei Zahnersatz in der GKV aus dem Jahre 2006 belegt, dass das prothetische Versorgungsniveau bei direktem Vergleich von PBS zu FZS nahezu unverändert blieb. Die Kostenanteile von Krankenkasse und gesetzlich Versicherten waren in beiden Zuschussystemen ähnlich und bei den meisten Versorgungsfällen unverändert. Ein Rückgang der Gesamtfallzahl im neuen FZS wurde aufgezeigt.

Die Spitzenverbände der GKV [7] stellten 2006 ebenfalls die Frage, ob es durch das neu eingeführte FZS zu einer Absenkung des Versorgungsniveaus und damit verbunden zu unvermeidbaren Belastungen für die Versicherten gekommen sei. Datengrundlage lieferten die abgerechneten Heil- und Kostenpläne aus den Monaten August und September von etwa 210.000 prothetischen Versorgungsfällen aus den Jahren 2004 und 2005. Die Daten belegen, wie auch der Bericht

der KZBV [3], einen Rückgang der Gesamtfallzahl, sowie unveränderte Kosten des Kassenteils 2005 gegenüber dem Vorjahr.

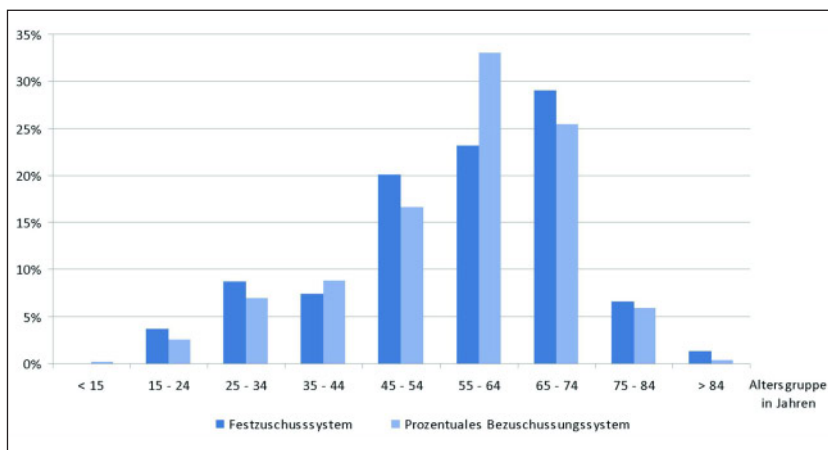
Gans [1] untersuchte, ob Verschiebungen hinsichtlich der prothetischen Versorgungsformen zwischen 2003 und 2007 in seiner eigenen niedergelassenen Zahnarztpraxis und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KZV WL) zu verzeichnen waren. Er stellte ebenfalls wie [3] und [7] einen Rückgang der Fallzahlen direkt nach der Einführung des FZS in der eigenen Praxis von 40 % und der KZV WL von 36 % fest. Im prothetischen Versorgungsspektrum kam es zu Schwankungen, jedoch wurden keine deutlichen Veränderungen ermittelt. Teleskopprothesen waren von den Schwankungen am meisten betroffen. Es zeigten sich geringfügige Verschiebungen zur Modellgussprothese und eine leichte Steigerung der Kronenversorgungen.

Klingenberger und Micheelis [4] sahen die befundbezogenen Festzuschüsse als ein innovatives Steuerungselement in der Zahnmedizin. Sie argumentierten,



**Abbildung 1** System der Bezuschussung von Zahnersatz im Festzuschusssystem.

**Figure 1** Process of subsidisation in the system of fixed subsidies.



**Abbildung 2** Altersverteilung im Festzuschusssystem und im Prozentualen Bezuschussungssystem.

**Figure 2** Age distribution in the period of the fixed subsidisation system and in the period of the percentage subsidisation system.

dass das FZS ein größeres Potential sozialer Gerechtigkeit aufweist, da innovative zahnmedizinische Therapieformen im neuen FZS nicht mehr ausgegrenzt würden und die solidarisch aufgebrachtten Finanzmittel der gesetzlichen Krankenkassen gezielter für die Regelversorgung eingesetzt werden könnten.

Wessels [8] vergleicht die Ergebnisse einzelner Untersuchungen des Spitzenverbandes der Krankenkassen [7], des IDZ und einer eigenen Untersuchung mit Daten des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen (VdAK). Dabei betrachtet er den Systemwechsel vor allem aus ökonomischer Sicht und analysiert

die Kostenentwicklung in den verschiedenen Ebenen. Es zeigt sich eine deutliche Senkung der aufgewandten Zahnersatzkosten für die GKV nach Systemwechsel. Die Gesamtkosten der Versorgungen und die Eigenanteilskosten für Patienten stiegen deutlich, sobald der Bereich der Regelversorgung verlassen wurde [8].

## 2 Methode

Die Quelle für die vorliegende, retrospektive Untersuchung [5] war die zentrale Verwaltungsdatenbank des Zen-

trums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZZMK) des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus in Dresden (UKD). Diese erfasst die Daten der am ZZMK behandelten Patienten und die entsprechend erbrachten zahnärztlichen Leistungen. Unter Zuhilfenahme von Suchoptionen und Filtermöglichkeiten konnten die benötigten Patientendaten gewonnen werden. Einschlusskriterium war ein abgerechneter Heil- und Kostenplan einer prothetischen Neuversorgung eines gesetzlich Versicherten. Sowohl Reparaturen und Wiederherstellungen bei Kassenpatienten als auch prothetische Rekonstruktionen bei Privatpatienten fanden keine Berücksichtigung. Für die Patientendaten aus dem FZS (Studiengruppe) wurde ein Zeitraum von einem Jahr, beginnend am 1. Juli 2005 bis zum 30. Juni 2006, betrachtet. Die Patientendaten aus dem PBS (Kontrollgruppe), wurden ebenfalls in einem Zeitraum von einem Jahr, beginnend am 1. Juli 2003 bis zum 30. Juni 2004, erfasst. Zur Vermeidung von Überlagerungseffekten wurde der Zeitraum ein halbes Jahr vor und nach der unmittelbaren Systemumstellung ausgespart.

Neben den allgemeinen Patientendaten wie Geschlecht und Geburtsdatum wurden je Versorgung die Versorgungsart und der klinische Befund aus den entsprechenden abgerechneten Heil- und Kostenplänen erhoben. Bei der Datenerhebung im FZS wurden die jeweiligen Befundklassen mit den dazugehörigen klassifizierten Befunden, welche die Regelversorgung beschreiben, sowie die Zuordnung zu gleich- oder andersartiger Versorgung, aufgenommen. Da im PBS eine Einordnung in Befundklassen und Befunde systembedingt nicht erfolgt war, musste bei den Patienten dieses Zuschussystems der komplette Zahnstatus mit der dazugehörigen Therapieplanung dokumentiert werden. Anhand des Zahnstatus des Patienten mit der geplanten Therapievariante konnten mit Hilfe der „Digitalen Planungshilfe zum Festzuschusssystem“ (Version 1.5.2, KZBV) die jeweiligen Befunde und dafür geltenden Festzuschüsse ermittelt werden. Auf diese Weise wurde die Grundlage für einen Vergleich beider Zuschussysteme geschaffen.

Die Auswertung der Daten erfolgte deskriptiv. Absolute und relative Zahlen wurden versorgungs- und patientenspe-

		Befundklasse 1		Befundklasse 2		Befundklasse 3		Befundklasse 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Studiengruppe	Regelversorgung	156	75,4	50	43,1	79	66,4	104	88,9
	Gleichartige Versorgung	51	24,6	46	39,7	19	16,0	0	0,0
	Andersartige Versorgung	- *		20	17,2	21	17,6	13	11,1
	Gesamtzahl	207		116		119		117	
Kontrollgruppe	Regelversorgung	242	82,6	60	43,8	45	34,1	123	87,2
	Gleichartige Versorgung	51	17,4	60	43,8	33	25,0	6	4,3
	Andersartige Versorgung	- *		17	12,4	54	40,9	12	8,5
	Gesamtzahl	293		137		132		141	

FZS = Festzuschussystem; PBS = Prozentuales Bezuschussungssystem  
\* Andersartige Versorgung nicht möglich.

**Abbildung 3** Fallzahlen angefertigter Zahnersatzes in den Befundklassen 1 bis 4 nach Versorgungsform in den Zeiträumen des Festzuschussystems und des Prozentualen Bezuschussungssystems.

**Figure 3** Numbers of prosthetic treatments in the diagnosis classes 1 to 4 in the period of the fixed subsidisation system and in the period of the percentage subsidisation system.

zifisch dargestellt. Weiterhin erfolgte eine Analyse der Veränderung der Anzahl der einzelnen Versorgungsarten innerhalb der Befundklassen.

### 3 Ergebnisse

Beide Beobachtungszeiträume zusammengefasst standen 854 Heil- und Kostenpläne mit insgesamt 1834 prothetischen Versorgungsarten zur Verfügung. Davon entfielen 784 Versorgungsarten auf den Zeitraum des FZS und 1.050 Versorgungsarten auf den Zeitraum des PBS. Die Zahl der zu betrachtenden prothetischen Versorgungsarten sank damit nach Systemumstellung um 25,3 %. Auf Patientenebene waren in der Studiengruppe 379 Patientenfälle, in der Kontrollgruppe 475 Patientenfälle zu verzeichnen. Dies entspricht einem Rückgang um 20,2 %.

Die Geschlechtsverteilung war in beiden Gruppen nahezu identisch: 44,9 % Männer und 55,1 % Frauen in der Studiengruppe gegenüber 44,8 % Männer und 55,2 % Frauen in der Kontrollgruppe. Gleiches galt für die Altersverteilung (Abb. 2).

Abbildung 3 zeigt die absolute und relative Verteilung von Regelversorgungsarten, gleichartigen und andersartigen Versorgungsarten vor und nach der Umstellung des Zuschussystems bezogen auf die jeweiligen Befundklassen.

Bei näherer Betrachtung der Befundklasse 1 (erhaltungswürdige Zähne) wurden nach der Umstellung des Zuschussystems 156 Kronen und Teilkronen als Regelversorgung (75,4 %) und 51 Kronen und Teilkronen als gleichartige Versorgung (24,6 %) angefertigt. Vergleichend dazu erfolgte vor der Systemumstellung die Anfertigung von 242 Kronen und Teilkronen als Regelversorgung (82,6 %) und 51 Kronen und Teilkronen als gleichartige Versorgung (17,4 %). Dies entspricht einer verhältnismäßigen Zunahme gleichartiger Versorgungsarten um 7,2 % im neuen System.

Am Beispiel der Befundklasse 3 sind größere Schwankungen im Vergleich der beiden Bezuschussungssysteme zu erkennen. Zur Regelversorgung zählen hier Modellguss-, seltener Teleskopprothesen. Die gleichartige Versorgung umfasst Teleskop- und Geschiebeprothesen. In der andersartigen Versorgung werden ebenfalls Teleskop- und Geschiebeprothesen sowie Brücken- und Implantatversorgungsarten zusammengefasst. Im FZS dominiert der Regelversorgungsanteil während im PBS gleich- und andersartige Versorgungsarten überwiegen.

Die Aufteilung der einzelnen Versorgungsarten ist in Tabelle 2 dargestellt.

Die Verteilungen der Versorgungsarten zeigten einen Rückgang bei Kronen um 5,4 % und bei Brücken um 1,3 % in der Studiengruppe. Die Betrachtung he-

rausnehmbarer Versorgungsarten ergab eine Steigerung von Modellgussprothesen um 3,7 % und von Vollprothesen um 1,0 %. Einen Rückgang verzeichneten Teleskopprothesen (- 1,0 %) und Geschiebeprothesen (- 0,8 %). Die Häufigkeit von Implantatversorgungsarten stieg um 3,8 % (Abb. 3). Betrachtet man Einzelzahnimplantate als solche isoliert (Befundklasse 2), beträgt der Zuwachs 4,8 %. Die Veränderungen zeigen nur eine geringe Änderung des prothetischen Spektrums.

### 4 Diskussion und Schlussfolgerung

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse einen Rückgang der Zahl abgerechneter Heil- und Kostenpläne sowie angefertigter prothetischer Versorgungsarten. Die Verteilungen von Versorgungsarten und Befundklassen vor und nach Systemumstellung bleiben relativ stabil.

Zu Beginn muss zunächst die Untersuchungsmethodik kritisch betrachtet werden. Aufgrund der zeitlichen Bezugsebene der Untersuchung mit Fokussierung auf ein Jahr vor bzw. nach der Systemumstellung (mit Ausklammerung der direkten Umstellungsphase +/- 6 Monate) sind direkte Vergleiche von Versorgungsfallzahlen und Patientenzahlen nur mit der gebührenden Vorsicht möglich. Der Vergleich zwischen FZS und PBS basiert auf der Annahme, Studien- und Kontrollgruppe seien annähernd gleich zusammengesetzt. Diese Annahme wird durch die Tatsache gestützt, dass das Patientenklientel einer Universitätszahnklinik, insbesondere der im Studentenkurs behandelten Patientenanteil, meist homogen, konstant und in langfristige Versorgungskonzepte mit regelmäßigem Dispensaire eingebunden ist. Die nahezu identische Geschlechtsverteilung und Altersverteilung in beiden Gruppen unterstützt diese Vermutung. Andererseits ist durch Veränderungen in der Sozialstruktur, Veränderungen von Lehr- und Versorgungskonzepten bis hin zu unterschiedlichsten persönlichen Meinungen, Auffassungen und Vorstellungen des einzelnen Patienten eine nicht gering zu schätzende, nicht erfassbare Beeinflussung der Studienergebnisse denkbar. Eine direkte Übertragung der Studienergebnisse auf den

Versorgungsart	Anzahl im FZS	Anzahl im PBS	Zu-/Abnahme in %
Kronen	455	666	- 5,4
Brücken	95	141	- 1,3
Modellgussprothesen	55	35	+ 3,7
Teleskopprothesen	46	72	- 1,0
Geschiebeprothesen	2	11	- 0,8
Totalprothesen	78	93	- 1,0
Implantat-Zahnersatz	53	32	+ 3,8
Summe	784	1050	- 25,3

**Tabelle 2** Verteilung der einzelnen Versorgungsarten im Studienzeitraum (FZS) und im Kontrollzeitraum (PBS).

**Table 2** Distribution of the different kinds of prosthetic treatment in the study group (FSS) and in the control group (PSS).

(Tab. 1–2, Abb. 1–3: Arbeitsgruppe Rehm et al.)

klinischen Praxisalltag in Deutschland ist daher aufgrund der spezifischen Studienklientel nur sehr eingeschränkt möglich.

Der registrierte Rückgang von abgerechneten Heil- und Kostenplänen deckt sich dabei mit den Erwartungen mehrerer Autoren [1, 3, 4, 7]. Bereits vor Änderung des Bezuschussungssystems war eine starke Nachfrage der Patienten nach prothetischen Neuversorgungen zu beobachten [3], in welcher sich die Sorge vor einer potentiellen Verschlechterung des Versorgungsniveaus ausdrückte. Die Ergebnisse zeigen dabei, dass diese Sorge seitens der Versicherten in den meisten Befundklassen kaum berechtigt war. Eine mögliche Verschiebung von Neuversorgungen hin zu Wiederherstellungen wurde nicht untersucht, wäre aber ebenso vorstellbar.

Die Ergebnisse der Häufigkeitsverteilung der Befundklassen 1, 2 und 4 zeigen zusammenfassend kaum Veränderungen in den Anteilen der drei Versorgungsformen. Es ist demnach von einem gleichbleibend hohen Versorgungsniveau in beiden betrachteten Bezuschussungssystemen auszugehen. Diese Ergebnisse werden ebenfalls von anderen Autoren gestützt [3, 7]. Die Verschiebung in der Befundklasse 3

von andersartigen Versorgungsarten hin zu gleichartigen Versorgungsarten und Regelversorgungen sind einem Ausgrenzungsprinzip [7] zuzuschreiben: Die im FZS jeder Befundklasse (bzw. -unterklasse) zugeordneten Regelversorgungen sind enger gesteckt als die für die Bezuschussung geltenden Richtlinien im PBS. Als Ausgrenzungsprinzip wird daher bezeichnet, dass die für die Regelversorgung kalkulierten Festzuschüsse bestimmte im PBS prozentual bezuschusste (richtlinienkonforme) Leistungen aus der Bezuschussung ausgrenzen [7]. Das Ausweitungsprinzip beschreibt dagegen die Gewährung der Festzuschüsse auch dann, wenn die geplante Versorgung über den in den Richtlinien vorgesehenen Leistungsumfang hinausgeht, d. h. eine (gleich- oder) andersartige Versorgung geplant ist [7]. Aufgrund dessen kann nicht direkt aus der Befundklasse auf die eigentliche prothetische Versorgung geschlossen werden. Zum besseren Verständnis der Ergebnisse wurde deswegen das Spektrum der einzelnen Versorgungsarten untersucht. Besonders der starke Rückgang der Geschiebe- und Teleskopprothesen ist dabei sicher in hohem Maße auf die neuen Zuschussregelungen zurückzuführen, welche

diese vergleichsweise teure Zahnersatzart in vielen Indikationsbereichen nicht mehr in vergleichbarer Höhe refinanziert, wie dies im PBS der Fall war [1, 3].

Die Veränderungen im Versorgungsspektrum prothetischer Versorgungsarten sind generell eher gering ausgeprägt. Eine Ursache für den Rückgang von Brückenversorgungen liegt möglicherweise in der im FZS neu eingeführten Vergabe von Festzuschüssen für Zahnlücken, auch wenn eine Implantatversorgung angefertigt wird. Dies wird durch den gleichzeitigen Anstieg von implantatgetragenen Zahnersatz unterstrichen. Vor dem Hintergrund der neu eingeführten Festzuschussvergabe für Implantatversorgungen war insgesamt der Zuwachs an implantatgetragenen Zahnersatzversorgungen von 3,8 % (Einzelzahnimplantate 4,8 %) geringer ausgeprägt als erwartet. Der Anteil chirurgischer Kosten bei einer Implantatversorgung darf dabei nicht außer Acht gelassen werden. Er wird prinzipiell nicht bezuschusst und ist durch den Patienten selbst zu bezahlen. Dieser Kostenanteil fließt zwar in prothetische Abrechnungen nicht mit ein, ist aber für den Patienten ein wichtiges Entscheidungskriterium für oder gegen eine Im-

plantatversorgung. Bei Betrachtung der Gesamtsumme prothetischer und chirurgischer Kosten einer Implantatversorgung ist der entsprechende Festzuschussbetrag der gesetzlichen Krankenkasse eher gering und damit im Rahmen der Entscheidungsfindung für den Patienten vermutlich von nachrangiger Bedeutung. Da die Gesamtkosten für den Patienten im PBS nicht ohne weiteres aus den entsprechenden Heil- und Kostenplänen hervorgehen, wurde auf eine Kostenbetrachtung im Gegensatz zu anderen Untersuchungen [8] bewusst verzichtet.

Diese Untersuchung zeigt, dass Veränderungen in den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, wie beispielsweise die Änderung des Zuschussystems der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland für Zahnersatz, einen potentiellen Einfluss auf das protheti-

sche Versorgungsspektrum einer Universitätszahnklinik haben können. Dabei wird deutlich, dass Therapiekonzepte auch an einer Hochschulzahnklinik von individuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Weitere Untersuchungen im Kassenzahnärztlichen Sektor würden möglicherweise eine noch stärkere Korrelation zwischen der Einführung des Festzuschussystems und dem prothetischen Versorgungsspektrum einer Zahnarztpraxis aufweisen können. Änderungen im Bezuschussungssystem haben einen potentiellen Einfluss auf Therapieentscheidungen und Inanspruchnahme. In der Studie konnte das Inanspruchnahmeverhalten bei prothetischen Leistungen als relativ stabile Größe identifiziert werden. Das universitäre Umfeld und die spezielle Patientenklientel sind als wesentliche Limitatio-

nen bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen. Die Forderung nach wissenschaftlicher Begleitung einschneidender Veränderungen im Versorgungssystem wird uneingeschränkt aufrechterhalten. **DZZ**

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

#### Korrespondenzadressen

Dr. med. dent. Susanne R. Rehm  
Dr. med. dent. Michael Rädels  
Dr. med. dent. Ursula Schütte  
Univ.-Prof. Dr. med. dent. Michael H. Walter  
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

## Literatur

- Gans R: Verschiebungen der prothetischen Versorgungsformen zwischen 2003 bis 2007 in einer Zahnarztpraxis und in der KZV Westfalen-Lippe. Posterpräsentation auf der 57. Jahrestagung der DGZPW, Wuppertal 05.-07.06.2008
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg): Schwere Kost für leichtes Arbeiten: Hinweise und Berechnungsbeispiele zur Einführung von Festzuschüssen für Zahnersatz ab 2005. 2. Auflage. KZBV, Köln 2006
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg): Aktualisierter Bericht über die Auswirkungen der Einführung des Festzuschuss-Systems bei Zahnersatz in der GKV. KZBV, Köln 2006
- Klingenberger D, Micheelis W: Befundbezogene Festzuschüsse als innovatives Steuerungsinstrument in der Zahnmedizin: Systemtheoretische Einordnung und empirische Befunde. IDZ, Köln 2005
- Rehm [Brock] S: Einfluss der Einführung des Festzuschussystems auf das prothetische Versorgungsspektrum einer Universitätszahnklinik. Dissertation, Technische Universität Dresden, Dresden 2009
- Schütte U, Kirch W, Walter M: Versorgungsforschung in Deutschland – eine Standortbestimmung aus Sicht der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Medizinische Klinik 100, 562–267 (2005)
- Spitzenverbände der GKV (Hrsg): Untersuchung der Auswirkungen befundbezogener Festzuschüsse. PGMM, Hamburg 2006
- Wessels, Michael: Systemwechsel von der therapiebezogenen zur befundbezogenen Bezuschussung beim Zahnersatz: Ein Vorbild für andere Leistungsbereiche? Verlag LIT; Auflage: 1., Aufl. 27. Februar 2009