



BARMER

Zahnreport 2018

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Michael Rädel, Steffen Bohm,
Heinz-Werner Priess, Michael Walter

Band 8

Zahnreport 2018

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Michael Rädel, Steffen Bohm,
Heinz-Werner Priess, Michael Walter

Band 8

Impressum

Herausgeber:

BARMER
Postfach 110704
10837 Berlin

Autoren:

Michael Rädel und Michael Walter,
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Mediz. Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden

Steffen Bohm und Heinz-Werner Priess,
AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH Berlin

Konzeption, Redaktion und fachliche Prüfung:

Elke Damann, Nora Hoffmann, Ursula Marschall, Nicole Osterkamp
BARMER, Berlin und Wuppertal

Endredaktion, Design und Realisation:
37 Grad Analyse & Beratung GmbH, Köln

Verlag:
Müller Verlagsservice e.K., Siegburg

ISBN: 978-3-946199-151

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

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
Zusammenfassung	10
1 Einleitung	20
2 Zahnärztliche Versorgung im Überblick	28
2.1 Datengrundlage und Kenngrößen	28
2.2 Inanspruchnahme und Ausgaben insgesamt	31
2.3 Inanspruchnahmen und Ausgaben nach Versorgungsbereichen im Überblick	35
3 Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)	44
3.1 Datengrundlage und Kenngrößen	44
3.2 Inanspruchnahme und Ausgaben	45
3.3 Leistungen im Überblick	52
3.4 Entwicklung über die Zeit	55
4 Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädelns (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)	72
4.1 Datengrundlagen und Kenngrößen	72
4.2 Inanspruchnahme und Ausgaben	74
4.3 Leistungen	79
4.4 Entwicklungen über die Zeit	81
5 Kieferorthopädie	83
5.1 Datengrundlagen und Kenngrößen	83
5.2 Inanspruchnahme und Ausgaben	84
5.3 Leistungsbereiche	87

6 Systematische Behandlung von Parodontopathien	90
6.1 Datengrundlage und Kenngrößen	90
6.2 Inanspruchnahme und Ausgaben	92
6.3 Leistungen	98
6.4 Entwicklung über die Zeit	102
7 Zahnersatz und Zahnkronen	104
7.1 Datengrundlage und Kenngrößen	104
7.2 Inanspruchnahme und Ausgaben	107
7.3 Leistungen	114
Schwerpunktthema: Pflegebedürftige Senioren in der vertragszahnärztlichen Versorgung	118
8.1 Einführung in das Thema	118
8.2 Grundlegende Methodik	126
8.3 Deskription der Inanspruchnahme von Versorgung	126
8.4 Analyse der potenziellen Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Senioren durch die neuen Leistungen	132
8.5 Entwicklung von Erklärungsmodellen durch strukturierte Interviews	142
8.6 Ausgaben	150
8.7 Schlussfolgerungen	151
I Anhang	158
Tabellenanhang	158
Abbildungsanhang	188
II Verzeichnisse	196
Abkürzungsverzeichnis	196
Abbildungsverzeichnis	197
Tabellenverzeichnis	203
Literaturverzeichnis	209
Autorenverzeichnis	213
Bundesländer Deutschland	214

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger Senioren hat noch immer Schwächen. Das zeigt der Zahnreport 2018 der BARMER in seinem Schwerpunktteil. Demnach wirken die in den Jahren 2013 und 2014 eingeführten Leistungen zugunsten Pflegebedürftiger zum Teil nicht so, wie ursprünglich beabsichtigt. Dabei handelt es sich um Gebührennummern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab BEMA, mit denen Zahnärzte den Besuch bei pflegebedürftigen Patienten abrechnen können. Aus dem Zahnreport geht hervor, dass die neuen Gebührennummern immer häufiger abgerechnet werden. Mehr Bewohner von Pflegeeinrichtungen haben Zugang zu zahnärztlichen Leistungen. Sie brauchen dies auch, denn die aktuelle Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt, dass pflegebedürftige Senioren eine deutlich schlechtere Mundgesundheit haben als gleichaltrige Nichtpflegebedürftige. So ist der Anteil der zahnlosen Senioren bei Pflegebedürftigkeit um 64 Prozent höher als bei nichtpflegebedürftigen Senioren. Auch der sogenannte Sanierungsgrad, also die Zahl der mit Füllungen versorgten kariösen Zähne, ist bei pflegebedürftigen Senioren nahezu 20 Prozent geringer.

Der Report zeigt, dass sich der Zugang zu diagnostischen und prophylaktischen Maßnahmen verbessert hat. Das gilt allerdings nicht für den Zugang zu Behandlungsleistungen, der sich nicht veränderte. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2016 bundesweit mehr als 55 Millionen Euro für die neuen Gebührennummern ausgegeben. Auch wenn diese nicht komplett der Versorgung stationär gepflegter Senioren zuzurechnen sind, fielen für die Besuche in Pflegeeinrichtungen Ausgaben in zweistelliger Millionenhöhe an.

Um den Ursachen auf den Grund zu gehen, enthält der Report Erkenntnisse aus Interviews mit Pflegeeinrichtungen, die mit Zahnärzten kooperieren. Sie zeigen, wie schwierig die Versorgung oft multimorbider pflegebedürftiger Senioren ist. Zudem treten bei Pflegebedürftigen zahnmedizinische Probleme häufig hinter allgemeingesundheitlichen zurück. In den Pflegeeinrichtungen bestehen darüber hinaus oft ungünstige Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Versorgung. Der deshalb oft

notwendige Transport von hochbetagten, eventuell auch bettlägerigen Patienten in eine Zahnarztpraxis ist zudem häufig mit Schwierigkeiten verbunden.

Trotz aller Widrigkeiten und Herausforderungen stellt sich die berechtigte Frage, inwieweit die neuen Gebührennummern den Patienten helfen. Wenn es bei mehr Kontakten und mehr Diagnostik bleibt, ohne dass die eigentliche Therapie folgt, verfehlten gut gemeinte Veränderungen im BEMA und in der Gesetzgebung ihr Ziel.

Bei einem Blick auf die regionale Entwicklung werden zwischen den Bundesländern zum Teil erhebliche Unterschiede deutlich. Das gilt sowohl für die Kontakte Pflegebedürftiger mit dem Zahnarzt, als auch für daraus resultierende Therapieleistungen insgesamt. Die Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen von Kooperationsverträgen zwischen Zahnarzt und Pflegeeinrichtung nimmt bundesweit zu, ist aber regional ebenfalls unterschiedlich.

Unter dem Strich verdeutlicht der aktuelle Report, dass die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger Senioren nach wie vor verbessert werden muss. Im Sinne der Patientinnen und Patienten verstehen wir diesen Zahnreport daher als Impuls, auch für weitere Forschungen. Mein Dank gilt an dieser Stelle einmal mehr Prof. Dr. Michael Walter und seinem Mitautoren Dr. Michael Rädel. Gleichermaßen sei Steffen Bohm und Dr. Heinz-Werner Priess von AGENON gedankt. Wie bereits in den vergangenen Jahren haben sie gemeinsam nicht nur erneut ein hochrelevantes Thema aus der vertrags-zahnärztlichen Versorgung analysiert, sondern zugleich wieder ein detailliertes Bild dieses Versorgungsbereiches gezeichnet. Nicht zuletzt ist auch den Interviewpartnern in den Pflegeeinrichtungen zu danken, auf deren Wissen die qualitativen Analysen zur Versorgung wesentlich basieren. Den Leserinnen und Lesern unseres Reports wünsche ich eine anregende Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender

BARMER

Berlin, im April 2018

Zusammenfassung

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

Im Standardteil werden wie in den vergangenen Jahren die wesentlichen Zahlen und Daten zur vertragszahnärztlichen Versorgung für das Jahr 2016 dargestellt. Ausgewählte Entwicklungen über die Zeit sind in fortgeführten Zeitreihen transparent visualisiert. Der Schwerpunktteil befasst sich in dieser Ausgabe mit der zahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Senioren.

Vertragszahnärztlich erbrachte Leistungen sind entsprechend dem gültigen Abrechnungskatalog BEMA (Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen) in verschiedene zahnmedizinische Bereiche aufgeteilt. Der Standardteil des Reports folgt nach einer bereichsübergreifenden Darstellung (Kapitel 2) weitgehend dieser Einteilung und gliedert sich in fünf weitere Kapitel (Kapitel 3 bis 7). Der Standardteil liefert seit 2017 ein vollständiges, alle BEMA-Teile umfassendes Abbild der vertragszahnärztlichen Therapie.

Datenbasis des Standardteils sind Routinedaten der BARMER der Jahre 2010 bis 2016 für alle Leistungen des BEMA-Teils 1 (Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen) und der Jahre 2012 bis 2016 für alle Leistungen der BEMA-Teile 2 (Kieferbruch und Kiefergelenkserkrankungen), 3 (Kieferorthopädie), 4 (Systematische Behandlung von Parodontopathien) und 5 (Zahnersatz und Zahnkronen).

Im Kapitel 7 (BEMA-Teil 5) fließen auch Daten sogenannter Direktabrechner in die Analysen ein, die nicht über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), sondern direkt mit

dem Versicherten abgerechnet werden. Versorgungsdaten aus dem KZV-Bereich Schleswig-Holstein liegen auch in diesem Jahr nur für wenige ausgewählte Leistungsbereiche vor. Längsschnittliche Betrachtungen der Inanspruchnahme und der Ausgaben werden in der Regel auf die Struktur der deutschen Bevölkerung mit Stand zum 31. Dezember 2011 (Zensus 2011) dargestellt. Die querschnittlichen Ergebnisse des Jahres 2016 für Versicherte der BARMER werden jeweils auf die Alters- und Geschlechtsstruktur im Jahr 2016 standardisiert.

Inanspruchnahme und Ausgaben über die verschiedenen Versorgungsbereiche hinweg werden im ersten Abschnitt „Zahnärztliche Versorgung im Überblick“ beschrieben. Nahezu ohne Veränderung zum Jahr 2015 nahmen im Jahr 2016 71,5 Prozent der Versicherten mindestens eine zahnärztliche Leistung in Anspruch. Ein Betrag von 186,90 Euro wurde je Versicherten für zahnärztliche Versorgung ausgegeben. Frauen nehmen dabei nach wie vor deutlich mehr Leistungen in Anspruch als Männer. Dieses Verhältnis spiegelt sich auch in den korrespondierenden Ausgaben wider. Interessanterweise ist das Inanspruchnahme-Ausgaben-Verhältnis beider Geschlechter zueinander über die Altersgruppen hinweg betrachtet nicht konsistent.

Nach wie vor kann im Vergleich der Inanspruchnahmeraten ein Unterschied zwischen Ost und West nachgewiesen werden. Im Jahr 2016 nahmen 76,3 Prozent der Versicherten in den neuen Bundesländern mindestens eine vertragszahnärztliche Leistung in Anspruch, während es in den alten Bundesländern nur 70,4 Prozent der Versicherten waren.

Die höchsten Inanspruchnahmeraten wurden in Sachsen und Thüringen mit jeweils 77,2 Prozent gemessen, während im Saarland nur 65,5 Prozent der Versicherten mindestens eine vertragszahnärztliche Leistung in Anspruch nahmen.

In den einzelnen Leistungsbereichen liegen die Inanspruchnahmeraten bei 70,7 Prozent für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, bei 3,4 Prozent für Leistungen des Bereiches Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen, bei 4,5 Prozent für kieferorthopädische Leistungen, bei 1,5 Prozent für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien und bei 10,0 Prozent für Zahnersatzleistungen und Zahnkronen.

Die korrespondierenden Ausgaben liegen pro Versicherten für konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen bei 113,13 Euro, für Kieferbruch/Kiefergelenkerkrankungen bei 7,31 Euro, für kieferorthopädische Leistungen bei 16,28 Euro, für Leistungen zur Behandlung von Parodontopathien bei 6,80 Euro und für Zahnersatz und Zahnkronen ohne Eigenanteile bei 43,38 Euro. Im Vergleich zu den Vorjahren sind nur marginale Unterschiede erkennbar. Allerdings schwanken die Inanspruchnahmeraten und Ausgaben in den Altersgruppen sehr stark.

Eine Detailanalyse der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen folgt im Kapitel 3. Bei Differenzierung dieses Bereiches in prophylaktische, diagnostische und therapeutische Leistungen liegen die jeweiligen Inanspruchnahmeraten bei 51,8 Prozent, 70,0 Prozent und 47,5 Prozent. Therapeutische Leistungen verursachen je behandelten Versicherten deutlich höhere Ausgaben als diagnostische (133,99 Euro gegenüber 46,73 Euro), werden aber auch deutlich seltener in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahmeraten in den einzelnen Bundesländern, differenziert nach den oben genannten Teilbereichen des BEMA-Teils 1, zeigen zum Teil große Unterschiede. Der Vergleich der Inanspruchnahmeraten des BEMA-Teils 1 über mittlerweile sieben darstellbare Jahre (2010 bis 2016) zeigt auf Bundesebene nach wie vor keinen eindeutig erkennbaren Trend.

Mehr als ein Drittel der anspruchsberechtigten versicherten Kinder unter sechs Jahren nahm 2016 eine zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung in Anspruch. Seit 2010 ist für diese Leistung ein leichter, aber kontinuierlicher Anstieg erkennbar. Eine Leistung der Individualprophylaxe wurde immerhin von fast zwei Dritteln der anspruchsberechtigten versicherten Kinder zwischen sechs und 18 Jahren genutzt. Deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern sind auch bei den individualprophylaktischen Leistungen erkennbar. Besonders in den ostdeutschen Bundesländern werden diese im Vergleich häufiger in Anspruch genommen.

Die Inanspruchnahmerate für Füllungen und Kavitätenpräparationen lag bei 27,8 Prozent. Von einzelnen Ausreißern abgesehen ist über die Zeit seit 2010 ein leichter Rückgang um 1,8 Prozentpunkte zu verzeichnen. Gleichermaßen gilt für die Inanspruchnahmerate von Extraktionen, die kontinuierlich von 9,5 Prozent im Jahr

2010 auf 8,7 Prozent im Jahr 2016 sank. Wurzelbehandlungsleistungen wurden zu 5,6 Prozent und Röntgenpanoramaschichtaufnahmen zu 9,3 Prozent in Anspruch genommen. Im Gegensatz zu den im Vorfeld beschriebenen Leistungen weist die Röntgenpanoramaschichtaufnahme eine kontinuierlich steigende Inanspruchnahmerate seit 2010 auf. Einzelne Leistungsuntergruppen zeigten zumeist individuelle Altersverteilungen.

In Analogie zur BEMA-Systematik befasst sich Kapitel 4 mit der Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) und Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe). Insgesamt nahmen im Jahr 2016 3,4 Prozent aller Versicherten Leistungen aus diesem Bereich in Anspruch. Auffällig sind deutliche Geschlechtsunterschiede. So ist die Inanspruchnahmerate bei Männern mit 2,3 Prozent nur etwa halb so groß wie bei Frauen mit 4,4 Prozent. Aus diesem Leistungsbereich werden besonders häufig die Leistungen K1 und K2 (Anfertigung von Aufbissbehelfen) in Anspruch genommen. Je behandelten Versicherten werden durchschnittlich 207,33 Euro verausgabt, wovon 102,40 Euro auf zahntechnische Laborkosten entfallen. Die Ausgaben je Behandlungsfall unterliegen starken regionalen Schwankungen. In den KZV-Bereichen Niedersachsen und Berlin werden Summen von mehr als 220,00 Euro verausgabt, während in Sachsen nur 163,31 Euro je Behandlungsfall ausgegeben werden.

Kennzahlen zur kieferorthopädischen Therapie werden im Kapitel 5 ausgewiesen. Die Inanspruchnahme kieferorthopädischer Leistungen je Versicherten liegt insgesamt bei etwa 4,5 Prozent. Da kieferorthopädische Leistungen aber von Ausnahmefällen abgesehen nur für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beantragt werden können, ist diese Angabe nicht unbedingt sinnvoll. Die Mehrzahl der Kenngrößen dieses Kapitels bezieht sich daher auf Versicherte im Alter von unter 20 Jahren. Diese Altersgrenze wurde gewählt, da auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres bereits beantragte Behandlungspläne noch abgeschlossen werden können. Unter 20-jährige Versicherte nehmen unverändert zu 18,1 Prozent kieferorthopädische Leistungen in Anspruch. Diese sind mit Ausgaben von 255,22 Euro je Behandlungsfall verbunden. Die Ausgaben für zahntechnische Laborkosten liegen je Behandlungsfall für unter 20-Jährige bei 64,00 Euro. Über den Zeitraum von 2013 bis 2016 ist eine Steigerung der Gesamtausgaben für

Kieferorthopädie um fast sieben Prozent erkennbar. Die Ausgaben für kieferorthopädische Leistungen unterliegen ebenfalls erheblichen regionalen Schwankungen. In Bayern fallen je Behandlungsfall bei unter 20-Jährigen Ausgaben von 286,80 Euro an, während es in Sachsen-Anhalt lediglich 223,70 Euro sind.

Das Kapitel 6 befasst sich mit Leistungen zur Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4). Aus fachlichen Gründen wurde die Erhebung des PSI-Codes (Gebührennummer 04, BEMA-Teil 1) in die Betrachtung der parodontaldiagnostischen Leistungen einbezogen. Die Inanspruchnahmerate parodontaldiagnostischer Leistungen lag bei 23,2 Prozent (Männer: 21,7 Prozent, Frauen: 24,6 Prozent). Therapeutische Leistungen wurden dagegen versichertenbezogen nur zu 1,5 Prozent in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahmeraten sinken etwas im Vergleich zum Vorjahr. Im Gegensatz dazu steigen die Ausgaben auf durchschnittlich 435,46 Euro. Auf chirurgische Therapieverfahren entfiel insgesamt nur ein Bruchteil von unter einem Prozent aller Leistungen des BEMA-Teils 4.

Das Kapitel 7 befasst sich mit Leistungen des Bereichs Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5). Im Gegensatz zu den vorhergehenden Kapiteln bezieht sich die Betrachtung des Leistungsgeschehens aus abrechnungsmethodischen Gründen nicht auf Einzelleistungen des BEMA, sondern auf abgerechnete Festzuschussbefunde. Kennzeichnend für die vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind ein fester befundbezogener Zuschuss der Gesetzlichen Krankenkasse und ein Eigenanteil des Versicherten. Der Festzuschuss kann sich je nach Bonus- und Härtefallstatus verdoppeln, während der Eigenanteil wesentlich von der Wahl der Versorgungsform abhängt (Regelversorgung, gleichartige Versorgung, andersartige Versorgung) und stark variieren kann. Hinzu kommen zwei verschiedene Abrechnungswege: bei Regelversorgungen und gleichartigen Versorgungen zumeist über die KZVen, bei andersartigen Versorgungen zumeist direkt über den Versicherten (sogenannte Direktabrechnungsfälle).

Die Inanspruchnahmerate prothetischer Leistungen war im Jahr 2016 nahezu konstant gegenüber 2015 bei 7,5 Prozent für Neueingliederungen (Neuanfertigungen) und bei

6,7 Prozent für Wiederherstellungsleistungen (Reparaturen, Ergänzungen). Diesen Raten stehen leicht gestiegene Gesamtausgaben von 1.499,80 Euro für Neueingliederungen und 118,27 Euro für Wiederherstellungen pro versorgten Versicherten gegenüber. Die korrespondierenden mittleren Eigenanteile stiegen ebenfalls geringfügig auf 864,95 Euro für Neueingliederungen und auf 50,98 Euro für Wiederherstellungen (inklusive Direktabrechner). Bei einem länderspezifischen Vergleich der Gesamtausgaben für Neueingliederungen schwankten diese zwischen 1.532,00 Euro in Bayern und 1.108,70 Euro in Sachsen. Etwa 40 Prozent aller Festzuschüsse wurden für Wiederherstellungen und Erweiterungen von konventionellem Zahnersatz (Befundklasse 6) gewährt. Bei einem neuangefertigten Zahnersatz wurde ein Zuschuss für die Befundklasse 1 (erhaltungswürdiger Zahn) am häufigsten und für die Befundklasse 2 (zahnbegrenzte Lücke von höchstens vier fehlenden Zähnen) am zweithäufigsten gewährt. Über die Hälfte aller prothetisch behandelten Versicherten konnte einen um 30 Prozent höheren Festzuschuss in Anspruch nehmen. Dieser Bonus wird für die Inanspruchnahme jährlicher Kontrolluntersuchungen über zehn Jahre und mehr erstattet. Die Gewährung des einkommensabhängigen doppelten Festzuschusses erfolgte lediglich für 8,2 Prozent der prothetisch behandelten Versicherten.

Das Schwerpunktthema des BARMER Zahnreports 2018 lautet „Pflegebedürftige Senioren in der vertragszahnärztlichen Versorgung“. Der Zahnreport trägt damit der aktuell großen gesellschaftlichen und politischen Bedeutung des Themas „Pflege“ Rechnung. Der demografische Wandel und die damit verbundene Überalterung der Bevölkerung stellen Deutschland wie auch andere westliche Industrienationen vor stetig wachsende Herausforderungen. Auch die (vertrags-)zahnärztliche Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Thema.

Zahlreiche Einzelstudien belegen eine beeinträchtigte Mundgesundheit pflegebedürftiger Senioren nicht nur in Deutschland. Die erst 2016 veröffentlichte repräsentative Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie DMS V (Jordan 2016) bestätigt diese Ergebnisse. Gekennzeichnet ist die beeinträchtigte Mundgesundheit in dieser Population beispielsweise durch einen niedrigeren Kariessanierungsgrad, durch ein vermehrtes Vorkommen von (in der Regel plaquebedingten) Zahnfleischentzündungen, durch eine höhere Prävalenz

der Zahnlosigkeit und durch einen höheren Anteil herausnehmbaren Zahnersatzes im Vergleich zu gleichaltrigen Nichtpflegebedürftigen. Die in der Regel ungünstigeren Rahmenbedingungen für eine zahnärztliche Behandlung von Pflegebedürftigen führen zu einer sehr differenzierten Beurteilung von normativen Behandlungsbedarfen. Trotz dieser Einschränkung ist prinzipiell von einem hohen Bedarf an vertragszahnärztlicher Versorgung bei pflegebedürftigen Senioren auszugehen. Studien belegen zudem Verbesserungen der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität von pflegebedürftigen Senioren durch zahnärztliche Therapiemaßnahmen.

Eine konkrete Maßnahme mit dem Ziel der Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen war die Novellierung/Ergänzung der vertragszahnärztlichen Gebührenordnung BEMA. Zu diesem Zweck wurden zum 1. April 2013 und zum 1. April 2014 bestimmte Gebührennummern zur Ermöglichung und Unterstützung der aufsuchenden Versorgung geschaffen, novelliert und modifiziert. Außerdem wurde der Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragszahnärzten nach §119b SGB V durch eine Rahmenvereinbarung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt und forciert.

Ziel des diesjährigen Schwerpunktteils ist die Evaluation dieser Maßnahmen. Als eine wichtige Fragestellung zahnmedizinischer Versorgungsforschung lässt sich die primäre Fragestellung formulieren: Wird die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen durch diese Maßnahmen verbessert?

Die entsprechenden Analysen wurden in den meisten Fällen unter Nutzung von Routinedaten der BARMER durchgeführt. Dabei konnte das Leistungsgeschehen von insgesamt 8,4 Millionen Versicherten in die Analysen einbezogen werden. Davon waren 2,2 Millionen Versicherte 65 Jahre und älter, darunter 340.000 Pflegebedürftige und davon wiederum 115.000 vollstationär Pflegebedürftige.

Folgende Aspekte wurden im Einzelnen betrachtet:

1. Wurden die neuen/modifizierten Leistungen adäquat in das Versorgungsgeschehen implementiert?
2. Wird die Möglichkeit des Abschlusses von Kooperationsverträgen genutzt und führen diese Verträge zu einem verbesserten Zugang zur Versorgung?
3. Welche Leistungen werden im Umfeld der neuen/modifizierten Gebührennummern erbracht?
4. Wie ändert sich das Versorgungsspektrum von pflegebedürftigen Senioren im Vergleich zu einer gleichaltrigen Kontrollgruppe?

Wird zunächst die Inanspruchnahme der neuen Gebührennummern betrachtet, fällt eine kontinuierliche Zunahme seit Einführung auf. In Abbildung 8.5 ist die Entwicklung der Inanspruchnahme über die Zeit anschaulich dargestellt. Mit der Zunahme der Inanspruchnahme dieser Gebührennummern steigen auch die korrespondierenden Ausgaben. Im Jahr 2016 wurden hochgerechnet auf die vertragszahnärztliche Versorgung Deutschlands allein mehr als 55 Millionen Euro für die entsprechenden Gebührennummern ausgegeben (Kapitel 8.6). Es kann demnach von einer erfolgreichen Implementierung ausgegangen werden.

Auch die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen im Rahmen von Kooperationsverträgen steigt pro Versicherten und pro Jahr. Der Abschluss von Kooperationsverträgen führt demnach zu einem verbesserten Zugang betroffener Versicherter zur zahnärztlichen Versorgung.

Betrachtet man das Leistungsgeschehen im zeitlichen Umfeld von bis zu 90 Tagen nach Inanspruchnahme bestimmter neuer/modifizierter Gebührennummern, stellt man fest, dass nur in der Minderheit der Fälle tatsächliche Therapieleistungen erbracht werden. Mehr als 50 Prozent aller Besuchsleistungen bei pflegebedürftigen Senioren bleiben ohne weitere relevante Leistung.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Betrachtung des gesamten Leistungsgeschehens bei pflegebedürftigen Senioren über die Zeit. In keinem Therapiebereich zeigen sich deutlich detektierbare Veränderungen im Zusammenhang mit der Implementierung der neuen Gebührennummern. Lediglich die Gesamtinanspruchnahme der Leistungen des BEMA-Teils 1 steigt vor allem bei stationär gepflegten Versicherten deutlich, was allerdings ausschließlich auf die neuen/modifizierten Gebührennummern zurückzuführen ist. Auch wenn sich das Therapiespektrum zwischen gleichaltrigen Pflege- und Nichtpflegebedürftigen im Einzelnen unterscheidet, bleibt das Versorgungsgeschehen in beiden Gruppen über die Jahre 2012 bis 2016 nahezu konstant.

Es konnte demnach kein direkter Einfluss der implementierten Veränderungen auf die zahnärztlichen Therapieleistungen registriert werden. Dieser Befund erstaunt, da eine verstärkte Inanspruchnahmerate vor allem kleiner, in den Pflegeeinrichtungen durchführbarer Leistungen (beispielsweise Druckstellenentfernungen) oder einfacher Zahnersatzreparaturen erwartet worden war. Das Ergebnis wirft vor dem Hintergrund des vielfach nachgewiesenen hohen Therapiebedarfes in dieser vulnerablen Population Fragen auf. Der Zahnreport möchte jedoch nicht nur Fragen zum Versorgungsgeschehen stellen, sondern auch Erklärungsansätze liefern. Zu diesem Zweck wurden zusätzlich zum vordefinierten Analyseplan strukturierte Interviews in Pflegeeinrichtungen mit Verantwortlichen und Kooperationszahnärzten geführt. Wichtige Ergebnisse sind im letzten Abschnitt des Schwerpunktteils dargestellt.

Initial wurden 318 Pflegeeinrichtungen kontaktiert, 17 Interviews kamen letztlich zustande. Die Mehrheit der Einrichtungen beurteilte die Entwicklung durch Kooperationsverträge durchaus positiv. Bei der Frage, welche Faktoren eine angezeigte zahnärztliche Therapie bei Pflegebedürftigen verhindern können, wurden neben organisatorischen Aspekten auch vielfach die eingeschränkte Therapiefähigkeit und eine Ablehnung durch den Patienten genannt.

Festzuhalten bleibt: Durch die neuen Gebührennummern wird der Zugang zur zahnärztlichen Versorgung bei einem steigenden Anteil von Pflegebedürftigen mit Zahnarztkontakten grundsätzlich verbessert. Auch die Prävention wird vermutlich durch die

erweiterten Möglichkeiten deutlich gestärkt. Dieser Effekt ist allerdings auf Basis der vorliegenden Routinedaten (noch) nicht messbar. Ein Einfluss auf die Inanspruchnahmerate von Therapieleistungen konnte jedoch nicht gefunden werden. Die Implementierung neuer Gebührennummern allein führt also anscheinend auch nicht zu einem verbesserten Zugang zur Therapie. Dieses Ergebnis ist angesichts eines angenommenen hohen zahnärztlichen Versorgungsbedarfs pflegebedürftiger Senioren unbefriedigend.

1 Einleitung

13,8 Mrd. €
Leistungsausgaben für
Zahnbehandlung

Am Ende des vierten Quartals 2016 betrug die Anzahl der Vertragszahnärzte und der bei ihnen angestellten Zahnärzte 61.901 und lag damit um 0,1 Prozent niedriger als zum Ende des Vorjahresquartals (KZBV 2017). Ohne die vom Versicherten selbst zu tragenden Eigenanteile oder anderweitig privat zu tragenden Behandlungskosten haben sich die Ausgaben für eine vertragszahnärztliche Behandlung inklusive Zahnersatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr von 189,84 Euro je Versicherten auf 193,17 Euro (+ 1,76 Prozent) erhöht (Werte gemäß KJ 1 und KM 1 [BMG a, b] und KZBV 2017). Für die vertragszahnärztliche Versorgung der gut 71,4 Millionen GKV-Versicherten wurden von den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2016 insgesamt gut 13,8 Milliarden Euro verausgabt. Bei Leistungsausgaben der GKV von insgesamt 210,4 Milliarden Euro (Vorjahr: 202 Milliarden Euro) entspricht dies einem Anteil von 6,6 Prozent (Vorjahr: 6,6 Prozent).

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) können in einer detaillierteren Betrachtung des vertragszahnärztlichen Versorgungsbereichs folgende Bereiche unterschieden werden: „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen“ (inklusive Prophylaxe; BEMA-Teil 1), „Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)“ (BEMA-Teil 2), „Kieferorthopädische Behandlung“ (BEMA-Teil 3), „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ (BEMA-Teil 4) und „Zahnersatz und Zahnkronen“ (BEMA-Teil 5). Die BEMA-Teile 2 und 3 werden für kompaktere Darstellungen nachfolgend auch unter der Bezeichnung „Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch)“ zusammengefasst. Damit erfasst der vorliegende Zahnreport nunmehr ein zahnärztliches Leistungsgeschehen, auf das nahezu 100 Prozent der GKV-Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung entfallen sind.

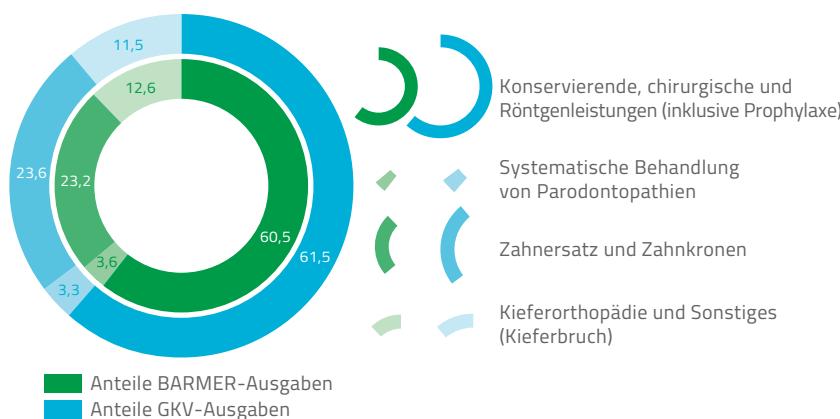
Der Bereich „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)“ bildet mit 8,5 Milliarden Euro beziehungsweise einem Anteil von rund 62 Prozent an den GKV-Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung den größten Ausgabenblock, gefolgt von „Zahnersatz und Zahnkronen“ mit knapp 3,3 Milliarden Euro, was einem

größter Posten für die
zahnärztliche Versorgung:
„Konservierende,
chirurgische und
Röntgenleistungen
(inklusive Prophylaxe)“

Anteil von 23,6 Prozent entspricht (Abbildung 1.1). Den drittgrößten Ausgabenbereich bildet die „Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch)“ mit knapp 1,6 Milliarden Euro beziehungsweise einem Anteil von 11,5 Prozent. Auf die „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ entfielen im Jahr 2016 etwas weniger als 0,5 Milliarden Euro, was einem Anteil von 3,3 Prozent entspricht.

Die gleiche Aufteilung der Ausgabenblöcke findet sich auch in den Abrechnungen der BARMER. Zum Vergleich wurden die relativen Anteile der Ausgabenblöcke der BARMER auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2016 standardisiert. Die Unterschiede in den einzelnen Ausgabenblöcken liegen zwischen 0,3 Prozent und 1,1 Prozent in absoluten Punkten. Leistungsbereiche mit einer hohen Inanspruchnahme weisen eine bessere Übereinstimmung auf als Leistungsbereiche, die nur vergleichsweise selten genutzt werden.

Abbildung 1.1: Aufteilung der GKV-Gesamtausgaben und der BARMER-Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung im Jahr 2016 in Prozent



Quelle: KZBV und eigene Berechnungen

Der diesjährige Zahnreport weist die folgende Kapitelstruktur auf:

- Der Bereich „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)“ wird im Kapitel 3 dargestellt. Vertiefend betrachtet werden hier die Leistungsbereiche Prophylaxe (Kapitel 3.4.1), Füllungen (Kapitel 3.4.2), Zahnextraktionen (Kapitel 3.4.3), ausgewählte Röntgenleistungen (Kapitel 3.4.4) und Wurzelbehandlungen (Kapitel 3.4.5).
- Auswertungen zu Behandlungen von „Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)“ werden im Kapitel 4 vorgestellt.
- Die kieferorthopädische Behandlung wird im Kapitel 5 dargestellt. Bei der kieferorthopädischen Behandlung werden neben Leistungen aus den Bereichen Kieferorthopädie und Labor auch Leistungen aus dem Bereich „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)“ abgerechnet. Wie sich diese im direkten Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung abgerechneten Leistungen verteilen, wird im Kapitel 5 gesondert dargestellt.
- Die Darstellung des Ausgaben- und Leistungsgeschehens im Bereich „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ erfolgt im Kapitel 6.
- Mit dem Bereich „Zahnersatz und Zahnkronen“ befasst sich Kapitel 7.

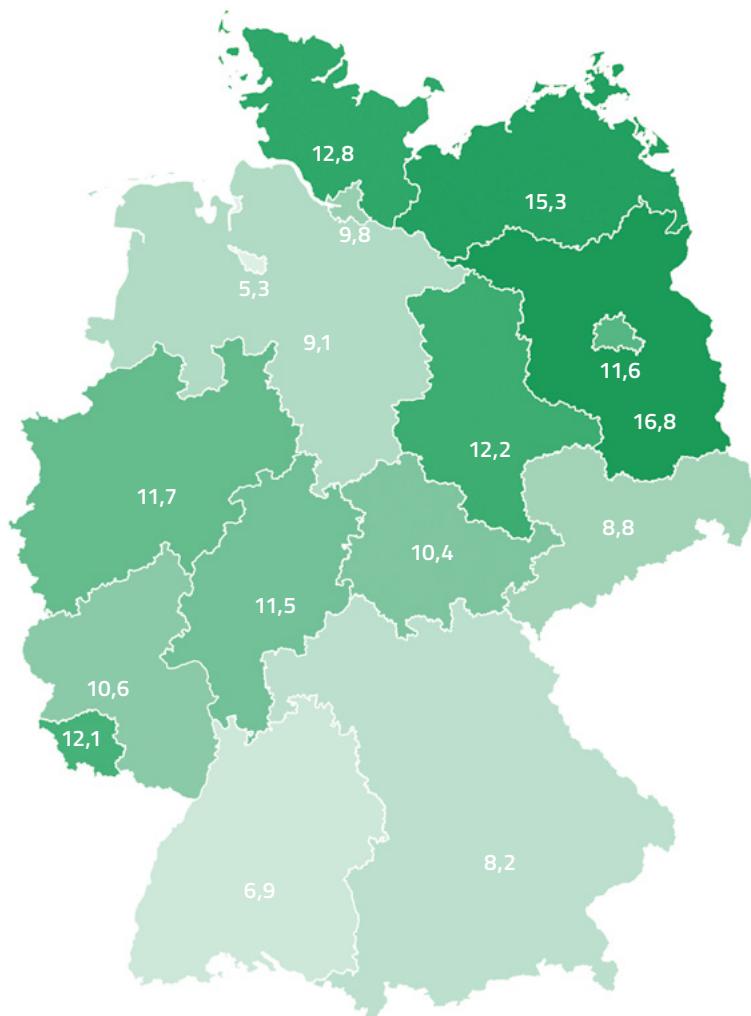
Im Kapitel 2 findet sich aber zunächst eine zusammenfassende Betrachtung über alle genannten Versorgungsbereiche hinweg.

Schwerpunkt: Behandlung von pflegebedürftigen Senioren

Den Schwerpunkt des vorliegenden Zahnreports bildet die Behandlung von pflegebedürftigen Senioren. Aus der Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS) ist bekannt, dass mit höherer Pflegebedürftigkeit auch eine Verschlechterung der Mundgesundheit einhergeht. Der Gesetzgeber hat bereits im Jahr 2012 reagiert und mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz den Grundstein für eine bessere Versorgung von Pflegebedürftigen gelegt: In den Jahren 2013 und 2014 wurden neue Gebührenziffern des BEMA für die aufsuchende Versorgung eingeführt, die unter anderem Anreize für Kooperationsverträge zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen schaffen. In diesem Zahnreport werden der Einfluss der eingeführten Gebührenziffern und der Kooperationsverträge auf

das dokumentierte Behandlungsgeschehen und die Erfahrungen von Ärzten und Pflegepersonal beleuchtet.

Abbildung 1.2: Anteil der BARMER-Versicherten an der Bevölkerung nach Bundesländern am 31. Dezember 2016 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2016

8,5 Mio. BARMER- Versicherte im Jahr 2016

Die Datenbasis für den Zahnreport bilden Informationen zur vertragszahnärztlichen Versorgung von etwa 8,5 Millionen Versicherten der BARMER, die einem Anteil von knapp 11,8 Prozent aller GKV-Versicherten entsprechen. Bezogen auf die deutsche Bevölkerung wird ein Anteilswert von 10,2 Prozent erreicht. Dabei variiert der Anteil der Versicherten der BARMER an der Bevölkerung zum Stichtag 31. Dezember 2016 in den Bundesländern zwischen 5,3 Prozent (Bremen) und 16,8 Prozent (Brandenburg; Abbildung 1.2).

Wie auch im vergangenen Jahr werden in diesem Jahr wieder alle direkt von den Versicherten mit der BARMER abgerechneten Daten zum Versorgungsgeschehen bei „Zahnersatz und Zahnkronen“ berücksichtigt (sogenannte Direktabrechnerfälle).

Für die längsschnittliche Betrachtung von Parametern der Inanspruchnahme wird – wie bereits im Vorgängerreport – jeweils einheitlich auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands zum 31. Dezember 2011 (nach Zensus 2011) standardisiert. In den Überschriften von Tabellen und Abbildungen wird auf die Alters- und Geschlechtsstandardisierung der dargestellten Ergebnisse dann durch das Kürzel stand.D2011 aufmerksam gemacht. Für querschnittliche Betrachtungen bleibt es auch in diesem Report dabei, dass einheitlich auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands des jeweils betrachteten Jahres – in diesem Report des Jahres 2016 – standardisiert wird. Entsprechend findet sich in den Überschriften von Tabellen und Abbildungen dann das Kürzel stand.D2016.

Die im vorliegenden Zahnreport für das Jahr 2016 berichteten regionalen Ausgaben-
kenngrößen wurden für die Darstellung preisbereinigt. Interregionale Vergleiche werden
so unverzerrt durch Preisunterschiede möglich.

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

Wie bereits in den Berichten für die Vorjahre ist noch immer folgende Einschränkung zu beachten: Für die KZV in Schleswig-Holstein lagen erneut keine Daten zu den Bereichen „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)“ und „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ vor. Davon ausgenommen sind von der KZV Schleswig-Holstein übermittelte Daten zur Individualprophylaxe und zu den Früherkennungsuntersuchungen. Gleiches gilt auch für den Bereich „Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch)“. Die durchgeföhrten Analysen konnten sich hier entsprechend nur auf die verbleibenden 15 Bundesländer beziehen. Für den Versorgungsbereich „Zahnersatz und Zahnkronen“ lagen Daten auch für Schleswig-Holstein vor, die in den Analysen zu Kapitel 7 berücksichtigt wurden.

keine Daten für
den KZV-Bereich
Schleswig-Holstein

Standardteil

Zahnärztliche Versorgung

2 Zahnärztliche Versorgung im Überblick

Im Zahnreport 2018 können Analysen zu allen fünf BEMA-Teilen durchgeführt werden. Die Daten wurden auf Basis von § 302 SGB V per Datenträgeraustausch (DTA) von den KZVen übermittelt. Für Daten des BEMA-Teils 1 stehen Daten seit dem Jahr 2010 in maschinell auswertbarer Form zur Verfügung. Für Daten der BEMA-Teile 2 bis 5 stehen jetzt Daten seit dem Abrechnungsjahr 2012 für die Auswertungen zur Verfügung. Zusätzlich zu den von den KZVen übermittelten Daten können für den Bereich „Zahnkronen und Zahnersatz“ seit dem Jahr 2014 auch Daten ausgewertet werden, die von den Versicherten direkt mit der BARMER abgerechnet wurden.

Wie im einleitenden Kapitel beschrieben, werden die jeweils interessierenden Parameter der Inanspruchnahme für längsschnittliche Betrachtungen einheitlich auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung zum Stichtag 31. Dezember 2011 (nach Zensus 2011) standardisiert. Für die querschnittlichen Analysen für das hier aktuelle Berichtsjahr 2016 werden die für Versicherte der BARMER ermittelten Rohdaten auf die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2016 standardisiert. Zugrunde gelegt wird die basierend auf dem Zensus 2011 fortgeschriebene Bevölkerungsstruktur zum Stichtag 31. Dezember 2016.

2.1 Datengrundlage und Kenngrößen

Datengrundlage

Datengrundlage für die Analysen zu „Konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)“ (Kapitel 3 dieses Reports), „Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen“ (Kapitel 4), zur „Kieferorthopädischen Behandlung“ (Kapitel 5) sowie „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (Kapitel 6) bilden die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbrachten und gemäß den Gebührenpositionen des BEMA von Zahnärzten abgerechneten Leistungen. Sie werden versichertenzbezogen unter Angabe des Behandlungsdatums und einer Zahnnarztnummer übermittelt. Wie schon in den Vorjahren wurden seitens der KZVen quartalsweise für

ein und denselben Zahnarzt unterschiedliche Zahnarztnummern übermittelt, teilweise wurde die Zahnarztnummer auch innerhalb eines Quartals gewechselt. Für die Analysen hat das beispielsweise zur Konsequenz, dass keine Aussagen dazu möglich sind, wie viele Zahnärzte von Versicherten der BARMER innerhalb eines Quartals oder eines Jahres aufgesucht worden sind. Die Übermittlung erfolgt durch die KZVen in maschinenlesbarer Form an die BARMER. Die von den KZVen an die BARMER zu übermittelnden Daten richten sich nach Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ in der Fassung vom 1. Januar 2013. Enthalten sind außerdem Angaben zum behandelten Zahn gemäß FDI-Zahnschema, es sei denn, die Zahnangabe ist entbehrlich, beispielsweise wenn die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist. Die Gebührenpositionen sind im BEMA mit Punkten bewertet, die ebenfalls im übermittelten Datensatz enthalten sind.

Um das Honorar des Zahnarztes respektive die Ausgaben einer Behandlung zu ermitteln, wird die Gesamtheit der von ihm abgerechneten Punkte mit einem Punktwert in Euro multipliziert, der im Allgemeinen zwischen den KZVen schwankt. In der Einleitung wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Ausgabenkennziffern preisbereinigt wurden. So wird ein direkter Vergleich zwischen Regionen ermöglicht. Da die KZV Schleswig-Holstein nach wie vor keine Daten zur Versorgung der Versicherten mit Leistungen gemäß der BEMA-Teile 1 bis 4 liefert – davon ausgenommen sind Daten zur Individualprophylaxe und zu den Früherkennungsuntersuchungen (Abschnitt Datengrundlagen) –, umfasst die Datengrundlage hier entsprechende Informationen für alle KZV-Bezirke unter Ausnahme des KZV-Bezirkes Schleswig-Holstein.

Datengrundlage für die Analysen zum Bereich „Zahnersatz und Zahnkronen“ (Kapitel 7 dieses Reports) bilden dagegen im Wesentlichen die abgerechneten Festzuschussbefunde. Patienten mit identischen Ausgangsbefunden erhalten nach dem zum 1. Januar 2005 eingeführten befunderorientierten Festzuschusssystem gleiche feste Zuschussbeträge zur Versorgung mit einem Zahnersatz. Die Gebührenpositionen des BEMA kommen vorrangig zur Abrechnung von Teilleistungen zum Einsatz. Für den Bereich „Zahnersatz und Zahnkronen“ liegen Daten für alle KZV-Bezirke vor. Zusätzlich werden direkt mit der BARMER abgerechnete Fälle in die Betrachtung aufgenommen. Entsprechend sind Direktabrechnungsfälle in den nachfolgend zu BEMA-Teil 5 berichteten

Kenngrößen enthalten. Da sich Kapitel 2 bei den Kosten auf die Ausgaben der BARMER respektive der GKV konzentriert, sind die Eigenanteile der Versicherten hier nicht enthalten. Dazu wird auf die Kapitel 3 und 7 verwiesen.

Kenngrößen

Die Tabelle 2.1 zeigt im Überblick, welche Kenngrößen nachfolgend abgebildet werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Kenngrößen übereinstimmend für alle BEMA-Teile berichtet werden können. Das ist einerseits den Unterschieden in der Abrechnung von Leistungen (nach den Leistungspositionen des BEMA) in den Bereichen „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen“, „Kieferorthopädie und Sonstiges (Kieferbruch)“ sowie „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ geschuldet und andererseits den Festzuschüssen bei „Zahnersatz und Zahnkronen“.

Tabelle 2.1: Kenngrößen Vertragszahnärztliche Versorgung

Kenngrößen	Beschreibung
Inanspruchnahme bzw. Inanspruchnahmerate	BEMA-Teil 1 bis 4: Inanspruchnahme einer Leistung bzw. einer Leistung einer Leistungsgruppe; BEMA-Teil 5: Inanspruchnahme Zahnersatz oder Zahnkrone(n) gemäß dokumentiertem Festzuschuss* bzw. BEMA-Teil 1 bis 4: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme einer Leistung aus dem/den betreuteten BEMA-Teil(en) bzw. einer Leistung einer Leistungsgruppe; BEMA-Teil 5: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme Zahnersatz oder Zahnkrone(n) gemäß dokumentierten Festzuschüssen*
Behandlungsfall, Abrechnungsfall	Behandlung eines Patienten bei einem Zahnarzt (bzw. in einer Zahnarztpraxis) innerhalb eines Quartals (häufig auch als Abrechnungsfall bezeichnet)
Zahnarztkontakt	Kontakt eines Versicherten zu einem Zahnarzt entsprechend den differenzierbaren Tagesdatumsangaben in den Datengrundlagen
Punktsumme	Summe der Punkte für erbrachte Leistungen in der Datengrundlage (können nach Maßgabe eines Punktwertes in Geldbeträge umgerechnet werden)
Ausgaben, mittlere Ausgaben	Geldbeträge, die sich aus der Abrechnung ergeben (BEMA-Teil 1 und 4: Punktsumme* KZV-spezifischer Punktwert; BEMA-Teil 5: Summe der Festzuschussbeträge* zuzüglich Eigenanteil**; werden entweder als Gesamtbetrag oder als gemittelter Wert ausgewiesen)
Leistungsmenge (Menge der in Anspruch genommenen Leistungen)	Anzahl der (abgerechneten) Leistungen aus dem/den betrachteten BEMA-Teil(en) (BEMA-Teil 1 bis 4) bzw. Anzahl der dokumentierten Festzuschüsse* (gesamt und nach Befundklassen; BEMA-Teil 5)

* nur über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse

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

Die Tabelle 2.2 zeigt im Überblick für dieses zweite Kapitel und die nachfolgenden Kapitel 3 bis 7, welche Kenngrößen jeweils berechnet werden konnten und dargestellt werden.

Tabelle 2.2: Übersicht zu den in den einzelnen Kapiteln dieses Reports ausgewiesenen Kenngrößen

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

2.2 Inanspruchnahme und Ausgaben insgesamt

Über alle in diese Untersuchung einbezogenen Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung hinweg betrachtet, lag der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Inanspruchnahme im Jahr 2016 bei 71,5 Prozent. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist deutlich: 67,6 Prozent der Männer haben mindestens eine vertragszahnärztliche Leistung in Anspruch genommen (darin eingeschlossen sind über die KZVen und nicht über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse). Mit einem Anteilswert von 75,4 Prozent haben dagegen deutlich mehr Frauen eine solche Leistung beansprucht (Tabelle 2.3). Eine bedeutende Rolle dürfte das nachweislich höhere Gesundheitsbewusstsein von Frauen spielen.

Inanspruchnahmerate:
71,5 %

Frauen nehmen mehr zahnärztliche Leistungen in Anspruch als Männer.

Ohne Berücksichtigung der von den Versicherten privat zu tragenden Kostenanteile lagen die Ausgaben für die hier untersuchten Bereiche – wiederum für über die KZVen und nicht über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse – der vertragszahnärztlichen Versorgung je Versicherten im Jahr 2016 bei 186,90 Euro, wobei die Durchschnittsausgaben bei den Frauen mit 196,21 Euro um 10,7 Prozent über den Durchschnittsausgaben der Männer (177,32 Euro) gelegen haben.

Durchschnittsausgaben je Versicherten: 186,90 €

Tabelle 2.3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen insgesamt im Jahr 2015 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2016)

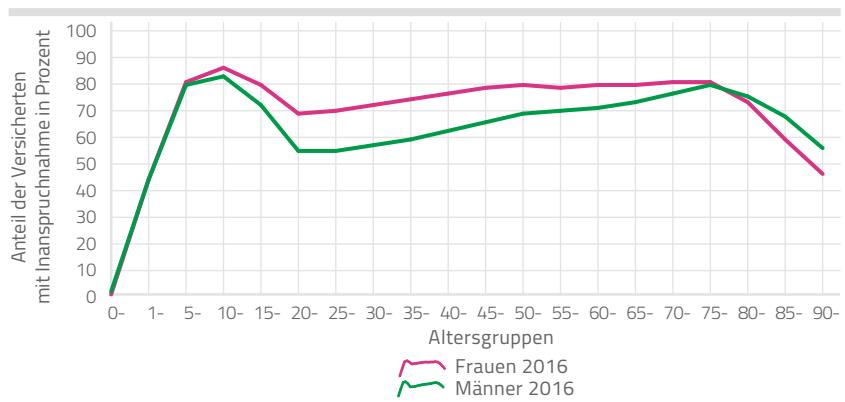
	Gesamt	Männer	Frauen
Inanspruchnahmerate in Prozent	71,5	67,6	75,4
Ausgaben in Euro je Versicherten	186,90	177,32	196,21

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Die Abbildung 2.1 zeigt die Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Männern und Frauen differenziert nach Fünf-Jahres-Altersgruppen. Für beide Geschlechter findet sich gleichermaßen ein erster Gipfel in der Altersgruppe der Zehn- bis unter 15-Jährigen, der dann bei den männlichen Jugendlichen beziehungsweise Männern bis zum Lebensalter von unter 25 Jahren sehr viel deutlicher abnimmt als bei den Frauen.

Der resultierende Unterschied zwischen Männern und Frauen bleibt zunächst praktisch unverändert erhalten. Erst ab dem Lebensalter von 50 und mehr Jahren nähert sich die Inanspruchnahme der Männer wieder der Inanspruchnahme der Frauen an, bevor sich dann das Verhältnis umkehrt: Ab einem Lebensalter von 80 Jahren liegt die Inanspruchnahme bei den Männern etwas höher als bei den Frauen.

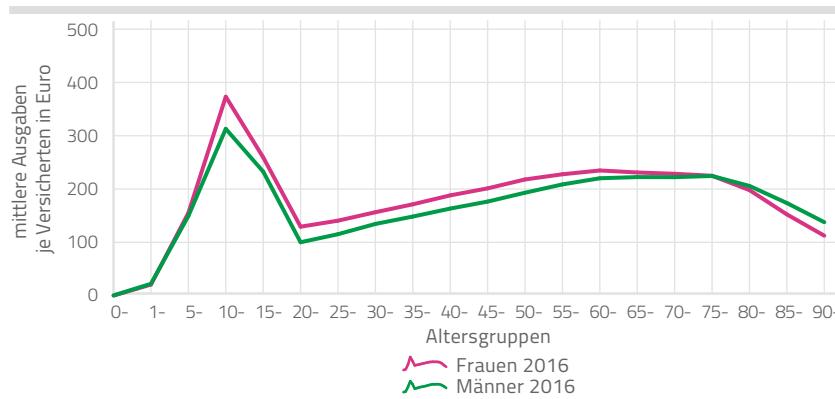
Abbildung 2.1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

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

Abbildung 2.2: Mittlere Ausgaben je Versicherten für vertragszahnärztliche Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016 (ohne Eigenanteile)



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Im Ländervergleich in der Tabelle 2.4 zeigt sich bei der um Alters- und Geschlechtseffekte bereinigten Inanspruchnahmerate eine Spanne von 65,5 Prozent (Saarland) bis 77,2 Prozent (Thüringen, Sachsen) und bei den mittleren Ausgaben pro Versicherten von 168,04 Euro (Saarland) bis 200,97 Euro (Berlin).

Tabelle 2.4: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben je Versicherten nach Bundesländern* im Jahr 2016 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2016)**

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	mittlere Ausgaben je Versicherten in Euro
Hamburg	68,5 (-3)	194,78 (7,88)
Niedersachsen	69,8 (-1,7)	186,93 (0,03)
Bremen	67,0 (-4,5)	179,72 (-7,18)
Nordrhein-Westfalen	69,5 (-2,1)	183,88 (-3,01)
Hessen	69,3 (-2,2)	175,51 (-11,38)
Rheinland-Pfalz	68,4 (-3,2)	173,73 (-13,17)
Baden-Württemberg	72,2 (0,7)	179,45 (-7,45)
Bayern	73,7 (2,2)	199,85 (12,95)
Saarland	65,5 (-6,1)	168,04 (-18,85)
Berlin	70,6 (-0,9)	200,97 (14,07)
Brandenburg	75,7 (4,2)	192,00 (5,1)
Mecklenburg-Vorpommern	75,5 (3,9)	196,90 (10,01)
Sachsen	77,2 (5,7)	187,71 (0,81)
Sachsen-Anhalt	76,0 (4,5)	195,30 (8,41)
Thüringen	77,2 (5,7)	187,87 (0,97)
Bundesdurchschnitt*	71,5	186,90

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Wie in den Vorjahren fällt der deutliche Unterschied in der Inanspruchnahme zwischen den neuen und alten Bundesländern auf: Über alle fünf Versorgungsbereiche hinweg betrachtet, liegen die Inanspruchnahmeraten in den neuen Bundesländern durchgängig deutlich höher als in den alten Bundesländern, wobei Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg mit 75,5 Prozent beziehungsweise 75,7 Prozent unter den neuen Bundesländern noch die niedrigsten Werte aufweisen. In den alten Bundesländern liegen die Inanspruchnahmeraten überwiegend unterhalb der 70-Prozent-Marke. Spitzenreiter sind die beiden südlichen Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern, wobei in Bayern mit 73,7 Prozent die höchste Inanspruchnahmerate erreicht wird.

Im Mittel wird in den neuen Bundesländern bei etwas höheren Pro-Kopf-Ausgaben eine Inanspruchnahmerate von 76,3 Prozent erreicht, in den alten Bundesländern dagegen eine Inanspruchnahmerate von 70,4 Prozent (Tabelle 2.5).

regionale Schwankungen
bei der Inanspruchnahme

großer Ost-West-
Unterschied bei der
Inanspruchnahme

Tabelle 2.5: Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben in den alten und neuen Bundesländern* – mit den Versichertenzahlen der BARMER gewichtete Mittelwerte im Jahr 2016 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2016)

Kenngröße	Inanspruchnahmerate in Prozent	mittlere Ausgaben je Versicherten in Euro
alte Bundesländer*	70,4	185,71
neue Bundesländer	76,3	192,01
Bundesdurchschnitt*	71,5	186,90

* ohne Schleswig-Holstein

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

2.3 Inanspruchnahmen und Ausgaben nach Versorgungsbereichen im Überblick

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

und Zahnröntgen“ (BEMA-Teil 5). Geschichtet wird des Weiteren jeweils getrennt nach Männern und Frauen.

Zu beachten ist, dass die ausgewiesenen Eurobeträge zeilenweise aufsummiert werden können. Die Summe ergibt die in der Tabelle 2.3 berichteten Werte. Die Prozentwerte können dagegen nicht in dieser Weise aufsummiert werden, da es sich im Gegensatz zu den Ausgaben nicht um inhaltlich voneinander unabhängig erhobene Kenngrößen handelt. Ein Versicherter wird in jedem BEMA-Kapitel gezählt, in dem Leistungen in Anspruch genommen wurden. Daher würde eine Addition zu Mehrfachzählungen führen.

Die zwischen den Versorgungsbereichen beziehungsweise den BEMA-Teilen divergierenden Inanspruchnahmeraten machen deutlich, welche Bedeutung im vertragszahnärztlichen Leistungsgeschehen dem Versorgungsbereich „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (Spalte BEMA-Teil 1 in Tabelle 2.6) zukommt: Die Inanspruchnahmerate beträgt – bei den oben bereits angesprochenen Unterschieden zwischen Frauen und Männern – hier 70,7 Prozent gegenüber 3,4 Prozent bei „Kieferbruch und Aufbissbehelfen“ (BEMA-Teil 2), 4,5 Prozent bei „Kieferorthopädischer Behandlung“ (BEMA-Teil 3), 1,5 Prozent bei der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (BEMA-Teil 4) und zehn Prozent bei „Zahnersatz und Zahnröntgen“ (Spalte BEMA-Teil 5).

Vergleicht man die mittleren Pro-Kopf-Ausgaben für Leistungen des BEMA-Teils 1 („Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen einschließlich Prophylaxe“) mit denen für „Zahnersatz und Zahnröntgen“ (BEMA-Teil 5), ist der Unterschied weniger stark ausgeprägt: Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von 113,13 Euro für „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ stehen Pro-Kopf-Ausgaben für „Zahnersatz und Zahnröntgen“ in Höhe von 43,38 Euro gegenüber. Zu beachten ist auch hier, dass die für den Bereich „Zahnersatz und Zahnröntgen“ ausgewiesenen Werte nicht nur die über die KZVen abgerechneten Leistungsfälle enthalten, sondern auch die direkt zwischen der Krankenkasse und dem Versicherten abgerechneten Leistungsfälle (Direktabrechnungsfälle).

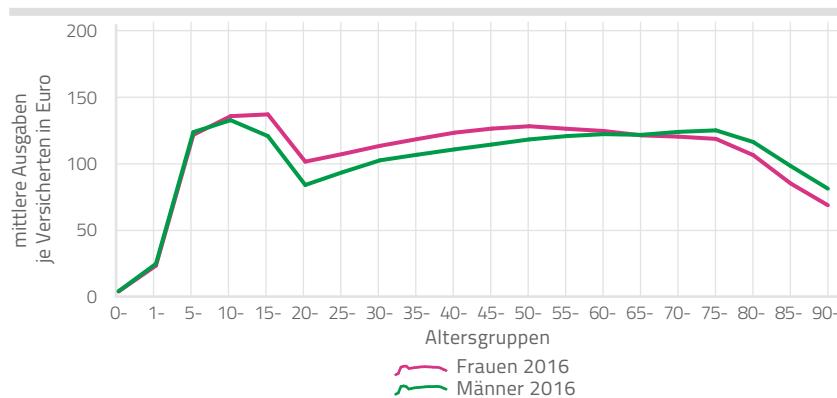
Tabelle 2.6: Inanspruchnahme und mittlere Ausgaben differenziert nach BEMA-Teilen im Jahr 2016 (stand.D2016)

Leistungsbereich	BEMA-Teil 1	BEMA-Teil 2	BEMA-Teil 3	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 5
Inanspruchnahmerate in Prozent					
Durchschnitt	70,7	3,4	4,5	1,5	10,0
Männer	66,8	2,3	4,1	1,4	9,3
Frauen	74,6	4,4	4,8	1,5	10,7
Ausgaben in Euro je Versicherten (ohne Eigenanteile)					
Durchschnitt	113,13	7,31	16,28	6,80	43,38
Männer	110,08	5,03	15,40	6,73	40,08
Frauen	116,10	9,53	17,13	6,88	46,58

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

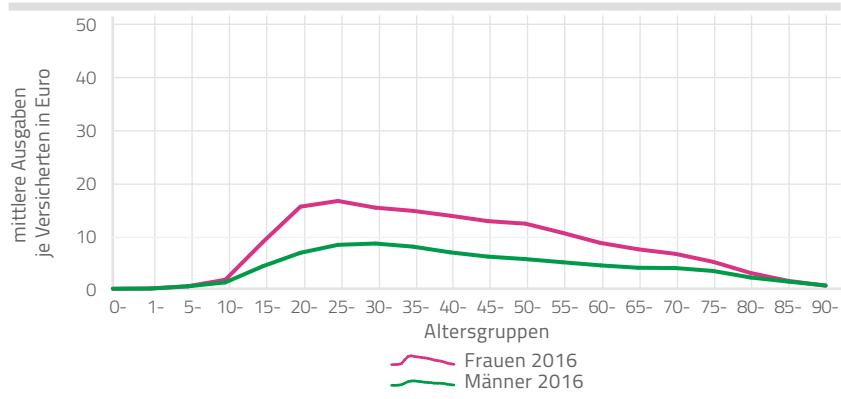
Die Abbildungen 2.3 bis 2.7 zeigen die Altersverläufe für die über die BEMA-Teile 1 bis 5 abgebildeten vertragszahnärztlichen Versorgungsbereiche jeweils für Männer und Frauen. In der Gesamtbetrachtung aller drei Abbildungen wird deutlich, dass die mittleren Gesamtausgaben je Versicherten (vergleiche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

Abbildung 2.3: Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (BEMA-Teil 1) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



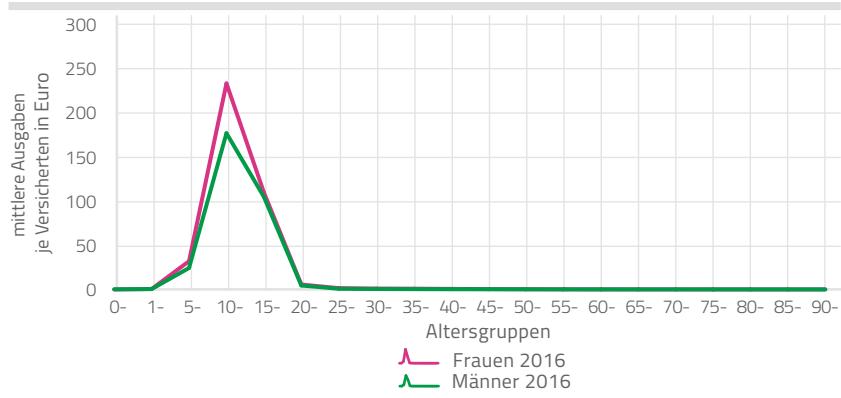
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 2.4: Mittlere Ausgaben je Versicherten für die „Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)“ (BEMA-Teil 2) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



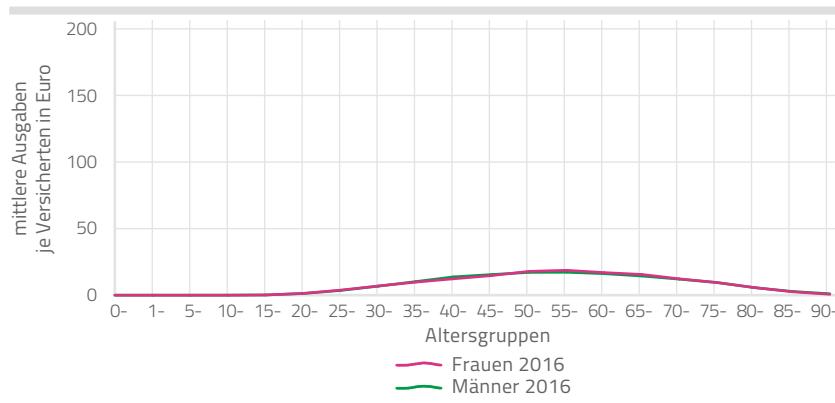
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 2.5: Mittlere Ausgaben je Versicherten für die „Kieferorthopädische Behandlung“ (BEMA-Teil 3) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



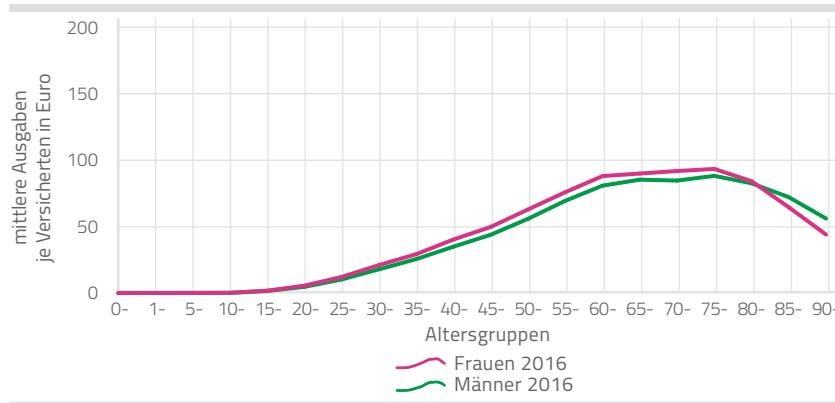
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 2.6: Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (BEMA-Teil 4) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 2.7: Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Zahnersatz und Zahnekronen“ (BEMA-Teil 5) nach Alter und Geschlecht (ohne Eigenanteile) im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

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

Tabelle 2.7: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen nach Bundesländern* im Jahr 2016 in Prozent – getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2016)**

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

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

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

Die Tabelle 2.8 zeigt im Vergleich der Bundesländer die Ausgaben je Versicherten für die fünf Versorgungsbereiche beziehungsweise die BEMA-Teile 1 bis 5. Für den zuletzt genannten Bereich wiederum der Hinweis, dass Festzuschüsse, die den Versicherten direkt erstattet worden sind, enthalten sind.

Die in relativer Betrachtung größte Spanne in den Ausgaben je Versicherten besteht – wie bereits bei der Inanspruchnahme und damit erwartungsgemäß – im Bereich der Behandlung von „Verletzungen des Gesichtsschädels und Kiefergelenkerkrankungen“ (Spalte BEMA-Teil 2) mit dem höchsten Wert in Hamburg (10,54 Euro) und dem niedrigsten Wert in Thüringen (3,47 Euro). Im Bereich „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (Spalte BEMA-Teil 1) liegt die Spanne zwischen 130,28 Euro in Bayern und 101,16 Euro im Saarland.

Tabelle 2.8: Mittlere Ausgaben je Versicherten für vertragszahnärztliche Leistungen nach Bundesländern* im Jahr 2016 – getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2016)**

Bundesland	mittlere Ausgaben je Versicherten in Euro				
	BEMA-Teil 1	BEMA-Teil 2	BEMA-Teil 3	BEMA-Teil 4	BEMA-Teil 5
Hamburg	108,66 (-4,47)	10,54 (3,23)	16,56 (0,29)	7,21 (0,41)	51,80 (8,42)
Niedersachsen	112,64 (-0,49)	8,39 (1,07)	13,47 (-2,8)	7,40 (0,6)	45,03 (1,66)
Bremen	105,04 (-8,09)	7,17 (-0,14)	13,60 (-2,68)	5,25 (-1,55)	48,65 (5,27)
Nordrhein-Westfalen	106,57 (-6,56)	7,28 (-0,04)	16,19 (-0,09)	8,09 (1,29)	45,76 (2,38)
Hessen	105,04 (-8,09)	7,79 (0,48)	15,42 (-0,85)	6,40 (-0,4)	40,85 (-2,52)
Rheinland-Pfalz	105,31 (-7,82)	6,91 (-0,4)	15,74 (-0,54)	6,36 (-0,44)	39,42 (-3,96)
Baden-Württemberg	109,17 (-3,96)	7,89 (0,58)	18,38 (2,1)	6,15 (-0,65)	37,86 (-5,52)
Bayern	130,28 (17,15)	7,27 (-0,04)	19,67 (3,4)	7,01 (0,21)	35,61 (-7,77)
Saarland	101,16 (-11,97)	6,52 (-0,79)	15,27 (-1,01)	3,97 (-2,84)	41,12 (-2,25)
Berlin	112,38 (-0,76)	10,41 (3,1)	17,62 (1,34)	6,00 (-0,8)	54,56 (11,19)
Brandenburg	114,39 (1,26)	6,24 (-1,07)	16,65 (0,38)	6,66 (-0,14)	48,05 (4,68)
Mecklenburg-Vorpommern	125,98 (12,85)	6,24 (-1,07)	13,82 (-2,45)	5,59 (-1,21)	45,27 (1,89)
Sachsen	120,66 (7,53)	3,87 (-3,44)	13,29 (-2,98)	5,22 (-1,58)	44,66 (1,29)
Sachsen-Anhalt	124,95 (11,82)	5,33 (-1,98)	12,46 (-3,82)	6,73 (-0,07)	45,83 (2,46)
Thüringen	121,13 (8)	3,47 (-3,84)	15,77 (-0,51)	4,10 (-2,71)	43,41 (0,03)
Bundesdurchschnitt*	113,13	7,31	16,28	6,80	43,38

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

3 Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (inklusive Prophylaxe)

3.1 Datengrundlage und Kenngrößen

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

Tabelle 3.1: Übersicht der in Kapitel 3 ausgewiesenen Kenngrößen

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

Basierend auf den vorliegenden Abrechnungsdaten werden Kenngrößen zur Inanspruchnahme und den damit in Verbindung stehenden Leistungsausgaben gebildet. Ausgewiesen werden in diesem Zusammenhang neben dem Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme (Inanspruchnahmerate) auch die mittlere Anzahl von Behandlungsfällen und die mittlere Anzahl von Zahnarztkontakten pro Versicherten nach Leistungsbereichen. Hierzu werden die insgesamt 85 Gebührenziffern des BEMA-Teils 1 nach prophylaktischen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen unterschieden.

Weiterhin werden die im Zusammenhang mit den „Konservierenden, chirurgischen und Röntgen- sowie Prophylaxe-Leistungen“ stehenden Ausgaben je untersuchten

beziehungsweise behandelten Versicherten ausgewiesen. Basierend auf der Anzahl der abgerechneten Einzelleistungen werden Punktsummen sowie Art und Umfang der in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen differenziert nach neun inhaltlich voneinander unterscheidbaren Leistungsgruppen betrachtet. Die Zuordnung der einzelnen Gebührenziffern zu den neun Leistungsgruppen und den übergeordneten drei Leistungsbereichen sind der Tabelle A4 im Anhang zu entnehmen. Bei den ausgewiesenen Kenngrößen des vorliegenden Kapitels handelt es sich erneut durchgängig um alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse. Für die Ausgabenkenntnisse ist auf die durchgeführte Preisbereinigung hinzuweisen.

3.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

Die Inanspruchnahmerate für „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen“ (BEMA-Teil 1) lag im Jahr 2016 bei 70,7 Prozent (siehe dazu auch oben, Kapitel 2.3). Zwischen den drei Leistungsbereichen Prophylaxe, Diagnostik und Behandlung zeigen sich Unterschiede in den Inanspruchnahmeraten: Die Prophylaxe-Leistungen wurden von 51,8 Prozent aller Versicherten in Anspruch genommen, die diagnostischen und Beratungsleistungen von 70 Prozent und die therapeutischen Leistungen von 47,5 Prozent (Tabelle 3.2). Es fällt auf, dass die Inanspruchnahmeraten in allen drei Leistungsbereichen bei den Frauen deutlich höher liegen als bei den Männern.

Inanspruchnahmeraten:
Prophylaxe: 51,8 %
Beratung: 70 %
Therapeutische
Leistungen: 47,5 %

höhere Inanspruchnahme
bei Frauen

Für die Anzahl der Behandlungsfälle und der Zahnarztkontakte pro Versicherten zeigen die Verteilungen ein sehr ähnliches Bild. Es ergeben sich 0,57 Behandlungsfälle und 0,58 Kontakte pro Versicherten mit prophylaktischer Zielsetzung und 1,30 Behandlungsfälle und 1,66 Zahnarztkontakte pro Versicherten mit diagnostischem beziehungsweise beratendem Schwerpunkt. Für therapeutische Leistungen ergeben sich 0,78 Behandlungsfälle mit durchschnittlich 1,28 Kontakten pro Versicherten. Durchgängig ergeben sich auch bei diesen Kenngrößen höhere Werte für Frauen als für Männer.

Tabelle 3.2: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in den drei Leistungsbereichen der „Konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016 (stand.D2016)

	Prophylaxe- leistungen	diagnostische und Beratungsleistungen	therapeutische Leistungen
Inanspruchnahmerate in Prozent			
Durchschnitt	51,8	70,0	47,5
Männer	49,2	66,1	44,9
Frauen	54,3	73,9	50,1
Behandlungsfälle je Versicherten			
Durchschnitt	0,57	1,30	0,78
Männer	0,55	1,21	0,73
Frauen	0,60	1,40	0,83
Zahnarztkontakte je Versicherten			
Durchschnitt	0,58	1,66	1,28
Männer	0,56	1,53	1,21
Frauen	0,61	1,78	1,36
Ausgaben in Euro je behandelten Versicherten			
Durchschnitt	26,97	46,73	133,99
Männer	27,33	46,07	140,70
Frauen	26,50	47,38	127,47

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

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

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

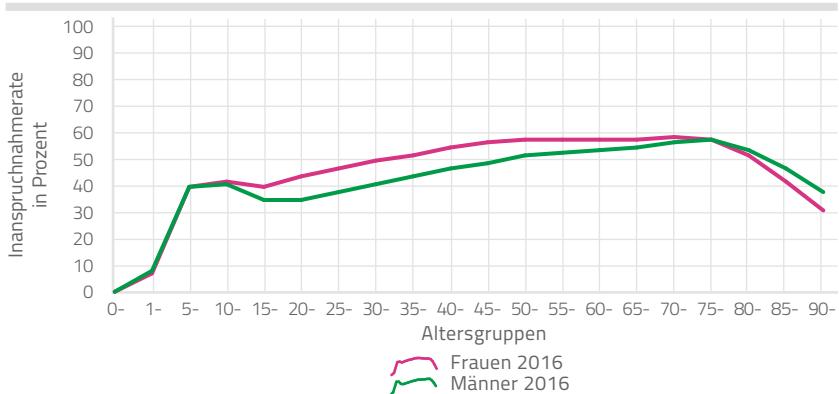
Entsprechend den Ausweisungen in der unteren Hälfte von Tabelle 3.2 waren mit der Inanspruchnahme von Prophylaxe-Leistungen durchschnittlich 26,97 Euro je behandelten Versicherten verbunden, bei den diagnostischen und Beratungsleistungen waren es 46,73 Euro und bei den therapeutischen Leistungen 133,99 Euro.

Ein interessantes Bild zeigt sich hier bei einem Vergleich der durchschnittlichen Ausgaben je behandelten Versicherten zwischen Männern und Frauen. Während sich die Ausgaben für die diagnostischen und Beratungsleistungen sowie für Prophylaxe-Leistungen nur um jeweils drei Prozent unterscheiden (46,07 Euro und 47,38 Euro bei Prophylaxe-Leistungen sowie 27,33 Euro und 26,50 Euro bei diagnostischen und Beratungsleistungen), differieren die Ausgaben für therapeutische Leistungen um rund zehn Prozent (140,70 Euro bis 127,47 Euro). Auffällig dabei ist, dass die Ausgaben für Frauen in den beiden Leistungsbereichen der Prophylaxe und der therapeutischen Leistungen geringer ausfallen als die der Männer, die Ausgaben im Bereich der diagnostischen und Beratungsleistungen hingegen bei den Frauen leicht erhöht sind. Möglicherweise nehmen Männer – bedingt durch die insgesamt geringere Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen in allen drei Leistungsbereichen – aus zahnmedizinischer Sicht erforderliche Leistungen erst zu einem späteren Zeitpunkt im Krankheitsverlauf in Anspruch, was dann mit höheren Kosten verbunden ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die diagnostischen und Beratungsleistungen am häufigsten in Anspruch genommen werden. Die therapeutischen Leistungen werden zwar von einer geringen Anzahl von Versicherten in Anspruch genommen, sind jedoch im Durchschnitt mit deutlich höheren Ausgaben je behandelten Versicherten verbunden.

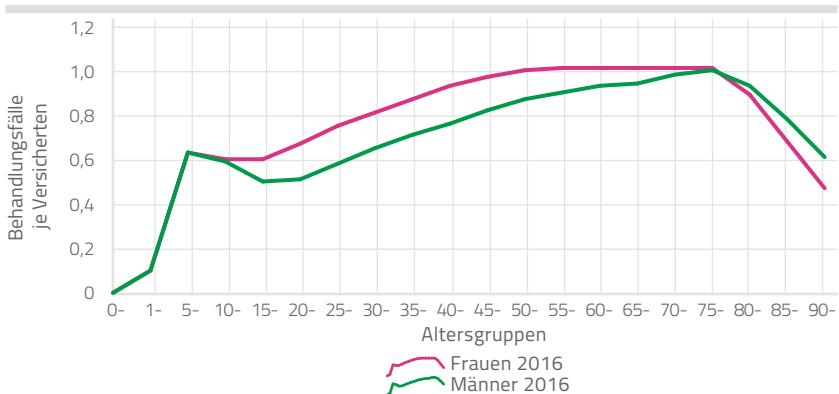
In den Abbildungen 3.1 bis 3.4 sind für den Leistungsbereich der therapeutischen Leistungen die Altersverläufe für die vier in Tabelle 3.1 ausgewiesenen Kenngrößen dargestellt. Die analogen Abbildungen für die Prophylaxe-Leistungen und für die diagnostischen und Beratungsleistungen finden sich im Anhang (Abbildung A4 bis Abbildung A11).

Abbildung 3.1: Inanspruchnahmerate im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



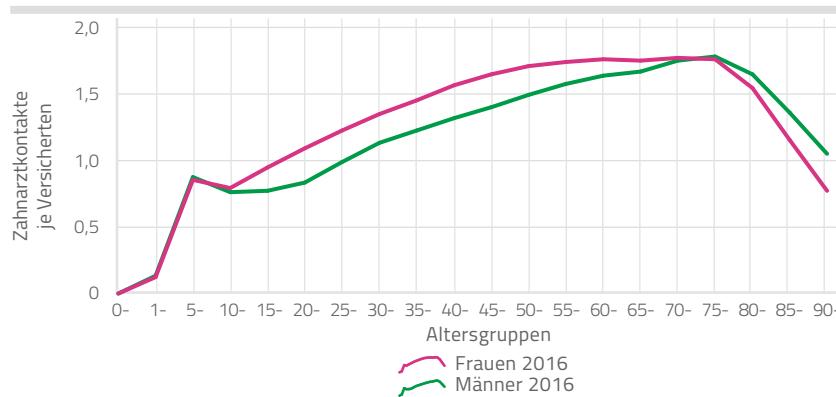
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 3.2: Behandlungsfälle je Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



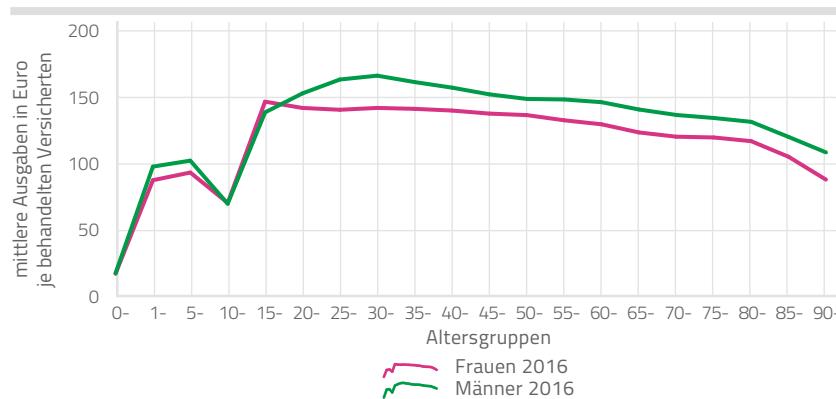
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 3.3: Zahnarztkontakte je Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 3.4: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

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

Tabelle 3.3: Inanspruchnahmerate, Anzahl der Behandlungsfälle je Versicherten, Anzahl Zahnarztkontakte je Versicherten und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für konservierende und chirurgische therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Ländern* (stand.D2016)**

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittlere Ausgaben je behand. Versicherten in Euro
Hamburg	47,9 (0,3)	0,80 (0,02)	1,29 (0,01)	127,35 (-6,64)
Niedersachsen	47,9 (0,4)	0,79 (0,01)	1,30 (0,02)	136,86 (2,87)
Bremen	45,5 (-2)	0,76 (-0,03)	1,23 (-0,05)	131,21 (-2,78)
Nordrhein-Westfalen	44,9 (-2,6)	0,74 (-0,05)	1,21 (-0,08)	131,84 (-2,15)
Hessen	43,5 (-4)	0,70 (-0,08)	1,17 (-0,12)	133,73 (-0,26)
Rheinland-Pfalz	44,3 (-3,2)	0,71 (-0,08)	1,18 (-0,11)	134,40 (0,41)
Baden-Württemberg	42,2 (-5,4)	0,67 (-0,12)	1,08 (-0,21)	138,03 (4,04)
Bayern	52,8 (5,3)	0,87 (0,09)	1,41 (0,13)	142,50 (8,51)
Saarland	48,0 (0,5)	0,77 (-0,01)	1,26 (-0,02)	122,18 (-11,81)
Berlin	47,7 (0,2)	0,81 (0,02)	1,33 (0,05)	134,22 (0,23)
Brandenburg	50,9 (3,3)	0,87 (0,08)	1,39 (0,1)	124,35 (-9,65)
Mecklenburg-Vorpommern	55,5 (8)	0,97 (0,18)	1,60 (0,31)	132,98 (-1,01)
Sachsen	51,6 (4,1)	0,87 (0,09)	1,42 (0,14)	128,43 (-5,56)
Sachsen-Anhalt	54,3 (6,7)	0,93 (0,15)	1,57 (0,28)	133,88 (-0,11)
Thüringen	52,1 (4,6)	0,89 (0,1)	1,47 (0,18)	129,35 (-4,64)
Bundesdurchschnitt*	47,5	0,78	1,28	133,99

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Insbesondere fällt auf, dass die Inanspruchnahmerate in den neuen Bundesländern zum Teil deutlich über der in den alten Bundesländern liegt. Während in den alten Bundesländern (mit Ausnahme von Bayern) im Jahr 2016 bei weniger als der Hälfte der Versicherten therapeutische Leistungen nach BEMA-Teil 1 abgerechnet wurden – in Baden-Württemberg mit 42,2 Prozent sogar nur bei etwas mehr als zwei Fünfteln der Versicherten –, weisen beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern mehr als 55 Prozent der Versicherten abgerechnete therapeutische Leistungen auf.

Ein ähnliches Bild zeigt sich folgerichtig bei der Betrachtung der mittleren Fallhäufigkeit: Während in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Hessen durchschnittlich weniger als 0,75 Behandlungsfälle pro Versicherten zu verzeichnen sind, weisen die Bundesländer mit hoher Inanspruchnahme mittlere Fallzahlen von rund 0,9 Fällen pro Versicherten auf. Die Anzahl der durchschnittlichen Zahnarztkontakte pro Versicherten variiert zwischen 1,08 und 1,60 Kontakten je Versicherten. Jeder Behandlungsfall bringt demzufolge durchschnittlich 1,6 Kontakte mit sich. Die im therapeutischen Leistungsbereich entstehenden Ausgaben liegen preisbereinigt zwischen 122,18 Euro je behandelten Versicherten im Saarland und 142,50 Euro je behandelten Versicherten in Bayern. Im länderübergreifenden Durchschnitt ergeben sich pro behandelten Versicherten Ausgaben in Höhe von 133,99 Euro. Die Ausgaben in den alten Bundesländern schwanken zwischen 122,18 Euro im Saarland und 142,50 Euro in Bayern. In den neuen Bundesländern ergibt sich eine Schwankungsbreite von 124,35 Euro je behandelten Versicherten in Brandenburg und 133,88 Euro in Sachsen-Anhalt. Für die behandelten Versicherten in Berlin ergeben sich 134,22 Euro.

Ø Ausgaben in Höhe von 133,99 € im therapeutischen Leistungsbereich

Im Anhang finden sich entsprechende Tabellen für die beiden Leistungsbereiche der Prophylaxe-Leistungen (Anhang Tabelle A5) und der diagnostischen und Beratungsleistungen (Anhang Tabelle A6). Für beide Leistungsbereiche zeigen sich wiederum erhebliche Variationen zwischen den Bundesländern.

Bei einer für Deutschland insgesamt berechneten mittleren Inanspruchnahmerate prophylaktischer Leistungen von 51,8 Prozent zeigen sich regionale Unterschiede von 44,1 Prozent in Bremen bis 60,4 Prozent in Thüringen. Die durchschnittliche Anzahl

der Behandlungsfälle je behandelten Versicherten variiert zwischen 0,48 und 0,67. Die mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte je behandelten Versicherten variiert zwischen 0,49 und 0,68. Die mittleren Ausgaben je behandelten Versicherten reichen von 26,17 Euro in Hamburg bis zu 27,49 Euro in Brandenburg.

Im Leistungsbereich der diagnostischen und Beratungsleistungen zeigen sich dem Betrag nach vergleichbare Schwankungsbreiten bei der Leistungsinanspruchnahme und bei den abgerechneten Ausgaben. So variiert die Inanspruchnahmerate zwischen 63,9 Prozent im Saarland und 76 Prozent in Sachsen. Die damit in Verbindung stehenden Ausgaben fallen mit 42,97 Euro je behandelten Versicherten im Saarland und 50,26 Euro in Bayern leicht höher aus. Je behandelten Versicherten ergeben sich zwischen 1,11 und 1,44 Behandlungsfälle und 1,42 bis 1,83 Zahnarztkontakte.

3.3 Leistungen im Überblick

Die Tabelle 3.4 zeigt die Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des BEMA-Teils 1. Auf die Untergruppe der klinischen Untersuchungen und Beratungen entfällt mit 30,1 Prozent der größte Anteil aller Leistungen, gefolgt von Kavitätenpräparationen und Füllungen mit 16,1 Prozent. An dritter Stelle folgen die Prophylaxe-Leistungen mit 12,8 Prozent. Der niedrigste Wert wird mit 2,6 Prozent aller Leistungen des BEMA-Teils 1 bei Zahnektaktionen und Wurzelspitzenresektionen erreicht. Entsprechend den Leistungsbewertungen des BEMA bilden die Kavitätenpräparationen und Füllungen 29,9 Prozent der gesamten Punktsumme ab, gefolgt von den klinischen Untersuchungen und Beratungen mit 23,6 Prozent.

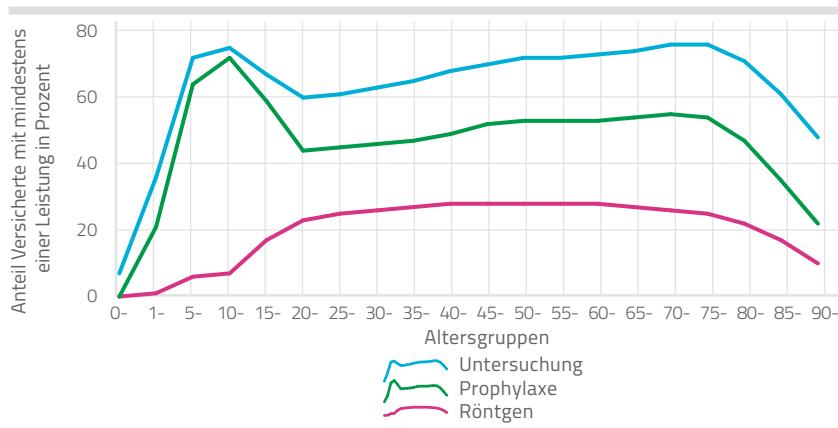
Tabelle 3.4: Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des BEMA-Teils 1 nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2016

	Leistungsgruppen	Häufigkeit	Prozent	Punktsumme	Prozent
Diagnostik	Prophylaxeleistungen	7.142.775	12,8	115.675.391	12,6
	klinische Untersuchungen und Beratungen	16.754.510	30,1	216.378.065	23,6
	Röntgenleistungen	3.103.512	5,6	57.690.533	6,3
Therapie	Kavitätenpräparation und Füllungen	8.955.119	16,1	274.259.022	29,9
	Pulpa- und Wurzelkanalbehandlungen	4.405.984	7,9	69.315.046	7,6
	Zahnextraktionen und Wurzelspitzenresektionen	1.443.339	2,6	49.787.821	5,4
	Chirurgische Eingriffe	2.409.552	4,3	34.015.593	3,7
	minimale Interventionen	5.766.638	10,3	47.715.260	5,2
	Anästhesieleistungen	5.752.387	10,3	53.221.316	5,8
	Gesamt	55.733.816	100,0	918.058.047	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

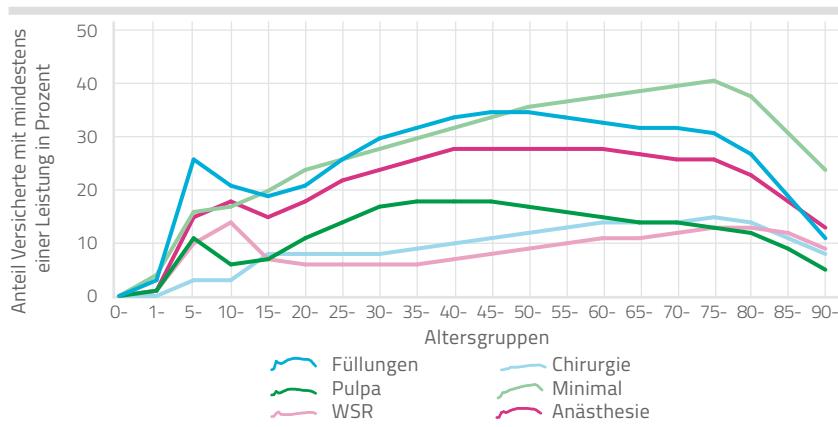
Die Abbildungen 3.5 und 3.6 zeigen die Inanspruchnahmeraten nach Altersgruppen für die in der Tabelle 3.4 unterschiedenen Untergruppen. Die Abbildung 3.5 zeigt die Raten für die Prophylaxe-Leistungen und für den Leistungsbereich Diagnostik (für die Untergruppen der klinischen Untersuchungen inklusive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

Abbildung 3.5: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen der Leistungsbereiche Prophylaxe und diagnostische Leistungen nach Alter im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 3.6: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen des Leistungsbereichs der therapeutischen Leistungen nach Alter im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

3.4 Entwicklung über die Zeit

Im Anschluss an die längsschnittlichen Betrachtungen des BEMA-Teils 1 für die Jahre 2010 bis 2016 werden im weiteren Verlauf des aktuellen Kapitels die – auch bereits in den Vorjahren – durchgeführten vertiefenden Betrachtungen für ausgewählte Einzelleistungen beziehungsweise Teilleistungsbereiche für die nunmehr vorliegenden Abrechnungsjahre 2010 bis 2016 dargestellt.

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

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

- Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder vom 30. bis 72. Lebensmonat,
- Individualprophylaxe bei Sechs- bis unter 18-Jährigen sowie
- Zahnsteinentfernungen.

Weitere betrachtete Leistungsbereiche sind:

- Füllungen (Kapitel 3.4.2),
- Zahneraktionen (Kapitel 3.4.3),
- Ausgewählte Röntgenleistungen (Kapitel 3.4.4) und
- Wurzelbehandlungen (Kapitel 3.4.5).

Tabelle 3.5: Inanspruchnahmerate für vertragszahnärztliche Leistungen des BEMA-Teils 1 in den Jahren 2010 bis 2016 nach Bundesländern* (stand.D2011)**

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

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

3.4.1 Prophylaxe

Früherkennungsuntersuchungen (30. bis 72. Lebensmonat)

Die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU) wendet sich an Kinder zwischen dem 30. und 72. Lebensmonat. Ziel ist die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Gleichzeitig soll ein Bewusstsein für Zahnpflege und zahngesunde Ernährung bei Eltern und Kindern gefördert werden. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) trägt die Kosten für maximal drei Früherkennungsuntersuchungen im Abstand von mindestens zwölf Monaten.

In der zahnmedizinischen Literatur wird wegen der hohen Bedeutung eines intakten Milchzahngebisses eine frühzeitige, gründliche Dentalprophylaxe gefordert. Die im BEMA beschriebene zahnärztliche Frühuntersuchung (FU) ist nach der Leistungslegende jedoch erst bei Kindern ab zweieinhalb Jahren abrechenbar. Es fehlt daher in der vertragszahnärztlichen Versorgung eine noch früher einsetzende fachärztliche Prävention für die „Early Childhood Caries“, die schon in den ersten drei Lebensjahren entsteht.

Die Lücke für die unter zweieinhalbjährigen Kinder hat die BARMER in den letzten Jahren durch Verträge zur dentalen Frühprävention mit allen KZVen bundesweit geschlossen. Durch die Verträge können schon Kleinkinder im Alter vom sechsten bis zum 30. Lebensmonat zwei zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen; die Kosten hierfür werden von den Zahnärzten über die KZVen abgerechnet. Für Kinder, bei denen im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen eine sogenannte Initialkaries (Kariesvorstufe) festgestellt wird, können zusätzlich lokale therapeutische Fluoridierungsmaßnahmen erbracht und abgerechnet werden.

Die Inanspruchnahmerate der Früherkennungsuntersuchung (FU) ist insgesamt und nach Bundesländern im Zeitraum von 2010 bis 2016 in der Tabelle 3.6 dargestellt. Im Jahr 2010 lag die Inanspruchnahmerate bei 31,9 Prozent und ist in den Folgejahren zwar nur leicht, aber kontinuierlich bis zum Jahr 2016 auf 35,1 Prozent angestiegen. Konstant nehmen über die Zeit die Bundesländer Bayern und Sachsen die Spitzenplätze ein, gefolgt von Brandenburg, Thüringen und Baden-Württemberg.

Inanspruchnahmerate
Früherkennungsunter-
suchung 2016: 35,1%

**Tabelle 3.6: Früherkennungsuntersuchungen (30. bis 72. Lebensmonat):
Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016
(stand.D2011)****

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

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Individualprophylaxe (6- bis unter 18-Jährige)

Kinder im Alter zwischen 6 und 17 Jahren haben Anspruch auf Leistungen der zahnmedizinischen Individualprophylaxe (sogenannte IP-Leistungen). Im BEMA werden vier Vorsorge- und Therapieleistungen unterschieden:

- IP1: Erhebung des Mundhygienestatus
- IP2: Mundgesundheitsaufklärung
- IP4: Lokale Fluoridierung der Zähne
- IP5: Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren mit aushärtenden Kunststoffen

Leistungen nach IP1 und IP2 werden einmal pro Kalenderhalbjahr übernommen, IP4 bei hohem Kariesrisiko auch zweimal.

Tabelle 3.7: Inanspruchnahme von IP-Leistungen im Jahr 2016 in Prozent (stand.D2016)*

Land	IP	IP1	IP2	IP4	IP5
alte Bundesländer	65,3	61,6	60,8	61,8	22,8
neue Bundesländer	68,6	65,2	63,0	65,4	25,3
Bundesdurchschnitt	65,7	62,0	60,9	62,3	23,0

* auf die Population der 6- bis unter 18-jährigen Versicherten standardisiert

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Die Inanspruchnahme der IP bezieht sich auf alle 6- bis unter 18-Jährigen der Grundgesamtheit. In den Jahren 2010 bis 2016 lag sie relativ stabil zwischen 64,0 und 65,7 Prozent (Tabelle 3.8). Bezogen auf die einzelnen IP-Leistungen zeigt sich durchgängig eine höhere Inanspruchnahme in den neuen Bundesländern (Tabelle 3.7).

Inanspruchnahmerate
IP-Leistungen 2016:
65,7%

Im Vergleich der Bundesländer nimmt Thüringen hier die Spitzenposition ein, gefolgt von Sachsen und Bayern. Die niedrigsten Raten finden sich in Bremen (56,3 Prozent), im Saarland (58,2 Prozent) und in Hamburg (59,4 Prozent). Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass auch Schüler der Klassenstufen 1 bis 6 im Rahmen von Gruppenprophylaxe in Schulen vom Zahnarzt untersucht werden, was sich in den berichteten Daten nicht abbildet (Schäfer et al. 2013).

Tabelle 3.8: Individualprophylaxe (6- bis unter 18-Jährige): Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**

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

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Tabelle 3.9: Zahnsteinentfernung: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern*
in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**

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

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Zahnsteinentfernung

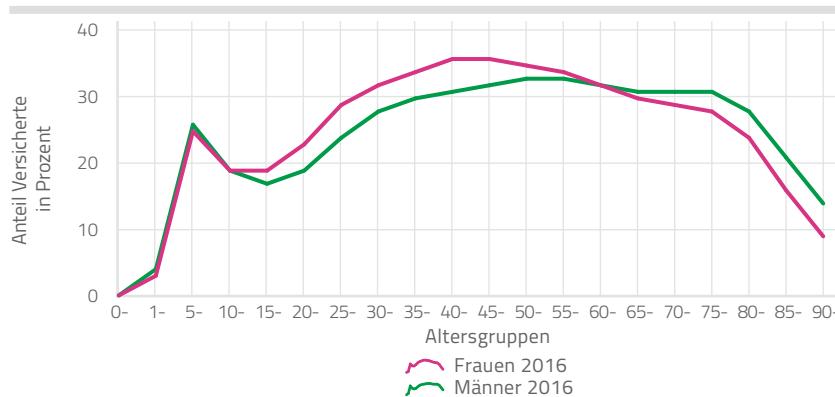
Die Inanspruchnahme der Zahnsteinentfernung zeigt einen ähnlichen Zeitverlauf wie er bereits für BEMA 1 insgesamt beschrieben worden ist (Tabelle 3.9). Die durchschnittliche Inanspruchnahme über alle Bundesländer zeigt sich relativ stabil, wobei nach einem Peak in den Jahren 2013 und 2014 wieder eine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

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

3.4.2 Füllungen

Die Kavitätenpräparationen und Füllungen bilden mit einem Anteil von 16,1 Prozent an allen Leistungen des BEMA-Teils 1 die zweitstärkste Leistungsuntergruppe und liegen mit 29,9 Prozent der Punktzahlgesamtsumme dieses BEMA-Teils hier auf Rang 1 (Tabelle 3.4).

Abbildung 3.7: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Füllung im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Da ein gefüllter Zahn im Vorfeld von Karies befallen war, ist der Anteil der Versicherten mit mindestens einer erhaltenen Füllung auch ein Indikator für das Auftreten von behandlungsbedürftiger Karies. Er lag im Jahr 2016 bei 27,8 Prozent.

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

Die Werte liegen hier konstant deutlich über 30 Prozent. Für die Jahre 2010 bis 2012 zeigen sich dabei leicht rückläufige Werte, für das Jahr 2013 wieder ein leichter Anstieg in der Inanspruchnahme, dem im Jahr 2014 wieder ein leichter Rückgang folgt. Der Anstieg im Jahr 2013 dürfte maßgeblich durch den Wegfall der Praxisgebühr bedingt sein. Der

erneute Rückgang bis zum Jahr 2016 folgt dann wieder dem Muster, das in den Jahren vor 2013 zu beobachten war.

3.4.3 Zahnxtraktionen

leichter Rückgang bei Zahnxtraktionen von 2010-2016

Bezogen auf alle Bundesländer lag der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnxtraktion im Jahr 2016 bei 8,7 Prozent, wobei sich über die Jahre 2010 bis 2016 eine leicht rückläufige Tendenz zeigt. Die Anteilsrte liegen in den neuen Bundesländern erneut durchgängig über den Werten der alten Bundesländer (Tabelle 3.11). Die Altersverläufe zwischen Männern und Frauen unterscheiden sich bei den Zahnxtraktionen nur geringfügig. Der erste Inanspruchnahmegipfel wird bei beiden Geschlechtern in der Gruppe der Zehn- bis unter 15-Jährigen erreicht (Abbildung 3.8). Danach fallen die Alterskurven relativ steil ab, bis ab einem Alter von 40 bis unter 45 Jahren wieder stärkere Zuwächse festzustellen sind. Ein zweiter Inanspruchnahmegipfel wird bei Männern wie Frauen in der Altersgruppe der 80- bis unter 85-Jährigen erreicht, danach fallen beide Kurven wieder deutlich ab. Bei den Männern wird im Unterschied zu den Frauen mit dem zweiten Inanspruchnahmegipfel der höhere Anteil erreicht.

Tabelle 3.10: Füllungen: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**

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

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Tabelle 3.11: Zahnextraktionen: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**

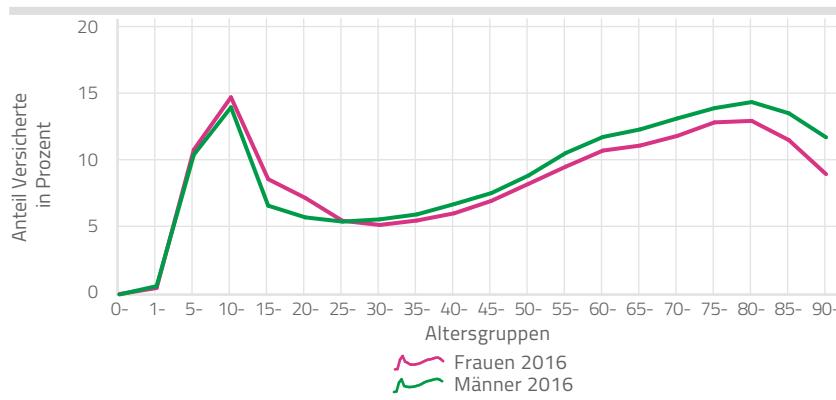
Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hamburg	8,5 (-1,0)	8,3 (-1,1)	8,1 (-1,0)	8,0 (-1,0)	8,1 (-0,9)	8,0 (-0,9)	7,8 (-0,9)
Niedersachsen	9,1 (-0,4)	9,1 (-0,3)	8,2 (-0,9)	8,5 (-0,5)	4,0 (-5,0)	8,6 (-0,3)	8,4 (-0,2)
Bremen	9,2 (-0,3)	9,2 (-0,2)	9,1 (0,0)	9,1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

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 3.8: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnextraktion im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht (stand.D2016)



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

3.4.4 Ausgewählte Röntgenleistungen

Eine Panoramenschichtaufnahme (auch Orthopantomogramm, OPT oder OPG) ist ein Verfahren der zahnärztlichen Röntgendiagnostik. Dabei werden in einer Rundumröntgenaufnahme des Ober- und des Unterkiefers alle Zähne, die angrenzenden Kieferbereiche, beide Kiefergelenke wie auch partiell die linke und die rechte Kieferhöhle abgebildet. Die Aufnahmeeinheit fährt dazu halbkreisförmig um den Kopf des Patienten herum. Da sie umfassende Informationen über das gesamte Kauorgan liefert, wird sie oft als eine Art Überblicksdiagnostik, beispielsweise vor einer größeren Therapie, eingesetzt.

Nach Ausweisungen der KZBV wurde die entsprechende Leistungsposition (Ä935d) im Jahr 2016 gut 7,4-mal je 100 Behandlungsfällen abgerechnet (KZBV 2017). Sie ist damit eine der am häufigsten abgerechneten Leistungspositionen in diesem Versorgungsbereich. Die bundesdurchschnittliche Inanspruchnahmerate lag im Jahr 2016 bei 9,3 Prozent (Tabelle 3.12). Die höchsten Inanspruchnahmeraten weisen die Bundesländer Bremen und Niedersachsen auf, die niedrigste Rate findet sich in Brandenburg.

Tabelle 3.12: Panorammaschichtaufnahme: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**

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

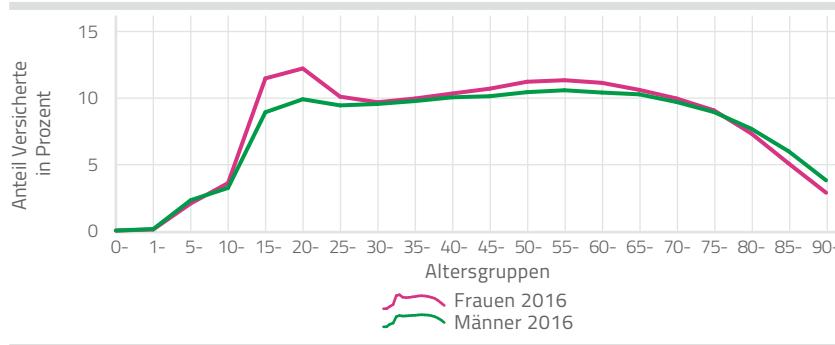
* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

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

Abbildung 3.9: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Röntgenpanorammaschichtaufnahme im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

3.4.5 Wurzelbehandlungen

Im Jahr 2016 wurde bei insgesamt 5,6 Prozent der Versicherten eine Wurzelbehandlung durchgeführt. Als Indikatoren für eine Wurzelbehandlung wurde die mindestens einmalige Abrechnung einer der folgenden BEMA-Gebührenziffern gewertet: 32, 35, 28, 31 und 34 (beziehungsweise WK, WF, VitE, Trep1 und Med). Über die Jahre 2010 bis 2016 zeigt sich alters- und geschlechtsstandardisiert eine leicht rückläufige Tendenz (Tabelle 3.13). Am häufigsten wurden Wurzelbehandlungen in Sachsen-Anhalt durchgeführt (Inanspruchnahmerate von 6,5 Prozent). Die niedrigsten Raten weisen Baden-Württemberg (5,0 Prozent) und Hessen (5,1 Prozent) auf.

leichter Rückgang bei Wurzelbehandlungen von 2010-2016

Der Altersverlauf in der Abbildung 3.10 weist bei beiden Geschlechtern einen ersten Gipfel im Lebensalter von fünf bis unter zehn Jahren auf und fällt dann zunächst steil ab.

Tabelle 3.13: Wurzelbehandlung: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* für die Jahre 2010 bis 2016 (stand.D2011)**

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

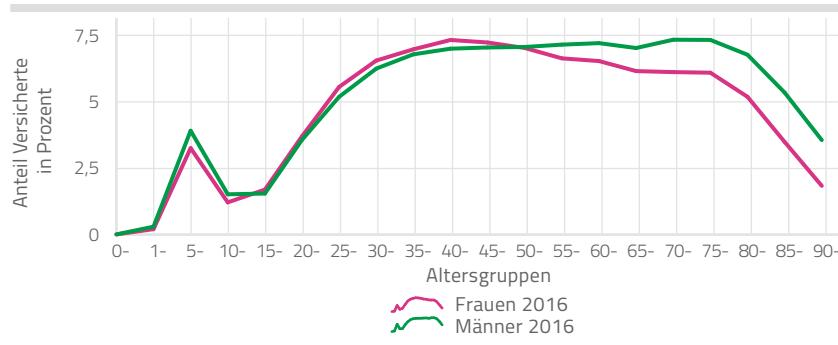
* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Für beide Geschlechter gilt wiederum gleichermaßen, dass ausgehend von einem niedrigen Niveau in der Altersgruppe der 15- bis unter 20-Jährigen eine starke Zunahme bis zum Lebensalter von 25 bis unter 30 Jahren erfolgt. Von da an ist bei den männlichen Versicherten ein nahezu konstantes Niveau von etwa 7,5 Prozent zu beobachten. Nach einem kurzen Anstieg etwa um das Lebensalter von 70 bis unter 75 Jahren nimmt der Anteil der Versicherten mit einer Wurzelbehandlung dann wieder stark ab. Bei den weiblichen Versicherten zeigt sich bereits ab dem mittleren Lebensalter eine rückläufige Tendenz. Der Kurvenverlauf im höheren Lebensalter ähnelt dann wieder stark dem der männlichen Versicherten.

Abbildung 3.10: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Wurzelbehandlung im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

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

4.1 Datengrundlagen und Kenngrößen

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

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

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

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

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

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

Quelle: KZBV

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

Tabelle 4.2: Übersicht der in Kapitel 4 ausgewiesenen Kenngrößen

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

4.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

In der Tabelle 4.3 sind die Inanspruchnahme und die entstandenen Ausgaben für Leistungen des Jahres 2016 aufgeführt, die im Zusammenhang mit Verletzungen des Gesichtsschädelns und Kiefergelenkserkrankungen stehen.

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

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

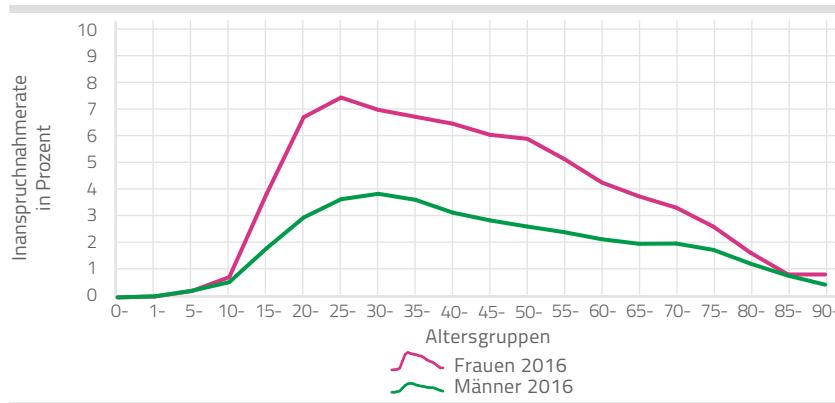
Tabelle 4.3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 und für die Eingliederung von Aufbissbehelfen sowie die Ausgaben je Inanspruchnehmer für alle Leistungen für das Jahr 2016 (stand.D2016)

	Inanspruchnahme Gesamt in Prozent	Inanspruchnahme K1/K2 in Prozent	Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro	davon Labor in Euro
Durchschnitt	3,4	2,5	207,33	102,40
Männer	2,3	1,8	207,82	102,48
Frauen	4,4	3,3	206,85	102,32

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

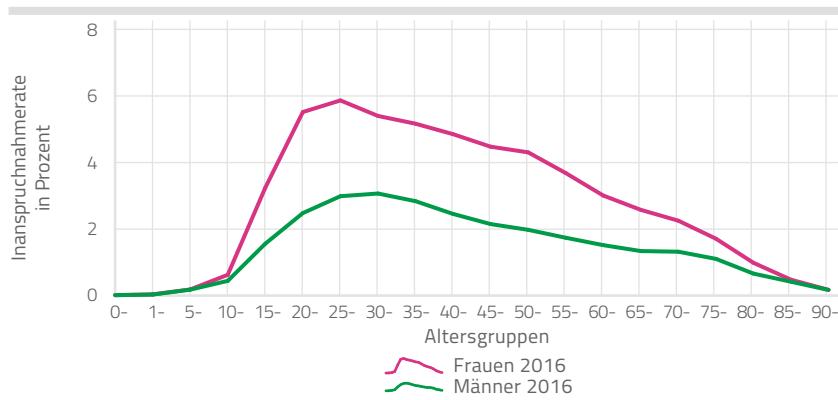
Die Abbildungen 4.1 bis 4.3 bieten eine Gegenüberstellung der Altersverläufe von Inanspruchnahmeraten und den zugehörigen durchschnittlichen Ausgaben für alle Leistungen des BEMA-Teils 2 sowie der Eingliederung von Aufbissbehelfen. Die Inanspruchnahme von Behandlungen bei „Verletzungen des Gesichtsschädelns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

Abbildung 4.1: Inanspruchnahmerate für alle Leistungen von BEMA-Teil 2 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



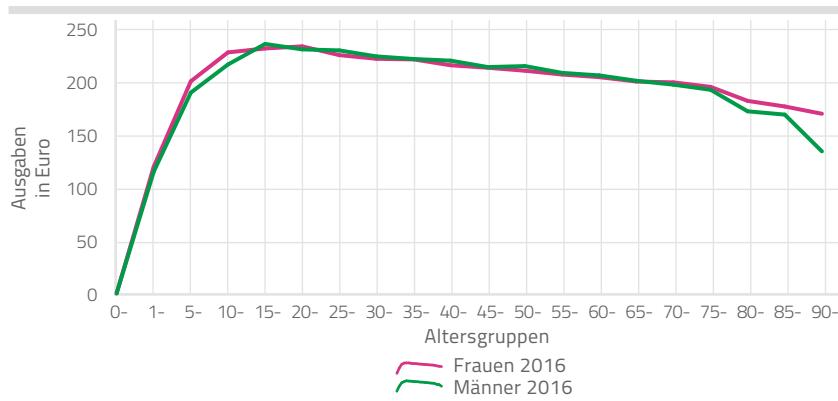
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 4.2: Inanspruchnahmerate für Eingliederungen von Aufbissbehelfen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 4.3: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen von BEMA-Teil 2 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Bei der Betrachtung der Ausgabenverläufe zeigen sich in den unteren Altersklassen für Frauen leicht höhere Ausgaben. Ab dem 15. Lebensjahr verschwinden die Unterschiede. Da Behandlungen in jüngeren Jahren sehr selten sind (Abbildung 4.1), sollten die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hier nicht überinterpretiert werden. In der Altersklasse der 20- bis 25-jährigen Frauen erreichen die Kosten ihr Maximum und fallen

danach kontinuierlich leicht ab. Für Männer tritt das Maximum bereits in der Altersklasse der 15- bis 20-Jährigen ein, zeigt aber danach den selben Verlauf.

Beim Vergleich der alters- und geschlechtsstandardisierten Inanspruchnahmeraten und der mittleren Ausgaben je behandelten Versicherten zwischen den einzelnen Bundesländern zeigen sich insbesondere bei der Inanspruchnahme große Unterschiede (Tabelle 4.4). Sie variiert zwischen 1,8 Prozent in Thüringen und 4,6 Prozent in Hamburg. Die Inanspruchnahme von Eingliederungen von Aufbissbehelfen folgt einem sehr ähnlichen Muster. Auch hier bildet Thüringen (diesmal gemeinsam mit Sachsen) das Schlusslicht mit 1,4 Prozent, während Hamburg mit 3,7 Prozent am anderen Ende der Verteilung steht. Die mittleren Kosten je Inanspruchnehmer variieren zwischen 163,31 Euro in Sachsen und 223,63 Euro in Niedersachsen.

Tabelle 4.4: Inanspruchnahmerate für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für Leistungen im Jahr 2016 nach Bundesländern* (stand.D2016)**

Bundesland	Inanspruchnahme		Ausgaben
	KBR in Prozent	K1/2 in Prozent	
Hamburg	4,6 (1,3)	3,7 (1,3)	211,47 (4,1)
Niedersachsen	3,7 (0,3)	2,9 (0,3)	223,63 (16,3)
Bremen	3,5 (0,1)	2,6 (0,1)	185,89 (-21,4)
Nordrhein-Westfalen	3,4 (0,0)	2,5 (0,0)	208,18 (0,9)
Hessen	3,7 (0,4)	2,7 (0,4)	202,28 (-5,0)
Rheinland-Pfalz	3,5 (0,1)	2,7 (0,1)	190,52 (-16,8)
Baden-Württemberg	3,7 (0,3)	2,8 (0,3)	209,95 (2,6)
Bayern	3,2 (-0,2)	2,3 (-0,2)	211,60 (4,3)
Saarland	3,0 (-0,4)	2,5 (-0,4)	210,41 (3,1)
Berlin	4,5 (1,1)	3,6 (1,1)	220,79 (13,5)
Brandenburg	2,9 (-0,5)	2,4 (-0,5)	203,58 (-3,8)
Mecklenburg-Vorpommern	3,1 (-0,3)	2,3 (-0,3)	193,17 (-14,2)
Sachsen	2,2 (-1,2)	1,4 (-1,2)	163,31 (-44,0)
Sachsen-Anhalt	2,6 (-0,8)	2,0 (-0,8)	199,68 (-7,6)
Thüringen	1,8 (-1,5)	1,4 (-1,5)	172,53 (-34,8)
Bundesdurchschnitt*	3,4	2,5	207,33

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

4.3 Leistungen

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

Tabelle 4.5: Verteilung der häufigsten Ziffern aus BEMA-Teil 2 nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2016 (stand.D2016)

Gebühren-Nr.	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Prozent	Punktsumme	Prozent
2	HKP-Erstellung	172.723	28,4	3.587.671	13,0
7b	Abformung	19.718	3,2	382.992	1,4
K1	Eingliederung Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	175.946	28,9	19.282.332	69,7
K2	Eingliederung Aufbissbehelf ohne adjustierte Oberfläche	25.359	4,2	1.184.599	4,3
K3	Umarbeitung von Prothesen mit adjustierter Oberfläche	1.013	0,2	62.900	0,2
K4	semipermanente Schienung	8.060	1,3	107.774	0,4
K6	Wiederherstellung Aufbissbehelf	4.528	0,7	148.718	0,5
K7	Kontrollbehandlung mit einfachen Korrekturen am Aufbissbehelf	92.684	15,2	753.329	2,7
K8	Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs	101.866	16,7	1.855.919	6,7
K9	Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen ad. Oberfläche	5.816	1,0	256.911	0,9
Sonstige	sonstige Leistungen	615	0,1	27.782	0,1
Gesamt (BEMA-Teil 2)		608.328	100,0	27.650.927	100,0

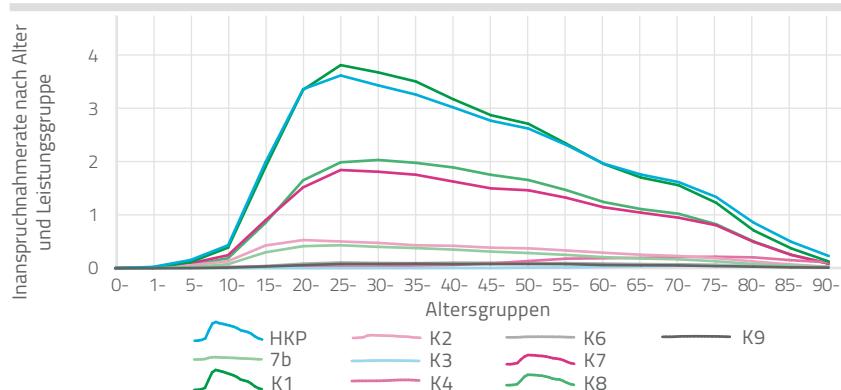
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Mit jeweils 28,4 Prozent und 28,9 Prozent entfallen mehr als die Hälfte der abgerechneten Leistungen des BEMA-Teils 2 auf die Erstellung eines Heil- und Kostenplans sowie die Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche. Zusätzlich entfallen insgesamt 31,9 Prozent der abgerechneten Leistungen auf Kontrollbehandlungen mit Einschleifen und leichten Korrekturen des Aufbissbehelfs. Alle weiteren Gebührenpositionen werden dagegen relativ selten abgerechnet.

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

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

Abbildung 4.4: Inanspruchnahmerate für Leistungen aus BEMA-Teil 2 nach Alter im Jahr 2016 (stand.D2016)



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

4.4 Entwicklungen über die Zeit

Die Inanspruchnahme für Leistungen aus dem BEMA-Teil 2 unterscheidet sich deutlich zwischen den Bundesländern. Diese Unterschiede bleiben über die Zeit stabil. Über alle Bundesländer gemittelt zeigt sich ein Trend zu einer höheren Inanspruchnahme, von 2,9 Prozent im Jahr 2013 zu 3,4 Prozent im Jahr 2016. Auch wenn diese Zahlen klein erscheinen, so entsprechen sie doch einer Ausgabensteigerung von rund neun Millionen Euro allein bei der BARMER. Auf das gesamte Bundesgebiet hochgerechnet beträgt die Steigerung in dieser Zeitspanne sogar über 80 Millionen Euro.

Ausgabensteigerung von rund neun Millionen € bei der BARMER

Wie bereits im Schwerpunktteil des Zahnreportes im Jahr 2016 dargestellt, weist die Inanspruchnahme von Leistungen des BEMA-Teils 2 sehr starke regionale Unterschiede auf. Besonders die Inanspruchnahme der Leistungen K1 und K2 (Eingliederung von Aufbissbehelfen, Tabelle 4.4) ist in den beiden Stadtstaaten Berlin (3,6 Prozent) und Hamburg (3,7 Prozent) am größten. Die Bundesländer Sachsen (1,4 Prozent) und Thüringen (1,4 Prozent) bilden dagegen das Schlusslicht. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist damit in den beiden Städten vergleichsweise mehr als doppelt so hoch.

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

Tabelle 4.6: Inanspruchnahmerate für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 für die Jahre 2013 bis 2016 nach Bundesländern* (stand.D2016)**

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

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

5 Kieferorthopädie

5.1 Datengrundlagen und Kenngrößen

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

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

Tabelle 5.1: Übersicht der in Kapitel 5 ausgewiesenen Kenngrößen

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

5.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

In der Tabelle 5.2 sind die Inanspruchnahme und die entstandenen Ausgaben für Leistungen des Jahres 2016 aufgeführt, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen stehen. Betrachtet man die Inanspruchnahme bei allen Versicherten, so fällt auf, dass nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der Versicherten (4,5 Prozent) Leistungen aus dem Bereich der Kieferorthopädie in Anspruch nimmt. Die durchschnittlichen Behandlungskosten liegen bei 108,28 Euro pro Versicherten. Dieser relativ geringe Betrag ist dadurch zu erklären, dass die Behandlungskosten für sehr junge Versicherte (jünger als zehn Jahre) sowie für Versicherte ab 20 Jahren eher gering ausfallen. Betrachtet man nur Versicherte vor Vollendung des 20. Lebensjahres, so steigt die Inanspruchnahmerate auf 18,13 Prozent und die durchschnittlichen Behandlungskosten auf 255,22 Euro. Hierbei ist zu bemerken, dass weibliche Versicherte etwas häufiger Leistungen in Anspruch nehmen als männliche Versicherte (19,97 Prozent gegenüber 16,43 Prozent), aber die durchschnittlichen Fallkosten bei männlichen Versicherten etwas höher ausfallen (257,33 Euro gegenüber 252,94 Euro).

Tabelle 5.2: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen aus BEMA-Teil 3 sowie die Ausgaben je Inanspruchnehmer für alle Leistungen für das Jahr 2016 (stand.D2016)

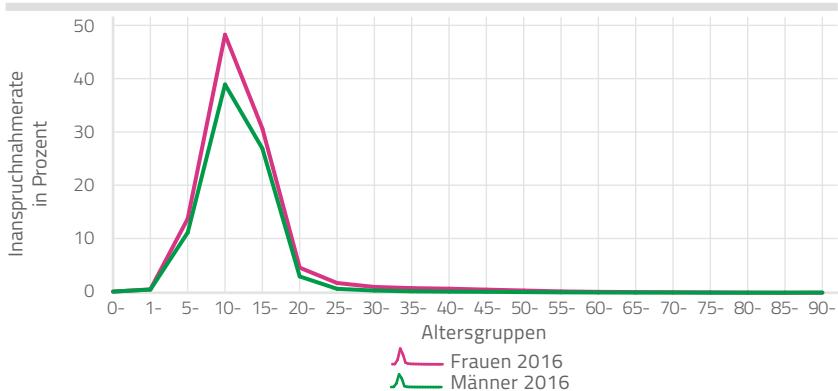
	Inanspruchnahme Gesamt in Prozent	Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro	Inanspruchnahme Gesamt unter 20 Jahren in Prozent	Ausgaben je behandelten Versicherten unter 20 Jahren in Euro
Durchschnitt	4,5	108,28	18,13	255,22
Männer	4,1	114,91	16,43	257,33
Frauen	4,8	101,82	19,97	252,94

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Die Abbildungen 5.1 und 5.2 bieten eine Gegenüberstellung der Altersverläufe der Inanspruchnahme und der zugehörigen durchschnittlichen Ausgaben für Leistungen. Bei der Inanspruchnahme zeigt sich ein starker Gipfel in der Altersgruppe der zehn- bis unter 15-jährigen Versicherten. Hier erhalten knapp 50 Prozent der weiblichen und knapp 40 Prozent der männlichen Versicherten Leistungen aus dem BEMA-Teil 3. Versicherte, die älter als 20 Jahre sind, werden nur in Ausnahmefällen kieferorthopädisch behandelt. Auch bei den Ausgaben findet sich ein Gipfel bei den zehn- bis unter 15-jährigen Versicherten. Die durchschnittlichen Ausgaben in diesem Altersbereich belaufen sich auf etwa 460 Euro pro Person und Jahr. Ab einem Alter von 20 Jahren sinken die durchschnittlichen Ausgaben auf etwa 100 Euro und oberhalb von 60 Jahren fallen sie erneut auf unter 50 Euro.

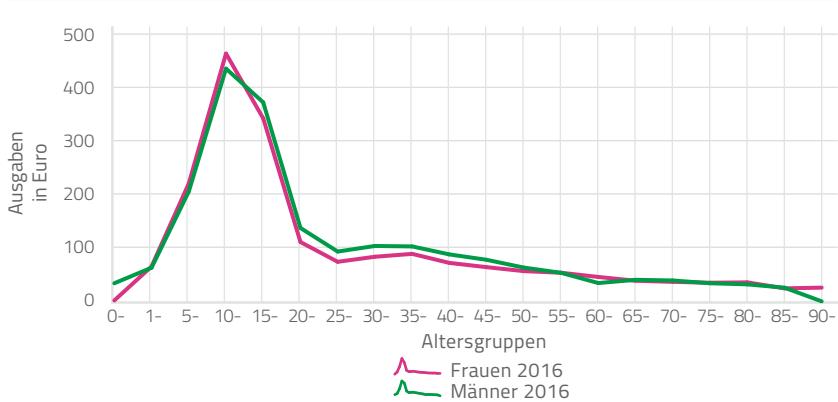
Altersgipfel
Kieferorthopädie
in der Gruppe der
10- bis 15-Jährigen
(ø 460 €)

Abbildung 5.1: Inanspruchnahmerate für alle Leistungen von BEMA-Teil 3 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 5.2: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen von BEMA-Teil 3 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

5.3 Leistungsbereiche

Im Unterschied zu den vorangegangenen Kapiteln werden nicht einzelne Abrechnungsziffern betrachtet. Stattdessen wird die Zusammensetzung nach Leistungsbereichen und Bundesländern dargestellt. Auch in dieser Darstellung sind die Werte der einzelnen Bundesländer nach Alter und Geschlecht standardisiert (Tabelle 5.3). Mit durchschnittlich 286,80 Euro finden sich in Bayern vergleichsweise hohe Leistungsausgaben, während sie in Sachsen-Anhalt mit 223,70 Euro deutlich niedriger ausfallen. Auch bei der Unterscheidung nach Leistungsbereichen fallen regionale Unterschiede auf. Werden nur die KFO-Honoraranteile betrachtet, so liegen die Ausgaben in Bayern mit 156,84 Euro am höchsten und in Sachsen-Anhalt mit 117,60 Euro am niedrigsten. Bei den Laborleistungen liegen dagegen drei Bundesländer mit Ausgaben von über 70,00 Euro an der Spitze, darunter Berlin mit 70,15 Euro, Baden-Württemberg mit 70,13 Euro und Bayern mit 72,41 Euro. In Sachsen fallen dagegen die geringsten Laborkosten (51,40 Euro) an. Die Kosten für Begleitleistungen (konservierend, chirurgisch und Individualprophylaxe) fallen in Baden-Württemberg mit 58,47 Euro am höchsten aus, während sie in Mecklenburg-Vorpommern mit 43,86 Euro vergleichsweise niedrig sind.

Tabelle 5.4 zeigt die regionalen Unterschiede der gesamten Leistungsausgaben über einen Zeitraum von vier Jahren. Hier wurde auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2011 standardisiert. Es zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Ausgaben von 240,80 Euro auf 257,46 Euro. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern bleiben weitgehend stabil.

Tabelle 5.3: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten unter 20 Jahren für alle Leistungen aus BEMA-Teil 3 nach Bundesländern* und nach Leistungsbereichen für das Jahr 2016 (stand.D2016)**

Bundesland	Ausgaben in Euro			
	Gesamt	KFO	Labor	Begleit-leistungen
Hamburg	255,0 (-0,2)	127,3 (-11,6)	69,4 (5,4)	58,3 (6,0)
Niedersachsen	243,2 (-12,0)	129,2 (-9,7)	60,7 (-3,3)	53,3 (1,0)
Bremen	253,9 (-1,3)	129,8 (-9)	61,9 (-2,1)	62,4 (10,1)
Nordrhein-Westfalen	253,2 (-2)	139,1 (0,2)	62,9 (-1,1)	51,2 (-1,2)
Hessen	251,9 (-3,3)	145,9 (7,0)	59,0 (-5,0)	47,1 (-5,2)
Rheinland-Pfalz	255,9 (0,7)	143,9 (5,0)	64,8 (0,8)	47,2 (-5,1)
Baden-Württemberg	267,6 (12,4)	139,0 (0,1)	70,1 (6,1)	58,5 (6,1)
Bayern	286,8 (31,6)	156,8 (18,0)	72,4 (8,4)	57,6 (5,3)
Saarland	256,3 (1,1)	148,8 (9,9)	59,6 (-4,5)	48,0 (-4,4)
Berlin	249,7 (-5,5)	128,0 (-10,9)	70,2 (6,1)	51,5 (-0,8)
Brandenburg	249,8 (-5,4)	132,4 (-6,5)	64,1 (0,1)	53,3 (1,0)
Mecklenburg-Vorpommern	243,2 (-12,0)	129,2 (-9,7)	60,7 (-3,3)	43,9 (-8,5)
Sachsen	231,2 (-24,1)	131,5 (-7,3)	51,4 (-12,7)	48,3 (-4,1)
Sachsen-Anhalt	223,7 (-31,5)	119,2 (-19,6)	53,4 (-10,6)	50,5 (-1,8)
Thüringen	234,3 (-20,9)	128,5 (-10,4)	56,8 (-7,2)	49,0 (-3,4)
Bundesdurchschnitt*	255,2	138,9	64,0	52,3

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Tabelle 5.4: Mittlere Ausgaben für kieferorthopädische Leistungen bei Versicherten unter 20 Jahren in den Jahren 2013 bis 2016 nach Bundesländern* in Euro (stand.D2011)**

Bundesland	Zeitreihe			
	2013	2014	2015	2016
Hamburg	244,7 (3,9)	255,2 (7,9)	254,6 (1,5)	256,9 (-0,5)
Niedersachsen	231,3 (-9,5)	234,8 (-12,5)	233,2 (-20,0)	245,2 (-12,3)
Bremen	257,9 (17,1)	254,4 (7,1)	250,4 (-2,7)	256,2 (-1,3)
Nordrhein- Westfalen	238,7 (-2,1)	245,1 (-2,2)	252,0 (-1,1)	255,6 (-1,9)
Hessen	243,6 (2,8)	250,6 (3,3)	255,6 (2,5)	254,0 (-3,4)
Rheinland-Pfalz	237,3 (-3,5)	255,2 (7,9)	252,1 (-1,0)	258,5 (1,1)
Baden- Württemberg	246,4 (5,5)	250,8 (3,5)	264,9 (11,7)	269,6 (12,2)
Bayern	267,8 (27,0)	278,2 (30,9)	281,2 (28,1)	289,3 (31,9)
Saarland	240,4 (-0,5)	246,6 (-0,7)	248,3 (-4,9)	258,6 (1,2)
Berlin	243,5 (2,7)	241,9 (-5,4)	251,3 (-1,9)	251,8 (-5,7)
Brandenburg	237,3 (-3,5)	246,6 (-0,7)	254,3 (1,1)	252,3 (-5,1)
Mecklenburg- Vorpommern	222,6 (-18,2)	229,4 (-17,9)	230,9 (-22,2)	241,3 (-16,2)
Sachsen	213,3 (-27,6)	217,3 (-30,0)	224,4 (-28,8)	233,6 (-23,9)
Sachsen-Anhalt	216,0 (-24,8)	223,2 (-24,1)	221,0 (-32,2)	225,7 (-31,7)
Thüringen	227,7 (-13,1)	226,3 (-21,0)	236,2 (-17,0)	236,8 (-20,7)
Bundesdurchschnitt*	240,8	247,3	253,1	257,5

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

6 Systematische Behandlung von Parodontopathien

6.1 Datengrundlage und Kenngrößen

Die Analysen des vorliegenden Kapitels basieren auf den Abrechnungsdaten zu den im Jahr 2016 von den Versicherten der BARMER in Anspruch genommenen Leistungen, die im Zusammenhang mit „Systematischen Behandlungen von Parodontopathien“ stehen. Ergänzend zum Teil 4 des BEMA, der die Leistungen zur „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“ enthält, werden die unter der Abrechnungsziffer 04 abgerechneten Leistungen zur Erhebung des sogenannten Parodontalen Screening Index (PSI) aus Teil 1 des BEMA („Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen, einschließlich Prophylaxe“) in die Analysen einbezogen. Bei der Erhebung des PSI handelt es sich um eine Untersuchung zur Früherkennung parodontaler Erkrankungen. Hierbei werden insbesondere die Tiefe der Zahnfleischtaschen, die Blutungsneigung des Zahnfleisches, feste und weiche Beläge sowie entsprechende Retentionsstellen betrachtet. Die Kosten für die Bestimmung des PSI werden von den Gesetzlichen Krankenkassen im Abstand von zwei Jahren übernommen.

Sobald eine behandlungsbedürftige Erkrankung des Zahnfleisches in Form einer Zahnbetterkrankung (Parodontitis) festgestellt wird, erstellt der behandelnde Zahnarzt einen Therapieplan. Dieser von der Krankenkasse zu bewilligende Behandlungsplan (Parodontalstatus) enthält Angaben zum Parodontalbefund und zur Anzahl der geplanten Leistungen nach BEMA-Teil 4. Beide Leistungen – die Erhebung des PSI und die Befundaufnahme sowie die Erstellung des Heil- und Kostenplanes – werden in den nachfolgenden Analysen als diagnostische Leistungen zusammengefasst betrachtet. Davon werden die therapeutischen Leistungen unterschieden. Sie umfassen alle zur Parodontitistherapie gehörigen Abrechnungsziffern.

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

Tabelle 6.1: Übersicht der in die Analysen von Kapitel 6 eingehenden Gebührenziffern (Gebührenziffer 04 aus BEMA-Teil 1 und BEMA-Teil 4 komplett)

Ziffer	spezifische Leistungen	BEMA-Zuordnung
diagnostische Leistungen		
04	Erhebung des PSI-Code	Teil 1
4	Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	Teil 4
therapeutische Leistungen / Behandlungsleistungen		
P200	systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	Teil 4
P201	systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	Teil 4
P202	systematische Behandlung von Parodontopathien (chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn	Teil 4
P203	systematische Behandlung von Parodontopathien (chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	Teil 4
108	Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	Teil 4
111	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung	Teil 4

Quelle: KZBV

Innerhalb der Parodontitistherapie wird zwischen einer geschlossenen und einer offenen (chirurgischen) Vorgehensweise unterschieden. Letztgenannte kommt in schweren Fällen zum Einsatz, beispielsweise bei sehr tiefen oder therapieresistenten Zahnfleischtaschen.

Auf der Basis der vorliegenden Abrechnungsdaten werden Kenngrößen zur Inanspruchnahme insgesamt und zur Inanspruchnahme einzelner Leistungen gebildet. Des Weiteren werden die im Zusammenhang mit der Parodontitisbehandlung stehenden Ausgaben je untersuchten beziehungsweise behandelten Versicherten dargestellt. Basierend auf der Anzahl der abgerechneten Einzelleistungen werden Punktsummen sowie Art und Umfang der in Anspruch genommenen zahnärztlichen Leistungen betrachtet (siehe Tabelle 6.2). Bei den ausgewiesenen Kenngrößen des vorliegenden Kapitels handelt es sich auch hier durchgängig um alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse.

Tabelle 6.2: Übersicht der in Kapitel 6 ausgewiesenen Kenngrößen

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

Da die Abrechnungsdaten keine Angabe zur Lokalisation des behandelten Zahns im Mundraum (beispielsweise FDI-Schema) enthalten, können keine zahnbezogenen Analysen durchgeführt werden. Es können auch keine Aussagen zur Behandlungsintensität wie zum Beispiel zur Anzahl der Behandlungstermine oder zu den zeitlichen Abständen zwischen Parodontitisbehandlungen am gleichen Zahn oder Zahngesamtbereich erfolgen. Als weitere Einschränkung in Bezug auf die Datenbasis sind die aus zahngesundheitlicher Sicht positiv zu bewertenden geringen Fallzahlen in den unteren Altersgruppen zu nennen. Zur Sicherstellung valider Auswertungsergebnisse beziehen sich die dargestellten Ergebnisse auf Versicherte ab einem Alter von 20 Jahren.

Die Analyse von Abrechnungsdaten zu den systematischen Behandlungen von Parodontopathien wurde im Zahnreport des Jahres 2014 erstmals basierend auf den Abrechnungsdaten eines Jahres durchgeführt. Im Kapitel 6.4 wird der zeitliche Verlauf der Inanspruchnahmerate der Jahre 2012 bis 2016 im Ländervergleich dargestellt.

6.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

In der Tabelle 6.3 sind die Inanspruchnahmeraten und die entstandenen Ausgaben für diagnostische und therapeutische Leistungen des Jahres 2016 aufgeführt, die im Zusammenhang mit Erkrankungen des Zahnhaltersapparates stehen. Insgesamt hat jeder vierte Versicherte mindestens eine diagnostische Leistung in Anspruch genommen. In der Mehrzahl der Inanspruchnahmen handelte es sich hier um die Erhebung des PSI-Codes. Die Inanspruchnahmerate der Frauen liegt mit 24,6 Prozent dabei etwas über der Rate der

Inanspruchnahmeraten
für diagnostische
Leistungen:
Frauen: 24,6 %,
Männer: 21,7 %

Männer mit 21,7 Prozent. Betrachtet man dabei, dass diese Erhebung des PSI-Codes nur im Abstand von zwei Jahren abrechenbar ist, ergibt sich im Prinzip eine Inanspruchnahme parodontal diagnostischer Leistungen von etwa 50 Prozent der Versicherten über zwei Jahre. Die durchschnittlichen Ausgaben belaufen sich auf 11,92 Euro pro Versicherten mit Inanspruchnahme (Frauen: 11,89 Euro und Männer: 11,94 Euro).

Tabelle 6.3: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Jahr 2016 (stand.D2016)

	diagnostische Leistungen	therapeutische Leistungen
Inanspruchnahmerate in Prozent		
Durchschnitt	23,2	1,5
Männer	21,7	1,4
Frauen	24,6	1,5
Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro		
Durchschnitt	11,92	435,46
Männer	11,94	445,47
Frauen	11,89	425,93

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

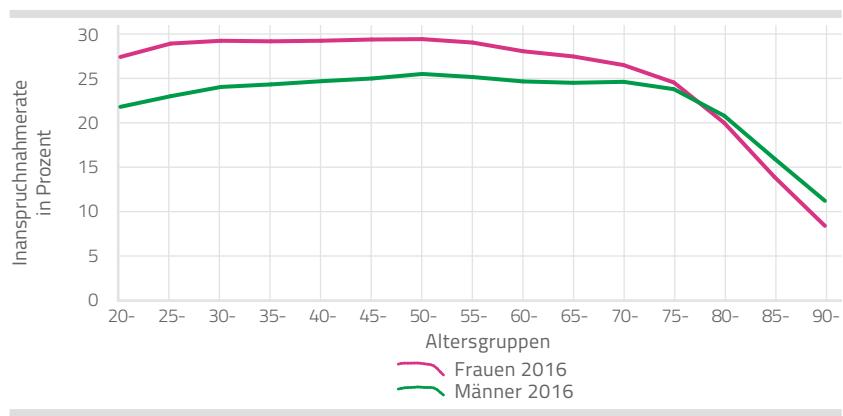
Auf sechzehn Untersuchungen des Zahnfleischstatus entfällt damit eine Parodontitisbehandlung (das entspricht 1,5 Prozent aller Versicherten). Die Inanspruchnahmeraten von Frauen und Männern liegen mit 1,4 Prozent (Männer) beziehungsweise 1,5 Prozent (Frauen) beinahe gleichauf.

Die mittleren Kosten einer Parodontitisbehandlung belaufen sich auf 435,46 Euro. Die durchschnittlichen Behandlungskosten bei Männern sind etwas höher als bei Frauen (Frauen: 425,93 Euro, Männer: 445,47 Euro).

Die Abbildungen 6.1 bis 6.4 bieten eine Gegenüberstellung der Altersverläufe der Inanspruchnahmeraten und der zugehörigen durchschnittlichen Ausgaben für diagnostische und therapeutische Leistungen. Die Inanspruchnahmerate für diagnostische Leistungen der 25- bis unter 50-Jährigen liegt durchgängig über 20 Prozent (bei Frauen sogar über 25 Prozent) und fällt ab dem 70. Lebensjahr deutlich ab. Etwa ab diesem

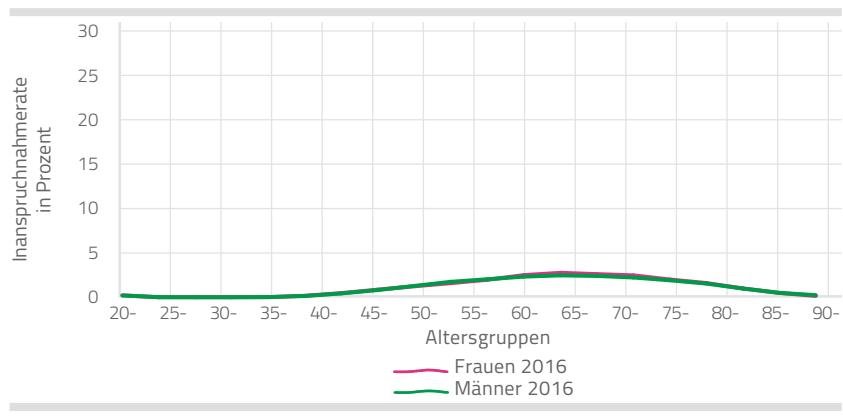
Zeitpunkt nehmen mehr Männer als Frauen diagnostische Leistungen in Anspruch. Die Inanspruchnahmerate für therapeutische Leistungen erreicht zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr ihren Höhepunkt. Hier sind keine Geschlechterunterschiede zu beobachten.

Abbildung 6.1: Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



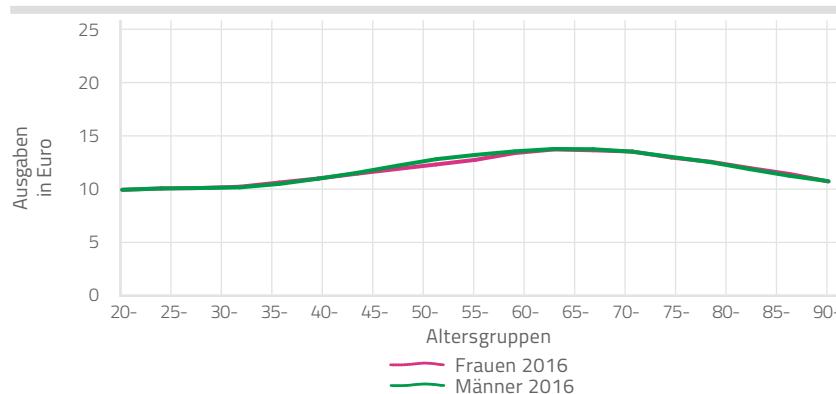
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 6.2: Inanspruchnahmerate für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



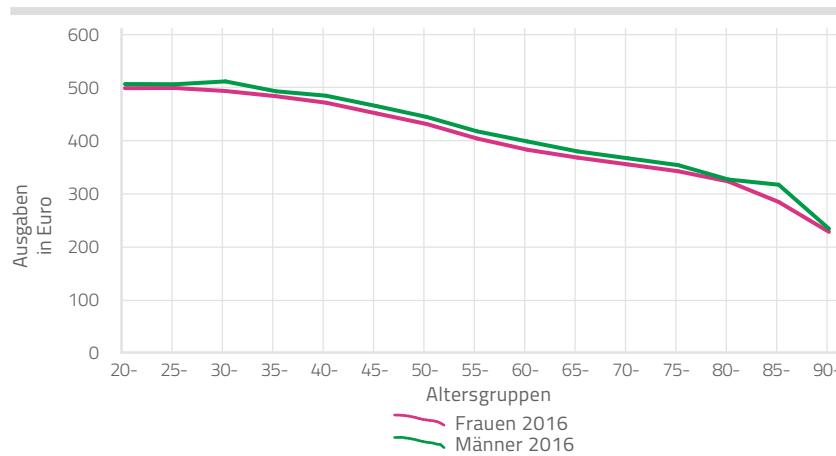
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 6.3: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 6.4: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Bei der Betrachtung der Ausgabenverläufe wird ersichtlich, dass mit zunehmendem Alter die durchschnittlichen Ausgaben, die bei der Durchführung einer Parodontitisbehandlung anfallen, sinken. Ausgeprägte Unterschiede zwischen Frauen und Männern bestehen dabei nicht.

Beim Vergleich der alters- und geschlechtsstandardisierten Inanspruchnahmeraten und der mittleren Ausgaben je behandelten Versicherten zwischen den einzelnen Bundesländern zeigen sich Unterschiede (Tabelle 6.4). So variiert die Inanspruchnahmerate diagnostischer Leistungen zwischen 18,1 Prozent im Saarland und 27,6 Prozent in Bayern. Die Inanspruchnahmerate therapeutischer Leistungen zwischen 0,9 Prozent im Saarland und 1,7 Prozent in Nordrhein-Westfalen. Umgerechnet bedeutet das, dass in Nordrhein-Westfalen auf jede 13. parodontologische Statusbestimmung eine Parodontitisbehandlung entfällt, im Saarland dagegen auf jede 21. Statusbestimmung. Die Spannweite der Ausgaben für diagnostische Leistungen liegt preisbereinigt bei 11,01 Euro in Thüringen gegenüber 12,52 Euro in Nordrhein-Westfalen bei einem Durchschnittswert von 11,92 Euro. Bei den Ausgaben für therapeutische Leistungen zeigen sich in Mecklenburg-Vorpommern die geringsten Ausgaben mit 415,65 Euro je behandelten Versicherten. Dem stehen am anderen Ende der Skala durchschnittliche Behandlungskosten in Höhe von 446,31 Euro in Berlin gegenüber.

Tabelle 6.4: Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für diagnostische und therapeutische Leistungen im Jahr 2016 nach Bundesländern*
(stand.D2016)**

Bundesland	diagnostische Leistungen		therapeutische Leistungen	
	Inanspruch-nahmerate in Prozent	mittl. Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro	Inanspruch-nahmerate in Prozent	mittl. Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro
Hamburg	23,2 (0,0)	12,19 (0,27)	1,6 (0,1)	438,08 (2,62)
Niedersachsen	20,2 (-3,0)	12,33 (0,41)	1,6 (0,1)	444,07 (8,61)
Bremen	21,3 (-1,9)	11,30 (-0,61)	1,2 (-0,3)	414,59 (-20,87)
Nordrhein-Westfalen	20,4 (-2,8)	12,52 (0,6)	1,7 (0,3)	436,94 (1,48)
Hessen	24,5 (1,3)	11,80 (-0,11)	1,4 (-0,1)	435,35 (-0,11)
Rheinland-Pfalz	21,8 (-1,4)	11,89 (-0,03)	1,4 (-0,1)	435,71 (0,25)
Baden-Württemberg	25,8 (2,6)	11,60 (-0,31)	1,3 (-0,1)	436,46 (1,0)
Bayern	27,6 (4,4)	11,79 (-0,13)	1,5 (0,1)	432,72 (-2,74)
Saarland	18,1 (-5,1)	11,36 (-0,56)	0,9 (-0,6)	427,29 (-8,17)
Berlin	24,6 (1,4)	11,68 (-0,24)	1,3 (-0,2)	446,31 (10,85)
Brandenburg	23,6 (0,4)	11,73 (-0,18)	1,5 (0,0)	427,40 (-8,06)
Mecklenburg-Vorpommern	22,4 (-0,8)	11,55 (-0,37)	1,3 (-0,2)	415,65 (-19,81)
Sachsen	25,8 (2,6)	11,26 (-0,66)	1,1 (-0,3)	427,54 (-7,92)
Sachsen-Anhalt	23,1 (-0,1)	11,73 (-0,18)	1,5 (0,0)	426,45 (-9,01)
Thüringen	24,2 (1,0)	11,01 (-0,91)	0,9 (-0,5)	423,29 (-12,17)
Bundesdurchschnitt*	23,2	11,92	1,5	435,46

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

6.3 Leistungen

In der Tabelle 6.5 sind die Häufigkeiten der im Rahmen der parodontologischen Behandlung im Jahr 2016 abgerechneten Einzelleistungen sowie die damit im Zusammenhang stehenden Punktsummen (als Ausgangspunkt für die Berechnung der Ausgaben) aufgeführt. Insgesamt sind knapp 122.000 Behandlungspläne zu Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums abgerechnet worden. Dies entspricht 3,9 Prozent der im Jahr 2016 aus Teil 4 des BEMA abgerechneten Leistungen und 8,4 Prozent der Gesamtpunktsumme. Am häufigsten werden therapeutische Leistungen mit geschlossener Vorgehensweise abgerechnet. Bei 53,2 Prozent der angerechneten Leistungen sind einwurzelige Zähne, bei 28,4 Prozent mehrwurzelige Zähne parodontologisch behandelt worden. Aus diesen Werten ergeben sich – trotz fehlendem Zahnbezug der Abrechnungsdaten – implizit Hinweise auf die von Parodontitis betroffenen Zähne. So wurden fast doppelt so viele einwurzelige Zähne wie mehrwurzelige Zähne behandelt, obwohl das Verhältnis der beiden Zahnformen im kompletten Gebiss lediglich 18 zu 14 beträgt. Die Ursache hierfür liegt möglicherweise in einer teilweise schwierigeren Parodontitistherapie und einer entsprechend reduzierten Prognose dieser Maßnahme an mehrwurzeligen Zähnen. Beide Abrechnungsziffern vereinen jeweils etwas mehr als 40 Prozent der insgesamt im Jahr 2016 abgerechneten Punktsumme in sich.

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

Tabelle 6.5: Verteilung der diagnostischen und therapeutischen Behandlungsleistungen des Teils 4 des BEMA und der Gebührenziffer 04 aus Teil 1 des BEMA nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2016 (stand.D2016)

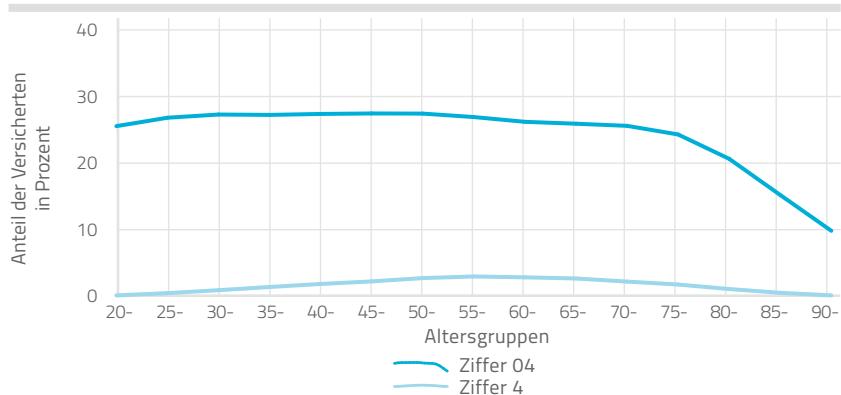
Gebührennummer	Kurzbeschreibung	Häufigkeit	Prozent	Punktsumme	Prozent
04 (BEMA-Teil 1)	Erhebung PSI-Code	1.849.942	---	18.499.420	---
4	HKP-Erstellung	121.654	3,9	4.744.506	8,4
P200	geschlossenes Vorgehen, einwurzeliger Zahn	1.679.312	53,2	23.510.368	41,8
P201	geschlossenes Vorgehen, mehrwurzeliger Zahn	897.181	28,4	23.326.706	41,5
P202	chirurgische Therapie, einwurzeliger Zahn	12.488	0,4	274.736	0,5
P203	chirurgische Therapie, mehrwurzeliger Zahn	15.091	0,5	513.094	0,9
108	Einschleifen des natürlichen Gebisses	94.945	3,0	569.670	1,0
111	Nachbehandlung	333.644	10,6	3.336.440	5,9
Gesamt		3.154.315	100,0	56.275.520	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

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

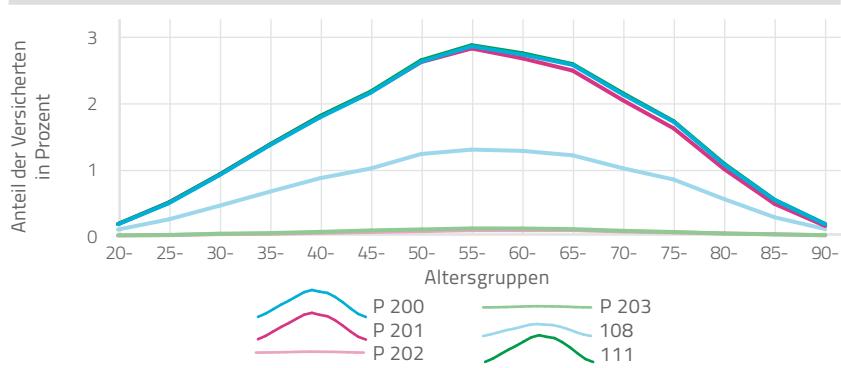
Beide Abbildungen weisen über die aus der Abbildung 6.1 und der Tabelle 6.5 bereits bekannten Sachverhalte zur Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Leistungen in Abhängigkeit vom Lebensalter und zur Verteilung der Einzelleistungen keine weiteren Auffälligkeiten auf.

Abbildung 6.5: Anteil der Versicherten mit mindestens einer diagnostischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 6.6: Anteil der Versicherten mit mindestens einer therapeutischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Tabelle 6.6: Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien in den Jahren 2012 bis 2016 nach Bundesländern* (stand.D2011)**

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

* ohne Schleswig-Holstein

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

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

6.4 Entwicklung über die Zeit

Mittlerweile können Behandlungsleistungen über einen Zeitraum von fünf Jahren dargestellt werden. Die Tabelle 6.6 zeigt die Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien im zeitlichen Verlauf für die Analysejahre 2012 bis 2016.

Die Inanspruchnahmeraten unterscheiden sich zwischen den Bundesländern auch nach Standardisierung auf die bundesdeutsche Bevölkerungsstruktur 2011 stark. Diese regionalen Unterschiede bleiben über die Zeit weitestgehend stabil. Die Spanne erstreckt sich in 2012 von 18,3 Prozent (Saarland) bis 29,7 Prozent (Bayern). Ein ähnliches Bild zeigt sich in 2016 mit einer Spanne von 20,1 Prozent (Saarland) bis 30,2 Prozent (Bayern). Nach einem leichten Rückgang in 2013 entwickelt sich die Inanspruchanerate zum Jahr 2016 sowohl in den meisten Bundesländern als auch im Bundesdurchschnitt nach oben.

7 Zahnersatz und Zahnkronen

7.1 Datengrundlage und Kenngrößen

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

Befundorientierte Festzuschüsse gewährleisten Patienten mit identischen Ausgangsbefunden unabhängig von der tatsächlich getroffenen Therapiewahl den gleichen festen Zuschussbetrag zu einer Zahnersatzversorgung. Bei der bezuschussten Zahnersatzversorgung kann es sich grundsätzlich um eine Wiederherstellungsleistung oder um eine Neueingliederung handeln. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach der Festzuschussrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der jeweils aktuellen Fassung. Die Festzuschüsse sind so bemessen, dass sie bei der Wahl der jeweiligen Regelversorgung – hierbei handelt es sich um die Versorgungsoption, die als Standardversorgung für den jeweiligen Ausgangsbefund gilt – rund 50 Prozent der durchschnittlichen Gesamtkosten abdecken. Durch Vorlage des Bonusheftes kann der durch die Krankenkasse zu übernehmende Kostenanteil in zwei Stufen erhöht werden. Bei lückenlosem Nachweis der Durchführung jährlicher Vorsorgeuntersuchungen über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren gibt es einen Bonus von 20 Prozent des Festzuschusses, der nach zehn Jahren auf 30 Prozent des Festzuschusses steigt. Darüber hinaus besteht für Versicherte mit geringem Einkommen die Möglichkeit der Übernahme der gesamten Kosten, wenn die Regelversorgung gewählt wird, und des doppelten Festzuschusses, wenn eine gleich- oder andersartige Versorgung gewählt wird.

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

In welcher Höhe Kosten jenseits des Festzuschusses (als Eigen- beziehungsweise als Versicherteneanteil) verbleiben, hängt maßgeblich davon ab, ob der Patient eine andere Versorgung als die Regelversorgung wählt. Jenseits der Regelversorgung werden dabei die gleichartige Versorgung und die andersartige Versorgung unterschieden. Eine gleichartige Versorgung liegt vor, wenn der Zahnersatz von seiner Art her der Regelversorgung entspricht, im Detail aber davon abweicht. Ein Beispiel dafür ist eine keramisch vollverblendete Krone für einen großen, weitgehend zerstörten Unterkieferseitenzahn, für den die Regelversorgung ebenfalls eine Krone, jedoch ohne Verblendung vorsieht. Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine vollkommen andere Zahnersatzart gewählt wird. Ein Beispiel hierfür ist die Wahl einer festen Zahnersatzbrücke bei einer Zahnlücke und insgesamt mehr als vier fehlenden Zähnen im Kiefer. Die Regelversorgung ist dagegen eine herausnehmbare Modellgussprothese.

Die Versorgung mit einem Zahnersatz wird anhand eines Heil- und Kostenplans vorab festgelegt. Sobald der behandelnde Zahnarzt einen Behandlungsbedarf festgestellt und der Patient der Behandlungsplanung des Zahnarztes zugestimmt hat, stellt dieser einen Heil- und Kostenplan auf, der in der Regel durch den Patienten selbst bei der Krankenkasse eingereicht wird. Die Krankenkasse ermittelt anhand der vorliegenden Befunde den von der Krankenkasse zu übernehmenden Festzuschussbetrag (Tabelle 7.1).

Tabelle 7.1: Übersicht der in die Analysen von Kapitel 7 eingehenden Befundklassen für Festzuschüsse (Auszug – ausführliche Auflistung der Befundziffern siehe Anhang A8)

Nr.	Befundklasse
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)
3	zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nummern 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen
4	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer
5	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist
6	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz
7	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen

Quelle: KZBV

Neben den mittels Datenträgeraustausch (DTA) von den KZVen an die BARMER in maschinenlesbarer Form übermittelten Daten zur vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (im weiteren Verlauf als Zahnersatz bezeichnet) konnten wie im Jahr zuvor auch die direkt zwischen dem Versicherten und der BARMER geregelten Versorgungsfälle in die Analysen mit einbezogen werden.

Eine direkte Abrechnung ist bei der andersartigen Versorgung und den sogenannten Mischfällen (Zusammenfallen einer andersartigen Versorgung mit einer Regel- und/oder gleichartigen Versorgung in ein und demselben Heil- und Kostenplan) mit einem privat-zahnärztlichen Honoraranteil von mehr als 50 Prozent der Fall. Hier begleicht der Patient direkt die Rechnung des Zahnarztes und lässt sich den Festzuschuss – beziehungsweise die Festzuschüsse bei mehr als einer auf ein und demselben Heil- und Kostenplan vorgesehenen Zahnersatzversorgung – von seiner Krankenkasse erstatten. Darüber hinaus gibt es Zahnersatzversorgung, die allein auf der Basis privater Behandlungsverträge direkt zwischen Zahnarzt und Patienten vereinbart wird. Diese ohne Beteiligung der Krankenkasse erbrachten Leistungen können in der Untersuchung nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 7.2: Übersicht der in Kapitel 7 ausgewiesenen Kenngrößen

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

Leistungen aus den Befundkassen 1 bis 5 sowie ausgewählte Leistungen der Befundklasse 7 (Befundziffern 7.1, 7.2, 7.5 und 7.6) werden in den nachfolgenden Analysen zusammenfassend als Neueingliederungen (NEU) betrachtet. Davon werden die Wiederherstellungen (REP) unterschieden, zu denen Befundklassen und -ziffern gehören, die der Wiederherstellung oder Erweiterung eines bereits bestehenden Zahnersatzes dienen.

7.2 Inanspruchnahme und Ausgaben

Im Jahr 2016 lag die Rate der Inanspruchnahme von Neueingliederungen bei 7,5 Prozent und bei Wiederherstellungsleistungen bei 6,7 Prozent (inklusive direkt abgerechneter Fälle). Der Anteil der Frauen lag mit acht Prozent für Neueingliederungen beziehungsweise 7,1 Prozent für Wiederherstellungen über dem der Männer, bei denen die Inanspruchnahmerate für eine Neueingliederung 7,1 Prozent und für eine Wiederherstellung 6,4 Prozent betrug (Tabelle 7.3).

Für die hier darstellbare Versorgung beliefen sich die durchschnittlichen Ausgaben für jeden Versicherten mit neu eingegliedertem Zahnersatz auf 1.499,80 Euro. Die Ausgaben für Frauen lagen dabei um durchschnittlich 66,11 Euro über denen der Männer (Frauen: 1.532,05 Euro, Männer: 1.465,94 Euro). Der Eigenanteil lag hier für Frauen bei durchschnittlich 897,10 Euro und für Männer bei 831,19 Euro beziehungsweise bei 58,6 Prozent (Frauen) und 56,7 Prozent (Männer). Für Frauen und Männer ergeben sich zusammen: 864,95 Euro (57,7 Prozent).

↳ Ausgaben für Zahnersatz in Höhe von 1.499,80 €

Ausgaben für Frauen höher als für Männer

Die mittleren Ausgaben für Wiederherstellungen fielen mit 118,27 Euro erwartungsgemäß deutlich niedriger aus als die Ausgaben für Neueingliederungen. Der durchschnittliche Eigenanteil von 50,98 Euro entspricht 43,1 Prozent der Gesamtausgaben. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind hier zu vernachlässigen.

Tabelle 7.3: Inanspruchnahmerate, Ausgaben und Eigenanteil je versorgten Versicherten für Neueingliederung (NEU) und Wiederherstellung (REP) im Jahr 2016 (stand.D2016)

Leistungsbereiche der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	Neueingliederung (NEU)	Wiederherstellung (REP)
Inanspruchnahmerate (in Prozent)		
Durchschnitt	7,5	6,7
Männer	7,1	6,4
Frauen	8,0	7,1

Ausgaben je versorgten Versicherten (in Euro)

Durchschnitt	1.499,80	118,27
Männer	1.465,94	116,85
Frauen	1.532,05	119,62

davon: Eigenanteil je versorgten Versicherten (in Euro)

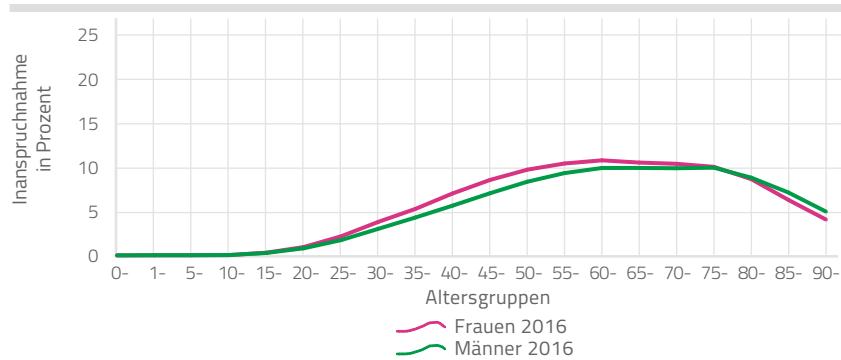
Durchschnitt	864,95	50,98
Männer	831,19	56,7
Frauen	897,10	58,6

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

höchste Inanspruchnahmeraten zwischen 50 und 75 Jahren bei beiden Geschlechtern

In der Abbildung 7.1 sind die Altersverläufe der Inanspruchnahme von Zahnersatz (Neueingliederung) für Frauen und Männer dargestellt. In den unteren Altersklassen lassen sich bedingt durch niedrige Fallzahlen keine validen Ergebnisse ermitteln. Die Altersverläufe werden deshalb erst ab einem Alter der Versicherten von 20 Jahren grafisch dargestellt. Es zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Kurven. Den jeweiligen Höhepunkt erreichen beide Kurvenverläufe im Alter von etwa 50 bis 75 Jahren mit einer Inanspruchnahmerate von etwa zehn Prozent, das bedeutet, jeder Zehnte hat mindestens einmal im Jahr 2016 einen neuen Zahnersatz erhalten. Bis zu diesem Lebensalter verläuft die Kurve der Männer leicht unterhalb der Kurve der Frauen. Ab einem Alter von etwa 80 Jahren haben vermehrt Männer einen neuen Zahnersatz (Neueingliederung) erhalten.

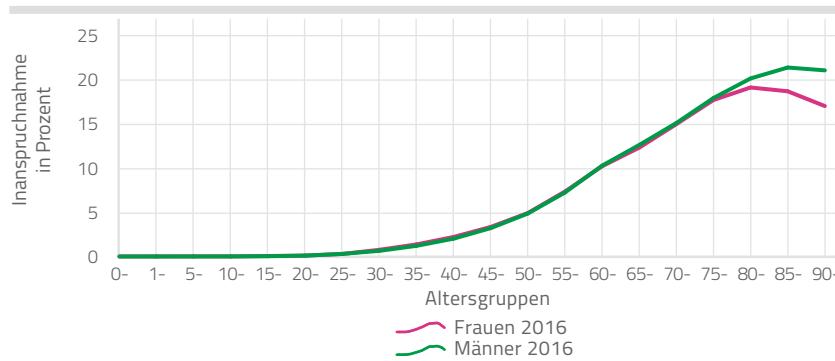
Abbildung 7.1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

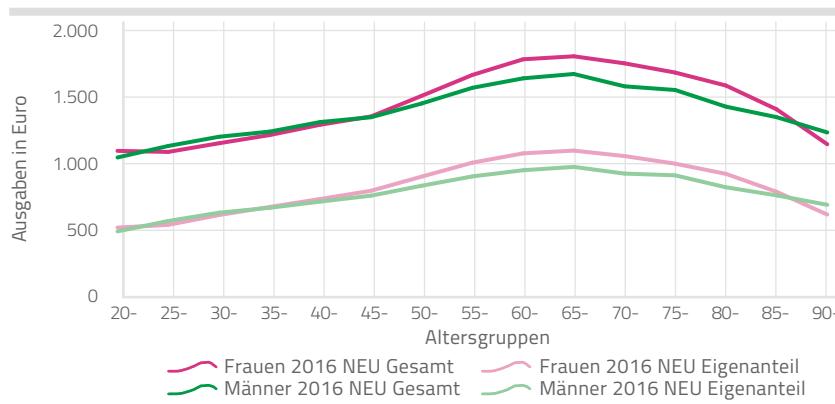
Die Altersverläufe der Inanspruchnahme von Wiederherstellungsleistungen sind in der Abbildung 7.4 dargestellt. Es zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Versicherten, der Leistungen zur Wiederherstellung und zur Erweiterung bestehenden Zahnersatzes in Anspruch genommen hat, größer ausfällt.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

Abbildung 7.2: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme einer Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Abbildung 7.3: Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) je versorgten Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016

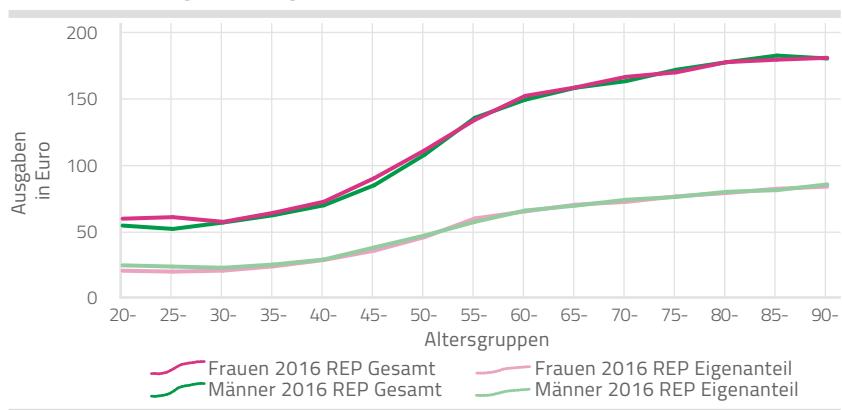


Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Die Abbildung 7.3 zeigt die Ausgaben für die Neueingliederung von Zahnersatz und Zahnkronen im Jahr 2016. Erneut zeigen sich nur geringfügige Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Die Gesamtausgaben und demzufolge auch der Eigenanteil fallen bei Frauen ab dem 60. Lebensjahr um über 100 Euro höher aus als bei Männern (siehe im Anhang die Tabellen A20 und A21).

Die für Wiederherstellungsleistungen angefallenen Ausgaben im Jahr 2016 zeigen einen weitgehend kontinuierlich ansteigenden Verlauf, sowohl für die Gesamtausgaben als auch für die zu tragenden Eigenanteile (Abbildung 7.4).

Abbildung 7.4: Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) je versorgten Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Die Tabelle 7.4 weist für Neueingliederungen für den Bund insgesamt eine Inanspruchnahmerate von 7,5 Prozent aus (über die KZVen und direkt abgerechnete Zahnersatzleistungen). Mit 6,4 Prozent wird die niedrigste Rate im Saarland erreicht. Die höchste Rate weist Hamburg mit 9,1 Prozent auf, dicht gefolgt von Berlin mit neun Prozent. Alters- und Geschlechtsunterschiede kommen als Erklärungsansätze nicht in Betracht, da alle regionalen Ergebnisse auch hier einheitlich auf die Struktur der Bevölkerung Deutschlands zum 31. Dezember 2016 standardisiert worden sind. Ausgewiesen werden außerdem die Ausgaben für einen Zahnersatz je behandelten Versicherten insgesamt sowie aufgeschlüsselt nach dem von der Krankenkasse und dem vom Versicherten getragenen Betrag. Für die Ermittlung dieser Werte konnten die Aufwendungen sowohl für die über die KZVen als auch für die direkt über die Krankenkasse abgerechneten Zahnersatzleistungen zusammengeführt werden. Die höchsten Ausgaben je behandelten Versicherten ergeben sich mit 1.532,00 Euro demnach in Bayern, gefolgt von Baden-Württemberg (1.519,20 Euro) und Nordrhein-Westfalen (1.471,95 Euro).

Tabelle 7.4: Kenngrößen der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederungen) im Jahr 2016 nach Bundesländern (stand.D2016)*

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Gesamtausgaben je versorgten Versicherten in Euro	davon: Kassenanteil je versorgten Versicherten in Euro	davon: Eigenanteil je versorgten Versicherten in Euro
Schleswig-Holstein	8,5 (0,9)	1.331,05 (-168,75)	585,36 (-49,49)	745,69 (-119,26)
Hamburg	9,1 (1,6)	1.444,81 (-54,99)	602,84 (-32,01)	841,97 (-22,98)
Niedersachsen	7,7 (0,1)	1.418,22 (-81,58)	602,52 (-32,33)	815,70 (-49,25)
Bremen	7,7 (0,2)	1.394,06 (-105,74)	643,81 (8,97)	750,25 (-114,7)
Nordrhein-Westfalen	7,3 (-0,2)	1.471,95 (-27,84)	645,90 (11,05)	826,05 (-38,9)
Hessen	7,4 (-0,1)	1.420,43 (-79,36)	554,16 (-80,69)	866,28 (1,33)
Rheinland-Pfalz	6,8 (-0,8)	1.455,73 (-44,07)	589,90 (-44,95)	865,83 (0,88)
Baden-Württemberg	7,6 (0,0)	1.519,20 (19,4)	501,66 (-133,18)	1.017,53 (152,59)
Bayern	6,9 (-0,6)	1.532,00 (32,2)	513,58 (-121,27)	1.018,42 (153,47)
Saarland	6,4 (-1,2)	1.416,49 (-83,3)	663,61 (28,76)	752,88 (-112,06)
Berlin	9,0 (1,5)	1.337,81 (-161,99)	645,02 (10,17)	692,79 (-172,16)
Brandenburg	8,2 (0,7)	1.201,86 (-297,93)	612,06 (-22,79)	589,81 (-275,14)
Mecklenburg-Vorpommern	7,3 (-0,2)	1.184,99 (-314,81)	621,27 (-13,58)	563,72 (-301,23)
Sachsen	7,9 (0,4)	1.108,70 (-391,1)	564,80 (-70,05)	543,90 (-321,05)
Sachsen-Anhalt	7,5 (-0,1)	1.167,73 (-332,07)	618,94 (-15,91)	548,79 (-316,16)
Thüringen	7,4 (-0,1)	1.157,49 (-342,31)	591,88 (-42,97)	565,61 (-299,34)
Bundesdurchschnitt	7,5	1.499,80	634,85	864,95

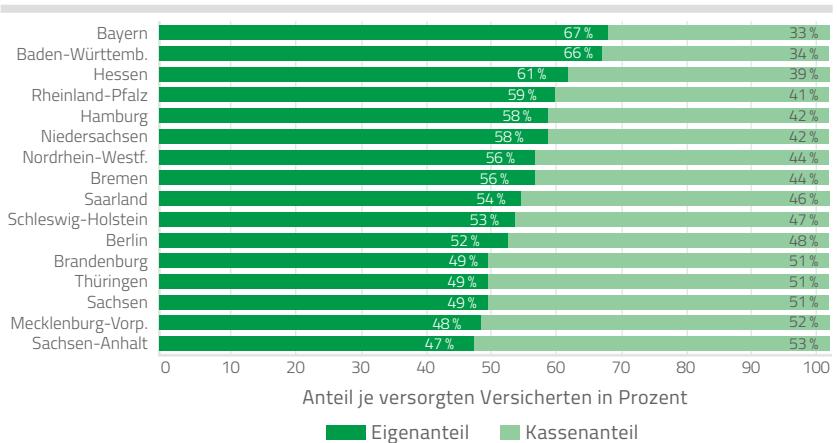
* Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt (Gesamt) des jeweiligen Jahres
in Prozentpunkten (Inanspruchnahmerate) bzw. in Euro (Gesamtausgaben und Eigenanteil)
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

höchste Ausgaben für Zahnersatz in Bayern, niedrigste Ausgaben in Sachsen

Die niedrigsten Ausgaben ergeben sich für versorgte Versicherte in den neuen Bundesländern sowie in Schleswig-Holstein. Sachsen weist mit rund 1.100 Euro den niedrigsten Wert auf. Die Aufschlüsselung nach dem von der Krankenkasse und vom Versicherten selbst getragenen Betrag ergibt korrespondierend dazu vergleichsweise hohe Eigenanteile bei hohen Gesamtaufwendungen für einen Zahnersatz und teilweise deutlich niedrigere Eigenanteile bei relativ geringen Gesamtaufwendungen.

Die Abbildung 7.5 weist je versorgten Versicherten für das Jahr 2016 aus, wie hoch im Durchschnitt der Kassenanteil und wie hoch im Durchschnitt der vom Versicherten getragene Eigenanteil im Ländervergleich ausgefallen ist. Es zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle. In Baden-Württemberg, Bayern und Hessen beträgt der Eigenanteil mehr als 60 Prozent, in allen östlichen Bundesländern werden Anteilswerte von unter 50 Prozent erreicht.

Abbildung 7.5: Kassenanteil und Eigenanteil bei Zahnersatz je versorgten Versicherten für Neueingliederungen und Wiederherstellungen nach Bundesländern in Prozent im Jahr 2016 (standD.2016)



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Bonusleistungen

Versicherte, die regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt durch die Dokumentation im Bonusheft (Stempel) nachweisen können, erhalten einen erhöhten Festzuschuss zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Die Festzuschüsse erhöhen sich um 20 Prozent des Ausgangswertes, wenn das Bonusheft über eine Zeitspanne von fünf Jahren und um 30 Prozent, wenn es über eine Zeitspanne von zehn Jahren lückenlos geführt wurde. Versicherte mit geringem Einkommen haben Anspruch auf die Übernahme der gesamten Kosten der Regelversorgung durch ihre Krankenkasse. Wählen sie eine gleich- oder andersartige Versorgung, erhalten sie einen Zuschussbetrag in Höhe des doppelten Festzuschusses (ohne Bonus).

Tabelle 7.5: Zuschusserhöhung für Versicherte mit lückenloser Führung des Bonusheftes für Zahnersatz im Jahr 2016 (stand.D2016)

Zuschusserhöhung in Prozent	Häufigkeit	Prozent
0	291.889	31,5
20	78.001	8,4
30	481.930	51,9
doppelter Festzuschuss	75.891	8,2
Gesamt	927.711	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Im Jahr 2016 haben 8,4 Prozent der Versicherten eine Erhöhung um 20 Prozent und 51,9 Prozent eine Erhöhung um 30 Prozent des Festzuschusses erhalten. Bei 8,2 Prozent kommt der sogenannte doppelte Festzuschuss zum Tragen. Somit werden 100 Prozent der Kosten der Regelversorgung von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen (Tabelle 7.5). Diese Ergebnisse bestätigen, dass in Deutschland ein relativ hoher Anteil der Inanspruchnahme von vertragszahnärztlichen Leistungen auf Kontrolluntersuchungen entfällt.

7.3 Leistungen

In der Tabelle 7.6 sind die im Jahr 2016 über die KZVen abgerechneten Festzuschussbefunde nach Befundklassen geordnet aufgeführt. Mit 39,8 Prozent wurden am häufigsten Leistungen zur Wiederherstellung und Erweiterung eines bereits vorhandenen konventionellen Zahnersatzes (Befundklasse 6) durchgeführt.

Im Bereich der Neueingliederung eines Zahnersatzes überwiegt die Versorgung erhaltungswürdiger Zähne (Befundklasse 1) mit 33,5 Prozent aller im Jahr 2016 abgerechneten Regelversorgungsleistungen.

Die Versorgung zahnbegrenzter Lücken (beispielsweise nach Extraktion eines oder mehrerer Zähne, Befundklasse 2 und 3) umfasst gut 15 Prozent der in Anspruch genommenen Leistungen.

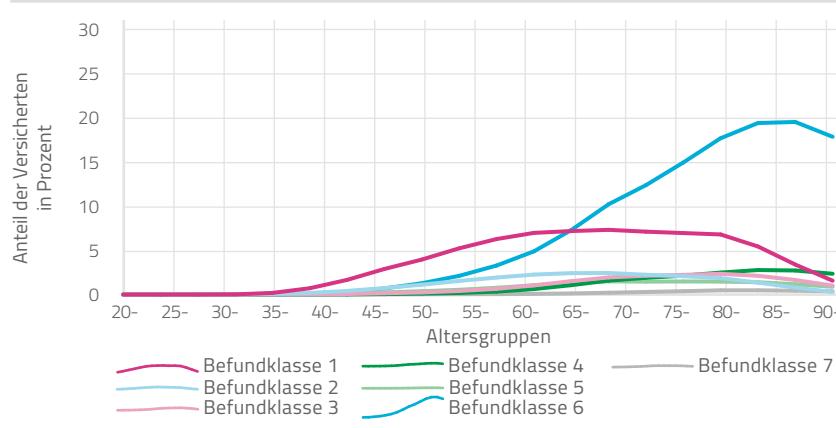
Tabelle 7.6: Verteilung der abgerechneten Festzuschussbefunde im Jahr 2016 (stand.D2016)

Befund-klasse	Bezeichnung	Häufigkeit (absolut)	Häufigkeit (relativ) in Prozent
1	erhaltungswürdiger Zahn	726.577	33,5
2	zahnbegrenzte Lücke von höchstens vier fehlenden Zähnen ...	232.649	10,7
3	zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen	104.427	4,8
4	Restzahnbestand bis zu drei Zähnen oder zahnloser Kiefer	148.595	6,9
5	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist	78.093	3,6
6	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz	861.660	39,8
7	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen	14.347	0,7
Gesamt		2.166.348	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

In der Abbildung 7.6 sind die Altersverläufe der Befundklassen grafisch dargestellt. Auffällig, aber inhaltlich nachvollziehbar, ist der starke Anstieg der Wiederherstellungs- und Erweiterungsleistungen der Befundklasse 6 im fortgeschrittenen Lebensalter.

Abbildung 7.6: Anteil der Versicherten mit mindestens einem Festzuschuss im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz nach Alter und Befundklasse (nur über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse) im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Schwerpunktthema

Pflegebedürftige Senioren

in der vertragszahnärztlichen

Versorgung

Schwerpunktthema: Pflegebedürftige Senioren in der vertragszahnärztlichen Versorgung

8.1 Einführung in das Thema

Deutschland ist wie viele andere westliche Industrienationen einem erheblichen demografischen Wandel unterworfen. In einer Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes von 2011 werden die Folgen einer immer höheren Lebenserwartung in Verbindung mit niedrigen Geburtenraten beschrieben (Statistisches Bundesamt 2011). Auch wenn derartige prognostische Szenarien durchaus fehlerbehaftet sein können und durch aktuelle Entwicklungen wesentlich beeinflusst werden, so ist der stetig steigende Altersdurchschnitt der deutschen Bevölkerung bereits heute an vielen Stellen spürbar (Statistisches Bundesamt o. J.). Besonders deutlich wird die Überalterung der deutschen Bevölkerung bei dem aktuell auch politisch sehr brisant diskutierten Thema Pflege. Ende 2015 waren in Deutschland knapp 2,9 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (Statistisches Bundesamt 2017). Zwischen den Jahren 2013 und 2015 ist allein diese Zahl um knapp neun Prozent gestiegen. Diese Daten verdeutlichen die Herausforderungen, vor denen die Pflege in Deutschland derzeit steht. Dabei haben die Probleme in der Pflege neben medizinischen auch ethische und gesellschaftliche Dimensionen.

Der Gesetzgeber bemüht sich seit einigen Jahren, die Pflege in vielen Teilbereichen zu optimieren (beispielsweise durch Pflegestärkungsgesetze, Versorgungsstrukturgesetz, Pflegeneuausrichtungsgesetz). Dabei ist die Mundgesundheit und damit mittelbar die vertragszahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen ein wichtiger Aspekt.

8.1.1 Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Senioren

Bereits seit vielen Jahren ist bekannt, dass pflegebedürftige Senioren in einer Pflegeeinrichtung oft eine beeinträchtigte Mundgesundheit aufweisen. Dies wird durch zahlreiche nationale (IDZ 2012; Nitschke und Kaschke 2011; Lehmann, Müller, Kirch et al. 2003; Nippgen 2005 und viele andere) und internationale Studien (Silva, Hopcraft und Morgan 2014; Chen, Clark und Naorungroj 2013; Zuluaga, Ferreira, Montoya et al.

2012; Bush, Dickens, Henry et al. 2010; Gaszynska, Szatko, Godala et al. 2014; Vidzis, Cema, Krasta et al. 2011; Simons, Kidd und Beighton 1999 und viele andere) belegt. Viele dieser Studien wurden aus organisatorischen Gründen nur in kleinen Bereichen, Regionen oder einzelnen Einrichtungen durchgeführt. Untersuchungen wie die Berliner Altersstudie der 1990er Jahre zeigten aber auch in umfangreicheren Erhebungen Defizite im Mundgesundheitszustand von Pflegebedürftigen in Deutschland (Nitschke und Hopfenmüller 1996). Dabei ist dieser Zustand nicht nur auf stationär Pflegebedürftige beschränkt (Krüger 2008). In einem umfassenden Review des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) von 2012 wird von einer „[...] Schlechterstellung dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppen bezüglich der Mundgesundheit [...]“ gesprochen (IDZ 2012).

Auf nationalem Niveau bestätigte schließlich auch die repräsentative Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS) im Jahr 2016 deutliche Defizite in der Mundgesundheit Pflegebedürftiger in Deutschland (Jordan und Micheelis 2016). So ist der Kariessanierungsgrad bei pflegebedürftigen Senioren um mehr als zehn Prozent kleiner als in einer gleichaltrigen Vergleichsgruppe. Blutungen und Zahnfleischentzündungen, die in vielen Fällen auch Folgen eines schlechteren Mundhygienezustandes sind, kommen deutlich häufiger vor (64 Prozent gegenüber 47 Prozent). Besonders deutlich wird der reduzierte Mundgesundheitszustand bei der Betrachtung völliger Zahnlösigkeit. Diese liegt bei über der Hälfte aller pflegebedürftigen Senioren vor, während in der Vergleichsgruppe weniger als ein Drittel betroffen ist. Demzufolge ist der Anteil der Personen mit einem herausnehmbaren Zahnersatz deutlich erhöht und als Folge eine erhöhte Prävalenz des Zahnersatzbedingten Behandlungsbedarfs (beispielsweise Erhaltungs- und Wiederherstellungsmaßnahmen) bei pflegebedürftigen Senioren zu erwarten. Es muss also ohne Zweifel von einer deutlich reduzierten Mundgesundheit pflegebedürftiger Senioren ausgegangen werden.

deutlich reduzierte Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Senioren

Viele der oben genannten Studien konstatieren neben der Beschreibung einer beeinträchtigten Mundgesundheit auch einen erhöhten Therapiebedarf für Pflegebedürftige. Eine reduzierte Mundgesundheit ist nicht automatisch auf einen Mangel an zahnärztlicher Versorgung zurückzuführen. Wichtige Aspekte bei der individuellen Therapieplanung für ältere Patienten sind die persönliche Mundhygienefähigkeit, die

Therapiefähigkeit und die Eigenverantwortlichkeit (Müller und Nitschke 2010). Viele andere Faktoren, insbesondere die individuelle Betreuung und Mundpflege durch das Pflegepersonal, spielen zur Förderung der Mundgesundheit eine entscheidende Rolle, wie in zahlreichen Interventionsstudien gezeigt werden konnte (Czarkowski, Allroggen, Köster-Schmidt et al. 2013; Hardgraves, Mitchell, Hanson et al. 2014 und viele andere).

Aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen bei der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen können normative Kriterien für eine adäquate Versorgung nicht ohne Weiteres mit den Kriterien gleichgesetzt werden, die für Nichtpflegebedürftige gelten. Dabei bezieht sich der Begriff der „zahnärztlichen Versorgung“ in diesem Schwerpunktteil auf alle Aspekte der Versorgung, zum Beispiel die Prävention, die Diagnostik und die Therapie. Viele Behandlungen lassen sich aufgrund der Bedingungen vor Ort und/oder eingeschränkter Mobilität nicht in der Form erbringen, wie dies unter normalen ambulanten Praxisbedingungen möglich wäre. Trotzdem muss von einem erheblichen Bedarf ausgegangen werden, der allerdings genauer spezifiziert werden müsste. Inwiefern die derzeitige Situation als Unterversorgung zu bezeichnen ist, bleibt zu diskutieren.

Der Therapiebedarf richtet sich einerseits nach den spezifischen Anforderungen von Pflegebedürftigen. Zahnmedizinisch relevante Beschwerden treten dabei im Gesamtkontext der Multimorbidität und des beschwerlichen Alltags oft zurück. Andererseits ist für viele Pflegebedürftige die regelmäßige Nahrungsaufnahme durchaus ein wichtiger Bestandteil ihrer Lebensqualität. Ein Leitfaden der BZÄK erläutert sehr anschaulich, welche Maßnahmen bei der Betreuung und Versorgung älterer Menschen durchgeführt werden sollten (BZÄK-Leitfaden). Aber auch zahlreiche andere Handlungsempfehlungen und Konzepte wurden beschrieben (Nitschke und Kaschke 2011). Im wissenschaftlichen Konsens werden dabei unter anderem die einfache Kariestherapie, Zahnersatzoptimierung, Druckstellenbeseitigung, dringende chirurgische Maßnahmen wie Extraktionen und die Optimierung der Mund- und Zahnersatzhygiene (Stärkung der Prophylaxe) als wichtige Maßnahmen genannt.

Besonders in der Gruppe der Demenzerkrankten ist bereits die Diagnose und noch mehr die Therapie von Problemen im Mundbereich schwierig. Häufig sind klinische

Kompromisse unvermeidlich, um Patienten trotz aller widrigen Umstände zu versorgen und Beschwerden zu beseitigen oder zu lindern (Nitschke, Groß und Kunze 2017).

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang auch die Unterscheidung zwischen subjektivem und normativem Behandlungsbedarf. Viele Pflegebedürftige äußern auch bei offensichtlichem normativen keinen subjektiven Behandlungsbedarf. Die zahnärztliche Behandlung an sich stellt für viele Pflegebedürftige eine Belastung dar. Behandlungsbedarf wird demnach zumeist erst bei deutlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen geäußert. Wenn zum Beispiel Zahnschmerzen auftreten, der Zahnersatz schmerhaft drückt oder zerbricht, Zähne locker werden oder abbrechen, ist dies für den Patienten deutlich spürbar und beeinträchtigend. Betroffene werden in diesen Fällen öfter nach professioneller Hilfe verlangen. Leidet ein Patient unter Karies oder einer Zahnfleischentzündung, wird dies häufig nicht bemerkt beziehungsweise der Leidensdruck ist deutlich geringer. In diesen Fällen werden Betroffene oft keinen subjektiven Therapiebedarf empfinden. Eine dänische Studie (Christensen, Hede und Nielsen 2012) zeigt exemplarisch für viele andere, dass Zahnlösigkeit an sich, das bloße Vorhandensein eines herausnehmbaren Zahnersatzes oder Karies noch keine reduzierte mundgesundheitsbezogene Lebensqualität hervorrufen. Eine deutliche Reduktion der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität tritt zum Beispiel bei Zahnlockerungen auf. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang eine gründliche und regelmäßige Diagnostik, die ein Abwägen von erforderlicher Therapie unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes überhaupt erst ermöglicht. Schließlich ist durch zahlreiche Studien belegt, dass die zahnärztliche Betreuung und Intervention zu einer deutlichen Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität von Pflegebedürftigen führen (İlhan Çal, Dündar et al. 2015 und andere). Auch wenn der reduzierte Mundgesundheitszustand Pflegebedürftiger nicht eins zu eins als ein Mangel an zahnärztlicher Therapie interpretiert werden kann, muss von einem hohen Bedarf an spezifischer zahnärztlicher Versorgung ausgegangen werden.

Es muss von einem hohen Bedarf an spezifischer zahnärztlicher Versorgung ausgegangen werden.

8.1.2 Maßnahmen zur Verbesserung der Mundgesundheit von Pflegebedürftigen (Novellierung des BEMA)

Wie im Kapitel 8.1.1 beschrieben, kann die Mundgesundheit pflegebedürftiger Senioren als zum Teil beeinträchtigt angesehen werden. Auch wenn sich der konkrete Umfang in Abhängigkeit von der jeweils betrachteten Studie unterscheidet, kann besonders bei stationär Pflegebedürftigen prinzipiell von einem Defizit an zahnärztlicher Versorgung ausgegangen werden.

Seitens der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wurden bereits frühzeitig auf breiter Linie in Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften Konzepte zur Optimierung erarbeitet. Zu erwähnen ist an dieser Stelle das sogenannte AuB-Konzept von KZBV und BZÄK (Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter 2010), welches gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin erarbeitet wurde (KZBV und BZÄK 2010). Darin wird vor allem die Stärkung präventiver Maßnahmen angemahnt.

Erklärtes Ziel dieser Novellierungen war die Verbesserung der (vertragszahnärztlichen) Versorgung von Pflegebedürftigen.

Um diesem Defizit im Spiegel der gesellschaftlichen Entwicklung entgegenzuwirken, wurden in den Jahren 2013 und 2014 Gebührennummern des Bewertungsmaßstabes für Zahnärztliche Leistungen (BEMA) hinzugefügt und modifiziert, um die aufsuchende vertragszahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger zu verbessern oder zum Teil überhaupt erst zu ermöglichen. Eine erste Änderung trat dabei am 1. April 2013, eine zweite am 1. April 2014 in Kraft. Eine Übersicht wesentlicher Änderungen ist in Tabelle 8.1 zusammengefasst.

Der Abschluss von Kooperationsverträgen nach §119b SGB V zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragszahnärzten wurde zum 1. April 2014 durch eine entsprechende Rahmenvereinbarung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt.

Tabelle 8.1: Wesentliche Änderungen und Ergänzungen der Gebührennummern des BEMA zur Optimierung der aufsuchenden vertragszahnärztlichen Versorgung in den Jahren 2013 und 2014 (Auszug)

vor 1. April 2013		ab 1. April 2013		ab 1. April 2014	
GOÄ	über adäquate GOÄ-Leistung abrechenbar	151	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	151	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
GOÄ	über adäquate GOÄ-Leistung abrechenbar	152	Besuch eines weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung	152	Besuch eines weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
GOÄ	über adäquate GOÄ-Leistung abrechenbar	153	Besuch eines Versicherten auf einer Pflegestation (zum Beispiel in Alten – oder Pflegeeinrichtungen) zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit des Vertragszahnarztes auf der Pflegestation	153	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Absatz 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 SGB V entspricht.
				154	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Absatz 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Absatz 1 SGB V, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung

vor 1. April 2013	ab 1. April 2013	ab 1. April 2014
		155 Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Absatz 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Absatz 1 SGB V, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 154 – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
	171a Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen	171a Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen.
	171b Zuschlag für das Aufsuchen von weiteren Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 171a	171b Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der pflegebedürftig ist, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweist, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 171a
		172a* Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung
		172b* Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 172a.

vor 1. April 2013	ab 1. April 2013	ab 1. April 2014
		<p>172c*</p> <p>Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustands der Zähne, der Mundschleimhaut sowie der Prothesen, Einbringen von versichertenbezogenen Vorschlägen für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit, einschließlich Dokumentation anhand des Formblatts nach Anlage 2 zur Rahmenvereinbarung gemäß § 119b Absatz 2 SGB V</p>
		<p>172d*</p> <p>Unterstützung und gegebenenfalls praktische Anleitung des Pflegepersonals bei der Durchführung der ihm obliegenden Aufgaben durch versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie Hinweise zu Besonderheiten der Zahnpflege sowie zu Pflege und Handhabung des Zahnersatzes.</p>

* basiert auf Nummer 172 Zuschlag nach § 87 Abs. 2j SGB V für die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V

Quelle: BEMA

Aktuelle Entwicklungen

In der kürzlich veröffentlichten Agenda Mundgesundheit der KZBV wird die Bedeutung der Mundgesundheit über den gesamten Lebensbogen hinweg unterstrichen (KZBV 2017). Aktuell wurden „Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen“ bei Pflegebedürftigen durch den § 22a des SGB V explizit gestärkt. Aufgrund des Inkrafttretens zum 1. Januar 2018 können Auswirkungen im vorliegenden Report jedoch noch nicht betrachtet werden.

8.1.3 Fragestellung

Etwa fünf Jahre nach der ersten Novellierung des BEMA und dem Inkrafttreten der neuen beziehungsweise modifizierten Gebührennummern für die aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen ist bisher keine umfassende Evaluation dieser Maßnahme erfolgt. Eine Studie des TNS Infratest im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) konstatiert eine Qualitätsverbesserung der zahnärztlichen Versorgung (TNS Infratest 2017). Die zugrunde liegende Analyse beinhaltet jedoch nur eine pauschale Zählung sogenannter Behandlungsfälle (quartalsweise Zahnarztkontakte), das heißt, sie beschreibt ausschließlich die Inanspruchnahme.

Der Zahnreport 2018 möchte sich daher im Schwerpunktteil einer umfassenden Analyse der Inanspruchnahme der neuen Gebührennummern und deren Auswirkung auf die Versorgung der besonders vulnerablen Gruppe der Pflegebedürftigen widmen.

8.2 Grundlegende Methodik

Die vorliegenden Analysen wurden, sofern nicht im jeweiligen Abschnitt anderweitig beschrieben, auf Basis von Routine- und Sekundärdaten der BARMER durchgeführt. Diese umfassen mit Stand zum 31. Dezember 2016 etwa 8,4 Millionen Versicherte. Davon waren 2,2 Millionen Versicherte 65 Jahre und älter, unter ihnen 340.000 Versicherte mit Pflegebedürftigkeit. Vollstationär gepflegt wurden 115.000 versicherte Senioren. Umfang und Verfügbarkeit der Daten entsprechen dabei den bereits im Standardteil ausgeführten Umfängen. Es wurden im Wesentlichen Inanspruchnahmen in absoluten und relativen Häufigkeiten erfasst und dargestellt. Sofern nicht anders beschrieben, wurden die Ergebnisse alters- und geschlechtsstandardisiert für die über 65-Jährigen dargestellt. Weitere Details sind direkt im jeweiligen Kapitel ausgeführt.

8.3 Deskription der Inanspruchnahme von Versorgung

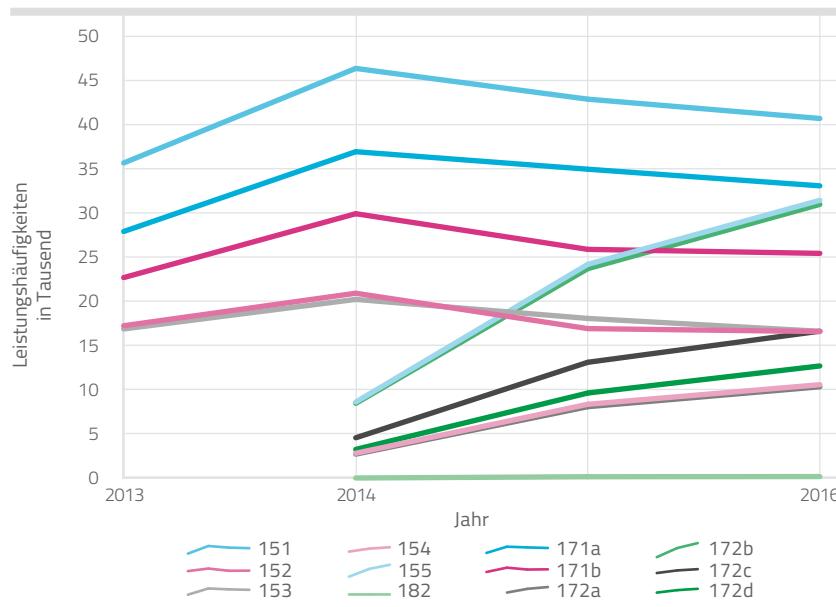
8.3.1 Entwicklung der Inanspruchnahme der neuen Leistungen

Im April 2013 und im April 2014 wurden neue Gebührennummern in den BEMA eingeführt. Details zu dieser Novellierung des BEMA sind im Kapitel 8.1.2 ausgeführt. Ziel dieser neuen Gebührennummern war unter anderem eine Verbesserung der Versorgung und ein Abbau von Zugangsbarrieren für Pflegebedürftige, denen ein Aufsuchen der

Vertragszahnarztpraxis in der Regel nicht mehr ohne Weiteres möglich ist. Ebenfalls wurde der Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Vertragszahnärzten und Pflegeeinrichtungen unterstützt. (Details siehe Kapitel 8.1.2). Ziel der ersten Analysen war es daher, die Inanspruchnahme dieser neuen Gebührennummern im zeitlichen Verlauf zu betrachten und die Entwicklungen im Bereich der Kooperationsverträge darzustellen.

Folgend wird die Inanspruchnahme ausgewählter neuer beziehungsweise modifizierter Gebührennummern seit der ersten Novellierung am 1. April 2013 beschrieben. In Abbildung 8.1 sind die Inanspruchnahmen der neuen beziehungsweise modifizierten Gebührennummern 151, 152, 153, 154, 155, 172a bis 172d und 182 dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass die allgemeinen Besuchspositionen wie BEMA 151 und 152 nicht nur durch Pflegebedürftige in Anspruch genommen werden können.

Abbildung 8.1: Absolute Inanspruchnahme neuer/modifizierter Gebührennummern des BEMA mit Bezug zur Versorgung Pflegebedürftiger seit dem Jahr 2013 (stand.D2013)



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Die Abbildung 8.1 zeigt insgesamt einen Anstieg der neuen Gebührennummern, beginnend im Jahr 2013 bis in das Jahr 2016. Einzelne Leistungen werden mehr in Anspruch genommen als andere. Dies ist auch durch die unterschiedliche Abrechenbarkeit der Leistungen bedingt. Zum Beispiel sind die Leistungen nach Gebührennummer 172c und 172d vom Zahnarzt einmal im halben Jahr abrechnungsfähig. Durch die nochmalige Novellierung/Modifizierung im Jahr 2014 verringert sich die Inanspruchnahme der Gebührennummern 151 bis 153 sowie 171a und 171b. Diese Verringerung wird aber durch die nochmals novellierten Gebührennummern (beispielsweise 155; 172a bis 172d) kompensiert. Insgesamt ist ein stetiger Anstieg der Inanspruchnahme von Besuchspositionen festzustellen.

Aus diesen Zahlen lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die neuen Gebührennummern vom Beginn ihrer Einführung an erfolgreich implementiert wurden. Die Ergebnisse zeigen auch, dass die Möglichkeit, Kooperationsverträge abzuschließen, relativ schnell nach der Einführung genutzt wurde und weiterhin genutzt wird. In der folgenden Analyse im Kapitel 8 wird daher der Abschluss von Kooperationsverträgen näher betrachtet. Da es sich bei dieser ersten Deskription der Nutzung neuer Gebührennummern zunächst um absolute Zahlen handelt, kann noch kein direkter Rückschluss auf eine versichertenbezogene Inanspruchnahme erfolgen. Derartige Aussagen können nur durch eine Betrachtung der gesamten Versorgungssituation der Pflegebedürftigen generiert werden. In den folgenden Teilkapiteln wird diese in einzelnen Analysen eingehender betrachtet.

8.3.2 Kooperationsverträge

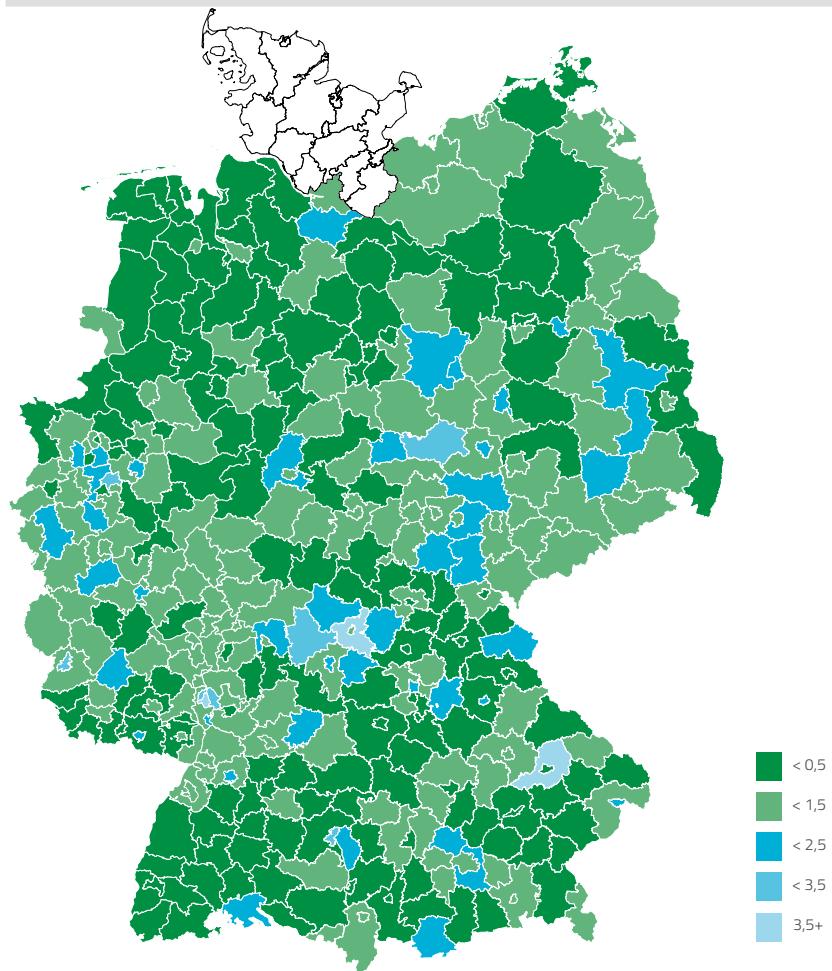
Durch die Novellierung des BEMA (Kapitel 8.1.2) wird explizit die Möglichkeit des Abschlusses von Kooperationsverträgen zwischen Pflegeeinrichtungen und Zahnärzten unterstützt. Die Abrechnung einiger ergänzender Leistungen, beispielsweise die Leistungen zur Prävention nach Gebührennummern 172c und 172d, sind ausdrücklich an einen Kooperationsvertrag geknüpft. Mit den Kooperationsverträgen wurden auch

zusätzliche Anreize für Vertragszahnärzte geschaffen, um zahnärztliche Betreuung und Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu erbringen.

Regionale Entwicklung

Eine direkte Darstellung der regionalen Entwicklung von Kooperationsverträgen war auf der derzeitigen Routinedatenbasis nicht möglich. Die einzige direkt messbare Größe ist die Inanspruchnahme von Leistungen durch Versicherte, die im Rahmen eines Kooperationsvertrages abgerechnet wurden. Diese Daten können bei vollstationär gepflegten Versicherten mit dem Wohnort, der dem Ort der Pflegeeinrichtung entspricht, verknüpft werden. In Abbildung 8.2 wird die regionale Verteilung von Inanspruchnahmen im Rahmen von Kooperationsverträgen vollstationär Pflegebedürftiger auf Kreisebene relativ zur Anzahl pflegebedürftiger Versicherter pro Jahr dargestellt. Aufgrund der unterschiedlichen Abrechenbarkeit bestimmter Gebührennummern wurde diese Darstellungsform gewählt. Auf Bundeslandebene sind zusätzlich die Inanspruchnahmeraten der neuen Gebührennummern mit Kooperationsvertrag bezogen auf vollstationär Pflegebedürftige im Jahr 2016 angegeben (Tabelle 8.2).

Abbildung 8.2: Anzahl abgerechneter neuer Gebührennummern (mit Kooperationsvertrag) je vollstationär Pflegebedürftigen pro Jahr, bezogen auf 2016, auf Kreisebene (stand.D2016)



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Auffällig ist hierbei die regionale Häufung. Besonders in den Ballungsräumen wurden offensichtlich im Verhältnis zur Zahl der Pflegebedürftigen sehr viele Leistungen im Rahmen von Kooperationsverträgen in Anspruch genommen.

Auch wenn die neuen Gebührennummern relativ gut im vertragszahnärztlichen Versorgungsgeschehen implementiert wurden, bestehen verhältnismäßig große regionale Unterschiede. Nachholbedarf im Hinblick auf die Inanspruchnahmen im Rahmen von Kooperationsverträgen haben demnach schwerpunktmäßig eher ländliche Regionen.

Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen von Kooperationsverträgen über die Zeit

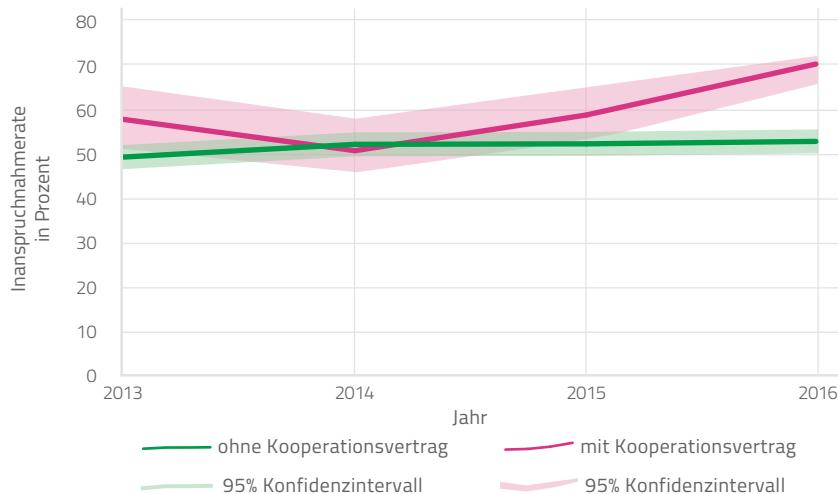
Vertragszahnärzte profitieren mit einem Kooperationsvertrag von einer anderen Vergütung ihrer Maßnahmen in der Pflegeeinrichtung. Im Umkehrschluss ist auch davon auszugehen, dass die Einrichtungen und insbesondere die Pflegebedürftigen von diesen Verträgen profitieren. Die Einrichtungen können bei spezifischen Beschwerden ihrer Bewohner direkt einen konkreten Ansprechpartner kontaktieren. Der Pflegebedürftige profitiert potenziell von präventiven Leistungen (beispielsweise BEMA 172c), die ohne einen Kooperationsvertrag nicht abrechenbar wären. Es stellt sich daher die Frage, wie sich im Rahmen eines Kooperationsvertrages erbrachte Leistungen über die Zeit hinweg entwickeln. Allerdings ist dies nicht ohne Weiteres aus den vorhandenen Daten ersichtlich, da hierbei Leistungsdaten manuell mit Daten von Pflegeeinrichtungen gematcht werden mussten. Aus datentechnischen Gründen können lediglich Daten aus den Bundesländern Berlin, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Hamburg für diese Analyse genutzt werden.

Als Maß für die Inanspruchnahme wurden konservierend-chirurgische Leistungen des BEMA (BEMA-Teil 1) gewählt. Diese beinhalten auch die novellierten Gebührennummern zu Besuchen.

Die Abbildung 8.3 zeigt eindrucksvoll, dass Versicherte in Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsvertrag, besonders nach der zweiten Novellierung im Jahr 2014, über die Zeit eine deutlich höhere Inanspruchnahme konservierend-chirurgischer Leistungen aufweisen, als dies in anderen Pflegeeinrichtungen ohne Kooperationsvertrag der Fall ist. Auch in dieser Gruppe ist ein leichter Anstieg nach der ersten Novellierung 2013 erkennbar. Bei vollstationär gepflegten Versicherten steigt demnach die Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Versorgung im Rahmen von Kooperationsverträgen stärker als außerhalb von Kooperationsverträgen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Kooperationsverträge den Zugang zu vertragszahnärztlicher Versorgung verbessern.

Abbildung 8.3: Inanspruchnahmerate von konservierend-chirurgischen Leistungen (beinhalten auch die neuen/modifizierten Gebührennummern) durch vollstationär gepflegte Versicherte in Einrichtungen mit und ohne Kooperationsvertrag (Stand.D2013)



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

8.4 Analyse der potenziellen Verbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Senioren durch die neuen Leistungen

Kapitel 8.3 hat die durchaus erfolgreiche Implementierung der neuen Gebührennummern beschrieben. Aber kann allein aus diesen Zahlen von einer Verbesserung der Versorgung für pflegebedürftige Senioren ausgegangen werden? Die folgende Analyse versucht, sich dem tatsächlichen Leistungsgeschehen zu nähern. Primäre Fragestellungen waren dabei:

- Mit welchen vertragszahnärztlichen Leistungen sind die neuen Gebührennummern zumeist verknüpft?
- Welche Leistungsbereiche werden nach Einführung häufiger in Anspruch genommen, wo besteht gegebenenfalls noch Optimierungsbedarf?

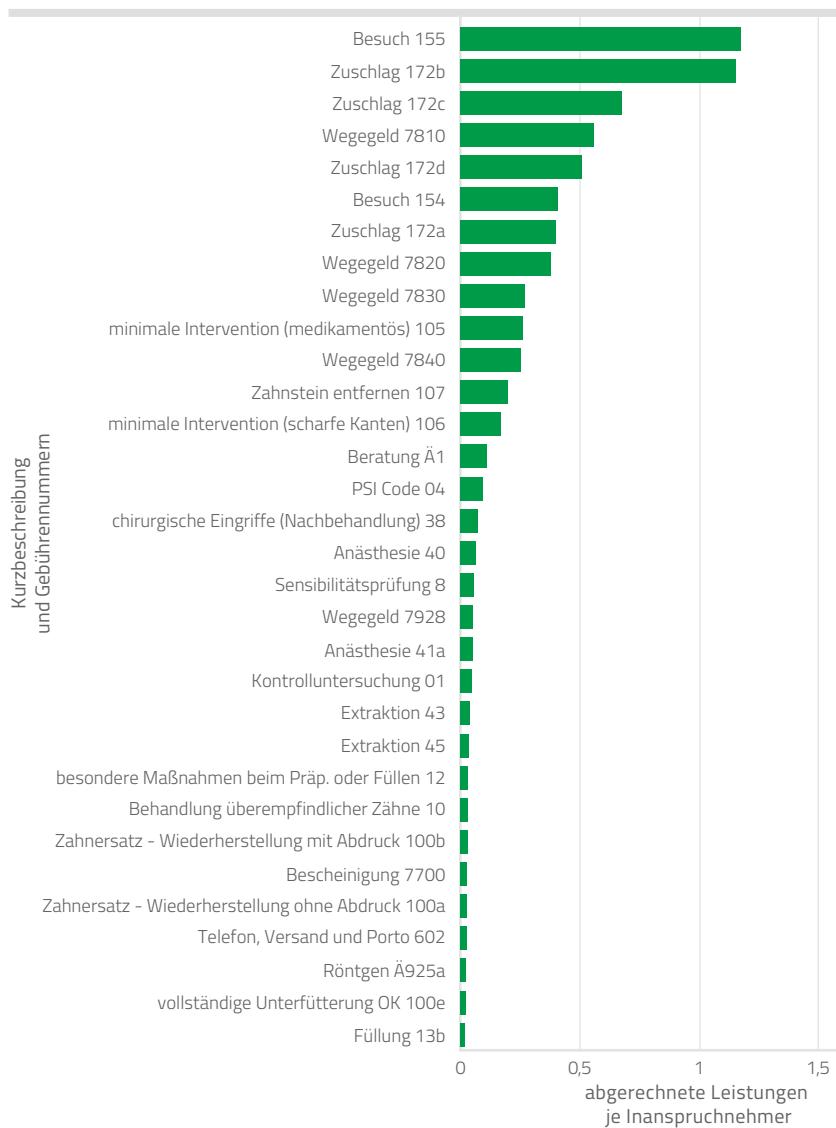
- Wie unterscheiden sich in diesem Zusammenhang vollstationär und nichtstationär gepflegte Versicherte im Vergleich zu Senioren ohne Pflegebedürftigkeit?
- Erfüllen die neuen Gebührennummern ihren Zweck, Pflegebedürftigen einen besseren Zugang zur Versorgung zu gewähren?

8.4.1 Maßnahmen im zeitlichen Umfeld der Besuche

Zunächst wurden die abgerechneten Gebührennummern versichertenbezogen im zeitlichen Umfeld von 90 Tagen nach Abrechnung der neuen Gebührennummern 154 oder 155 analysiert und beschrieben. Das Ergebnis ist in Abbildung 8.4 dargestellt.

Dabei zeigt sich, dass die Rangfolge der im zeitlichen Umfeld von 90 Tagen abgerechneten Gebührennummern in der Regel von Zuschlägen und Wegegeldern angeführt wird. Werden gezielt Therapieleistungen betrachtet, wurden je nach primärer Besuchsleistung die kleineren Leistungen des BEMA-Teils 1 am häufigsten in Anspruch genommen, wie zum Beispiel die Gebührennummern 105, 106 oder 107 (Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen/Prothesendruckstellen, Entfernung scharfer Kanten, Zahnsteinentfernung). Details dazu sind für die Besuchsleistungen 154 oder 155 in der Abbildung 8.4 dargestellt.

Abbildung 8.4: Rangfolge abgerechneter Leistungen bis zu 90 Tage nach Abrechnung einer Gebührennummer 154 oder 155



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Anmerkung: Rangfolge beinhaltet auch die zugrunde liegende Besuchsleistung nach 154 oder 155.

Es zeigt sich, dass im Umfeld der neuen Gebührennummern für Besuche, vorwiegend (weitere) Besuche, Zuschläge und Wegegelder und erst zweitrangig Therapieleistungen zu verzeichnen sind. Die Rangfolge der festgestellten Therapieleistungen erscheint dabei logisch und entspricht den Erwartungen. So ist die Entfernung von Prothesendruckstellen sicherlich eine häufige Notwendigkeit. Da die Besuchsleistungen nach BEMA-Nummern 154 beziehungsweise 155 bereits eine eingehende Untersuchung und Beratung beinhalten, sind auch diese Leistungen im Umfeld der Besuchsleistung primär nicht zu detektieren. Zur genaueren Analyse wurden auch die Zeiträume „60 Tage nach Besuch“ und „180 Tage nach Besuch“ auf eine eventuelle Veränderung des Leistungsschemas hin untersucht. In beiden Fällen waren keine wesentlichen Änderungen gegenüber der Abbildung 8.4 zu verzeichnen.

In einem zweiten Ansatz wurden alle Leistungen jenseits von Besuchen, Zuschlägen und Wegegeldern betrachtet. Diese weiteren Leistungen beinhalten auch die relevanten Therapieleistungen (siehe Anhangstabelle A22). Mehr als 69 Prozent der Besuche blieben am selben Tag ohne eine derartige weitere Leistung. Nach bis zu 90 Tagen blieben 53 Prozent der Besuche ohne eine derartige weitere Leistung. Mehr als die Hälfte aller Besuchsfälle bleibt demnach auch mittelfristig ohne weitere Therapieleistung. Dabei wurden auch prothetische Leistungen berücksichtigt, deren Heil- und Kostenpläne im entsprechenden zeitlichen Umfeld abgerechnet wurden. Das relativ seltene Auftreten von Therapieleistungen im Umfeld der neuen Besuchspositionen erstaunt, besonders vor dem Hintergrund der in Studien beschriebenen hohen Therapiebedarfe. Dieses Ergebnis erlaubt verschiedene Interpretationsansätze, die gesammelt am Ende dieses Kapitels diskutiert werden.

seltenes Auftreten von Therapieleistungen im Umfeld neuer Besuchspositionen trotz beschriebener hoher Therapiebedarfe

8.4.2 Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Versorgung seit Einführung der neuen Gebührennummern

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erkenntnisse, dass die neuen Besuchsleistungen nur mittelbar mit weiteren Therapieleistungen verknüpft sind, ist die Frage nach der Entwicklung der Inanspruchnahme verschiedener Therapieleistungen über die Zeit bei pflegebedürftigen Senioren von Interesse.

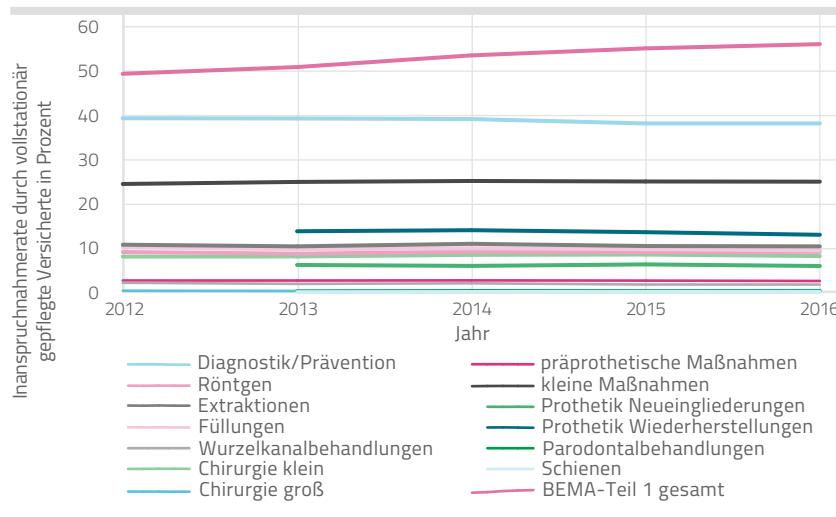
Über die Jahre 2012 bis 2016 wurden alle versicherten Senioren der BARMER ab 65 Jahren in die Analyse einbezogen. Die Stichprobe wurde in vollstationär Pflegebedürftige, ambulant Pflegebedürftige und Nichtpflegebedürftige unterteilt. Wesentliche Bereiche der vertragszahnärztlichen Therapie wurden in Gruppen von Gebührennummern zusammengefasst (Details siehe Tabelle A22 im Anhang).

Folgende Gruppen wurden zusammengefasst und analysiert:

- Diagnostik/Prävention
- Röntgen
- Extraktionen und chirurgische Eingriffe
- Füllungen
- Wurzelkanalbehandlungen
- Chirurgie klein
- Chirurgie groß
- präprothetische Maßnahmen
- kleine Maßnahmen
- Prothetik Neueingliederungen
- Prothetik Wiederherstellungen
- Parodontalbehandlungen
- Schienen
- BEMA-Teil 1 gesamt (als Surrogat für Inanspruchnahme allgemein, beinhaltet auch novellierte Gebührennummern für Besuche)

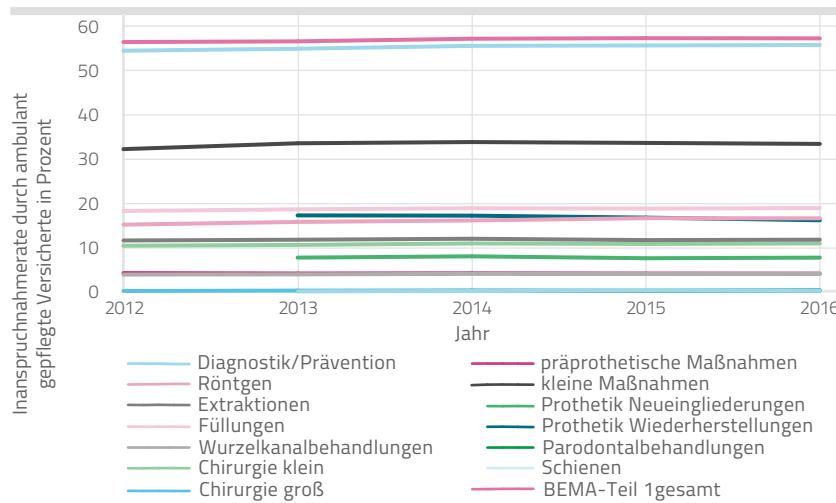
Anschließend wurde die relative Inanspruchnahmerate je Versicherten berechnet und grafisch dargestellt. Abbildung 8.5 stellt dabei die relative versichertenbezogene Inanspruchnahme für vollstationär gepflegte Versicherte, Abbildung 8.6 vergleichend für ambulant/nichtstationär gepflegte Versicherte und Abbildung 8.7 vergleichend für nicht gepflegte Versicherte ab 65 Jahren dar.

Abbildung 8.5: Inanspruchnahmerate verschiedener zahnmedizinischer Bereiche durch Versicherte in vollstationärer Pflege ab 65 Jahren über die Zeit von 2012 bis 2016



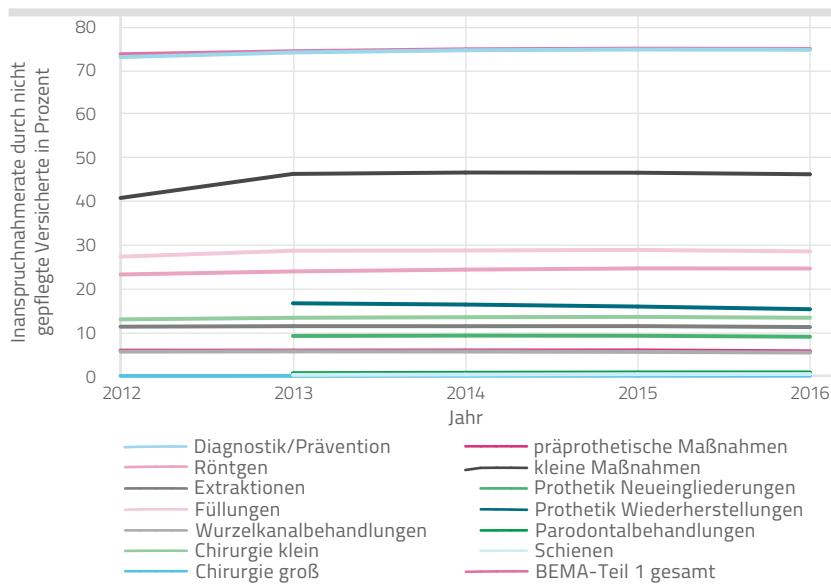
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen, (stand.D2012)

Abbildung 8.6: Inanspruchnahmerate verschiedener zahnmedizinischer Bereiche durch Versicherte in ambulanter Pflege ab 65 Jahren über die Zeit von 2012 bis 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen, (stand.D2012)

Abbildung 8.7: Inanspruchnahmerate verschiedener zahnmedizinischer Bereiche durch nichtpflegebedürftige Versicherte ab 65 Jahren über die Zeit von 2012 bis 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen, (stand.D2012)

Veränderungen in der Gesamtinanspruchnahme des BEMA-Teils 1 nur durch zusätzliche Inanspruchnahme der novellierten Gebührennummern

Betrachtet man die Entwicklung der versichertenbezogenen Inanspruchnahme einzelner Leistungsgruppen, so fällt zunächst auf, dass bei vollstationär gepflegten Versicherten die neuen Leistungen des BEMA-Teils 1 einen erwartungsgemäßen Anstieg zeigen. Bei ambulant gepflegten Versicherten ist ein gerade erkennbarer Anstieg festzustellen. Nicht gepflegte Versicherte zeigen erwartungsgemäß keine Änderungen. Betrachtet man allerdings die einzelnen Teilbereiche, fällt auf, dass die Veränderungen der Gesamtinanspruchnahme des BEMA-Teils 1 lediglich durch die zusätzliche Inanspruchnahme der novellierten Gebührennummern zustande kommen, da bei anderen Gebührennummern des BEMA-Teils 1 kaum Veränderungen sichtbar sind. Das Leistungsspektrum bei vollstationär Pflegebedürftigen, ambulant Pflegebedürftigen und Nichtpflegebedürftigen unterscheidet sich zum Teil deutlich. Die Inanspruchnahmeraten von Therapieleistungen sind für vollstationär Pflegebedürftige erwartungsgemäß am geringsten und für Nichtpflegebedürftige am höchsten. Leistungen

für Wiederherstellungen oder Reparaturen von Zahnersatz sind über die Jahre 2013 bis 2016 bei allen drei Gruppen leicht rückläufig.

Die Entwicklung des Leistungsgeschehens über die Zeit wirft Fragen auf. Basierend auf den Erkenntnissen zu erhöhten Therapiebedarfen in stationären Pflegeeinrichtungen, war zumindest in Bereichen wie „kleine Maßnahmen“ oder „Zahnersatz – Reparaturen“ (Prothetik Wiederherstellungen) von einem Anstieg über die Zeit seit Einführung der neuen/novellierten Gebührennummern ausgegangen worden. Allerdings sind die Besuchs- und Zuschlagsleistungen die einzigen Leistungsbereiche, die einen Anstieg zu verzeichnen haben. Selbst einfache Maßnahmen zeigen seit Einführung der neuen Gebührennummern bei vollstationär Gepflegten keine höhere Inanspruchnahmerate als vor beziehungsweise zum Zeitpunkt der Einführung. Vor dem Hintergrund des in Studien festgestellten Therapiebedarfs ist dieses Ergebnis überraschend.

Bei Betrachtung der repräsentativen Ergebnisse der Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS III, IV, V) fallen eine zunehmend längere Verweildauer von Zähnen im Mund der älteren Patienten und die abnehmende Zahl der Zahnlösigkeit bei Senioren auf (Institut der Deutschen Zahnärzte 1999; Micheelis und Schiffner 2006; Jordan und Micheelis 2016). Die leicht sinkende Inanspruchnahmerate von Wiederherstellungen oder Reparaturen von Zahnersatz könnte in der Gruppe nicht gepflegter Senioren daher eventuell mit aktuellen epidemiologischen Entwicklungen begründet werden. In der Gruppe der vollstationär gepflegten Versicherten war das Ergebnis unerwartet, sind doch gerade diese Maßnahmen wahrscheinlich in den Pflegeeinrichtungen relativ oft erforderlich und in der Regel auch ohne größeren Aufwand vor Ort durchführbar. Ein verbesserter Zugang zu vertragszahnärztlicher Versorgung hätte hier einen Anstieg vermuten lassen.

Um regionale Unterschiede und Besonderheiten zu detektieren, wurde eine reduzierte Darstellung, aufgegliedert auf Länderebene, erstellt. Diese ist in Tabelle 8.2 dargestellt.

Tabelle 8.2: Regionale Veränderungen von Inanspruchnahme allgemein und Inanspruchnahme Therapie bei vollstationär Pflegebedürftigen seit dem Jahr 2013 in Prozent**

Änderung Inanspruchnahmerate *	Änderung Therapieleistungen *	Bundesland	Inanspruchnahme der neuen Gebührennummern durch vollstationär gepflegte Versicherte im Rahmen eines Kooperationsvertrages im Jahr 2016
13,6 ↗	1,5 →	Hamburg	17,2
-1,7 →	-4,7 ↘	Niedersachsen	6,8
12,2 ↗	-3,9 ↘	Bremen	22,2
6,9 ↗	-1,1 →	Nordrhein-Westfalen	15,2
15,8 ↗	6,3 ↗	Hessen	15,1
20,5 ↗	3,3 ↗	Rheinland-Pfalz	18,7
10,0 ↗	2,1 →	Baden-Württemberg	12,5
9,7 ↗	2,2 →	Bayern	12,9
0,4 →	-3,3 ↘	Saarland	4,3
5,2 ↗	-9,7 ↘	Berlin	20,8
18,4 ↗	4,7 ↗	Brandenburg	16,6
6,3 ↗	2,0 →	Mecklenburg-Vorpommern	16,2
7,4 ↗	2,1 →	Sachsen	19,0
9,7 ↗	0,6 →	Sachsen-Anhalt	26,8
0,6 →	-14,3 ↘	Thüringen	24,2

* mit und ohne Kooperationsvertrag

** ergänzend regionale Inanspruchnahmerate der neuen Gebührennummern durch vollstationär gepflegte Versicherte im Rahmen eines Kooperationsvertrages.

Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

teilweise deutliche
Unterschiede zwischen
einzelnen Bundesländern

Die Ergebnisse der regionalen Analysen zeigen zum Teil deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern. Dabei sind kaum Muster erkennbar. Unterschiede in der Entwicklung der Inanspruchnahmen fallen allenfalls zwischen Stadtstaaten und Flächenländern auf. So steigt sowohl in Bremen als auch in Berlin zwar die Gesamtinanspruchnahme, die Inanspruchnahme von Therapieleistungen dagegen sinkt jedoch. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Bereiche unterschiedliche Ausgangswerte aufweisen. Die Ausgangs- und Endwerte streuen über alle Bundesländer hinweg sehr stark. Starke Steigungen bedeuten demnach nicht zwangsläufig hohe Endwerte und umgekehrt. In einigen Regionen kommt es auch zu einem Anstieg von Therapieleistungen.

Da für Schleswig-Holstein lediglich verlässliche Daten zu den erbrachten Leistungen im Bereich „Zahnersatz“ vorliegen, kann wie auch in den Vorgängerreporten keine vergleichende Betrachtung mit den übrigen Bundesländern erfolgen. Ebenfalls nur mit größter Vorsicht sollten die Ergebnisse aus dem Saarland betrachtet werden. Wie im Zahnreport 2016 (Thema: Regionale Unterschiede) bereits mehrfach beschrieben, sind die Inanspruchnahmen im Saarland in der Regel nicht mit dem übrigen Bundesgebiet vergleichbar. Entsprechende Ursachen dafür können im Rahmen dieses Reports nicht eruiert werden.

8.4.3 Beurteilung der Ergebnisse

Das Inanspruchnahmeniveau vertragszahnärztlicher Therapieleistungen durch Pflegebedürftige hat sich über die Jahre 2012 bis 2016 kaum verändert. In einigen Teilbereichen ist sogar ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

Die sprunghafte Zunahme der Abrechnung der neuen/modifizierten Besuchsleistungen belegt eine deutlich stärkere Inanspruchnahme aufsuchender Betreuung von Pflegebedürftigen durch Zahnärzte (Abbildung 8.5). In diesem Zusammenhang wäre zumindest eine höhere Inanspruchnahme bestimmter Therapieleistungen, vorzugsweise einfacher und in der Einrichtung erbringbarer Leistungen, zu erwarten gewesen. Letztlich findet in den Pflegeeinrichtungen andererseits deutlich mehr Diagnostik statt als vor der Änderung. Auch dies ist natürlich schon als Fortschritt zu werten. In den Bereichen der Optimierung/Reparatur von Zahnersatz oder bei kleineren Maßnahmen wie Druckstellenbeseitigungen hätten die Autoren wenigstens eine moderate Zunahme erwartet. Allerdings ist eine solche Zunahme nicht festgestellt worden. Im Gegenteil: Bei der Reparatur von Zahnersatz sind die Inanspruchnahmen durch pflegebedürftige Versicherte sogar leicht rückläufig. Dieses Ergebnis überrascht. Das eigentliche Ziel der Analyse, positive und negative Entwicklungen in einzelnen Therapiebereichen darzustellen, konnte daher nicht realisiert werden, da sich in keinem Therapiebereich eine nennenswerte Änderung zeigte.

Was zeigt dieses Ergebnis im Hinblick auf die Versorgung? Dabei müssen zwei Aspekte getrennt betrachtet werden: zahnärztliche Prävention und zahnärztliche Therapie. Bei Betrachtung der präventiven Seite kann von einer Verbesserung für Pflegebedürftige

Das Ziel, mehr Versorgung in die Pflegeeinrichtungen zu bringen, wird auf Therapieseite nicht erreicht.

ausgegangen werden. Immerhin haben mehr vollstationär gepflegte Versicherte inzwischen Zugang zu vertragszahnärztlicher Versorgung in Form von Besuchen. Wird dagegen die Therapieseite betrachtet, muss festgestellt werden, dass durch die neuen Gebührennummern in der Realität der Pflegeeinrichtungen keine Verbesserung aufgezeigt werden kann. Das Hauptziel des modifizierten BEMA, mehr Versorgung in die Pflegeeinrichtungen zu bringen, wird demnach auf der Therapieseite nicht erreicht.

Es zeigt sich auch, dass dieses bundesweit berechnete Ergebnis regional betrachtet sehr differenziert ausfällt. Hier können Bundesländer wie Hessen, Rheinland-Pfalz oder Brandenburg identifiziert werden, in denen ein Anstieg von Therapieleistungen in Verbindung mit der Nutzung der novellierten Ziffern erkennbar ist. In Bremen und Berlin ist dagegen trotz Anstieg der Inanspruchnahme allgemein ein Rückgang von Therapieleistungen zu verzeichnen. Diese unerwartete Entwicklung in einzelnen Stadtstaaten unterstreicht die Bedeutung einer adäquaten Begleitforschung. Das Ergebnis lässt vielfältige spekulative Interpretationsspielräume zu. Das folgende Kapitel beinhaltet daher eine ergänzende Analyse zur Entwicklung von Erklärungsmodellen.

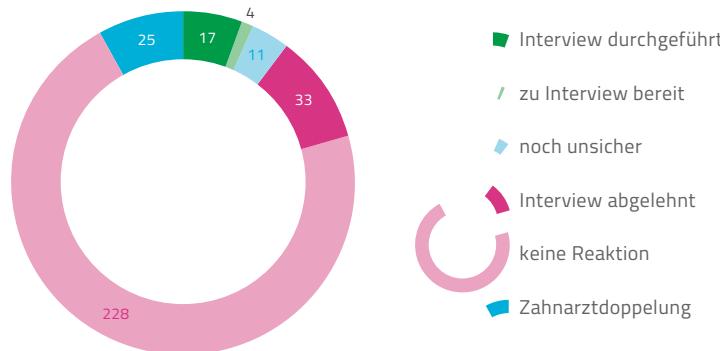
8.5 Entwicklung von Erklärungsmodellen durch strukturierte Interviews

8.5.1 Methodik

Zur Analyse der potenziellen Ursachen für die Stagnation der vertragszahnärztlichen Therapieleistungen bei pflegebedürftigen Versicherten ab 65 Jahren erschien eine weiterführende Analyse von Routine- und Sekundärdaten ungeeignet. Andere Studien können zwar Aspekte von Therapie oder Nichttherapie in Pflegeeinrichtungen beschreiben (Rabbo 2012; Gerritsen, van de Bilt, Cune et al. 2013; Gaszynska, Szatko, Godala et al. 2014; Ghazal, Caplan, Cowen et al. 2015 und andere), liefern aber keine konkreten Lösungsansätze. Aufgrund dessen entschieden die Autoren, eventuelle Probleme direkt in der Versorgungsrealität vor Ort zu untersuchen. Dazu wurden strukturierte Interviews in Pflegeeinrichtungen mit vertraglichem Kooperationszahnarzt in den Großräumen Berlin und Dresden durchgeführt. Bei diesen Interviews waren jeweils ein Mitarbeiter der Einrichtungsadministration und der jeweilige Kooperationszahnarzt

anwesend. Insgesamt 318 Einrichtungen wurden initial kontaktiert, 17 Interviews kamen dabei zustande. Die Abbildung 8.8 zeigt die Stichprobe.

Abbildung 8.8: Stichprobe für die strukturierten Interviews: Darstellung der Ausschöpfung der kontaktierten Pflegeeinrichtungen und Drop-outs



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Anmerkung: Einrichtungen, welche den gleichen Kooperationszahnarzt hatten, wurden im Nachhinein ausgeschlossen (Zahnarztdoppelung)

Die Interviews wurden in Anlehnung an einen strukturierten Fragebogen geführt, wobei dem Gespräch aber durchaus freier Raum gegeben wurde, um auch Nebenaspekte zu erfassen und Details genauer beschreiben zu können. Das Interview gliederte sich in drei wesentliche Abschnitte:

- Entwicklung und Auswirkungen der Kooperation,
- Verhinderungsgründe gegebenenfalls notwendiger Therapie und
- potenzielle Optimierungsmöglichkeiten und konkrete Lösungsansätze.

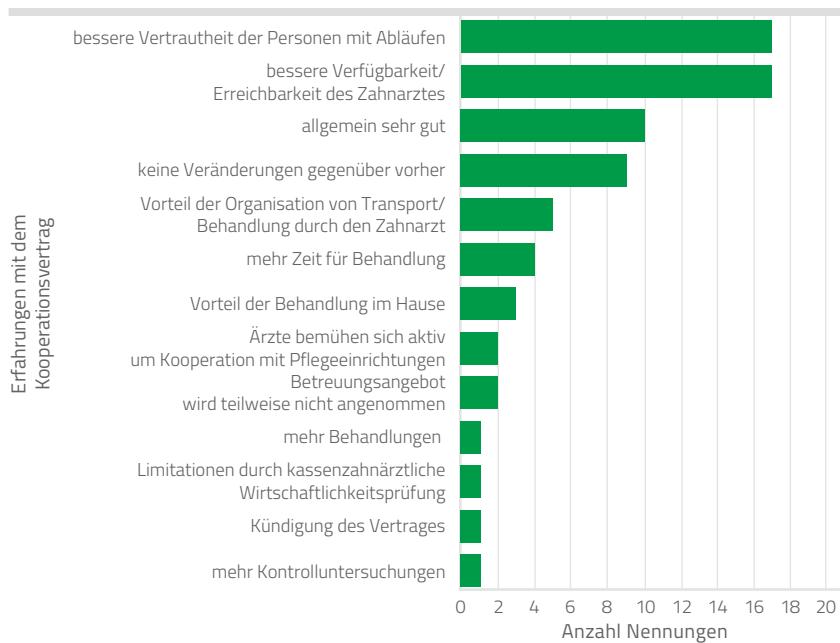
Die Interviews wurden mit Zustimmung der Beteiligten digital aufgezeichnet. Parallel dazu erfolgte eine Mitschrift der wesentlichen Erkenntnisse aus den Interviews. Die digitale Audioaufzeichnung und das handschriftliche Protokoll wurden anschließend transkribiert

und in mehreren Iterationen zu Kategorien zusammengefasst. Durch die Kategorisierung können die qualitativen Daten auch quantitativ ausgewertet werden.

8.5.2 Ergebnisse der Interviews

Eine komplette Darstellung aller Interviewdetails wäre dem Umfang dieses Reports nicht gerecht geworden. Deshalb fokussiert sich diese Auswertung auf die wesentlichen Aspekte, die zur Klärung der wissenschaftlichen Fragestellung relevant erschienen. Abbildung 8.9 zeigt die Erfahrungen der Pflegeeinrichtungen mit den neuen Kooperationsverträgen.

Abbildung 8.9: Zusammenfassung der Antworten zum Fragenkomplex Erfahrungen mit den Kooperationsverträgen



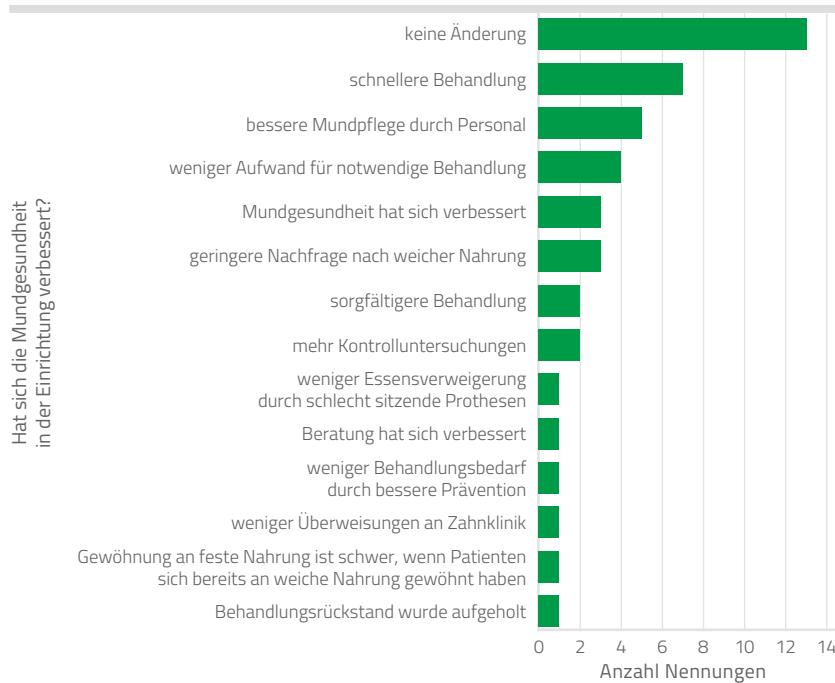
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

überwiegende
Zufriedenheit mit den
Kooperationsverträgen

Die Antworten zeigen eine überwiegende Zufriedenheit der Pflegeeinrichtungen mit den Kooperationsverträgen. Vor allem die bessere Verfügbarkeit des Zahnarztes und die wachsende Vertrautheit mit dem Kooperationspartner werden häufig genannt. Der

nächste Fragenkomplex zielte darauf ab, ob der Vertragszahnarzt und die Pflegeeinrichtung eine Verbesserung der Mundgesundheit registriert haben. Die Antworten sind in Abbildung 8.10 in absoluten Häufigkeiten dargestellt.

Abbildung 8.10: Zusammenfassung der Antworten zum Fragenkomplex Verbesserung der Mundgesundheit

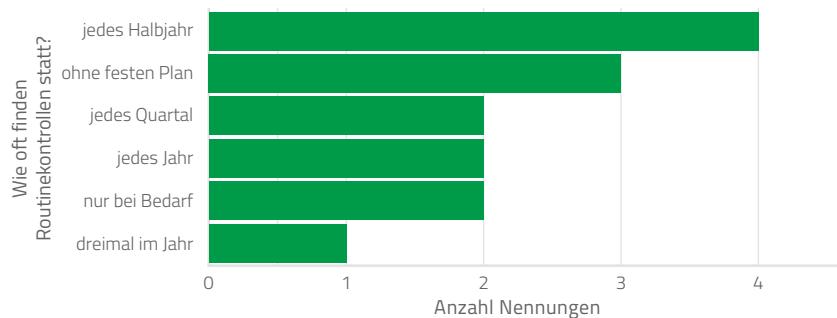


Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Die Antworten zeigen einerseits, dass in vielen Einrichtungen keine Änderung der Mundgesundheit der Bewohner spürbar war. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass zahlreiche interviewte Einrichtungen auch vor den Kooperationsverträgen bereits einen Partnerzahnarzt hatten, der im Bedarfsfall zur Verfügung stand. In vielen Fällen zeigen sich aber auch konkrete Verbesserungen. Besonders zu erwähnen ist dabei die Verbesserung der Ernährung von Patienten in bestimmten Einrichtungen, da eine bessere und vollwertige Nahrung auch positive Impulse im Hinblick auf den allgemeinen Gesundheitszustand setzt.

Im nächsten Fragenkomplex wird behandelt, ob und wie oft Routineuntersuchungen zur Mundgesundheit/zu Befundungen stattfinden. Die Ergebnisse sind in Abbildung 8.11 dargestellt.

Abbildung 8.11: Zusammenfassung der Antworten zum Fragenkomplex Häufigkeit von Routineuntersuchungen

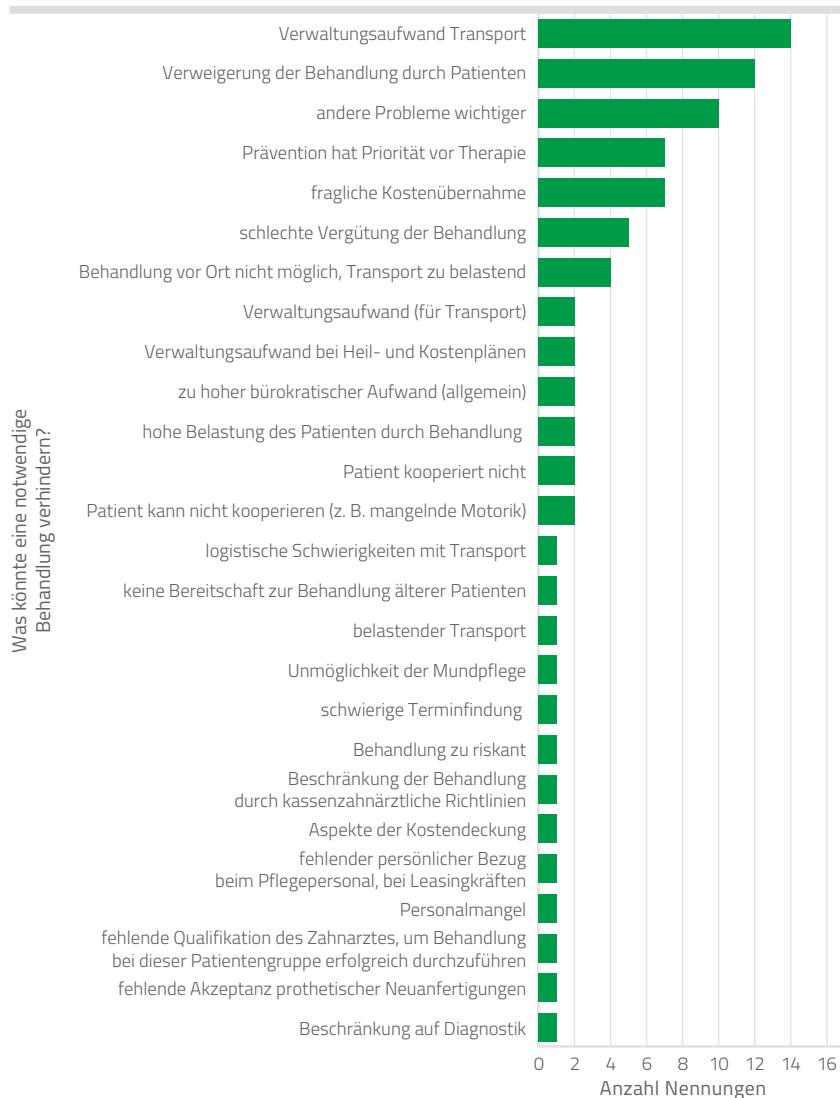


Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Routineuntersuchungen zur Mundgesundheit, vergleichbar mit der BEMA-Leistung 01 für Nichtpflegebedürftige, finden am häufigsten halbjährlich statt. Damit entspricht dieses Vorgehen prinzipiell den Empfehlungen, regelmäßige Kontrollen bei Pflegebedürftigen durchzuführen (BZÄK-Leitfaden).

Wurden den Interviewbeteiligten die Ergebnisse der vorherigen Kapitel – keine Veränderungen der Therapieinanspruchnahme – dargelegt, zeigten sie sich in der Regel zunächst überrascht. Nach den einleitenden Fragenkomplexen zum aktuellen Kooperationsvertrag hinterfragt der nächste Aspekt detailliert mögliche Gründe, weshalb eine gegebenenfalls notwendige Therapie letztlich nicht stattfindet. Die Ergebnisse sind in Abbildung 8.12 dargestellt.

Abbildung 8.12: Zusammenfassung der Antworten zum Fragenkomplex potenzielle Hinderungsgründe für Therapie



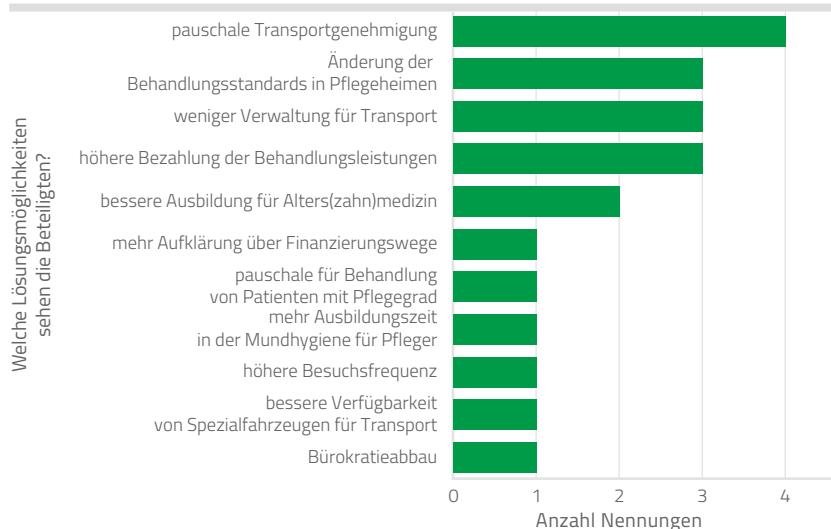
Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Am häufigsten wurde die Antwortkategorie „zu hoher Verwaltungsaufwand beim Transport“ genannt. Dies betrifft in erster Linie Behandlungen, die zu komplex sind, um sie in der Pflegeeinrichtung durchzuführen und für die ein individueller Transport des Pflegebedürftigen in die Zahnarztpraxis erforderlich ist. Die Kostenübernahme und Beantragung der Transporte von Kranken und Pflegebedürftigen zu ambulanten Behandlungen sind prinzipiell kassenübergreifend einheitlich geregelt. Hier konnte ein Optimierungsbedarf erkannt werden. Ein weiterer Lösungsansatz könnte auch in der Verbesserung der Rahmenbedingungen für Behandlungen vor Ort bestehen, um das Erfordernis von Transporten zu reduzieren. An zweiter und dritter Stelle folgen die Ablehnung der Behandlung durch den Pflegebedürftigen und ein geringer subjektiver Stellenwert der zahnmedizinischen Probleme. Dies entspricht im Prinzip der in der Einleitung dargestellten Diskrepanz zwischen normativem und subjektivem Behandlungsbedarf.

Nachfolgend wurden die Interviewbeteiligten befragt, welche Lösungsmöglichkeiten sie für diese Problematik sehen und wie gegebenenfalls die zahnmedizinische Therapie verbessert werden könnte. Die Ergebnisse dazu sind in Abbildung 8.13 zusammengefasst.

An erster Stelle beschreiben die Beteiligten den Wunsch nach einer Optimierung der Transportgenehmigung. Auch der Wunsch nach einer Adaptation von Therapiestandards an die schwierigen Rahmenbedingungen in der Pflegeeinrichtung und Honorierungsaspekte wurden geäußert.

Abbildung 8.13: Zusammenfassung der Antworten zum Fragenkomplex nach Lösungsmöglichkeiten, um gegebenenfalls mehr erforderliche Therapie zu ermöglichen



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

8.5.3 Diskussion der Ergebnisse

Bei Betrachtung der Interviewergebnisse muss zunächst die explorative Methodik kritisch hinterfragt werden. Der regionale Bezug der Befragung ist dabei in erster Linie den Standorten der Autoren geschuldet. Es liegt eine sogenannte Stichprobe auf das Geratewohl vor, keine repräsentative Erhebung. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die Bereitschaft zum Interview eher bei überdurchschnittlich engagierten Einrichtungen und Zahnärzten vorliegt. Dadurch könnte es zu einer Verzerrung gekommen sein. Da die gegebenen Antworten vielfach von mehreren Einrichtungen/Zahnärzten geäußert wurden, sind sie durchaus hinweisgebend und aus dieser Perspektive wertvoll.

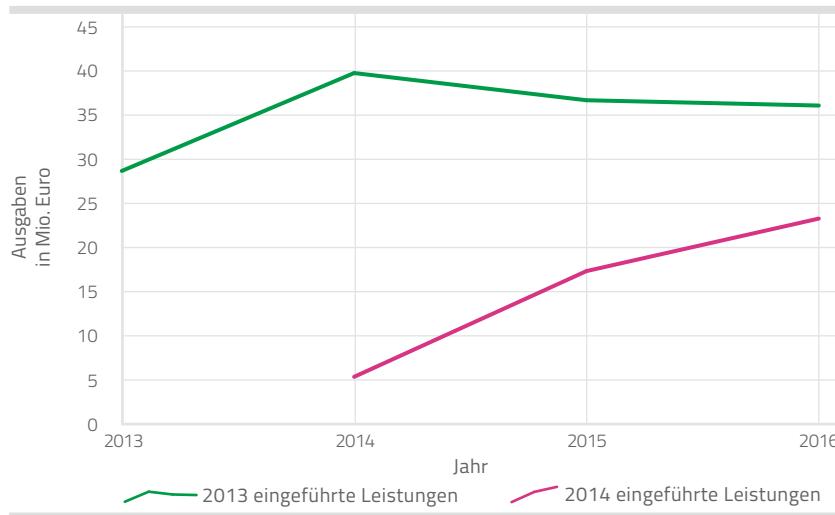
Die überwiegend positiven Erfahrungen mit den Kooperationsverträgen und die zum Teil wahrgenommene Verbesserung der Mundgesundheit der Pflegebedürftigen unterstützen die These, dass die neuen Gebührennummern die Prävention und den Zugang von Pflegebedürftigen zur Versorgung stärken.

Bei der Analyse der Gründe, die gegen die Durchführung einer notwendigen Therapie sprechen, werden an erster Stelle Verwaltungsprobleme genannt. An zweiter Stelle folgen bereits die Therapieverweigerung und der niedrige Stellenwert zahnmedizinischer Probleme im gesamtgesundheitlichen Kontext. Die Häufigkeit von Therapieverweigerung bestätigt die bekannte Diskrepanz zwischen subjektivem und normativem Behandlungsbedarf. Daher stellt sich letztlich die Frage, wie viel Therapie auf dem bisherigen Weg überhaupt in den Pflegeeinrichtungen vor Ort erbracht werden kann und für die Pflegebedürftigen sinnvoll ist. Weitere Studien erscheinen erforderlich, um diese Aspekte näher zu analysieren.

8.6 Ausgaben

Die vorangegangenen Abschnitte zeigen eine deutlich gesteigerte Inanspruchnahme der neuen Gebührennummern und einen zum Teil höheren Durchdringungsgrad vertragszahnärztlicher Versorgung bei Pflegebedürftigen. Andererseits können aber auch Defizite vermutet werden. Zum vollständigen Gesamtbild gehört auch eine Betrachtung der Ausgaben. Die Entwicklung der Ausgaben für die neuen/modifizierten Gebührennummern ist in Abbildung 8.14 dargestellt.

Abbildung 8.14: Entwicklung der Ausgaben für die neuen/modifizierten BEMA-Gebührennummern für Besuche hochgerechnet auf GKV-Ebene



Quelle: BARMER-Daten 2016, eigene Berechnungen

Hochgerechnet auf die vertragszahnärztliche Versorgung Deutschlands wurden für die entsprechenden Gebührennummern im Jahr 2016 zuletzt mehr als 55 Millionen Euro ausgegeben. Dabei ist zwar zu beachten, dass nicht alle Besuchsziffern eindeutig Pflegebedürftigen zugerechnet werden können, letztlich ist die Novellierung des BEMA aber mit erheblichen Mehrausgaben im mittleren zweistelligen Millionenbereich für die GKV verbunden. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse zur Entwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung muss diese Summe kritisch betrachtet werden. Die vorliegenden Daten und Ergebnisse untermauern die Forderung nach adäquater Begleitforschung bei vergleichbaren Veränderungen im Gesundheitssystem, damit die Zielgruppen größtmöglich profitieren.

Die Novellierung des BEMA ist mit erheblichen Mehrausgaben für die GKV verbunden.

8.7 Schlussfolgerungen

In der Gesamtschau betrachtet hinterlassen die vorliegenden Ergebnisse des Zahnreports einen ernüchternden Eindruck. Wurde das Ziel erreicht, mehr Versorgung direkt zu den Pflegebedürftigen zu bringen?

Pflegebedürftige Senioren haben im Vergleich zu den Zeiträumen vor April 2013 häufiger Zahnarztkontakte.

Die Einführung neuer Gebührennummern beziehungsweise Leistungsbeschreibungen im BEMA haben unbestritten zu einem Mehr an Versorgung für pflegebedürftige Senioren geführt. Unbestritten ist ebenfalls, dass eine Vielzahl von Kooperationsverträgen entstanden ist. Positiv kann somit festgehalten werden, dass pflegebedürftige Senioren im Vergleich zu den Zeiträumen vor April 2013 deutlich häufiger Zahnarztkontakte haben. Vielerorts haben Pflegebedürftige daher im Falle konkreter zahnmedizinischer Probleme vermutlich einen deutlich verbesserten Zugang zum Versorgungssystem. Hinzu kommt der positive Effekt der Prävention. Mit den neuen Gebührennummern ist es erstmals möglich, vollstationär Pflegebedürftigen direkt präventive Maßnahmen zukommen zu lassen. Auch wenn für die Ergebnisse des Reports nicht mehr relevant, erfährt die vertragszahnärztliche Prävention aktuell durch die Neufassung des § 22a im SGB V nochmals eine deutliche Aufwertung. Ein potenzieller positiver Effekt der neuen präventiven Maßnahmen ließe sich jedoch vermutlich erst in einigen Jahren effektiv messen.

Anstieg kleiner, unproblematisch zu erbringender Maßnahmen bei vollstationär Gepflegten nicht messbar

Messbar ist allerdings der Effekt der neuen Gebührennummern auf die Entwicklung der vertragszahnärztlichen Therapie bei Pflegebedürftigen. Betrachtet man die Entwicklung der eigentlichen Therapieleistungen bei pflegebedürftigen Senioren, so geht diese nicht mit dem sprunghaften Anstieg der neuen Gebührennummern einher. Im Gegenteil: In keinem relevanten Therapiebereich wurden nennenswerte Anstiege verzeichnet. Im Bereich kleiner, in Pflegeeinrichtungen eher unproblematisch zu erbringender Maßnahmen, wie beispielsweise Druckstellenentfernungen oder Zahnersatzreparaturen, ist ein erwarteter Anstieg bei vollstationär Gepflegten nicht messbar.

Stärkung des Zugangs und der Prävention gewährleistet keine ausreichende Erfüllung des Ziels einer Versorgungsverbesserung.

Die neuen Gebührennummern erleichtern offensichtlich den Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung, führen aber zu keinem verbesserten Zugang zu Therapie. Zwar besteht die berechtigte Frage, ob ein besserer Zugang zu Therapie wirklich das korrekte Maß für die Erfolgsbeurteilung der Ergänzung des BEMA ist. Schließlich war es auch wesentliches erklärtes Ziel, die zahnmedizinische Prävention bei Pflegebedürftigen zu ermöglichen und zu stärken (AuB-Konzept der KZBV/BZÄK). Inwiefern hier aber von einem langfristigen Erfolg gesprochen werden kann, entzieht sich den Möglichkeiten der vorliegenden Analyse. Hier ist eine langfristige und kontinuierliche

Begleitforschung gefragt und gefordert. Vor dem Hintergrund der vielfach belegten schlechten Versorgungssituation von Pflegebedürftigen kann davon ausgegangen werden, dass allein die Stärkung des Zugangs und der Prävention keine ausreichende Erfüllung des Ziels einer Versorgungsverbesserung gewährleistet. In der Studie von TNS Infratest (Abschlussbericht PNG) wurde bereits auf eine „Qualitätsverbesserung der vertragszahnärztlichen Versorgung“ auf der Basis einer erhöhten Inanspruchnahme geschlossen. Diese Bewertung können die Autoren bei näherer Betrachtung der hier vorliegenden Ergebnisse nicht vollumfänglich mittragen.

Die neuen/modifizierten Besuchspositionen werden dem Anspruch, pflegebedürftigen Senioren eine adäquate Versorgung zukommen zu lassen, nicht in ganzer Breite gerecht.

Wo liegt also das Problem? Sind unsere pflegebedürftigen Senioren möglicherweise gesünder als vermutet? Wünschen sie weniger Behandlung als angenommen oder werden behandlungsbedürftige Erkrankungen nicht behandelt? Die umfassende qualitative Analyse mit direkter Befragung betroffener Zahnärzte und Pflegeeinrichtungen liefert einige beachtenswerte Erklärungsansätze, jedoch können damit keine pauschalierten Erklärungsansätze geliefert werden.

Die Autoren messen besonders der Therapieverweigerung durch den Patienten und dem geringen Stellenwert zahnärztlicher Befunde im gesamtgesundheitlichen Kontext eine erhebliche Bedeutung bei. Zahlreiche Studien bestätigen den nur vagen Zusammenhang zwischen zahnmedizinisch normativ zu behandelnden Befunden (zum Beispiel Karies) und der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität der Betroffenen. Bestehen keine Beeinträchtigungen und kein Leidensdruck, so wird auch keine Therapie nachgefragt oder eine empfohlene Therapie abgelehnt. Dies muss vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass eine umfassende zahnärztliche Therapie, gegebenenfalls sogar mit einem Transport des Pflegebedürftigen in die Zahnarztpraxis, von vielen Betroffenen als außerordentliche Belastungssituation empfunden wird.

Viele Befragte äußerten auch, dass der Zahnarzt auf konkreten Bedarf hin, auch vor der Einführung der Kooperationsverträge, bereits die Einrichtung aufgesucht und erforderliche Behandlungen durchgeführt habe. Daher habe sich an der eigentlichen Versorgung nichts geändert. Möglicherweise sind die in zitierten Studien dargestellten

Behandlungsbedarfe an mancher Stelle auch noch zu sehr am normativen Bedarf und weniger an den spezifischen Bedarfen der Pflegebedürftigen orientiert.

Erkenntnisse zur Verbesserung der Mundgesundheit vollstationär Pflegebedürftiger müssen vertieft werden.

Diese Sichtweise wirft die Frage nach einer tatsächlich unter den Alltagsbedingungen der Pflegeeinrichtungen umsetzbaren Versorgung auf. Erkenntnisse über die Betreuungsstrategien und Behandlungen, die in der vulnerablen Gruppe der vollstationär Pflegebedürftigen langfristig zu einer verbesserten Mundgesundheit führen können, müssen noch vertieft werden. Entsprechende Handlungsempfehlungen und Leitlinien sind wünschenswert und könnten hilfreich sein.

Die Frage nach der nachhaltigen Wirkung der Ausgaben für die neuen Gebührennummern bleibt unbeantwortet.

Vor dem Hintergrund der erheblichen Mehrausgaben des Versorgungssystems für die neuen Gebührennummern bleibt letztlich die Frage nach der nachhaltigen Wirkung dieser Ausgaben unbeantwortet. Es kann nur allgemeingültig konstatiert werden, dass eine bessere Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und eine adäquate Versorgung offensichtlich nicht nur durch das Einbringen erhöhter finanzieller Mittel in das System erreichbar ist. Die vorliegende Studie zeigt, dass eine bloße Ergänzung des Leistungskataloges zwar vermutlich zu einer Verbesserung des Zugangs zu präventiven Maßnahmen führt, aber offenbar keinen entsprechenden positiven Effekt auf die an vielen Stellen notwendige Therapie nach sich zieht. Hier sehen die Autoren erheblichen Optimierungsbedarf. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen, dass die Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen ein vielschichtiges Problem darstellt. Zusammenfassend werden die in den Jahren 2013 und 2014 eingeführten beziehungsweise modifizierten Besuchspositionen dem Anspruch, pflegebedürftigen Senioren eine adäquate Versorgung zukommen zu lassen, nicht in ganzer Breite gerecht. Veränderungen des Gebührenkatalogs und die Förderung von Kooperationsverträgen allein scheinen dabei nicht ausreichend. Vielmehr ist zukünftig die Berücksichtigung von Erkenntnissen der Versorgungsforschung und eine Begleitforschung zu fordern, um wirksame Maßnahmen entwickeln und implementieren zu können. Diesbezüglich möchte der Zahnreport 2018 erneut einen wichtigen konstruktiven Impuls hin zu einer Optimierung der vertragszahnärztlichen Versorgung setzen.

Ein Editorial des Bundesgesundheitsblattes titelte bereits im Jahr 2010: „Demografischer Wandel in Deutschland? Bedrohung oder Herausforderung?“ (Kurth und Scheidt-Nave 2010).

Das Deutsche Versorgungssystem sollte sich nicht vor der Bedrohung fürchten, sondern die Herausforderung annehmen. In diesem Sinne danken wir vor allem den bereitwilligen Interviewpartnern, die sich täglich dieser Herausforderung stellen.

Kapitel I

Anhang

I Anhang

Tabellenanhang

Tabelle A1: Altersverteilung nach Geschlecht

Altersgruppe	Anzahl Männer 2016	Anzahl Frauen 2016
0	403.564	384.735
1–4	1.525.024	1.443.123
5–9	1.857.190	1.756.737
10–14	1.893.522	1.784.673
15–19	2.187.398	1.985.471
20–24	2.395.930	2.178.101
25–29	2.787.105	2.579.651
30–34	2.676.180	2.544.895
35–39	2.557.606	2.500.432
40–44	2.428.357	2.393.629
45–49	3.162.743	3.097.169
50–54	3.526.252	3.458.055
55–59	3.104.747	3.118.379
60–64	2.573.457	2.707.823
65–69	2.186.608	2.376.693
70–74	1.703.714	1.951.223
75–79	1.930.680	2.418.877
80–84	1.099.541	1.595.430
85–89	519.702	977.640
90 +	177.798	571.799
Gesamt	40.697.118	41.824.535
insgesamt		82.521.653

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A2: Inanspruchnahmerate in den BEMA-Teilen 1 bis 5 und Gesamt im Jahr 2016

Altersgruppe	BEMA-Teil 1		BEMA-Teil 2		BEMA-Teil 3		BEMA-Teil 4		BEMA-Teil 5		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen								
0	0,06	0,05	0,23	0,24	0,25	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	7,74	6,61
1–4	21,04	21,22	0,04	0,03	0,62	0,66	0,26	0,24	0,01	0,02	47,31	47,03
5–9	63,54	64,49	0,25	0,24	11,27	13,86	9,43	9,67	0,02	0,02	80,06	81,12
10–14	71,75	72,43	0,56	0,75	38,94	48,24	16,02	16,65	0,05	0,03	83,41	86,25
15–19	58,60	62,18	1,81	3,83	26,98	30,72	19,14	21,07	0,30	0,35	73,50	79,96
20–24	41,98	50,45	2,96	6,67	3,07	4,71	20,94	26,15	0,89	1,04	57,23	70,14
25–29	41,40	51,46	3,63	7,39	0,76	1,85	22,20	27,69	2,00	2,42	56,59	71,12
30–34	42,89	52,27	3,83	6,94	0,43	1,11	23,25	28,01	3,58	4,47	59,11	73,03
35–39	44,13	53,65	3,61	6,68	0,29	0,89	23,43	27,90	5,31	6,40	61,31	74,93
40–44	46,15	55,55	3,13	6,42	0,24	0,78	23,65	27,90	7,29	8,85	63,77	76,76
45–49	49,25	57,82	2,85	6,01	0,20	0,61	23,83	27,96	9,63	11,20	67,09	78,98
50–54	51,30	58,48	2,62	5,86	0,15	0,44	24,33	28,03	12,23	13,61	69,66	79,59
55–59	51,65	58,13	2,41	5,11	0,10	0,27	24,10	27,77	15,14	16,31	70,81	79,42
60–64	52,35	57,85	2,15	4,25	0,08	0,19	23,70	26,90	18,32	19,03	72,37	79,60
65–69	53,59	58,36	1,98	3,74	0,06	0,15	23,45	26,27	20,30	20,62	74,41	80,47
70–74	55,41	58,40	1,99	3,32	0,06	0,12	23,51	25,34	22,48	22,81	77,40	81,37
75–79	55,71	56,38	1,76	2,62	0,04	0,09	22,81	23,56	25,08	24,92	79,66	80,67
80–84	50,37	48,00	1,24	1,65	0,04	0,05	20,11	19,37	26,12	24,95	76,28	73,77
85–89	40,70	34,79	0,80	0,85	0,05	0,02	15,67	13,71	26,00	22,66	68,62	61,39
90+	29,17	21,67	0,47	0,35	0,07	0,03	11,20	8,57	23,98	19,57	57,58	48,98

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A3: Mittlere Ausgaben je Versicherten in den BEMA-Teilen 1 bis 5 und Gesamt im Jahr 2016 in Euro

Altersgruppe	BEMA-Teil 1		BEMA-Teil 2		BEMA-Teil 3		BEMA-Teil 4		BEMA-Teil 5		Gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen								
0	1,44	1,23	0,00	0,00	0,09	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	1,44	1,23
1–4	22,72	21,32	0,05	0,04	0,42	0,46	0,00	0,00	0,05	0,03	22,77	21,36
5–9	125,13	122,95	0,47	0,48	24,28	31,99	0,00	0,00	0,04	0,05	125,18	123,00
10–14	134,42	137,56	1,22	1,72	176,88	233,22	0,00	0,01	0,11	0,11	134,54	137,68
15–19	122,04	138,92	4,30	8,91	104,83	109,79	0,11	0,11	1,48	1,71	123,63	140,73
20–24	84,04	102,20	6,86	15,66	4,45	5,54	0,90	0,99	4,60	5,50	89,54	108,69
25–29	93,96	108,12	8,38	16,75	0,76	1,46	2,61	2,79	10,15	12,03	106,72	122,93
30–34	103,20	114,46	8,63	15,47	0,48	0,99	4,96	5,07	17,77	20,92	125,93	140,45
35–39	107,56	119,73	8,04	14,86	0,32	0,84	7,51	7,19	25,38	29,08	140,46	155,99
40–44	111,72	124,72	6,94	13,93	0,22	0,60	10,09	9,02	34,72	40,08	156,54	173,82
45–49	115,50	127,88	6,13	12,90	0,17	0,42	11,36	10,76	43,63	49,52	170,48	188,16
50–54	119,46	129,71	5,66	12,42	0,10	0,27	12,54	13,12	55,57	62,57	187,57	205,40
55–59	122,04	127,74	5,05	10,64	0,06	0,16	12,63	13,72	69,06	75,52	203,72	216,99
60–64	123,57	126,00	4,46	8,74	0,03	0,10	11,85	12,45	80,42	87,59	215,84	226,04
65–69	123,02	122,62	4,01	7,53	0,03	0,06	10,56	11,43	84,91	89,50	218,49	223,54
70–74	125,32	121,62	3,95	6,66	0,03	0,05	8,83	9,00	84,22	91,37	218,38	221,98
75–79	126,51	119,88	3,40	5,14	0,02	0,04	6,93	7,00	87,74	92,93	221,18	219,82
80–84	117,47	107,27	2,15	3,01	0,01	0,02	4,15	4,17	82,19	83,76	203,81	195,20
85–89	98,85	85,28	1,37	1,51	0,01	0,01	2,06	1,87	71,79	64,22	172,70	151,37
90+	81,17	68,28	0,63	0,59	0,00	0,01	0,77	0,49	55,75	43,74	137,69	112,51

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A4: Leistungsgruppen BEMA-Teil 1

Kürzel	Ziffer	spezifische Leistungen
Leistungsgruppe 101: Klinische Untersuchung und Beratung – Leistungsbereich „Diagnostische und Beratungsleistungen“		
Ber	Ä1	Beratung eines Kranken, auch fernmündlich
U	01	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung
	01k	Kieferorthopädische Untersuchung
Ohn	02	Hilfeleistung bei Ohnmacht oder Kollaps
Zu	03	Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde
	04	Erhebung des PSI-Code
	05	Gewinnung von Zellmaterial aus der Mundhöhle zur zytologischen Untersuchung
ViPr	8	Sensibilitätsprüfung der Zähne
Leistungsgruppe 102: Röntgenleistungen – Leistungsbereich „Diagnostische und Beratungsleistungen“		
Rö2	Ä925a	Röntgen-Diagnostik der Zähne, bis zu 2 Aufnahmen
Rö5	Ä925b	Röntgen-Diagnostik der Zähne, bis zu 5 Aufnahmen
Rö8	Ä925c	Röntgen-Diagnostik der Zähne, bis zu 8 Aufnahmen
Stat	Ä925d	Röntgen-Diagnostik der Zähne, Status bei mehr als 8 Aufnahmen
	Ä928	Röntgenaufnahme der Hand
	Ä934a	Röntgenaufnahme des Schädelns, eine Aufnahme (auch Fernröntgen)
	Ä934b	Röntgenaufnahme des Schädelns, zwei Aufnahmen
	Ä934c	Röntgenaufnahme des Schädelns, mehr als zwei Aufnahmen
	Ä935a	Teilaufnahme des Schädelns (auch in Spezialprojektion), auch Nebenhöhlen, Unterkiefer, Panoramaaufnahme der Zähne eines Kiefers bzw. der Zähne des Ober- und Unterkiefers derselben Seite, eine Aufnahme
	Ä935b	Teilaufnahme des Schädelns (auch in Spezialprojektion), zwei Aufnahmen
	Ä935c	Teilaufnahme des Schädelns (auch in Spezialprojektion), mehr als zwei Aufnahmen
	Ä935d	Orthopantomogramm sowie Panoramaaufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers
Leistungsgruppe 103: Prophylaxe-Leistungen – Leistungsbereich „Prophylaxe-Leistungen“		

Kürzel	Ziffer	spezifische Leistungen
Zst	107	Entfernen harter Zahnbeläge; je Sitzung (Zahnstein)
FU		Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 30. bis zum 72. Lebensmonat
IP1		Mundhygienestatus
IP2		Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen
IP4		Lokale Fluoridierung der Zähne
IP5		Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren (Zähne 6 und 7) mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn
Leistungsgruppe 104: Kavitätenpräparation und Füllungen – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
pV	11	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung
bMF	12	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen
F1	13a	Präparieren einer Kavität einflächig, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren
F2	13b	Präparieren einer Kavität zweiflächig
F3	13c	Präparieren einer Kavität dreiflächig
F4	13d	Präparieren einer Kavität, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich
	13e	Präparieren einer Kavität, einflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich
	13f	Präparieren einer Kavität, zweiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich
	13g	Präparieren einer Kavität, dreiflächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich
	14	Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschließlich Material- und Laboratoriumskosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde
St	16	Stiftverankerung einer Füllung, je Zahn, inklusive Material
Ekr	23	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers
Leistungsgruppe 105: Pulpa- und Wurzelkanalbehandlungen – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
Cp	25	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität

Kürzel	Ziffer	spezifische Leistungen
P	26	Direkte Überkappung der Pulpa; je Zahn
Pulp	27	Pulpotomie
VitE	28	Exstirpation der vitalen Pulpa; je Kanal
Dev	29	Devitalisieren einer Pulpa einschließlich des Verschlusses der Kavität; je Zahn
Trep1	31	Trepanation eines pulpatoten Zahnes
WK	32	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal
Med	34	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen an der Pulpa, einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung
WF	35	Wurzelkanalfüllung einschließlich eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal

Leistungsgruppe 106: Zahnextraktionen und Wurzelspitzenresektion –

Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“

X1	43	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung
X2	44	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes einschließlich Wundversorgung
X3	45	Entfernung eines tieffrakturierten Zahnes einschließlich Wundversorgung
XN	46	Chirurgische Wundrevision (Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht) als selbständige Leistung in einer besonderen Sitzung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
Ost1	47a	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung
Hem	47b	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes
Ost2	48	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschließlich Wundversorgung
WR1	54a	Wurzelspitzenresektion an einem Frontzahn
WR2	54b	Wurzelspitzenresektion an einem Seitenzahn, einschließlich der ersten resezierten Wurzelspitze
WR3	54c	Wurzelspitzenresektion am selben Seitenzahn, sofern durch denselben Zugang erreichbar

Leistungsgruppe 107: Chirurgische Eingriffe –

Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“

Nbl1	36	Stillung einer übermäßigen Blutung (Nachblutung)
Nbl2	37	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes

Kürzel	Ziffer	spezifische Leistungen
N	38	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff oder Tamponieren
Exz1	49	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes
Exz2	50	Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lippiges Fibrom, Epulis)
Pla1	51a	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion durch Zahnfleischplastik
Pla0	51b	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle in Verbindung mit einer Osteotomie
Trep2	52	Trepanation des Kieferknochens
Ost3	53	Sequestrotomie bei Osteomyelitis der Kiefer
RI	55	Reimplantation eines Zahnes
Zy1	56a	Operation einer Zyste durch Zystektomie
Zy2	56b	Operation einer Zyste durch orale Zystostomie
Zy3	56c	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion
Zy4	56d	Operation einer Zyste durch orale Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion
SMS	57	Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte
Knr	58	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung
Pla2	59	Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte
Pla3	60	Tuberplastik, einseitig
Dia	61	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale
Alv	62	Alveolotomie
Fl	63	Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung
Inz1	Ä161	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses
Leistungsgruppe 108: Minimale Interventionen – Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
Mu	105	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen
sK	106	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches

Kürzel	Ziffer	spezifische Leistungen
üZ	10	Behandlung überempfindlicher Zähne
Leistungsgruppe 109: Anästhesie –		
Leistungsbereich „Therapeutische Leistungen“		
I	40	Infiltrationsanästhesie
L1	41a	Leitungsanästhesie intraoral
L2	41b	Leitungsanästhesie extraoral

Tabelle A5: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016 nach Ländern*
(stand.D2016**)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro
Hamburg	48,1 (-3,7)	0,53 (-0,04)	0,54 (-0,04)	26,17 (-0,68)
Niedersachsen	45,5 (-6,3)	0,51 (-0,06)	0,52 (-0,06)	26,83 (-0,02)
Bremen	44,1 (-7,7)	0,48 (-0,09)	0,49 (-0,09)	26,22 (-0,63)
Nordrhein-Westfalen	47,7 (-4,1)	0,53 (-0,04)	0,54 (-0,04)	27,18 (0,33)
Hessen	51,4 (-0,4)	0,57 (-0,01)	0,58 (0)	26,46 (-0,39)
Rheinland-Pfalz	47,5 (-4,3)	0,52 (-0,05)	0,53 (-0,05)	26,89 (0,03)
Baden-Württemberg	53,9 (2,2)	0,60 (0,02)	0,61 (0,02)	27,04 (0,18)
Bayern	56,7 (4,9)	0,63 (0,06)	0,64 (0,06)	26,74 (-0,11)
Saarland	46,9 (-4,9)	0,51 (-0,07)	0,51 (-0,07)	26,65 (-0,2)
Berlin	52,8 (1)	0,59 (0,01)	0,60 (0,01)	27,24 (0,39)
Brandenburg	57,4 (5,6)	0,63 (0,06)	0,64 (0,06)	27,49 (0,63)
Mecklenburg-Vorpommern	54,8 (3)	0,60 (0,03)	0,61 (0,03)	26,75 (-0,1)
Sachsen	59,7 (7,9)	0,66 (0,09)	0,67 (0,09)	26,78 (-0,07)
Sachsen-Anhalt	56,6 (4,9)	0,62 (0,05)	0,63 (0,05)	26,58 (-0,27)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro
Thüringen	60,4	0,67	0,68	27,12
	(8,6)	(0,09)	(0,09)	(0,26)
Gesamt	51,8	0,57	0,58	26,85

* ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt (Gesamt) in Prozentpunkten (Inanspruchnahme) beziehungsweise in Euro (mittlere Ausgaben)

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A6: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Diagnostische und Beratungsleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016 nach Ländern* (stand.D2016)**

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro
Hamburg	66,4	1,25	1,62	48,61
	(-3,7)	(-0,05)	(-0,04)	(1,88)
Niedersachsen	68,6	1,28	1,62	46,37
	(-1,5)	(-0,02)	(-0,04)	(-0,36)
Bremen	65,5	1,23	1,55	47,97
	(-4,5)	(-0,08)	(-0,11)	(1,24)
Nordrhein-Westfalen	68,0	1,28	1,61	46,14
	(-2)	(-0,02)	(-0,04)	(-0,6)
Hessen	67,7	1,23	1,52	45,88
	(-2,3)	(-0,07)	(-0,13)	(-0,86)
Rheinland-Pfalz	66,9	1,20	1,51	45,40
	(-3,1)	(-0,1)	(-0,15)	(-1,33)
Baden-Württemberg	70,5	1,31	1,66	48,26
	(0,5)	(0)	(0)	(1,53)
Bayern	72,3	1,34	1,79	50,26
	(2,2)	(0,03)	(0,13)	(3,53)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro
Saarland	63,9 (-6,1)	1,11 (-0,19)	1,42 (-0,24)	42,97 (-3,76)
Berlin	68,7 (-1,3)	1,28 (-0,02)	1,59 (-0,07)	45,81 (-0,92)
Brandenburg	74,2 (4,2)	1,39 (0,08)	1,72 (0,07)	44,02 (-2,71)
Mecklenburg-Vorpommern	74,1 (4,1)	1,40 (0,1)	1,82 (0,16)	46,67 (-0,07)
Sachsen	76,0 (5,9)	1,44 (0,14)	1,83 (0,17)	46,36 (-0,37)
Sachsen-Anhalt	74,6 (4,6)	1,39 (0,09)	1,81 (0,16)	46,32 (-0,42)
Thüringen	75,8 (5,8)	1,43 (0,12)	1,78 (0,12)	45,79 (-0,94)
Gesamt	70,0	1,30	1,66	46,73

* ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt (Gesamt) in Prozentpunkten (Inanspruchnahme) beziehungsweise in Euro (mittlere Ausgaben)

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A7: Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Therapeutische Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016 nach Ländern* (stand.D2016)**

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro
Hamburg	47,9 (0,3)	0,80 (0,02)	1,29 (0,01)	127,35 (-6,58)
Niedersachsen	47,9 (0,4)	0,79 (0,01)	1,30 (0,02)	136,86 (2,93)

Bundesland	Inanspruchnahmerate in Prozent	Behandlungsfälle je Versicherten	Zahnarztkontakte je Versicherten	mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in Euro
Bremen	45,5 (-2)	0,76 (-0,03)	1,23 (-0,05)	131,21 (-2,72)
Nordrhein-Westfalen	44,9 (-2,6)	0,74 (-0,05)	1,21 (-0,08)	131,84 (-2,09)
Hessen	43,5 (-4)	0,70 (-0,08)	1,17 (-0,12)	133,73 (-0,2)
Rheinland-Pfalz	44,3 (-3,2)	0,71 (-0,08)	1,18 (-0,11)	134,40 (0,47)
Baden-Württemberg	42,2 (-5,4)	0,67 (-0,12)	1,08 (-0,21)	138,03 (4,1)
Bayern	52,8 (5,3)	0,87 (0,09)	1,41 (0,13)	142,50 (8,57)
Saarland	48,0 (0,5)	0,77 (-0,01)	1,26 (-0,02)	122,18 (-11,75)
Berlin	47,7 (0,2)	0,81 (0,02)	1,33 (0,05)	134,22 (0,29)
Brandenburg	50,9 (3,3)	0,87 (0,08)	1,39 (0,1)	124,35 (-9,58)
Mecklenburg-Vorpommern	55,5 (8)	0,97 (0,18)	1,60 (0,31)	132,98 (-0,95)
Sachsen	51,6 (4,1)	0,87 (0,09)	1,42 (0,14)	128,43 (-5,5)
Sachsen-Anhalt	54,3 (6,7)	0,93 (0,15)	1,57 (0,28)	133,88 (-0,05)
Thüringen	52,1 (4,6)	0,89 (0,1)	1,47 (0,18)	129,35 (-4,58)
Gesamt	47,5	0,78	1,28	133,93

* ohne Schleswig-Holstein

** Werte in Klammern: Differenz zum Bundesdurchschnitt (Gesamt) in Prozentpunkten (Inanspruchnahme) beziehungsweise in Euro (mittlere Ausgaben)

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A8: Befundklassen zu Zahnersatz und Zahnkronen

Befundklasse	
1	Erhaltungswürdiger Zahn
1.1	Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit, je Zahn
1.2	Erhaltungswürdiger Zahn mit großen Substanzdefekten, aber erhaltener vestibulärer und/oder oraler Zahnsubstanz, je Zahn
1.3	Erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung der klinischen Krone oder unzureichende Retentionsmöglichkeit im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für Kronen (auch implantatgestützte)
1.4	Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines konfektionierten metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn
1.5	Endodontisch behandelter Zahn mit Notwendigkeit eines gegossenen metallischen Stiftaufbaus mit herkömmlichen Zementierungsverfahren, je Zahn
2	Zahnbegrenzte Lücken von höchstens vier fehlenden Zähnen je Kiefer bei ansonsten geschlossener Zahnreihe unter der Voraussetzung, dass keine Freiendsituation vorliegt (Lückensituation I)
2.1	Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn, je Lücke. Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar
2.2	Zahnbegrenzte Lücke mit zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Lücke. Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 2.2 zusätzlich ein Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 ansetzbar
2.3	Zahnbegrenzte Lücke mit drei nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer
2.4	Frontzahnlücke mit vier nebeneinander fehlenden Zähnen, je Kiefer
2.5	An eine Lücke unmittelbar angrenzende weitere Zahnbegrenzte Lücke mit einem fehlenden Zahn
2.6	Disparallele Pfeilerzähne zur festsitzenden Zahnersatzversorgung, Zuschlag je Lücke
2.7	Fehlender Zahn in einer Zahnbegrenzten Lücke im Verblendbereich (15-25 und 34-44), je Verblendung für einen ersetzen Zahn, auch für einen der Lücke angrenzenden Brückenanker im Verblendbereich
3	Zahnbegrenzte Lücken, die nicht den Befunden nach den Nummern 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen

Befundklasse	
3.1	Alle zahnbegrenzten Lücken, die nicht den Befunden nach Nrn. 2.1 bis 2.5 und 4 entsprechen, oder Freiendsituationen (Lückensituation II), je Kiefer Bei gleichzeitigem Vorliegen eines Befundes im Oberkiefer für eine Brückenversorgung zum Ersatz von bis zu zwei nebeneinander fehlenden Schneidezähnen und für herausnehmbaren Zahnersatz ist bei beidseitigen Freiendsituationen neben dem Festzuschuss nach dem Befund Nr. 3.1 zusätzlich ein Festzuschuss nach den Befunden der Nrn. 2.1 oder 2.2 ansetzbar
3.2	a) Beidseitig bis zu den Eckzähnen oder bis zu den ersten Prämolaren verkürzte Zahnrreihe, b) einseitig bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren verkürzte Zahnrreihe und kontralateral im Seitenzahngebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnrreihe mit mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen, c) beidseitig im Seitenzahngebiet bis zum Eckzahn oder bis zum ersten Prämolaren unterbrochene Zahnrreihe mit jeweils mindestens zwei nebeneinander fehlenden Zähnen mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, auch für frontal unterbrochene Zahnrreihe, je Eckzahn oder erstem Prämolar. Der Befund ist zweimal je Kiefer ansetzbar
4	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen oder zahnloser Kiefer
4.1	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Oberkiefer
4.2	Zahnloser Oberkiefer
4.3	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen im Unterkiefer
4.4	Zahnloser Unterkiefer
4.5	Notwendigkeit einer Metallbasis, Zuschlag je Kiefer
4.6	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer mit der Notwendigkeit einer dentalen Verankerung, wenn die Regelversorgung eine Kombinationsversorgung vorsieht, je Ankerzahn
4.7	Verblendung einer Teleskopkrone im Verblendbereich (15-25 und 34-44), Zuschlag je Ankerzahn
4.8	Restzahnbestand bis zu 3 Zähnen je Kiefer bei Notwendigkeit einer dentalen Verankerung durch Wurzelstiftkappen, je Ankerzahn
4.9	Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen (Notwendigkeit einer Stützstiftregistrierung), Zuschlag je Gesamtbefund
5	Lückengebiss nach Zahnverlust in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist
5.1	Lückengebiss nach Verlust von bis zu 4 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer

Befundklasse	
5.2	Lückengebiss nach Zahnverlust von 5 bis 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
5.3	Lückengebiss nach Verlust von über 8 Zähnen je Kiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
5.4	Zahnloser Ober- oder Unterkiefer in Fällen, in denen eine endgültige Versorgung nicht sofort möglich ist, je Kiefer
6	Wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger konventioneller Zahnersatz
6.0	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung und ohne Notwendigkeit zahntechnischer Leistungen, auch Auffüllen von Sekundärteleskopen im direkten Verfahren, je Prothese
6.1	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung ohne Notwendigkeit der Abformung, je Prothese
6.2	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Notwendigkeit der Abformung (Maßnahmen im Kunststoffbereich), auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese
6.3	Prothetisch versorgtes Gebiss ohne Befundveränderung mit wiederherstellungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, auch Wiederbefestigung von Sekundärteleskopen oder anderer Verbindungselemente an dieser Versorgung, je Prothese
6.4	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn
6.4.1	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im Kunststoffbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn
6.5	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um einen Zahn
6.5.1	Prothetisch versorgtes Gebiss mit Befundveränderung mit erweiterungsbedürftiger herausnehmbarer-/ Kombinationsversorgung mit Maßnahmen im gegossenen Metallbereich, je Prothese bei Erweiterung um jeden weiteren Zahn
6.6	Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem Teil-Zahnersatz, je Prothese
6.7	Verändertes Prothesenlager bei erhaltungswürdigem totalem Zahnersatz oder schleimhautgetragener Deckprothese, je Kiefer

Befundklasse	
6.8	Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer Zahnersatz, je Zahn
6.9	Wiederherstellungsbedürftige Facette/Verblendung (auch wiedereinsetzbar oder erneuerungsbedürftig) im Verblendbereich an einer Krone, einem Sekundärteleskop, einem Brückenanker oder einem Brückenglied, je Verblendung
6.10	Erneuerungsbedürftiges Primär- oder Sekundärteleskop, je Zahn
7	Erneuerung und Wiederherstellung von Suprakonstruktionen
7.1	Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion (vorhandenes Implantat bei zahnbegrenzter Einzelzahnlücke), je implantatgetragene Krone
7.2	Erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion, die über den Befund nach Nr. 7.1 hinausgeht, je implantatgetragene Krone, Brückenanker oder Brückenglied, höchstens viermal je Kiefer
7.3	Wiederherstellungsbedürftige Suprakonstruktionen (Facette), je Facette
7.4	Wiederherstellungsbedürftiger festsitzender rezementierbarer oder zu verschraubender Zahnersatz, je implantatgetragene Krone oder Brückenanker
7.5	Erneuerungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, je Prothesenkonstruktion
7.6	Erneuerungsbedürftige Prothesenkonstruktion bei atrophiertem zahnlosem Kiefer, je implantatgetragenem Konnektor als Zuschlag zum Befund nach Nr. 7.5, höchstens viermal je Kiefer
7.7	Wiederherstellungsbedürftige implantatgetragene Prothesenkonstruktion, Umgestaltung einer vorhandenen Totalprothese zur Suprakonstruktion bei Vorliegen eines zahnlosen atrophierten Kiefers, je Prothesenkonstruktion

Tabelle A9: Inanspruchnahmeraten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016

Altersgruppe	Prophylaxe-Leistungen		diagnostische und Beratungsleistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,1	0,0	7,7	6,6	0,4	0,3
1–4	21,0	21,2	37,9	37,4	7,5	7,0
5–9	63,5	64,5	75,4	76,1	40,4	40,5
10–14	71,7	72,4	78,3	79,5	41,1	41,8
15–19	58,6	62,2	67,6	73,7	35,0	40,2
20–24	42,0	50,4	56,1	68,9	34,6	43,6
25–29	41,4	51,5	56,1	70,5	37,8	47,1
30–34	42,9	52,3	58,7	72,6	41,3	49,8
35–39	44,1	53,7	60,9	74,5	44,1	52,4
40–44	46,2	55,6	63,4	76,4	46,7	55,1
45–49	49,3	57,8	66,7	78,6	49,2	57,0
50–54	51,3	58,5	69,3	79,3	51,7	58,2
55–59	51,6	58,1	70,4	79,1	53,0	58,4
60–64	52,3	57,8	72,0	79,3	54,0	58,4
65–69	53,6	58,4	74,1	80,2	54,8	58,3
70–74	55,4	58,4	77,0	81,1	56,8	58,8
75–79	55,7	56,4	79,3	80,3	57,9	58,2
80–84	50,4	48,0	75,9	73,4	54,3	52,3
85–89	40,7	34,8	68,1	60,9	47,3	41,6
90 +	29,2	21,7	57,0	48,3	38,4	30,8

Quelle: BARMER-Daten 2016

**Tabelle A10: Mittlere Anzahl der Behandlungsfälle in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1)
je Versicherten im Jahr 2016**

Alters- gruppe	Prophylaxe-Leistungen		diagnostische und Beratungsleistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,00	0,00	0,08	0,06	0,00	0,00
1–4	0,23	0,23	0,50	0,49	0,11	0,10
5–9	0,96	0,98	1,39	1,41	0,66	0,65
10–14	1,13	1,15	1,47	1,52	0,61	0,63
15–19	0,80	0,84	1,20	1,37	0,52	0,62
20–24	0,43	0,53	0,88	1,19	0,52	0,69
25–29	0,43	0,54	0,93	1,25	0,60	0,77
30–34	0,45	0,55	1,02	1,33	0,67	0,83
35–39	0,46	0,56	1,08	1,41	0,73	0,90
40–44	0,48	0,58	1,16	1,48	0,78	0,95
45–49	0,51	0,60	1,24	1,53	0,83	0,99
50–54	0,53	0,60	1,30	1,56	0,88	1,01
55–59	0,53	0,60	1,35	1,57	0,91	1,02
60–64	0,54	0,60	1,39	1,57	0,94	1,02
65–69	0,55	0,60	1,44	1,59	0,96	1,02
70–74	0,58	0,61	1,52	1,61	1,01	1,04
75–79	0,57	0,57	1,53	1,55	1,02	1,01
80–84	0,51	0,48	1,40	1,32	0,93	0,88
85–89	0,41	0,35	1,17	0,99	0,78	0,67
90 +	0,29	0,22	0,89	0,66	0,61	0,47

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A11: Mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versicherten im Jahr 2016

Alters- gruppe	Prophylaxe-Leistungen		diagnostische und Beratungsleistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,00	0,00	0,08	0,07	0,00	0,00
1–4	0,24	0,24	0,55	0,54	0,13	0,12
5–9	1,04	1,06	1,57	1,57	0,85	0,83
10–14	1,20	1,22	1,62	1,68	0,74	0,77
15–19	0,83	0,89	1,35	1,57	0,75	0,92
20–24	0,43	0,52	1,06	1,42	0,81	1,06
25–29	0,43	0,53	1,16	1,55	0,96	1,19
30–34	0,44	0,54	1,30	1,68	1,10	1,31
35–39	0,45	0,55	1,40	1,80	1,19	1,41
40–44	0,47	0,57	1,49	1,90	1,28	1,52
45–49	0,50	0,59	1,60	1,98	1,36	1,60
50–54	0,52	0,60	1,70	2,04	1,45	1,66
55–59	0,53	0,59	1,77	2,06	1,53	1,69
60–64	0,53	0,59	1,84	2,08	1,59	1,71
65–69	0,55	0,60	1,91	2,09	1,62	1,70
70–74	0,56	0,60	1,99	2,10	1,70	1,72
75–79	0,57	0,58	2,04	2,07	1,73	1,71
80–84	0,51	0,49	1,91	1,83	1,60	1,50
85–89	0,41	0,36	1,64	1,46	1,32	1,12
90 +	0,30	0,22	1,34	1,14	1,02	0,75

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A12: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016 in Euro

Altersgruppe	Prophylaxe-Leistungen		diagnostische und Beratungsleistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,01	0,01	1,32	1,15	29,92	29,63
1–4	6,20	6,19	8,80	8,57	102,33	93,11
5–9	55,74	56,89	26,40	26,27	106,39	98,31
10–14	73,99	75,50	28,70	29,59	77,13	77,72
15–19	45,70	48,10	27,65	32,01	139,13	146,39
20–24	6,83	8,32	24,60	31,87	152,02	142,13
25–29	6,75	8,48	26,18	33,33	161,43	140,90
30–34	6,99	8,58	28,43	35,04	164,03	142,15
35–39	7,18	8,77	29,98	36,74	159,69	141,52
40–44	7,48	9,06	31,48	38,33	155,91	140,37
45–49	7,98	9,40	33,06	39,58	151,35	138,30
50–54	8,31	9,50	34,56	40,27	148,25	137,27
55–59	8,35	9,44	35,32	40,15	147,89	133,76
60–64	8,46	9,38	36,22	40,11	146,03	131,03
65–69	8,67	9,46	37,01	40,00	141,08	125,51
70–74	8,96	9,46	38,35	40,10	137,37	122,63
75–79	9,00	9,13	39,13	39,68	135,32	122,10
80–84	8,15	7,77	37,31	36,97	132,72	119,60
85–89	6,57	5,63	34,34	34,24	122,49	109,03
90 +	4,71	3,52	33,46	36,00	111,99	93,51

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A13: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus BEMA-Teil 1 im Jahr 2016 nach Alter und Leistungsuntergruppe

Leis- tungsbe- reich/ -gruppe	Prophylaxe- Leistungen			diagnostische und Beratungs- leistungen		therapeutische Leistungen					
	Alters- gruppe	Prophylaxe	Beratungen	Klin. Unt. & Röntgen- leistungen	Kavpräp. & Füllungen	Pulpa- & WK.Beh.	Zahnextr. & WSR	chirurg. Eingriffe	minimale Intervent.	Annästh.- Leistungen	
0	0	0,1	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	
1–4	1–4	21,0	36,0	0,8	3,3	1,2	0,5	0,4	4,5	0,9	
5–9	5–9	63,8	72,3	5,8	26,4	10,7	10,1	3,0	15,9	14,7	
10–14	10–14	71,8	75,2	6,9	21,1	6,1	13,7	3,3	16,9	17,6	
15–19	15–19	59,4	67,2	17,1	18,7	6,6	7,3	8,2	19,8	15,0	
20–24	20–24	44,1	59,7	22,9	20,6	10,5	6,4	8,1	23,6	18,4	
25–29	25–29	44,7	60,9	24,5	25,8	14,4	5,6	7,6	25,6	21,6	
30–34	30–34	45,9	63,3	25,8	29,6	16,7	5,7	8,1	27,7	24,4	
35–39	35–39	47,3	65,4	26,8	31,9	17,7	6,2	8,9	29,6	26,2	
40–44	40–44	49,4	67,7	27,8	33,6	18,1	6,8	10,0	31,8	27,5	
45–49	45–49	51,9	70,4	28,1	34,5	17,6	7,6	11,0	33,9	27,9	
50–54	50–54	53,1	71,9	28,4	34,8	17,0	8,8	12,2	35,7	28,3	
55–59	55–59	53,3	72,5	28,1	34,1	15,9	10,1	13,1	37,1	28,2	
60–64	60–64	53,4	73,3	27,5	33,3	15,0	11,2	13,8	38,2	27,6	
65–69	65–69	53,9	74,2	26,6	31,9	13,9	11,5	13,9	39,1	26,6	
70–74	70–74	54,5	75,7	26,2	31,6	13,5	12,2	14,3	40,4	26,2	
75–79	75–79	53,6	76,3	25,4	30,9	13,3	13,0	14,7	41,1	25,8	
80–84	80–84	46,7	71,0	21,9	26,8	11,8	13,1	13,8	37,6	23,3	
85–89	85–89	35,1	60,7	16,5	19,2	8,6	11,8	11,4	31,2	18,5	
90 +	90 +	22,1	48,1	9,8	11,2	4,8	9,2	8,0	23,7	12,8	

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A14: Anteil der Versicherten mit mindestens einer der ausgewählten Leistungen im Jahr 2016

Altersgruppe	Füllung		Zahnextraktion		Orthopantomogramm		Wurzelkanalbehandlung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1–4	3,6	3,3	0,6	0,5	0,1	0,1	0,3	0,2
5–9	25,9	24,9	10,4	10,8	2,4	2,1	4,0	3,3
10–14	19,4	18,8	13,9	14,7	3,3	3,7	1,5	1,2
15–19	17,2	19,1	6,6	8,6	9,3	11,9	1,6	1,7
20–24	19,5	23,3	5,7	7,2	10,3	12,7	3,6	3,8
25–29	24,2	28,7	5,4	5,5	9,8	10,5	5,3	5,7
30–34	28,1	32,1	5,6	5,2	9,9	10,1	6,4	6,7
35–39	30,0	34,3	6,0	5,5	10,2	10,4	6,9	7,1
40–44	31,4	35,9	6,7	6,0	10,4	10,7	7,2	7,5
45–49	32,3	36,2	7,6	7,0	10,5	11,1	7,2	7,4
50–54	32,9	35,5	8,9	8,2	10,9	11,7	7,2	7,2
55–59	32,6	33,6	10,5	9,5	11,0	11,8	7,3	6,8
60–64	32,0	32,0	11,7	10,7	10,8	11,6	7,4	6,7
65–69	31,2	30,1	12,3	11,1	10,7	11,0	7,2	6,3
70–74	31,4	29,4	13,1	11,8	10,1	10,4	7,5	6,3
75–79	31,2	28,5	13,9	12,8	9,3	9,4	7,5	6,2
80–84	27,7	24,0	14,3	12,9	8,0	7,6	6,9	5,3
85–89	21,2	16,3	13,5	11,5	6,2	5,3	5,5	3,6
90 +	14,1	9,1	11,7	9,0	3,9	3,0	3,6	1,9

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A15: Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Beratungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016

Altersgruppe	diagnostische Leistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20–24	21,9	27,4	0,2	0,2
25–29	23,1	28,8	0,5	0,5
30–34	24,1	29,1	0,9	1,0
35–39	24,4	29,1	1,4	1,4
40–44	24,7	29,1	1,9	1,8
45–49	25,0	29,3	2,2	2,2
50–54	25,5	29,3	2,6	2,8
55–59	25,2	28,9	2,7	3,0
60–64	24,7	28,0	2,7	2,9
65–69	24,6	27,4	2,5	2,7
70–74	24,7	26,5	2,1	2,2
75–79	23,9	24,6	1,7	1,8
80–84	21,0	20,2	1,1	1,1
85–89	16,3	14,3	0,6	0,5
90 +	11,7	9,0	0,3	0,2

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A16: Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Beratungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016

Altersgruppe	diagnostische Leistungen		therapeutische Leistungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20–24	10,43	10,56	504,19	497,18
25–29	10,92	10,94	503,81	497,38
30–34	11,47	11,39	508,64	492,33
35–39	12,12	11,82	491,88	483,49
40–44	12,73	12,24	484,32	472,43
45–49	13,13	12,67	466,75	454,27
50–54	13,46	13,30	448,23	436,23
55–59	13,68	13,64	423,83	411,61
60–64	13,66	13,56	406,64	392,54
65–69	13,43	13,44	389,68	379,11
70–74	12,94	12,88	378,00	367,56
75–79	12,45	12,49	366,37	355,95
80–84	11,80	11,90	341,90	338,58
85–89	11,19	11,36	333,05	303,77
90 +	10,68	10,66	258,19	252,93

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A17: Anteil der Versicherten mit mindestens einer parodontologischen Leistung im Jahr 2016 nach Alter und Gebührenziffer

Gebührenziffer	04	4	P200	P201	P202	P203	108	111
Altersgruppe	BEMA-Teil 1	BEMA-Teil 4						
20–24	24,6	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2
25–29	25,8	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0,2	0,5
30–34	26,3	0,9	0,9	0,9	0,0	0,0	0,5	0,9
35–39	26,2	1,4	1,4	1,4	0,0	0,0	0,7	1,4
40–44	26,3	1,8	1,8	1,8	0,0	0,1	0,9	1,8
45–49	26,4	2,2	2,2	2,2	0,1	0,1	1,0	2,2
50–54	26,4	2,7	2,7	2,6	0,1	0,1	1,2	2,6
55–59	25,9	2,9	2,9	2,8	0,1	0,1	1,3	2,9
60–64	25,2	2,8	2,8	2,7	0,1	0,1	1,3	2,7
65–69	24,9	2,6	2,6	2,5	0,1	0,1	1,2	2,6
70–74	24,6	2,2	2,2	2,1	0,1	0,1	1,0	2,1
75–79	23,4	1,7	1,7	1,6	0,0	0,1	0,8	1,7
80–84	19,9	1,1	1,1	1,0	0,0	0,0	0,6	1,1
85–89	14,7	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0	0,3	0,5
90 +	9,5	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A18: Inanspruchnahmerate für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016

Altersgruppe	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20–24	0,8	0,9	0,1	0,1
25–29	1,7	2,1	0,3	0,3
30–34	3,0	3,7	0,6	0,7
35–39	4,2	5,2	1,2	1,3
40–44	5,6	6,9	2,0	2,2
45–49	6,9	8,4	3,2	3,3
50–54	8,2	9,6	4,8	4,8
55–59	9,2	10,3	7,1	7,2
60–64	9,8	10,6	10,1	10,0
65–69	9,8	10,4	12,4	12,1
70–74	9,7	10,2	14,9	14,7
75–79	9,8	9,9	17,6	17,4
80–84	8,7	8,5	19,8	18,8
85–89	7,0	6,2	21,0	18,4
90 +	4,9	4,0	20,7	16,8

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A19: Mittlere Gesamtausgaben je behandelten Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016

Altersgruppe	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20–24	1.036,91	1.084,56	59,56	54,46
25–29	1.119,87	1.076,97	60,71	51,95
30–34	1.186,50	1.139,66	57,23	56,73
35–39	1.223,68	1.198,89	63,95	62,21
40–44	1.293,33	1.273,71	72,19	69,52
45–49	1.327,85	1.333,58	89,67	84,46
50–54	1.427,45	1.482,82	110,35	107,09
55–59	1.540,99	1.634,10	133,01	134,57
60–64	1.609,48	1.747,31	150,84	147,97
65–69	1.640,97	1.769,00	157,14	156,87
70–74	1.551,72	1.718,08	164,96	161,79
75–79	1.525,10	1.651,29	168,31	170,25
80–84	1.404,70	1.557,48	175,91	175,84
85–89	1.328,46	1.385,34	177,73	180,79
90 +	1.217,97	1.132,39	179,12	178,60

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A20: Mitterer Eigenanteil je behandelten Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016

Altersgruppe	Neueingliederung		Wiederherstellung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
20–24	501,98	529,08	24,91	20,91
25–29	577,02	548,96	23,98	20,22
30–34	636,92	620,02	23,10	20,98
35–39	672,67	678,48	25,51	24,15
40–44	717,38	736,39	29,24	28,86
45–49	760,33	795,57	38,18	35,80
50–54	832,20	898,30	47,06	45,85
55–59	899,72	999,27	57,21	59,77
60–64	944,33	1.066,55	65,65	64,97
65–69	968,62	1.086,55	69,27	69,98
70–74	920,11	1.046,91	73,62	72,04
75–79	907,49	991,86	75,76	76,11
80–84	820,95	918,38	79,53	78,66
85–89	762,56	788,55	80,78	81,81
90 +	694,26	623,64	85,04	83,41

Quelle: BARMER-Daten 2016

Tabelle A21: Anteil der Versicherten mit mindestens einer Versorgungsleistung (Zahnersatz und Zahnkronen) im Jahr 2016 nach Alter und Befundklassen

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

Quelle: BARMER-Daten 2016

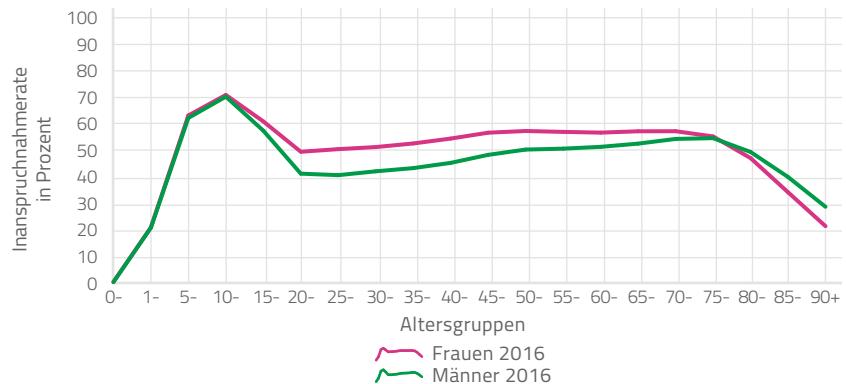
Tabelle A22: Übersicht BEMA-Gruppierungen

BEMA-Teil	Gebührennummern
1. Diagnostik/Prävention	Ä1 01 04 107 (Zst)
2. Röntgen	Ä925 a-d Ä935 d
3. Extraktionen	43 (X1) 44 (X2) 45 (X3) 47 a (Ost1) 47 b (Hem) 48 (Ost2)

BEMA-Teil	Gebührennummern
4. Füllungen/Kariestherapie	11 (pV) 12 (bmF) 13 a-g (Füllungen) 25 Cp 26 P
5. Wurzelbehandlung	27 (Pulp) 28 (VitE) 29 (Dev) 31 (Trep1) 32 (WK) 34 (Med) 35 (WF)
6. kleinere Chirurgie	Ä1 61 (Inz1) 36 (Nbl1) 37 (Nbl2) 38 (N) 49 (Exc1) 50 (Exc2)
7. größere Chirurgie / WSR	51 a (Pla1) 51 b (Pla0) 52 (Trep2) 53 (Ost3) 54 a-c (Wurzelspitzenresektion) 56 a-d (Zysten)
8. kleine (prä-)prothetische Maßnahmen	23 (EKr) 57-60 (präprothetische Chirurgie)
9. kleine sonstige Maßnahmen	8 (Vipr) 10 (üZ) 105 (Mu) 106 (sk)
10. Prothetik	
a) Wiederherstellungen	Befundklassen 6/7
b) Neuanfertigungen	übrige Befundklassen
11. Parodontitherapie	Abgerechnete PAR-Pläne
12. Schienen/Schienungen	K1 K2

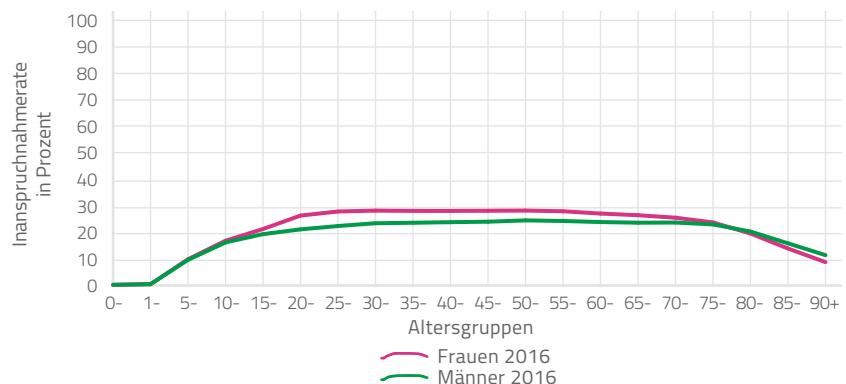
Abbildungsanhang

Abbildung A1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



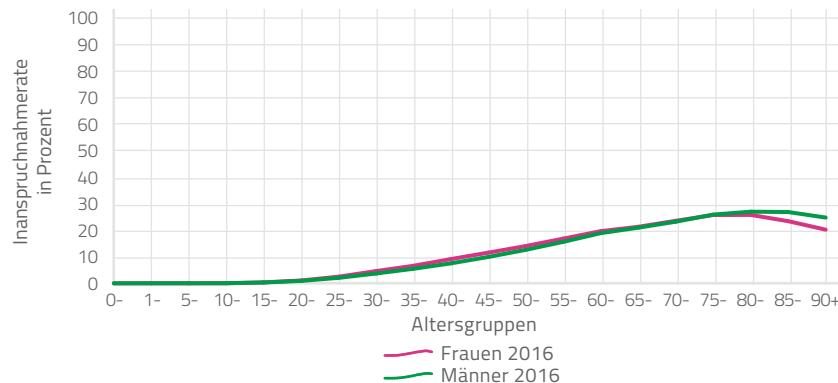
Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung A2: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 4 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



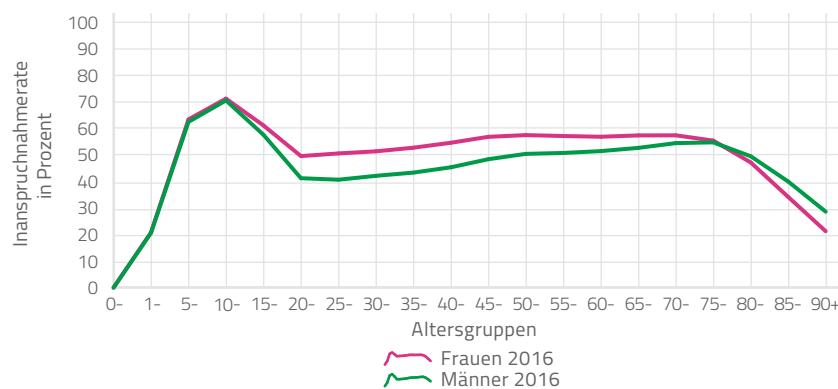
Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung A3: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



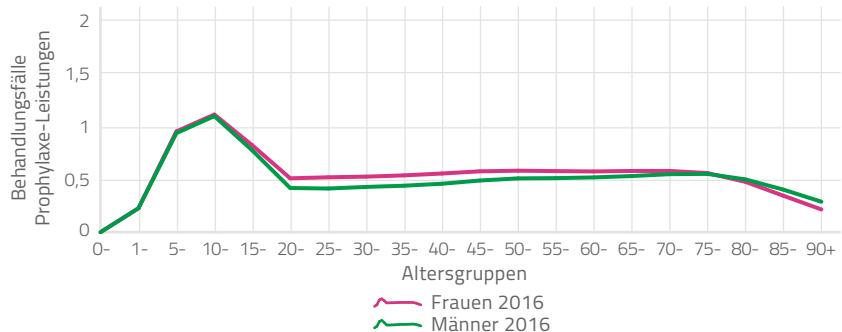
Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung A4: Inanspruchnahmerate für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



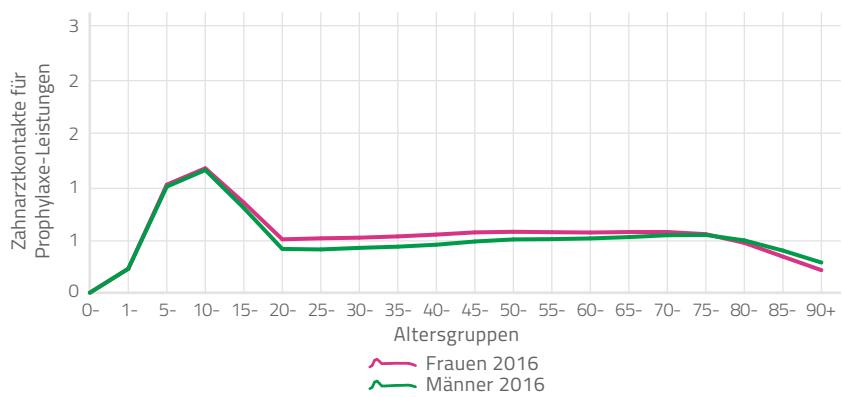
Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung A5: Behandlungsfälle Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teils 1
nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



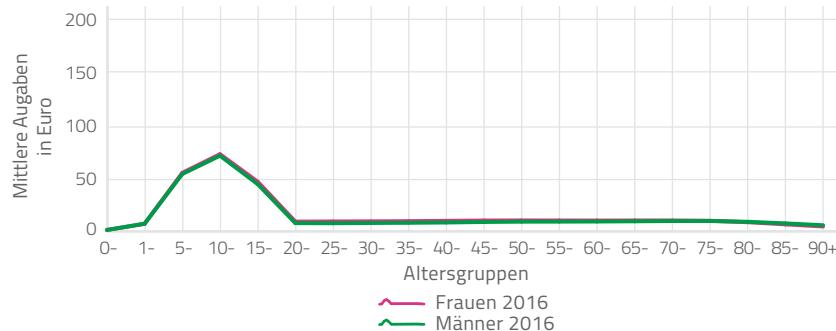
Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung A6: Zahnarztkontakte für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teils 1
nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



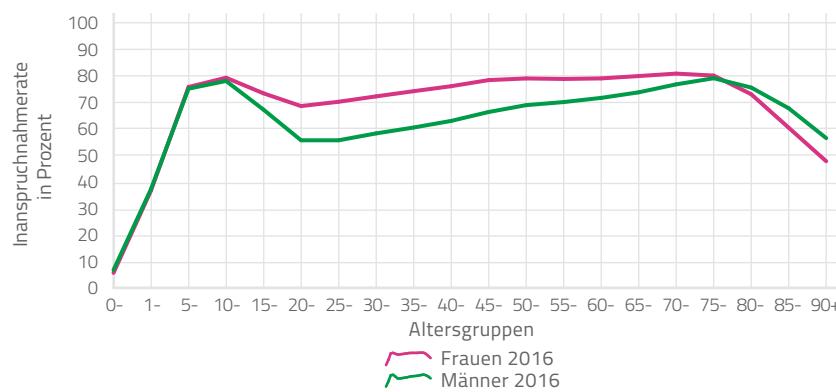
Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung A7: Mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



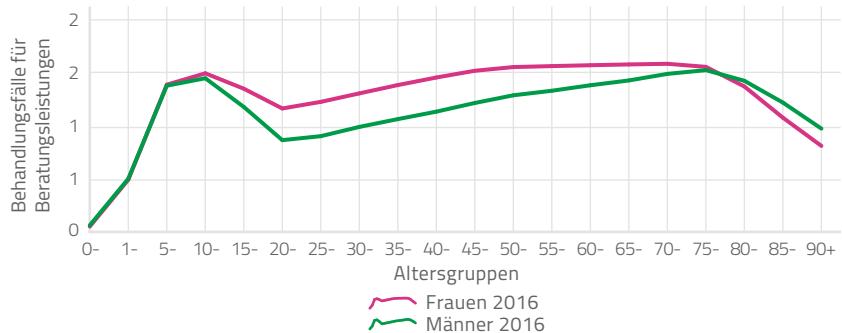
Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung A8: Inanspruchnahmerate für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



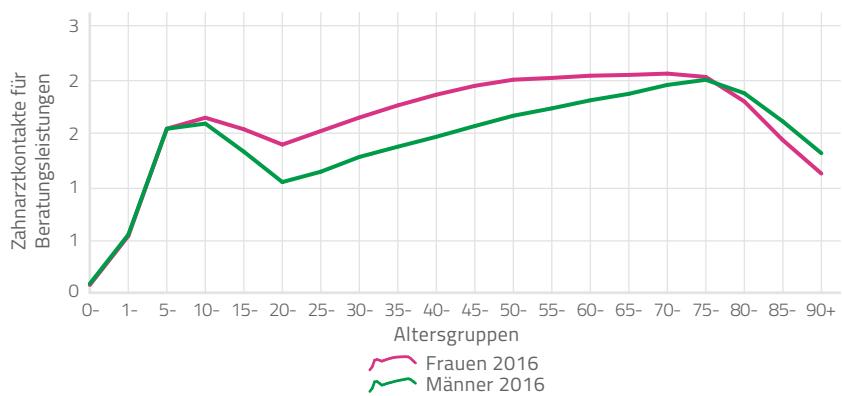
Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung A9: Behandlungsfälle für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



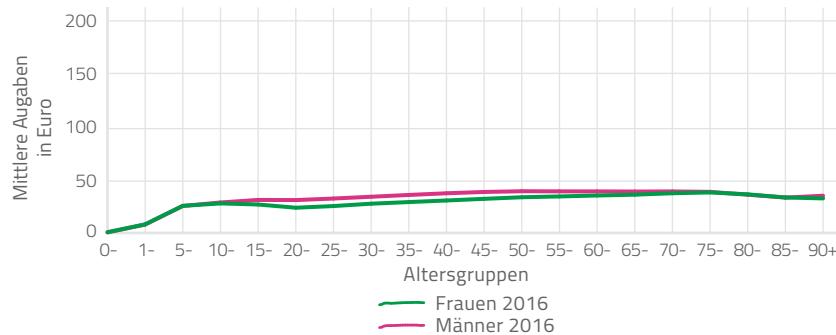
Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung A10: Zahnarztkontakte für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

Abbildung A11: Mittlere Ausgaben für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

Kapitel II

Verzeichnisse

II Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

BEMA	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
DMS	Deutsche Mundgesundheitsstudie
DTA	Datenträgeraustausch
FDI	Zahnschema der Fédération Dentaire Internationale
FU	Früherkennungsuntersuchung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
IDZ	Institut der Deutschen Zahnärzte
IP-Leistungen	Individualprophylaxeleistungen
KCH	Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen
KFO	Kieferorthopädische Behandlung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
Med	Medikamentöse Einlage
NEU	Neueingliederung von Zahnersatz
OPT/OPG	Orthopantomogramm, Panoramenschichtaufnahme
PNG	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz
PSI	Parodontaler Screening Index
REP	Wiederherstellung von Zahnersatz
SGB	Sozialgesetzbuch
Trep1	Trepanation pulpatoter Zahn
VitE	Extirpation der vitalen Pulpa
WF	Wurzelkanalfüllung
WK	Wurzelkanalaufbereitung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Aufteilung der GKV-Gesamtausgaben und der BARMER-Gesamtausgaben für die zahnärztliche Versorgung im Jahr 2016 in Prozent.....	21
Abbildung 1.2: Anteil der BARMER-Versicherten an der Bevölkerung nach Bundesländern am 31. Dezember 2016 in Prozent	23
Abbildung 2.1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016 in Prozent	32
Abbildung 2.2: Mittlere Ausgaben je Versicherten für vertragszahnärztliche Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016 (ohne Eigenanteile)	33
Abbildung 2.3: Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Konservierende, chirurgische und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (BEMA-Teil 1) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	37
Abbildung 2.4: Mittlere Ausgaben je Versicherten für die „Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädelns (Kieferbruch), Kiefergelenkerkrankungen (Aufbissbehelfe)“ (BEMA-Teil 2) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	38
Abbildung 2.5: Mittlere Ausgaben je Versicherten für die „Kieferorthopädische Behandlung“ (BEMA-Teil 3) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	38
Abbildung 2.6: Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (BEMA-Teil 4) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	39
Abbildung 2.7: Mittlere Ausgaben je Versicherten für „Zahnersatz und Zahncronen“ (BEMA-Teil 5) nach Alter und Geschlecht (ohne Eigenanteile) im Jahr 2016	39
Abbildung 3.1: Inanspruchnahmerate im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	48
Abbildung 3.2: Behandlungsfälle je Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	48

Abbildung 3.3:	Zahnarztkontakte je Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	49
Abbildung 3.4:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten im Leistungsbereich therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	49
Abbildung 3.5:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen der Leistungsbereiche Prophylaxe und diagnostische Leistungen nach Alter im Jahr 2016	54
Abbildung 3.6:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus den Untergruppen des Leistungsbereichs der therapeutischen Leistungen nach Alter im Jahr 2016	54
Abbildung 3.7:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Füllung im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht	63
Abbildung 3.8:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Zahnektomie im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht (stand.D2016)	67
Abbildung 3.9:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Röntgenpanoramaschichtaufnahme im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht.....	69
Abbildung 3.10:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Wurzelbehandlung im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht.....	71
Abbildung 4.1:	Inanspruchnahmerate für alle Leistungen von BEMA-Teil 2 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	75
Abbildung 4.2:	Inanspruchnahmerate für Eingliederungen von Aufbissbehelfen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	76
Abbildung 4.3:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen von BEMA-Teil 2 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	76
Abbildung 4.4:	Inanspruchnahmerate für Leistungen aus BEMA-Teil 2 nach Alter im Jahr 2016 (stand.D2016).....	80
Abbildung 5.1:	Inanspruchnahmerate für alle Leistungen von BEMA-Teil 3 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	86

Abbildung 5.2:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen von BEMA-Teil 3 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	86
Abbildung 6.1:	Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	94
Abbildung 6.2:	Inanspruchnahmerate für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	94
Abbildung 6.3:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	95
Abbildung 6.4:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische therapeutische Leistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	95
Abbildung 6.5:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer diagnostischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2016.....	100
Abbildung 6.6:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer therapeutischen Behandlungsleistung im Bereich der Parodontologie nach Alter im Jahr 2016.....	100
Abbildung 7.1:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	108
Abbildung 7.2:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme der Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	109
Abbildung 7.3:	Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederung) je versorgten Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	109
Abbildung 7.4:	Gesamtausgaben und Eigenanteil für die Versorgung mit Zahnersatz (Wiederherstellung) je versorgten Versicherten nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	110
Abbildung 7.5:	Kassenanteil und Eigenanteil bei Zahnersatz je versorgten Versicherten nach Bundesländern in Prozent im Jahr 2016 (standD.2016).....	112

Abbildung 7.6:	Anteil der Versicherten mit mindestens einem Festzuschuss im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz nach Alter und Befundklasse (nur über die KZVen abgerechnete Festzuschüsse) im Jahr 2016.....	115
Abbildung 8.1:	Absolute Inanspruchnahme neuer/modifizierter Gebührennummern des BEMA mit Bezug zur Versorgung Pflegebedürftiger seit dem Jahr 2013.....	127
Abbildung 8.2:	Anzahl abgerechneter neuer Gebührennummern (mit Kooperationsvertrag) je vollstationär Pflegebedürftigen pro Jahr, bezogen auf 2016, auf Kreisebene (stand.D2016).....	130
Abbildung 8.3:	Inanspruchnahmerate von konservierend-chirurgischen Leistungen (beinhalten auch die neuen/modifizierten Gebührennummern) durch vollstationär gepflegte Versicherte in Einrichtungen mit und ohne Kooperationsvertrag	132
Abbildung 8.4:	Rangfolge abgerechneter Leistungen bis zu 90 Tagen nach Abrechnung einer Gebührennummer 154 oder 155	134
Abbildung 8.5:	Inanspruchnahmerate verschiedener zahnmedizinischer Bereiche durch Versicherte in vollstationärer Pflege ab 65 Jahren über die Zeit von 2012 bis 2016.....	137
Abbildung 8.6:	Inanspruchnahmerate verschiedener zahnmedizinischer Bereiche durch Versicherte in ambulanter Pflege ab 65 Jahren über die Zeit von 2012 bis 2016.....	137
Abbildung 8.7:	Inanspruchnahmerate verschiedener zahnmedizinischer Bereiche durch nichtpflegebedürftige Versicherte ab 65 Jahren über die Zeit von 2012 bis 2016	138
Abbildung 8.8:	Stichprobe für die strukturierten Interviews: Darstellung der Ausschöpfung der kontaktierten Pflegeeinrichtungen und Drop-outs	143
Abbildung 8.9:	Zusammenfassung der Antworten zum Fragenkomplex Erfahrungen mit den Kooperationsverträgen	144
Abbildung 8.10:	Zusammenfassung der Antworten zum Fragenkomplex Verbesserung der Mundgesundheit	145

Abbildung 8.11:	Zusammenfassung der Antworten zum Fragenkomplex Häufigkeit von Routineuntersuchungen	146
Abbildung 8.12:	Zusammenfassung der Antworten zum Fragenkomplex potenzielle Hinderungsgründe für Therapie.....	147
Abbildung 8.13:	Zusammenfassung der Antworten zum Fragenkomplex nach Lösungsmöglichkeiten, um gegebenenfalls mehr erforderliche Therapie zu ermöglichen.....	149
Abbildung 8.14:	Entwicklung der Ausgaben für die neuen/modifizierten BEMA-Gebührennummern für Besuche hochgerechnet auf GKV-Ebene	151
Abbildung A1:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	188
Abbildung A2:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 4 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	188
Abbildung A3:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen aus BEMA-Teil 5 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016.....	189
Abbildung A4:	Inanspruchnahmerate für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	189
Abbildung A5:	Behandlungsfälle Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	190
Abbildung A6:	Zahnarztkontakte für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	190
Abbildung A7:	Mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	191
Abbildung A8:	Inanspruchnahmerate für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	191
Abbildung A9:	Behandlungsfälle für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	192

Abbildung A10:	Zahnarztkontakte für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	192
Abbildung A11:	Mittlere Ausgaben für Diagnostische und Beratungsleistungen des BEMA-Teils 1 nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	193

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Kenngrößen Vertragszahnärztliche Versorgung.....	30
Tabelle 2.2:	Übersicht zu den in den einzelnen Kapiteln dieses Reports ausgewiesenen Kenngrößen.....	31
Tabelle 2.3:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen insgesamt im Jahr 2015 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2016)	32
Tabelle 2.4:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben je Versicherten nach Bundesländern* im Jahr 2016 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2016)*	34
Tabelle 2.5:	Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen und mittlere Ausgaben in den alten und neuen Bundesländern* – mit den Versichertenzahlen der BARMER gewichtete Mittelwerte im Jahr 2016 (mittlere Ausgaben ohne Eigenanteile; stand.D2016)	35
Tabelle 2.6:	Inanspruchnahme und mittlere Ausgaben differenziert nach BEMA-Teilen im Jahr 2016 (stand.D2016)	37
Tabelle 2.7:	Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme vertragszahnärztlicher Leistungen nach Bundesländern* im Jahr 2016 in Prozent – getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2016)**	40
Tabelle 2.8:	Mittlere Ausgaben je Versicherten für vertragszahnärztliche Leistungen nach Bundesländern* im Jahr 2016 – getrennt nach BEMA-Teilen (stand.D2016)**	42
Tabelle 3.1:	Übersicht der in Kapitel 3 ausgewiesenen Kenngrößen.....	44
Tabelle 3.2:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in den drei Leistungsbereichen der „Konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (einschließlich Prophylaxe)“ (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016 (stand.D2016).....	46

Tabelle 3.3:	Inanspruchnahmerate, Anzahl der Behandlungsfälle je Versicherten, Anzahl Zahnarztkontakte je Versicherten und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für konservierende und chirurgische therapeutische Leistungen des BEMA-Teils 1 nach Ländern* (stand.D2016)**	50
Tabelle 3.4:	Verteilung der Leistungen auf die Untergruppen des BEMA-Teils 1 nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2016.....	53
Tabelle 3.5:	Inanspruchnahmerate für vertragszahnärztliche Leistungen des BEMA-Teils 1 in den Jahren 2010 bis 2016 nach Bundesländern* (stand.D2011)**	56
Tabelle 3.6:	Früherkennungsuntersuchungen (30. bis 72. Lebensmonat): Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**	58
Tabelle 3.7:	Inanspruchnahme von IP-Leistungen im Jahr 2016 in Prozent (stand.D2016)*	59
Tabelle 3.8:	Individualprophylaxe (6- bis unter 18-Jährige): Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**	60
Tabelle 3.9:	Zahnsteinentfernung: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**	61
Tabelle 3.10:	Füllungen: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**	65
Tabelle 3.11:	Zahnextraktionen: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**	66
Tabelle 3.12:	Panoramascichtaufnahme: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* in den Jahren 2010 bis 2016 (stand.D2011)**	68
Tabelle 3.13:	Wurzelbehandlung: Inanspruchnahmerate nach Bundesländern* für die Jahre 2010 bis 2016 (stand.D2011)**	70
Tabelle 4.1:	Übersicht der in die Analysen von Kapitel 4 eingehenden Gebührenziffern	73
Tabelle 4.2:	Übersicht der in Kapitel 4 ausgewiesenen Kenngrößen	74

Tabelle 4.3:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 und für die Eingliederung von Aufbissbehelfen sowie die Ausgaben je Inanspruchnehmer für alle Leistungen für das Jahr 2016 (stand. D2016).....	74
Tabelle 4.4:	Inanspruchnahmerate für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 sowie die Eingliederung von Aufbissbehelfen und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für Leistungen im Jahr 2016 nach Bundesländern* (stand.D2016)**	78
Tabelle 4.5:	Verteilung der häufigsten Ziffern aus BEMA-Teil 2 nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2016 (stand.D2016).....	79
Tabelle 4.6:	Inanspruchnahmerate für alle Leistungen aus BEMA-Teil 2 für die Jahre 2013 bis 2016 nach Bundesländern* (stand.D2016)**	82
Tabelle 5.1:	Übersicht der in Kapitel 5 ausgewiesenen Kenngrößen.....	84
Tabelle 5.2:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für alle Leistungen aus BEMA-Teil 3 sowie die Ausgaben je Inanspruchnehmer für alle Leistungen für das Jahr 2016 (stand.D2016).....	85
Tabelle 5.3:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten unter 20 Jahren für alle Leistungen aus BEMA-Teil 3 nach Bundesländern* und nach Leistungsbereichen für das Jahr 2016 (stand.D2016)**	88
Tabelle 5.4:	Mittlere Ausgaben für kieferorthopädische Leistungen bei Versicherten unter 20 Jahren in den Jahren 2013 bis 2016 nach Bundesländern* in Euro (stand.D2011)**	89
Tabelle 6.1:	Übersicht der in die Analysen von Kapitel 6 eingehenden Gebührenziffern (Gebührenziffer 04 aus BEMA-Teil 1 und BEMA-Teil 4 komplett).....	91
Tabelle 6.2:	Übersicht der in Kapitel 6 ausgewiesenen Kenngrößen.....	92
Tabelle 6.3:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Jahr 2016 (stand.D2016).....	93

Tabelle 6.4:	Inanspruchnahmerate und mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für diagnostische und therapeutische Leistungen im Jahr 2016 nach Bundesländern* (stand.D2016)**	97
Tabelle 6.5:	Verteilung der diagnostischen und therapeutischen Behandlungsleistungen des Teils 4 des BEMA und der Gebührenziffer 04 aus Teil 1 des BEMA nach Häufigkeit und Punktsumme im Jahr 2016 (stand.D2016).....	99
Tabelle 6.6:	Inanspruchnahmerate für diagnostische und therapeutische Behandlungsleistungen im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien in den Jahren 2012 bis 2016 nach Bundesländern* (stand.D2011)**	101
Tabelle 7.1:	Übersicht der in die Analysen von Kapitel 7 eingehenden Befundklassen für Festzuschüsse (Auszug – ausführliche Auflistung der Befundziffern siehe Anhang A8).....	105
Tabelle 7.2:	Übersicht der in Kapitel 7 ausgewiesenen Kenngrößen.....	106
Tabelle 7.3:	Inanspruchnahmerate, Ausgaben und Eigenanteil je versorgten Versicherten für Neueingliederung (NEU) und Wiederherstellung (REP) im Jahr 2016 (stand.D2016)	107
Tabelle 7.4:	Kenngrößen der Versorgung mit Zahnersatz (Neueingliederungen) im Jahr 2016 nach Bundesländern (stand.D2016)*	111
Tabelle 7.5:	Zuschusserhöhung für Versicherte mit lückenloser Führung des Bonusheftes für Zahnersatz im Jahr 2016 (stand.D2016)	113
Tabelle 7.6:	Verteilung der abgerechneten Festzuschussbefunde im Jahr 2016 (stand.D2016).....	114
Tabelle 8.1:	Wesentliche Änderungen und Ergänzungen der Gebührennummern des BEMA zur Optimierung der aufsuchenden vertragszahnärztlichen Versorgung in den Jahren 2013 und 2014 (Auszug)	123
Tabelle 8.2:	Regionale Veränderungen von Inanspruchnahme und Therapieleistungen bei vollstationär Pflegebedürftigen seit dem Jahr 2013 in Prozent.....	140
Tabelle A1:	Altersverteilung nach Geschlecht.....	158
Tabelle A2:	Inanspruchnahmerate in den BEMA-Teilen 1 bis 5 und Gesamt im Jahr 2016.....	159

Tabelle A3:	Mittlere Ausgaben je Versichertem in den BEMA-Teilen 1 bis 5 und Gesamt im Jahr 2016 in Euro	160
Tabelle A4:	Leistungsgruppen BEMA-Teil 1	161
Tabelle A5:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Prophylaxe-Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016 nach Ländern* (stand.D2016**)	166
Tabelle A6:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Diagnostische und Beratungsleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016 nach Ländern* (stand.D2016**)	167
Tabelle A7:	Inanspruchnahmerate, Behandlungsfälle, Zahnarztkontakte und mittlere Ausgaben für Therapeutische Leistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016 nach Ländern* (stand.D2016**)	168
Tabelle A8:	Befundklassen zu Zahnersatz und Zahnkronen	170
Tabelle A9:	Inanspruchnahmeraten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016	174
Tabelle A10:	Mittlere Anzahl der Behandlungsfälle in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versicherten im Jahr 2016	175
Tabelle A11:	Mittlere Anzahl der Zahnarztkontakte in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) je Versicherten im Jahr 2016	176
Tabelle A12:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten in den drei Leistungsbereichen der konservierenden, chirurgischen und Röntgenleistungen (BEMA-Teil 1) im Jahr 2016 in Euro	177
Tabelle A13:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung aus BEMA-Teil 1 im Jahr 2016 nach Alter und Leistungsuntergruppe	178
Tabelle A14:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer der ausgewählten Leistungen im Jahr 2016	179
Tabelle A15:	Inanspruchnahmerate für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Beratungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	180

Tabelle A16:	Mittlere Ausgaben je behandelten Versicherten für parodontologische diagnostische Leistungen und Therapie- und Beratungsleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	181
Tabelle A17:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer parodontologischen Leistung im Jahr 2016 nach Alter und Gebührenziffer	182
Tabelle A18:	Inanspruchnahmerate für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	183
Tabelle A19:	Mittlere Gesamtausgaben je behandelten Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	184
Tabelle A20:	Mitterer Eigenanteil je behandelten Versicherten für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Neueingliederungs- und Wiederherstellungsleistungen) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2016	185
Tabelle A21:	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Versorgungsleistung (Zahnersatz und Zahnkronen) im Jahr 2016 nach Alter und Befundklassen	186
Tabelle A22:	Übersicht BEMA-Gruppierungen	186

Literaturverzeichnis

- Bush, H. M., Dickens, N. E., Henry, R. G., Durham, L., Sallee, N., Skelton, J., Stein, P. S., Cecil, J. C. (2010): Oral health status of older adults in Kentucky: results from the Kentucky Elder Oral Health Survey. In: *Spec Care Dentist* Sep-Oct 30 (5). S. 185–92. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00154.x.
- Chen, X., Clark, J. J., Naorungroj, S. (2013): Oral health in nursing home residents with different cognitive statuses. In: *Gerodontology* Mar 30 (1). S. 49–60. doi: 10.1111/j.1741-2358.2012.00644.x.
- Christensen, L. B., Hede, B., Nielsen, E. (2012): A cross-sectional study of oral health and oral health-related quality of life among frail elderly persons on admission to a special oral health care programme in Copenhagen City, Denmark. In: *Gerodontology* Jun 29 (2). S. e392–400. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00486.x.
- Czarkowski, G., Allroggen, S., Köster-Schmidt, A., Bausback-Schomakers, S., Frank, M., Heudorf, U. (2013): Schulung von Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zur Verbesserung der Mundhygiene bei den Bewohnern – Interventionsstudie in Frankfurt am Main 2010. In: *Das Gesundheitswesen* 75 (06). S. 368–375. doi: 10.1055/s-0032-1327742.
- Gaszynska, E., Szatko, F., Godala, M., Gaszynski, T. (2014): Oral health status, dental treatment needs, and barriers to dental care of elderly care home residents in Lodz, Poland. In: *Clin Interv Aging* Sep 25 (9). S. 1637–44. doi: 10.2147/CIA.S69790.
- Gerritsen, P. F., van der Bilt, A., Cune, M. S., Schrijvers, A. J., de Putter, C. (2013): Integrated versus incidental dental care in nursing homes. In: *Spec Care Dentist* Sep-Oct 33 (5). S. 227–31. doi: 10.1111/j.1754-4505.2012.00317.x.
- Ghazal, T. S., Caplan, D. J., Cowen, H. J., Oliveira, D. (2015): Factors related to receipt of dental care in Eastern Iowa nursing facilities. In: *Spec Care Dentist* Jul-Aug 35 (4). S. 175–81. doi: 10.1111/scd.12107.
- Hardgraves, V. M., Mitchell, T. V., Hanson, C. C., Simmer-Beck, M. (2014): A qualitative analysis of oral health care needs in Arkansas nursing facilities: the professional role of the dental hygienist. In: *J Dent Hyg* Dec 88 (6). S. 353–63.
- İlhan, B., Çal, E., Dündar, N., Güneri, P., Dağhan, S. (2015): Oral health-related quality of life among institutionalized patients after dental rehabilitation. In: *Geriatr Gerontol Int.* Oct 15 (10). S. 1151–7. doi: 10.1111/ggi.12413.

- Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (1999): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III): Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Jordan, A. R., Micheelis, W. (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), Materialienreihe Band 35. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2014): Jahrbuch: statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung; einschließlich GOZ-Analyse. Köln. KZBV.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2015): Jahrbuch: statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung; einschließlich GOZ-Analyse. Köln. KZBV.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2016): Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (<http://www.kzbv.de/kzbv-bema-20160701.download.e0e5527db954481385ff0508f95bfe51.pdf> Download am 15. März 2018)
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2016): Jahrbuch: statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung; einschließlich GOZ-Analyse. Köln. KZBV.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (2017): Agenda Mundgesundheit. <http://www.kzbv.de/agenda-mundgesundheit.659.de.html> (Download am 19. März 2018).
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2010): Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/AuB_Konzept.pdf (Download am 19. März 2018).
- Klein, C. (2017): Einfluss der Mundgesundheit auf den allgemeinen Gesundheitszustand von Pflegeheimbewohnern (Dissertation). www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000021806/diss_c.klein.pdf;jsessionid=330834E2E19F2AC23C1C7D690019DBD4?hosts= (Download am 19. März 2018).
- Krüger, K. (2008): Mundgesundheit und prothetischer Versorgungsgrad von Senioren in häuslicher Pflege in der Stadt Greifswald (Dissertation). <https://d-nb.info/995353778/34> (Download am 19. März 2018).
- Kurth, B. - M., Scheidt-Nave, C. (2010): Demografischer Wandel in Deutschland – Bedrohung oder Herausforderung? In: Bundesgesundheitsblatt 53. S. 389–392. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1056-5> (Download am 15. März 2018).

- Lehmann, A., Müller, G., Kirch, W., Klimm, W., Reitemeier, B. (2003): Arzneimitteltherapie und Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Senioren in Alten- und Pflegeheimen. In: Z. f. Gesundheitswiss 11. S. 69–79.
- Micheelis W, Schiffner U. (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ Materialreihe Band 31). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag.
- Micheelis W., Hoffmann T. (2006): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie - (DMS IV)/ neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Vorsorgungsgrad in Deutschland 2005. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Müller, F. und Nitschke, I. (2010): Der alte Patient in der zahnärztlichen Praxis. Berlin: Quintessence Publishing.
- Nippgen, D (2005): Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen – Betreuungssituation von Altenheimbewohnern in der Region Mettmann (Dissertation).
- Nitschke, I., Groß, D., Kunze, J. (2017): Spezifische Bedarfe bei zahnärztlichen Patienten mit Demenz und ihre ethischen Implikationen. In: Ethik Med 29 (1). S. 71–86. <https://doi.org/10.1007/s00481-016-0426-4>
- Nitschke, I., Hopfenmüller, J., Hopfenmüller, W., Schulte, A. G. (2012): Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien (2000–2012). In: IDZ-Information 3 https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/idz/IDZ_0312_WEB.pdf (Download am 15. März 2018).
- Nitschke, I., Hopfenmüller, W. (1996): Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. In: K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), Die Berliner Altersstudie. S. 429–448. Berlin: Akademie Verlag.
- Nitschke, I., Kaschke, I. (2011): Special care dentistry for dependent elderly and people with disabilities. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz Sep 54 (9). S. 1073–82. doi: 10.1007/s00103-011-1341-y.
- Rabbo, M. A., Mitov, G., Gebhart, F., Pospiech, P. (2012): Dental care and treatment needs of elderly in nursing homes in Saarland: perceptions of the homes managers. In: Gerodontology Jun 29 (2). S. e57–62. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00409.x.
- Silva, M., Hopcraft, M., Morgan, M. (2014): Dental caries in Victorian nursing homes. In: Aust Dent J. 59 (3). S. 321–8. doi: 10.1111/adj.12188.

- Simons, D., Kidd, E. A., Beighton, D. (1999): Oral health of elderly occupants in residential homes. In: Lancet 353 (9166). S. 1761.
- Statistisches Bundesamt (2011): Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 1. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung. Ausgabe 2011. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.pdf?__blob=publicationFile (Download am 19. März 2018).
- Statistisches Bundesamt (2017): Knapp 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Dezember 2015. Pressemitteilung Nr. 017 vom 16.01.2017. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224.html (Download am 19. März 2018).
- Statistisches Bundesamt (o. J.): Prognosen zum demografischen Wandel. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Durchschnittsalter_Zensus.html (Download am 20. Februar 2018).
- TNS Infratest Sozialforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (2017): Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf (Download am 15. März 2018).
- Vidzis, A., Cema, I., Krasta, I., Brinkmane, A., Kalnins, I. (2011): Evaluation of oral health status of retirement-age population in Latvia. In: Stomatologija 13 (2): S. 68–72.
- Zuluaga, D. J., Ferreira, J., Montoya, J. A., Willumsen, T. (2012): Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. In: Gerontology. Jun 29 (2). S. e420–6. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00490.x (Download am 20. Februar 2018).

Autorenverzeichnis

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

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

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

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

Bundesländer Deutschland



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

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

Zahnreport 2018

Der jährliche BARMER Zahnreport ist inzwischen eine anerkannte Institution im Hinblick auf die Analyse der vertragszahnärztlichen Versorgung Deutschlands. Er wird 2018 erneut in bewährter Zusammenarbeit mit der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden und der AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH Berlin herausgegeben.

Der vorliegende Report enthält im Standardteil alle wesentlichen Versorgungsdaten des Jahres 2016. Er umfasst vollständig alle Leistungsbereiche des Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA). Zeitreihen von bis zu sieben Jahren erlauben in vielen Leistungsbereichen den Einblick in Entwicklungen im Leistungsgeschehen über die Zeit. Dabei sind zum Teil interessante Trends ersichtlich.

Der diesjährige Schwerpunktteil widmet sich der vertragszahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Senioren. Ganz im Sinne zahnmedizinischer Versorgungsforschung analysiert der Schwerpunktteil die Auswirkungen der neuen BEMA-Gebührennummern zur aufsuchenden Versorgung aus den Jahren 2013/2014 und evaluiert entsprechende Kooperationsverträge. Der Report zeigt anschaulich, dass die neuen Gebührennummern erfolgreich implementiert wurden und die Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen von Kooperationsverträgen zunimmt. Von einer Verbesserung zahnärztlicher Prävention in Pflegeeinrichtungen ist in diesem Zusammenhang auszugehen. Die Analysen zeigen jedoch auch, dass im Umfeld der Besuche bei stationär Pflegebedürftigen nur in der Minderzahl der Fälle eine zahnärztliche Therapie abgerechnet wurde. Auch über die Zeit ist keine wesentliche Änderung des Therapiespektrums in Verbindung mit der Implementierung erkennbar. Eine umfangreiche Serie strukturierter Interviews mit Pflegeeinrichtungen und Zahnärzten rundet den Schwerpunkt ab und liefert neue Erkenntnisse und Erklärungsansätze.

Der BARMER Zahnreport 2018 bildet damit erneut die zahnmedizinische Versorgungsrealität ab und schafft die Grundlage für die erforderliche Verbesserung der Mundgesundheit Pflegebedürftiger.

ISBN 978-3-946199-15-1
29,80 Euro (D)

