

Aus der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität zu München
Direktor: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

**Vertragszahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Senioren
in Baden-Württemberg**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Lara Christina Finster

aus
Heidelberg

2021

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. dent. Christoph Benz

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Rolf Holle

PD. Dr. Caroline Jung-Sievers

Prof. Dr. Jochen Gensichen

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 06.10.2021

Meinen Eltern gewidmet

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Zielsetzung	12
3.	Grundlagen	13
3.1.	Maßnahmen des Gesetzgebers zur Förderung der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter	13
3.1.1.	§ 119b SGB V	15
3.1.2.	§ 22a SGB V	16
3.1.3.	Änderung der Anspruchsberechtigten	17
3.2.	Maßnahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Förderung der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter	17
3.2.1.	Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen gemäß § 119b Abs. 2 SGB V	18
3.2.2.	Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nach § 22a SGB V	19
3.2.3.	Anpassungen der Abrechnungspositionen im Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen (BEMA)	21
3.2.4.	Aktuelle Maßnahmen	28
3.3.	Baden-Württemberg	29
3.3.1.	Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit im Ländervergleich	29
3.3.2.	Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg	32
3.3.3.	Sonderauswertung der DMS V für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg	34
3.4.	Maßnahmen zur Förderung der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in Baden-Württemberg	36

3.4.1.	Zahnärztliches Betreuungskonzept in Baden-Württemberg	36
3.4.2.	Vereinbarungen zur Umsetzung der zahnärztlichen Versorgung nach § 119b SGB V in Baden-Württemberg	40
4.	Material und Methode	41
4.1.	Deskriptive Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg	41
4.2.	Hintergrund zur Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V	42
4.3.	Meldebogen der KZV BW an die KZBV entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V	43
4.4.	Datenauswertung	44
5.	Ergebnisse	45
5.1.	Allgemeine Daten	45
5.1.1.	Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner, der Kooperationsverträge und der betreuten Versicherten	46
5.1.2.	Anzahl der Pflegeheime / Abdeckungsgrad	51
5.1.3.	Anzahl der pflegebedürftigen Versicherten	53
5.1.4.	Anzahl der Kooperationsverträge pro Kooperationspartner	55
5.1.5.	Zeitliche Betrachtung der Kooperationsvertragsabschlüsse	60
5.1.6.	Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner und der Kooperationsverträge nach der Praxisform	62
5.2.	Spezielle Daten	64
5.2.1.	Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V	65
5.2.2.	Anzahl der abgerechneten Besuchspositionen der Jahre 2013-2019	72
5.2.3.	Entwicklung der einzelnen abgerechneten Besuchspositionen der Jahre 2013 bis 2019	75
5.2.4.	Entwicklung der Zahl der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten	80

5.2.5.	Zeitliche Verteilung der Kontrolluntersuchungen in stationären Pflegeeinrichtungen	82
5.2.6.	Anzahl der abgerechneten Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten	86
5.2.7.	Anteil der abgerechneten Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen	88
6.	Diskussion	90
6.1.	Zusammenfassung	90
6.2.	Diskussion der Methoden	90
6.2.1.	Deskriptive Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg	90
6.2.2.	Hintergrund zur Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V	91
6.2.3.	Meldebogen der KZV BW an die KZBV entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V	92
6.2.4.	Datenauswertung	93
6.3.	Diskussion der Ergebnisse	95
6.3.1.	Allgemeine Daten	95
6.3.1.1.	Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner, der Kooperationsverträge und der betreuten Versicherten	96
6.3.1.2.	Anzahl der Pflegeheime / Abdeckungsgrad	97
6.3.1.3.	Anzahl der pflegebedürftigen Versicherten	98
6.3.1.4.	Anzahl der Kooperationsverträge pro Kooperationspartner	100
6.3.1.5.	Zeitliche Betrachtung der Kooperationsvertragsabschlüsse	101
6.3.1.6.	Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner und Kooperationsverträge nach der Praxisform	101
6.3.2.	Spezielle Daten	102
6.3.2.1.	Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V	104

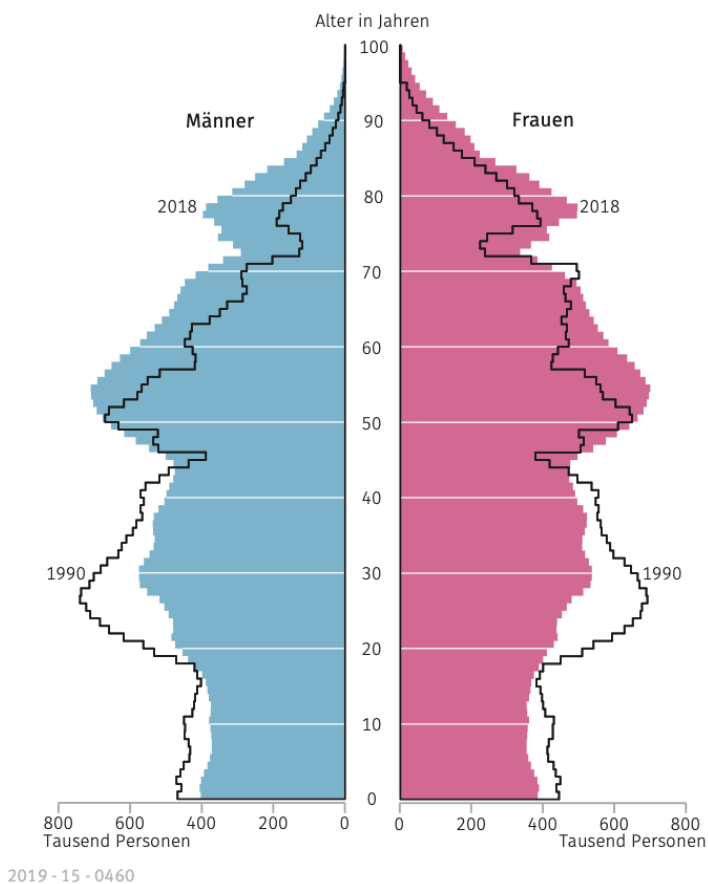
6.3.2.2.	Anzahl der abgerechneten Besuchspositionen der Jahre 2013 bis 2019.....	105
6.3.2.3.	Entwicklung der einzelnen abgerechneten Besuchspositionen der Jahre 2013 bis 2019	107
6.3.2.4.	Entwicklung der Zahl der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten	109
6.3.2.5.	Zeitliche Verteilung der Kontrolluntersuchungen in stationären Pflegeeinrichtungen	111
6.3.2.6.	Anzahl der erbrachten und abgerechneten Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten	113
6.3.2.7.	Anteil der abgerechneten Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen	114
6.4.	Ausblick	115
7.	Zusammenfassung	117
8.	Literaturverzeichnis	119
9.	Abbildungsverzeichnis	126
10.	Tabellenverzeichnis	132
11.	Anhang	135
11.1.	Abrechnungssynopse LZK BW und KZV BW	135
11.2.	Berichtsbogen der Vertragszahnärzte an die KZV nach § 119b Abs. 1 SGB V	136
11.3.	Formblatt der zahnärztlichen Information und Pflegeanleitung	137
11.4.	Meldebogen der KZV BW an die KZBV entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V	138
11.5.	Pflegebedürftige Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger seit 1999 in Baden-Württemberg	139
11.6.	Pflegestatistik über stationäre Einrichtungen in Baden-Württemberg (Stand: 31.12.2017)	141
11.7.	Pflegeeinrichtungen und Personal im Pflegedienst seit 1999 in Baden-Württemberg.	142

11.8. Entwicklung der Zahl der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten der Jahre 2013 bis 2019.....	143
12. Danksagung.....	144
13. Affidavit	145

1. Einleitung

Die demografische Alterung der deutschen Bevölkerung schreitet laut Statistischem Bundesamt deutlich voran (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019, S. 11) (s. Abb. 1). In der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wurde ein Anstieg der Zahl der über 80-Jährigen von 5,4 Millionen im Jahr 2018 auf 6,2 Millionen bis zum Jahr 2022 prognostiziert (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019, S. 25). Durch die veränderte Altersstruktur und die zunehmende Lebenserwartung in Deutschland wird die Zahl der Pflegebedürftigen hierzulande steigen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019, S. 41).

Altersaufbau der Bevölkerung 2018 im Vergleich zu 1990



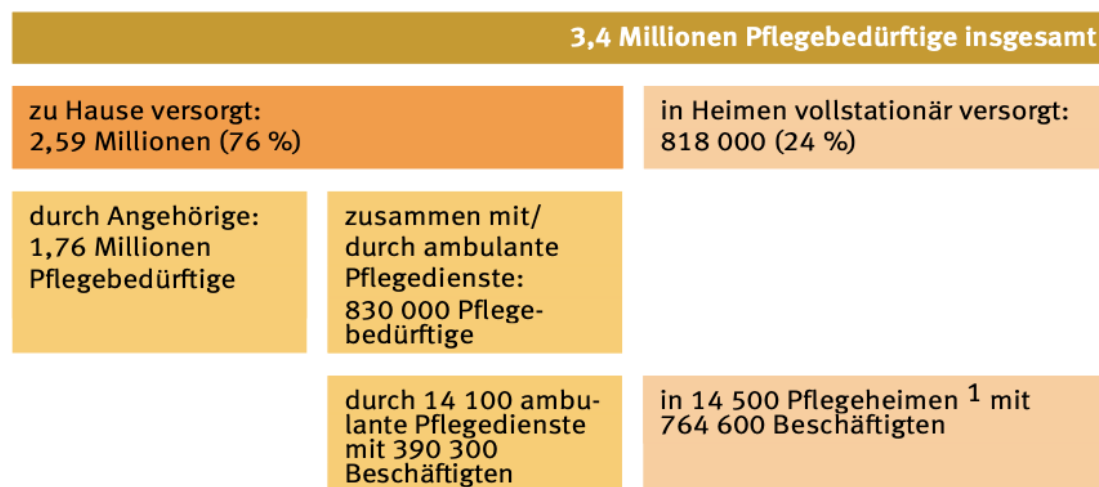
Statistisches Bundesamt 2019

Abb. 1: Altersaufbau der Bevölkerung 2018 im Vergleich zu 1990 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019, S. 11)

Ein wichtiger Aspekt der Bemühungen des Gesetzgebers in den letzten Jahren war die Optimierung der Versorgung in der Pflege. Die Mundgesundheits pflegebedürftiger Versicherter spielt hierbei eine zentrale Rolle (Rädel & Walter, 2018, S. 118). Naturgemäß liegt der Schwerpunkt der Pflegebedürftigkeit bei den älteren Senioren (Gölz & Weber, 2019, S. 5). Die vertragsärztliche Versorgung pflegebedürftiger Senioren gewinnt somit zunehmend an Bedeutung (Benz, 2020, S. 87).

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des eigenen Lebens pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter. Im Jahr 2017 waren 81 % der pflegebedürftigen Versicherten 65 Jahre alt oder älter. Über ein Drittel davon hatte das 85. Lebensjahr bereits überschritten (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 8). Laut der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes lag die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland im Jahr 2017 bei insgesamt 3,41 Millionen; die Zahl der Pflegebedürftigen ist zwischen den Jahren 2015 bis 2017 um 19,4 % gestiegen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 8-9) (s. Abb. 2).

Pflegebedürftige 2017 nach Versorgungsart



1 Einschl. teilstationärer Pflegeheime.

Abb. 2: Pflegebedürftige 2017 nach Versorgungsart (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 16)

Zur Erhebung der Gesamtzahl an Pflegebedürftigen in Deutschland liefern dem Statistischen Bundesamt sowohl ambulante als auch stationäre Pflegeeinrichtungen, die Spitzenverbände

der Pflegekassen und der Verband der Privaten Krankversicherung (PKV) Daten über die pflegebedürftigen Versicherten (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 3).

Pflegebedürftig im Sinne des § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB XI¹ sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können (§ 14 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen (§ 14 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Als Pflegebedürftiger erfasst wird derjenige, der von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen einem Pflegegrad 1 bis 5 (§ 15 Abs. 3 Satz 3 Ziff. 1 bis 5 SGB XI) zugeordnet wurde und somit Leistungen nach dem SGB XI erhält (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 6).

Die 3,41 Millionen pflegebedürftigen Versicherten wurden sowohl häuslich als auch in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt (s. Abb. 2). Zu Hause wurden Ende 2017 insgesamt 2,59 Millionen pflegebedürftige Versicherte gepflegt. Die Mehrheit davon wurde zu Hause durch Angehörige versorgt. Bei 0,83 Millionen pflegebedürftigen Versicherten erfolgte die Pflege mithilfe von oder alleine durch ambulante Pflegedienste. In vollstationärer Pflege befanden sich im Jahr 2017 insgesamt 0,82 Millionen pflegebedürftige Versicherte (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 8)

Es wurde seinerzeit deutlich, dass die Nachfrage sowohl nach ambulanter als auch nach vollstationärer Pflege gestiegen war. Im Jahr 2017 stieg die Zahl der pflegebedürftigen Versicherten, die durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, um 19,9 % im Vergleich zum Jahr 2015. Die Zahl der pflegebedürftigen Versicherten, die in den stationären

¹ Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung - vom 26.05.1994 (BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Art. 5 Patientendaten-Schutz-Gesetz vom 14.10.2020 (BGBl. I S. 2115).

Pflegeeinrichtungen versorgt wurden, stieg um 4,5 % (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 8).

Die in den stationären Pflegeeinrichtungen versorgten pflegebedürftigen Versicherten waren älter als die in der Häuslichkeit betreuten pflegebedürftigen Versicherten. Insgesamt 92 % der Pflegeheimbewohner waren 65 Jahre oder älter (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020) (s. Abb. 3). Es hatten 50 % das 85. Lebensjahr bereits überschritten (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 9).

Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeheimen 2017

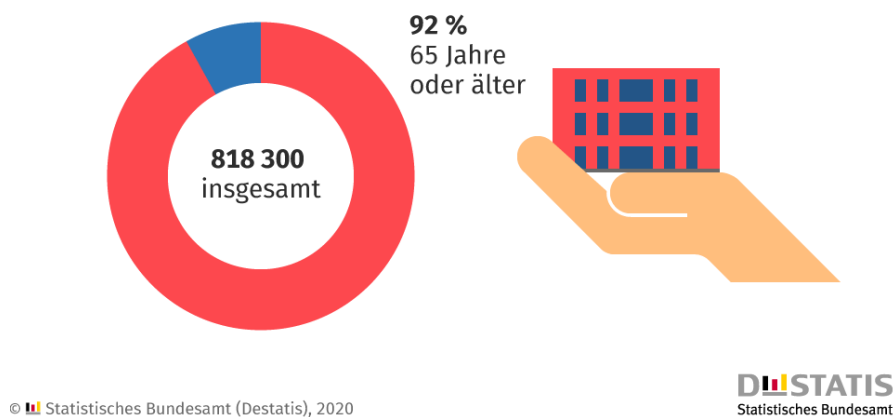


Abb. 3: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeheimen 2017 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020)

Auch die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) stand in Zusammenhang mit der demografischen Alterung und der steigenden Zahl an pflegebedürftigen Senioren in Deutschland. Bei der DMS V handelt es sich um eine repräsentative Querschnittstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Diese erstmals 1989 durchgeführte Erhebung (DMS I) lieferte im Jahr 2016 zum mittlerweile fünften Mal wichtige Daten in Bezug auf die Mundgesundheit und die zahnmedizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung (Jordan & Micheelis, 2016, S. 29).

In der DMS V wurden angelehnt an oralepidemiologische WHO-Konventionen vier Altersgruppen gewählt, auf die man sich in der Studie konzentrierte. Diese waren: Kinder

(12-Jährige), jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige), jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) und erstmals auch die Altersgruppe der älteren Senioren (74- bis 100-Jährige) (Jordan & Micheelis, 2016, S. 45-46).

Die Mundgesundheit sowie der Versorgungszustand der älteren pflegebedürftigen Senioren waren insgesamt schlechter als dies bei den gleichaltrigen Senioren ohne Pflegebedarf der Fall war (s. Abb. 4). In der Gruppe der älteren pflegebedürftigen Senioren waren 82 % parodontal erkrankt und 54 % zahnlos. Bei den gleichaltrigen Senioren ohne Pflegebedarf waren 90 % an einer Parodontitis erkrankt und lediglich 33 % zahnlos (Jordan & Micheelis, 2016, S. 30-31).

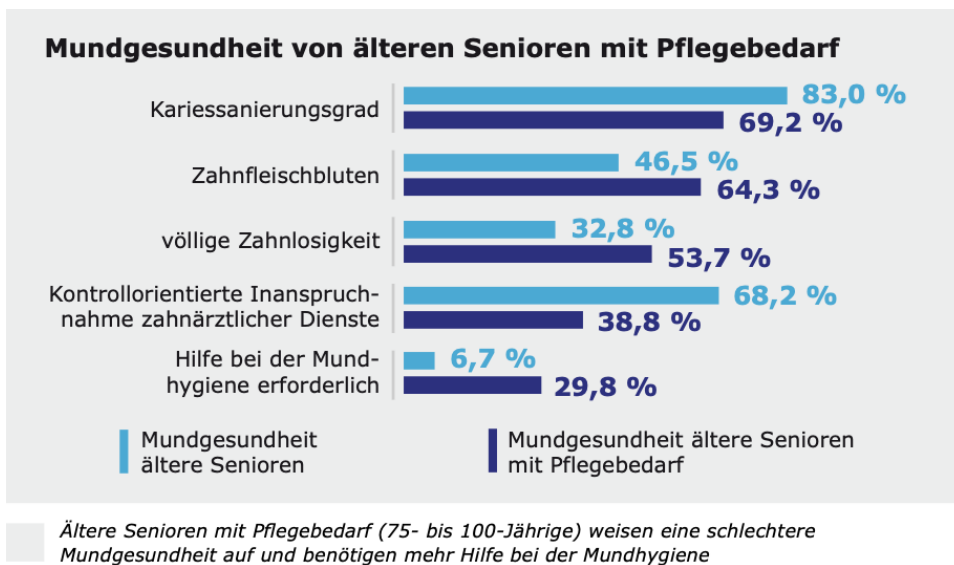


Abb. 4: Mundgesundheit von älteren Senioren mit Pflegebedarf (Quelle: Cholmakow-Bodechtel et al., 2016, S. 21)

In einer Studie der University of British Columbia aus dem Jahr 1993 wurde ebenfalls festgestellt, dass die Kariesinzidenz bei institutionalisierten Senioren höher und der Kariessanierungsgrad der Zähne niedriger war als bei Probanden ohne Pflegebedarf (MacEntee, Clark & Glick, 1993, S. 92). Pflegebedürftige Senioren wiesen generell einen höheren Unterstützungsbedarf bei der Mund- und Prothesenpflege sowie bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen auf (Jordan & Micheelis, 2016, S. 30-31).

Die unzureichende Mundgesundheit von pflegebedürftigen Senioren unterschied sich allerdings kaum danach, ob die Betreuung zu Hause oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erfolgte. Lediglich die Prävalenz der akuten Karies war bei stationär betreuten pflegebedürftigen Versicherten schlechter (dreimal so hoch), als bei denen, die in der Häuslichkeit betreut wurden (Nitschke & Micheelis, 2016, S. 574).

MacEntee et al. identifizierten - mittels Regressionsanalysen - an multivariaten Modellen bei 156 älteren Probanden die Variablen, die am signifikantesten zum Kariesrisiko im Alter beitrugen: Dazu gehörten Karies zu Studienbeginn, Aufenthalte in Langzeitpflegeeinrichtungen, eine hohe Anzahl von Laktobazillen, schlechte Mundhygiene und hochfrequenter Zuckerkonsum (MacEntee et al., 1993, S. 90-92).

Im Jahr 2010 waren weltweit 3,8 Milliarden Menschen von oralen Erkrankungen betroffen (Marcenes et al., 2013, S. 592). Insgesamt war im Jahr 2014 in der DMS V eine positive Entwicklung der Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung zu verzeichnen. Dieser erfreuliche Trend schien ein Hinweis darauf zu sein, dass die erfolgreiche Prävention es möglich machte, Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten „in ein höheres Alter“ zu verschieben. Beweis hierfür war (auch) die ähnliche Prävalenzstruktur in der Gruppe der älteren Senioren in Bezug auf Kariesinfektionen und Parodontalerkrankungen, die etwa 10 Jahre zuvor noch der der jüngeren Senioren entsprach. Es war zu beobachten, dass sich die Krankheitslast oraler Krankheiten im höheren Lebensalter verdichtete (Jordan & Micheelis, 2016, S. 31-32).

Prognostisch ließ sich vermuten, dass der zahnmedizinische Behandlungsbedarf in Zukunft steigen wird (Cholmakow-Bodechtel et al., 2016, S. 14) (s. Abb. 5).

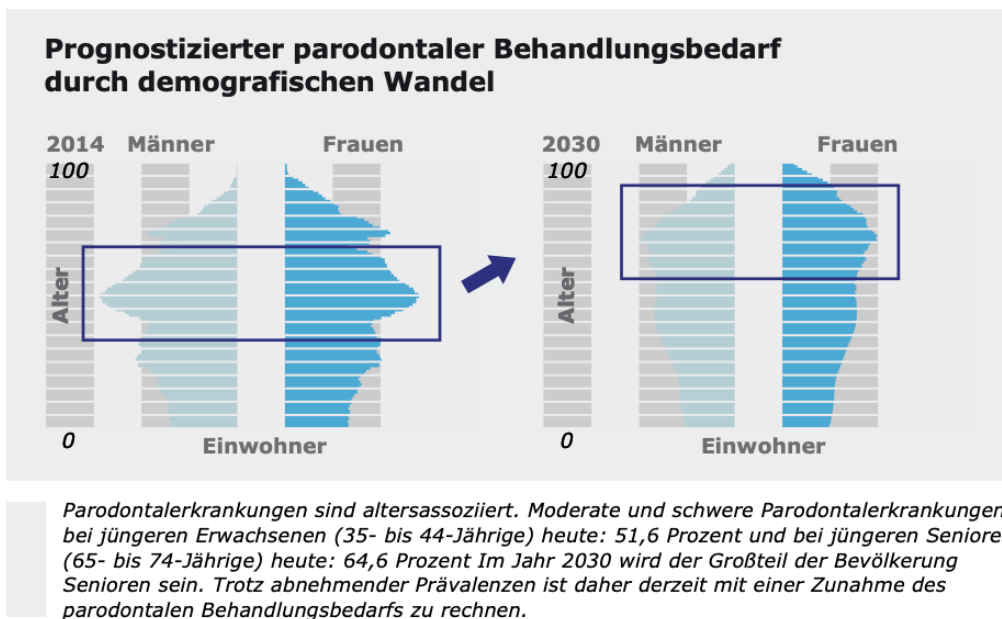


Abb. 5: Prognostizierter parodontaler Behandlungsbedarf durch demografischen Wandel (Quelle: Cholmakow-Bodechtel et al., 2016, S. 16)

Parodontalerkrankungen sind keine Erscheinungen des natürlichen Alterungsprozesses. Dies ergab bereits 1996 eine Longitudinalstudie der Schools of Dentistry der University of Michigan und der University of North Carolina (Ship, Beck, Arbor & Hill, 1996, S. 281). Die Studienpopulation bestand aus 95 Probanden im Alter von 29 bis 76 Jahren, die freiwillig an der Baltimore Longitudinal Study of Aging teilnahmen (Baum, 1981, S. 128-134; Schock et al., 1984, S. 84-2540, zitiert nach Ship et al., S. 282). Es stimmt allerdings, dass Parodontitis gehäuft bei älteren Menschen zu finden ist (Cholmakow-Bodechtel et al., 2016, S. 16).

Eke et al. beschäftigten sich im Jahr 2016 mit den Risikofaktoren für Parodontalerkrankungen in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA). Dabei konnte eine höhere Prävalenz von Parodontalerkrankungen in der Altersgruppe der 65-Jährigen oder älteren sowie bei nicht-eingestellten Diabetikern festgestellt werden (Eke et al., 2016, S. 1182).

Die aktuelle Studienlage belegt zudem einen Zusammenhang zwischen Parodontalerkrankungen und dem Auftreten von kardiovaskulären Erkrankungen wie z.B. dem Myokardinfarkt oder der Herzinsuffizienz (Holmlund, Lampa & Lind, 2017, S. 105). In

einer Review der American Academy of Restorative Dentistry aus dem Jahr 2017 wurde nach der Analyse von über 400 wissenschaftlichen Artikeln erneut auf die Beziehung zwischen schlechtem parodontalem Zustand und systemischen Erkrankungen hingewiesen (Donovan et al., 2017, S. 295-296).

Darüber hinaus fanden Qian et al. in einer retrospektiven Kohortenstudie mit 1385 Patienten zwischen 75 Jahren und älter heraus, dass ein schlechter parodontaler Zustand besonders bei älteren Senioren mit schweren Atemwegserkrankungen assoziiert war (Qian et al., 2014, S. 2). Ebenso besteht nachweislich ein Zusammenhang zwischen der Mundgesundheit und der Lebensqualität älterer Menschen.

In einer englischen Studie von McGrath & Bedi aus dem Jahr 1999 wurden 454 65-Jährige oder ältere Menschen bei sich zu Hause bezüglich ihrer Wahrnehmung über die Auswirkungen der Mundgesundheit auf ihre Lebensqualität befragt. Insgesamt 313 der Probanden (72 %) empfanden die Mundgesundheit auf vielfältige physische, soziale und psychische Weise als bedeutsam für ihre Lebensqualität (McGrath & Bedi, 1999, S. 59).

Weitere Studien zeigten, dass ältere Menschen unabhängig vom Alter am Erhalt ihrer eigenen Zähne und an einer zahnmedizinischen Betreuung interessiert waren (Nederfors, 1998, S. 61-65). In einer Longitudinalstudie im Rahmen einer Dissertation an der Universität Heidelberg zeigte sich zudem ein positives Inanspruchnahmeverhalten pflegebedürftiger Senioren gegenüber zahnmedizinischer Betreuung bzw. Behandlungen (Dieke, A., 2007, S. 71).

In der DMS V ließ sich ein größtenteils beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten von zahnärztlichen Leistungen bei älteren pflegebedürftigen Senioren feststellen (Nitschke & Micheelis, 2016, S. 561). Nach schmerzhaften Notfallbehandlungen wird die Eingliederung von Zahnersatz allerdings oft unmöglich und die Nahrungsaufnahme der pflegebedürftigen Senioren erschwert. Unter dem Verlust der Kaufunktion leiden Psyche und Lebensqualität der hiervon Betroffenen (KZBV & BZÄK, 2010, S. 10-11).

Die Einführung strukturierter Mundhygieneroutinen in stationären Pflegeeinrichtungen ist somit unabdingbar für das psychische Wohlbefinden des älteren zahnmedizinischen Patienten (Nederfors, 1998, S. 65).

Die positiven Effekte der regelmäßigen Betreuung und Intervention durch Zahnärzte auf die Mundgesundheit pflegebedürftiger Versicherter sind bekannt (Benz, 2004, S. 583; Dieke, R., 2007, S. 100; Geiger, 2011, S. 98; Jordan & Micheelis, 2016, S. 31-32; Kirschner, 2009, S. 43; Petersen & Nortov 1994, S. 73). Sowohl die Mundgesundheit als auch die Lebensqualität der pflegebedürftigen Senioren erfährt durch strukturierte Prophylaxe eine deutliche Verbesserung (Petersen & Nortov, 1994, S. 73). Durch eine kontrollorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen können außerdem mittel- bzw. langfristige Versorgungskosten eingespart werden (Haffner & Benz, 2013, S. 33).

Die Interventionspotenziale bei Senioren wurden seitens der Medizin lange Zeit unterschätzt (Benz, 2004, S. 583). Mit der Folge, dass im Jahr 2010 nach Analyse der Studienlage durch Reißmann, Heydecke und van den Bussche eine zahnmedizinische Unterversorgung der pflegebedürftigen Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland konstatiert wurde (Reißmann, Heydecke & van den Bussche, 2010, S. 648). Man kann von einer unzureichenden Mundgesundheit jedoch nicht direkt auf eine zahnärztliche Unterversorgung schließen (Rädel & Walter, 2018, S. 119-120).

Die Förderung der Mundgesundheit wird bei pflegebedürftigen Versicherten multifaktoriell beeinflusst. Eine zentrale Rolle spielt die zahnmedizinische funktionelle Kapazität des pflegebedürftigen Patienten. Die Therapiefähigkeit, die Mundhygienefähigkeit und die Eigenverantwortlichkeit ergeben zusammen die Belastbarkeitsstufen 1 bis 4 der funktionellen Kapazität des pflegebedürftigen Patienten. Vor diesem Hintergrund waren laut DMS V im Jahr 2014 insgesamt 66,8 % der pflegebedürftigen Senioren stark reduziert bis gar nicht belastbar. Im Vergleich traf dies lediglich auf 27,4 % der älteren Senioren ohne Pflegebedarf zu (Nitschke & Micheelis, 2016, S. 560).

Besonders die Schulung des Pflegepersonals auf dem Gebiet der Mund- und Prothesenhygiene scheint ein wichtiger Faktor zur Förderung der Mundgesundheit pflegebedürftiger Versicherter zu sein (Paulsson, Fridlund, Holmén & Nederfors, 1998, S. 240; Paulsson, Söderfeldt, Fridlund & Nederfors, 2001, S. 12). Im Jahr 2018 genoss die Mundhygiene der Pflegebedürftigen weiterhin einen eher niedrigen Stellenwert beim Pflegepersonal. Die größten Hindernisse waren bei Befragung die fehlende Zeit und das

fehlende Bewusstsein für die Notwendigkeit der Mund- und Prothesenhygiene seitens der Pflege (Oberzaucher, 2018, S. 7-8).

Dies deckte sich mit den Ergebnissen des 3. CARE Klima-Index aus dem Jahr 2019 (Hollaus, 2020, S. 46). In der Befragung der Psyma Health & CARE im Jahr 2019 schätzten lediglich 3 % der befragten Zahnärzte in Baden-Württemberg den Stellenwert der Mundgesundheit der Pflegebedürftigen beim Pflegepersonal als sehr wichtig ein (Hollaus, 2020, S. 43).

Es ist zu betonen, dass die Oralhygiene besonders in Hochrisikogruppen eine zentrale Rolle spielt. Sie ist maßgeblich an der Entstehung nosokomialer Lungenentzündungen bei pflegebedürftigen Senioren verantwortlich. Besonders in Pflegeeinrichtungen sollte das Wissen über die Bedeutung der Mundgesundheit für die Allgemeingesundheit Verbreitung finden (Kreissl, Eckardt & Nitschke, 2008, S. 1089-1096).

Nicht nur die pflegebedürftigen Senioren profitieren von einer verbesserten Lebensqualität durch regelmäßige Mund- und Prothesenhygiene. Auch die stationären Pflegeeinrichtungen profitieren von der Mundgesundheit ihrer Bewohner. Eine niedrigere Zahl an Schwerpflegebedürftigen und weniger Krankenhauseinweisungen würden den Alltag für die Pflegekräfte erleichtern (Kreissl et al., 2008, S. 1089-1096; Oberzaucher, 2018, S. 9-10).

Sowohl den stationär als auch den zu Hause versorgten pflegebedürftigen Senioren sollte die gleiche zahnmedizinische Betreuung zuteilwerden, wie dies auch bei Menschen ohne Pflegebedarf der Fall ist (Benz, 2004, S. 584).

Um die Qualität der Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern, trat am 01.04.2014 die „Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung [...]) zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)“ in Kraft. Dadurch konnten Kooperationsverträge nach § 119b Abs. 1 SGB V zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragszahnärzten geschlossen werden (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 1). Weitere Gesetzesneuerungen und

Anpassungen der Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung folgten.

In Anbetracht der demografischen Entwicklung und des steigenden zahnmedizinischen Versorgungsbedarfs war die Überprüfung des Konzeptes der Kooperationsverträge in stationären Pflegeeinrichtungen und der veränderten Rahmenbedingungen dringend geboten.

Die adäquate Versorgung pflegebedürftiger Versicherter ist aufgrund der erschwerten zahnärztlichen Behandlungsbedingungen nicht an den gleichen Kriterien wie die Versorgung von Menschen ohne Pflegebedarf auszurichten. Die hier verwendete Bezeichnung der vertragszahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Senioren bezog sich auf präventive Maßnahmen (wie die Besuchstätigkeit, die Feststellung des Mundgesundheitsstatus, die Mundgesundheitsaufklärung und die Entfernung harter Beläge) der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter (Rädel & Walter, 2018, S. 120).

Es wurde bisher keine Auswertung des hier verwendeten Datenmaterials für Baden-Württemberg veröffentlicht.

2. Zielsetzung

In dieser Arbeit geht es um die Überprüfung des vertragszahnärztlichen Versorgungssystems pflegebedürftiger Senioren in Baden-Württemberg.

Im Jahre 2014 kam es auf dem Gebiet der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger gesetzlich Krankensicherter zu Neuerungen. Durch das Inkrafttreten der „Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband“ (Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V) wurden Kooperationsverträge zwischen Vertragszahnärzten und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 1). Es galt das Versorgungsgeschehen in Bezug auf pflegebedürftige Senioren in Baden-Württemberg seit Einführung der Kooperationsverträge nach § 119b Abs. 1 SGB V zu untersuchen.

Die Arbeit konzentrierte sich darauf, festzustellen, ob durch die Kooperationsverträge eine Verbesserung in der vertragszahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen zu verzeichnen war. Hierfür wurden Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW) über Kooperationsverträge und -partner, betreute Versicherte, getätigte Besuche, erbrachte und abgerechnete Leistungen und Zuschläge betrachtet sowie die Sonderauswertung der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) für Baden-Württemberg in den Blick genommen.

Als Ziel wurde

- die Analyse des von der KZV BW zur Verfügung gestellten Datenmaterials über Kooperationsverträge und -partner, betreute Versicherte sowie erbrachte und abgerechnete Leistungs-, Besuchs- und Zuschlagspositionen (Analyse),
- die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen geänderten Rahmenbedingungen und einer Verbesserung in der vertragszahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Senioren in Baden-Württemberg (Untersuchung) sowie

- die Bewertung der Situation der vertragszahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Senioren (Bewertung) als auch
- die Formulierung von Verbesserungsvorschlägen (Verbesserung)

definiert.

3. Grundlagen

In den letzten Jahren wurde vom Gesetzgeber und der gemeinsamen Selbstverwaltung auf die demografische Alterung und die Bedürfnisse der vulnerablen Gruppe der pflegebedürftigen Senioren reagiert (Brandhorst, Focke, Kalwitzki, Müller, Schmelzer & Rothgang, 2016, S. 55).

3.1. Maßnahmen des Gesetzgebers zur Förderung der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter

Im Jahr 2008 wurden Kooperationsverträge nach § 119b Abs. 1 SGB V² bei der ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht.

Im Jahr 2012 erhielten pflegebedürftige Versicherte durch Artikel 1 des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes³ (GKV-VStG) einen gesetzlichen Anspruch auf ambulante zahnmedizinische Betreuung gemäß § 87 Abs. 2i SGB V.

Die vertragszahnärztliche Besuchstätigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen wurde durch Inkrafttreten des Artikel 2 des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes⁴ am 01.01.2013 durch die zusätzlich abrechenbaren Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Rahmen von

² Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 1 Patientendaten-Schutz-Gesetz vom 14.10.2020 (BGBl. I S. 2115).

³ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983), geändert durch Art. 8a LSV-Neuordnungsgesetz vom 12.04.2012 (BGBl. I S. 579).

⁴ Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz - PNG) vom 23.10.2012 (BGBl. I S. 2246).

Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V bei der Behandlung Pflegebedürftiger in stationären Pflegeeinrichtungen gefördert.

Im Juli 2015 kam es durch Artikel 1 des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz⁵ (GKV-VSG) zur Einführung des § 22a SGB V. Bei dieser Vorschrift geht es um die Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Pflegebedürftige Versicherte haben seither Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge (§ 22a Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Am 01.01.2017 wurde durch Artikel 2 des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes⁶ (PSG II) ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und die Pflegestufen (1 bis 3) durch Pflegegrade (1 bis 5) ersetzt. Seit dieser Änderungen können mehr Versicherte als pflegebedürftig eingestuft werden. Davon profitierten v.a. Demenzkranke, deren Erkrankung körperlichen Erkrankungen nunmehr von Gesetzes wegen gleichzustellen ist (Gölz & Weber, 2019, S. 3).

Am 01.01.2019 traten weitere Maßnahmen des Gesetzgebers in Kraft. Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz⁷ (PpSG) verpflichtete die stationären Pflegeheime zum Abschluss von Kooperationsverträgen mit Vertragszahnärzten. Dabei gilt gemäß § 119b Abs. 1 SGB V durch Artikel 7 des PpSG eine Dreimonatsfrist bei der Vermittlung von Kooperationsverträgen durch die jeweils zuständige Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Von der Pflegeeinrichtung muss nun gemäß § 119b Abs. 1 SGB V eine verantwortliche Pflegekraft benannt werden. Außerdem besteht für die KZBV seit dem 01.01.2019 eine Evaluationspflicht für Kooperationsverträge gemäß § 119b Abs. 3 SGB V. Die erste

⁵ Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) vom 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211).

⁶ Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I S. 2424), zuletzt geändert durch Artikel 2b des Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze vom 11.10.2016 (BGBl. I S. 2233).

⁷ Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) vom 11.12.2018 (BGBl. I S. 2404).

Evaluation durch die KZBV erfolgte noch im Jahr 2019 (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 2). Durch Artikel 7 des PpSG wurden durch § 87 Abs. 2k SGB V Videosprechstunden ermöglicht. Hinsichtlich der Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung kam es durch Artikel 7 des PpSG zu Erleichterungen beim Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen (§ 60 Abs. 1 Satz 5 SGB V).

3.1.1. § 119b SGB V

Gemäß § 119b Abs. 1 SGB V haben stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 des § 119b Abs. 1 SGB V innerhalb von drei Monaten zu vermitteln. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt laut § 119b Abs. 1 SGB V durch die Kooperationsverträge unberührt.

Gemäß § 119b Abs. 1 SGB V ist der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll laut § 119b Abs. 1 SGB V mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. Für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1 des § 119b Abs. 1 SGB V müssen stationäre Pflegeeinrichtungen eine verantwortliche Pflegefachkraft benennen.

Im Sinne von § 119b Abs. 2 SGB V vereinbaren die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 SGB V im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

Gemäß § 119b Abs. 2b SGB V sollen telemedizinische Dienste, insbesondere Videosprechstunden im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären

Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 des § 119b SGB V Verwendung finden.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren gemäß § 119b Abs. 3 SGB V auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 des § 119b SGB V verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019.

3.1.2. § 22a SGB V

Im Sinne des § 22a Abs. 1 SGB V haben Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII⁸ erhalten, Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. § 53 SGB XII wurde zwischenzeitlich aufgehoben. § 99 SGB IX verweist hinsichtlich der Leistungsberechtigten bis zum 31.12.2022 aber auf die mit Wirkung zum 01.01.2020 aufgehobenen § 53 Abs. 1 und 2 SGB XII in der am 31.12.2019 geltenden Fassung. Insofern bleibt die Rechtslage zur Bestimmung des leistungsberechtigten Personenkreises - trotz Aufhebung des § 53 SGB XII - temporär bestehen.

Die Leistungen umfassen gemäß § 22a Abs. 1 Satz 2 SGB V insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 des § 22a Abs. 1 SGB V einbezogen werden (§ 22a Abs. 1 Satz 3 SGB V). Gemäß § 22a Abs. 2 SGB V regelt der

⁸ Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - vom 27.12.2003 (BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Artikel 3 Abs. 7 des 59. Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches vom 09.10.2020 (BGBl. I S. 2075).

Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Nähere über Art und Umfang der Leistungen in den Richtlinien nach § 92 SGB V.

3.1.3. Änderung der Anspruchsberechtigten

Anspruchsberechtigte gemäß § 22a Abs. 1 SGB V waren bis zum 31.12.2016 auch Menschen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI. Durch Artikel 4 des PSG II kam es mit Wirkung vom 01.01.2017 zur Änderung der Anspruchsberechtigten im Zuge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Demnach beschränkt sich der Kreis der Anspruchsberechtigten gemäß § 22a Abs. 1 SGB V nun auf Versicherte mit einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI und Bezieher von Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII.

3.2. Maßnahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Förderung der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter

Im Jahr 2010 legten die KZBV und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ein Versorgungskonzept für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen vor. Im Konzept der Alten- und Behindertenzahnheilkunde (AuB-Konzept) wurde die zentrale Bedeutung präventiver Maßnahmen bei der Betreuung pflegebedürftiger Versicherten deutlich gemacht (KZBV & BZÄK, 2010, S. 16).

Am 01.04.2013 sowie am 01.04.2014 kam es durch den Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V zur Einführung neuer Gebührennummern (Geb.-Nrn.) für die ambulante Behandlung bei pflegebedürftigen Versicherten im Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen (BEMA) (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2012, S. 6; Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2013, S. 8).

Am 01.04.2014 trat die Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V in Kraft. Darin wurde die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten in stationären

Pflegeeinrichtungen vereinbart und der Abschluss von Kooperationsverträgen gefördert (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 1).

Kooperationsverträge zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragszahnärzten wurden erstmals ab dem 01.04.2014 geschlossen. Aufgrund dieser Tatsache wurde das Jahr 2014 in der Analyse als das Jahr der Einführung der Kooperationsverträge bezeichnet.

3.2.1. Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen gemäß § 119b Abs. 2 SGB V

Um die Qualität der Versorgung für pflegebedürftige Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern, wurden gemäß § 119b Abs. 2 SGB V „Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung“ zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband vereinbart (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 1).

Erforderlich für die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen ist die regelmäßige Betreuung sowie die enge Zusammenarbeit der Kooperationspartner.

Vertragszahnärzte (Kooperationszahnärzte) können Kooperationsverträge mit unterschiedlichen Pflegeheimen schließen (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 1). Wird an einem Kooperationsvertrag teilgenommen, muss die Teilnahme gegenüber der jeweils zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung angezeigt werden (§ 1 Abs. 1 und 2 der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V).

Gemeinsame Versorgungsziele sind die Verbesserung der Mundgesundheit - und in diesem Zuge die Steigerung der Lebensqualität der pflegebedürftigen Versicherten durch Schmerzreduktion, Ermöglichung der Essenaufnahme und sozialer Kontakte. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sollen zu einer „Senkung“ der beschwerdeorientierten Inanspruchnahme und einem „Anstieg“ des kontrollorientierten Inanspruchnahmeverhaltens von zahnärztlichen Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten führen.

Darüber hinaus sollen die Zusammenarbeit und der interdisziplinäre Informationsaustausch gestärkt werden. Die Bewohner selbst sowie gesetzliche Vertreter und Angehörige sollen ebenfalls besser informiert werden.

Der Kooperationszahnarzt verpflichtet sich bei Neuaufnahme eines Pflegebedürftigen innerhalb von 8 Wochen eine Erstuntersuchung vorzunehmen. Des Weiteren sollen zweimal jährlich eingehende Untersuchungen zum Mundgesundheitsstatus vorgenommen werden (sog. Reihenuntersuchungen). Die Schulung des Pflegepersonals ist ebenfalls verpflichtend vorgesehen. Die Anleitung der Pflegekräfte soll zweimal jährlich im Hinblick auf den Erhalt und die Verbesserung der Mundgesundheit sowie die Zahnersatzpflege durchgeführt werden. Konsiliarische Erörterungen sind im Rahmen eines Kooperationsvertrags bedarfsorientiert möglich (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 2-4).

3.2.2. Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nach § 22a SGB V

Nach der Einführung des § 22a SGB V trat am 01.07.2018 die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)“ der Fassung vom 19.10.2017 in Kraft. In der Richtlinie nach § 22a SGB V wurde Näheres über Art und Umfang der Leistungen der zahnmedizinischen Individualprophylaxe gemäß § 92 SGB V geregelt (G-BA, 2017, S. 1). Dabei fanden (auch) die Ansätze über präventive Leistungen aus dem AuB-Konzept der KZBV und der BZÄK des Jahres 2010 Niederschlag. Dies war ein wichtiger Schritt, um für pflegebedürftige Versicherte eine strukturierte und angepasste zahnärztliche Versorgung zu ermöglichen (BZÄK, 2020).

Es wurden Art und Umfang folgender zahnärztlicher Leistungen in der Richtlinie nach § 22a SGB V festgelegt:

- § 4: Erhebung des Mundgesundheitsstatus
- § 5: Erstellung eines Mundgesundheitsplans
- § 6: Mundgesundheitsaufklärung
- § 7: Entfernung harter Zahnbeläge

Die Leistungen sind kalenderhalbjährlich abrechenbar. Darüber hinaus wurde die Information des Versicherten (§ 8) über § 4 und § 5 sowie die Berichterstattung (§ 9) über das vertragszahnärztliche Versorgungsgeschehen bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen geregelt (G-BA, 2017, S. 1-4).

Zusätzlich zur Einführung der neuen Präventionsleistungen erfolgte eine Umstrukturierung und Erweiterung bereits bestehender Besuchs- und Zuschlagspositionen der Geb.-Nrn. 151 ff. BEMA (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 16). Die neu eingeführten bzw. höher bewerteten - bereits bestehenden - BEMA-Geb.-Nrn. sollten als Anreize für Vertragszahnärzte dienen, Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen abzuschließen bzw. weiterzuführen (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 19).

Anhand der BEMA-Geb.-Nrn. lassen sich vier aufsuchende Versorgungswege bei pflegebedürftigen Versicherten differenzieren:

- Ambulante Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in der Häuslichkeit (s. Tab. 4)
- Ambulante Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Einrichtungen ohne regelmäßige Tätigkeit (s. Tab. 4)
- Ambulante Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags (s. Tab. 5)
- Ambulante Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit im Rahmen eines Kooperationsvertrags (s. Tab. 6)

Die Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in der Häuslichkeit und in stationären Einrichtungen ohne regelmäßige Tätigkeit wurden im Folgenden aufgrund z.T. gleicher Geb.-Nrn. zusammengefasst.

3.2.3. Anpassungen der Abrechnungspositionen im Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen (BEMA)

Die erforderlichen Voraussetzungen zur Umsetzung der Versorgungsziele wurden durch Anpassungen der Abrechnungspositionen im Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V geschaffen (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 1). Am 01.04.2013 wurden die Besuchspositionen der Geb.-Nrn. 151, 152 und 153 BEMA sowie die Zuschlagspositionen für die ambulante Betreuung pflegebedürftiger Versicherter nach den Geb.-Nrn. 171a/171b BEMA eingeführt (s. Tab. 1).

Ab 01.04.2013	Leistungsinhalt der BEMA-Geb.-Nrn.
Geb.-Nr. 151 BEMA	Besuch eines Versicherten, einschl. Beratung und eingehende Untersuchung
Geb.-Nr. 152 BEMA	Besuch eines weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151 BEMA – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
Geb.-Nr. 171a/171b BEMA	Zuschlag nach § 87 Abs. 2i SGB V a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen b) 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 Nr. 171a BEMA
Geb.-Nr. 153 BEMA	Besuch eines Versicherten auf einer Pflegestation (z.B. in Alten- oder Pflegeheimen) zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit des Vertragszahnarztes auf der Pflegestation

Tab. 1: BEMA-Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter ab dem 01.04.2013 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2012, S. 1-4, eigene Darstellung)

Am 01.04.2014 kam es zur Einführung weiterer BEMA Gebührennummern durch den Bewertungsausschuss. Es handelte sich um die Geb.-Nrn. 154, 155, 172a-d und 182 BEMA. In den Geb.-Nrn. 172c und 172d BEMA waren bereits präventive zahnärztliche Leistungen für pflegebedürftige Versicherten verankert. Die Zuschläge (Geb.-Nrn. 172a/172b BEMA) waren nach § 87 Abs. 2j SGB V ausschließlich bei der Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V abrechenbar (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2013, S. 1-7) (s. Tab. 2).

Ab 01.04.2014	Leistungsinhalt der BEMA-Geb.-Nrn.
<i>Geb.-Nr. 151 BEMA</i>	Besuch eines Versicherten, einschl. Beratung und eingehende Untersuchung
<i>Geb.-Nr. 152 BEMA</i>	Besuch eines weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 151 BEMA – einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
<i>Geb.-Nr. 171a/171b BEMA</i>	Zuschlag nach § 87 Abs. 2i SGB V a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, eine Behinderung oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen b) 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 Nr. 171 a BEMA
<i>Geb.-Nr. 153 BEMA</i>	Besuch eines Versicherten auf einer Pflegestation (z.B. in Alten- oder Pflegeheimen) zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit des Vertragszahnarztes auf der Pflegestation
Geb.-Nr. 154 BEMA	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung

Geb.-Nr. 155 BEMA	Besuch je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 154 BEMA - einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
Geb.-Nr. 172a-172d BEMA	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 a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiterem pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a BEMA c) 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 Abs. 2 SGB V d) Unterstützung und ggf. 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
Geb.-Nr. 182 BEMA	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V

Tab. 2: BEMA-Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter ab dem 01.04.2014 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2012, S. 1-4; Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2013, S. 1-7, eigene Darstellung)

Anreize für Vertragszahnärzte können durch Einführung neuer Geb.-Nrn. oder durch Höherbewertung bereits bestehender Geb.-Nrn. geschaffen werden. Um Anreize für die zahnärztliche Betreuung in der Häuslichkeit zu schaffen, wurden bereits bestehende Besuchs- und Zuschlagspositionen der Geb.-Nrn. 151ff. BEMA neu strukturiert und damit aufgewertet. Die Geb.-Nrn. 172c/172d BEMA wurden durch die modifizierten und weiter gefassten Präventionsleistungen der Geb.-Nrn. 174a/174b BEMA abgelöst (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 16-19) (s. Tab. 3, 4, 5, 6).

Ab 01.07.2018	Ambulante Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in der Häuslichkeit bzw. in stationären Einrichtungen ohne regelmäßige Tätigkeit
<i>Geb.-Nr. 151 BEMA</i>	Besuch eines Versicherten, einschl. Beratung und eingehende Untersuchung
Geb.-Nrn. 152a/152b BEMA	a) Besuch je weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 BEMA - einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 151 BEMA - einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
<i>Geb.-Nr. 171a/171b BEMA</i>	Zuschlag für Besuche nach Nrn. 151, 152 BEMA a) Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 171a

Tab. 3: BEMA-Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in der Häuslichkeit bzw. in stationären Einrichtungen ohne regelmäßige Tätigkeit ab dem 01.07.2018 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 6-10, eigene Darstellung)

Ab 01.07.2018	Ambulante Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags
Geb.-Nrn. 153a/153b BEMA	<p>a) Besuch eines Versicherten in einer Einrichtung zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht</p> <p>b) Besuch je weiteren Versicherten in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 153a zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Einrichtung einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung, ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, welcher den verbindlichen Anforderungen der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V entspricht</p>
Geb.-Nrn. 173a/173b BEMA	<p>Zuschlag für Besuche nach Nr. 153 BEMA</p> <p>a) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153a BEMA von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten</p> <p>b) Zuschlag für das Aufsuchen nach Nr. 153b BEMA je weiteren Versicherten, der einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet ist oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhält, in derselben Einrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 173a BEMA</p>

Tab. 4: BEMA-Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags ab dem 01.07.2018 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 7-13, eigene Darstellung)

Ab 01.07.2018	Ambulante Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit im Rahmen eines Kooperationsvertrags
<i>Geb.-Nr. 154 BEMA</i>	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
<i>Geb.-Nr. 155 BEMA</i>	Besuch je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung (§ 71 Abs. 2 SGB XI) im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V, in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 154 BEMA - einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
<i>Geb.-Nrn. 172a/172b BEMA</i>	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 a) Zuschlag für das Aufsuchen eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung b) Zuschlag für das Aufsuchen je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach Nr. 172a BEMA
<i>Geb.-Nr. 182 BEMA</i>	Konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrags nach § 119b Abs. 1 SGB V

Tab. 5: BEMA-Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit im Rahmen eines Kooperationsvertrags ab dem 01.07.2018 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2014, S. 7-8; Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 8-11, eigene Darstellung)

Die neuen Präventionsleistungen der Geb.-Nrn. 174a/174b und 107a BEMA können unabhängig vom Ort der vertragszahnärztlichen Versorgung bei pflegebedürftigen Versicherten abgerechnet werden. Die Leistungserbringung kann in der Häuslichkeit, der stationären Einrichtung, der stationären Pflegeeinrichtung sowie in der zahnärztlichen Praxis erfolgen. Eine kalenderhalbjährliche Inanspruchnahme ist möglich. Die Geb.-Nr. 174a BEMA enthält den § 4 (Erhebung des Mundgesundheitsstatus) und den § 5 (Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans) der Richtlinie nach § 22a SGB V des G-BA. Die Mundgesundheitsaufklärung des § 6 der Richtlinie nach § 22a SGB V kann über die Geb.-Nr. 174b BEMA und die Entfernung harter Zahnbeläge des § 7 der Richtlinie nach § 22a SGB V über die Geb.-Nr. 107a BEMA abgerechnet werden (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 16) (s. Tab. 6).

Ab 01.07.2018	Präventionsleistungen bei pflegebedürftigen Versicherten in der Häuslichkeit, in stationären Einrichtungen sowie stationären Pflegeeinrichtungen
Geb.-Nrn. 174a/174b BEMA	Präventive zahnärztliche Leistungen nach § 22a SGB V zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten a) Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan b) Mundgesundheitsaufklärung
Geb.-Nr. 107a BEMA	Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, je Sitzung

Tab. 6: Präventionsleistungen der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter ab dem 01.07.2018 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 1-5, eigene Darstellung)

3.2.4. Aktuelle Maßnahmen

Die „Vereinbarung gemäß § 291g Absatz 6 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung)“ vom 29.05.2020 trat rückwirkend am 01.04.2020 zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der KZBV sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Kraft (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2020, S. 7). Am 01.07.2020 folgte die „Vereinbarung über die Anforderungen an technische Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291g Abs. 5 SGB V“ zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2020, S. 7).

Diese Vereinbarungen bildeten die Grundlage für zahnärztliche Videosprechstunden mit Versicherten (BEMA-Geb.-Pos. VS), Videofallkonferenzen mit Pflege- oder Unterstützungspersonen (BEMA-Geb.-Pos. VFK) sowie Telekonsile zwischen Ärzten und Zahnärzten (Geb.-Nrn. 181b und 182b BEMA) und den Technikzuschlag (BEMA-Geb.-Pos. TZ). Die neuen BEMA-Gebührenpositionen wurden durch den Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen zur Umsetzung der §§ 87 Abs. 2k und 2l SGB V beschlossen und traten am 01.10.2020 in Kraft.

Die neuen Abrechnungspositionen für die Videosprechstunde und die Videofallkonferenz nach den BEMA-Geb.-Pos. VS und VFK sind bei pflegebedürftigen Versicherten und Personen, die Eingliederungshilfe erhielten sowie Pflegebedürftigen, die im Rahmen von Kooperationsverträgen vertragszahnärztlich versorgt werden, abrechenbar. Die Telekonsile nach den Geb.-Nrn. 181b und 182b BEMA können, anders als die BEMA-Geb.-Pos. VS und VFK, bei der vertragszahnärztlichen Versorgung aller Versicherter abgerechnet werden (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2020, S. 1-7).

Aufgrund der Aktualität der neuen BEMA-Geb.-Pos. konnten diese noch nicht in die Analyse miteinfließen. Die Auswirkungen konnten somit noch nicht bewertet werden.

3.3. Baden-Württemberg

3.3.1. Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit im Ländervergleich

Die Lebenserwartung in Deutschland steigt seit 145 Jahren. Zurückzuführen ist die erhöhte Lebenserwartung auf bessere Lebensumstände, einen geringeren Tabak- sowie Alkoholkonsum der Bevölkerung und die bessere medizinische Versorgung (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019, S. 36-38). Nun wurde in einer aktuellen Studie von Rau und Schmertmann mittels präziser Intervallschätzung die Lebenserwartung in den 402 Kreisen in Deutschland berechnet. Sie verwendeten hierfür ein bayesianisches Modell in Kombination mit den neusten gegenwärtigen Daten der Jahre 2015 bis 2017. Die höchste Lebenserwartung auf Kreisebene ergab sich für Kreise in Baden-Württemberg sowie im Süden Bayerns (Rau & Schmertmann, 2020, S. 493-499) (s. Abb. 6).

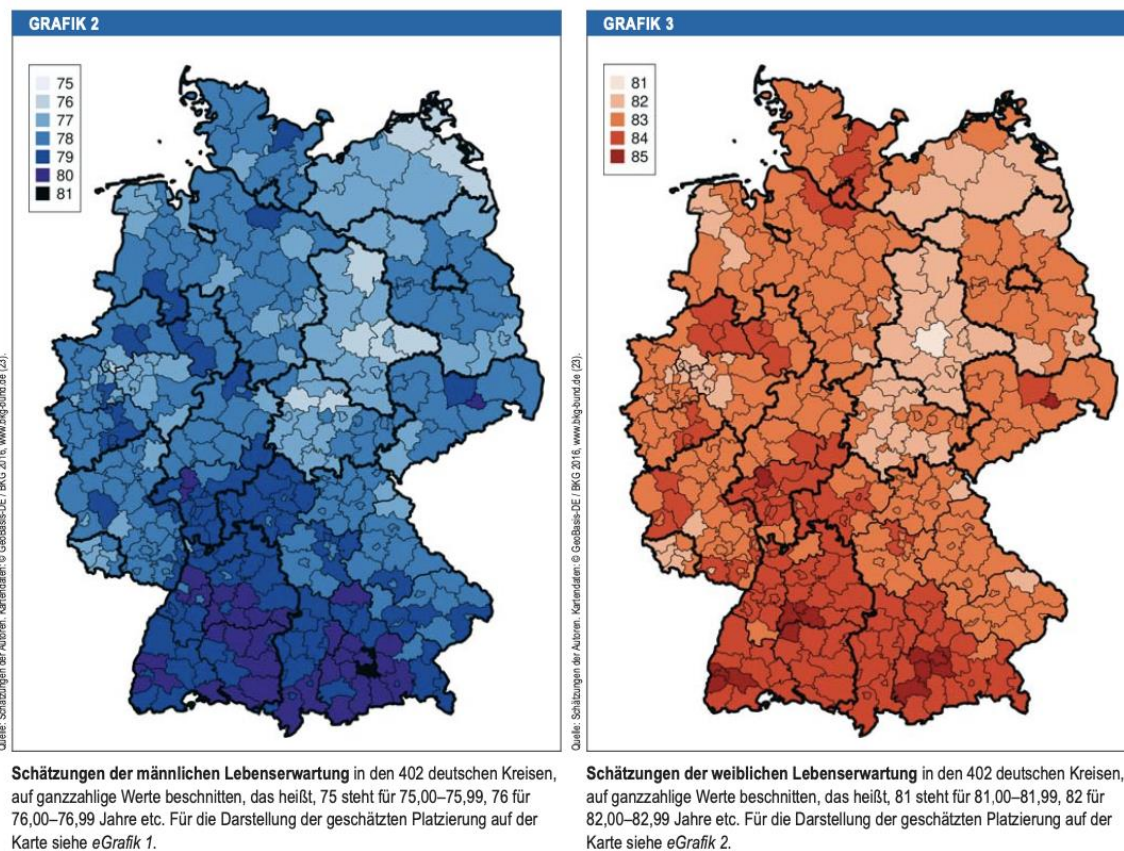


Abb. 6: Lebenserwartung für Männer und Frauen auf Kreisebene in Deutschland (Quelle: Rau & Schmertmann, 2020, S. 495)

Die höchste Lebenserwartung für Frauen in Baden-Württemberg entsprach 85,4 Jahren im Kreis Stuttgart und die niedrigste weibliche Lebenserwartung lag bei 83,9 Jahren im Kreis Mannheim. Für Männer ergab sich die höchste Lebenserwartung in Baden-Württemberg von 80,9 Jahren im Kreis Breisgau-Hochschwarzwald. Die niedrigste männliche Lebenserwartung lag mit 77,7 Jahren ebenfalls im Kreis Mannheim.

Indikativ für eine niedrige Lebenserwartung eines Kreises waren vor allem wirtschaftliche Faktoren wie der prozentuale Anteil an arbeitslosen Frauen und Männern sowie der Anteil an Leistungsempfängern von Arbeitslosengeld II (unter der Bezeichnung „Hartz-IV“ bekannt). Weniger relevante Faktoren waren die Versorgungsdichte von Allgemeinmedizinern, die Einwohnerdichte und das Bruttoinlandsprodukt (Rau & Schmertmann, 2020, S. 493-499).

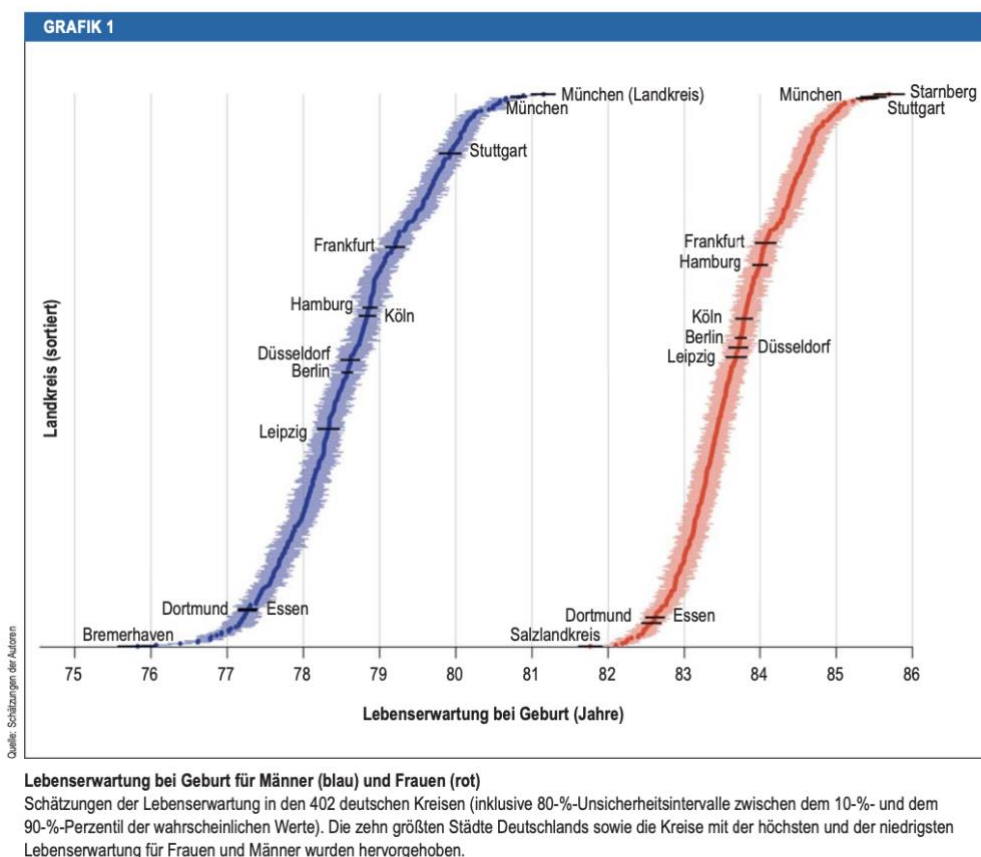


Abb. 7: Kreise mit der höchsten und der niedrigsten Lebenserwartung für Männer und Frauen in Deutschland (Quelle: Rau & Schmertmann, 2020, S. 494)

Ende des Jahres 2017 waren 56,6 % der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg über 80 Jahre alt (Gölz & Weber, 2019, S. 5). Das hohe Lebensalter der Senioren in Baden-Württemberg lässt sich allerdings nicht mit Pflegebedürftigkeit gleichsetzen (Benz, 2004, S. 584). Die heterogene Gruppe der Senioren (65- bis 100-Jährige) besteht sowohl aus jüngeren Senioren, die bereits palliativ betreut werden müssen, als auch aus älteren Senioren, die noch aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben können (Nitschke & Micheelis, 2016, S. 574).

Das Statistische Landesamt erhob 2017 Daten über den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung in den 16 Bundesländern. Baden-Württemberg lag dabei mit einem Anteil von 3,6 % Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung unter dem Bundesdurchschnitt (4,1 %) (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 4) (s. Abb. 8).

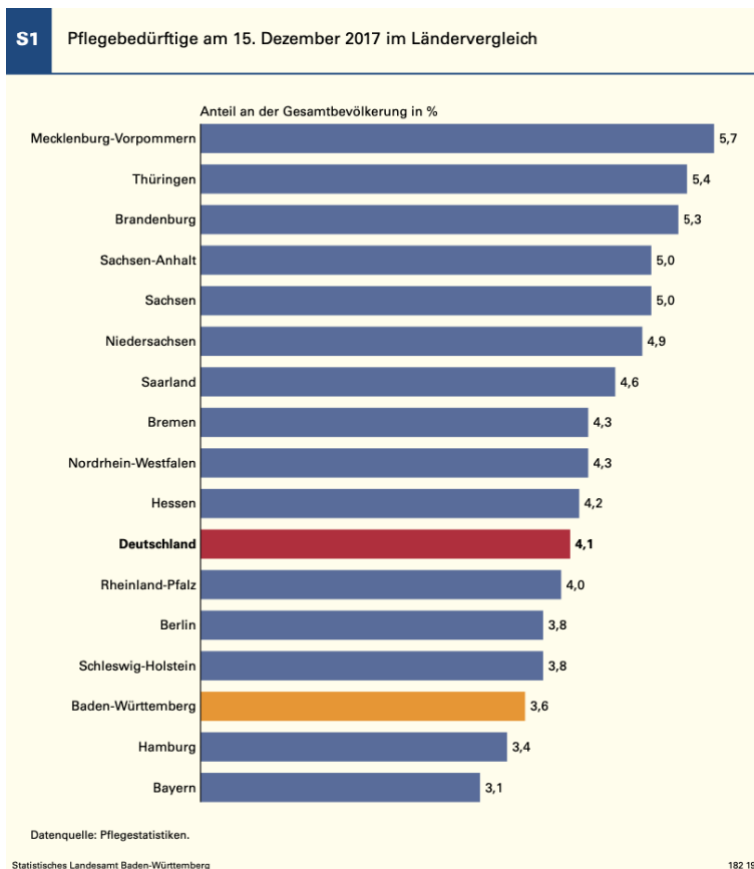
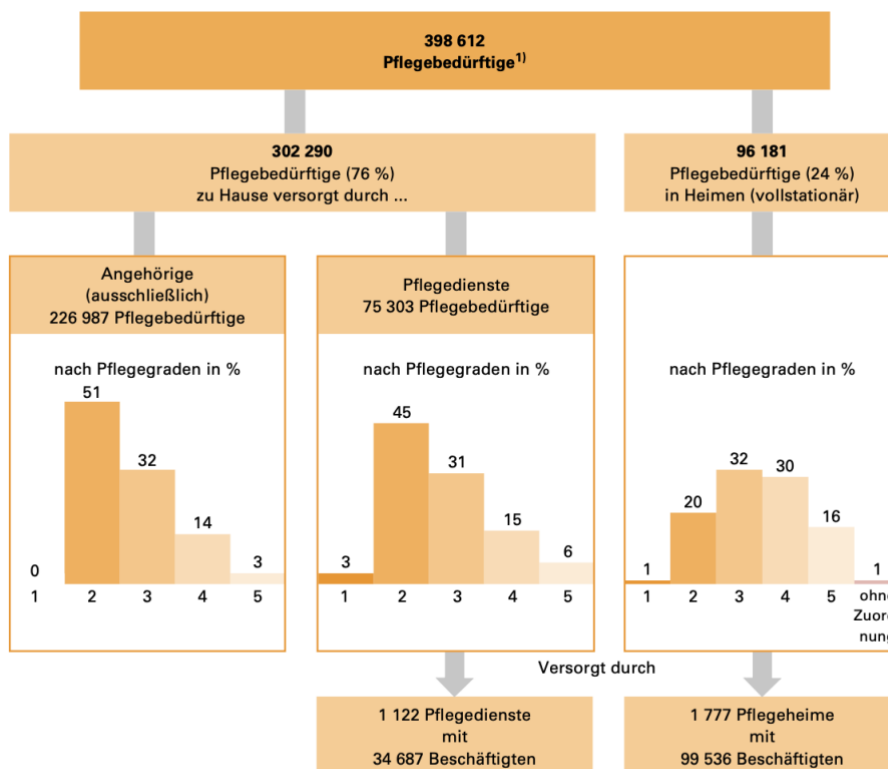


Abb. 8: Pflegebedürftige im Ländervergleich (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 4)

3.3.2. Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg

Trotz des - relativ gesehen - geringen prozentualen Anteils der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs ergab die Pflegestatistik des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg im Jahr 2017 eine Gesamtzahl von immerhin 398.612 Pflegebedürftigen (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 7). Die Zahl der Pflegebedürftigen stieg im Zuge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um über ein Fünftel seit der letzten Erhebung im Jahr 2015 an. Verglichen mit dem Jahr der Ersterhebung (1999) stieg die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt um 89,1 % an (Gölz & Weber, 2019, S. 3).

Der folgenden Abbildung kann die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg sowie die Art der Versorgung - aufgeteilt nach den 5 Pflegegraden - entnommen werden (s. Abb. 9).



1) Einschließlich 141 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 und teilstationärer Pflege.
Datenquelle: Pflegestatistiken.

Abb. 9: Eckdaten der Pflegestatistik 2017 (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 7)

Auch in Baden-Württemberg werden die meisten pflegebedürftigen Versicherten zu Hause von Angehörigen gepflegt (75,8 %). In stationären Pflegeeinrichtungen werden vor allem Menschen mit sehr hohem Pflegebedarf versorgt (Gölz & Weber, 2019, S. 7).

Die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf wird in Baden-Württemberg voraussichtlich steigen und mit ihr auch die Notwendigkeit ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie die Nachfrage nach strukturierten zahnmedizinischen Betreuungskonzepten (Gölz & Weber, 2019, S. 3) (s. Abb. 10).

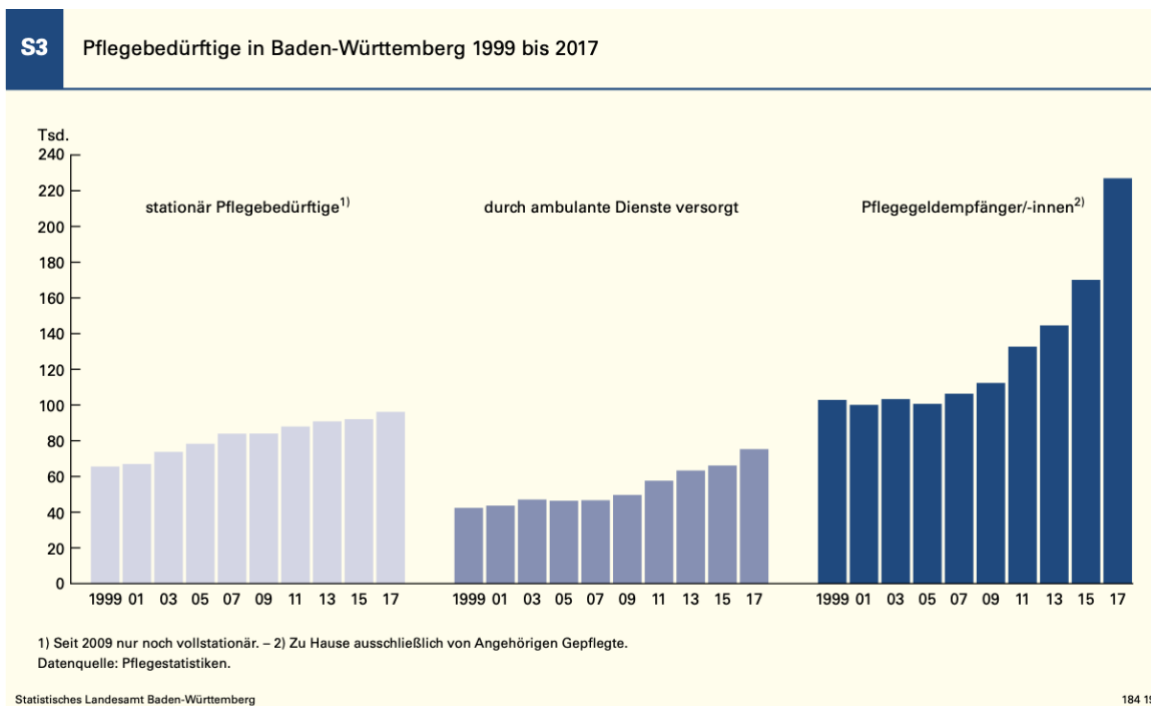


Abb. 10: Pflegebedürftige in Baden-Württemberg (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 6)

Vor diesem Hintergrund besteht eine versorgungspolitische Notwendigkeit, Pflegekräfte in der Mund- und Prothesenhygiene zu schulen und sie bezüglich der Konsequenzen einer Vernachlässigung der Oralhygiene zu sensibilisieren (Schwahn et al., 2013, S. 1430-1437, zitiert nach Nitschke & Micheelis, 2016, S. 575; Yoneyama et al., 2002, S. 430-433).

Um auch in Zukunft auf einen steigenden Behandlungsbedarf angemessen reagieren zu können (s. Abb. 11), sind neue bzw. weiterentwickelte zahnärztliche Versorgungskonzepte

für pflegebedürftige Versicherte von zentraler Bedeutung (Jordan, 2017, S. 6-7; Oesterreich, 2016, S. 131).



Abb. 11: Voraussichtliche Entwicklung der Zahl älterer Menschen in Baden-Württemberg (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 11)

3.3.3. Sonderauswertung der DMS V für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Die durch den Gemeinsamen Vorstandsausschuss des IDZ beschlossene Sonderauswertung der DMS V für die KZV BW wurde bisher nicht veröffentlicht. Zugrunde lagen die Ergebnisse der DMS IV von 2005 und die Ergebnisse der DMS V von 2014 über die Mundgesundheits- und die zahnmedizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung (Jordan & Micheelis, 2016, S. 29). Die Einwohner Baden-Württembergs machten im Jahr 2015 insgesamt 13 % der Gesamtbevölkerung Deutschlands aus. In der DMS V wurde derselbe Anteil für Baden-Württemberg (BW) erreicht. Der Anteil Baden-Württembergs in der DMS V war somit bevölkerungsrepräsentativ (Jordan, 2017, S. 1-2).

In den Altersgruppen der Kinder (12-Jährige), jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) und jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) konnte tabellarisch ein zeitlicher Verlauf

dargestellt werden. Dies gelang in der Gruppe der älteren Senioren (75- bis 100-Jährige) nicht. Diese Altersgruppe wurde in der DMS V erstmals miterfasst (Jordan, 2017, S. 2). Es wurden die mittlere Karieserfahrung (DMFT-Index), der Kariessanierungsgrad (in %), die mittlere Anzahl fehlender Zähne (MT) und der Anteil völlig Zahnloser (in %) für Baden-Württemberg errechnet und mit dem Bundesdurchschnitt verglichen (Jordan, 2017, S. 2).

Signifikant waren hierbei die Werte über durchschnittlich fehlende Zähne (s. Tab. 7) und der Zustand der völligen Zahnlosigkeit der jüngeren Senioren (s. Tab. 8) (Jordan, 2017, S. 6-7).

Im Jahr 2014 fehlten der Gruppe der jüngeren Senioren in Baden-Württemberg weitaus weniger Zähne als im Bundesdurchschnitt (Jordan, 2017, S. 6) (s. Tab. 7).

	n: D/BW	Deutschland	Baden-Württemberg
DMS IV (2005)	1040/124	14,1	15,7
DMS V (2014)	1042/126	11,1	9,6

Tab. 7: Fehlende Zähne (Mittelwert MT) in der Gruppe der jüngeren Senioren in Deutschland und Baden-Württemberg im Vergleich (Quelle: Jordan, 2017, S. 6)

Der Anteil der jüngeren Senioren ohne eigene Zähne betrug im Jahr 2014 nur noch 6,2 %. Das entsprach der Hälfte des Bundesdurchschnitts. Die hohe Zahl der jüngeren Senioren mit immer mehr eigenen Zähnen deutete allerdings auch auf einen erhöhten Bedarf an Versorgung durch die Zahnärzteschaft in Baden-Württemberg hin (Jordan, 2017, S. 7) (s. Tab. 8).

	n: D/BW	Deutschland	Baden-Württemberg
DMS IV (2005)	1040/124	22,1	32,8
DMS V (2014)	1042/126	12,4	6,2

Tab. 8: Völlige Zahnlosigkeit (in %) in der Gruppe der jüngeren Senioren in Deutschland und Baden-Württemberg im Vergleich (Quelle: Jordan, 2017, S. 7)

In der Altersgruppe der älteren Senioren schnitt Baden-Württemberg hingegen schlechter ab. Den älteren Senioren in Baden-Württemberg fehlte im Durchschnitt ein halber Zahn mehr als im Bundesdurchschnitt. Der Zustand der völligen Zahnlosigkeit bei den älteren Senioren lag in Baden-Württemberg bei 39,4 %. Dieser Wert war um 6,6 % höher als es durchschnittlich in der Bundesrepublik (32,8 %) der Fall war (Jordan, 2017, S. 8).

Da die Menschen in Baden-Württemberg tendenziell älter als im Bundesdurchschnitt werden, ließen sich die schlechteren Ergebnisse in der Gruppe der älteren Senioren ggf. erklären (Rau & Schmertmann, 2020, S. 498).

3.4. Maßnahmen zur Förderung der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in Baden-Württemberg

Die Zahnärzteschaft in Baden-Württemberg ist sich seit längerem den verändernden Herausforderungen durch die demografische Alterung der Bevölkerung bewusst (Ludwig, 2009, S. 8).

3.4.1. Zahnärztliches Betreuungskonzept in Baden-Württemberg

Im Jahr 2001 kam es zur Gründung des Arbeitskreises Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung Baden-Württemberg (AKABe BW) der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (Ludwig, 2009, S. 6).

Ziel dieses Arbeitskreises ist es ein schlüssiges zahnärztliches Betreuungskonzept für pflegebedürftige Menschen auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege zu entwickeln. Die Lebensqualität von Pflegebedürftigen soll durch Reduktion von Schmerzen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich sowie die Prävention von Allgemeinerkrankungen verbessert werden. Das Konzept richtet sich an Pflegekräfte sowie pflegebedürftige Menschen ohne Hauszahnarzt (Ludwig, 2009, S. 5).

Es werden Schulungsmaßnahmen für Pflegekräfte entwickelt, um bereits in der beruflichen Ausbildung elementare Voraussetzungen für die Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege zu schaffen, die es für den mittel- und langfristigen Erfolg einer zahnärztlichen Betreuung

benötigt. Ebenfalls geschult werden Zahnärzte sowie deren zahnärztliches Personal. Des Weiteren bestehen Kooperationen mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. sowie mit den privaten Altenpflegeschulen in Baden-Württemberg. Über die Jahre konnte so eine erfolgreiche Infrastruktur für die strukturierte zahnärztliche Betreuung pflegebedürftiger Versicherter geschaffen werden (Ludwig, 2009, S. 5-11) (s. Abb. 12).

Auf Landesebene werden seit 2009 Schulungsmaterialien sowie Flyer und Formulare für die Kommunikation mit Trägern, Pflegeperson, Pflegebedürftigen und Angehörigen erarbeitet. Eine Pilotgruppe ist für die Entwicklung und Erprobung neuer Schulungsmaterialien verantwortlich. Außerdem wurde das Curriculum „Geriatrische Zahnheilkunde“ vom Zahnmedizinischen Fortbildungszentrum in Stuttgart erarbeitet und die Prophylaxe für pflegebedürftige Menschen in der Fortbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK BW) der Zahnmedizinischen Mitarbeiterinnen verankert (Ludwig, 2009, S. 7).

Online finden sich Informationen über Ausstattung und Behandlungsspektrum niedergelassener Zahnärzte im Bereich der Betreuung pflegebedürftiger Versicherter. Somit können Patienten auf einfachstem Wege einen geeigneten und kompetenten Zahnarzt finden. Darüber hinaus finden Zahnärzte in einem geschützten Login-Bereich der LZK BW Erläuterungen und Unterlagen, die die Behandlung in einer Pflegeeinrichtung erleichtern (Ludwig, 2009, S. 7).

Auf Bezirksebene werden von den regional zuständigen Zahnärztekammern der Regierungsbezirke Freiburg, Karlsruhe, Stuttgart und Tübingen Schulungsmaterialien der LZK BW bezogen. Prophylaxereferenten ernennen Senioren- und Behindertenbeauftragte, welche für die Koordinierung regelmäßiger Zusammenkünfte zum Austausch von Erfahrungen zuständig sind (Ludwig, 2009, S. 8).

Auf Kreisebene organisieren Senioren- und Behindertenbeauftragte (SuB) Zusammenkünfte der sog. Betreu-Teams vor Ort. Bei diesen Zusammenkünften geben sie Informationen über Projektentwicklungen weiter und halten Schulungsmaterialien für die Betreu-Teams bereit. Die SuBs kooperieren außerdem mit den Gesundheitsfachdiensten bei den Landratsämtern. Sie setzen die Heimaufsicht über das Betreuungskonzept in Kenntnis und präsentieren es den

Pflegeeinrichtungen in der Region bei Fortbildungsveranstaltungen der Landratsämter (Ludwig, 2009, S. 8).

Vor Ort werden Schulungen der Pflegekräfte durch Betreu-Teams durchgeführt. Die Betreu-Teams können bei Bedarf die Behandlung der Pflegebedürftigen ohne Hauszahnarzt übernehmen (Ludwig, 2009, S. 8).

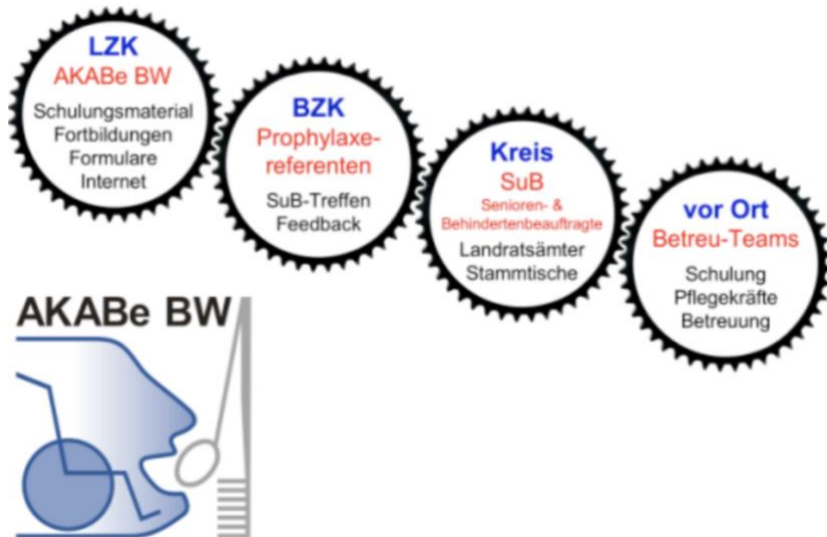


Abb. 12: AKABe BW Struktur (Quelle: Ludwig, 2009, S. 8)

Eine weitere Besonderheit in Baden-Württemberg stellt ein sog. Exklusivvertrag zwischen der KZV BW und der AOK Baden-Württemberg (AOK-Vertrag) dar. Der AOK-Vertrag trat im Jahr 2007 in Kraft. Im Jahr 2009 nahmen neun Zahnarztpraxen daran teil. Entsprechend dieses Vertrages konnten rund 3.000 AOK-Versicherte mit zusätzlichen Prophylaxemaßnahmen in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderung versorgt werden. Ergänzende Prophylaxemaßnahmen waren bspw. die Fluoridierung zweimal im Jahr und die zweimalige Entfernung harter Beläge (Ludwig, 2009, S. 4).

Flyer und Formulare für die Kommunikation mit Trägern, Pflegepersonal, Pflegebedürftigen und Angehörigen werden auf der Homepage der LZK BW frei zugänglich zur Verfügung gestellt. Als sehr hilfreich für Pflegekräfte und Angehörige hat sich eine sog. Pflegeampel erwiesen. Die Pflegeampel ermöglicht die erleichterte Festlegung eines individuellen Mundhygieneplanes. Somit kann der Unterstützungsbedarf des pflegebedürftigen

Versicherten auf einen Blick erfasst und die Oralhygiene gemäß des Mundhygieneplans durchgeführt werden (s. Abb. 13).

	LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts	Kontaktdaten Zahnärztin/ Zahnarzt	
	Name		
	Mund/ Zähne/ Prothesen reinigen...	Oberkiefer Prothese <input type="checkbox"/> eigene Zähne <input type="checkbox"/>	
	...nur durch unterstützende Person	Unterkiefer Prothese <input type="checkbox"/> eigene Zähne <input type="checkbox"/>	
	...mit Unterstützung	Prothesen nachts im Mund? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	...selbständig möglich	Bemerkungen	
		Letzte Aktualisierung (Bonusheft)	

© LZK BW 12/2019 Mundhygieneplan – Pflegeampel 1

Abb. 13: Mundhygieneplan/Pflegeampel (Quelle: LZK BW, 2019)



Weitere nützliche Formulare sind ein Dokumentationsblatt über alle Schritte bis zum ersten Besuch in der Häuslichkeit oder in einer Pflegeeinrichtung ohne regelmäßige Tätigkeit, ein zahnärztlicher Aufnahmebogen, ein zahnärztlicher Überleitungsbogen sowie ein Dokumentationsblatt für die Reihenuntersuchung.

Das Formblatt des Mundhygieneplans der KZBV für die Kooperationsverträge (s. Abb. 57 im Anhang) wurde so modifiziert, dass der Mundgesundheitsstatus und der individuelle Mundgesundheitsplan sowohl in der Häuslichkeit, in Pflegeeinrichtungen mit oder ohne Kooperationsvertrag als auch in der zahnärztlichen Praxis Anwendung finden kann (LZK BW, 2020).

Um die Abrechnung für die Vertragszahnärzte bei der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in der Häuslichkeit und den stationären Pflegeeinrichtungen

zu erleichtern, wurde bereits im Jahr 2014 eine anschauliche Abrechnungssynopse der LZK BW zusammen mit der KZV BW erarbeitet.

Die aktuelle Abrechnungssynopse mit Stand vom Oktober 2019 ist im Folgenden abgebildet (s. Abb. 14). Die Seiten 2 bis 3 der Abrechnungssynopse befinden sich im Anhang (s. Abb. 54 & Abb. 55).

 LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts		Abrechnungs-Synopse bei Pflegegrad & Eingliederungshilfe											
Das Wichtigste auf einen Blick...													
Voraussetzung	Pflegegrad 1-5 nach § 15 SGB XI oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII			Bescheid der Pflegekasse Bescheid des Sozialamtes über Anspruchsberechtigung									
	Bema-Kürzel	Gebühren-Nummer	Bewertungs-Zahl										
Mundgesundheitsstatus/-plan	PBa	174a	20	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation auf Vordruck §8 der Richtlinie zum § 22a • 1x im Kalenderhalbjahr • IP1, IP2, FU1 & FU2 nicht am selben Tag abrechenbar • 01, A1 möglich, wenn keine Besuchsleistung (Bs1-5) 									
Mundgesundheitsaufklärung	PBb	174b	26										
Entfernung harter Beläge	PBZst	107a	16	1x im Kalenderhalbjahr – nicht, wenn bereits Zst (107)									
zusätzlich bei Besuchen													
	in einer Privatwohnung		in einer Einrichtung gelegentlich		in einer Einrichtung regelmäßig/vereinbart		in einer Pflegeeinrichtung mit Kooperationsvertrag						
Besuch	Bs1	151	38	Bs1	151	38	Bs3a	153a	30	Bs4	154	30	01, A1 nicht zusätzlich berechenbar nur abrechenbar bei... - Pflegegrad - Eingliederungshilfe
Zuschlag	PBA1a	171a	37	PBA1a	171a	37	ZBs3a	173a	32	SP1a	172a	40	
Besuch je weiteren Versicherten	Bs2a	152a	34	Bs2b	152b	26	Bs3b	153b	26	Bs5	155	26	s. o.
Zuschlag je weiteren Versicherten	PBA1b	171b	30	PBA1b	171b	30	ZBs3b	173b	24	SP1b	172b	32	
Pflegeeinrichtung nach § 71(2) SGB XI oder Behinderterwohneinrichtung nach § 71(4) SGB XI										nur in Pflegeeinrichtungen möglich nach § 119b (1) SGB V			
Wegegeld	Weg	7810 / 7820 / 7830 / 7840		bis 2 km: 4,30 € / 2-5 km: 8,00 € / 5-10 km: 12,30 € / 10-25 km: 18,40 €				anteilig für jeden Besuchten >25 km - siehe Reiseentschädigung					

©LZK BW 10/2019

Abrechnungs-Synopse

1

Abb. 14: Abrechnungs-Synopse bei Pflegegrad und Eingliederungshilfe (Quelle: LZK BW & KZV BW, 2019)

3.4.2. Vereinbarungen zur Umsetzung der zahnärztlichen Versorgung nach § 119b SGB V in Baden-Württemberg

Am 01.04.2014 trat die „Vereinbarung zur Durchführung der zahnärztlichen Versorgung gemäß § 119b SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen KZV BW mit den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege in BW“ in Kraft (KZV BW & Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in BW, 2014, S. 1). Am 01.10.2014 folgte die „Vereinbarung zur Durchführung der zahnärztlichen Versorgung gemäß § 119b SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen KZV BW und dem Bundesverband privater

Anbieter sozialer Dienst e.V. (bpa) der Landesgruppe Baden-Württemberg“ (KZV BW & bpa, 2014, S. 1).

Als gemeinsames Ziel wurde [in beiden Verträgen] die stärkere Vernetzung und Zusammenarbeit der an der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen beteiligten Berufsgruppen definiert. Im Fokus stehen hierbei die Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Verbesserung der Mundgesundheit der pflegebedürftigen Versicherten. Indem Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs vermieden oder frühzeitig festgestellt und behandelt werden sollen, soll die Lebensqualität der pflegebedürftigen Senioren aufrechterhalten bzw. verbessert werden (KZV BW & bpa, 2014, S. 1-5; KZV BW & Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in BW, 2014, S. 1-6).

Um eine einheitliche zahnärztliche Betreuung in den Pflegeheimen in Baden-Württemberg sicherzustellen, hat man sich in beiden Verträgen auf einen Musterkooperationsvertrag geeinigt. Dadurch soll der Abschluss von Kooperationsverträgen für die Kooperationspartner erleichtert werden. Außerdem wurde einer einheitlichen Regelung für den Versorgungsumfang, die Kooperationsregeln, die Versorgungsziele und die jeweiligen Aufgaben der Kooperationspartner zugestimmt. Darüber hinaus wurde eine Schlichtungsstelle der KZV BW für die Kooperationspartner eingerichtet (KZV BW & bpa, 2014, S. 1-5; KZV BW & Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in BW, 2014, S. 1-6).

4. Material und Methode

4.1. Deskriptive Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Die Auswertung des gesamten Datenmaterials erfolgte mit Zustimmung der KZV BW anhand von Meldebögen der KZV BW an die KZBV entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband. Die Daten für die Meldebögen der Berichtsjahre 2014 bis 2019 stammten aus den Berichtsbögen und

den Abrechnungsdaten der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner in Baden-Württemberg.

Die Abrechnungsdaten der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner umfassten die Geb.-Nrn. 172a-d, 174a, 174b, 107a BEMA und Geb.-Nr. 182 BEMA. Die Meldebögen der Berichtsjahre 2014 bis 2019 wurden jährlich von der KZV BW an die KZBV übermittelt. Der Meldebogen für das Berichtsjahr 2020 mit Stand vom 21.08.2020 war ebenfalls Gegenstand dieser Arbeit.

Neben den Meldebögen der Jahre 2014 bis 2019 stellte die KZV BW Daten über abgerechnete Besuchspositionen nach den BEMA-Geb.-Nrn. 151, 152, 152a und 152b, 153, 153a und 153b sowie 154 und 155 der Jahre 2013 bis 2019 für diese Arbeit zur Verfügung. Die Entwicklung der Besuchspositionen spiegelte das Besuchsgeschehen bei der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in Baden-Württemberg wider. Die Geb.-Nrn. 151-155 BEMA wurden im Rahmen der ambulanten häuslichen Betreuung pflegebedürftiger Versicherter sowie der ambulanten Betreuung in stationären Einrichtungen (mit und ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags) abgerechnet. Die Übermittlung dieser Besuchspositionen war in der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V nicht vorgesehen.

Erbrachte und abgerechnete Präventionsleistungen (Geb.-Nrn 174a, 174b und 107a BEMA) und Zuschläge (Geb.-Nr. 171a, 171b, 173a, 173b BEMA) im Rahmen der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Versicherter wurden ebenfalls für die Analyse herangezogen. Des Weiteren trug die unveröffentlichte Sonderauswertung der DMS V für die KZV BW zur Analyse bei. Die Sonderauswertung der DMS V für die KZV BW wurde von Seiten der KZV BW für die Arbeit zur Verfügung gestellt.

4.2. Hintergrund zur Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V

Gemäß § 6 der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V ist jeder vertragszahnärztliche Kooperationspartner angewiesen zum Ende jeden Jahres der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) einen Bericht über die Anzahl der von ihm betreuten Versicherten zu erstatten. Übermittelt werden die Abrechnungsnummer des

Vertragszahnarztes, die Pflegeeinrichtung mit Namen und Ort, das Berichtsjahr sowie die Anzahl der betreuten Versicherten auf einem dafür vorgesehenen Berichtsbogen (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 4).

Die KZVen erstellen daraufhin einen Meldebogen für das jeweilige Berichtsjahr. Darin enthalten sind die Anzahl der Kooperationsverträge, der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner und der betreuten Versicherten des Berichtsjahrs. Die konsiliarischen Erörterungen sowie die erbrachten Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V werden ebenfalls aufgeführt und an die KZBV bis zum Ende des zweiten Quartals des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres übermittelt (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 4-5).

Bis zum Ende des dritten Quartals des Folgejahres informiert die KZBV den GKV-Spitzenverband über das Versorgungsgeschehen in Deutschland. Alle drei Jahre werden die Berichte über das Versorgungsgeschehen von der KZBV sowie dem GKV-Spitzenverband ausgewertet und über das weitere Vorgehen und eventuelle Anpassungen diskutiert (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 5). Dies erfolgte zuletzt für das Jahr 2019.

Mithilfe dieses Berichtswesens wird das Konzept der Kooperationsverträge laufend beobachtet und weiterentwickelt. Die Auswirkungen der vertragszahnärztlichen Kooperationsverträge auf die Versorgung von pflegebedürftigen Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen kann so evaluiert werden (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 2).

4.3. Meldebogen der KZV BW an die KZBV entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V

Entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V führte das sog. Kompetenzzentrum (KPZ) Abrechnung der KZV BW eine Excel-Tabelle aller Kooperationsverträge von vertragszahnärztlichen Kooperationspartnern in Baden-Württemberg. Die dort aufgelisteten Daten umfassten ZA-Nummer, Kooperationszahnarzt, Pflegeeinrichtung, PLZ, Ort, IK-Nummer, Beginn und Ende des Kooperationsvertrages sowie die Anzahl der betreuten Versicherten.

Das KPZ Abrechnung der KZV BW verknüpfte diese Tabelle mit der Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge sowie

konsiliarischer Erörterungen. Die Anzahl der erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge wurde mit dem Auswertungsprogramm Data Warehouse, einem IBM Cognos Softwareprodukt, ermittelt.

Dies geschah für die BEMA-Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a in Abhängigkeit der Geb.-Nrn. 154 und 155 BEMA. Es flossen demnach lediglich diejenigen Leistungen und Zuschläge ein, die von einem Kooperationszahnarzt für einen betreuten Versicherten am selben Tag neben einer Besuchsposition (Geb.-Nr. 154 bzw. 155 BEMA) abgerechnet wurden. Die so entstandenen Excel-Dateien wurden für die vorliegende Arbeit verwendet.

Es handelte sich um den Beobachtungszeitraum von 01.04.2014 bis zum 31.12.2019. Für das Berichtsjahr 2020 lag der Meldebogen mit Stand vom 21.08.2020 vor. Die Anzahl aller getätigten zahnärztlichen Besuche sowie abgerechneten Leistungen und Zuschläge - unabhängig von Kooperationsverträgen - konnte auf die gleiche Weise mit dem vorstehend genannten Auswertungsprogramm (Data Warehouse) ermittelt werden.

4.4. Datenauswertung

Es wurde der Zusammenhang zwischen den veränderten Rahmenbedingungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen und der Entwicklung der Kooperationsverträge, Kooperationspartner und betreuten Versicherten, der Besuchstätigkeit sowie der erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge untersucht.

Für die Analyse und Bewertung der Situation der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg wurden die Daten aus den Meldebögen der Berichtsjahre 2014 bis 2019 in zwei Tabellen zusammengefasst. Die Entwicklung der Kooperationsverträge, der Kooperationspartner und der betreuten Versicherten wurde dargestellt (s. Tab. 9). Die Daten der Berichtsjahre 2014 bis 2019 wurden miteinander verglichen und in einen zeitlichen sowie inhaltlichen Kontext gebracht. Die Entwicklung der Abrechnungsdaten der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V (Geb.-Nr. 172a-d, 182, 174a, 174b und 107a BEMA) wurden in einer weiteren Tabelle dargestellt (s. Tab. 14).

Anhand dieser Tabellen konnte ein zeitlicher Trend dargestellt werden. Es wurde die durchschnittliche Zahl an Kooperationsverträgen je Kooperationspartner ermittelt.

Anhand der Daten für das erste Halbjahr 2020 konnten Rückschlüsse über die aktuelle Situation der Versorgung pflegebedürftiger Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg gezogen werden. Es konnte die genaue Zahl an Kooperationsverträgen pro Kooperationspartner in Baden-Württemberg mit Stand vom 21.08.2020 ermittelt werden. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, in welcher Praxisform am häufigsten Kooperationsverträge geschlossen wurden.

Die Besuchstätigkeiten und das Leistungsgeschehen wurden anhand von Abrechnungsdaten der KZV BW der Jahre 2013 bis 2019 analysiert. Es ließ sich die zeitliche Entwicklung darstellen. Es wurde der Anteil der abgerechneten Zuschläge an den vertragszahnärztlichen Besuchen ermittelt. Die Kontrolluntersuchungen in den stationären Pflegeeinrichtungen wurden über ein Jahr hinweg betrachtet dargestellt. Dies erfolgte für die Jahre 2014, 2018, 2019 und das 1. Halbjahr 2020.

5. Ergebnisse

5.1. Allgemeine Daten

Die Daten aus den Meldebögen der KZV BW an die KZBV entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V der Jahre 2014 bis 2019 lassen eine klare zeitliche Tendenz erkennen. Ein beispielhafter Meldebogen befindet sich im Anhang (s. Abb. 58 & Abb. 59).

Im Zentrum der Auswertung stand die Untersuchung der Situation der Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg. Die Daten aus den Meldebögen der KZV BW an die KZBV entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V der Jahre 2014 bis 2019 wurden insgesamt tabellarisch erfasst und miteinander verglichen (s. Tab. 9 & Tab. 14).

5.1.1. Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner, der Kooperationsverträge und der betreuten Versicherten

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner, der genehmigten Kooperationsverträge und der im Rahmen von Kooperationsverträgen betreuten Versicherten der Jahre 2014 bis 2019 in Baden-Württemberg (s. Tab. 9).

Anzahl	Vertragszahnärztliche Kooperationspartner	Kooperationsverträge	Betreute Versicherte
2014	72	125	3.928
2015	132	236	9.316
2016	175	307	12.557
2017	214	375	15.000
2018	264	466	18.740
2019	345	658	29.595

Tab. 9: Daten aus den Meldebögen der KZV BW an die KZBV zu den Daten gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Im Jahr 2014 schlossen zunächst 72 Vertragszahnärzte Kooperationsverträge und wurden damit Kooperationspartner von stationären Pflegeeinrichtungen. Im Zeitraum von 2014 bis 2019 stieg die Zahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner unterschiedlich an. Im Jahr 2018 stieg die Zahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner um 50 Vertragszahnärzte auf 264 Kooperationspartner. 2019 stieg sie mit 81 neuen Kooperationspartnern am stärksten an. Im Zeitraum von 2014 bis 2019 war ein Gesamtanstieg um den Faktor 4,8 zu verzeichnen (s. Abb. 15).

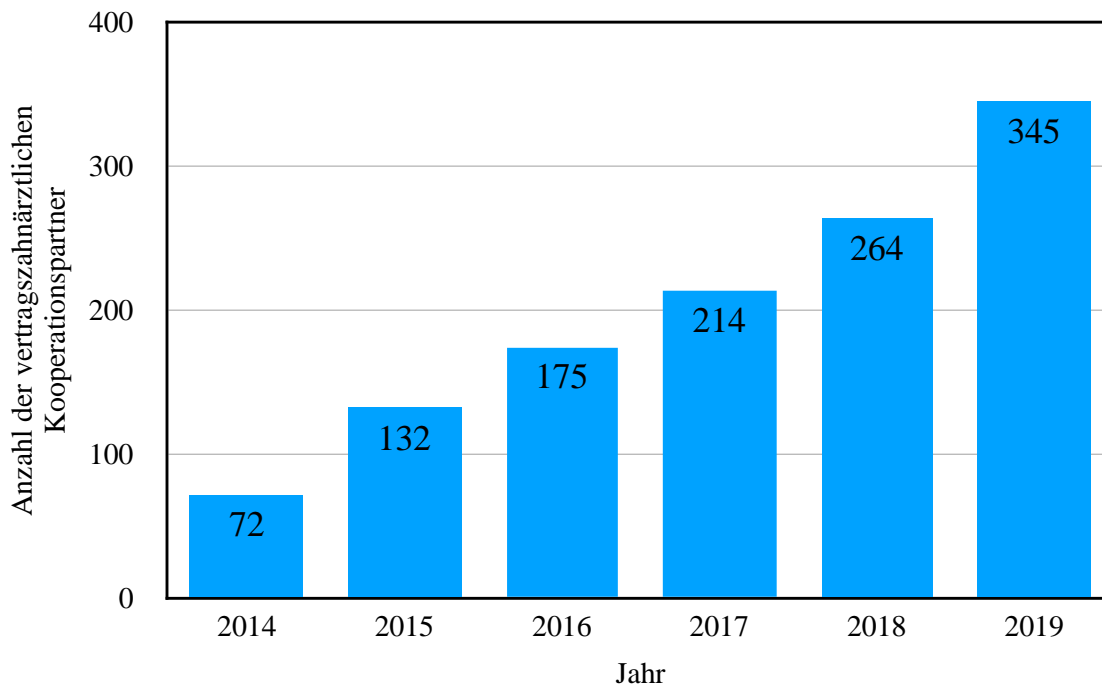


Abb. 15: Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Bei Einführung der Kooperationsverträge im Jahr 2014 wurden insgesamt 125 Kooperationsverträge geschlossen. Im darauffolgenden Jahr stieg die Zahl der Kooperationsverträge um 111 weitere genehmigte Verträge, was nahezu zu einer Verdoppelung führte. Ab dem Jahr 2015 bis einschließlich 2017 erfolgte ein kontinuierlicher Anstieg um jeweils circa 70 zusätzliche Verträge. Vom Jahr 2017 auf das Jahr 2018 kamen 91 Verträge hinzu. Mit der gesetzlichen Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen ab dem Jahr 2019 stieg die Zahl der neu geschlossenen Kooperationsverträge um fast 200 Verträge.

Daraus ergab sich, dass die Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen sowie die Schaffung von Anreizen durch Einführung und Höherbewertung von Geb.-Nrn. im Jahr zuvor einen positiven Effekt auf die Versorgung von Pflegebedürftigen hatte. Die Anzahl der geschlossenen Verträge erhöhte sich im Zeitraum von 2014-2019 um den Faktor 5,3 (s. Abb. 16).

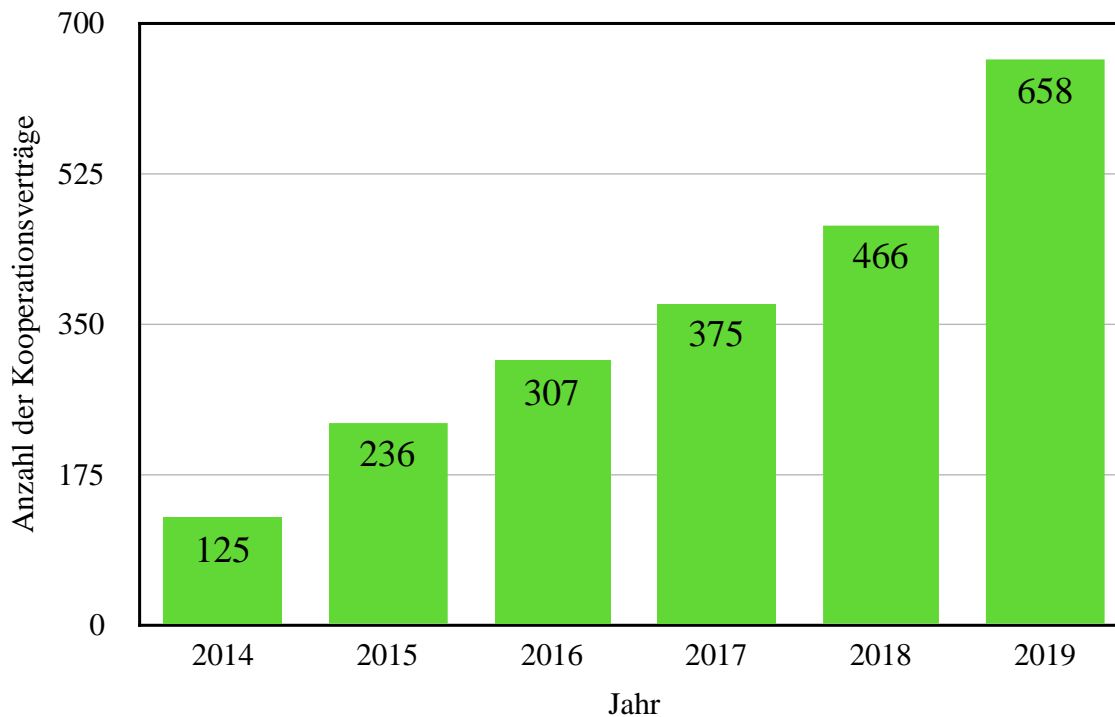


Abb. 16: Anzahl der Kooperationsverträge im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Im Jahr 2019 lag die Zahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner bei 345 und die der Kooperationsverträge bei 658. Danach war ersichtlich, dass ein Kooperationszahnarzt mehrere, nämlich im Durchschnitt 1,9 Kooperationsverträge abschloss und somit für die Versorgung in mehreren stationären Pflegeeinrichtungen gleichzeitig zur Verfügung stand (s. Abb. 17).

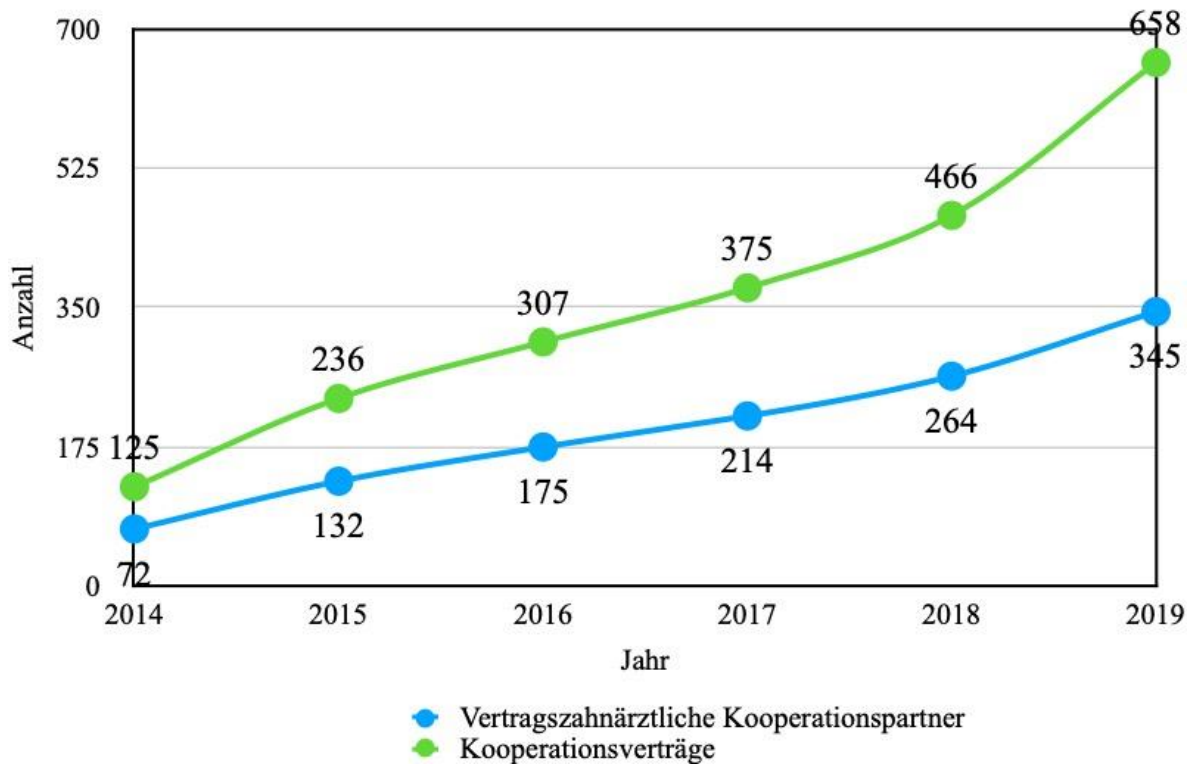


Abb. 17: Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner und Kooperationsverträge im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Die Zahl der betreuten Versicherten stieg im Zeitraum von 2014 bis 2019 kontinuierlich an. Von 2014 auf 2015 fand mehr als eine Verdoppelung um 5.388 betreute Versicherte statt. In den Jahren 2016, 2017 und 2018 lag die Zunahme zwischen 2.443 und 3.740 zusätzlichen betreuten Personen. Im Jahr 2019 erfolgte der stärkste Anstieg um 10.855 betreute Versicherte. Insgesamt ergab sich im genannten Zeitraum eine Erhöhung der Betreuungszahlen um den Faktor 7,5 (s. Abb. 18).

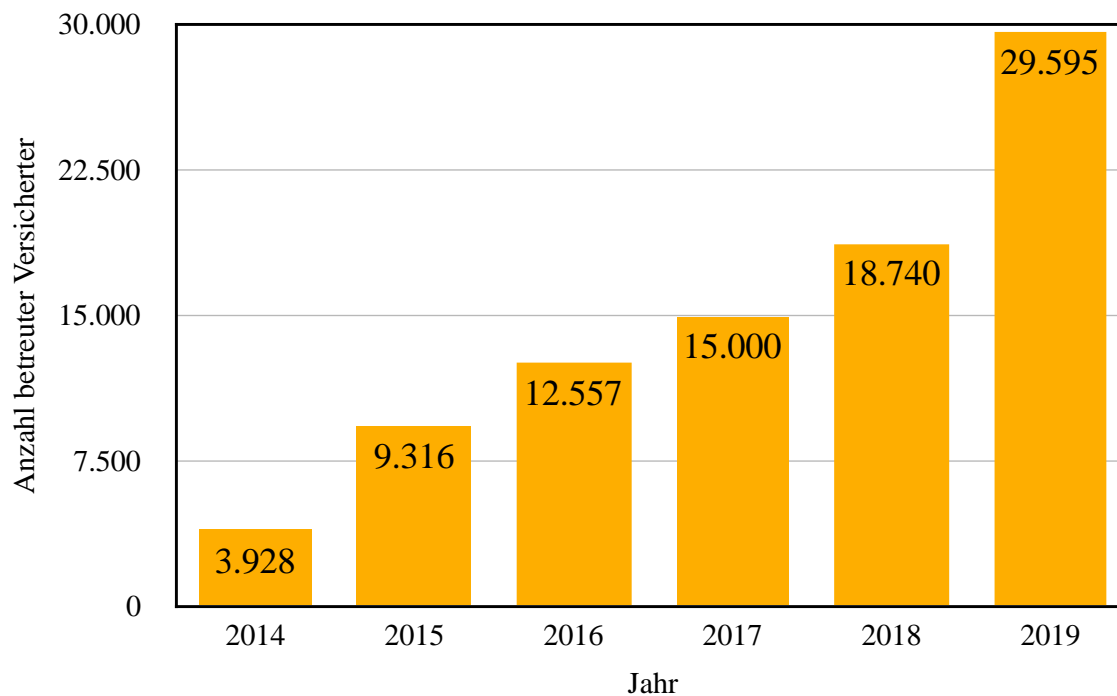


Abb. 18: Anzahl betreuter Versicherte im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Aufgrund der ausgewerteten Daten ließ sich ein deutlicher Aufwärtstrend für das Jahr 2019 sowohl hinsichtlich der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner, der genehmigten Kooperationsverträge als auch bezüglich der betreuten Versicherten darstellen (s. Abb. 19).

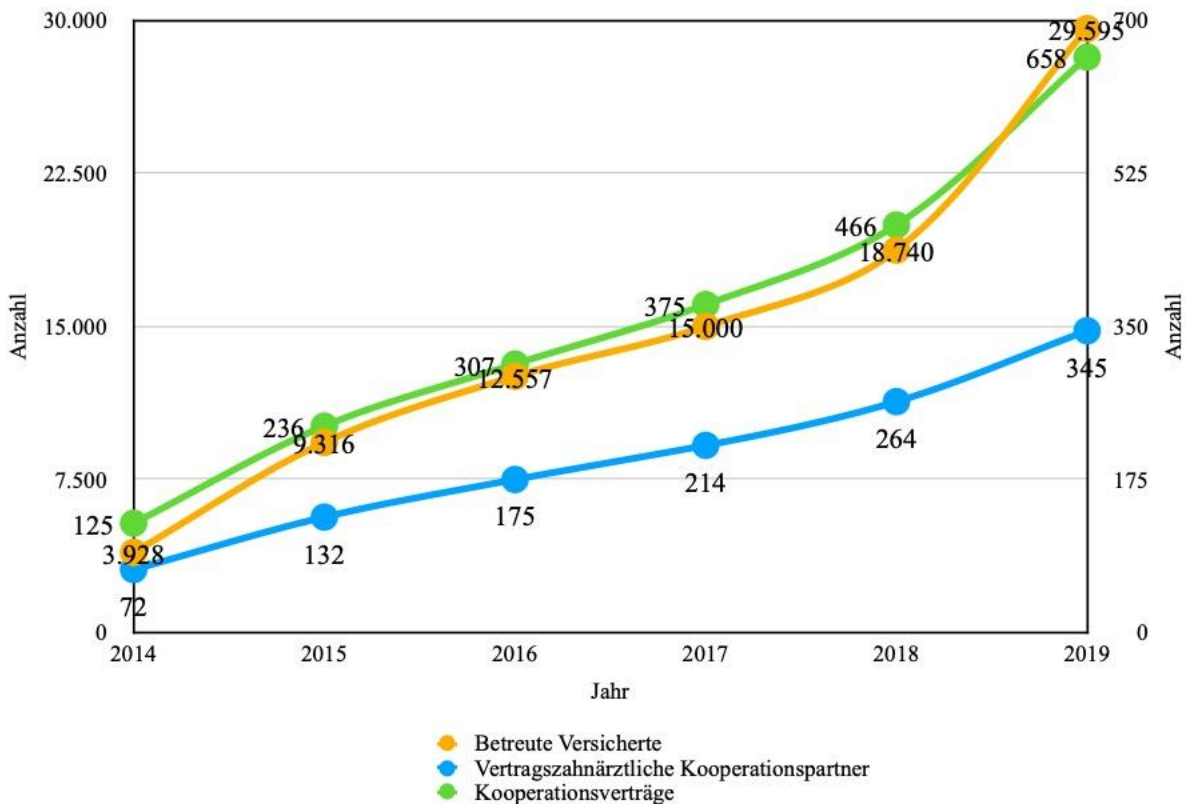


Abb. 19: Anzahl betreuter Versicherter, der Kooperationsverträge und der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

5.1.2. Anzahl der Pflegeheime / Abdeckungsgrad

Die Gesamtzahl der Pflegeheime in Baden-Württemberg belief sich im Jahr 2011 auf 1.543, im Jahr 2013 auf 1.661 (s. Tab. 21 im Anhang). Die Daten wurden im Zweijahresrhythmus vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg erhoben. Deshalb war ein Vergleich mit den Landesdaten und den Zahlen der Pflegeheime mit Kooperationsvertrag nur im jeweiligen Jahr möglich, indem die Landesdaten vorlagen. Im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2019 war dies für die Jahre 2015 und 2017 der Fall. Für das Jahr 2019 existierte zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch keine Pflegestatistik.

Um das Verhältnis zwischen der Gesamtzahl der Pflegeheime und Pflegeheimen mit Kooperationsvertrag in Baden-Württemberg zu verifizieren, wurden die diesbezüglichen Zahlen miteinander verglichen (s. Abb. 20).

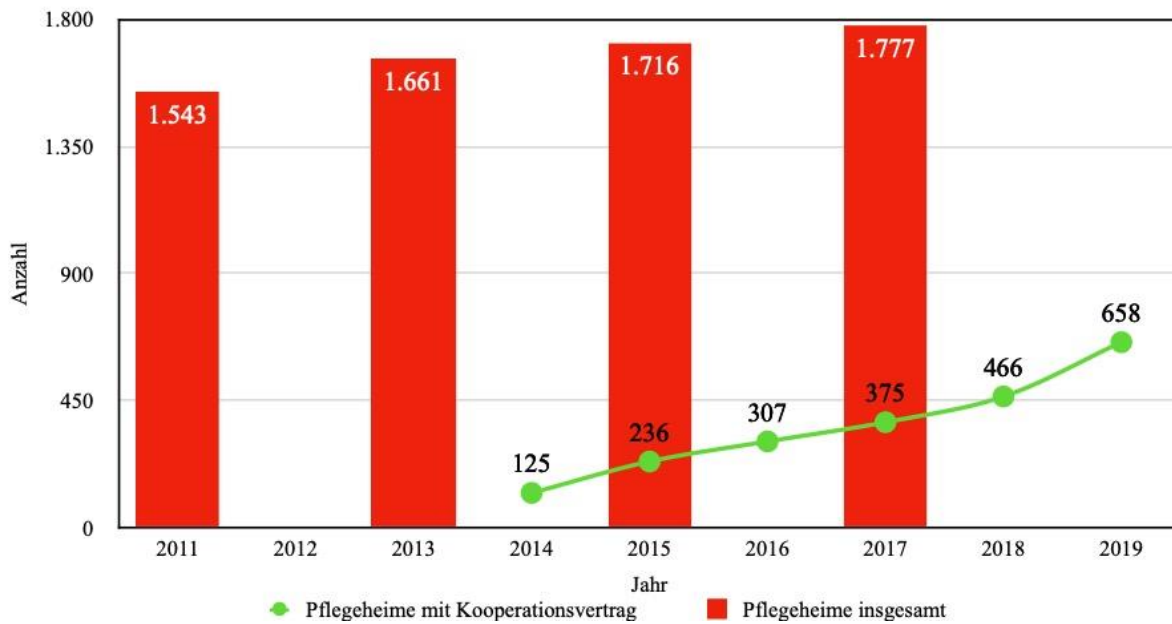


Abb. 20: Gesamtzahl der Pflegeheime und Pflegeheime mit Kooperationsvertrag in Baden-Württemberg im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019 & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, eigene Berechnungen)

2015 waren 13,8 % der Pflegeheime Vertragspartner eines Kooperationszahnarztes. 2017 entsprach der Anteil der Pflegeheime mit Kooperationsvertrag 21,1 % (s. Abb. 21)

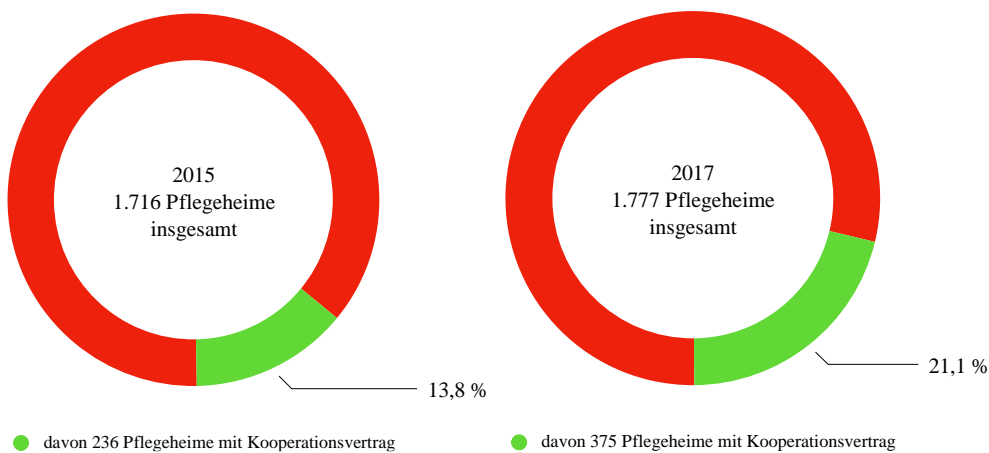


Abb. 21: Prozentualer Anteil der Pflegeheime mit Kooperationsvertrag in Baden-Württemberg der Jahre 2015 und 2017 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019 & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, eigene Berechnungen)

Wird aufgrund der Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg im Jahr 2017 von insgesamt 1.777 Pflegeheimen ausgegangen, ergibt sich für das Jahr 2018 ein Abdeckungsgrad von 26,2 % und für das Jahr 2019 ein Abdeckungsgrad von 37,0 % (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 4).

Die Differenz aus den Pflegeheimen insgesamt und den Pflegeheimen mit Kooperationsvertrag ergab die Zahl der Pflegeheime ohne Kooperationsvertrag der Jahre 2015 und 2017. Es wäre wünschenswert, dass die Zahl der Pflegeheime mit Kooperationsvertrag im Sinne der Versorgung weiterhin steigt (s. Tab. 10).

Anzahl	Pflegeheime insgesamt	Pflegeheime mit Kooperationsvertrag	Pflegeheime ohne Kooperationsvertrag
2011	1.543	-	-
2012	-	-	-
2013	1.661	-	-
2014	-	125	-
2015	1.716	236	1.480
2016	-	307	-
2017	1.777	375	1.402
2018	-	466	-
2019	-	658	-

Tab. 10: Anzahl der Pflegeheime insgesamt, Anzahl der Pflegeheime mit Kooperationsvertrag und Anzahl der Pflegeheime ohne Kooperationsvertrag in Baden-Württemberg im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019 & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, eigene Berechnungen)

5.1.3. Anzahl der pflegebedürftigen Versicherten

Die Gesamtzahl der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg belief sich im Jahr 2011 auf 93.135 pflegebedürftige Versicherte, im Jahr 2013 auf 98.781 pflegebedürftige Versicherte (s. Tab. 19 & Tab. 20 im Anhang). Die

Daten werden im Zweijahresrhythmus vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg erfasst. Deshalb war ein Vergleich mit den Landesdaten und den Zahlen der betreuten Versicherten nur im jeweiligen Jahr möglich, in dem die Landesdaten vorlagen. Im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2019 war dies für die Jahre 2015 und 2017 der Fall. Für das Jahr 2019 existierte zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch keine Pflegestatistik.

Um das Verhältnis zwischen insgesamt und betreuten Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg zu verifizieren, wurden die diesbezüglichen Zahlen miteinander verglichen (s. Abb. 22).

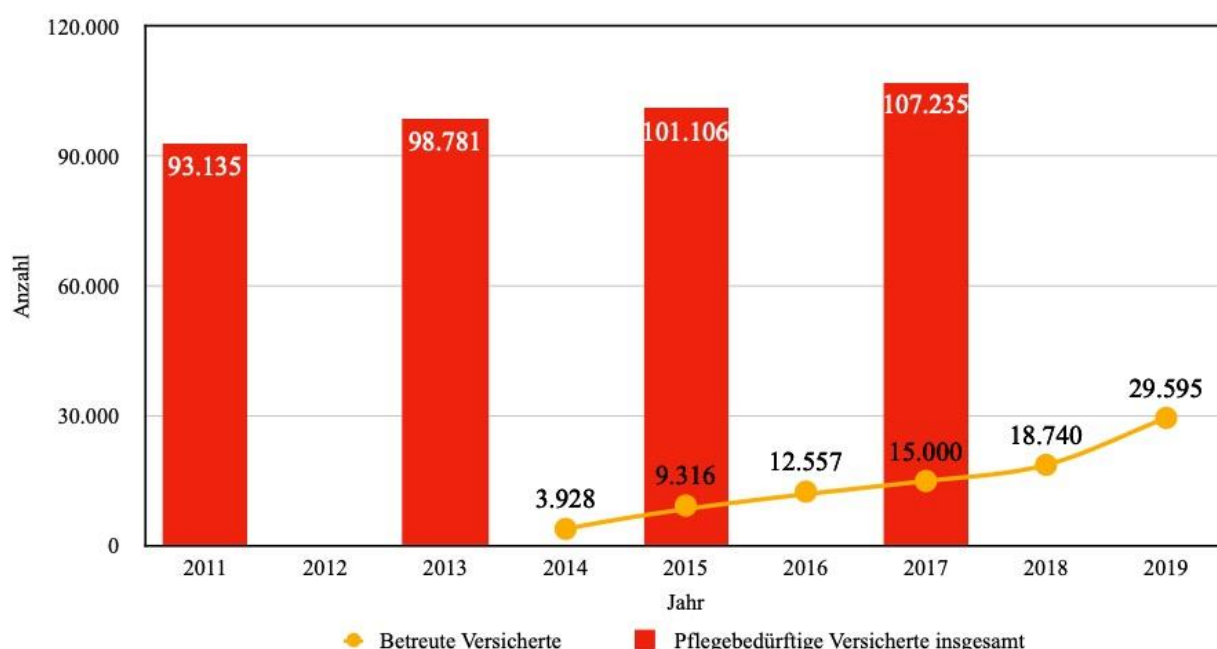


Abb. 22: Gesamtzahl der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (voll- und teilstationär) und betreute Versicherte im Rahmen von Kooperationsverträgen in Baden-Württemberg im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019 & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, eigene Berechnungen)

Im Jahr 2015 wurden 8,5 % der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen durch vertragszahnärztliche Kooperationspartner betreut. Im Jahr 2017 entsprach der Anteil der betreuten Versicherten 14,0 %. Es wäre wünschenswert, dass sich der Trend fortsetzt (s. Abb. 23).

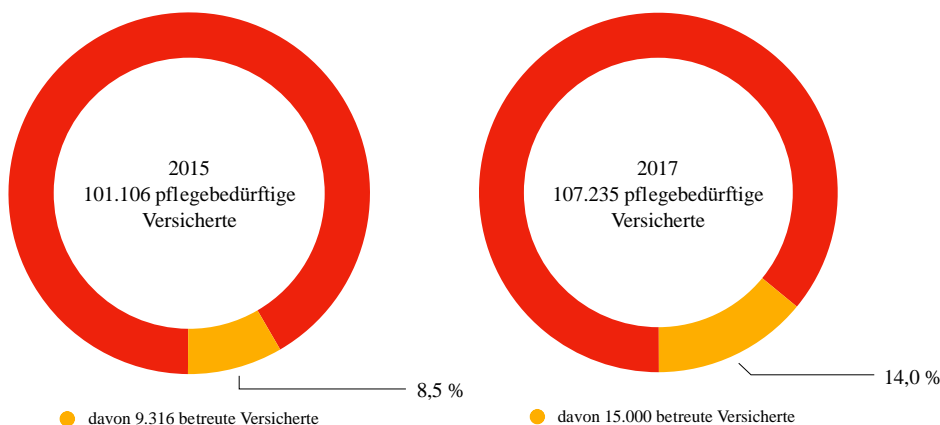


Abb. 23: Prozentualer Anteil an betreuten Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg der Jahre 2015 und 2017 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019 & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, eigene Berechnungen)

Wird aufgrund der Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg im Jahr 2017 von insgesamt 107.235 pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen ausgegangen, ergibt sich für das Jahr 2018 ein Anteil von 17,5 % und für das Jahr 2019 ein Anteil von 27,6 % betreuten Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen in Baden-Württemberg.

5.1.4. Anzahl der Kooperationsverträge pro Kooperationspartner

Das Berichtsjahr 2020 war zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit noch nicht beendet. Eine Betrachtung der Ist-Situation der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen sollte trotzdem vorgenommen werden. Deshalb wurde der Meldebogen mit Stand vom 21.08.2020 ausgewertet.

Zum Stand vom 21.08.2020 hatten 346 Kooperationspartner insgesamt 668 Kooperationsverträge mit stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen. Demnach entfielen im Jahr 2020 im Durchschnitt mehrere Kooperationsverträge auf einen vertragszahnärztlichen Kooperationspartner (1,9). Ein vertragszahnärztlicher Kooperationspartner stand somit wie schon im Jahr 2019 (s. Abb. 17) in mehreren stationären

Pflegeeinrichtungen gleichzeitig für die Versorgung pflegebedürftiger Versicherter zur Verfügung.

Anhand des Meldebogens des Berichtsjahres 2020 konnte die genaue Anzahl der genehmigten Kooperationsverträge pro Kooperationspartner ermittelt werden. Anschließend wurden 5 Gruppen gebildet.

Die Gruppe 1 beinhaltet alle Kooperationspartner mit nur einem Kooperationsvertrag. Die Gruppe 2 entsprach den Kooperationspartnern mit je zwei genehmigten Kooperationsverträgen. In der Gruppe 3 wurden Kooperationspartner mit 3 bis 5 genehmigten Kooperationsverträgen zusammengefasst. In der Gruppe 4 befanden sich diejenigen Kooperationspartner, die 6 bis 10 Kooperationsverträge geschlossen hatten. Die Gruppe 5 beinhaltet alle Kooperationspartner mit über 10 genehmigten Kooperationsverträgen (s. Tab. 11).

Anzahl	Vertragszahnärztliche Kooperationspartner	Kooperationsverträge
Gruppe 1: 1 Kooperationsvertrag	228	228
Gruppe 2: 2 Kooperationsverträge	64	128
Gruppe 3: 3-5 Kooperationsverträge	37	138
Gruppe 4: 6-10 Kooperationsverträge	11	80
Gruppe 5: > 10 Kooperationsverträge	6	94
Gesamt	346	668

Tab. 11: Gruppen 1-5 in Abhängigkeit der Anzahl der Kooperationsverträge (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

Die Auswertung ergab, dass 228 von 346 Kooperationspartnern und somit zwei Drittel (65,9 %) der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner einen genehmigten Kooperationsvertrag abgeschlossen hatten. Das übrige Drittel bestand aus den Gruppen 2 bis 5 mit insgesamt 118 Kooperationspartnern. Insgesamt 34,1 % der Kooperationspartner betreuten somit pflegebedürftige Versicherte in wenigstens zwei Pflegeeinrichtungen gleichzeitig (s. Abb. 24).

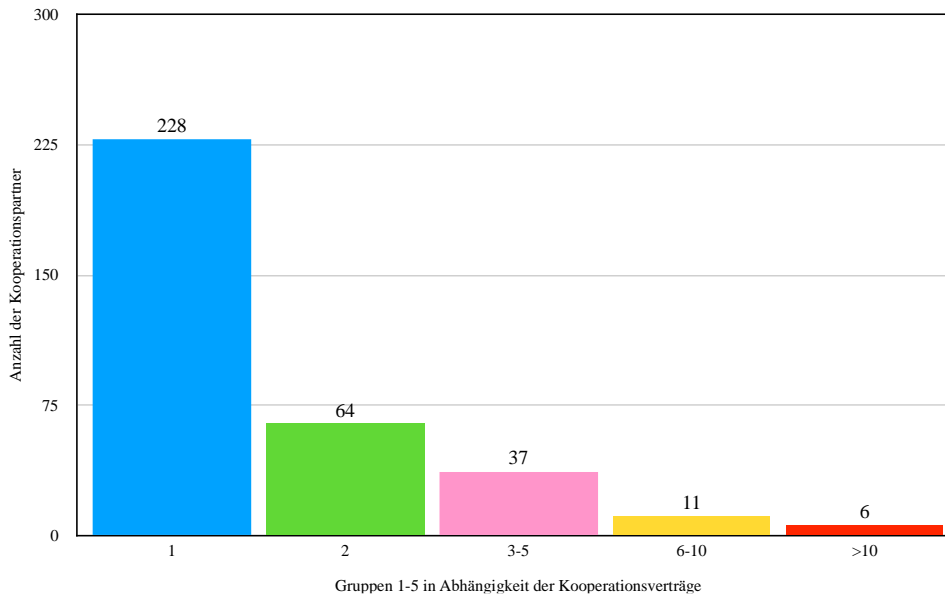


Abb. 24: Gruppen 1-5 in Abhängigkeit der Anzahl der Kooperationsverträge pro Kooperationspartner (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

Die Gruppe 1 (ein Kooperationsvertrag) war mit 65,9 % die größte Gruppe. 64 Kooperationspartner schlossen je einen weiteren Kooperationsvertrag und standen somit in zwei stationären Pflegeeinrichtungen gleichzeitig für die Versorgung zur Verfügung. Die Gruppe 2 (zwei Kooperationsverträge) war somit mit einem Anteil von 18,5 % die zweitgrößte Gruppe. Die Gruppe 3 (drei bis fünf Kooperationsverträge) war mit 37 Kooperationspartnern und demnach einem Anteil von 10,7 % vertreten. 11 Vertragszahnärzte betreuten je 6 bis 10 Pflegeeinrichtungen gleichzeitig. Die Gruppe 4 (sechs bis zehn Kooperationsverträge) war mit einem Anteil von 3,2 % vertreten. Lediglich 6 Kooperationspartner betreuten jeweils über 10 Pflegeheime gleichzeitig. Die Gruppe 5 (mehr als zehn Kooperationsverträge) stellte mit 1,7 % die kleinste Gruppe dar (s. Abb. 25).

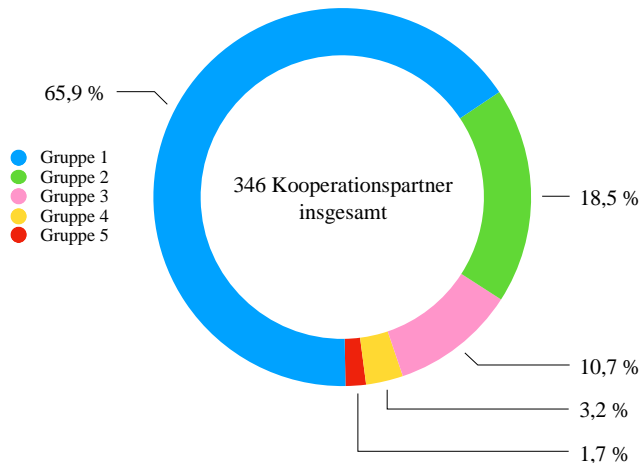


Abb. 25: Prozentualer Anteil der Gruppen 1-5 bezogen auf die Kooperationspartner insgesamt (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

Zwei Drittel der Kooperationspartner schlossen einen Kooperationsvertrag mit einer stationären Pflegeeinrichtung ab. Bezogen auf die insgesamt 668 geschlossenen Kooperationsverträge entfielen 34,1 % der Kooperationsverträge auf die Gruppe 1. Auf Gruppe 2 und 3 entfielen insgesamt ungefähr gleich viele Kooperationsverträge (19,2 bzw. 20,7 %). Auf Gruppe 4 bestehend aus 3,2 % der Kooperationspartner entfielen 12,0 % der Kooperationsverträge. Einen sehr kleinen Prozentsatz machten die Kooperationspartner mit über 10 Kooperationsverträgen aus. Bei Betrachtung der Zahl der Kooperationsverträge insgesamt wurde jedoch deutlich, dass 1,7 % der Kooperationspartner 14,1 % der gesamten Kooperationsverträge abdeckten (s. Abb. 26).

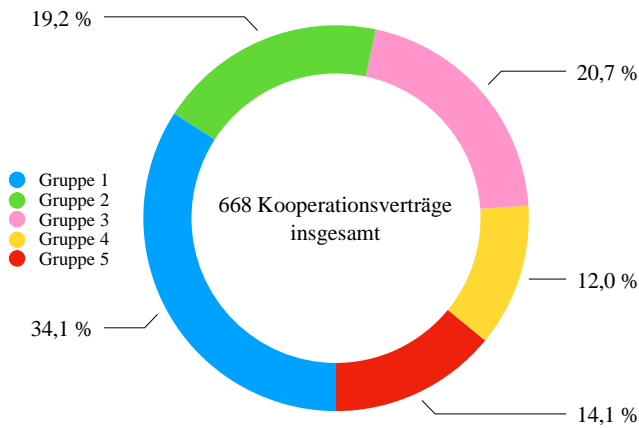


Abb. 26: Prozentualer Anteil der Gruppen 1-5 bezogen auf die Gesamtzahl der Kooperationsverträge (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

Am 21.08.2020 betreute die Gruppe 3 bestehend aus 37 Kooperationspartnern die pflegebedürftigen Versicherten von 138 stationären Pflegeeinrichtungen. Gruppe 2 betreute mit 64 Kooperationspartnern 128 Pflegeheime. Die Gruppe 5 bestehend aus 6 Kooperationspartnern kam für die Versorgung von 94 stationären Pflegeeinrichtungen auf. Die Gruppe 4 stand mit 11 Kooperationspartnern in 80 Pflegeheimen für die Versorgung zur Verfügung (s. Abb. 27).

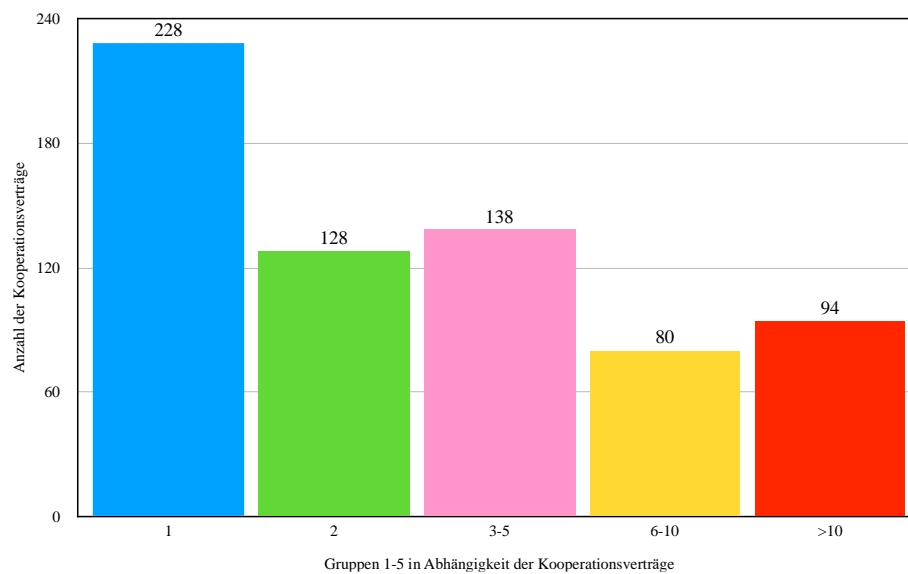


Abb. 27: Gesamtzahl der Kooperationsverträge je Gruppe 1-5 (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

5.1.5. Zeitliche Betrachtung der Kooperationsvertragsabschlüsse

Es war von Interesse, in welchen zeitlichen Abständen die Kooperationsverträge geschlossen wurden, um zu erkennen, ob daraus ein Muster abgeleitet werden konnte. Hierfür bot sich die Gruppe 5 (> 10 Kooperationsverträge je Kooperationspartner) an, da in dieser die meisten Kooperationsverträge über den betrachteten Zeitraum geschlossen wurden. Die Vertragsabschlüsse der Gruppe 5 wurden tabellarisch erfasst.

Um den Ist-Zustand zum 21.08.2020 darstellen zu können, wurden die Anzahl der Kooperationsverträge um die Zahl der bereits zu diesem Zeitpunkt gekündigten Verträge, in den jeweiligen Jahren, bereinigt (s. Tab. 12).

Am 21.08.2020 lag die größte Zahl an Kooperationsverträgen pro Kooperationspartner bei 27 Kooperationsverträgen (Kooperationspartner 1). Die übrigen 5 Kooperationspartner der Gruppe 5 hatten im Jahr 2020 insgesamt jeweils 15 (Kooperationspartner 2), 14 (Kooperationspartner 3), 14 (Kooperationspartner 4), 13 (Kooperationspartner 5) und 11 (Kooperationspartner 6) genehmigte Kooperationsverträge.

Anzahl Kooperationsverträge	Kooperationspartner 1	Kooperationspartner 2	Kooperationspartner 3	Kooperationspartner 4	Kooperationspartner 5	Kooperationspartner 6
2014	0	0	0	12	10	4
2015	0	8	0	15	11	4
2016	0	10	0	14	12	5
2017	7	13	0	14	12	6
2018	11	13	0	15	12	7
2019	25	16	14	14	12	8
2020	27	15	14	14	13	11

Tab. 12: Anzahl der Kooperationsverträge der Kooperationspartner 1-6 in der Gruppe 5 der Jahre 2014-2020 (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

Im Jahr 2019 wurden die meisten Kooperationsverträge geschlossen. Ansonsten ließ sich kein Muster erkennen. Daraus war abzuleiten, dass der Abschluss von Kooperationsverträgen sehr individuell und zufällig von den einzelnen Kooperationspartnern abhängig war. Es hing bei Einführung der Kooperationsverträge maßgeblich von der Frage ab, wie sehr man sich persönlich dem Thema verbunden fühlte.

Durch die Einführung neuer und Höherbewertung bereits bestehender Geb.-Nrn. im Jahr 2018 sowie der Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen durch das PpSG im Jahr 2019 erfuhr das Modell der Kooperationsverträge der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen einen Schub (s. Abb. 28).

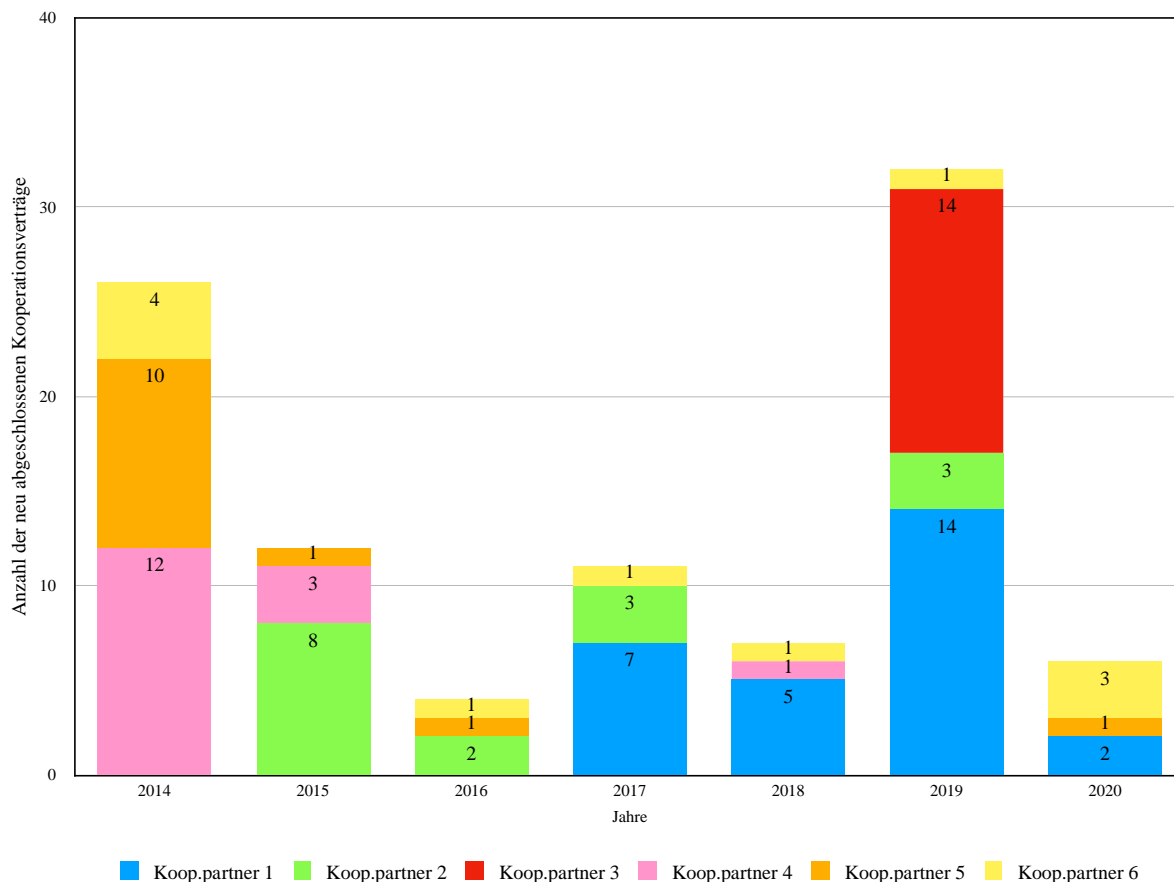


Abb. 28: Neu abgeschlossene Kooperationsverträge in Gruppe 5 (> 10 Kooperationsverträge je Kooperationspartner) der Jahre 2014-2020 (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

Die größte Zunahme an geschlossenen Kooperationsverträgen eines Kooperationspartners lag im gesamten Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2020 bei 14 genehmigten Kooperationsverträgen. Im Jahr 2019 schlossen insgesamt zwei Kooperationspartner je 14 Kooperationsverträge mit Pflegeheimen (Kooperationspartner 1 & Kooperationspartner 3).

5.1.6. Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner und der Kooperationsverträge nach der Praxisform

Laut der Vereinbarung zur Durchführung der zahnärztlichen Versorgung gemäß § 119b SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege in BW und der KZV BW konnten zugelassene Vertragszahnärzte, ermächtigte Zahnärzte und Einrichtungen sowie zugelassene Medizinische Versorgungszentren Kooperationspartner von Pflegeheimen werden. Angestellte Zahnärzte zählten nicht dazu (KZV BW & Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege BW, 2014, S. 2).

Es galt diejenige Praxisform zu ermitteln, in der am häufigsten Kooperationsverträge geschlossen wurden. Hierfür wurde zwischen der Einzelpraxis, der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) und dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) unterschieden.

Die Praxisgemeinschaft wurde der Berufsausübungsgemeinschaft zugeordnet, da es hier nicht sinnvoll erschien genauer zu differenzieren. Die Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) wurde ebenfalls der Berufsausübungsgemeinschaft zugeordnet. Das Überörtliche Medizinische Versorgungszentrum (ÜMVZ) sowie das Zahnmedizinische Versorgungszentrum (ZMVZ) waren in der Praxisform des MVZs mitinbegriffen.

Es ergab sich die jeweilige Anzahl der Kooperationspartner nach der Praxisform sowie die zugehörige Anzahl an Kooperationsverträgen (s. Tab. 13).

Anzahl	Vertragszahnärztliche Kooperationspartner	Kooperationsverträge
Einzelpraxis	247	449
BAG, Praxisgemeinschaft	78	160
MVZ	21	59

Tab. 13: Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner und der Kooperationsverträge nach der Praxisform (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

Mit Stand vom 21.08.2020 bestand die Mehrzahl der Kooperationspartner, und zwar 71,4 %, aus Vertragszahnärzten in Einzelpraxen. Die zweithäufigste Praxisform, in der Kooperationsverträge abgeschlossen wurden, war die Berufsausübungsgemeinschaft mit 22,5 %. Medizinische Versorgungszentren waren mit 6,1 % deutlich seltener Kooperationspartner von Pflegeheimen (s. Abb. 29).

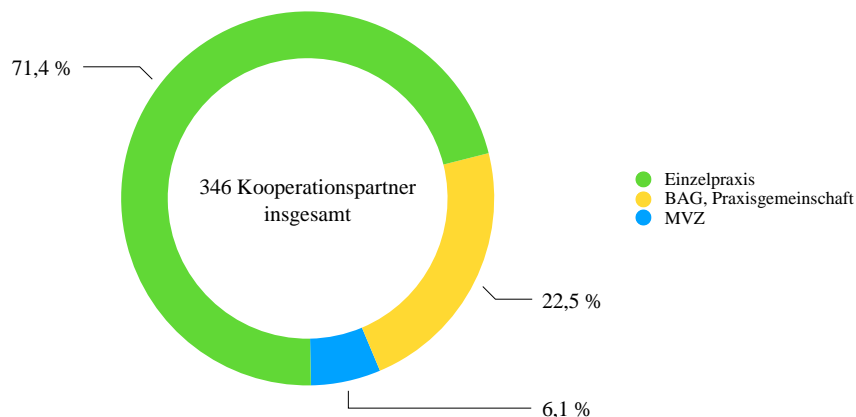


Abb. 29: Prozentuale Anteile an den Kooperationspartnern nach der Praxisform (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

Es hatten 247 Einzelpraxen am 21.08.2020 insgesamt 449 Kooperationsverträge geschlossen. Bezogen auf die Gesamtzahl der Kooperationsverträge entsprach dies einem Anteil von 67,2 %. Somit hatten die Kooperationspartner in den Einzelpraxen die meisten Kooperationsverträge vereinbart. An zweiter Stelle folgten die

Berufsausübungsgemeinschaften mit 160 Kooperationsverträgen. Dies entsprach im Jahr 2020 einem Anteil von 24,0 % an der Gesamtzahl der Kooperationsverträge.

Auf die 21 Medizinischen Versorgungszentren entfielen am 21.08.2020 die wenigsten genehmigten Kooperationsverträge. Im Vergleich zu den Einzelpraxen sowie den Berufsausübungsgemeinschaften entfielen auf MVZs insgesamt 59 geschlossene Kooperationsverträge (8,8 %) (s. Abb. 30).

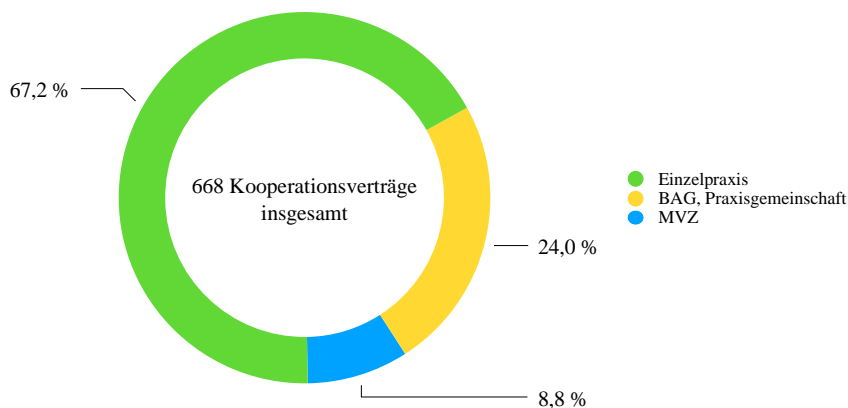


Abb. 30: Prozentuale Anteile an den Kooperationsverträgen nach der Praxisform (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

5.2. Spezielle Daten

Zur genaueren Betrachtung des Versorgungsgeschehens in Baden-Württemberg wurden speziellere Daten der KZV BW herangezogen. Diese enthielten die im Rahmen der Kooperationsverträge erbrachten und abgerechneten Leistungs- und Zuschlagspositionen nach § 87 Abs. 2j SGB V und die konsiliarischen Erörterungen. Die Besuchstätigkeit der Vertragszahnärzte sowie die abgerechneten Leistungen und Zuschläge bei pflegebedürftigen Versicherten wurden ebenfalls auf dem Zeitstrahl analysiert.

5.2.1. Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V

Im Folgenden wurden die Daten über erbrachte und abgerechnete Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V aus den Meldebögen der Jahre 2014 bis 2019 der KZV BW an die KZBV entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zusammengefasst. Aufgelistet wurde die Anzahl derjenigen Leistungen und Zuschläge, die im Rahmen von Kooperationsverträgen erbracht und abgerechnet wurden. Die Tabellenwerte lassen eine klare zeitliche Tendenz erkennen (s. Tab. 14).

Anzahl Leistung BEMA	Geb.- Nr. 172a BEMA	Geb.- Nr. 172b BEMA	Geb.- Nr. 172c BEMA	Geb.- Nr. 172d BEMA	Geb.- Nr. 182 BEMA	Geb.- Nr. 174a BEMA	Geb.- Nr. 174b BEMA	Geb.- Nr. 107a BEMA	Auswertung
2014	1.374	3.294	2.163	2.060	35	-	-	-	8.926
2015	4.552	14.673	8.888	7.870	74	-	-	-	36.057
2016	5.847	19.128	12.003	11.027	75	-	-	-	48.080
2017	6.866	23.771	13.997	12.670	171	-	-	-	57.475
2018	7.671	28.223	8.082	7.338	78	8.740	8.550	1.834	70.516
2019	9.924	34.980	0	0	173	20.745	20.745	6.266	92.833

Tab. 14: Daten aus den Meldebögen der KZV BW an die KZBV zu den Daten der Rahmenvereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Im Rahmen der 125 Kooperationsverträge wurden ab dem 01.04.2014 insgesamt erstmals 8.926 Leistungspositionen und Zuschlagspositionen im Rahmen von Kooperationsverträgen erbracht und abgerechnet (s. Abb. 31).

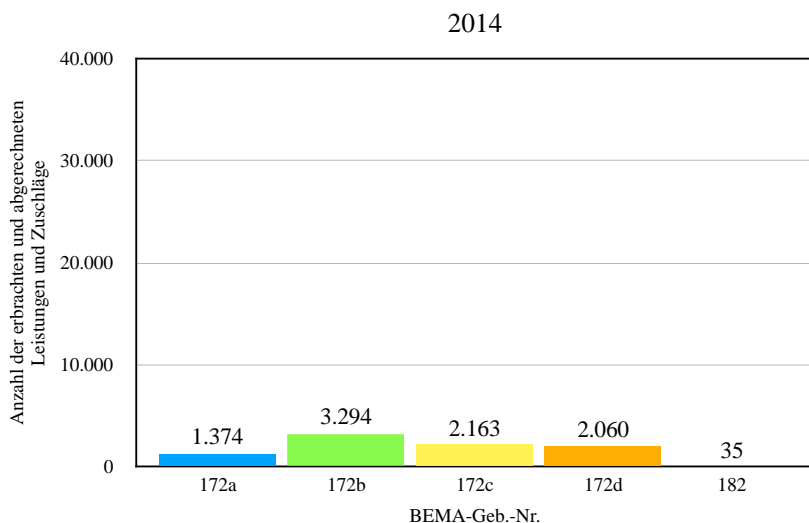


Abb. 31: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2014 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Die Gesamtzahl der erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V vervierfachte sich von 2014 bis 2015. Im Rahmen der 236 Kooperationsverträge wurden im Jahr 2015 insgesamt 36.057 Leistungen und Zuschläge erbracht und abgerechnet (s. Abb. 32).

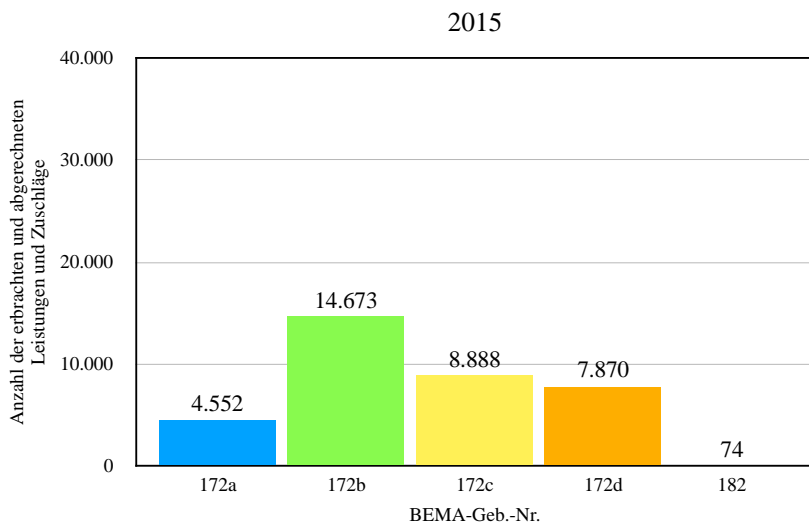


Abb. 32: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2015 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Von 2015 bis 2016 stieg die Zahl der erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V um den Faktor 1,3. Im Rahmen der 307 Kooperationsverträge wurden insgesamt 48.080 Leistungen und Zuschläge erbracht und abgerechnet (s. Abb. 33).

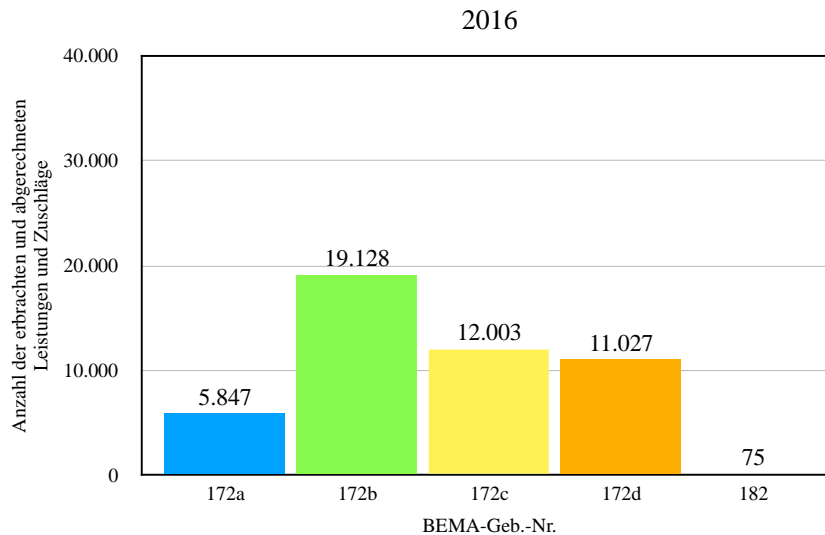


Abb. 33: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2016 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Im Jahr 2017 nahm die Zahl der erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V weiterhin zu. Allerdings hatte sich der starke Anstieg der Abrechnungsdaten im Rahmen der Kooperationsverträge etwas abgeschwächt (Faktor 1,2). Insgesamt wurden 57.475 Leistungen und Zuschläge im Rahmen der 375 Kooperationsverträge erbracht und abgerechnet. Die Geb.-Nr. 172a wurde im Jahr 2017 5,0 Mal häufiger und die Geb.-Nr. 172b 7,2 Mal häufiger abgerechnet als noch im Jahr 2014. Die Geb.-Nrn. 172c und 172d wurden 6,5 bzw. 6,1 Mal häufiger abgerechnet (s. Abb. 34).

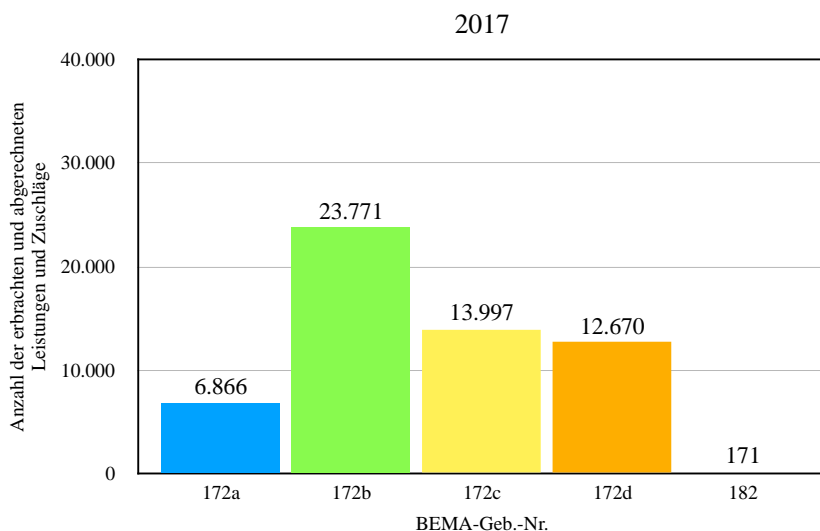


Abb. 34: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2017 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Am 01.07.2018 kam es zur Einführung der neuen Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a BEMA, wodurch die Geb.-Nrn. 172c und 172d BEMA ersetzt wurden. Im Jahr 2018 stiegen die erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V um den gleichen Faktor wie im Vorjahr (Faktor 1,2).

Durch die neuen BEMA-Geb.-Nrn. und die Höherbewertung bereits bestehender Geb.-Nrn. des BEMA stieg somit nicht nur die Anzahl der Kooperationsverträge auf 466, sondern es wurden häufiger Präventionsleistungen bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht. Es wurde deutlich, dass die geschaffenen finanzielle Anreize ihren Zweck - und zwar die Förderung der aufsuchenden Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen - erfüllten (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 19) (s. Abb. 35).

2018

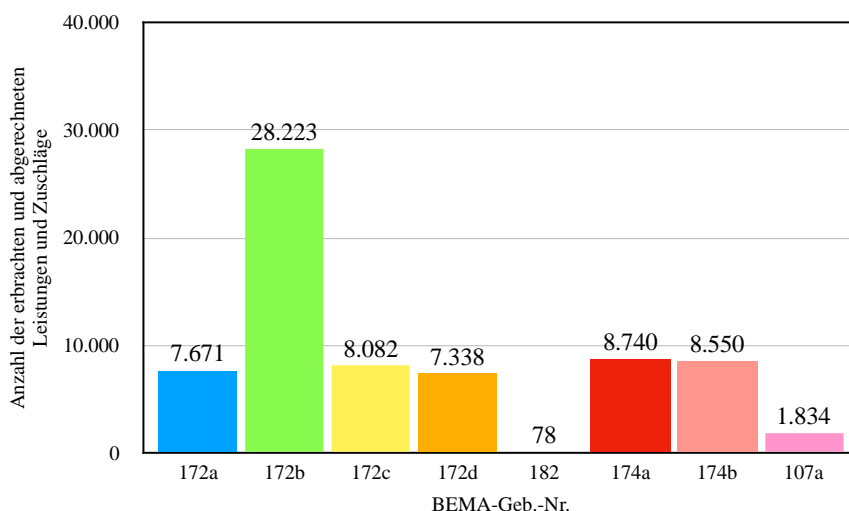


Abb. 35: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2018 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Die Geb.-Nrn. 174a und 174b BEMA ersetzen die Geb.-Nrn. 172c und 172d BEMA. Im Jahr 2019 waren demnach keine Leistungen der BEMA-Geb.-Nrn. 172c und 172d mehr abrechenbar (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 16-17).

Im Jahr 2019 wurden im Rahmen der 658 Kooperationsverträge erneut mehr Leistungen als im Vorjahr erbracht und abgerechnet (Faktor 1,3). Dies ließ darauf schließen, dass die Einführung der neuen Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a BEMA positiv durch die Zahnärzteschaft aufgenommen wurde und sich dies wiederum vorteilhaft auf die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten auswirkte.

Insgesamt wurden im Jahr 2019 insgesamt 92.833 Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht und abgerechnet. Die Geb.-Nr. 172a BEMA wurde im Jahr 2019 insgesamt 7,2 Mal häufiger und die Geb.-Nr. 172b BEMA insgesamt 10,6 Mal häufiger abgerechnet als noch im Jahr 2014 (s. Abb. 36).

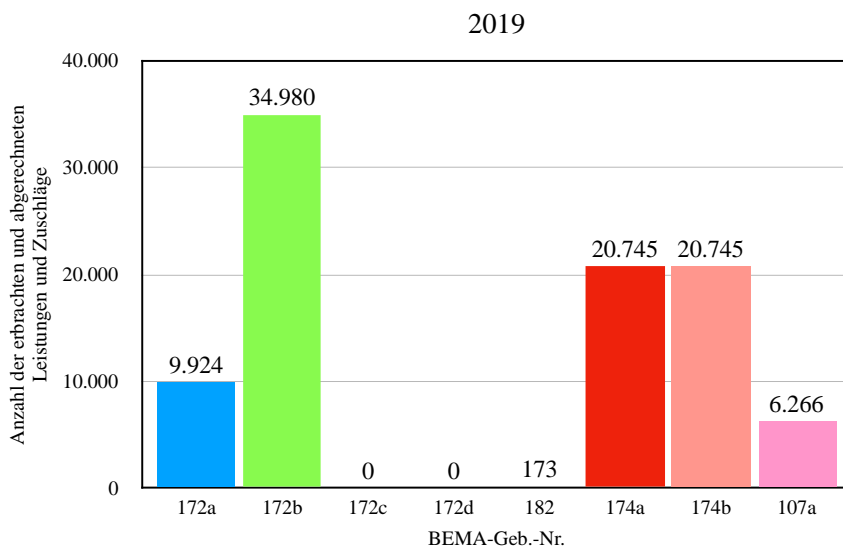


Abb. 36: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Sowohl die im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten Präventionsleistungen als auch die abgerechneten Zuschläge bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen stiegen seit dem Jahr 2014 kontinuierlich an. Von 2014 bis 2019 hatte sich die Gesamtzahl der Abrechnungsdaten bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen mehr als verzehnfacht (Faktor 10,4) (s. Abb. 37).

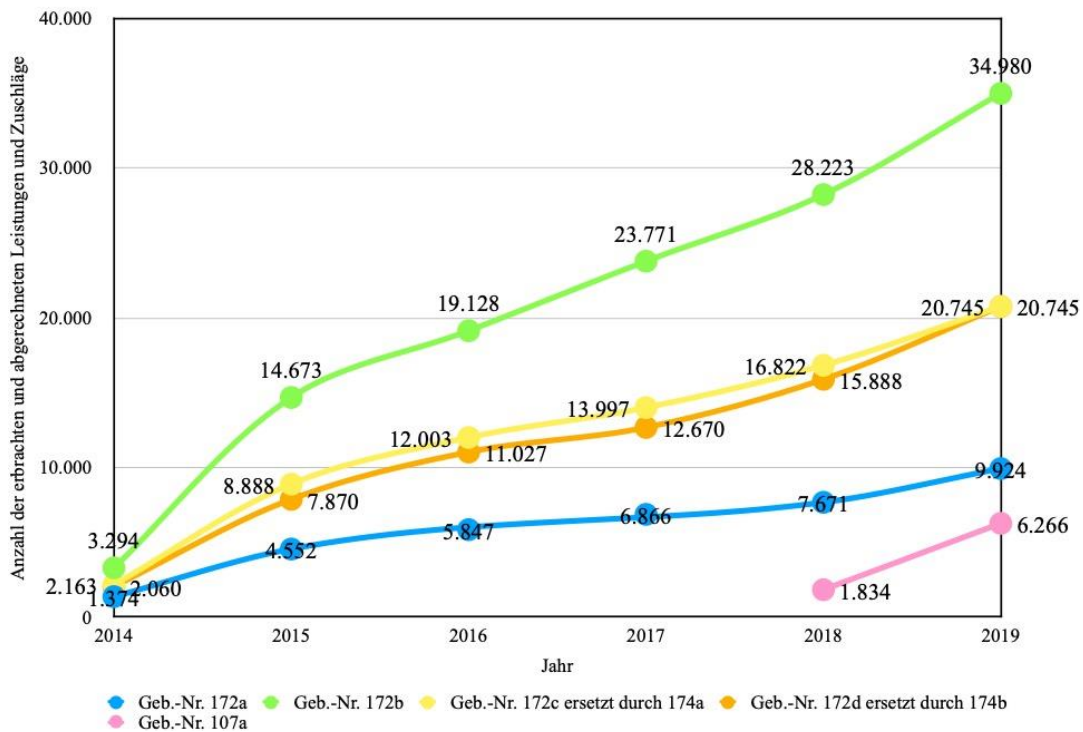


Abb. 37: Entwicklung der Abrechnungsdaten im Rahmen von Kooperationsverträgen bei pflegebedürftigen Versicherten der Berichtsjahre 2014-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Bezüglich der abgerechneten konsiliarischen Erörterungen im Rahmen von Kooperationsverträgen nach Geb.-Nr. 182 BEMA ließ sich keine zeitliche Tendenz erkennen. Die Anzahl schwankte im Zeitraum von 2014 bis 2019 immer wieder, sodass sich keine Aussage über Einflüsse oder etwaige zukünftige Entwicklungen ableiten ließ (s. Abb. 38).

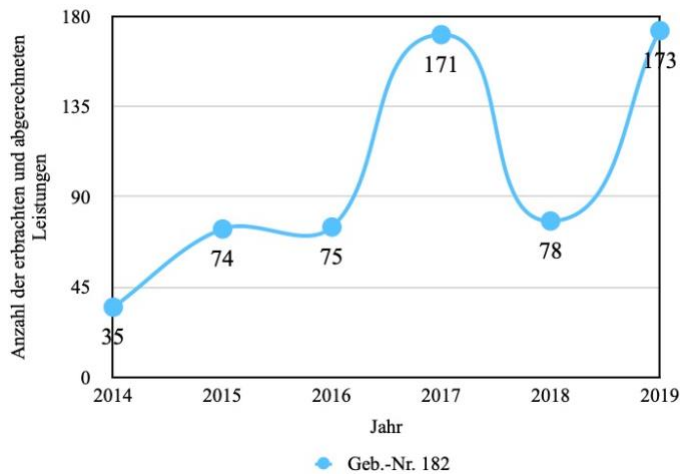


Abb. 38: Konsiliarische Erörterungen im Rahmen von Kooperationsverträgen (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

5.2.2. Anzahl der abgerechneten Besuchspositionen der Jahre 2013-2019

Von Interesse war die Entwicklung der abgerechneten Besuchspositionen im Zeitraum von 2013 bis 2019. Die Übermittlung der Daten über die Besuche im Rahmen der Kooperationsverträge an die KZBV war laut der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband nicht vorgesehen (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 5). Die Betrachtung der Zahlen erschien für die Bewertung des Versorgungsgeschehens jedoch sinnvoll.

Es wurde die Anzahl der getätigten Besuche der aufsuchenden häuslichen Versorgung der Geb.-Nrn. 151, 152, 152a BEMA bzw. der Versorgung stationärer Einrichtungen ohne regelmäßige Tätigkeit der BEMA-Geb.-Nr. 152b, sowie Anzahl der getätigten Besuche der Versorgung in stationären Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags der BEMA-Geb.-Nrn. 153, 153a und 153b tabellarisch aufgelistet. Die Auflistung der abgerechneten Geb.-Nrn. 151 und 153 BEMA begann im Jahr 2013, um die Veränderung in der Versorgung durch die Einführung der neuen Besuchspositionen der Geb.-Nrn. 154 und 155 BEMA bei Vorliegen eines Kooperationsvertrages im Jahr 2014 zu visualisieren.

Die Anzahl der getätigten Besuche der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen bei Vorliegen eines Kooperationsvertrages der BEMA-Geb.-Nrn. 154 und 155 wurden für den Beobachtungszeitraum 2014 bis 2019 tabellarisch aufgelistet. Die BEMA-Geb.-Nrn. 152a, 152b sowie 153a und 153b wurden im Jahr 2018 eingeführt. Die Geb.-Nrn. 152 und 153 entfielen durch die BEMA-Anpassungen am 01.07.2018 (s. Tab. 15).

Anzahl Leistung BEMA	Geb.- Nr. 151 BEMA	Geb.- Nr. 152 BEMA	Geb.- Nr. 152a BEMA	Geb.- Nr. 152b BEMA	Geb.- Nr. 153 BEMA	Geb.- Nr. 153a BEMA	Geb.- Nr. 153b BEMA	Geb.- Nr. 154 BEMA	Geb.- Nr. 155 BEMA
2013	28.162	17.044	-	-	8.409	-	-	-	-
2014	35.699	24.221	-	-	9.899	-	-	1.411	3.358
2015	30.817	22.574	-	-	6.572	-	-	4.722	14.953
2016	28.587	21.410	-	-	6.212	-	-	6.151	19.619
2017	25.438	20.132	-	-	6.766	-	-	7.135	24.133
2018	22.518	9.523	1.366	6.240	3.460	776	3.999	7.954	28.867
2019	20.853	1	1.885	12.358	0	1.146	5.613	10.370	36.796

Tab. 15: Abgerechnete Besuchspositionen der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Im Jahr 2013, also vor Einführung der Kooperationsverträge, fanden insgesamt 53.615 vertragszahnärztliche Besuche zu Hause und in stationären Pflegeeinrichtungen statt. Mit Einführung der Kooperationsverträge und der Besuchspositionen der Geb.-Nrn. 154 und 155 BEMA am 01.04.2014 stieg die Zahl der getätigten Besuche um 39,1 % auf insgesamt 74.588 getätigte vertragszahnärztliche Besuche.

Im Jahr 2015 wurden 79.638 Besuche zu Hause und in stationären Pflegeeinrichtungen von Vertragszahnärzten getätigt. Dies entsprach einer Zunahme von knapp 7 % zusätzlich getätigten Besuchen im Vergleich zum Vorjahr. Die Zahl der vertragszahnärztlichen Besuche stieg im Jahr 2016 auf 81.979 um rund 3 %. Im Jahr 2017 stiegen die Besuche weiter an und zwar um 2,0 % zusätzlich getätigte Besuche auf 83.604 Besuche.

Mit Inkrafttreten der Richtlinie nach § 22a SGB V am 01.07.2018 stieg die Zahl der getätigten Besuche von Vertragszahnärzten um 1,3 % zusätzlich getätigte Besuche an. Die Zahl der getätigten Besuche lag im Jahr 2018 bei 84.703 Besuchen.

Im Jahr 2019 fanden 89.022 vertragszahnärztliche Besuche statt. Das entsprach einer Zunahme von 5,1 % gegenüber dem Vorjahr. Im Zeitraum von 2013 bis 2019 war ein Gesamtanstieg der vertragszahnärztlichen Besuchstätigkeit um 66 % zu verzeichnen (s. Abb. 39).

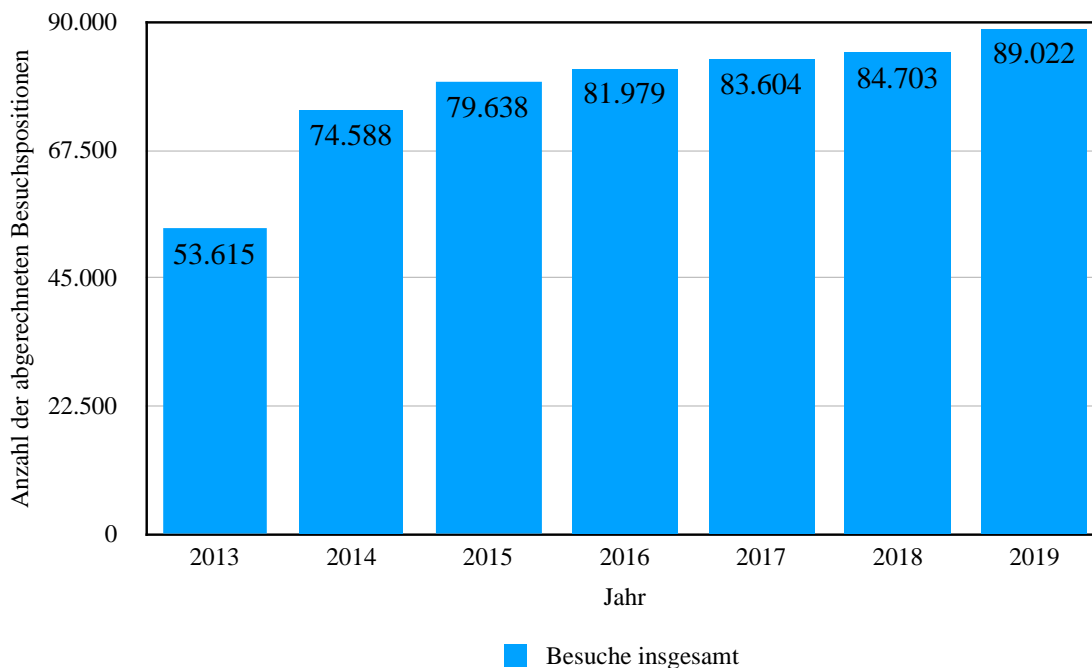


Abb. 39: Entwicklung der Besuchstätigkeit in Baden-Württemberg der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Die Abrechnungsdaten über die vertragszahnärztlichen Besuche ließen erkennen, dass die vertragszahnärztliche Besuchstätigkeit in den Jahren 2014 und 2015 - nach Einführung der Kooperationsverträge - kontinuierlich stieg. In den Jahren 2016 bis 2018 flachte die Zunahme der Besuche etwas ab, um im Jahr 2019 wieder etwas stärker anzusteigen (s. Tab. 16).

Anzahl Leistung	Besuche insgesamt	Zunahme der Besuchstätigkeit zum Vorjahr
2013	53.615	-
2014	74.588	39,1 %
2015	79.638	6,7 %
2016	81.979	2,9 %
2017	83.604	2,0 %
2018	84.703	1,3 %
2019	89.022	5,1 %

*Tab. 16: Entwicklung der Besuchstätigkeit in Baden-Württemberg der Jahre 2013-2019
(Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)*

5.2.3. Entwicklung der einzelnen abgerechneten Besuchspeditionen der Jahre 2013 bis 2019

Die Zahl der Besuche im Rahmen von Kooperationsverträgen stieg nach Einführung der Geb.-Nrn. 154 und 155 BEMA am 01.04.2014 jährlich an. Die Zahl der Besuche je pflegebedürftigen Versicherten (Geb.-Nr. 154) erhöhte sich dabei von 2014 bis 2019 um den Faktor 10,96.

Die Zahl der Besuche je weiteren pflegebedürftigen Versicherten in derselben stationären Pflegeeinrichtung (Geb.-Nr. 155 BEMA) erfuhr von 2014 bis 2019 eine Zunahme um den Faktor 7,35 (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 8-9) (s. Abb. 40).

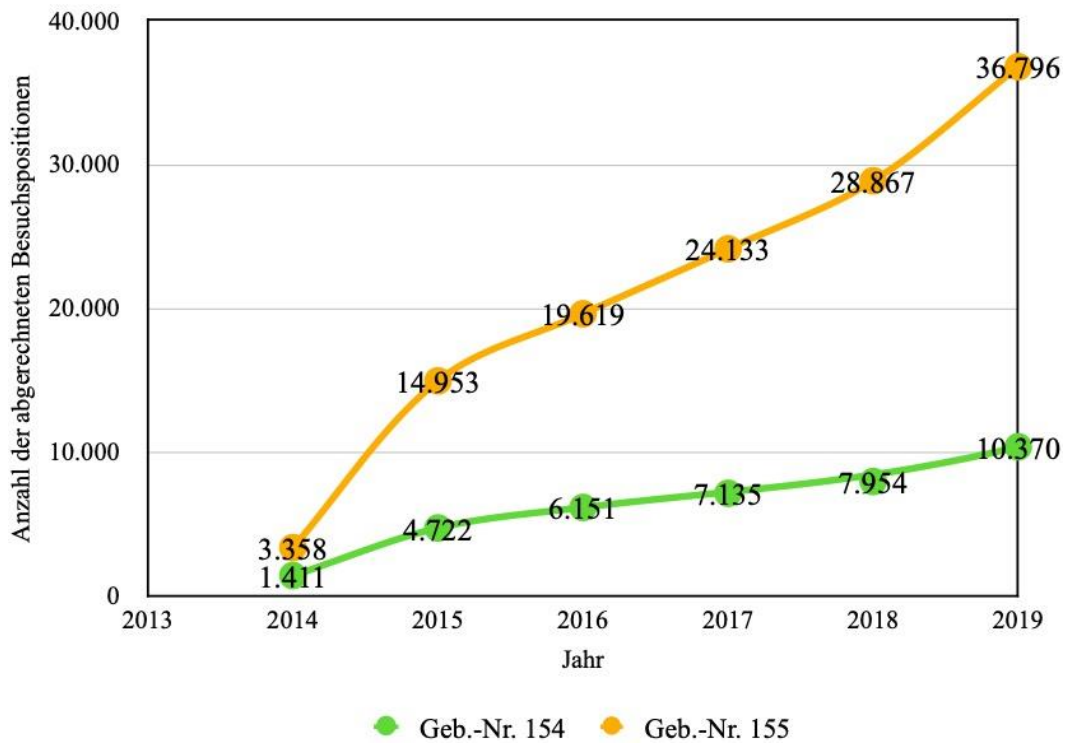


Abb. 40: Abgerechnete Besuchpositionen in stationären Pflegeeinrichtungen bei Vorliegen eines Kooperationsvertrags (Geb.-Nrn. 154 und 155) der Jahre 2014-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Nicht jeder Vertragszahnarzt, der stationäre Pflegeeinrichtungen besuchte, schloss einen Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim ab. Manche Vertragszahnärzte betreuten Versicherte in stationären Einrichtungen ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags. Bis zum 30.06.2018 konnten diesbezügliche Besuche nach der Geb.-Nr. 153 BEMA abgerechnet werden. Am 01.07.2018 kam es zur Einführung der Besuchpositionen der Geb.-Nrn. 153a und 153b BEMA.

Die neuen BEMA Geb.-Nrn. 153a und 153b machten es möglich Besuche bei Versicherten sowohl in stationären Pflegeeinrichtungen als auch in anderen Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit abzurechnen. Andere Einrichtungen bei deren Besuch die Abrechnung der Geb.-Nrn. 153a und 153b BEMA möglich war, waren schulische oder erzieherische Einrichtungen, betreute Wohngemeinschaften oder betreute Werkstätten für Menschen mit Behinderung (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 7-8).

Die Entwicklung der Geb.-Nrn. 153, 153a und 153b BEMA zeigte tendenziell einen eher negativen Trend (s. Abb. 41).

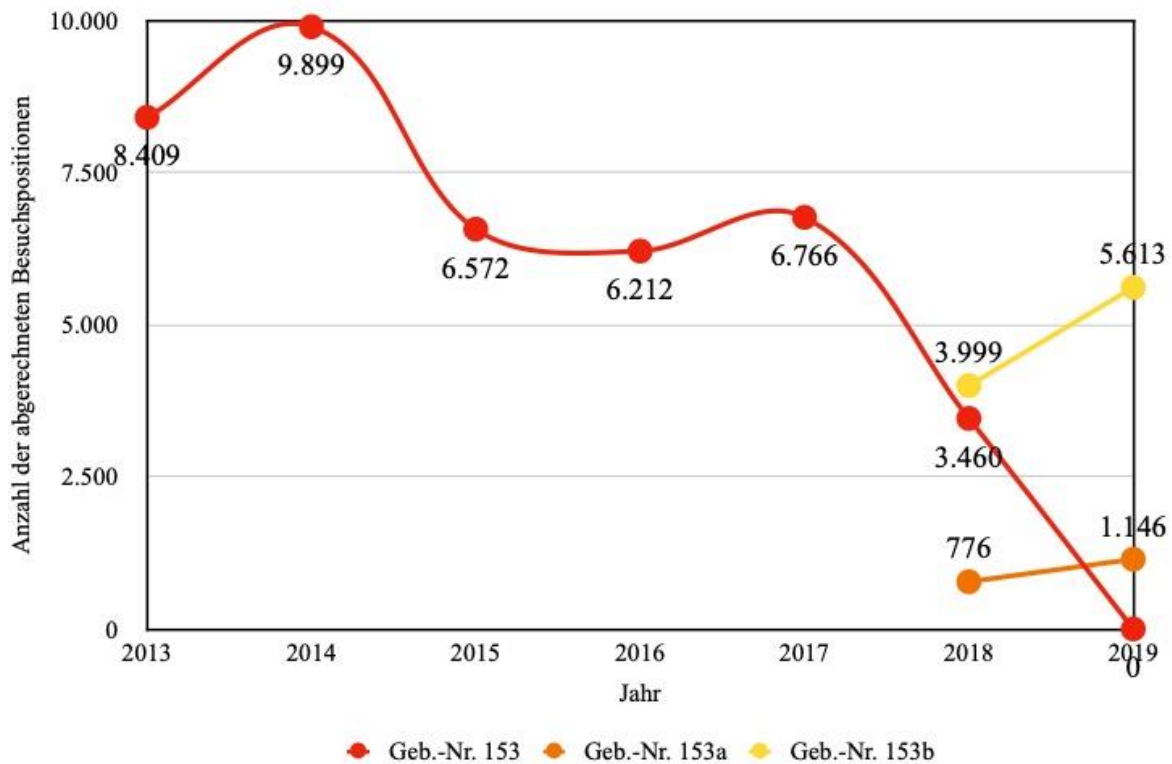


Abb. 41: Abgerechnete Besuchpositionen in stationären Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags (Geb.-Nrn. 153, 153a und 153b) der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Um die ambulante Versorgung in der Häuslichkeit zu fördern, kam es am 01.07.2018 zur Aufwertung der Geb.-Nr. 151 BEMA und zur Einführung der neuen BEMA-Geb.-Nrn. 152a und 152b (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 18). Nun konnte zwischen vertragszahnärztlichen Besuchen (je weiteren Versicherten) in Privatwohnungen (Geb.-Nr. 152a BEMA) und in stationären Einrichtungen ohne regelmäßige Tätigkeit (Geb.-Nr. 152b BEMA) differenziert werden (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 6).

Die Zahl der ambulanten Besuche bei Versicherten in der Häuslichkeit (Geb.-Nr. 151 BEMA) sank von 2014 bis 2019 kontinuierlich. Ebenso zeigte die Zahl der Besuche je

weiteren Versicherten (Geb.-Nr. 152 BEMA) eine negative zeitliche Tendenz. Die Zahl der abgerechneten Besuche in der Häuslichkeit je weiteren Versicherten in derselben Privatwohnung (Geb.-Nr. 152a BEMA) bewegte sich in den Jahren 2018 und 2019 jeweils unter 2.000 getätigten Besuchen. Die Zahl der Besuche je weiteren Versicherten in stationären Einrichtungen ohne regelmäßige Tätigkeit (Geb.-Nr. 152b BEMA) stieg von 2018 bis 2019 um beinahe das Doppelte an (s. Abb. 42).

Insgesamt zeigte sich also eine negative Entwicklung der vertragszahnärztlichen Besuchstätigkeit in der Häuslichkeit (s. Abb. 42).

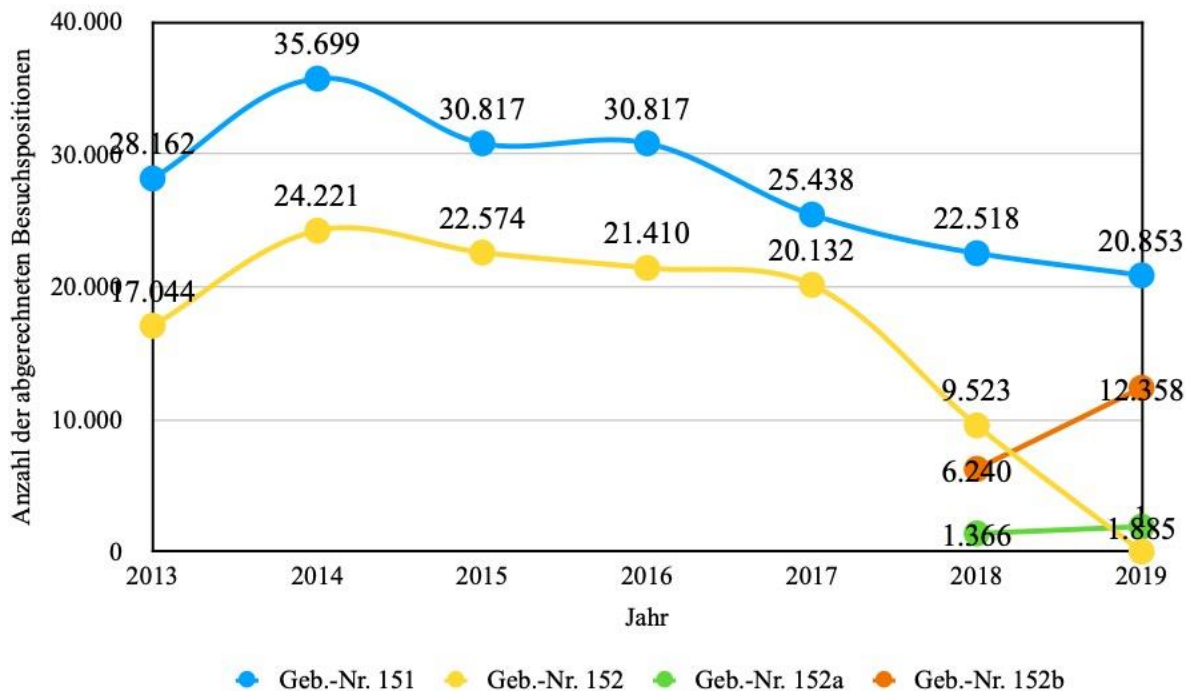


Abb. 42: Abgerechnete Besuchspositionen in der Häuslichkeit (Geb.-Nrn. 151, 152, 152a und 152b) der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Im Folgenden wurde die Entwicklung der Besuchstätigkeit der drei aufsuchenden Versorgungswege von 2013 bis 2019 dargestellt. Von 2013 bis 2014 war eine Zunahme in der Besuchstätigkeit in der Häuslichkeit (Geb.-Nrn. 151, 152, 152a und 152b BEMA) um 32,5 % zu verzeichnen. Danach sank die Besuchstätigkeit im Rahmen der ambulanten Behandlung in der Häuslichkeit von 2014 bis 2019 kontinuierlich. Im Jahr 2019 erreichte die

Besuchstätigkeit mit 35.097 ambulanten Besuchen in der Häuslichkeit ihren bisherigen Tiefpunkt.

Die Förderung der ambulanten Versorgung in der Häuslichkeit mittels der Höherbewertung der Geb.-Nr. 151 BEMA und der neu eingeführten Geb.-Nrn. 152a und 152b BEMA zeigte somit anhand der Abrechnungsdaten keine feststellbaren Erfolge (s. Abb. 43).

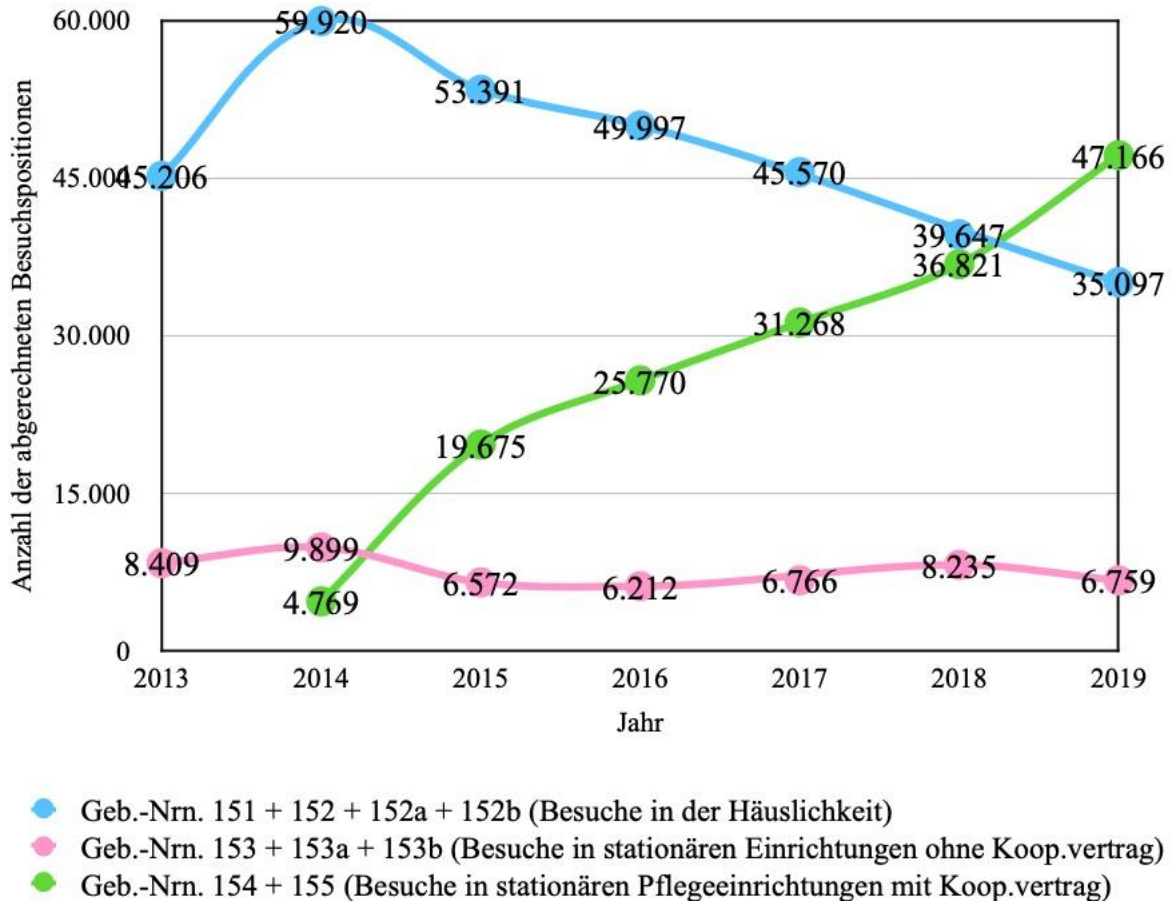


Abb. 43: Entwicklung der Besuche im Rahmen der ambulanten Behandlung bei Versicherten der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Die Gesamtzahl der regelmäßig getätigten Besuche in stationären Einrichtungen bei Versicherten (Geb.-Nrn. 153 + 153a + 153b BEMA) stieg von 2013 auf 2014 um 17,7 % an. Danach sank die Zahl der getätigten Besuche auf 6.572 im Jahr 2015. Von 2015 bis 2017 stagnierte die Zahl der Besuche in stationären Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Kooperationsvertrag bei Werten unter 7.000 Besuchen. Bei Einführung der neuen BEMA-

Geb.-Nrn. 153a und 153b im Jahr 2018 stieg die Zahl der Besuche erneut um 21,7 %. Im Jahr 2019 pendelte sich die Zahl der Besuche - wie bereits in den Jahren 2015 bis 2017 - unter einem Wert von 7.000 Besuchen jährlich ein.

Im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2019 erhöhten sich die Besuchszahlen bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen (Geb.-Nrn. 154 + 155 BEMA) insgesamt um beinahe das Zehnfache. Die größte Zunahme der Besuchszahlen in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen erfolgte von 2014 bis 2015 von 4.769 auf 19.675 Besuche.

Im Jahr 2016 stieg die Besuchstätigkeit um 31,0 % auf 25.770 an, im Jahr 2017 um 21,3 % auf 31.268 getätigte Besuche an. Im Jahr 2018 erfolgte die geringste Zunahme der Besuchszahlen um 17,8 % auf 36.821 Besuche. Von 2018 bis 2019 erhöhten sich die Besuchszahlen in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen wieder stärker und zwar um 28,1 % auf 47.166 Besuche.

5.2.4. Entwicklung der Zahl der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten

Die insgesamt deutlich steigende Besuchstätigkeit war gleichbedeutend mit der Zunahme der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten. Die Zuschlagspositionen (Geb.-Nrn. 171a, 171b und 173a, 173b bzw. 172a und 172b BEMA) durften (nur) in Verbindung mit Besuchen bei pflegebedürftigen Versicherten abgerechnet werden (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 10-14).

Anhand der Abrechnungsdaten der KZV BW konnte der Anteil der abgerechneten Zuschlagspositionen bei pflegebedürftigen Versicherten an den insgesamt abgerechneten Besuchspositionen (Geb.-Nrn. 151-155 BEMA) der Jahre 2013 bis 2019 ermittelt werden. Somit konnte auf den Anteil der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten geschlossen werden und die Entwicklung der Besuchstätigkeit bei pflegebedürftigen Versicherten der Jahre 2013 bis 2019 dargestellt werden (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 6-7).

Im Betrachtungszeitraum von 2013 bis 2019 nahm der Anteil der abgerechneten Zuschlagspositionen (BEMA-Geb.-Nrn. 171a, 171b, 173a und 173b bzw. 172a und 172b) in

Verbindung mit Besuchen bei pflegebedürftigen Versicherten (Geb.-Nrn. 151-155 BEMA) jährlich zu (s. Abb. 44).

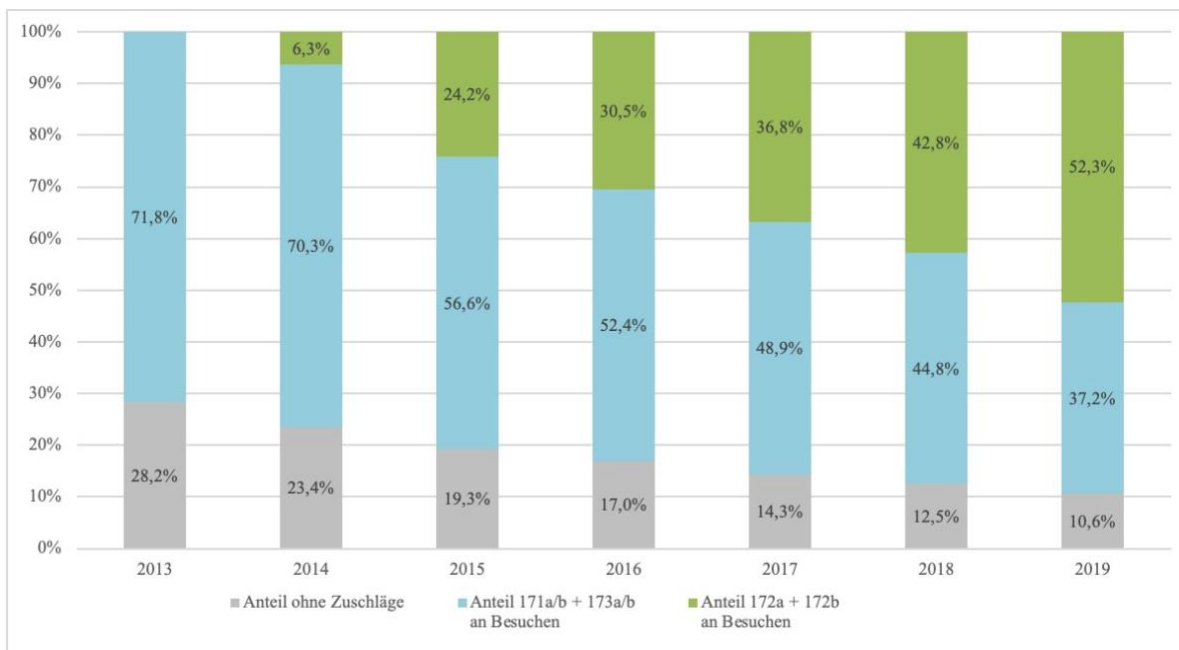


Abb. 44: Anteil der Zuschläge BEMA-Geb.-Nrn. 171a/b und 173a/b bzw. 172a/b an den vertragszahnärztlichen Besuchen BEMA-Geb.-Nrn. 151-155 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Im Jahr 2014 betrug der Anteil der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen lediglich 6,3 % an den insgesamt getätigten Besuchen. Drei Jahre nach Einführung des Konzeptes der Kooperationsverträge wurden im Jahr 2017 bereits über ein Drittel der Besuche (36,8 %) bei Pflegebedürftigen im Rahmen von Kooperationsverträgen getätigt.

Mit der Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen im Jahr 2019 stieg der Anteil der Besuche im Rahmen von Kooperationsverträgen auf 52,3 %. 5 Jahre nach Bestehen der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband wurden somit über die Hälfte der insgesamt getätigten Besuche im Rahmen von Kooperationsverträgen bei pflegebedürftigen Versicherten getätigt. Dies spricht für die hohe Akzeptanz und gute Realisierbarkeit des Modells der Kooperationsverträge.

Im Jahr 2013 wurden insgesamt 71,8 % der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten getätigt, im Jahr 2019 fanden bereits 89,5 % der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten statt.

Diese positive Entwicklung deutet auf eine Verbesserung der Situation der zahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Senioren in Baden-Württemberg hin (s. Tab. 17; Tab. 22 & 23 im Anhang).

Anzahl Leistung	Besuche insgesamt (Geb.-Nrn. 151-155 BEMA)	Abgerechnete Zuschlagspositionen (Geb.-Nrn. 172a + 172b BEMA)	Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen
2013	53.615	-	-
2014	74.588	4.668	6,3 %
2015	79.638	19.239	24,2 %
2016	81.979	25.042	30,5 %
2017	83.604	30.775	36,8 %
2018	84.703	36.217	42,8 %
2019	89.022	46.514	52,3 %

Tab. 17: Prozentualer Anteil der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

5.2.5. Zeitliche Verteilung der Kontrolluntersuchungen in stationären Pflegeeinrichtungen

Es war von Interesse, wie sich die zeitliche Verteilung der Kontrolluntersuchungen über ein Jahr hinweg darstellte. Es wurde die Anzahl der abgerechneten Besuchspositionen (Geb.-Nrn. 154, 155 BEMA) sowie die Anzahl der Präventionsleistungen (Geb.-Nrn. 174a, 174b BEMA) im Rahmen von Kooperationsverträgen über ein Jahr hinweg monatlich für die Jahre 2014, 2018, 2019 und das erste Halbjahr 2020 dargestellt.

Nach Einführung der Kooperationsverträge gemäß § 87 Abs. 2j SGB V in Verbindung mit § 119b SGB V am 01.04.2014 stellte sich folgendes Bild für die Kontrolluntersuchungen in stationären Pflegeeinrichtungen dar (s. Abb. 45).

Die Präventionsleistung der Geb.-Nrn. 174a und 174b BEMA waren noch nicht abrechenbar, weswegen nur die Besuchstätigkeit bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen dargestellt wurde.

Die meisten Besuche wurden im Jahr 2014 Anfang August und Mitte November getätigt. Es fanden ab dem 01.04.2014 regelmäßig Kontrolluntersuchungen in stationären Pflegeeinrichtungen statt.

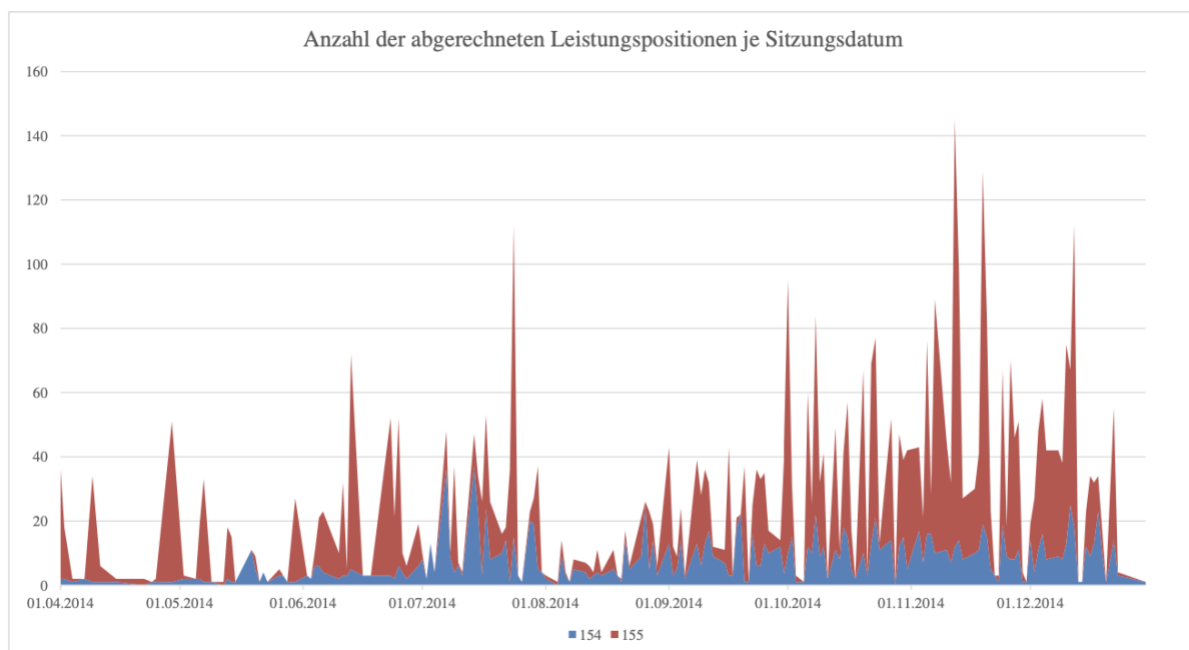


Abb. 45: Zeitliche Verteilung der abgerechneten Leistungspositionen im Rahmen von Kooperationsverträgen im Jahr 2014 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Im Jahr 2018 ließen sich nach Einführung der Richtlinie nach § 22a SGB V über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung

am 01.07.2018 neue Leistungspositionen (Geb.-Nrn. 174a, 174b BEMA) abrechnen. Die Leistungen konnten einmal im Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.

Das höchste Besuchsaufkommen fand jahresbezogen jeweils von Oktober bis November statt. Im Vergleich zum Jahr 2014 ergab sich im Jahr 2018 eine gleichmäßigere Verteilung der Besuchstätigkeit der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner.

Es fanden über das gesamte Jahr hinweg regelmäßig Kontrolluntersuchungen in stationären Pflegeeinrichtungen statt. Es ist anzunehmen, dass eine Routinisierung der vertragszahnärztlichen Besuchstätigkeit stattfand (s. Abb. 46).

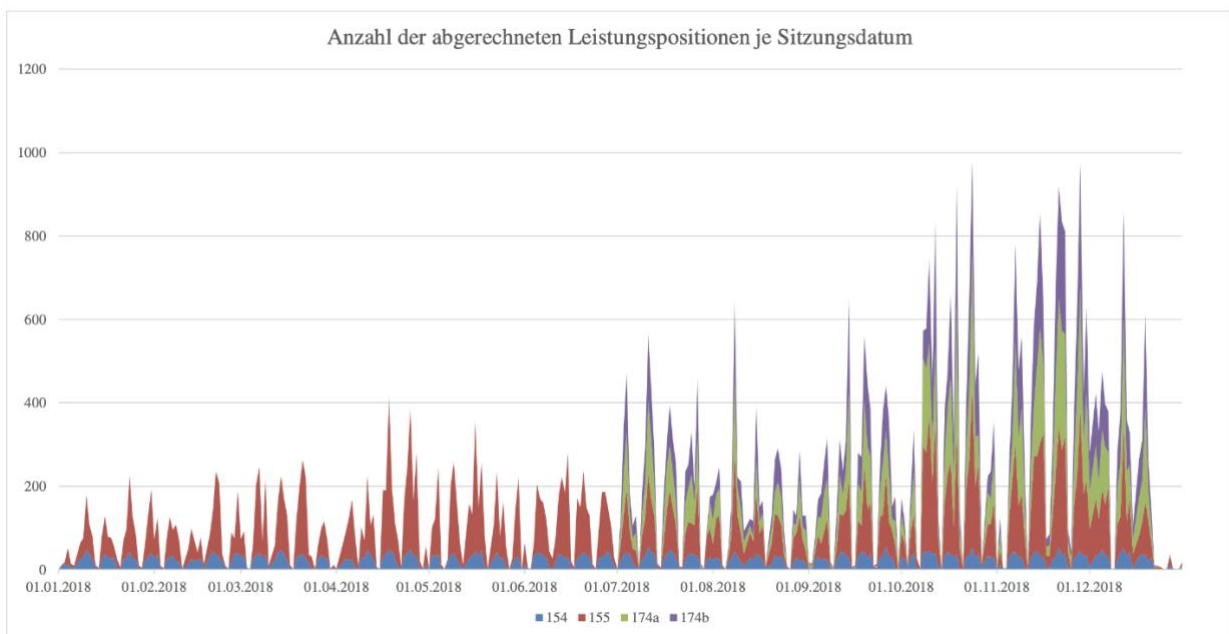


Abb. 46: Zeitliche Verteilung der abgerechneten Leistungspositionen im Rahmen von Kooperationsverträgen im Jahr 2018 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Die zeitliche Verteilung der Kontrolluntersuchungen schien entscheidend von den Vertragsabschlüssen der einzelnen Kooperationspartner abzuhängen. Die Verteilung der Peaks im Frühjahr und im Herbst/Winter lag nahe, da die Abrechnung der Präventionsleistungen nur kalenderhalbjährlich erfolgen durfte (s. Abb. 47).

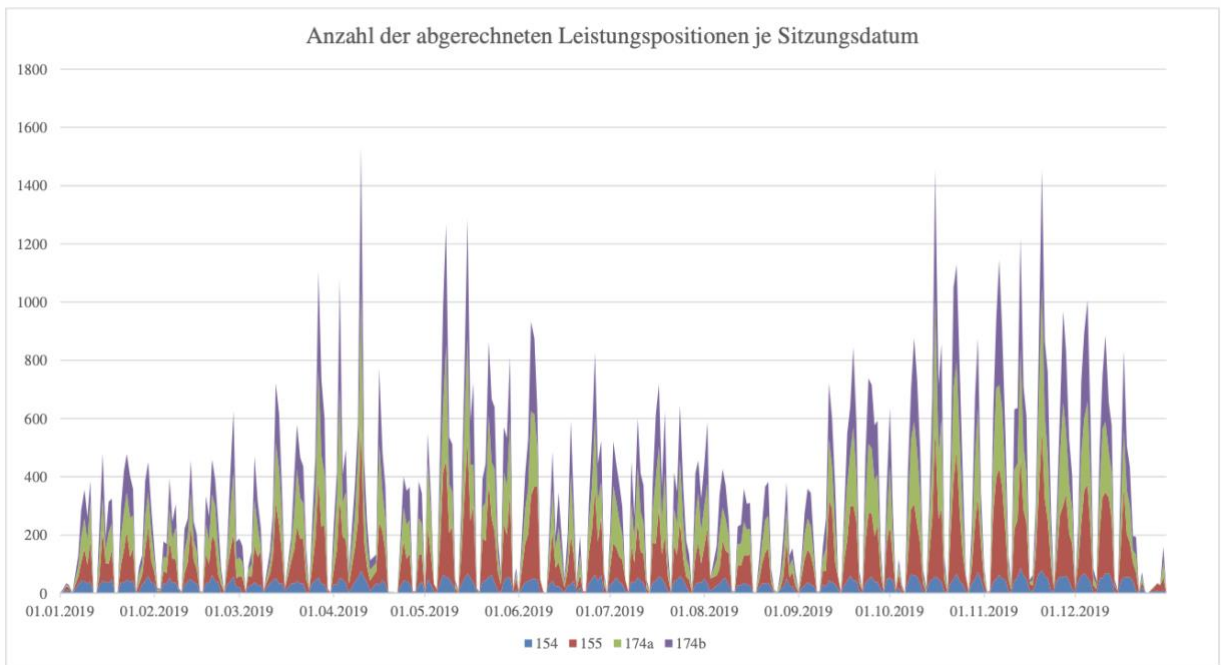


Abb. 47: Zeitliche Verteilung der abgerechneten Leistungspositionen im Rahmen von Kooperationsverträgen im Jahr 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Für das Jahr 2020 standen zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit lediglich Daten über das erste Halbjahr 2020 zur Verfügung.

Zu Beginn des Jahres 2020 fanden Kontrolluntersuchungen vermehrt und früher als gewöhnlich statt. Nach dem 11.03.2020 fanden nur noch vereinzelt Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen statt. Diese Tatsache dürfte der COVID-19-Pandemie geschuldet sein. Vermutlich fand hierdurch eine Verschlechterung der Mundgesundheit der Pflegeheimbewohner statt.

Ab dem 10.06.2020 stiegen die Kontrolluntersuchungen wieder leicht an. Am 17.06.2020 entsprach die Anzahl der Besuche und Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen wieder der Anzahl zu Beginn des Jahres vor Beginn der Pandemie (s. Abb. 48).

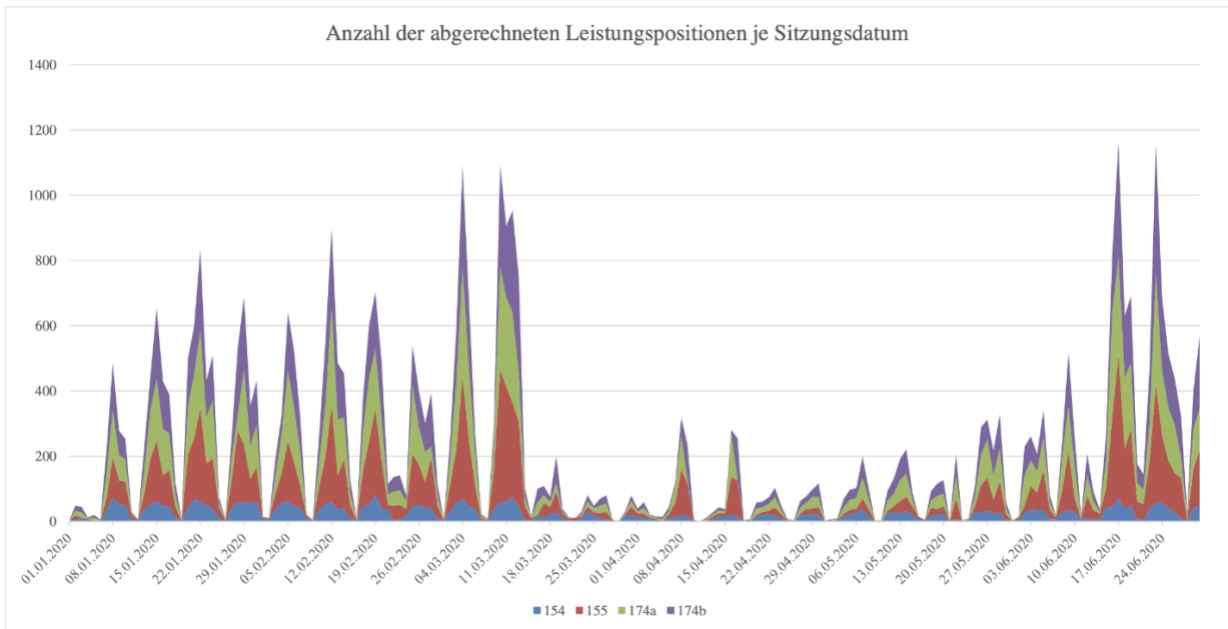


Abb. 48: Zeitliche Verteilung der abgerechneten Leistungspositionen im Rahmen von Kooperationsverträgen im ersten Halbjahr 2020 (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)

5.2.6. Anzahl der abgerechneten Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten

Um Aussagen über das Leistungsgeschehen bei pflegebedürftigen Versicherten treffen zu können, wurde die Gesamtzahl der erbrachten und abgerechneten Präventionsleistungen (Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a BEMA) der Jahre 2018 und 2019 betrachtet und miteinander verglichen.

Insgesamt wurden die Leistungen der Individualprophylaxe der Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a BEMA bei pflegebedürftigen Versicherten im Jahr 2019 insgesamt 90.560 Mal abgerechnet. Dies war beinahe dreimal so viel (Faktor 2,8) wie noch im Jahr 2018 (s. Tab. 18).

Anzahl Leistung BEMA	Geb.-Nr. 174a BEMA	Geb.-Nr. 174b BEMA	Geb.-Nr. 107a BEMA	Auswertung
2018	13.657	13.242	5.513	32.412
2019	36.310	35.706	18.544	90.560
Auswertung	49.967	48.948	24.057	122.972

Tab. 18: Gesamtzahl der abgerechneten Leistungen (Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a BEMA) bei pflegebedürftigen Versicherten (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Es war möglich die Präventionsleistungen (Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a BEMA) kalenderhalbjährlich bei allen anspruchsberechtigten pflegebedürftigen Versicherten und unabhängig vom Behandlungsort abzurechnen (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 1-5).

Bei der Analyse fiel auf, dass die BEMA-Geb.-Nrn. 174a, 174b im Jahr 2018 jeweils mehr als doppelt so häufig (2,5 bzw. 2,4 Mal) wie die BEMA-Geb.-Nr. 107a erbracht und abgerechnet wurden. Im Jahr 2019 konnte dies bei insgesamt höheren Abrechnungsdaten ebenfalls beobachtet werden (2,0 Mal bzw. 1,9 Mal) (s. Abb. 49).

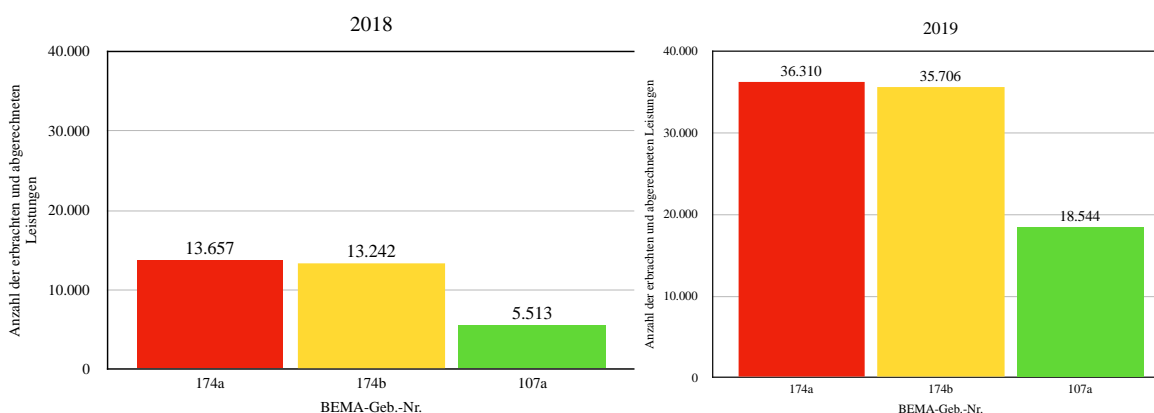


Abb. 49: Anzahl der insgesamt abgerechneten Leistungspositionen im Rahmen der ambulanten Behandlung pflegebedürftiger Versicherter der Jahre 2018 und 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Generell ließ sich feststellen, dass die neuen Leistungen der Richtlinie nach § 22a SGB V sehr gut angenommen wurden und diese durchweg positive Effekte auf die Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in Baden-Württemberg hatten.

5.2.7. Anteil der abgerechneten Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen

Um genauer auf die Situation der Versorgung der pflegebedürftigen Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen eingehen zu können, wurde der Anteil der abgerechneten Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen der Jahre 2018 bis 2019 an der Gesamtzahl ermittelt (s. Abb. 50).

Von 2018 bis 2019 stieg die Zahl der 19.124 im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen der Individualprophylaxe bei pflegebedürftigen Versicherten um den Faktor 2,5 auf 47.756.

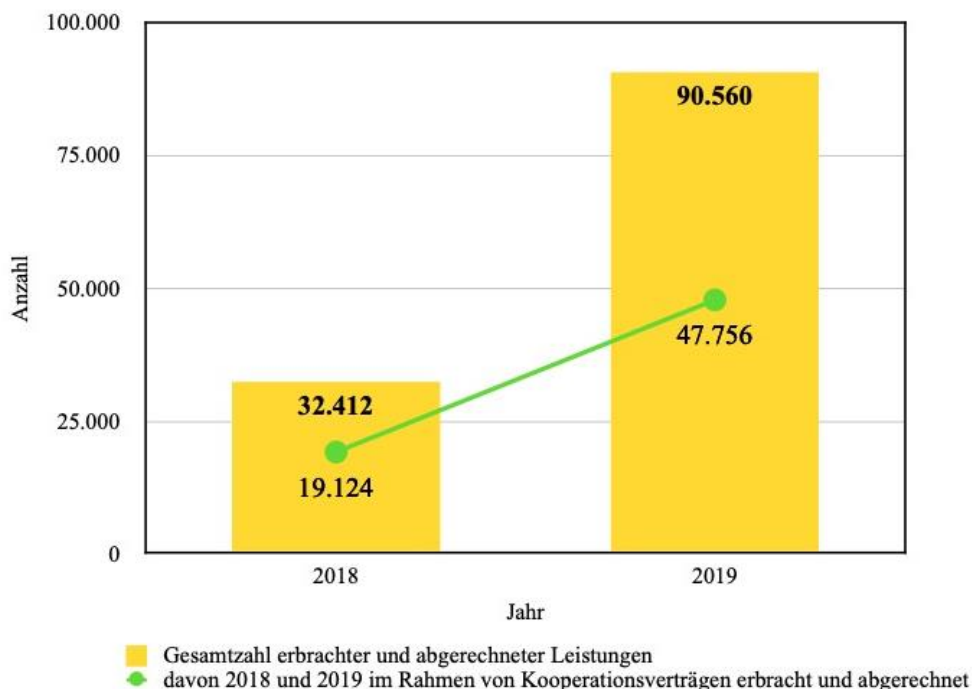


Abb. 50: Entwicklung erbrachter und abgerechneter Leistungen (Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a) insgesamt und im Rahmen von Kooperationsverträgen der Jahre 2018 und 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

Im Jahr 2018 lag der Anteil der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten Leistungen bei 59,0 %. Im Jahr 2018 wurden demnach über die Hälfte der insgesamt 32.412 Präventionsleistungen bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht und abgerechnet. Von 2018 bis 2019 stiegen die erbrachten und abgerechneten Leistungen der Individualprophylaxe bei pflegebedürftigen Versicherten um zusätzliche 58.148 auf insgesamt 90.560 abgerechnete Leistungen an.

Im Jahr 2019 entfielen weiterhin über die Hälfte der 90.560 erbrachten und abgerechneten Präventionsleistungen bei pflegebedürftigen Versicherten auf die zahnärztliche Betreuung bei pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen (s. Abb. 51).

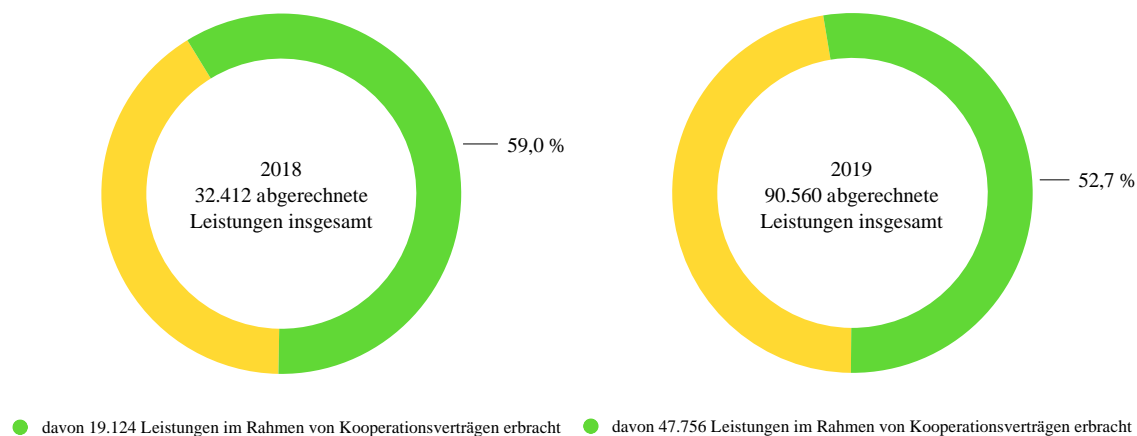


Abb. 51: Prozentualer Anteil erbrachter und abgerechneter Leistungen (Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a BEMA) im Rahmen von Kooperationsverträgen der Jahre 2018 und 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

6. Diskussion

6.1. Zusammenfassung

Zur Bewertung der Situation der Versorgung pflegebedürftiger Senioren in Baden-Württemberg wurden deskriptive Daten über Kooperationsverträge, vertragszahnärztliche Kooperationspartner und betreute Versicherte sowie abgerechnete Präventionsleistungs-, Besuchs- und Zuschlagspositionen der KZV BW der Jahre 2013 bis 2020 analysiert.

Insgesamt ließ sich ein Anstieg der Gesamtzahl der Kooperationsverträge, der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner als auch der Zahl der betreuten Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen der Jahre 2014 bis 2019 erkennen.

Die gestiegene Zahl an getätigten vertragszahnärztlichen Besuchen in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen sowie die gestiegene Zahl an erbrachten Präventionsleistungen bei pflegebedürftigen Versicherten sprachen für die gute Realisierbarkeit und Akzeptanz des Versorgungskonzepts der Kooperationsverträge durch die Kooperationspartner.

Als Ursache für die positive Entwicklung konnten die Anpassungen durch den Gesetzgeber und die veränderten Rahmenbedingungen für die Kooperationspartner verifiziert werden. Bei der Analyse der Daten über vertragszahnärztliche Besuchstätigkeit der Jahre 2013 bis 2019 fiel aber auch ein negativer Trend bezüglich der Besuchstätigkeit in der Häuslichkeit auf.

6.2. Diskussion der Methoden

6.2.1. Deskriptive Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Das Hauptaugenmerk der Analyse lag auf den Daten, die im Rahmen von Kooperationsverträgen gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V von der KZV BW an die KZBV übermittelt wurden.

In der vorliegenden Arbeit wurden lediglich Daten des Landes Baden-Württemberg analysiert und bewertet. Damit beschränkten sich die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in

ihrem Verallgemeinerungspotential auf die Bevölkerung Baden-Württembergs. Die zugrundeliegenden Kräfte, die die Veränderung in der Versorgung antrieben, waren multivariat und dynamisch. Die Gesetzesänderungen und die angepassten Rahmenbedingungen galten in allen 16 Bundesländern bzw. für alle 17 KZVen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie in allen Bundesländern ähnlich positive Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen hatten wie in Baden-Württemberg (Schuller & Holst, 1998, S. 208).

Es ist allerdings zu betonen, dass in Baden-Württemberg bereits vor Einführung der Kooperationsverträge im Jahr 2014 durch die Bemühungen des AKABe BW sehr gute Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes der Kooperationsverträge geschaffen wurden.

Auch die Vereinbarungen der KZV BW mit den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege e.V. und dem bpa aus dem Jahr 2014 waren in Deutschland einmalig. Es lagen keine Erkenntnisse über getroffene Rahmenvereinbarungen auf Landesebene in anderen KZV-Bereichen vor. Lediglich in Rheinland-Pfalz existierte eine vergleichbare Umsetzungsempfehlung zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 119b SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen der PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KZV RLP, 2019).

Bezüglich weiterer Arbeiten wäre ein Vergleich mit den Daten des Landes Bayern interessant. Beide Bundesländer haben die höchste Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland, einen aktuell vergleichsweise niedrigen Anteil an Pflegebedürftigen und eine hohe Wirtschaftskraft zur Erprobung neuer Versorgungsmodelle (Rau & Schmertmann, 2020, S. S. 493-499; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 4).

6.2.2. Hintergrund zur Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V

Das im Jahr 2014 installierte Berichtswesen von KZBV und GKV-Spitzenverband war Grundlage dieser Arbeit (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 2). Die KZV BW erfasst seit 2014 Daten über Kooperationsverträge, Kooperationspartner, betreute Versicherte und

im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachte Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner in Baden-Württemberg.

Der Abschluss eines Kooperationsvertrags in Baden-Württemberg muss nach § 1 der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V der KZV BW angezeigt werden (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 2). Die Berichterstattung durch die Kooperationspartner ist verpflichtend, weswegen von einer exakten Datenlage ausgegangen werden kann. Abgesehen von möglichen entstandenen Eintragungsfehlern beim Führen der Berichtsbögen oder der Meldebögen sollten diese jeweils auf dem aktuellsten Stand und fehlerfrei übermittelt worden sein.

Im Jahr 2019 wurden die Daten aller KZVen erstmals von der KZBV evaluiert (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 2). Eine alleinige Auswertung der Daten der KZV BW gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V sowie die Veröffentlichung der Ergebnisse für Baden-Württemberg war bisher nicht erfolgt.

6.2.3. Meldebogen der KZV BW an die KZBV entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V

In der vorliegenden Arbeit wurde überwiegend auf die veränderten Rahmenbedingungen in Bezug auf die Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen eingegangen. Die Meldebögen der KZV BW der Berichtsjahre 2014 bis 2019 und das erste Halbjahr 2020 wurden zur Analyse herangezogen. Die Datenerfassung für das Jahr 2014 begann am 01.04.2014. Dieser Tatsache sollte bei Betrachtung der Daten einzelner Jahre Beachtung geschenkt werden.

Die Berichterstattung über die Zahl der Kooperationspartner und -verträge, betreute Versicherte und Abrechnungsdaten im Rahmen von Kooperationsverträgen lieferte nachvollziehbare Daten über den Erfolg der Neuerungen durch den Gesetzgeber und einer im Anschluss messbaren Veränderung der Situation der Versorgung pflegebedürftiger Versicherter für Baden-Württemberg (Kleina, Horn, Suhr & Schaeffer, 2015, S. 386).

Die Zahnmedizin muss in Anbetracht der Bevölkerungsalterung in Deutschland Anpassungen ihrer Grundsätze vornehmen und präventive Versorgungsstrukturen schaffen

(Benz, 2004, S. 579). Das Berichtswesen von KZBV und GKV-Spitzenverband stellt somit eine sehr sinnvolle Installation dar.

In den folgenden Jahren können neue Entwicklungen der Situation der Versorgung bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen betrachtet und Vergleiche zu den Vorjahren gezogen werden.

6.2.4. Datenauswertung

Die Entwicklung der Anzahl der Kooperationspartner, Kooperationsverträge und betreuten Versicherten in Baden-Württemberg der Berichtsjahre 2014 bis 2019 wurde analysiert und in einen zeitlichen und inhaltlichen Kontext gebracht. Das Berichtsjahr 2020 beschränkte sich auf das erste Halbjahr 2020 und lieferte interessante Erkenntnisse über die genaue Anzahl an Kooperationsverträgen pro Kooperationspartner sowie die Praxisform mit den meisten abgeschlossenen Kooperationsverträgen.

Die gestiegene Besuchstätigkeit bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen und die gestiegenen abgerechneten Präventionsleistungen bei pflegebedürftigen Versicherten lieferten wichtige Anhaltspunkte für eine Verbesserung der Situation der Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in Baden-Württemberg.

Im Jahr 2010 bestanden regional Unterschiede in der zahnmedizinischen Versorgung pflegebedürftiger Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen (Reißmann et al., 2010, S. 647). Der AKABe BW hatte bereits im Jahr 2001 mit dem Aufbau einer Infrastruktur für die kompetente zahnärztliche Betreuung pflegebedürftiger Versicherter begonnen (Ludwig, 2009, S. 5). Somit hatten Vertragszahnärzte in Baden-Württemberg schon länger die Möglichkeit, strukturiert in Pflegeheimen zahnmedizinisch tätig zu werden. Es sprach daher einiges dafür, dass die Abrechnungsdaten der Jahre 2013 bis 2019 in Baden-Württemberg im Vergleich zu den anderen Bundesländern zu hoch ausfielen.

Außerdem lag die Zahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg im Jahr 2017 unter der des Bundesdurchschnitts (Statistisches Landesamt, 2019, S. 4). Es könnte somit der Fall

gewesen sein, dass ein zu positives Bild von der Situation der Versorgung pflegebedürftiger Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen gezeichnet wurde als dies im Rest Deutschlands der Fall war.

Allerdings ließ sich für Baden-Württemberg auch ein erhöhter Versorgungsbedarf in der Altersgruppe der jüngeren Senioren durch stärkeren Rückgang der Zahnverluste und des Anteils an völliger Zahnlosigkeit als im Bundesdurchschnitt ableiten (Jordan, 2017, S. 6-7). Die Vorreiterrolle Baden-Württembergs würde den künftig Pflegebedürftigen im Land somit zugutekommen.

In der Analyse der KZBV der Jahre 2014 bis 2018 wurden ebenfalls Daten über genehmigte Kooperationsverträge und Kooperationspartner sowie Abrechnungsdaten zur Bewertung der Situation der Versorgung pflegebedürftiger Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen seit Einführung der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V verwendet. Die Analyse umfasste Daten der gesamten Bundesrepublik Deutschland (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 2). Die Analyse der bundesweiten Daten durch die KZBV bestätigte die Herangehensweise bei der Datenauswertung in der vorliegenden Arbeit.

In Baden-Württemberg existierte zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit eine Studie der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg aus dem Jahr 2018, die sich als einzige Studie mit dem Erfolg des Konzepts der Kooperationsverträge befasste (Oberzaucher, 2018, S. 2).

Bei der Pilotstudie handelte sich allerdings nicht um die Analyse von Abrechnungsdaten, sondern um die systematische Erhebung der Erfahrungen von Pflegekräften und Kooperationszahnärzten mittels Fokusgruppengesprächen und Einzelinterviews (Holstein & Gubrium, 2004, zitiert nach Oberzaucher, 2018, S. 3; Wolff & Puchta, 2007, zitiert nach Oberzaucher, 2018, S. 3). Diese Art der Analyse zeichnet möglicherweise ein realeres Bild von der Versorgungssituation als die reine Betrachtung von Abrechnungsdaten (Toppert, 2019, S. 12). Es erschien sinnvoll, die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit den Ergebnissen der Pilotstudie in Zusammenhang zu bringen.

6.3. Diskussion der Ergebnisse

6.3.1. Allgemeine Daten

Es konnte ein Aufwärtstrend in der Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen seit Einführung der Kooperationsverträge am 01.04.2014 festgestellt werden.

In der Analyse der bundesweiten Daten der Jahre 2014 bis 2018 durch die KZBV wurden ebenfalls Daten über genehmigte Kooperationsverträge und Kooperationspartner zur Bewertung der Situation der Versorgung pflegebedürftiger Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen seit Einführung der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V verwendet. Ein positiver Trend war auch hier erkennbar. Somit bestätigte die Analyse der KZBV die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit.

Das Konzept der Kooperationsverträge stieß deutschlandweit auf große Akzeptanz bei den Zahnärzten (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 7). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sowie die Evaluation der Kooperationsverträge der KZBV und des GKV-Spitzenverbandes von 2019 sind ein wichtiger Anhaltspunkt für die Akzeptanz und die Realisierbarkeit des Versorgungskonzeptes der Kooperationsverträge.

Wichtig ist (auch) die Frage nach der Qualität der Versorgung. Allein die Anzahl der Kooperationspartner und Kooperationsverträge sowie der betreuten Versicherten kann keine Auskunft über die Qualität der Betreuung geben. Für die Qualitätsfrage wäre eine Evaluation über den Zusammenhang von Qualität und Quantität bei der zahnärztlichen Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen sinnvoll. Eine steigende Zahl an betreuten Versicherten muss nicht gleichbedeutend mit qualitativ hochwertiger Betreuung sein.

Für die generell hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung spricht die positive Entwicklung der Mundgesundheit und des Versorgungszustandes der deutschen Bevölkerung in allen Altersgruppen laut der DMS V sowie die positive Entwicklung in der Altersgruppe der jüngeren Senioren in Baden-Württemberg in der Sonderauswertung der DMS V für die KZV BW (Jordan, 2017, S. 6-7; Jordan & Micheelis, 2016, S. 31-32).

Da die älteren Senioren mit Pflegebedarf in der DMS V im Jahr 2014 generell schlechter abschnitten als die gleichaltrigen fitten Senioren, wäre ein Vergleich mit aktuellen Daten über die Situation der Mundgesundheit bei älteren Senioren mit Pflegebedarf mehrere Jahre nach Einführung der Kooperationsverträge von Interesse (Jordan & Micheelis, 2016, S. 30-31).

Eine Überprüfung der Situation der Versorgung pflegebedürftiger Senioren in Baden-Württemberg anhand von Abrechnungsdaten der KZV BW fand bisher nicht statt. Die Entwicklung der Daten über Kooperationsverträge, Kooperationspartner und betreute Versicherte sowie Abrechnungsdaten im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V in Baden-Württemberg sollte über diese Arbeit hinaus fortlaufend analysiert und bewertet werden. Das Versorgungskonzept für pflegebedürftige Versicherte kann somit ggf. weiter angepasst werden.

6.3.1.1. Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner, der Kooperationsverträge und der betreuten Versicherten

Der stärkste Anstieg bezogen auf Kooperationspartner, Kooperationsverträge und betreute Versicherte erfolgte im Jahr 2019. Im Jahr 2019 kamen 81 neue vertragszahnärztliche Kooperationspartner, 192 geschlossene Kooperationsverträge und 10.855 betreute gesetzlich Krankenversicherte hinzu. Sowohl die Zahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner als auch die der Kooperationsverträge stieg im Beobachtungszeitraum von 2014 bis 2019 kontinuierlich an. Die größte Erhöhung (Faktor 7,5) ergab sich für die Betreuungszahlen der pflegebedürftigen Versicherten.

Der Betrachtungszeitraum der Kooperationsverträge beschränkte sich auf 5 Jahre. Die Rahmenbedingungen wurden währenddessen laufend angepasst und als maßgeblicher Faktor für den Aufwärtstrend in der Versorgung angenommen. Die Veränderungen in der Versorgung waren sicherlich multifaktoriell und beschränkten sich nicht nur auf diesen einen Faktor.

Im Jahr 2014 entfielen in Baden-Württemberg im Durchschnitt 1,7 Kooperationsverträge auf jeden Kooperationspartner. Im Jahr 2014 entfielen in Deutschland knapp 1,6

Kooperationsverträge auf jeden Kooperationspartner. Im Jahr 2018 entfielen im Durchschnitt sowohl in Baden-Württemberg als auch deutschlandweit 1,8 Kooperationsverträge auf jeden Kooperationspartner. Im Jahr 2019 ergab sich für Baden-Württemberg ein durchschnittlicher Wert von 1,9 Kooperationsverträgen je Kooperationspartner. Für Deutschland lagen noch keine Daten vor (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 3).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wie auch die Ergebnisse der KZBV verdeutlichen den Aufwärtstrend der Kooperationsverträge seit deren Einführung im Jahr 2014 (KZBV, 2019, S. 3). Die Daten über Kooperationspartner, geschlossene Kooperationsverträge und betreute Versicherte wurden in der vorliegenden Arbeit immer für ein ganzes Berichtsjahr betrachtet. In der Analyse der KZBV über die Versorgung in Deutschland fand die Betrachtung quartalsweise statt (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 3). Über den Betrachtungszeitraum von 5 Jahren hinweg war es naheliegend, die jährliche Betrachtung zu wählen, da die verfeinerte quartalsweise Betrachtung keine anderen Ergebnisse gebracht hätte.

6.3.1.2. Anzahl der Pflegeheime / Abdeckungsgrad

Der Abdeckungsgrad - im Zusammenhang mit dem Abschluss von Kooperationsverträgen - der insgesamt 1.777 Pflegeheime in Baden-Württemberg betrug im Jahr 2017 insgesamt 21,1 %. Errechnet aus der Zahl der Pflegeheime des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg von 2017, ergab sich für das Jahr 2018 ein Abdeckungsgrad von 26,2 % für Baden-Württemberg. Im Jahr 2019 ergab sich für die Pflegeheime in Baden-Württemberg ein Abdeckungsgrad von 37,0 %. Im Jahr 2019 hatten somit über ein Drittel der Pflegeheime in Baden-Württemberg einen Kooperationsvertrag.

Aus der Analyse der KZBV und des GKV-Spitzenverbandes ergab sich im Jahr 2018 ein durchschnittlicher Abdeckungsgrad von 30 % für Deutschland. Dabei wurde angenommen, dass jedes Pflegeheim jeweils nur einen Kooperationsvertrag schloss. Baden-Württemberg lag im Jahr 2018 somit leicht unter dem Bundesdurchschnitt, im Jahr 2019 allerdings über dem durchschnittlichen Wert der Bundesrepublik Deutschland von 2018. Die einzelnen Werte der Bundesländer variierten im Jahr 2018 zwischen 14 und 47 % (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 4).

Bei einem Abdeckungsgrad von 37 % in Baden-Württemberg im Jahr 2019 sollte beachtet werden, dass ebenso die Möglichkeit bestand, pflegebedürftige Versicherte in stationären Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags zu betreuen. Von den dafür vorgesehenen Geb.-Nrn. 153 und 173 BEMA wurde regelmäßig Gebrauch gemacht (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 4). Die Situation der vertragszahnärztlichen Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen war somit besser, als es der Abdeckungsgrad zunächst vermuten ließ.

Es sollte also keinesfalls von einem niedrigen Abdeckungsgrad auf eine schlechte Gewährleistung der (vertrags)zahnärztlichen Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen werden (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 4). Laut CARE Klima-Index fühlten sich im Jahr 2019 insgesamt 44 % der befragten Zahnärzte in Baden-Württemberg dem Pflegesektor stark zugehörig (Hollaus, 2020, S. 42). Eine steigende Entwicklung des Abdeckungsgrads der Pflegeheime in Baden-Württemberg ist vor diesem Hintergrund zu erwarten.

6.3.1.3. Anzahl der pflegebedürftigen Versicherten

Der errechnete Anteil der betreuten Versicherten an den pflegebedürftigen Versicherten konnte einen Hinweis auf die Situation der Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen geben. Von insgesamt 107.235 pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg wurden im Jahr 2017 insgesamt 14,0 % im Rahmen von Kooperationsverträgen regelmäßig zahnärztlich betreut. Im Jahr 2018 waren es 17,5 %, im Jahr 2019 insgesamt 27,6 % im Rahmen von Kooperationsverträgen betreute Versicherte. Demnach wurde im Jahr 2019 beinahe jeder Dritte pflegebedürftige Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtungen durch einen vertragszahnärztlichen Kooperationspartner betreut.

In der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen waren pflegebedürftige Versicherte der sozialen Pflegeversicherung als auch privater Versicherungsunternehmen enthalten (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 6). Bei pflegebedürftigen Versicherten privater Versicherungsunternehmen waren Leistungen nach den BEMA-Geb.-Nrn. freilich nicht abrechenbar.

Der festgestellte Anteil der betreuten Versicherten bedeutet nicht, dass zwei Drittel der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2019 keine regelmäßige zahnärztliche Betreuung erfuhren. Wie bereits zuvor erwähnt, besteht die Möglichkeit, pflegebedürftige Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags (Geb.-Nrn. 153, 173 BEMA) zu betreuen (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 4). Der Anteil der betreuten Versicherten an den pflegebedürftigen Versicherten wurde demnach tendenziell zu gering und die Situation der regelmäßigen vertragszahnärztlichen Versorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen zu schlecht dargestellt.

Des Weiteren kommt es, wenn auch selten, vor, dass Pflegebedürftige nach Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung weiterhin außerhalb der Einrichtung von ihrem eigenen Zahnarzt betreut werden. Somit könnte die Zahl der zahnmedizinisch betreuten Versicherten ebenfalls zu niedrig geschätzt worden sein. Zum Anteil der pflegebedürftigen Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen, die durch eigene Zahnärzte außerhalb der Einrichtung betreut wurden, lagen allerdings keinerlei Daten vor. Interessant wäre daher eine Untersuchung zur Kontakt-Rate der pflegebedürftigen Versicherten mit Zahnärzten außerhalb der Pflegeeinrichtung (Reißmann et al., 2010, S. 652).

Neue Pflegeheimbewohner sollten bei Neuaufnahme in eine Pflegeeinrichtung über das Konzept der Kooperationsverträge informiert und auf die bestehende Möglichkeit der zahnmedizinischen Betreuung hingewiesen werden. Somit könnte eine höhere Patientendichte erzielt werden, die sowohl den Kooperationspartnern als auch den Pflegeheimbewohnern zugutekäme (Oberzaucher, 2018, S. 10).

Ältere Menschen zeigten in Studien ein gerne unterschätztes Interesse sowie ein hohes Inanspruchnahmeverhalten gegenüber zahnmedizinischer Betreuung bei hohen Interventionspotenzialen (Benz, 2004, S. 583; Dieke, A., 2007, S. 71; Nederfors, 1998, S. 65). Verbindliche Erstuntersuchungen könnten Wegbereiter dafür sein, den Großteil der pflegebedürftigen Versicherten einer stationären Pflegeeinrichtung ganz selbstverständlich zahnmedizinisch zu betreuen.

Die Erzielung einer höheren Patientendichte erscheint vor dem festgestellten niedrigen Anteil der betreuten Versicherten an den pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen sinnvoll (Oberzaucher, 2018, S. 10). Sicher ist, dass die vertragszahnärztliche Versorgung der vulnerablen Gruppe der pflegebedürftigen Senioren die Zahnmedizin künftig vor große Herausforderungen stellen wird (Oesterreich, 2016, S. 129).

6.3.1.4. Anzahl der Kooperationsverträge pro Kooperationspartner

Anhand des Meldebogens des Berichtsjahres 2020 mit Stand vom 21.08.2020 war es möglich, die aktuelle Ist-Situation der Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen darzustellen. Im ersten Halbjahr 2020 entfielen durchschnittlich 1,9 Kooperationsverträge auf jeden Kooperationspartner in Baden-Württemberg. Mit Stand vom 21.08.2020 betreuten 65,9 % der insgesamt 346 Kooperationspartner lediglich eine stationäre Pflegeeinrichtung in Baden-Württemberg. Auf die übrigen zwei Drittel der 346 vertragszahnärztlichen Kooperationspartner entfielen somit ein Drittel der 668 Kooperationsverträge.

In der Analyse der KZBV wurden lediglich durchschnittliche Werte für die Kooperationsverträge pro Kooperationspartner der Jahre 2014 bis 2018 ermittelt. Somit war ein Vergleich mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit nicht möglich.

Da der Abschluss von Kooperationsverträgen sehr dynamisch war, müsste die Zahl der Kooperationspartner und Kooperationsverträge seit Auswertung des Meldebogens des ersten Halbjahres 2020 bereits gestiegen sein. Ein direkter Vergleich mit den Daten der Jahre 2014 bis 2019 war noch nicht möglich.

Bei Übermittlung des Meldebogens des Jahres 2020 mit Stand vom 31.12.2020 könnte dieser mit den Daten der Jahre 2014 bis 2019 - vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie - analysiert werden.

6.3.1.5. Zeitliche Betrachtung der Kooperationsvertragsabschlüsse

Anhand der zeitlichen Betrachtung der geschlossenen Kooperationsverträge der Gruppe 5 ließ sich kein Muster ableiten. Der Abschluss von Kooperationsverträgen schien individuell und dynamisch zu sein. Im Jahr 2019 wurden mit der Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen die meisten neue Kooperationsverträge abgeschlossen.

Die hohe Anzahl an Kooperationsvertragsabschlüssen im Jahr 2014, also bei Einführung der Kooperationsverträge, ließ auf ein bereits vorher bestehendes Engagement einzelner Vertragszahnärzte in stationären Pflegeeinrichtungen schließen. Das seit 2001 existierende Engagement des AKABe BW ließ vermuten, dass es Vertragszahnärzte gab, die bereits vor den Maßnahmen durch den Gesetzgeber und der gemeinsamen Selbstverwaltung eigenverantwortlich und regelmäßig in Pflegeheimen tätig waren. Es war zu bedenken, dass die positive Entwicklung der neuen Kooperationsvertragsabschlüsse in Baden-Württemberg somit möglicherweise nicht der Versorgungsnormalität in Deutschland entsprach (Kleina et al., 2015, S. 386).

Besonders könnten sich (auch) diejenigen Vertragszahnärzte eingebracht haben, die seit dem Jahr 2007 am Exklusivvertrag zwischen der AOK Baden-Württemberg und der KZV BW teilnahmen. Über den AOK-Vertrag wurden rund 3.000 AOK-Versicherte in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderung mit zusätzlichen Prophylaxemaßnahmen versorgt (Ludwig, 2009, S. 4).

Es lag nahe, dass nur derjenige Vertragszahnarzt mehrere Kooperationsverträge gleichzeitig abschloss, der bereits routiniert im Umgang mit pflegebedürftigen Versicherten war. Diese Interpretation wurde durch die vermehrten Kooperationsvertragsabschlüsse der Kooperationspartner in Einzelpraxen bestätigt.

6.3.1.6. Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner und Kooperationsverträge nach der Praxisform

Vertragszahnärzte in Einzelpraxen schlossen von 2014 bis 2020 am häufigsten Kooperationsverträge mit Pflegeheimen. An zweiter Stelle folgten die Vertragszahnärzte in

Berufsausübungsgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft. Am seltensten schlossen MVZs Kooperationsverträge mit Pflegeheimen.

Bemerkenswert war, dass 5 der 6 Kooperationspartner mit über 10 Kooperationsverträgen je Kooperationspartner (Gruppe 5) Einzelpraxen waren, während kein MVZ mehr als 10 Kooperationsverträge abschloss.

Dies könnte neben der Routinisierung im Umgang mit pflegebedürftigen Versicherten einzelner Vertragszahnärzte auf bestehende Umsetzungsprobleme hinsichtlich größerer Praxisformen hinweisen.

Das Konzept der Kooperationsverträge schien für Einzelpraxen in Baden-Württemberg bereits ein funktionierendes Modell zu sein. Bestehende Umsetzungsprobleme des Konzeptes der Kooperationsverträge in Berufsausübungsgemeinschaften bzw. Praxisgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren gilt es künftig zu erkennen und zu eliminieren. Zukünftige Herausforderungen könnten sein, das Konzept der Kooperationsverträge für aktuell weniger engagierte Praxisformen attraktiver zu gestalten.

6.3.2. Spezielle Daten

Bei der Betrachtung der Abrechnungsdaten der Jahre 2013 bis 2019 ließ sich eine positive zeitlichen Tendenz darstellen. Die vertragszahnärztlichen Besuche entwickelten sich dahingehend positiv, dass schwerpunktmäßig die vulnerable Gruppe der pflegebedürftigen Senioren regelmäßig betreut wurde.

Die Analysen beschränkten sich auf die präventiven Leistungen, die im Zusammenhang mit den Kooperationsverträgen oder der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter standen. Es konnte somit eine Aussage über die präventive Versorgung der pflegebedürftigen Senioren getroffen werden. Für eine Aussage über die therapeutischen Leistungen bei pflegebedürftigen Senioren wäre die Analyse weiterer Abrechnungsdaten notwendig. Eine solche Analyse ist in ihrer Aussagekraft allerdings eingeschränkt.

Im Jahr 2014 wurden 66,8 % der pflegebedürftigen älteren Senioren laut DMS V als nicht belastbar oder nur stark reduziert belastbar eingeschätzt. In der Gruppe der älteren Senioren traf dies lediglich auf 27,4 % zu. Die Mundhygienefähigkeit war bei einem Drittel der pflegebedürftigen älteren Senioren stark vermindert und bei 10 % gar nicht mehr vorhanden. Schwerpunktmäßig sollten daher speziell Präventionsmaßnahmen bei pflegebedürftigen Senioren durchgeführt werden (Nitschke & Micheelis, 2016, S. 560). Die Analyse der Abrechnungsdaten präventiver Leistungen und getätigter Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten wurde somit als sinnvoller erachtet als die der Abrechnungsdaten therapeutischer Leistungen, wie es im Barmer-Zahnreport von 2018 der Fall war (Rädel & Walter, 2018, S. 141-142).

Neben der geringen Belastbarkeit der pflegebedürftigen Senioren, die eine angemessene Therapie oft erschwert, muss in eine Betrachtung der therapeutischen Leistungen ebenfalls miteinfließen, dass Schwerpflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen bis zu ihrem Tod meist nur eine kurze Verweildauer in den stationären Pflegeeinrichtungen haben (Kricheldorf, Himmelsbach, Kellner, Thielhorn & Werner, 2015, S. 45-47; Nitschke & Micheelis, 2016, S. 560). Es muss daher bei jeder zahnärztlichen Behandlung genauestens abgewogen werden, ob eine zahnärztliche Intervention dem schwerpflegebedürftigen Patienten noch nutzt oder sogar eher schadet.

In der Analyse der KZBV der Jahre 2014 bis 2018 wurden ebenfalls Abrechnungsdaten über Präventionsleistungen und Besuchspositionen zur Bewertung der Situation der Versorgung pflegebedürftiger Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen - seit Einführung der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V - verwendet. Ein positiver Trend war auch hier erkennbar. Somit bestätigte die Analyse der KZBV die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit. Das Konzept der Kooperationsverträge machte die zahnärztliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen deutschlandweit zugänglicher für pflegebedürftige Senioren (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 7; Rädel & Walter, 2018, S. 131).

Für die Qualitätsfrage wäre eine Evaluation über den Zusammenhang von Qualität und Quantität bei der zahnärztlichen Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen sinnvoll. In weiteren Studien sollte die Mundgesundheit der Pflegeheimbewohner in Baden-Württemberg erfasst und in Zusammenhang mit den Ergebnissen der Pilotstudie sowie den

Ergebnissen der vorliegenden Arbeit gebracht werden. Auf diese Weise können möglichst viele Variablen in eine Evaluation des Konzepts der Kooperationsverträge einfließen.

Die Situation der vertragszahnärztlichen Versorgung von Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen wird, gemessen rein an der Mundgesundheit der Bewohner, tendenziell eher zu schlecht dargestellt (Dieke, A., 2007, S. 70).

6.3.2.1. Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V

Es konnte anhand der Abrechnungsdaten festgestellt werden, dass die Versorgung pflegebedürftiger Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen seit Einführung der Kooperationsverträge gestiegen war. Die Einführung und die Höherbewertung der neuen BEMA-Geb.-Nrn. zeigte somit positive Erfolge. Die Rahmenbedingungen wurden für beide Kooperationspartner zugunsten der besseren Umsetzbarkeit des Modells der Kooperationsverträge angepasst. Hiervon hing der Erfolg des Modells der Kooperationsverträge laut der Pilotstudie von Oberzaucher maßgeblich ab (Oberzaucher, 2018, S. 9-12).

Die festgestellte Verzehnfachung der Abrechnungsdaten seit 2014 konnte als Anhaltspunkt für die bestehende Nachfrage in der Individualprophylaxe der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen angenommen werden (Sachverständigenrat, 1994, zitiert nach Benz, 2004, S. 582).

Es besteht nachweislich ein Zusammenhang zwischen der Mundgesundheit und der Lebensqualität älterer Menschen (Kreissl et al., 2008, S. 1089-96; McGrath & Bedi, 1999, S. 59). Mit der gestiegenen vertragszahnärztlichen Betreuung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen wurde denotwendig die Lebensqualität der pflegebedürftigen Senioren verbessert.

Dieke stellte jedoch fest, dass eine signifikante Verbesserung der Mundgesundheit nicht unbedingt mit einer Verbesserung der subjektiv empfundenen Lebensqualität der betreuten Senioren einhergeht (Dieke, R., 2007, S. 100). Es ist bekannt, dass die subjektive

Empfindung des Patienten bezüglich der Mundgesundheit und die objektive Situation des Versorgungsbedarfs bei älteren Menschen oft stark voneinander abweichen (Knabe & Kram, 1997, S. 911).

Im 3. CARE Klima-Index wurde die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohner in Deutschland im Jahr 2019 mit 46 % als schlecht beurteilt (Hollaus, 2020, S. 2). Es besteht somit ebenfalls eine Diskrepanz zwischen der Wahrnehmung der Bevölkerung der Situation der Versorgung und der in der vorliegenden Arbeit festgestellten Verbesserung in der Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Laut CARE Klima-Index bewerteten die befragten baden-württembergischen Zahnärzte die Situation ebenfalls positiver als die übrige deutsche Bevölkerung (Hollaus, 2020, S. 17).

Diese Diskrepanz könnte darauf zurückzuführen sein, dass das Thema der Mundgesundheit in der Bevölkerung inzwischen anders wahrgenommen wird. Früher waren Zähne bei Pflegebedürftigen sicherlich ein eher kleineres Thema. Nun sind immer mehr Menschen vom Älterwerden betroffen oder werden mit pflegebedürftigen Angehörigen konfrontiert. Im Jahr 2019 wurde der Stellenwert der Mundgesundheit bei den Pflegeheimbewohnern von einem Viertel der befragten Zahnärzte in Baden-Württemberg als wichtig bis sehr wichtig eingeschätzt (Hollaus, 2020, S. 43). Aufgrund der steigenden Zahl an eigenen Zähnen und dem steigenden Bewusstsein für Zahngesundheit, veränderte sich insofern die Wertung in der Bevölkerung, obwohl tatsächlich eine intensivere Betreuung stattfand.

Es gilt weiterhin ein Bewusstsein in der vulnerablen Gruppe der Senioren für die Mundgesundheit zu schaffen. Dies kann erreicht werden, indem die Patienten altersgerecht informiert und somit zeitlebens für die Notwendigkeit der Oralhygiene sensibilisiert werden (Dieke, R., 2007, S. 100).

6.3.2.2. Anzahl der abgerechneten Besuchspositionen der Jahre 2013 bis 2019

Anhand der ausgewerteten Daten ließ sich feststellen, dass Vertragszahnärzte wesentlich häufiger und regelmäßiger in stationäre Pflegeeinrichtungen gingen. Die Jahre 2014, 2015 und 2019 waren die wachstumsstärksten im Hinblick auf die Besuchstätigkeit in Baden-

Württemberg. Die Besuchstätigkeit nahm um insgesamt 66 % im Betrachtungszeitraum von 2013-2019 zu.

Es zeigte sich ein positiver Trend in der vertragszahnärztlichen Besuchstätigkeit, wodurch eine bessere und regelmäßige Betreuung der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet wurde. Die Pilotstudie zeigte, dass sich alle Beteiligten durch das Konzept der Kooperationsverträge besser betreut fühlten (Oberzaucher, 2018, S. 9).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen die Ergebnisse der „Pilotstudie zur zahnärztlichen Betreuung von Pflegeeinrichtungen nach Einführung von Kooperationsverträgen gemäß §119b SGB V“ der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg. Durch dieses Projekt, das von Januar 2016 bis Juni 2017 durchgeführt wurde, wurde herausgearbeitet, dass sich das Konzept der Kooperationsverträge erst langfristig durch die Routinisierung von Arbeitsabläufen für das Pflegepersonal rechnen würde (Oberzaucher, 2018, S. 9-12). Es war anzunehmen, dass die gestiegene vertragszahnärztliche Besuchstätigkeit auf eine Routinisierung in den Arbeitsabläufen sowohl des Pflegepersonals als auch der Kooperationszahnärzte hindeutete. Deshalb konnten auf vertragszahnärztlicher Seite mehr pflegebedürftige Versicherte gleichzeitig betreut werden (s. Abb. 18) und neue zusätzliche Kooperationsverträge geschlossen werden (s. Abb. 16).

In Deutschland wurde ebenfalls eine jährliche Zunahme der Besuchszahlen in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen den Jahren 2013 und 2018 festgestellt (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 5-6). Im Jahr 2014 stieg die vertragszahnärztliche Besuchstätigkeit in Baden-Württemberg um 39,1 %. In Deutschland stieg die Besuchstätigkeit lediglich um 8,5 %. In den Jahren 2016 bis 2018 schwächte sich die steigende Entwicklung der Besuchstätigkeit in Baden-Württemberg ab. Im Jahr 2019 stieg sie wieder etwas stärker und zwar um 5,1 % zusätzliche Besuche an. In Deutschland zeichnete sich eine Abschwächung der Entwicklung der vertragszahnärztlichen Besuchstätigkeit in den Jahren 2017 bis 2018 ab. Für das Jahr 2019 lagen zum Zeitpunkt der Erstellung der Analyse der KZBV zum Versorgungsgeschehen in Deutschland noch keine Daten vor (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 5-6).

Aus den Daten der KZBV ließ sich der Gesamtanstieg der Besuchstätigkeit in Deutschland von 2013 bis 2018 errechnen. Es ergab sich eine Zunahme der Besuchszahlen von 30,3 % von 2013 bis 2018. Die Zunahme der Besuchstätigkeit in Baden-Württemberg im selben Zeitraum betrug 58,0 % und war somit fast doppelt so hoch wie die deutschlandweite Zunahme. Hieraus ergibt sich ein vielversprechender Erfolg des Konzepts der Kooperationsverträge in Baden-Württemberg.

6.3.2.3. Entwicklung der einzelnen abgerechneten Besuchspositionen der Jahre 2013 bis 2019

Die vertragszahnärztliche Besuchstätigkeit in der Häuslichkeit nahm von 2013 bis 2019 tendenziell ab. Die Besuchstätigkeit in stationären Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags erreichte im Jahr 2014 ihren Höchstwert von 9.899 und im Jahr 2019 ihren bisherigen Tiefpunkt von 6.759 getätigten Besuchen.

Der einzige kontinuierliche Aufwärtstrend zeigte sich bei der Besuchstätigkeit im Rahmen von Kooperationsverträgen. Es fand beinahe eine Verzehnfachung der Besuchszahlen in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen im Betrachtungszeitraum von 2014 bis 2019 statt. Dabei war die größte prozentuale Zunahme der Besuchstätigkeit in den Jahren von 2014 bis 2015 und von 2018 bis 2019 zu verzeichnen. Dies verifizierte den positiven Effekt der getroffenen Maßnahmen durch den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung auf die Versorgung pflegebedürftiger Versicherter.

Die kontinuierlich steigende vertragszahnärztliche Besuchstätigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen sprach für die gute Akzeptanz des Modells der Kooperationsverträge durch die Zahnärzteschaft Baden-Württembergs (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 7).

Noch im Jahr 2010 kritisierten Reißmann et al. die aus der Studienlage hervorgehende niedrige Besuchstätigkeit in stationären Pflegeeinrichtungen bei hohem Versorgungsbedarf der pflegebedürftigen Senioren (Reißmann et al., 2010, S. 647). Die steigende Zahl an Kooperationsverträgen und die stetig steigenden Besuchszahlen in stationären Pflegeeinrichtungen - seit Einführung der Kooperationsverträge - deutet auf eine

diesbezügliche Verbesserung in der Versorgung pflegebedürftiger Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen durch das Konzept der Kooperationsverträge hin.

Die bestehenden Versorgungsdefizite in der Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in der Häuslichkeit stellen keine Neuigkeit dar (Rothgang, 2017, S. 103). Die negative Tendenz der vertragszahnärztlichen Besuche konnte darauf zurückgeführt werden, dass die ambulante Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in der Häuslichkeit aufwendiger ist als die zahnärztliche Betreuung bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Einrichtungen (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 16).

Dennoch besteht genauso Versorgungsbedarf bei pflegebedürftigen Versicherten in der Häuslichkeit wie in stationären Einrichtungen. Im Jahr 2014 unterschied sich die unzureichende Mundgesundheit der Senioren mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit kaum von der Mundgesundheit der institutionalisierten Senioren mit Pflegebedarf (Nitschke & Micheelis, 2016, S. 574).

Im Jahr 2017 wurden 75,8 % der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg von zu Hause aus gepflegt. Die Zahl der pflegebedürftigen Versicherten in der Häuslichkeit wird in nächster Zeit tendenziell steigen (Gölz & Weber, 2019, S. 6). Herausforderungen für die Zahnärzteschaft werden somit in Zukunft noch stärker bei der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in der Häuslichkeit liegen (Oesterreich, 2016, S. 129).

Dem festgestellten negativen zeitlichen Trend der vertragszahnärztlichen Besuche in der Häuslichkeit gilt es dringend entgegenzuwirken. Zur Gewährleistung einer breiten Versorgung bedarf es des Engagements möglichst aller Zahnärzte (Ludwig, 2009, S. 4). Die Schaffung von Delegationsmöglichkeiten für die Präventionsleistungen nach § 22a SGB V könnte darüber hinaus Abhilfe schaffen (Rothgang, 2017, S. 103). Demnach könnte beispielsweise die Zahnsteinentfernung (Geb.-Nr. 107a BEMA) nach Erstbesuch des Zahnarztes durch eine zahnmedizinische Fachangestellte erfolgen (Oberzaucher, 2018, S. 11; Rothgang, 2017, S. 101).

Laut Klima CARE-Index wünschen sich 68 % der Befragten aus dem Pflegesektor in Deutschland die Erweiterung der Kompetenzen des Pflegepersonals (Hollaus, 2020, S. 4).

Die befragten Zahnärzte aus Baden-Württemberg waren derselben Meinung (Hollaus, 2020, S. 29).

6.3.2.4. Entwicklung der Zahl der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten

Der Anteil der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten zu Hause und in stationären Pflegeeinrichtungen nahm von 2013 bis 2019 kontinuierlich zu. Im Jahr 2019 erfolgten 89,5 % der vertragszahnärztlichen Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten. Über die Hälfte davon fand im Rahmen von Kooperationsverträgen statt. Daraus ließ sich erneut auf die gute Realisierbarkeit des Modells der Kooperationsverträge schließen.

Im Vergleich zu den Ergebnissen in Deutschland zeichnete sich in Baden-Württemberg eine sehr ähnliche Entwicklung der Besuchstätigkeit bei pflegebedürftigen Versicherten ab (s. Abb. 52 & Abb. 53).

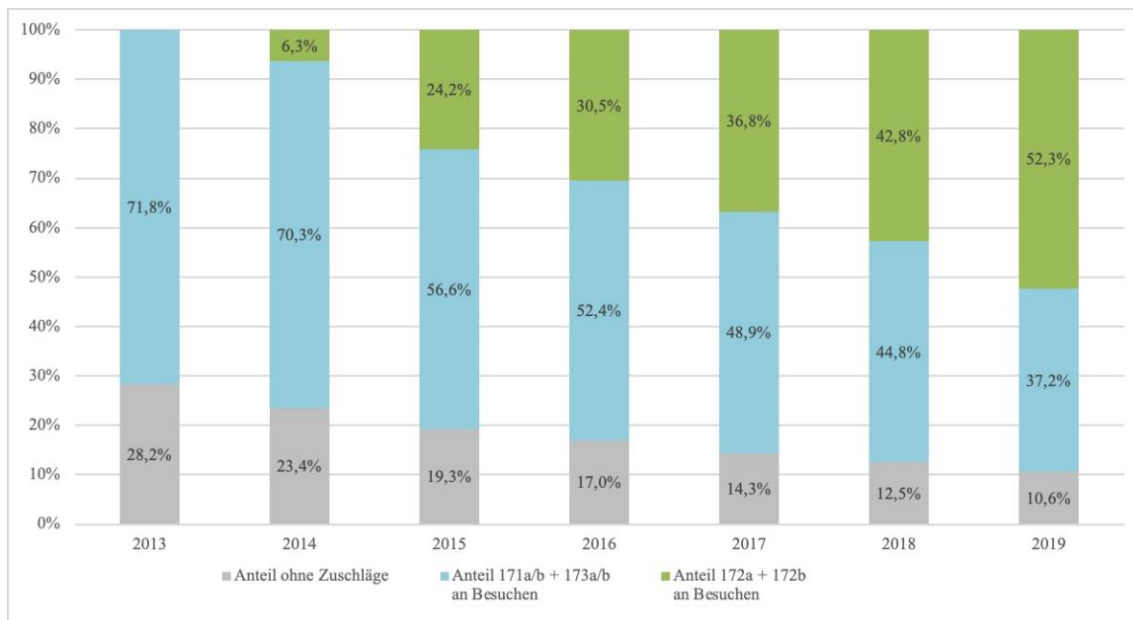


Abb. 52: Abgerechnete Zuschläge (Geb.-Nrn. 171a, 171b und 173a, 173b bzw. 172a, 172b BEMA) an den Besuchen (Geb.-Nrn. 151-155 BEMA) in Baden-Württemberg der Jahre 2013 bis 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

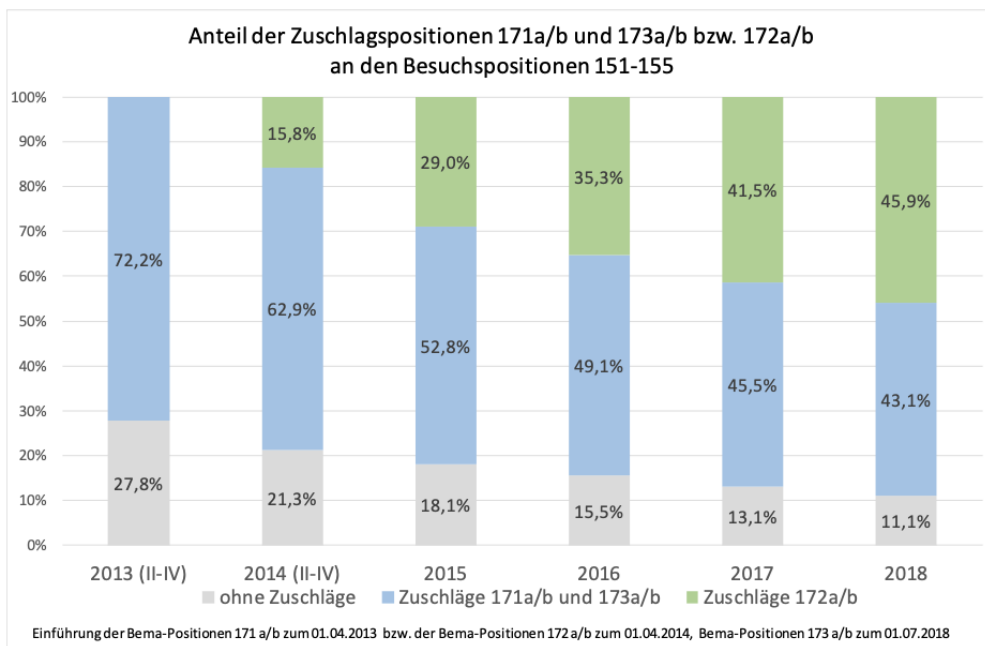


Abb. 53: Abgerechnete Zuschläge (Geb.-Nrn. 171a, 171b und 173a, 173b bzw. 172a, 172b BEMA) an den Besuchen (Geb.-Nrn. 151-155 BEMA) in Deutschland der Jahre 2013 bis 2018 (Quelle: KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 7)

Von 2014 bis 2018 wurden in Baden-Württemberg prozentual gesehen häufiger pflegebedürftige Versicherte außerhalb von Kooperationsverträgen besucht (70,3 %) (s. Abb. 52) als dies deutschlandweit der Fall war (62,9 %) (s. Abb. 53). Der Anteil der Besuche im Rahmen von Kooperationsverträgen passte sich im Laufe der Zeit immer mehr dem Bundesdurchschnitt an. Im Jahr 2019 wurden in Baden-Württemberg 52,3 % der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten getätigt, was 6,4 % über dem Bundesdurchschnitt des Jahres 2018 lag (45,9 %).

Im Jahr 2018 fanden in Deutschland insgesamt fast 90 % der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten statt - dies entsprach dem Wert Baden-Württembergs aus dem Jahr 2019. Daraus ließ sich ableiten, dass die Besuche der Vertragszahnärzte vorwiegend bei pflegebedürftigen Versicherten stattfanden und somit eine Verbesserung in der Versorgung pflegebedürftiger Versicherter erzielt wurde (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 7).

In einer Studie der University of Oslo schlussfolgerten Schuller und Holst, dass das Potenzial für die Verbesserung und den Erhalt der Mundgesundheit der Bevölkerung von der zahnärztlichen Förderung der Mundhygiene und der Auswahl an präventiven und konservativen Versorgungskonzepten abhing (Schuller & Holst, 1998, S. 208). Dieses Potenzial schien durch das Konzept der Kooperationsverträge gegeben.

Die Ergebnisse dieser Arbeit bekräftigen den Vorschlag der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner in der Pilotstudie der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg das Konzept der Kooperationsverträge auf ambulante Pflegedienste auszuweiten (Oberzaucher, 2018, S. 10).

6.3.2.5. Zeitliche Verteilung der Kontrolluntersuchungen in stationären Pflegeeinrichtungen

Es fanden seit Einführung der Kooperationsverträge regelmäßig Kontrolluntersuchungen in den stationären Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsvertrag statt. Generell ließ sich feststellen, dass das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz vom 01.01.2013 und die Einführung der Kooperationsverträge am 01.04.2014 die vertragszahnärztlichen Besuchstätigkeit bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen förderten. Der vorgesehene Zweck der Maßnahmen durch den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung wurde somit teilweise erfüllt (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 1).

Eine Studie der Freien Universität Berlin kam im Jahr 1997 zu dem Ergebnis, dass keinerlei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen bei Pflegeheimbewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurden. Die Pflegeheimbewohner sahen einen Zahnarzt lediglich bei Beschwerden und bei bereits dringend erforderlicher zahnärztlicher Intervention (Knabe & Kram, 1997, S. 911).

Auch in aktuellen Studien war von sehr geringen Kontakt-Raten der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu Zahnärzten die Rede. Über die Hälfte der Pflegeheimbewohner hatte keinen Kontakt zu Zahnärzten (Kleina et al., 2015, S. 385; Schmiemann, Herget-Rosenthal & Hoffmann, 2015, S. 729). Die Inanspruchnahme-Quoten

der institutionalisierten Senioren lagen dabei weit unter denen der nicht-institutionalisierten Senioren (Kleina et al., 2015, S. 382).

Die geringen Kontaktraten deckten sich mit den Ergebnissen der DMS V, aus denen hervorging, dass der Zustand der Mundgesundheit bei älteren Senioren mit Pflegebedarf schlechter war als bei den gleichaltrigen fitten Senioren (Jordan & Micheelis, 2016, S. 30-31).

Die Gewährleistung der regelmäßigen zahnärztlichen Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen, die einen Kooperationsvertrag geschlossen hatten, schien in den Jahren nach Einführung der Kooperationsverträge gut zu funktionieren. Dem beschwerdeorientierten Inanspruchnahmeverhalten der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen konnte mithilfe von Kooperationsverträgen entgegengewirkt werden. Im Jahr 2019 gaben 46 % der befragten Zahnärzte in der Umfrage der Psyma Health & CARE an, täglich kontrollorientierte Behandlungen pflegebedürftiger Versicherter sowohl in der Häuslichkeit als auch in stationären Pflegeeinrichtungen und in der Zahnarztpraxis durchzuführen (Hollaus, 2020, S. 42). Es wäre wünschenswert, dass dieser Anteil im Sinne der Gewährleistung einer regelmäßigen Betreuung in den nächsten Jahren weiter ansteigt.

Im ersten Halbjahr 2020 wurde deutlich, dass Mundgesundheit in stationären Pflegeeinrichtungen ohne die regelmäßige aufsuchende Betreuung durch Vertragszahnärzte nicht funktionierte (Benz, 2020, S. 85–87). Die besondere Dynamik der COVID-19-Pandemie förderte den Einzug der digitalen Technik in die vertragszahnärztliche Versorgung. Zahnärztliche Videosprechstunden mit Versicherten (BEMA-Geb.-Pos. VS), Videofallkonferenzen mit Pflege- oder Unterstützungspersonen (BEMA-Geb.-Pos. VFK) sowie Telekonsile zwischen Ärzten und Zahnärzten (Geb.-Nrn. 181b und 182b BEMA) und ein Technikzuschlag wurden eingeführt (Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2020, S. 1-7).

Die Auswirkungen der am 01.10.2020 neu eingeführten BEMA-Geb.-Nrn. durch den Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen konnten aufgrund der Aktualität noch nicht analysiert werden.

6.3.2.6. Anzahl der erbrachten und abgerechneten Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten

Anhand der Abrechnungsdaten über die Präventionsleistungen (Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a BEMA) bei pflegebedürftigen Versicherten zeigte sich ein Aufwärtstrend für die präventive zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Senioren in Baden-Württemberg.

Im Jahr 2019 wurden insgesamt knapp drei Mal so viele Präventionsleistungen bei pflegebedürftigen Versicherten erbracht wie noch im Jahr 2018. Dabei wurde die Erhebung des Mundgesundheitsstatus (Geb.-Nr. 174a BEMA) und die Mundgesundheitsaufklärung (Geb.-Nr. 174b BEMA) sowohl im Jahr 2018 als auch im Jahr 2019 ungefähr doppelt so oft abgerechnet wie die Entfernung harter Zahnbeläge (Geb.-Nr. 107a BEMA).

Dies könnte der Tatsache geschuldet sein, dass 39,4 % der Altersgruppe der älteren Senioren in Baden-Württemberg im Jahr 2015 zahnlos war (Jordan, 2017, S. 8). Der Wert in der Altersgruppe der pflegebedürftigen älteren Senioren in Baden-Württemberg lag schätzungsweise noch höher (Jordan & Micheelis, 2016, S. 30-31). Der Anteil der zahnlosen Pflegebedürftigen in der Gruppe der jüngeren Senioren lag in Baden-Württemberg lediglich bei 6,2 %. Bei im Durchschnitt 9,6 fehlenden Zähnen deutete dies allerdings auf komplexere prothetische Versorgungen in der Altersgruppe hin (Jordan, 2017, S. 6-7).

Anhand der vorliegenden Ergebnisse wurde deutlich, dass auf die Bedürfnisse der vulnerablen Gruppe der pflegebedürftigen Senioren weiterhin angemessen reagiert werden muss (Brandhorst, Focke, Kalwitzki, Müller, Schmelzer & Rothgang, 2016, S. 55). Es wäre insofern sinnvoll, über die Aufnahme weiterer BEMA-Geb.-Nrn. der Individualprophylaxe bei pflegebedürftigen Versicherten nachzudenken.

Eine neue Abrechnungsposition für die kalenderhalbjährliche Prothesenreinigung käme nicht nur den zahnlosen Pflegebedürftigen, sondern auch den jüngeren Senioren mit komplexen prothetischen Versorgungen zugute. Eine BEMA-Geb.-Nr. für die kalenderhalbjährliche Prothesenreinigung tauchte bereits im Versorgungskonzept der KZBV auf (KZBV & BZÄK, 2010, S. 18). Der Vorschlag fand in den neuen Leistungen nach § 22a SGB V allerdings keinen Niederschlag. In einer Dissertation an der Universität Heidelberg wurde nach

Erprobung und Evaluation unterschiedlicher Prophylaxekonzepte zur Mund- und Prothesenhygiene in Pflegeheimen ebenfalls eine Empfehlung für die Prothesenreinigung bei pflegebedürftigen Senioren ausgesprochen (Dieke, R., 2007, S. 9).

6.3.2.7. Anteil der abgerechneten Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen

Die Zahl der Präventionsleistungen, die bei pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen erbracht wurden, nahmen von 2018 bis 2019 um über das Doppelte zu. Im Jahr 2018 als auch im Jahr 2019 wurden jeweils über die Hälfte der abgerechneten Leistungen bei pflegebedürftigen Versicherten im Rahmen von Kooperationsverträgen bei Pflegeheimbewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht.

Die Tätigkeit in einer Zahnarztpraxis wurde vor Einführung der neuen BEMA-Geb.-Nrn. im Jahr 2018 von den Vertragszahnärzten als ruhiger und finanziell ertragreicher empfunden (Oberzaucher, 2018, S. 11). Die Einführung der neuen Geb.-Nrn. im BEMA und die Höherbewertung bereits bestehender BEMA-Geb.-Nrn. waren somit sicherlich ein Anreiz für Vertragszahnärzte, auch im Rahmen eines Kooperationsvertrags tätig zu werden.

Die konstatierten Entwicklungen ließen den Schluss zu, dass die Maßnahmen des Gesetzgebers und der gemeinsamen Selbstverwaltung zu einer Verbesserung der Situation besonders in den stationären Pflegeeinrichtungen geführt haben. Dies stand im Gegensatz zu den Ergebnissen einer empirischen Studie von Kleina et al., aus der hervorging, dass bisher keine Optimierung der Versorgung durch politische Maßnahmen stattfand. In der Untersuchung von Kleina et al. aus dem Jahr 2015 spiegelten sich die Entwicklungen der Gesetzesänderungen allerdings noch nicht wider. In der vorliegenden Arbeit konnte ein durchweg positiver Effekt der getroffenen Maßnahmen auf die Versorgung pflegebedürftiger Versicherter verifiziert werden (Kleina et al., 2015, S. 385).

Der festgestellte Schub für die vertragszahnärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen spiegelte sich auch in der Verbesserung der Mundgesundheit der Pflegeheimbewohner wider (KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 8). Dies ging aus der Pilotstudie der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg hervor.

Folgeprobleme, die meist die Gesundheit oder das soziale Umfeld betrafen, konnten durch die präventiven zahnärztlichen Maßnahmen minimiert bzw. vollständig ausgeschaltet werden (Oberzaucher, 2018, S. 10).

Die Verbesserung der Situation der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen, die anhand der Abrechnungsdaten festzustellen war, wurde von den Pflegekräften in den stationären Pflegeeinrichtungen, die Kooperationsverträge geschlossen hatten, ebenfalls wahrgenommen (Oberzaucher, 2018, S. 10). Die Mehrheit des Pflegepersonals empfand den Kooperationsvertrag als arbeitsverbessernde Maßnahme. Ganz besonders der Austausch mit dem vertragszahnärztlichen Kooperationspartner wurde positiv bewertet und trug sehr zur Zufriedenheit unter den Pflegekräften bei (Oberzaucher, 2018, S. 9).

Eine regelmäßige zahnärztliche Betreuung von pflegebedürftigen Versicherten sollte sowohl in stationären Pflegeeinrichtungen als auch in der Häuslichkeit flächendeckend gewährleistet werden können. Um das Konzept der Kooperationsverträge auf die ambulanten Pflegedienste ausweiten zu können, sollten in weiteren Arbeiten Modellprojekte mit ambulanten Pflegediensten erprobt werden. Die hohe Wirtschaftskraft des Landes Baden-Württemberg und die durch den AKABe BW geschaffene Infrastruktur für die zahnärztliche Betreuung pflegebedürftiger Versicherter bieten hierfür optimale Voraussetzungen (Ludwig, 2009, S. 5-11; Rau & Schmertmann, 2020, S. 497).

6.4. Ausblick

Die festgestellten Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der Pilotstudie der Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg, der Analyse der bundesweiten Abrechnungsdaten sowie Daten über Kooperationspartner und -verträge der KZBV und der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten wichtige Hinweise auf das vorhandene Potenzial des neuen Versorgungskonzeptes der Kooperationsverträge geben.

Das Konzept der Kooperationsverträge erwies sich als vielversprechend hinsichtlich der Gewährleistung einer regelmäßigen Betreuung bei pflegebedürftiger Versicherten und einer langfristigen Verbesserung der Situation der vertragszahnärztlichen Versorgung. Es ist

darauf hinzuweisen, dass die Daten auf einen Zeitraum von etwa 5 Jahren limitiert waren, da es sich bei den Kooperationsverträgen um ein neues Versorgungskonzept handelte.

Es gilt die zahnmedizinische Prävention im Alter mithilfe der Kooperationsverträge künftig weiter auszubauen. Dafür sollten Zahnärzte bereits während ihrer universitären Ausbildung frühzeitig für das Thema der Versorgung pflegebedürftiger Senioren sensibilisiert werden (Benz, 2004, S. 582).

Es wäre wünschenswert, dass sich die festgestellte positive zeitliche Tendenz sowohl der Abrechnungsdaten als auch der Daten über Kooperationspartner und -verträge in den nächsten Jahren fortsetzt. Es bleibt allerdings zu vermuten, dass das Potenzial dieses Versorgungskonzeptes noch lange nicht ausgeschöpft ist.

Weitere Anpassungen im Sinne neuer Präventionsleistungen oder der Ausweitung des Konzeptes auf ambulante Pflegedienste können vor diesem Hintergrund als erfolgsversprechend angesehen werden.

7. Zusammenfassung

Orale Erkrankungen zählen mit zu den häufigsten chronischen Leiden (Marcenes et al., 2013, S. 592). Vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft und dem gleichzeitig steigenden Anteil an Pflegebedürftigen in Deutschland steigt prognostisch (auch) der zahnärztliche Versorgungsbedarf (Cholmakow-Bodechtel et al., 2016, S. 14; Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019, S. 11 & S. 41). Es besteht Handlungsbedarf bezüglich präventiver Versorgungskonzepte und -strukturen für ältere Menschen und besonders für jene mit Pflegebedarf (Oesterreich, 2016, S. 131). Ziel der Arbeit war es die Veränderung der Situation der vertragszahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Senioren in Baden-Württemberg seit Einführung der Kooperationsverträge im Jahr 2014 nach § 119b SGB V zu analysieren.

Hierfür wurden erstmalig deskriptive Daten der KZV BW ausgewertet. Schwerpunkt der Analyse war die Entwicklung der Zahl der Kooperationspartner, der Kooperationsverträge, der betreuten Versicherten sowie der Abrechnungsdaten über Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen Besuchstätigkeit und Leistungserbringung bei pflegebedürftigen Versicherten.

Insgesamt zeigte sich eine - quantitativ messbare - Verbesserung der Situation der Versorgung bei pflegebedürftigen Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Zahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen betreuten Versicherten verachtete sich in den Berichtsjahren von 2014 bis 2019 beinahe. Im Jahr 2019 wurden 89,5 % der vertragszahnärztlichen Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten getätigt. Davon fand über die Hälfte der Besuche bei pflegebedürftigen Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen statt. Ein negativer Trend ergab sich nur für die Besuchstätigkeit in der Häuslichkeit. Dem zahnärztlichen Versorgungsdefizit bei pflegebedürftigen Versicherten in der Häuslichkeit gilt es künftig noch stärker entgegenzuwirken. Empfehlenswert wäre die Ausweitung des Konzepts der Kooperationsverträge auf die ambulanten Pflegedienste.

Diese Ergebnisse verlangen nach weiterer Evaluation durch klinische Studien, da die Analyse der Abrechnungsdaten zwar die Interpretation der verbesserten Versorgung pflegebedürftiger

Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen zulässt, die Qualität der Versorgung allerdings weiterer Untersuchungen zur Verifizierung bedarf.

8. Literaturverzeichnis

1. Benz, C. (2004): Der alternde Mensch und seine Besonderheiten bei der zahnärztlichen Versorgung. *Quintessenz Team-Journal*. 34 (11): 579-585. Berlin: Quintessenz Verlags-GmbH.
2. Benz, C. (2020): Corona trifft Zahnmedizin in der Pflege besonders hart. *Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin*. 8 (2): 85–87. Berlin: Quintessenz Verlags-GmbH.
3. Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen. (2012): *Beschluss vom 17.12.2012*. Köln/Berlin: Geschäftsstelle Bewertungsausschuss.
4. Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen. (2013): *Beschluss vom 28.11.2013*. Köln/Berlin: Geschäftsstelle Bewertungsausschuss.
5. Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen. (2018): *Beschluss vom 09.04.2018 in Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) vom 19.10.2017*. Köln/Berlin: Geschäftsführung des Bewertungsausschusses.
6. Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen. (2020): *Beschluss vom 19.08.2020*. Köln/Berlin: Geschäftsführung des Bewertungsausschusses.
7. Brandhorst, A.; Focke, K.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Schmelzer, C.; Rothgang, H. (2016): Versorgungspotenzial in der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen erkennen und nutzen. *Gesundheits- und Sozialpolitik*. 70 (3): 53-58.
8. Bundeszahnärztekammer (BZÄK). (2020): *10 Jahre AuB-Konzept. Ein Meilenstein für die Mundgesundheit im hohen Alter und mit Handicap*. Verfügbar unter <https://www.bzaek.de/presse/presseinformationen/presseinformation/10-jahre-aub-konzept-ein-meilenstein-fuer-die-mundgesundheit-im-hohen-alter-und-mit-handicap.html> [26.10.2020].
9. Cholmakow-Bodechtel, C.; Füßl-Grünig, E.; Geyer, S.; Hertrampf, K.; Hoffmann, T.; Holtfreter, B. et al. (2016): Parodontalerkrankungen. In Bundeszahnärztekammer (BZÄK); Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV); Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (Hrsg.), *Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Kurzfassung* (S. 14). Berlin/Köln.

10. Dieke, A. (2007): *Longitudinale Untersuchung zur Mundgesundheit und zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität bei institutionalisierten älteren Menschen*. Dissertation, Medizinische Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls-Universität.
11. Dieke, R. (2007): *Vergleich verschiedener Prophylaxekonzepte für institutionalisierte ältere Menschen: klinische und subjektive Bewertung*. Dissertation, Medizinische Fakultät Heidelberg der Ruprecht-Karls-Universität.
12. Donovan, T.E.; Marzola, R.; Murphy, K.R., Cagna, D.R., Eichmiller, F.; McKee, J.R. et al. (2017): Annual review of selected scientific literature: Report of the committee on scientific investigation of the American Academy of Restorative Dentistry. *J Prosthet Dent*. 118: 281-346. Elsevier Inc.
13. Eke, P.I.; Wei, L.; Thornton-Evans, G.O.; Borrell, L.N.; Borgnakke, W.S.; Dye, B. et al. (2016): Risk Indicators for Periodontitis in US Adults: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol*. 87 (10): 1174-1185. American Academy of Periodontology.
14. Geiger, S. (2011): *Teamwerk – Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen. Die Mundgesundheit und deren Beeinflussung durch regelmäßige zahnmedizinische Betreuung institutionalisierter Senioren im Großraum München*. Dissertation, Medizinische Fakultät München der Ludwig-Maximilians-Universität.
15. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2017): *Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)*. Berlin.
16. Gölz, U.; Weber, M. (2019): Wie werden wir gepflegt? – Ergebnisse der Pflegestatistik 2017. *Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg* 5: 3-11. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.
17. Haffner, C.; Benz, C. (2013): Zahnmedizin für Pflegebedürftige – ein Modellprojekt. *Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin*. 1 (1): 29-34.
18. Hollaus, S. (2020): *Psyma CARE Klima-Index 2019. Ganzheitlicher Stimmungsindikator im Wachstumsmarkt Pflege in Deutschland. Kernergebnisse des dritten CARE Klima-Index im Jahr 2019* (S. 1-5). Rückersdorf/Nürnberg: 10.01.2020.
19. Hollaus, S. (2020): *3. CARE Klima-Index 2019. Stimmungsbild des Deutschen Pflegemarktes. Wellenvergleich 2017-2019 – Fokus Zahnärzte* (S. 1-47). Rückersdorf/Nürnberg: 19.02.2020.
20. Holmlund, A.; Lampa, E.; Lind, L. (2017): Oral health and cardiovascular disease risk in a cohort of periodontitis patients. *Atherosclerosis*. 262: 101-106. Elsevier.

21. Jordan, A.R.; Micheelis, W. (2016): Kernergebnisse aus der DMS V. In Institut Der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (Hrsg.), *Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)* (S. 16; S. 29-32). Köln: Deutscher Zahnärzterverlag DÄV.
22. Jordan, A.R.; Micheelis, W. (2016): Problemaufriss, Forschungsziel und Studienaufbau. In Institut Der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (Hrsg.), *Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)* (S. 45-46). Köln: Deutscher Zahnärzterverlag DÄV.
23. Jordan, A.R. (2017): *Sonderauswertung der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg auf der Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Vorstandsausschusses des Instituts der Deutschen Zahnärzte vom 23.11.2016/31.01.2017 (TOP 4.1.2)*. Unveröffentlichte Auswertung.
24. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV); Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.). (2010): *Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*. Berlin.
25. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV); GKV-Spitzenverband. (2014): *Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen nach § 119b Abs. 2 SGB V*. Köln/Berlin: 01.04.2014.
26. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV); GKV-Spitzenverband. (2019): *Bericht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands an die Bundesregierung zur Entwicklung der kooperativen und koordinierten zahnärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen gem. § 119b Abs. 3 Satz 3 SGB V*. Berlin: 01.08.2019.
27. Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW); Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in BW. (2014): *Vereinbarung zur Durchführung der zahnärztlichen Versorgung gemäß § 119 b SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege in BW und der KZV BW*. Stuttgart: 30.04.2014.
28. Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW); Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in BW. (2014): *Vereinbarung zur Umsetzung der zahnärztlichen Versorgung nach § 119 b Abs. 2 SGB V in Baden-Württemberg*. Gemeinsame Erklärung.

29. Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KZV BW); Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Landesgruppe Baden-Württemberg (bpa). (2014): *Vereinbarung zur Durchführung der zahnärztlichen Versorgung gemäß § 119 b SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Landesgruppe Baden-Württemberg und der KZV BW*. Stuttgart: 04.08.2014.
30. Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KZV RLP). (2019): *Umsetzungsempfehlung zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 119b SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen der PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. und der KZV RLP*. Verfügbar unter https://www.kzvrlp.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=45&u=0&g=0&t=1603835898&hash=cf793a638470ee15815c25f666ab39fd9948d4b5&file=fileadmin/KZV/Downloads/Mitglieder/Abrechnung/Leistungsbereiche/AuB/Umsetzungsempfehlung_zur_Durchfuehrung_der_vertragszahnaerztlichen_Versorgung_nach_119b_SGB_V_zwischen_KZV_RLP_und_PflegeGesellschaft_RLP.pdf. [26.10.2020].
31. Kirschner, K. (2009): *Erhebung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei institutionalisierten Alten und Pflegebedürftigen der Landeshauptstadt München nach dezentraler, mobiler zahnärztlicher Betreuung*. Dissertation, Medizinische Fakultät München der Ludwig-Maximilians-Universität.
32. Kleina, T.; Horn, A.; Suhr, R.; Schaeffer, D. (2015): Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Gesundheitswesen* 2017. 79: 382-387.
33. Knabe, C.; Kram, P. (1997): Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. *Journal of Oral Rehabilitation*. 24: 909-912.
34. Kreissl, M.E.; Eckardt, R.; Nitschke, I. (2008): Mundgesundheit und Pneumonie : der Mund als Keimreservoir für Pneumonie bei pflegebedürftigen Senioren. *Die Quintessenz*. 59 (10): 1089-1096. Berlin: Quintessenz Verlags-GmbH.
35. Kricheldorf, C.; Himmelsbach, I.; Kellner, A.; Thielhorn, U.; Werner, B. (2015): *Pflege in Baden-Württemberg zukunftsorientiert und generationengerecht gestalten*. Gutachten für die Enquete Kommission Pflege zur Bestandsaufnahme in Baden-Württemberg, Katholische Hochschule Freiburg.

36. Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK BW). (2020): *Flyer und Formulare*. Verfügbar unter <https://lzk-bw.de/zahnaerzte/alters-und-behindertenzahnheilkunde/flyer-formulare> [24.10.2020].
37. Ludwig, E. (2009): *AKABe BW – Gesund beginnt im Mund. Zahn- und Mundgesundheit in der Pflege*. Stuttgart: Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK BW).
38. MacEntee, M.I.; Clark, D.C.; Glick, N. (1993): Predictors of caries in old age. *Gerodontology*. 10 (2): 90-97.
39. Marcenes, W.; Kassebaum, N.J.; Bernabé, E.; Flaxman, A.; Naghavi, M.; Lopez, A. et al. (2013): Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010: A Systematic Analysis. *J Dent Res* 92 (7): 592-597.
40. McGrath, C.; Bedi, R. (1999): The importance of oral health to older people's quality of life. *Gerodontology* 16 (1): 59-63.
41. Nederfors, T. (1998): Attitudes to the importance of retaining natural teeth in an adult Swedish population. *Gerodontology*. 15 (2): 61-66.
42. Nitschke, I.; Micheelis, W. (2016): Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren mit Pflegebedarf. In Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) (Hrsg.), *Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V)* (S. 574-575). Köln: Deutscher Zahnärzterverlag DÄV.
43. Oberzaucher, F. (2018): *Abschlussbericht „Pilotstudie zur zahnärztlichen Betreuung von Pflegeeinrichtungen nach Einführung von Kooperationsverträgen gemäß § 119b SGB V“*. Nachwuchsakademie Versorgungsforschung Baden-Württemberg.
44. Oesterreich, D. (2016): Der Fokus liegt auf den alten und pflegebedürftigen Patienten. *Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin*. 4 (3): 129-131. Berlin: Quintessenz Verlags-GmbH.
45. Paulsson, G.; Fridlund, B.; Holmén, A.; Nederfors, T. (1998): Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. *Special Care in Dentistry*. 18 (6): 234-242.
46. Paulsson, G.; Söderfeldt, B.; Fridlund, B.; Nederfors, T. (2001): Recall of an oral health education programme by nursing personnel in special housing facilities for the elderly. *Gerodontology*. 18 (1): 7-14.
47. Petersen, P.E.; Nortov, B. (1994): Evaluation of a Dental Public Health Program for Old-age Pensioners in Denmark. *J Public Health Dent* 54 (2): 73-79.

48. Qian, Y.; Yuan, W.; Mei, N.; Wu, J.; Xu, Q.; Lu, H. et al. (2020): Periodontitis increases the risk of respiratory disease mortality in older patients. *Experimental Gerontology*. 133: 110878. Elsevier.
49. Rau, R.; Schmertmann, C.P. (2020): District-level life expectancy in Germany. *Deutsches Ärzteblatt*. 117 (29-30): 493-499.
50. Rädcl, M.; Walter, M. (2018): Schwerpunktthema: Pflegebedürftige Senioren in der vertragszahnärztlichen Versorgung, in BARMER (Hrsg.), *Zahnreport 2018. Schriftenreihe zu Gesundheitsanalyse*. (S. 118-151). Berlin.
51. Reißmann, D.R.; Heydecke, G.; van den Bussche, H. (2010): Die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *Deutsches Zahnärztliche Zeitschrift* 65 (11): 647-653.
52. Rothgang, H. (2017): Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. In Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Schwinger, A. (Hrsg.), *Pflege-Report 2017. Die Versorgung der Pflegebedürftigen* (S. 95-105). Stuttgart: Schattauer GmbH.
53. Schmiemann, G.; Herget-Rosenthal, S.; Hoffmann, F. (2015): Ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Ergebnisse der Studie „Inappropriate medication in patients with renal insufficiency in nursing homes“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2016. 49: 727-733.
54. Schuller, A.A.; Holst, D. (1998): Changes in the oral health of adults from Trøndelag, Norway, 1973–1983–1994. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*. 26: 201-208.
55. Ship, J.A.; Beck, J.D.; Arbor, A.; Hill, C. (1996): Ten-year longitudinal study of periodontal attachment loss in healthy adults. *Oral Surg*. 81 (3): 281-290. Elsevier Inc.
56. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.). (2018): *Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*.
57. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.). (2019): *Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden.
58. Statistisches Bundesamt (Destatis). (2020): *818 300 Pflegebedürftige lebten Ende 2017 in vollstationären Pflegeheimen*. Pressemitteilung. Wiesbaden: 31.03.2020. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2020/PD20_14_p002.html [04.11.2020].
59. Tomppert, T. (2019): Statements zur Pilotstudie über die Betreuung von Pflegeeinrichtungen. Verbesserung der Versorgungsqualität im Blick. In KZV BW/LZK

BW (Hrsg.), *Zahnärzteblatt Baden-Württemberg*. 10: 1-51. Stuttgart: Rheinische Post Verlagsgesellschaft mbH.

9. Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1: Altersaufbau der Bevölkerung 2018 im Vergleich zu 1990 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019, S. 11)</i>	<i>1</i>
<i>Abb. 2: Pflegebedürftige 2017 nach Versorgungsart (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 16).....</i>	<i>2</i>
<i>Abb. 3: Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeheimen 2017 (Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020)</i>	<i>4</i>
<i>Abb. 4: Mundgesundheit von älteren Senioren mit Pflegebedarf (Quelle: Cholmakow-Bodechtel et al., 2016, S. 21).....</i>	<i>5</i>
<i>Abb. 5: Prognostizierter parodontaler Behandlungsbedarf durch demografischen Wandel (Quelle: Cholmakow-Bodechtel et al., 2016, S. 16).....</i>	<i>7</i>
<i>Abb. 6: Lebenserwartung für Männer und Frauen auf Kreisebene in Deutschland (Quelle: Rau & Schmertmann, 2020, S. 495)</i>	<i>29</i>
<i>Abb. 7: Kreise mit der höchsten und der niedrigsten Lebenserwartung für Männer und Frauen in Deutschland (Quelle: Rau & Schmertmann, 2020, S. 494).....</i>	<i>30</i>
<i>Abb. 8: Pflegebedürftige im Ländervergleich (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 4).....</i>	<i>31</i>
<i>Abb. 9: Eckdaten der Pflegestatistik 2017 (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 7).....</i>	<i>32</i>
<i>Abb. 10: Pflegebedürftige in Baden-Württemberg (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 6).....</i>	<i>33</i>
<i>Abb. 11: Voraussichtliche Entwicklung der Zahl älterer Menschen in Baden-Württemberg (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, S. 11).....</i>	<i>34</i>
<i>Abb. 12: AKABe BW Struktur (Quelle: Ludwig, 2009, S. 8)</i>	<i>38</i>
<i>Abb. 13: Mundhygieneplan/Pflegeampel (Quelle: LZK BW, 2019).....</i>	<i>39</i>

<i>Abb. 14: Abrechnungs-Synopse bei Pflegegrad und Eingliederungshilfe (Quelle: LZK BW & KZV BW, 2019).....</i>	<i>40</i>
<i>Abb. 15: Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>47</i>
<i>Abb. 16: Anzahl der Kooperationsverträge im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>48</i>
<i>Abb. 17: Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner und Kooperationsverträge im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>49</i>
<i>Abb. 18: Anzahl betreuter Versicherter im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>50</i>
<i>Abb. 19: Anzahl betreuter Versicherter, der Kooperationsverträge und der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>51</i>
<i>Abb. 20: Gesamtzahl der Pflegeheime und Pflegeheime mit Kooperationsvertrag in Baden-Württemberg im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019 & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>52</i>
<i>Abb. 21: Prozentualer Anteil der Pflegeheime mit Kooperationsvertrag in Baden-Württemberg der Jahre 2015 und 2017 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019 & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>52</i>
<i>Abb. 22: Gesamtzahl der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (voll- und teilstationär) und betreute Versicherte im Rahmen von Kooperationsverträgen in Baden-Württemberg im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019 & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>54</i>
<i>Abb. 23: Prozentualer Anteil an betreuten Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg der Jahre 2015 und 2017 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019 & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>55</i>

<i>Abb. 24: Gruppen 1-5 in Abhängigkeit der Anzahl der Kooperationsverträge pro Kooperationspartner (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)</i>	<i>57</i>
<i>Abb. 25: Prozentualer Anteil der Gruppen 1-5 bezogen auf die Kooperationspartner insgesamt (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen).....</i>	<i>58</i>
<i>Abb. 26: Prozentualer Anteil der Gruppen 1-5 bezogen auf die Gesamtzahl der Kooperationsverträge (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)</i>	<i>59</i>
<i>Abb. 27: Gesamtzahl der Kooperationsverträge je Gruppe 1-5 (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)</i>	<i>59</i>
<i>Abb. 28: Neu abgeschlossene Kooperationsverträge in Gruppe 5 (> 10 Kooperationsverträge je Kooperationspartner) der Jahre 2014-2020 (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)</i>	<i>61</i>
<i>Abb. 29: Prozentuale Anteile an den Kooperationspartnern nach der Praxisform (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)</i>	<i>63</i>
<i>Abb. 30: Prozentuale Anteile an den Kooperationsverträgen nach der Praxisform (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen)</i>	<i>64</i>
<i>Abb. 31: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2014 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>66</i>
<i>Abb. 32: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2015 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>66</i>
<i>Abb. 33: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2016 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>67</i>
<i>Abb. 34: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2017 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>68</i>

<i>Abb. 35: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2018 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>69</i>
<i>Abb. 36: Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten und abgerechneten Leistungen und Zuschläge nach § 87 Abs. 2j SGB V im Jahr 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>70</i>
<i>Abb. 37: Entwicklung der Abrechnungsdaten im Rahmen von Kooperationsverträgen bei pflegebedürftigen Versicherten der Berichtsjahre 2014-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>71</i>
<i>Abb. 38: Konsiliarische Erörterungen im Rahmen von Kooperationsverträgen (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>72</i>
<i>Abb. 39: Entwicklung der Besuchstätigkeit in Baden-Württemberg der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>74</i>
<i>Abb. 40: Abgerechnete Besuchspositionen in stationären Pflegeeinrichtungen bei Vorliegen eines Kooperationsvertrags (Geb.-Nrn. 154 und 155) der Jahre 2014-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>76</i>
<i>Abb. 41: Abgerechnete Besuchspositionen in stationären Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags (Geb.-Nrn. 153, 153a und 153b) der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>77</i>
<i>Abb. 42: Abgerechnete Besuchspositionen in der Häuslichkeit (Geb.-Nrn. 151, 152, 152a und 152b) der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)....</i>	<i>78</i>
<i>Abb. 43: Entwicklung der Besuche im Rahmen der ambulanten Behandlung bei Versicherten der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>79</i>
<i>Abb. 44: Anteil der Zuschläge BEMA-Geb.-Nrn. 171a/b und 173a/b bzw. 172a/b an den vertragszahnärztlichen Besuchen BEMA-Geb.-Nrn. 151-155 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>81</i>

<i>Abb. 45: Zeitliche Verteilung der abgerechneten Leistungspositionen im Rahmen von Kooperationsverträgen im Jahr 2014 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>83</i>
<i>Abb. 46: Zeitliche Verteilung der abgerechneten Leistungspositionen im Rahmen von Kooperationsverträgen im Jahr 2018 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>84</i>
<i>Abb. 47: Zeitliche Verteilung der abgerechneten Leistungspositionen im Rahmen von Kooperationsverträgen im Jahr 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>85</i>
<i>Abb. 48: Zeitliche Verteilung der abgerechneten Leistungspositionen im Rahmen von Kooperationsverträgen im ersten Halbjahr 2020 (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen).....</i>	<i>86</i>
<i>Abb. 49: Anzahl der insgesamt abgerechneten Leistungspositionen im Rahmen der ambulanten Behandlung pflegebedürftiger Versicherter der Jahre 2018 und 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>87</i>
<i>Abb. 50: Entwicklung erbrachter und abgerechneter Leistungen (Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a) insgesamt und im Rahmen von Kooperationsverträgen der Jahre 2018 und 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>88</i>
<i>Abb. 51: Prozentualer Anteil erbrachter und abgerechneter Leistungen (Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a BEMA) im Rahmen von Kooperationsverträgen der Jahre 2018 und 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>89</i>
<i>Abb. 52: Abgerechnete Zuschläge (Geb.-Nrn. 171a, 171b und 173a, 173b bzw. 172a, 172b BEMA) an den Besuchen (Geb.-Nrn. 151-155 BEMA) in Baden-Württemberg der Jahre 2013 bis 2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>109</i>
<i>Abb. 53: Abgerechnete Zuschläge (Geb.-Nrn. 171a, 171b und 173a, 173b bzw. 172a, 172b BEMA) an den Besuchen (Geb.-Nrn. 151-155 BEMA) in Deutschland der Jahre 2013 bis 2018 (Quelle: KZBV & GKV-Spitzenverband, 2019, S. 7).....</i>	<i>110</i>

<i>Abb. 54: Abrechnungssynopse bei Pflegegrad und Eingliederungshilfe (Quelle: LZK BW & KZV BW, 2019).....</i>	<i>135</i>
<i>Abb. 55: Abrechnungssynopse bei Pflegegrad und Eingliederungshilfe (Quelle: LZK BW & KZV BW, 2019).....</i>	<i>135</i>
<i>Abb. 56: Berichtsbogen der Kooperationspartner (Quelle: KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 7).....</i>	<i>136</i>
<i>Abb. 57: Formblatt (Quelle: KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 8).....</i>	<i>137</i>
<i>Abb. 58: Meldebogen der Daten aus den Berichtsbögen der Kooperationspartner (Quelle: KZV BW, 2018).....</i>	<i>138</i>
<i>Abb. 59: Meldebogen aus den Abrechnungsdaten der Kooperationspartner (Quelle: KZV BW, 2018).....</i>	<i>138</i>

10. Tabellenverzeichnis

<i>Tab. 1: BEMA-Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter ab dem 01.04.2013 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2012, S. 1-4, eigene Darstellung)</i>	<i>21</i>
<i>Tab. 2: BEMA-Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter ab dem 01.04.2014 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2012, S. 1-4; Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2013, S. 1-7, eigene Darstellung)</i>	<i>23</i>
<i>Tab. 3: BEMA-Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in der Häuslichkeit bzw. in stationären Einrichtungen ohne regelmäßige Tätigkeit ab dem 01.07.2018 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 6-10, eigene Darstellung)</i>	<i>24</i>
<i>Tab. 4: BEMA-Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Einrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags ab dem 01.07.2018 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 7-13, eigene Darstellung).....</i>	<i>25</i>
<i>Tab. 5: BEMA-Geb.-Nrn. der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen bei regelmäßiger Tätigkeit im Rahmen eines Kooperationsvertrags ab dem 01.07.2018 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2014, S. 7-8; Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 8-11, eigene Darstellung)</i>	<i>26</i>
<i>Tab. 6: Präventionsleistungen der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Versicherter ab dem 01.07.2018 (Quelle: Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen, 2018, S. 1-5, eigene Darstellung).....</i>	<i>27</i>
<i>Tab. 7: Fehlende Zähne (Mittelwert MT) in der Gruppe der jüngeren Senioren in Deutschland und Baden-Württemberg im Vergleich (Quelle: Jordan, 2017, S. 6).....</i>	<i>35</i>
<i>Tab. 8: Völlige Zahnlosigkeit (in %) in der Gruppe der jüngeren Senioren in Deutschland und Baden-Württemberg im Vergleich (Quelle: Jordan, 2017, S. 7).....</i>	<i>35</i>

<i>Tab. 9: Daten aus den Meldebögen der KZV BW an die KZBV zu den Daten gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>46</i>
<i>Tab. 10: Anzahl der Pflegeheime insgesamt, Anzahl der Pflegeheime mit Kooperationsvertrag und Anzahl der Pflegeheime ohne Kooperationsvertrag in Baden-Württemberg im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019 & Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>53</i>
<i>Tab. 11: Gruppen 1-5 in Abhängigkeit der Anzahl der Kooperationsverträge (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen).....</i>	<i>56</i>
<i>Tab. 12: Anzahl der Kooperationsverträge der Kooperationspartner 1-6 in der Gruppe 5 der Jahre 2014-2020 (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen).....</i>	<i>60</i>
<i>Tab. 13: Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationspartner und der Kooperationsverträge nach der Praxisform (Quelle: Daten der KZV BW, 2020, eigene Berechnungen).....</i>	<i>63</i>
<i>Tab. 14: Daten aus den Meldebögen der KZV BW an die KZBV zu den Daten der Rahmenvereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V im Vergleich/anno (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>65</i>
<i>Tab. 15: Abgerechnete Besuchspositionen der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>73</i>
<i>Tab. 16: Entwicklung der Besuchstätigkeit in Baden-Württemberg der Jahre 2013-2019 (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>75</i>
<i>Tab. 17: Prozentualer Anteil der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>82</i>
<i>Tab. 18: Gesamtzahl der abgerechneten Leistungen (Geb.-Nrn. 174a, 174b und 107a BEMA) bei pflegebedürftigen Versicherten (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>87</i>

<i>Tab. 19: Daten über pflegebedürftige Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger seit 1999 in Baden-Württemberg (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019).....</i>	<i>140</i>
<i>Tab. 20: Pflegebedürftige am 15.12.2017 in Pflegeheimen (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019)</i>	<i>141</i>
<i>Tab. 21: Daten über Pflegeeinrichtungen und Personal seit 1999 in Baden-Württemberg (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019).....</i>	<i>142</i>
<i>Tab. 22: Prozentualer Anteil der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Einrichtungen ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)</i>	<i>143</i>
<i>Tab. 23: Prozentualer Anteil der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten in der Häuslichkeit (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen).....</i>	<i>143</i>

11. Anhang

11.1. Abrechnungssynopse LZK BW und KZV BW

zugehend		GKV – zu Hause/im Heim			GKV – im Heim ohne Vertrag regelmäßig/vereinbart			GKV – im Heim mit Vertrag (§119b Abs. 1 SGB V)			PKV	Anmerkungen
Ort egal	Leistung	Kürzel	Pos-Nr	Punkte	Kürzel	Pos-Nr	Punkte	Kürzel	Pos-Nr	Punkte	Pos-Nr	
Besuch 1.	Bs1	151	38	Bs3a	153a	30	Bs4	154	30	A50	GKV: - 01/Ä1 nicht berechenbar - Bs2a/b - häuslich/Einrichtung PKV: - Ä1/3/5 nicht berechenbar - zus. 0910 bzw. Ä6 möglich - zus. Ä4 (1/Mon) möglich - Ä48 bei regelmäßig/vereinbart	
Besuch 2.-n.	Bs2a/b	152a/b	34/26	Bs3b	153b	26	Bs5	155	26	A51		
Zu Pflege 1.	PBA1a	171a	37	ZBs3a	173a	32	SP1a	172a	40		PBA & ZB3 nur abrechenbar bei... - Pflegegrad - Eingliederungshilfe	
Zu Pflege 2.-n.	PBA1b	171b	30	ZBs3b	173b	24	SP1b	172b	32			
Zu Zeit/Tag 1.	ZBs1a-f	161a-f	18-88				ZBs1a-f	161a-f	18-88	E-H	unverzüglich – Uhrzeit & Wochentag	
Zu Zeit/Tag 2.-n.	ZBs2a-f	162a-f	09-44				ZBs2a-f	162a-f	09-44	E-H	unverzüglich – Uhrzeit & Wochentag	
Zu Kinder bis 4 Jahre	ZKi	165	14	ZKi	165	14	ZKi	165	14	K2		
Wegegeld	Wege	7810 7841	€ 4,30 € 30,70	Wege	7810 7841	€ 4,30 € 30,70	Wege	7810 7841	€ 4,30 € 30,70	§8(2)	- Bemessung: Radius & Tag/Nacht - anteilig für jeden Besuchten - >25 km - siehe Reiseentschädigung	
Mundge- sundheit	Status/Plan	PBa	174a	20	PBa	174a	20	PBa	174a	20	Ä4 oder Ä15	GKV: - 190H - IP1/2 & Fu nicht am selben Tag
	Aufklärung	PBb	174b	26	PBb	174b	26	PBb	174b	26	Ä15	GKV: - 190H - IP1/2 & Fu nicht am selben Tag
2. x Zst im Jahr	PBZst	107a	16	PBZst	107a	16	PBZst	107a	16	4050/5	GKV: - 190H, wenn nicht bereits 107	
Konsil	KsI	181	14	KsI	181	14	KsIK	182	14	Ä60		
Teil Pflege/Betreuer	Ber	Ä1	9	Ber	Ä1	9	Ber	Ä1	9	Ä1/Ä3		
Bericht/Kardexeintrag	Ä70	7700	5	Ä70	7700	5	Ä70	7700	5	Ä70		
Teil/Versand/Porto		602			602			602		§3&4		

©LZK BW 10/2019

Abrechnungssynopse

2

Abb. 54: Abrechnungssynopse bei Pflegegrad und Eingliederungshilfe (Quelle: LZK BW & KZV BW, 2019)

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts		Abrechnungssynopse bei Pflegegrad & Eingliederungshilfe		KZV BW	
Zuschläge GKV – Uhrzeit/Wochentag: Besuch (161a-f/162a-f)					
Wochentag & Uhrzeit	161a-f	Punkte	162a-f	Punkte	
am Tage und der Woche	-	-	-	-	
dringend, unverzüglich	ZBs1a	18	ZBs2a	9	
Nacht, zwischen 20-22 / 6-8 Uhr	ZBs1b	29	ZBs2b	15	
Nacht, zwischen 22-6 Uhr	ZBs1c	50	ZBs2c	25	
Samstag, Sonn- & Feiertag	ZBs1d	38	ZBs2d	19	
Samstag, Sonn- & Feiertag, 20-22 / 6-8 Uhr	ZBs1e	67	ZBs2e	34	
Samstag, Sonn- & Feiertag, 22-6 Uhr	ZBs1f	88	ZBs2f	44	
	a nicht neben b-f				
Zuschläge PKV: Ä1/3/4/5/6, Ä50/51, Ä48/60					
Zu Wochentag & Uhrzeit	Ä1/3/4/5/6	Ä50/51			
A außerhalb der Sprechstunde	70	-			
B 20-22 / 6-8 Uhr – außerhalb Sprechst.	180	-			
C 22-6 Uhr	320	-			
D Samstag, Sonn- & Feiertag	220	-			
K1 bei Kindern bis 4 Jahre (Ä5/6)	120	-			
E dringend, unverzüglich	-	160			
F 20-22 / 6-8 Uhr	-	260			
G 22-6 Uhr	-	450			
H Samstag, Sonn- & Feiertag	-	340			
K2 bei Kindern bis 4 Jahre	-	120			
- Ä48 nur Zuschläge E, K2					
- Ä60 nur Zuschläge E, F, G, H					
Wegegelder GKV & PKV: (GOZ §8 Abs. 2 & 3)					
Pos	Wegegeld – einfache Entfernung & Uhrzeit	€			
7810	bis 2 km	4,30			
7811	bis 2 km, 20-8 Uhr	8,60			
7820	2-5 km	8,00			
7821	2-5 km, 20-8 Uhr	12,30			
7830	5-10 km	12,30			
7831	5-10 km, 20-8 Uhr	18,40			
7840	10-25 km	18,40			
7841	10-25 km, 20-8 Uhr	30,70			
>25 km – Reiseentschädigung – gefahrene Kilometer					
7928	Abwesenheit bis 8h/d	€ 0,42/km	+ € 56,00		
7929	Abwesenheit > 8h/d	€ 0,42/km	+ € 112,50		
7930	Übernachungskosten				

©LZK BW 10/2019

Abrechnungssynopse

3

Abb. 55: Abrechnungssynopse bei Pflegegrad und Eingliederungshilfe (Quelle: LZK BW & KZV BW, 2019)

11.2. Berichtsbogen der Vertragszahnärzte an die KZV nach § 119b Abs. 1 SGB V

Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von
stationär Pflegebedürftigen

Anlage 1: Berichtsbogen (Vertragszahnärzte an KZV):

Koordinations- und Kooperationsleistungen
in stationären Pflegeeinrichtungen
nach § 119b Abs. 1 SGB V

Abr.-Nr. Kooperationszahnarzt:

Pflegeeinrichtung (Name, Ort)

Berichtsjahr

Anzahl der vom Kooperationszahnarzt
betreuten Versicherten
zum Stichtag 30. Juni des Berichtsjahrs
bzw. einmalig zu Beginn
des Kooperationsvertrags

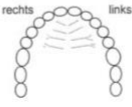
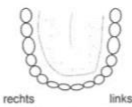
Ort, Datum, Unterschrift Zahnarzt

Abb. 56: Berichtsbogen der Kooperationspartner (Quelle: KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 7)

11.3. Formblatt der zahnärztlichen Information und Pflegeanleitung

Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen

Anlage 2: Formblatt, auch als Beitrag zum Pflegeplan:
Zahnärztliche Information und Pflegeanleitung

Vorname, Nachname	Einrichtung	Datum der Untersuchung
Status	Bedarf	Koordination
Befund/Versorgung Oberkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  <p style="text-align: center; font-size: small;">Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</p>	Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teil <input type="checkbox"/> Voll <input type="checkbox"/> Pflegebedarf Zähne reinigen (2 x/Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch* <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste* <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2 x/Tag) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1 x/Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1 x/Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1 x/Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2 x/Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ x/Tag Sonstiges _____ x/Tag	Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Bewohner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Hauszahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Zahnarztpraxis <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinstimmung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____
Zustand Pflege Zahne ☺ ☹ ☹ Schleimhaut/Zunge/Zahnfleisch ☺ ☹ ☹ Zahnersatz ☺ ☹ ☹	Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnentfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

Abb. 57: Formblatt (Quelle: KZBV & GKV-Spitzenverband, 2014, S. 8)

11.4. Meldebogen der KZV BW an die KZBV entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V

Meldebogen der KZVen an die KZBV zu den Daten der Rahmenvereinbarung nach § 119 b Abs. 2 SGB V

Berichtsjahr 2018	KZV: _____						
Ebene der Daten des Berichtsbogens							
Pseudonym/Lfd. Nr. ¹⁾ des vertragszahnärztlichen Kooperationspartners	Lfd. Nr. des Kooperationsvertrages	Datum des Beginns des Kooperationsvertrages	Datum des Endes des Kooperationsvertrages	Name/ Pseudonym des Pflegeheims	Anzahl		PLZ bzw. Planungsbereich des Pflegeheims
					betreuer	Versicherter des Pflegeheims	
Koop.- Partner 1	Koop.- Vertrag 1						
	Koop.- Vertrag 2						
	Koop.- Vertrag 3						
Koop.- Partner 2	Koop.- Vertrag 4						
	Koop.- Vertrag 5						
	Koop.- Vertrag 6						
Koop.- Partner 3	Koop.- Vertrag 7						
Koop.- Partner 4	Koop.- Vertrag 8						
...	...						
...	...						
...	...						
Koop.- Partner n	Koop.- Vertrag n						
Summe	Summe					Summe	
Koop.-Partner	Koop.-Verträge					Versicherte	

Abb. 58: Meldebogen der Daten aus den Berichtsbögen der Kooperationspartner (Quelle: KZV BW, 2018)

Ebene der Abrechnungsdaten des Kooperationspartners								
Pseudonym/Lfd. Nr. ¹⁾ des vertragszahnärztlichen Kooperationspartners	Anzahl der im Rahmen von Kooperationsverträgen erbrachten Leistungen nach § 87 Abs. 2j SGB V (aggregiert nach Kooperationspartnern)							
	172a	172b	172c	172 d	174a ²⁾	174b ²⁾	107a ²⁾	182
Koop.- Partner 1								
Koop.- Partner 2								
Koop.- Partner 3								
Koop.- Partner 4								
...								
...								
...								
Koop.- Partner n								
Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe
Koop.-Partner	Leistungen	Leistungen	Leistungen	Leistungen	Leistungen	Leistungen	Leistungen	Leistungen

Abb. 59: Meldebogen aus den Abrechnungsdaten der Kooperationspartner (Quelle: KZV BW, 2018)

11.5. Pflegebedürftige Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger seit 1999 in Baden-Württemberg

Pflegebedürftige Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger seit 1999							
Land Baden-Württemberg							
Jahr1)	Pflegebedürftige insgesamt						
	insgesamt2)	ambulante Pflege	stationäre Pflege				Pflegegeld4)
			zusammen	vollstationäre Pflege3)	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege	
1999	210.837	42.408	65.548	63.280	943	1.325	102.881
2001	210.724	43.657	66.975	64.196	1.036	1.743	100.092
2003	224.184	47.083	73.762	69.670	1.172	2.920	103.339
2005	225.367	46.390	78.305	73.616	1.682	3.007	100.672
2007	236.998	46.684	83.951	78.603	1.708	3.640	106.363
2009	246.038	49.650	88.389	81.962	2.057	4.370	112.369
2011	278.295	57.617	93.135	85.492	2.478	5.165	132.708
2013	298.769	63.331	98.781	87.971	2.874	7.936	144.593
2015	328.297	66.116	101.106	88.574	3.503	9.029	170.104
Pflegebedürftige Männer							
1999	68.217	12.952	14.416	13.834	256	326	40.849
2001	68.491	13.353	14.874	14.147	280	447	40.264
2003	74.255	14.723	16.982	15.828	352	802	42.550
2005	75.253	14.879	18.646	17.282	522	842	41.728
2007	78.602	15.265	20.909	19.324	500	1.085	42.428
2009	83.499	16.354	23.139	21.049	686	1.404	45.410
2011	98.232	19.209	25.387	22.838	833	1.716	55.352
2013	107.174	21.199	28.392	24.685	961	2.746	60.329
2015	119.110	22.161	29.740	25.413	1.231	3.096	70.305
Pflegebedürftige Frauen							
1999	142.620	29.456	51.132	49.446	687	999	62.032
2001	142.233	30.304	52.101	50.049	756	1.296	59.828
2003	149.929	32.360	56.780	53.842	820	2.118	60.789

2005	150.114	31.511	59.659	56.334	1.160	2.165	58.944
2007	158.396	31.419	63.042	59.279	1.208	2.555	63.935
2009	162.539	33.296	65.250	60.913	1.371	2.966	66.959
2011	180.063	38.408	67.748	62.654	1.645	3.449	77.356
2013	191.595	42.132	70.389	63.286	1.913	5.190	84.264
2015	209.187	43.955	71.366	63.161	2.272	5.933	99.799
1) Zweijährliche Erhebung.							
2) Seit 2009 ohne teilstationäre Pflege.							
3) Seit 2015 vollstationäre Dauerpflege.							
4) Pflegebedürftige, die nicht bereits bei der ambulanten bzw. stationären Pflege berücksichtigt sind.							
Datenquelle: Pflegestatistik.							

Tab. 19: Daten über pflegebedürftige Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger seit 1999 in Baden-Württemberg (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019)

11.6. Pflegestatistik über stationäre Einrichtungen in Baden-Württemberg (Stand: 31.12.2017)

Pflegestatistik über stationäre Einrichtungen Baden-Württemberg

S 4 Pflegebedürftige am 15.12.2017 in Pflegeheimen 08

S 4.2 Pflegebedürftige nach Pflegegraden, Altersgruppen, Art der Pflegeleistung sowie nach Geschlecht und Trägergruppen der Einrichtung Blatt 1

Pflegegrade ----- Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflege- bedürftige insgesamt	Davon nach Art der Pflegeleistung					
		vollstationäre Pflege			teilstationäre Pflege		
		zusammen	Dauerpflege	Kurzzeit- pflege	zusammen	Tages- pflege	Nacht- pflege
Insgesamt							
Insgesamt							
unter 15	23	23	9	14	-	-	-
15 - 60	5 540	5 342	5 195	147	198	198	-
60 - 65	3 110	2 895	2 822	73	215	215	-
65 - 70	4 459	4 030	3 916	114	429	429	-
70 - 75	6 147	5 453	5 271	182	694	694	-
75 - 80	13 957	11 954	11 406	548	2 003	2 003	-
80 - 85	21 117	18 178	17 335	843	2 939	2 939	-
85 - 90	25 426	22 599	21 666	933	2 827	2 827	-
90 - 95	19 753	18 340	17 729	611	1 413	1 413	-
95 und mehr	7 703	7 367	7 213	154	336	336	-
Insgesamt ...	107 235	96 181	92 562	3 619	11 054	11 054	-

Tab. 20: Pflegebedürftige am 15.12.2017 in Pflegeheimen (Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019)

11.7. Pflegeeinrichtungen und Personal im Pflegedienst seit 1999 in Baden-Württemberg

Pflegeeinrichtungen und Personal im Pflegedienst seit 1999						
Land Baden-Württemberg						
Jahr	Ambulante Pflege		Stationäre Pflege			
	Pflegedienste	Personal in Pflegediensten	Pflegeheime	verfügbare Plätze in Pflegeheimen		Personal in Pflegeheimen
				insgesamt	darunter vollstationäre Dauerpflege	
1999	845	19.216	956	71.907	68.901	55.484
2001	771	20.022	944	72.806	69.806	57.742
2003	984	23.192	1.135	81.328	77.163	65.411
2005	974	23.451	1.228	86.587	82.234	69.097
2007	1.010	24.371	1.384	95.238	90.204	73.418
2009	999	25.174	1.466	101.297	96.268	80.824
2011	1.110	28.895	1.543	103.745	97.780	86.635
2013	1.140	31.823	1.661	106.233	99.165	90.597
2015	1.142	33.742	1.716	108.005	100.329	94.520

Tab. 21: Daten über Pflegeeinrichtungen und Personal seit 1999 in Baden-Württemberg
(Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2019)

11.8. Entwicklung der Zahl der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten der Jahre 2013 bis 2019

	Besuche insgesamt (Geb.-Nrn. 151-155)	Abgerechnete Zuschlagspositionen (Geb.-Nrn. 173a + 173b)	Besuche in stationären Einrichtungen ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags
2013	53.615	-	-
2014	74.588	-	-
2015	79.638	-	-
2016	81.979	-	-
2017	83.604	-	-
2018	84.703	4.059	4,8 %
2019	89.022	5.657	6,4 %

Tab. 22: Prozentualer Anteil der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten in stationären Einrichtungen ohne Vorliegen eines Kooperationsvertrags (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

	Besuche insgesamt (Geb.-Nrn. 151-155)	Abgerechnete Zuschlagspositionen (Geb.-Nrn. 171a + 171b)	Besuche in der Häuslichkeit
2013	53.615	38.482	71,8 %
2014	74.588	52.446	70,3 %
2015	79.638	45.049	56,6 %
2016	81.979	42.975	52,4 %
2017	83.604	40.850	48,9 %
2018	84.703	33.861	40,0 %
2019	89.022	27.430	30,8 %

Tab. 23: Prozentualer Anteil der Besuche bei pflegebedürftigen Versicherten in der Häuslichkeit (Quelle: Daten der KZV BW, 2019, eigene Berechnungen)

12. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Christoph Benz für die freundliche Überlassung des Themas und die hervorragende Betreuung dieser Arbeit.

Frau Dr. Ute Maier danke ich für ihre wertvolle Beratung bei der Erstellung meiner Arbeit.

Meinen Eltern danke ich für ihre Unterstützung und ihre Ermutigung, ohne die sowohl das Studium als auch diese Arbeit nicht möglich gewesen wären.

Meinen Brüdern und Phil danke ich für die Hilfestellung und die Geduld sowohl während des Studiums als auch darüber hinaus.

Auch möchte ich meiner Oma, meinem Opa mit Reinhilde, meiner Tante und meinem Onkel sowie Gabi, Kerstin und Antonia für ihren Beistand danken.

13. Affidavit

Eidesstattliche Versicherung

Finster, Lara Christina

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel

Vertragszahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Senioren in Baden-Württemberg

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 06.10.2021

Ort, Datum

Lara Christina Finster

Unterschrift Doktorandin