

Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter

Konzept zur vertragszahnärztlichen
Versorgung von Pflegebedürftigen
und Menschen mit Behinderungen



Inhalt

Geleitwort	6
Problemaufriss	8
Behinderung, Altersstruktur und Pflegebedürftigkeit in Deutschland: Mobilitätseinschränkung als Herausforderung für die zahnärztliche Versorgung	8
Defizite in der zahnärztlichen Versorgung von alten Menschen und von Menschen mit Behinderungen	9
Grundsätzliche Problematik der zahnärztlichen Versorgung von alten Menschen	9
Spezielle Problematik der zahnärztlichen Versorgung von immobilen alten Menschen	10
Spezielle Problematik der zahnärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen	10
Versorgungskonzept	12
Anspruchsberechtigung	12
Kriterien der Anspruchsberechtigung	12
Kreis der Anspruchsberechtigten	13
Zahl der Anspruchsberechtigten	13
Leistungsspektrum	15
Allgemeine Empfehlungen	15
Empfehlungen zum Leistungsspektrum	15
Vorschlag für einen präventiven Leistungskatalog	16
Ordnungspolitische Umsetzung	20
Vorschlag für die Vergütung des Mehraufwandes bei der Behandlung	20
Änderung des SGB V	20
Anhang	22
Pflegestufe I und Anspruchsberechtigung	22
UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen (2009)	24
Verwendete Literatur	25
Mitglieder der Arbeitsgruppe	26

Geleitwort



Deutschlands Bevölkerung schrumpft und wird immer älter. Die Zunahme alter Menschen führt zu einem Anstieg Pflegebedürftiger. Schon heute wird durchschnittlich jeder Zweite im Laufe seines Lebens zum Pflegefall.

Die demografische Entwicklung stellt eine große Herausforderung für unsere Gesellschaft, die sozialen Sicherungssysteme, das Versorgungsmanagement und eine qualitativ hochwertige Medizin und Pflege dar. Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen sind besonders gefordert. Auch die zahnärztliche Versorgung steht vor großen Aufgaben.

Die Zahngesundheit von betagten, multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen ist deutlich schlechter als die anderer Bevölkerungsgruppen.

Die Zahnmedizin als hoch spezialisierte medizinische Disziplin ist in Diagnostik und Therapie auf eine aufwendige Ausstattung angewiesen, die in der Regel nur in der zahnärztlichen Praxis zur Verfügung steht. Pflegebedürftige immobile Menschen können zahnärztliche Praxen nicht selbstständig aufsuchen, sondern benötigen dafür meist aufwendige Transporte. Es ist heute durchaus möglich, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte mobil arbeiten und sich der aufsuchenden Betreuung und Therapie widmen; dies erfordert jedoch einen zusätzlichen organisatorischen, personellen, apparativen und zeitlichen Aufwand, der unter den derzeitigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und im Katalog der regelhaften Bema-Leistungen nicht ausreichend abgedeckt wird. Darüber

hinaus gehören zahnmedizinisch-präventive Maßnahmen bei erwachsenen Menschen nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Senioren und Erwachsene mit Behinderungen müssen nach den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen präventive Leistungen selbst finanzieren, verfügen aber oft nicht über die entsprechenden Mittel. Ihre zahnmedizinische Versorgung weist deshalb deutliche Defizite auf.

Diese unbefriedigende Situation ist Sozialpolitikern, Krankenkassenvertretern und der Zahnärzteschaft bewusst. Karitativ tätige Organisationen und eine Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen haben mit Engagement und Idealismus die zahnärztliche Versorgung von Behinderten und Pflegebedürftigen übernommen. Dies geschieht überwiegend in regionalen, zeitlich begrenzten Modellvorhaben und nahezu ausschließlich auf rein ehrenamtlicher Basis und ohne entsprechende Vergütung. Zeit für den Patienten und bedarfsgerechte Betreuung sind unter diesen Bedingungen nicht nachhaltig darstellbar.

Um diesen untragbaren Zustand zu ändern, haben die zwei großen zahnärztlichen Berufsvertretungen gemeinsam mit der Wissenschaft einen Vorschlag erarbeitet, der der vertragszahnärztlichen Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen die Kontinuität gibt, die für eine deutliche Verbesserung der Mundgesundheit und der Lebensqualität notwendig ist. Zeitlich und regional limitierte Projekte können zwar im Sinne einer „best practice“ Lösungsansätze bieten, tragen aber dem demografischen Wandel, der Überalterung der Gesellschaft

und der perspektivischen Zunahme von Pflegebedürftigen nicht genügend Rechnung.

Wir sind uns dabei bewusst, dass die Alterszahnheilkunde und die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen fachlich getrennte Bereiche darstellen. Beide Bereiche zeichnen sich aber durch zahnmedizinische Versorgungsbedarfe mit durchaus gleichen Ansätzen aus. Dies erlaubt die Beschreibung von Versorgungstrecken, die beiden Zielgruppen gerecht werden können.

Ziel des Konzeptes ist es, den oralen Gesundheitszustand von betagten, multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten sowie von Patienten mit Behinderungen dauerhaft und nachhaltig zu verbessern, denn Mundgesundheit und orale Lebensqualität sind wichtige Faktoren für die Allgemeingesundheit. Hier gilt es, risikogruppenspezifische und bedarfsgerechte Betreuungsangebote zu entwickeln sowie präventive und therapeutische Ansätze des Versorgungsalltages im Sinne des Erhalts der Mundgesundheit zu verbessern.

Wir verstehen das vorliegende Konzept als Lösungsmöglichkeit und als Angebot an Gesundheitspolitik und Krankenkassen. Wir würden uns freuen, wenn die Vorschläge eine konstruktive Diskussion über die Zukunft einer angemessenen zahnärztlichen Versorgung auch der immobilen pflegebedürftigen Patienten anstoßen würde, um den Schwächen bei der Versorgung dieser Patientengruppen erfolgreich zu begegnen.

Dr. Wolfgang Eßer
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung

Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident der
Bundeszahnärztekammer

Prof. Dr. Ina Nitschke MPH
Präsidentin der
Deutschen Gesellschaft
für Alterszahnmedizin

Dr. Imke Kaschke MPH
Zweite Vorsitzende der
Arbeitsgemeinschaft für zahnärztliche
Behindertenbehandlung im BDO

Problemaufriss

Behinderung, Altersstruktur und Pflegebedürftigkeit in Deutschland: Mobilitätseinschränkung als Herausforderung für die zahnärztliche Versorgung

Menschen mit Behinderungen und/oder Pflegebedürftigkeit sind in unterschiedlichen Lebensaltern und Lebenssituationen zu finden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (2007) gibt es rund 6,6 Millionen amtlich anerkannte schwerbehinderte Menschen in Deutschland¹, davon sind ca. 4,86 Millionen körperlich und ca. 975.000 geistig/seelisch schwerbehindert. Mehr als die Hälfte ist 65 Jahre und älter. 25 Prozent gehören zur Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen, nur 2,4 Prozent sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Bei 80 Prozent der Betroffenen ist eine Krankheit die Ursache der Behinderung. Mehr als zwei Millionen Menschen sind pflegebedürftig, über eine Million leiden an Demenz. Etwa 600.000 Menschen weisen Behinderungen auf, die für die zahnärztliche Betreuung relevant sind.

Einerseits werden Menschen mit Behinderungen – seien sie genetisch bedingt, angeboren oder frühkindlich erworben – aufgrund verbesserter medizinischer Versorgung immer älter. Gleichzeitig nimmt aufgrund demografischer Entwicklungen die Bedeutung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter deutlich zu.

Die demografische Entwicklung der Gesellschaft in Deutschland ist durch eine doppelte Altersdynamisierung, also die Zunahme der Bevölkerungsgruppe über Sechzig und die gleichzeitige Abnahme jüngerer Jahrgänge gekennzeichnet (s. Abb. 1).

Diese Entwicklung zeichnet sich in allen entwickelten Ländern weltweit ab. Ältere Menschen werden in zunehmendem Maße ihren Lebensabend in Einrichtungen der Alten- und Seniorenbetreuung verbringen. Die Zahl alter Menschen in Deutschland steigt und damit auch die Zahl Pflegebedürftiger. Ende 2007 waren in Deutschland 2,25 Millionen Menschen pflegebedürftig. 68 Prozent der Pflegebedürftigen werden im häuslichen Umfeld durch Familienangehörige und ambulante Pflegedienste versorgt. 32 Prozent leben in den rund 11.000 Pflegeheimen Deutschlands (s. Abb. 2).

Schon heute ist eine angemessene zahnmedizinische Versorgung immobiler Patienten aufgrund unzureichender gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen und einer häufig suboptimalen zahnärztlichen Betreuungsmöglichkeit in Pflegeeinrichtungen sowie mangelhafter Mundhygiene unzureichend. Die künftig zunehmende Versorgungslast geriatrischer und pflegebedürftiger Patienten stellt das gesamte soziale Sicherungssystem und somit auch das zahnmedizinische Versorgungssystem vor große Herausforderungen. Darauf verweist auch das aktuelle Gutachten über „Generationenspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, das der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Jahr 2009 vorgelegt hat.

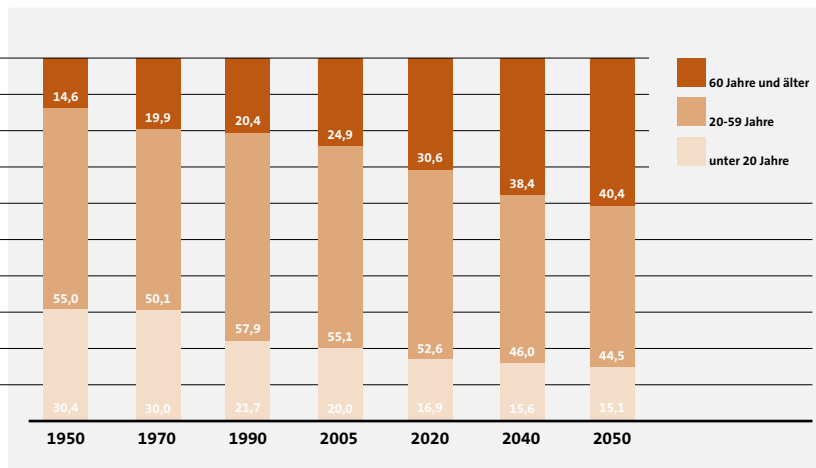


Abb. 1: Altersaufbau der Bevölkerung von 1950 bis 2050

Quelle: Stat. Bundesamt, 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Mittlerer Bevölkerungsvariante 1 W1, 2006

¹ Nach § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensjahr typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. Dabei ist unerheblich, ob die Behinderung auf Krankheit oder Unfall beruht, angeboren oder Folge hohen Alters ist. Die angegebene Statistik umfasst nur die Schwerbehinderten, d.h. die Personen, denen von den Versorgungsämtern ein Grad der Behinderung von 50 und mehr zuerkannt wurde.

Defizite in der zahnärztlichen Versorgung von alten Menschen und von Menschen mit Behinderungen

Grundsätzliche Problematik der zahnärztlichen Versorgung von alten Menschen

Ältere Menschen besitzen heute immer mehr natürliche Zähne. Mit dieser erfreulichen Zunahme der Zahnerhaltung ist andererseits aber die Zunahme der Wurzelkaries sowie schwerer Erkrankungen des Zahnhalteapparats (Parodontitis) bei Senioren festzustellen. Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) aus dem Jahr 2005 zeigt, dass unter den Senioren die Parodontitis am weitesten verbreitet ist. 48 Prozent dieser Altersgruppe sind von einer mittelschweren und 40 Prozent von einer schweren Ausprägung der Erkrankung betroffen. Das entspricht einer Zunahme von 23,7 Prozentpunkten im Vergleich zur vorangegangenen Erhebung im Jahr 1997 (Abb. 3). In der Seniorengruppe zeigt sich am deutlichsten der Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Zahnverluste und der Zunahme von Parodontalerkrankungen. In der Gruppe der Senioren ist in den nächsten Jahren versorgungspolitisch von einer weiteren Zunahme der Parodontitislast auszugehen. Diese Entwicklung ist auch im Hinblick darauf bedeutsam, dass Parodontitis deutliche Wechselwirkungen zu allgemeinmedizinischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes mellitus, Lungenerkrankungen sowie Magen-Darm-Störungen aufweist und sich aus den parodontal verursachten Wundflächen im Mundraum Infektionsrisiken für den Körper ergeben.

Bestimmte Verhaltensmuster, medikamentöse Therapien und Krankheitsbilder im Alter können zudem spezielle

Mundgesundheitsprobleme auslösen. Beispielhaft seien genannt:

- der nachteilige Einfluss von verringertem Speichelfluss auf die Abwehr, Reparaturmechanismen und Selbstreinigung der Zähne
- der Einfluss von Diabetes mellitus auf die Mundschleimhaut und den Zahnhalteapparat mit negativer Wirkung auf Parodontalerkrankungen (und umgekehrt)
- die Mundtrockenheit infolge einer umfangreichen Medikamententherapie mit ihren Folgen für die Zähne, Schleimhauterkrankungen und Zahnersatztherapie
- die Einschränkung des Bewegungsvermögens (Feinmotorik) mit Konsequenzen für eine unzureichende Zahn- und Mundhygiene
- eine nachlassende Sehkraft und eingeschränkte Geschmacks- und Geruchswahrnehmung mit eingeschränktem Erkennen von Erkrankungen und Hygienedefiziten
- die ausgeprägte Leidensfähigkeit älterer Menschen mit der häufigen Konsequenz, dass in einem desolaten Mundgesundheitszustand kein Problem gesehen wird und beginnende Erkrankungen nicht rechtzeitig erkannt werden
- die subjektiv hohe Zufriedenheit mit einem nach objektivem Befund insuffizient gewordenen Zahnersatz, die zu einer verschlechterten Mundgesundheit führt
- die psychosoziale Situation älterer Menschen als Ausdruck einer über ein langes Leben entwickelten Persönlichkeit, ihre gefestigte Einstellung zu bestimmten Lebensfragen und -lagen, die besondere, häufig zeitaufwändige Zahnarzt-Patienten-Kommunikation erfordern

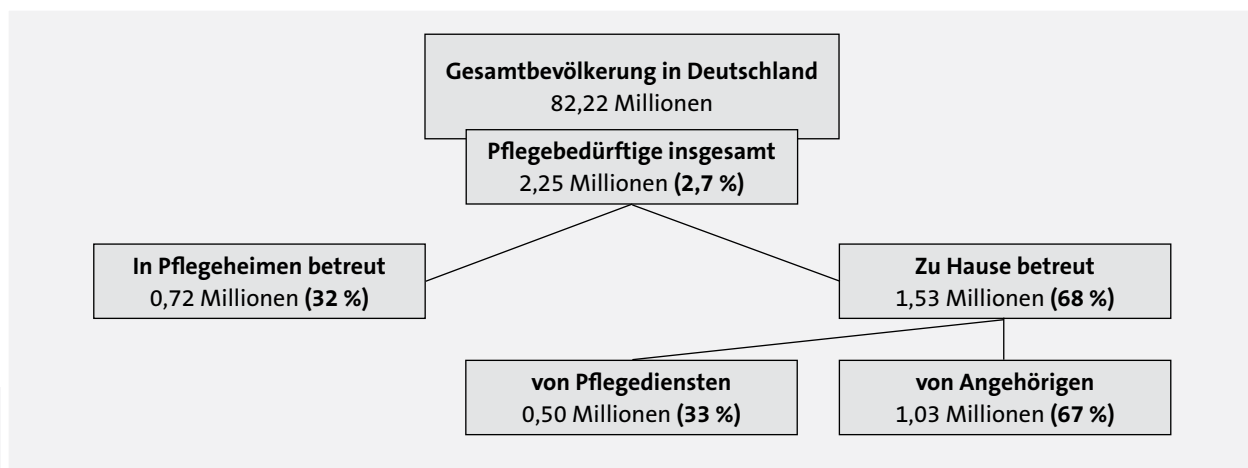


Abb. 2: Pflegebedürftigkeit nach Art der Versorgung in Deutschland

Stand: Dezember 2007; Quelle: Stat. Bundesamt 2009; Zusammenstellung IDZ 2009

Spezielle Problematik der zahnärztlichen Versorgung von immobilen alten Menschen

Auch wenn ältere Menschen pflegebedürftig, also immobil werden, müssen eigene Zähne und vorhandener Zahnersatz präventiv und therapeutisch betreut werden, um die orale Gesundheit und die Kaufähigkeit zu erhalten. Dies ist aufgrund der unzureichenden Versorgungsstruktur derzeit jedoch nur sehr eingeschränkt möglich. Insbesondere die zahnmedizinische Betreuung der 1,54 Millionen Menschen, die zu Hause gepflegt werden, ist problematisch. Eine generelle zahnmedizinische Versorgung in Praxen oder Kliniken würde hohe Transportkosten verursachen und eine generelle mobile Betreuung zu Hause wäre für die beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte mit den üblichen Honorarsätzen der gesetzlichen Krankenkassen betriebswirtschaftlich nicht darstellbar.

Menschen mit Demenzerkrankungen erfüllen häufig nicht die Voraussetzungen für eine Eingruppierung in Pflegestufen. Damit erscheinen sie nicht in der Pflegestatistik, sind aber aus zahnmedizinischer Sicht ähnlich schwer zu betreiben wie Menschen mit körperlichen Einschränkungen.

Unterbleiben Mundpflege und regelmäßige risikoabhängige zahnärztliche Betreuung, verschlechtert sich die Mundgesundheit sehr schnell. Schmerzen entstehen, es treten vermehrt Zahnverluste auf, die Kaufunktion geht verloren, und das Sprechen kann erschwert sein. Der Ernährung kommt in der Pflege nicht nur eine physische, sondern auch eine besonders wichtige psychische Bedeutung zu. Ein Verlust der Kaufunktion oder Schmerzen im Mundbe-

reich behindern die Nahrungsaufnahme und beeinflussen die Lebensqualität.

Nach heutigem Erkenntnisstand ist die zahnärztliche Betreuung in Pflegeeinrichtungen suboptimal. Oft werden zahnärztliche Kontrolluntersuchungen als nicht durchführbar angesehen. Gründe sind das Fehlen eines Behandlungszimmers, die Belastung des Pflegepersonals, Kostenaspekte, aber auch mangelndes Interesse der Betreuten sowie der aufwändige Transport von Patienten in die Zahnarztpraxis. Häufig werden Mundgesundheitsprobleme in der Pflege so lange ignoriert, bis in Notfallbehandlungen Zähne entfernt werden müssen. Angesichts der geringen Adaptationsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen ist anschließend die Eingliederung von Zahnersatz oft nicht mehr möglich – mit allen Konsequenzen für die Lebensqualität der Betroffenen.

Spezielle Problematik der zahnärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Ebenso ist die zahnmedizinische Betreuung von Patienten mit Behinderungen in unserem derzeitigen Versorgungssystem häufig unbefriedigend. Auch bei ihnen sind Karies und Parodontalerkrankungen die Hauptursachen für Zahnverlust. Sowohl bei körperlicher als auch bei geistiger Behinderung haben Menschen aufgrund der motorischen und/oder kognitiven Einschränkungen, die eine unzureichende Mundpflege und Behandlungsfähigkeit bedingen können, ein erhöhtes Risiko für Karies und Zahnbettentzündungen.

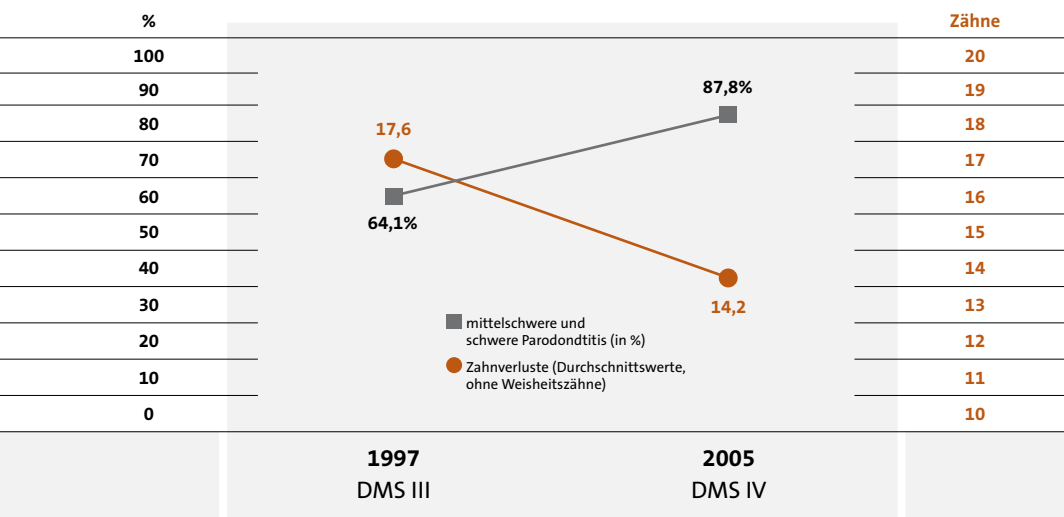


Abb. 3: Entwicklung von mittelschweren und schweren Parodontalerkrankungen sowie Zahnverlusten bei 65- bis 74-Jährigen: Zunahme der Häufigkeit parodontaler Erkrankungen und Abnahme der Zahnverluste im Alter

Quelle: IDZ, DMS IV, 2006

Die hohe Erkrankungsrate und der schlechte Sanierungszustand der Zähne lassen sich allerdings nicht allein durch eine ungenügende Mundpflege erklären, sondern sind auch auf eine ungenügende zahnärztliche Versorgung zurückzuführen.

Die fehlende Einsicht in eine notwendige zahnärztliche Behandlung und übersteigerte Angstzustände bei Patienten mit geistiger Behinderung, sowie eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten körperlich behinderter Patienten sind die Hauptursachen für eine Behandlungsunwilligkeit (Non-Compliance). Sie führen dazu, dass zahnärztliche Dienste sehr häufig nur beschwerdeorientiert in Anspruch genommen werden.

Auch wenn sich zunehmend mehr niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte an der zahnmedizinischen Betreuung von Menschen mit Behinderungen beteiligen, sind viele von ihnen nicht auf die besonderen Bedürfnisse und Befindlichkeiten dieser Patientengruppe eingerichtet, die beispielsweise eine Behandlung unter Vollnarkose nötig machen können. Zahnärzte und Mitarbeiter sehen sich bei der Versorgung bzw. im Umgang überfordert, denn viele Behinderte können aufgrund mangelnder Kooperation nur unter erheblichem personellem, instrumentellem und zeitlichem Aufwand zahnärztlich versorgt werden (s. Tab. 1). Daraus resultieren für die Betroffenen nicht nur lange

Wartezeiten oder eine umfangreiche Suche nach einer geeigneten Praxis. Nicht selten stehen auch die gesundheitspolitischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen (versicherungstechnische Grenzen, Budget, Richtlinien, Gewährleistung, Vergütung) einer adäquaten Versorgung entgegen.

Die defizitäre präventive zahnärztliche Versorgung führt in Verbindung mit einer Vernachlässigung der häuslichen Mundhygiene bei Schwerstbehinderten oft zu einem oralen Gesundheitszustand, der von einem hohen Kariesbefall und gleichzeitig niedrigem Sanierungsgrad geprägt ist.² Insbesondere für jugendliche und erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung besteht ein deutlicher Handlungsbedarf hinsichtlich einer adäquaten (zahn)medizinischen Versorgung.

Besonders die Parodontalbehandlung ist bei Menschen mit Behinderungen problematisch. Die Richtlinien der GKV setzen dafür eine ausreichende Mundpflege, eine aktive Mitarbeit sowie Motivation des Patienten voraus. Diese bei Gesunden sinnvolle Anforderung können viele Behinderte nicht erfüllen. Unterbleiben aber präventive Maßnahmen, verschlechtert sich der Mundgesundheitszustand erheblich, und die dann notwendige Sanierung des Gebisses erscheint unter Kostenaspekten ineffizient.

Die (zahn)ärztliche Behandlung von Patienten mit Behinderungen ist gekennzeichnet durch

- einen höheren Zeitaufwand
- kleinere Behandlungsintervalle
- einen deutlich höheren Personalaufwand
- oft notwendige medikamentöse Vorbehandlung
- häufige Behandlung in Allgemeinanästhesie und Sedation (ca. 40 von hundert Behandlungen müssen in Allgemeinanästhesie erfolgen)
- besondere Planungsgrundsätze, die nicht immer mit den Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen vereinbar sind und
- die fehlende Finanzierung zahnärztlicher Prophylaxe bei erwachsenen GKV-Versicherten

² Bei der zahnärztlichen Versorgung von Kindern mit Behinderungen hat sich in den letzten 20 Jahren ein Strukturwandel von den ausschließlich palliativen Maßnahmen über die restaurativen Tätigkeiten bis hin zur Prävention vollzogen. Dabei hat sich der ursprünglich geringe Sanierungszustand deutlich verbessert.

Tab. 1: Besonderheiten der zahnärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Quelle: nach Holthaus 2001

Versorgungskonzept

Anspruchsberechtigung

Die Alterszahnheilkunde und die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen stellen zwei getrennte Bereiche dar. Schon die Gruppe der „älteren Menschen“ ist sehr heterogen. Gleichwohl weisen beide Bereiche zahnmedizinische Versorgungsstrecken und -inhalte auf, die identische Ansätze umfassen. Aus diesen gemeinsamen Schnittmengen leitet sich die Gruppe der Anspruchsberechtigten ab, für die nachfolgend die Versorgungsstrecken und das Leistungsspektrum beschrieben werden, um den Schwächen bei der Versorgung dieser Patientengruppe erfolgreich zu begegnen.

Kriterien der Anspruchsberechtigung

Kriterium Lebensalter

Vor dem Hintergrund bestehender gesetzlicher Regelungen und der Präventionserfolge, die auch die Gruppe der Alten erreicht haben, stellt sich die Frage nach dem besonderen Handlungsbedarf für betagte Menschen und Menschen mit Behinderungen. Dieser kann nur dort bestehen, wo ein Versorgungsdefizit vorliegt. Ein Handlungsbedarf ergibt sich zwingend da, wo ein guter Mundgesundheitszustand erhalten werden soll, auch wenn die Versicherten selbst nicht mehr in der Lage sind, für eine ausreichende Mundpflege zu sorgen. Diesen Aspekt bestätigt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem aktuellen Gutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ mit dem Hinweis, dass der drohende Verlust einer erfolgreichen Versorgung erst dann eintritt, wenn neben dem Alter eine Erkrankung hinzukommt, die zu einer Pflegebedürftigkeit führt.

Aus diesem Grunde ist das Erreichen eines bestimmten Lebensalters als alleiniges Kriterium zur Definition der Anspruchsberechtigten nicht geeignet.

Kriterium Mobilität

Der Leistungskatalog der vertragszahnärztlichen Versorgung bezieht sich auf die ambulante Versorgung. Sie erfordert, dass der Versicherte die Zahnarztpraxis aktiv und selbstständig aufsuchen kann. Dieses Kriterium grenzt die Versichertengruppe der Mobilen bzw. eingeschränkt Mobilen von denjenigen ab, die sich in häuslicher bzw. institutioneller Pflege befinden und daher einer aufsuchenden Betreuung bedürfen.

Eine Differenzierung der Versicherten anhand ihrer Mobilität erscheint sinnvoll, da dieses Kriterium darüber entscheidet, ob eine ambulante Behandlung in der Zahnarztpraxis möglich ist.

Kriterium Selbststeuerung der Zahn- und Mundpflege

Es ist davon auszugehen, dass bei Patienten, die körperlich und/oder geistig nicht in der Lage sind, die eigene Mundhygiene suffizient durchzuführen, ein erhöhter zahnärztlicher Behandlungsbedarf besteht.

Ein wichtiger Aspekt zur Bestimmung der Anspruchsberechtigten ist demnach die Fähigkeit des Patienten zu einer selbstgesteuerten Zahn- und Mundpflege.

Kreis der Anspruchsberechtigten

Die Kriterien Mobilität und Selbststeuerung der Zahn- und Mundpflege strukturieren die inhomogenen Gruppen der alten und behinderten Menschen hinreichend.

Danach umfassen die Gruppen der Anspruchsberechtigten im vorliegenden Konzept:

- die mobilen alten Menschen und mobilen Menschen mit Behinderungen, die eine Betreuung durch den (Haus-)Zahnarzt zwar aktiv, selbstständig und eigenverantwortlich wahrnehmen können, aber aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eine selbstgesteuerte Zahn- und Mundpflege zu betreiben
- die immobilen Alten und die immobilen Menschen mit Behinderungen, bei denen eine Betreuung in der Zahnarztpraxis nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich ist. Eine selbstgesteuerte Zahn- und Mundpflege kann in der Regel nicht durchgeführt werden. Diese Patientengruppe wird überwiegend in Pflegeeinrichtungen, aber auch zunehmend unter häuslichen Bedingungen gepflegt und bedarf der unmittelbar auf sie zugehenden zahnärztlichen Betreuung

Die Anspruchsberechtigung wird vorschlagsweise durch den behandelnden Zahnarzt, nötigenfalls durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellt.

Anspruchsberechtigt sind außerdem:

- Menschen mit Behinderungen, die Pflegegeld beziehen (§ 43a SGB XI) bzw. Personen, die in eine Pflegestufe eingeordnet sind. Eine ausführliche Begründung für die Einbeziehung der Pflegestufe 1 findet sich im Anhang (Kapitel 6.1)
- Personen, die aufgrund ihrer schweren körperlichen und/oder geistigen Behinderung dauerhaft Eingliederungshilfe beziehen (§ 53 SGB XII)³

Zahl der Anspruchsberechtigten

Das Ausmaß der unterschiedlichen Mobilitätseinschränkungsprägungen auf Bevölkerungsniveau kann auf der Grundlage von Schwerbehinderten- und Pflegebedürftigkeitsstatistiken nur geschätzt werden. Da robuste Abgrenzungskriterien zum Mobilitätsstatus der betroffenen Bevölkerungsgruppen nur grob vorliegen und die Datenlage unzureichend ist, kann derzeit der Umfang des mutmaßlich betroffenen Personenkreises empirisch nicht exakt abgeleitet werden.

³ Begründung: Der Bezug von Eingliederungshilfe ist an das Vorliegen einer schwerwiegenden Behinderung geknüpft. Der Bezug ist leicht überprüfbar. Personen, die von Eingliederungshilfe abhängen, sind auch wirtschaftlich schlecht gestellt (wer Eingliederungshilfe bekommt, muss eine Behinderung nachweisen können und kann seine Unterhaltskosten nicht alleine aufbringen).

Für die Gruppe der körperlich/kognitiv eingeschränkten Patienten, die eine Zahnarztpraxis aktiv und selbstständig aufsuchen, jedoch keine selbstgesteuerte Zahn- und Mundpflege durchführen können, wurden zwei Modellrechnungen erstellt. Sie unterscheiden sich dadurch, dass bei den betroffenen Personenkreisen unterschiedliche Prävalenzen zur eingeschränkten Zahn- und Mundpflege statistisch angesetzt wurden (s. Tab. 2 und 3). Die Zahl der Anspruchsberechtigten in dieser Gruppe beläuft sich nach den Modellrechnungen auf eine Größenordnung von 0,8 bis 1,1 Millionen GKV-Versicherte.

Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass die Gruppe der mobilen alten und der mobilen behinderten Menschen, die eine Betreuung durch die (Haus-)Zahnärztin bzw. den Zahnarzt aktiv, selbstständig und eigenverantwortlich wahrnehmen und die ohne Einschränkung eine selbstgesteuerte Zahn- und Mundpflege betreiben können, nicht zur Zielgruppe des vorliegenden Konzepts gehören.

1.
Modellrechnung

Körperlich/kognitiv eingeschränkte Personen, die in die Praxis kommen können, aber nicht selbstgesteuert die Zahn- und Mundpflege durchführen können – Jahr 2007

Altersgruppen	0 bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	insgesamt
Wohnbevölkerung	11,3 Mio	54,4 Mio	16,5 Mio	82,2 Mio
Geschätztes Personenpotenzial (Berechnungsschritt 1)	0,02 Mio	1,0 Mio	1,4 Mio	2,4 Mio
Anteil der Wohnbevölkerung	0,2 %	1,8 %	8,5 %	2,9 %
Geschätzter Anteil mit eingeschränkter Selbststeuerung der Zahn- und Mundpflege (Berechnungsschritt 2)	30 %	30 %	42 %	
Geschätztes Personenpotenzial mit eingeschränkter Selbststeuerung (Wohnbevölkerung)	0,01 Mio	0,3 Mio	0,6 Mio	0,9 Mio
Anteil GKV-Versicherte: 85 %				
Geschätztes Personenpotenzial mit eingeschränkter Selbststeuerung (GKV-Versicherte)				0,8 Mio

2.
Modellrechnung

Körperlich/kognitiv eingeschränkte Personen, die in die Praxis kommen können, aber nicht selbstgesteuert die Zahn- und Mundpflege durchführen können – Jahr 2007

Altersgruppen	0 bis unter 15 Jahre	15 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	insgesamt
Wohnbevölkerung	11,3 Mio	54,4 Mio	16,5 Mio	82,2 Mio
Geschätztes Personenpotenzial (Berechnungsschritt 1)	0,02 Mio	1,0 Mio	1,4 Mio	2,4 Mio
Anteil der Wohnbevölkerung	0,2 %	1,8 %	8,5 %	2,9 %
Geschätzter Anteil mit eingeschränkter Selbststeuerung der Zahn- und Mundpflege (Berechnungsschritt 2)	50 %	50 %	56 %	
Geschätztes Personenpotenzial mit eingeschränkter Selbststeuerung (Wohnbevölkerung)	0,01 Mio	0,5 Mio	0,8 Mio	1,3 Mio
Anteil GKV-Versicherte: 85 %				
Geschätztes Personenpotenzial mit eingeschränkter Selbststeuerung (GKV-Versicherte)				1,1 Mio

Tab. 2 und 3: Modellrechnungen zur Abschätzung des zahnärztlichen Betreuungsbedarfs

Grundlage: Schwerbehinderten- und Pflegebedürftigkeitsstatistiken (2007), Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (2007) sowie eigene sozialmedizinische Überlegungen zum Mobilitätsausmaß; Quelle: KZBV-Statistik und IDZ, 2009

Leistungsspektrum

Allgemeine Empfehlungen

Bonusheft

Die Zahnärzte und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) sollen im Rahmen der Begutachtung/Eingruppierung einer allgemeinen Anspruchsberechtigung auf eine geregelte Führung des Bonusheftes hinweisen.

Bei Patienten mit Einstufung in eine Pflegestufe und Menschen mit Behinderungen soll auf die Führung des Bonusheftes verzichtet werden können.

Praxisgebühr

Bei Patienten mit Einstufung in eine Pflegestufe und Menschen mit Behinderungen soll auf die Erhebung der Praxisgebühr verzichtet werden können, da durch sie notwendige präventive Betreuungskonzepte unnötigerweise erschwert werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Großteil der betroffenen Betreuten schon heute von der Bezahlung der Praxisgebühr befreit ist. Der Verwaltungsaufwand bei der regelgerechten Beibringung der Praxisgebühr, insbesondere im Rahmen der mobilen Behandlung für den dann noch verbleibenden Anteil von Patienten, ist keinesfalls gerechtfertigt.

Empfehlungen zum Leistungsspektrum

Die im Kapitel „Kreis der Anspruchsberechtigten“ ermittelten Personengruppen haben gegenüber der Gruppe der mobilen und nicht eingeschränkten Versicherten einen größeren zahnärztlichen Betreuungsbedarf. Ein ergänzender Leistungskatalog ist daher auf deren Bedürfnisse abzustellen. Diese Strukturierung ist in einer risikoadäquaten Versorgungsstrecke schematisch dargestellt (s. Abb. 4).

Präventive Leistungen sollen allen Versicherten zugutekommen, die in ihrer Mundhygienefähigkeit eingeschränkt sind. Ergänzende therapeutische Leistungen sollen allen Patienten zugutekommen, die in ihrer Therapiefähigkeit eingeschränkt sind. Soweit in diesem Zusammenhang Narkosen erforderlich sind, sollen diese außerhalb der Regelleistungsvolumina erbracht werden. Patienten ohne Einschränkungen in Mundhygiene- und Therapiefähigkeit erhalten keine zusätzlichen Leistungen (s. Abb. 5).

Das Tätigkeitsspektrum der zahnärztlichen Betreuung behinderter, alter und pflegebedürftiger Patienten umfasst präventive und kurative Maßnahmen, wobei die Möglichkeit der zahnärztlichen Betreuung entscheidend von

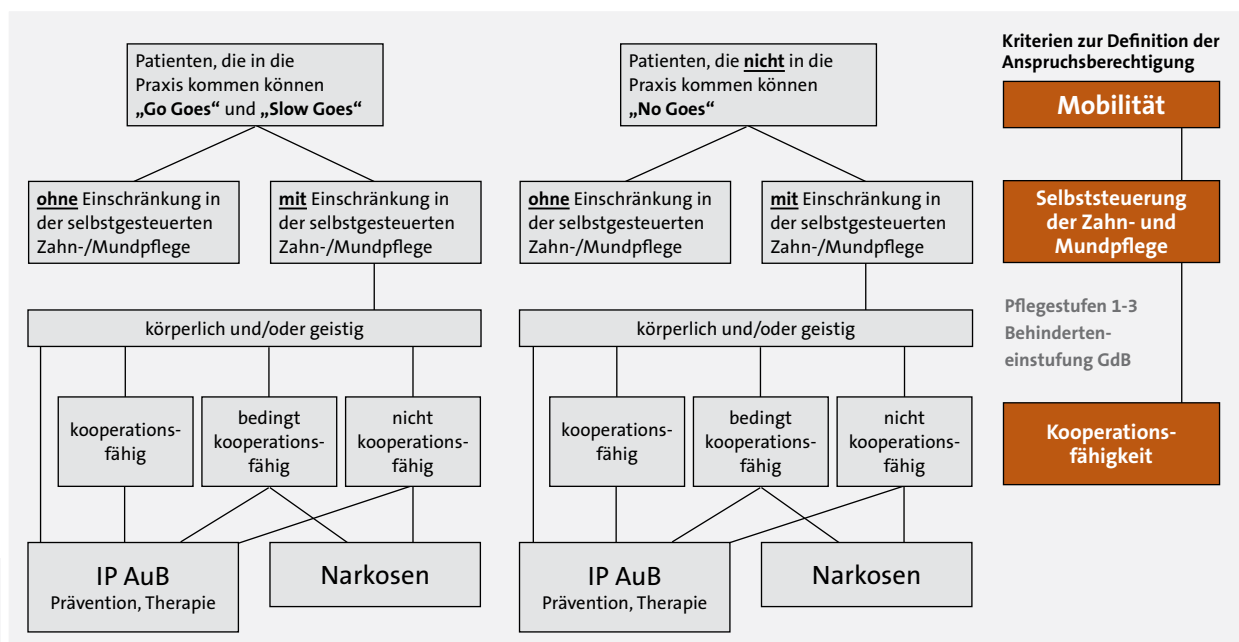


Abb. 4: Zahnärztliche Versorgungsstrecke für alte Menschen und für Menschen mit Behinderungen

den äußeren Bedingungen (Behandlungszimmer, mobile Behandlungseinheit etc.) und dem allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten abhängig ist.

Im Mittelpunkt der Betreuung behinderter, betagter, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen, die aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen nicht fähig sind, selbstgesteuert Mundhygiene zu betreiben, stehen präventive Maßnahmen. Sie sind weitgehend unabhängig von äußeren Bedingungen durchführbar. Beispiele:

- regelmäßiger Mundgesundheitscheck, insbesondere Beachtung der Entstehung von Wurzelkaries, der Veränderungen der Mundschleimhaut und des Parodonts sowie im Hinblick auf beginnende Krankheitsprozesse im Mund (Neubildungen, Karzinome)
- risikospezifische Zahnreinigung
- regelmäßige Reinigung der Prothesen
- lokale Fluoridierung, welche freiliegende Wurzeloberflächen einbeziehen soll
- Hilfestellung bei Hygienemaßnahmen (Zahnputztechnik, Prothesenreinigung) unter Einbeziehung der Pflegekräfte und Angehörigen
- Ernährungsberatung unter Einbeziehung der Pflegekräfte und Angehörigen
- Überprüfung der Funktionstüchtigkeit prothetischer Versorgungen

Sind die äußeren Bedingungen für eine zahnärztlich-kurative Behandlung gegeben, sei es durch Vorhandensein eines Behandlungszimmers oder durch Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit, steht mit Einschränkung das gesamte zahnärztliche Therapiespektrum zur Verfügung, also

- risikospezifische Zahnreinigung
- konservierende Maßnahmen
- parodontologische Maßnahmen
- endodontische Maßnahmen
- prothetische Versorgung (Neuanfertigungen, Wiederherstellungen)
- chirurgische Maßnahmen

Vorschlag für einen präventiven Leistungskatalog

Die bisherigen Individualprophylaxe-Leistungen gemäß § 22 SGB V in Verbindung mit den Individualprophylaxe-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Bema-Ziffern IP 1 - 5 sind versorgungstechnisch nicht ausreichend, da sie dem besonderen Versorgungsbedarf alter und/oder behinderter Menschen nicht Rechnung tragen. Zudem haben nur Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf diese Leistungen. Berücksichtigt man den besonderen Versorgungsbedarf der Zielgruppe, bedarf es eines zusätzlichen und bedarfsgerechten Leistungskataloges. Dieser ist dem nachfolgenden Vorschlag für die Bereiche Prophylaxe und Zahntechnik zu entnehmen.

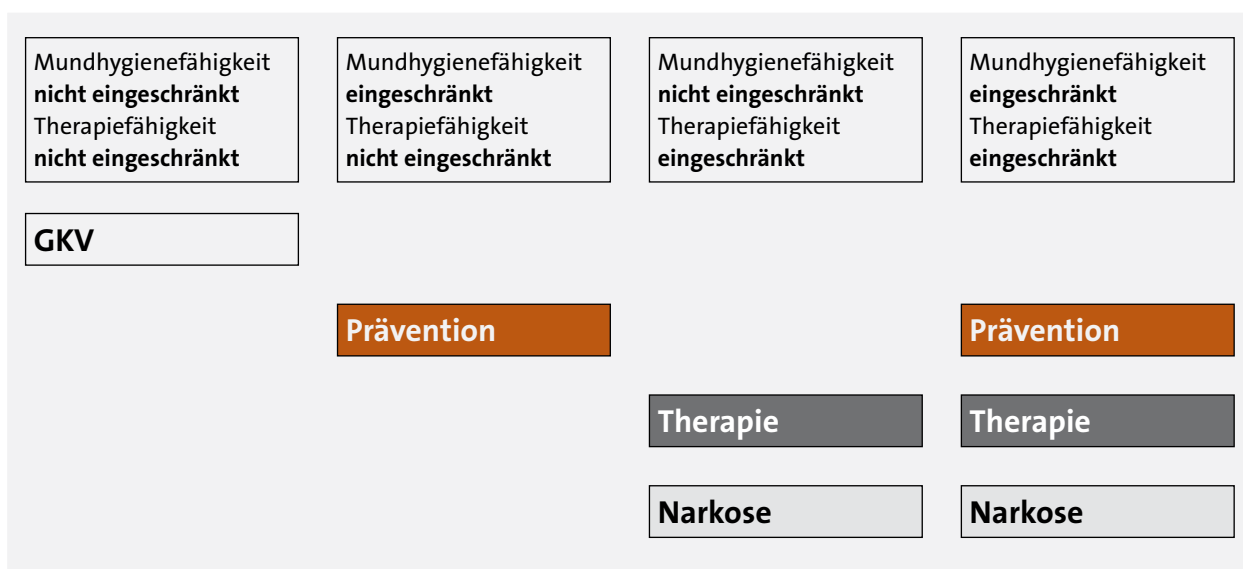


Abb. 5: Ergänzende präventive und therapeutische Leistungen für alte Menschen und für Menschen mit Behinderungen in Abhängigkeit der Mundhygiene- und Therapiefähigkeit

Leistungs-Nr.

AuB
(Alter und Behinderung)

Prophylaxe

Leistungskatalog für Versicherte, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eigenständig Mund- und/oder Prothesenhygiene zu betreiben

IPAuB 1**Mundhygienestatus**

1. Die Erhebung des Mundhygienestatus umfasst die Beurteilung der Mund- und Prothesenhygiene sowie des Gingivazustandes anhand von mindestens einem Index, die Feststellung und Beurteilung von Plaque-Retentionsstellen und ggf. das Anfärben der Zähne. Der einmal gewählte Index ist beizubehalten.
2. Eine Leistung nach Nr. IPAuB 1 kann einmal im Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.

IPAuB 2.1**Aufklärung über Mundgesundheit**

1. Aufklärung des körperlich und/oder geistig zur eigenständigen Mund- und/oder Prothesenhygiene eingeschränkt fähigen Versicherten und/oder seines Betreuers, des Pflegepersonals bzw. des Angehörigen über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation.
2. Die Aufklärung über die Mundgesundheit umfasst folgende Leistungen:
 - Aufklärung von Ursachen der Karies sowie Zahnbett- und Mundschleimhauterkrankungen (Gingivitis, Parodontitis) sowie deren Vermeidung
 - Ernährungshinweise und Beratung über Mund- und/oder Prothesenhygiene, auch unter Berücksichtigung der Messwerte des gewählten Mund- und/oder Prothesenhygieneindex
 - Empfehlung zur Anwendung geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen
 - Demonstration und praktische Unterweisung zur Technik der Zahn- und Mundhygiene, hier zur Reinigung der Zähne, der Parodontien und der Mundschleimhaut
 - Demonstration und praktische Unterweisung zur Prothesenpflege

Die Zahnärztin / der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen Prophylaxemaßnahmen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalles festlegen.

3. Eine Leistung nach Nr. IPAuB 2 kann einmal im Quartal abgerechnet werden.
4. Die Abrechnung der Nr. IPAuB 2 setzt die Einzelunterweisung voraus.

IPAuB 2.2**Erarbeitung und Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und/oder Prothesenpflege**

Leistungs-Nr. <small>AuB (Alter und Behinderung)</small>	Prophylaxe Leistungskatalog für Versicherte, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eigenständig Mund- und/oder Prothesenhygiene zu betreiben
IPAuB 3.1	Risikospezifische Reinigung der Zähne a) bis zu 10 Zähnen, b) bis zu 20 Zähnen, c) mehr als 20 Zähne. 1. Die risikospezifische Reinigung der Zähne umfasst die vollständige Entfernung der supragingivalen harten und weichen Zahnbeläge, die Entfernung der klinisch erreichbaren subgingivalen Beläge, die Reinigung der Zahnzwischenräume sowie die Politur der Zähne, der Füllungen und der Kronenränder soweit die Politur zur Herstellung der Mundhygienefähigkeit oder aus prophylaktischen Gründen notwendig ist. 2. Die Leistungen nach Nrn. IPAuB 3.1 a) bis c) können einmal im Quartal und nicht nebeneinander abgerechnet werden.
IPAuB 3.2	Entfernen harter und weicher Beläge von Prothesen 1. Eine Leistung nach Nr. IPAuB 3.2 kann je Prothese einmal im Kalenderhalbjahr abgerechnet werden. 2. Soweit die zahntechnische Reinigung und Politur einer Prothese angezeigt ist, sind die zahntechnischen Kosten gesondert abrechnungsfähig.
IPAuB 4	Lokale Fluoridierung der Zähne 1. Die Nr. IPAuB 4 umfasst die lokale Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung und Konditionierung von freiliegenden Wurzeloberflächen mit Lack, Gel o. Ä. einschließlich der Beseitigung von weichen Zahnbelägen und der Trockenlegung der Zähne. 2. Eine Leistung nach Nr. IPAuB 4 kann einmal im Quartal abgerechnet werden. Verordnungshinweise / Arzneimittelverordnung Für Anspruchsberechtigte, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eigenständig Mund- und/oder Prothesenhygiene zu betreiben, können Fluoridierungsmittel und Bakteriostatika (CHX) zur häuslichen Anwendung auf den Namen des Patienten über eine Einzelverordnung verordnet werden.
IPAuB 5	Versiegelung von Fissuren und Grübchen aller Zähne (je Zahn)
IPAuB 6	Erhebung des PSI-Codes Eine Leistung nach IP AuB 6 kann einmal im Kalenderjahr abgerechnet werden.

Leistungs-Nr.

AuB
(Alter und Behinderung)

Zahntechnik

Leistungskatalog für Versicherte, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eigenständig Mund- und/oder Prothesenhygiene zu betreiben

ZT AuB 1**Reinigung und Politur von Prothesen**

1. Eingangsbegutachtung einer Teil- oder Totalprothese auf verdeckte Schäden, gegebenenfalls unter Einsatz einer Sehhilfe (Lupe, OpMi)
2. Einsatz eines halbautomatischen Reinigungsgeräts (z.B. Nadelbad)
3. Einsatz eines Sand- oder Glanzstrahlers zur Beseitigung der harten Beläge und anschließende Politur
4. manuelle Reinigung bei extraharten Belägen mit Handstück und speziellen Bürsten

ZT AuB 2**Hygieneoptimierte Umarbeitung einer Prothese**

Herstellen einer den Belag abweisenden Oberfläche, Verschluss der Interdentalräume

Ordnungspolitische Umsetzung

Vorschlag für die Vergütung des Mehraufwandes bei der Behandlung

In der Therapie stellen sich die Behandlungsabläufe bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen als wesentlich aufwendiger dar. Es besteht ein erheblicher personeller, instrumenteller und zeitlicher Mehraufwand.

In vielen Fällen sind diese Patienten in ihrer Kooperations- bzw. Therapiefähigkeit eingeschränkt. Um dennoch eine erfolgreiche Behandlung durchführen zu können, bedarf es adäquater, auf den Einzelnen zugeschnittener Maßnahmen (z. B. besondere Vorrichtungen zur Lagerung, Anästhesie, überdurchschnittlicher Zeitaufwand). Dies gilt insbesondere dann, wenn die Behandlung im Rahmen der aufsuchenden Versorgung in Alten- und Pflegeheimen erfolgen muss. Sind unter diesen Voraussetzungen die äußeren Bedingungen für eine zahnärztliche kurative Behandlung gegeben, steht das gesamte zahnärztliche Therapiespektrum zur Verfügung.

Dem entstehenden Mehraufwand kann nur durch angemessene Vergütungszuschläge bei der Behandlung dieser Versichertengruppe Rechnung getragen werden. Es wird

daher vorgeschlagen, im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen entsprechende Zuschlagspositionen einzuführen. Bereits bestehende Regelungen für Besuchspauschalen und Wegegeld im Rahmen der aufsuchenden Betreuung könnten aufwandadäquat angepasst werden.

Änderung des SGB V

Die Umsetzung des Konzepts zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen setzt zunächst voraus, dass der Gesetzgeber im SGB V einen ordnungspolitischen Rahmen schafft. Ohne Ergänzungen der geltenden Vorschriften im SGB V ist die Umsetzung des vorliegenden Konzepts nicht möglich. Hier bietet sich an, gesetzestechnisch an die Regelungen der Individualprophylaxeleistungen in § 22 SGB V anzuknüpfen. Hier ist zunächst eine Anspruchsberechtigung ähnlich wie bisher bei den individualprophylaktischen Leistungen zu definieren. Daher bietet es sich auch an, den neuen ordnungspolitischen Rahmen bei § 22 SGB V anzusiedeln (§ 22 a SGB V). Ebenso wie bei § 22 SGB V wäre dann das Nähere zur Umsetzung in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V – hinsichtlich der Bewertung im Erweiterten Bewertungsausschuss festzulegen.

Anhang

Pflegestufe I und Anspruchsberechtigung

Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 sind aus den im Folgenden genannten Gründen in den Kreis der Anspruchsberechtigten einer speziellen zahnärztlichen Versorgung für Menschen mit Behinderungen sowie im Bereich der Alterszahnheilkunde, ohne gesonderte Begutachtung, aufzunehmen.

Die bundesweit einheitliche Definition und Eingruppierung von Pflegebedürftigen in eine entsprechende Pflegestufe – diese ist für alle Altersgruppen, also junge und betagte Menschen mit Behinderungen, identisch formuliert – bietet auch für den möglichen Mehraufwand im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung eine sinnvolle Grundlage. Die Voraussetzungen für eine Eingruppierung sind wie folgt beschrieben:

Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)

Betroffen sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)

Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen, sind in Pflegestufe II eingruppiert. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 3 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen müssen.

Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)

Betroffen sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung be-

nötigen. Der Hilfebedarf für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung muss pro Tag mindestens 5 Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen müssen.

Im Jahr 2009 waren rund 2,6 Prozent der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland als "pflegebedürftig" erfasst, die Pflegebedürftigkeit betraf also insgesamt 2,1 Millionen Bundesbürger. 70 Prozent der Bedürftigen waren in der häuslichen Pflege (= ambulante Pflege) untergebracht, wohingegen 30 Prozent in der institutionalisierten Pflege (= stationäre Pflege) versorgt waren. Fasst man in der Beurteilung der Zugehörigkeit der Pflegestufen die ambulante und stationäre Pflege zusammen, so ergibt sich eine Verteilung der Pflegestufen wie folgt:

Pflegestufe I	980.000	= 47 %
Pflegestufe II	775.000	= 37 %
Pflegestufe III	345.000	= 16 %

In Kenntnis der genannten Zahlen wird deutlich, dass die Einbeziehung der Betreuten der Pflegestufe I auch bei der zahnärztlichen Versorgung ein mögliches Finanzierungsvolumen enorm erhöhen wird.

Patienten der Pflegestufe I haben mehr eigene Zähne

Im Rahmen des Dualen Konzepts zur zahnärztlichen Versorgung von betagten Menschen mit Behinderungen in der Landeshauptstadt München sind aktuell über 1.500 Betreute in die wiederkehrende zahnärztliche Prävention eingebunden. Das Durchschnittsalter aller der im Modell Betreuten beträgt 86 Lebensjahre.

Nur 7 Prozent der Pflegebedürftigen sind in die Pflegestufe I, 54 Prozent in die Pflegestufe II und 39 Prozent in die Pflegestufe III eingruppiert. In der Betrachtung der zahnärztlichen Befunde und der Zugehörigkeit zu den Pflegestufen lässt sich ein mittelbarer Zusammenhang herstellen zwischen der Anzahl eigener, echter Zähne und eben dieser Zugehörigkeit zu einer Pflegestufe. So haben im Mittel Patienten der Pflegestufe III nurmehr 4,8 eigene Zähne, Patienten der Pflegestufe II immerhin noch 9,3 und Patienten der Pflegestufe I noch 16,4 eigene Zähne.

Insbesondere die Reinigung der eigenen Zähne setzt ausreichende Kenntnisse sowie entsprechende manuelle Fähigkeiten voraus. Die Bayerische Altersstudie aus dem Jahr 2000 (Benz et al.) konnte eindrucksvoll zeigen, dass in der Generation "60+" Kenntnisse im Bereich einer selbstständigen ausreichenden Mundhygiene fehlen oder nur unzureichend vorhanden sind.

Die Auswertung des Teamwerkindex – Index zur Bewertung der Mundgesundheit und der Mundhygiene – gerade bei Patienten der Pflegestufe I zeigt einen enormen Verbesserungsbedarf. 81 Prozent der Betreuten der Pflegestufe I weisen ein mittleres oder hohes Risiko auf (TW Index > 9). Geht man, auch nach der Definition der Pflegestufe I, davon aus, dass der Patient in der Lage ist, seine Prävention – zumindest mit Einschränkung – regelgerecht in Eigenverantwortung selbst durchzuführen, scheint hier Unterstützung dringend erforderlich, die sich in erster Linie mit der Sicherstellung der täglichen Mundpflege aber auch mit der wiederkehrenden zahnärztlichen Betreuung am Bett gewährleisten ließe.

Problem der Zunahme demenzieller Erkrankungen

Demenzielle Erkrankungen sind Erkrankungen des Gehirns, die gehäuft im höheren Lebensalter (über 65 Jahre – dritter Lebensabschnitt) auftreten. Neben anfänglichen Gedächtnis- und Orientierungsstörungen – vor allem zeitliche und örtliche Orientierung – treten in fortgeschrittenen Stadien massive geistige und körperliche Beeinträchtigungen auf. Im fortgeschrittenen Verlauf der demenziellen Erkrankung können die Betroffenen nicht mehr selbstständig leben und bedürfen intensiver Pflege sowie Betreuung. Von den über 65-Jährigen haben ungefähr 34 Prozent eine Mild Cognitive Impairment (MCI). Für diese Personen gilt, dass sie einem erhöhten Risiko für eine Demenz-Erkrankung ausgesetzt sind. Jährlich wird bei 15 Prozent der MCI-Betroffenen die Diagnose einer Demenz gestellt.

Altersgruppe	Anteil Demenzerkrankter
65- bis 69-Jährige	1,2 %
70- bis 74-Jährige	2,8 %
75- bis 79-Jährige	6,0 %
80- bis 84-Jährige	13,3 %
85- bis 89-Jährige	23,9 %
über 90-Jährige	34,6 %

Tab. 4: Steigende Zahl der Menschen mit Demenz nach Altersgruppen

Quelle: Mayer, Baltes: Berliner Altersstudie, 1996

Nach der Berliner Altersstudie (1996) steigt die Zahl der Menschen mit Demenz nach Altersgruppen aufgeschlüsselt wie in Tab. 4 beschrieben an.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass bisher bei über der Hälfte aller Senioren (älter als 65 Jahre) im allgemeinärztlichen Patientengut mit vorhandener Demenz nie eine solche Diagnose gestellt wurde. Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit auch des demenziell Erkrankten ist die Hilfsbedürftigkeit bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, und zwar in den Bereichen:

Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Blasen- oder Darmentleerung

Ernährung: mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung

Mobilität: Selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (z. B. für Arztbesuche, Behördengänge, nicht für Spaziergänge)

Bislang war die Eingruppierung des demenziell Erkrankten nach der Definition der drei Pflegestufen I - III häufig erschwert, so dass Überlegungen angestellt wurden, eine Pflegestufe 0 für eben diesen Bereich zu etablieren.

Der Umgang mit den Pflegebedürftigen im Bereich der zahnmedizinischen, präventiven Versorgung im Rahmen des Dualen Konzepts in der Landeshauptstadt München zeigt, dass gehäuft und zunehmend die regelmäßige Zahnpflege in Eigenverantwortung unterbleibt. Ursache ist hier nicht der Mangel an manuellen Möglichkeiten, sondern die Einsicht, auch für die Gesunderhaltung der Mundhöhle etwas tun zu können und tun zu müssen.

UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen (2009)

Mit der im März 2009 durch Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention wird das Recht für Menschen mit Behinderungen anerkannt, das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu genießen. Im Artikel 25 – Gesundheit, Abs. b der UN-Behindertenrechtskonvention heißt es:

„Insbesondere bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden, soweit angebracht, einschließlich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen.“

Neben der Schaffung der Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen ist zur Überwindung der Behinderung im Einzelfall die Umsetzung des Konzeptes auf angemessene Vorkehrungen im Einzelfall zu berücksichtigen. Daraus leitet sich auch die Anspruchsberechtigung auf besondere zahnmedizinische Fürsorge ab, um individuelle Benachteiligung infolge von Behinderung zu vermeiden.

Verwendete Literatur

Bauer, J., Neumann, T., Saekel, R.: Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland, Mundgesundheit und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme, 1. Auflage 2009, Verlag Hans Huber, Bern

Benz, Chr., Haffner, C.: Zahnmedizin in der Pflege – das Teamwerk-Projekt. IDZ-Info Nr. 4/2009, Informationsdienst des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln, (2009)

Cichon, P., Donay, S.: Die Entwicklung des oralen Gesundheitszustandes von Patienten mit Behinderungen. IDZ-Info Nr. 4/2004, Informationsdienst des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln, (2004)

Holthaus, V.: Vortrag im Rahmen der Jahrestagung der AG für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen, (2001)

Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2006)

Mayer, K. U., Baltes, P. B.: Die Berliner Altersstudie. Akad. Verl., Berlin (1996)

Nordenram, G., Ljunggren, G.: Oral status, cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff. Oral Dis 8, 296-302 (2002)

Rademakers, L., Gorter, R.: Ageing and oral health care in The Netherlands. An explorative study. Ned Tijdschr Tandheelkd 115, 527 (2008)

Robert Koch Institut (RKI), Mundgesundheit, Heft 47, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Berlin (2009)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SvR): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten. Kohlhammer Stuttgart (2009)

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden (2006)

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2007. Wiesbaden (2008)

Mitglieder der Arbeitsgruppe

An der Erstellung des Konzeptes haben mitgewirkt:

Zahnarzt Stephan Allroggen, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen, Frankfurt

Prof. Dr. Peter Cichon, Leiter der Ambulanz für Spezielle Zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Behinderungen, Fakultät für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universität Witten/Herdecke

Dr. Wolfgang Eßer, Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Köln

Dr. Cornelius Haffner, Oberarzt in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Dr. Volker Holthaus, Erster Vorsitzender der AG für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO), Bad Segeberg

Dr. Imke Kaschke MPH, Zweite Vorsitzende der AG für zahnärztliche Behindertenbehandlung im Berufsverband Deutscher Oralchirurgen (BDO), Manager Healthy Athletes, Special Olympics Deutschland, Berlin

Eugen Mann, Leiter der Abteilung Vertrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Köln

Dr. disc. pol. Wolfgang Micheelis, Wissenschaftlicher Leiter des Institutes der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln

Prof. Dr. Ina Nitschke MPH, Erste Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ), Klinik für Kaufunktionsstörungen, abnehmbare Rekonstruktionen, Alters- und Behindertenzahnmedizin, Zürich

Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Vorstandsreferent für Präventive Zahnheilkunde der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Berlin

Dr. Michael Rumpf, Präsident Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz, Vorstandsreferent für Alterszahnheilkunde der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Mainz

Dipl.- Math. Lothar Scheibe, Leiter der Abteilung Statistik der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Köln

Prof. Dr. Andreas Schulte, Oberarzt der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Mund-, Zahn- und Kieferklinik des Universitätsklinikums Heidelberg (Kopfkl. Klinik), Heidelberg

Dr. Andreas Wagner, Präsident der Landes Zahnärztekammer Thüringen, Vorstandsreferent für Behindertenzahnheilkunde der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Erfurt

Zahnarzt Ralf Wagner, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein, Langerwehe

Dr. Franz-Josef Wilde, ehem. Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Rosendahl

Dr. Karin Ziermann, Vorstandsbeauftragte der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Köln

Dr. Sebastian Ziller MPH, Leiter der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Berlin

Impressum

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

Gestaltung

atelier wieneritsch

Fotos

Jozef Sedmák / Shotshop
ojo images / F1 online

Berlin, Juni 2010