

Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen – Wie können Versorgungsmaßnahmen ankommen?

SONJA KAPP,
ALEXANDRA HERZBERG,
JONAS CZWIKLA,
CORDULA SCHMELZER,
THOMAS KALWITZKI,
INA NITSCHKE,
HEINZ ROTHGANG

Sonja Kapp, Dr. Alexandra Herzberg und Thomas Kalwitzki sind wissenschaftliche Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Jonas Czwikla ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department für Versorgungsforschung der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Cordula Schmelzer ist Referentin Zahnärzte in der Abteilung Versorgungsmanagement beim BKK Dachverband e.V. in Berlin

Prof. Dr. Ina Nitschke ist Leiterin des Bereichs Seniorenzahnmedizin an der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Leipzig

Prof. Dr. Heinz Rothgang leitet die Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Pflegebedürftige Menschen haben einen schlechteren Mundgesundheitsstatus bei einer gleichzeitig niedrigeren zahnärztlichen Versorgungsrate. In den letzten zehn Jahren wurden daher gesetzliche Maßnahmen eingeführt, die direkt oder indirekt auf die Verbesserung der mundpflegerischen Versorgung Pflegebedürftiger zielen, aber nicht ausreichen, eine adäquate Inanspruchnahme herbeizuführen. Deshalb wurde das Projekt „Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen“ ins Leben gerufen, das eine zugehende und aufsuchende zahnmedizinische Versorgung bei Pflegebedürftigen im häuslichen Setting erprobt und deren Wirksamkeit evaluiert.

Mundpflegerische Herausforderungen bei Menschen mit Pflegebedarf

Wir leben in einer älter werdenden Gesellschaft. Während im Jahr 2013 noch 20 % der Gesamtbevölkerung in die Altersgruppe der über 65-Jährigen fielen, ist für 2060 ein Anteil von rund 33 % zu erwarten (Statistisches Bundesamt 2015: 19). Ein noch bedeutenderer Anstieg ist für die Gruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) zu erwarten, nämlich von 5 % (2013) auf 8 % (2030) und weiterhin auf 13 % (2060) (Statistisches Bundesamt 2015: 19). Aufgrund der Assoziation von steigendem Lebensalter mit Pflegebedürftigkeit wird deshalb mit einer Zunahme des Anteils pflegebedürftiger Menschen um 32 % von 2013 bis 2030 gerechnet. In absoluten Zahlen entspricht dies einem Anstieg von

2,63 Millionen (2013) auf 3,48 Millionen (2030) Menschen mit Pflegebedarf (Rothgang et al. 2016). Dabei ist der seit 2017 geltende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht einbezogen, der – bei Berücksichtigung des Pflegegrades 1, der allerdings noch nicht zum Bezug der Hauptleistungsarten der Pflegeversicherung berechtigt – zu deutlich höheren Fallzahlen führen dürfte.

In Bezug auf die (zahn)medizinische Versorgung ergibt sich für diese Personengruppe eine Besonderheit: Mit einsetzender Pflegebedürftigkeit nimmt die Kontakthäufigkeit zum Hausarzt in der Regel zu, während die Kontakthäufigkeit zum Zahnarzt abnimmt. Der Zahnarztbesuch verschiebt sich dabei häufig von einer Kontroll- hin zu einer Beschwerdeorientierung (Nitschke/Micheelis 2016), obwohl dies im Bedarfsfall meist mit einem erhöhten Aufwand und einer er-

höhten Belastung für Pflegebedürftige verbunden ist (Nitschke/Kaschke 2011).

Um Betroffene und Angehörige bereits beim Übergang von „fit“ zu „gebrechlich“ und später beim Übergang von „gebrechlich“ zu „pflegebedürftig“ auf das Thema Mundgesundheit aufmerksam zu machen, sind entsprechende Informationen und Angebote notwendig, um so Hilfestellungen bei der Versorgung zu bieten (Nitschke et al. 2015; Ludwig 2016). Zu

um diesen Themenkomplex ergänzt werden und gezielt das Thema Mundpflege im Rahmen der Ausbildung vertieft wird (Nitschke/Kaschke 2011; Herzberg 2017).

Der praktische Nutzen ist dabei unbestritten: In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass durch Schulungen von Pflegekräften die Mundpflege Pflegebedürftiger verbessert werden kann (Jordan et al. 2012; Ludwig 2016). Bei Übernahme der Mundpflege ist daher der Einbezug der Pflegepersonen in individuelle Mundpfleges Schulungen von großer Bedeutung, um die Nachhaltigkeit der Mundgesundheitsaufklärung und eines individuellen Mundgesundheitsplans sicherzustellen.

Um diesen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, wird deshalb auf struktureller Ebene versucht, die Mundpflege

gezielter in die Pflegepraxis einzubinden. Hierzu wird aktuell ein Expertenstandard zur „Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), sowie der Arbeitsgemeinschaft für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (AG ZMB) und der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) entwickelt (BZÄK 2018). Da dieser Expertenstandard nicht von der gemeinsamen Selbstverwaltung gemäß § 113a SGB XI beauftragt wurde, ist er für die Leistungsanbieter allerdings nicht verbindlich.

Negative Wechselwirkungen zwischen altersassoziierten Erkrankungen und der Mundgesundheit

Eine prekäre Mundgesundheit ist mit steigendem Alter von *speziellen Erkrankungen* geprägt, deren Auftreten durch mangelnde und eingeschränkte Mundpflege gefördert wird: Zwar nimmt der Anteil zahnloser Menschen im Zeitverlauf ab, was auf eine bessere Prävention der Betroffenen in vorhergehenden Lebensabschnitten sowie auf eine strukturierte zahnmedizinische Versorgung, etwa durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen und die Teilnahme an professionell durchgeführten Zahn- und Prothesenreinigungen hinweist. Wenn aller-

dings mehr eigene Zähne länger erhalten werden und hierdurch die Häufigkeit des Tragens von festsitzendem und/oder herausnehmbarem Zahnersatz nachweisbar sinkt (Nitschke/Stark 2016), birgt dies auch ein erhöhtes Risiko, an Karies (Destruktion der Zahnhartsubstanzen) oder Parodontitis (entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparates) zu erkranken. Dieses Risiko wird weiter erhöht, wenn keine ausreichende Mundpflege durchgeführt wird.

Darüber hinaus zeigen Studien *Zusammenhänge zwischen Mundgesundheit und allgemeiner Gesundheit*. So können sich z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen oder Diabetes mellitus und Parodontitis gegenseitig beeinflussen (Deschner et al. 2011; Saremi et al. 2005). Dabei liegen dem Hausarzt üblicherweise früher als dem Zahnarzt Informationen über Pflegebedürftigkeit vor. Um möglichst frühzeitig in einem umfassenden Therapiekonzept auch die Mundgesundheit Pflegebedürftiger zu berücksichtigen, ist daher eine Sensibilisierung der Hausärzte und eine Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Haus- und Zahnärzten sinnvoll (Ludwig 2016; Stillhart/Nitschke 2018). Insgesamt zeigt sich, dass die Mundgesundheit Pflegebedürftiger gegenüber Personen ohne Pflegebedarf stärker beeinträchtigt ist. Hierdurch entsteht ein erhöhter Therapiebedarf, dem jedoch eine geringere Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen gegenübersteht (Nitschke/Micheelis 2016; Radel et al. 2018; Rothgang et al. 2014).

Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung

Der Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung ist bei eingeschränkter Mobilität und/oder eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten erschwert. So ist das *Aufsuchen einer zahnärztlichen Praxis* für Pflegebedürftige oftmals problematisch oder unmöglich (Nitschke/Micheelis 2016, Stillhart/Nitschke 2018). Um diesen Besonderheiten zum Trotz eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, ist eine Stärkung der *interdisziplinären Kooperation von Medizin, Pflege und Zahnmedizin* erforderlich (Stillhart/Nitschke 2018), um so die Gesundheit des Einzelnen zu verbessern und die Lebensqualität zu erhalten. Dabei ist zu untersuchen, inwieweit zugehende und aufsuchende Versorgungsangebote helfen können (s.u.).

Die Mundgesundheit Pflegebedürftiger ist gegenüber Personen ohne Pflegebedarf stärker beeinträchtigt – es entsteht ein erhöhter Therapiebedarf.

berücksichtigen ist dabei, dass Menschen mit Pflegebedürftigkeit aufgrund ihrer speziellen Einschränkungen eine besondere Herausforderung für die mundpflegerische und zahnmedizinische Versorgung darstellen, da die Mundpflegekompetenz abnimmt, altersassoziierte Erkrankungen die Mundgesundheit negativ beeinflussen und der Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung erschwert ist.

Abnehmende Mundpflegekompetenz im Alter

Um die Qualität der Mundgesundheit zu erhalten, ist – wie auch bei anderen Altersgruppen – eine tägliche häusliche Mundpflege erforderlich. Diese kann von Pflegebedürftigen oft nicht mehr adäquat erbracht werden. Häufig trägt daher eine *Abnahme der Mundpflegekompetenz* aufgrund von Einschränkungen der motorischen und/oder kognitiven Fähigkeiten im Alter, aufgrund von Multimedikation und den assoziierten *Wechselwirkungen*, wie etwa Mundtrockenheit, zu einer negativen Beeinträchtigung der Mundgesundheit bei.

Um diesem gesundheitlichen Risikofaktor zu begegnen, wird gefordert, in der Ausbildung von Alten- und Krankenpflegern verstärkt auch die Mundgesundheit einzubeziehen. So werden Problembewusstsein und fachliches Wissen der Alten- und Krankenpfleger bezüglich der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen erweitert, indem die Ausbildungsinhalte

Gesetzliche Maßnahmen zur Stärkung der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf

Als Reaktion auf die beschriebenen Herausforderungen hat die Gesundheitspolitik bereits seit 2008 verschiedene Maßnahmen auf den Weg gebracht (Rothgang 2017). Dabei wurde jedoch zunächst die (zahn)medizinische Versorgung in *stationären Einrichtungen* in den Mittelpunkt gestellt (Abbildung 1). Seit 2008 „können“ und seit Inkrafttreten des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG) aus dem Jahr 2015 „sollen“ stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit einem betreuenden Zahnarzt schließen. Gelingt der Abschluss eines solchen Vertrags nicht, „haben“ die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Verträge zu vermitteln (§ 119b SGB V). Seit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) werden für die Versorgung im Rahmen eines solchen Kooperationsvertrags zusätzliche Vergütungen gewährt. Nach Angaben der KZBV lagen zum Jahresende 2015 insgesamt 2.607

Verträge vor (Brandhorst et al. 2016: 56), was bei rund 13.000 Pflegeheimen einer Abdeckung von 20 % entspricht. Nach Angaben der KZBV wurden bis 2018 insgesamt 4.000 neue Verträge geschlossen – nach wie vor hat also die breite Mehrheit der Pflegeheime *keinen* Vertrag. Diese Norm wird in dem am 9. November 2018 vom Deutschen Bundestag beschlossenen Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) noch weiter verschärft: In der Neufassung „haben“ die Pflegeeinrichtung nunmehr derartige Verträge abzuschließen, während die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen den Abschluss derartiger Verträge „innerhalb von drei Monaten“ vermitteln müssen (BT-Drucksache 19/4453: 21). Zudem ist nunmehr vorgesehen, dass die Einrichtung für die Kooperationszusammenarbeit eine verantwortliche Pflegefachkraft benennen muss (§ 119 Abs. 1 Satz 8 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfs).

In Folge der geschaffenen Zuschlagspositionen für das Aufsuchen Pflegebedürftiger in stationären Pflegeeinrichtungen wurden diese Leistungen in steigender Anzahl durchgeführt und

abgerechnet (Rädel et al. 2018). Jedoch können *weiterführende* Behandlungen meistens nicht in der gleichen Sitzung durchgeführt werden. In der Regel nimmt nämlich die Ab- und Aufklärung in erhöhtem Maße Zeit in Anspruch, da hierbei die Besonderheiten der Personengruppe wie z.B. Betreuung und Therapiefähigkeit geprüft und berücksichtigt werden müssen. Das damit verbundene Abwägen zwischen dem theoretischen und relativierten objektiven Behandlungsbedarf führt dann überhäufig dazu, dass beim multimorbid Erkrankten am Ende des Lebens eine Behandlung zwar objektiv indiziert ist, aber subjektiv nicht mehr zumutbar erscheint. Die Varianz an Behandlungsangeboten bei Pflegebedürftigen ist deshalb groß, obwohl der Zahnbestand vergleichbar ist (Rädel et al. 2018).

Für Pflegebedürftige in *häuslicher Pflege* wurden im GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 monetäre Anreize (Zuschläge) zur aufsuchenden Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen für mobil tätige Zahnmediziner geschaffen, die im PNG ausgeweitet wurden.

Abbildung 1: Die gesetzliche Maßnahmenkette im Überblick

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008)
<i>Einführung § 119b SGB V</i>
Konkretisierung der Möglichkeit Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen (Zahn-) Ärzten zur Sicherstellung und Verbesserung der (zahn-) ärztlichen Versorgung zu schließen.
GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG (2012)
<i>Einführung § 87 Abs. 2i SGB V</i>
Zusätzliche zahnärztliche Vergütung für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind oder eine Behinderung aufweisen. (Zuschläge)
Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG (2012)
<i>Weiterentwicklung § 87 Abs. 2i SGB V</i>
Erweiterung der zusätzlichen zahnärztlichen Vergütung für das Aufsuchen von Versicherten, die eine dauerhaft eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen. (Zuschläge)
<i>Einführung § 87 Abs. 2j SGB V</i>
Zusätzliche zahnärztliche Vergütung 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. (Zuschläge)
<i>Weiterentwicklung § 119b SGB V</i>
Verpflichtung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auf Antrag eines Pflegeheims einen entsprechenden Vertrag zu vermitteln und Informationspflicht der Pflegeheime.
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG (2015)
<i>Einführung § 22a SGB V</i>
Für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wurde ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen.
Hospiz- und Palliativgesetz – HPG (2015)
<i>Weiterentwicklung § 119b SGB V</i>
Aus der fakultativen Möglichkeit Kooperationsverträge zu schließen wurde eine „Soll“-Vorschrift.
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG (2018)
Aus der „Soll“-Vorschrift zum Abschluss von Kooperationsverträgen wird eine „Muss“-Vorschrift. Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird eine Frist von maximal 3 Monaten gesetzt, solche Verträge zu vermitteln.

Quelle: eigene aktualisierte Darstellung nach Brandhorst et al. 2016

Trotz der aufgeführten Maßnahmen zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung ist – wie auch die Ergebnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie zeigen – das Risiko einer Verschlechterung der Mundgesundheit nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit weiterhin deutlich erhöht (Nitschke/Micheelis 2016). Ursächlich hierfür könnte zum einen sein, dass die gesetzlichen Regelungen (zu) lange Zeit auf die Versorgung im Pflegeheim fokussiert waren und Leistungen für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege vernachlässigt haben. Zum anderen wurde mit der Möglichkeit, Kooperationsverträge abzuschließen, ausschließlich auf die strukturelle Ebene abgestellt und weniger auf den individuellen Versicherten.

Um dieser Problematik zu begegnen, wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) in § 22a SGB V ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen, die sogenannte *zahnmedizinische Individualprophylaxe*. Dieser Grundsatzanspruch wurde in den Folgejahren untergesetzlich mit einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert. Entsprechend der entstandenen Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) können nunmehr seit dem 1. Juli 2018 folgende Leistungen in Anspruch genommen werden:

- Erhebung des Mundgesundheitsstatus,
- Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans,
- Aufklärung zur Mundgesundheit,
- Entfernung harter Zahnbeläge kalenderhalbjährlich.

Der Inanspruchnahme dieser Maßnahmen soll die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorangegangen sein. Ferner ist vorgesehen, dass die Pflegepersonen gezielt in die Aufklärung und Erstellung des Mundgesundheitsplans einbezogen werden. Neben dem (pflegerischen) Ziel der individuellen Verbesserung der Mundpflege soll dabei auch akuter (zahnmedizinischer) Behandlungsbedarf festgestellt werden. Bedarfsorientiert können darüber hinaus konsiliarische

Erörterungen mit Ärzten und Zahnärzten durchgeführt werden, um Erkrankungen, die mit der Mundgesundheit in Verbindung stehen, entgegen zu wirken.

Anspruch und Wirklichkeit: Versorgungsmaßnahmen und Zugangsprobleme

Die Einführung und inhaltliche Umsetzung des Anspruchs auf Vorsorgeleistungen und insbesondere auch der Einbezug der Pflegepersonen wird von der Fachöffentlichkeit ausdrücklich begrüßt (DGAZ 2018). Fraglich ist allerdings, ob der Anspruch auf diese neuen Leistungen auch zu einer entsprechenden Inanspruchnahme führen wird. Um dies zu überprüfen, wurde eine Berichtspflicht eingeführt, nach der die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung jährlich die Inanspruchnahme an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu berichten hat. Dies soll dazu dienen, beurteilen zu können, inwiefern die Zielgruppe umfassend erreicht wird (G-BA 2018a). Nach heutigem „Wissensstand“ stehen einer flächendeckenden Inanspruchnahme der Versorgung nämlich mehrere Aspekte entgegen, die sich grob in angebots- und nachfrageseitige Zugangsprobleme einteilen lassen.

Angebotsseitige Zugangsprobleme

Auf Grund kognitiver und/oder motorischer Einschränkungen sind einige Pflegebedürftige auf den Hausbesuch eines Zahnarztes angewiesen (Nitschke/Micheelis 2016). Diese werden jedoch nicht von allen Zahnärzten angeboten. Die Gründe hierfür können dabei sowohl in der Person des Zahnarztes, zum Beispiel in seiner mangelnden Kenntnis in der Seniorenzahnmedizin und daraus folgenden Unsicherheiten bei der Behandlung von Pflegebedürftigen liegen, als auch in den logistischen Anforderungen. Für den Zahnarzt und seine Teammitglieder stellt jeder Hausbesuch einen erhöhten Aufwand dar, der zusätzlich noch die instrumentelle mobile Grund-Ausstattung, die nicht jedem Zahnarzt zur Verfügung steht, voraussetzt (KZBV/BZÄK 2010). Hier fehlen also bisher flächendeckende Versorgungskonzepte für den ambulanten Bereich, zu deren Einrichtung insbesondere zwei Maßnahmen förderlich wären: Für eine Sicherung der zahnmedizinischen Versorgungsqualität sollte eine Anpassung der Struktur der Angebote folgen, die an den besonderen Bedürfnissen der Patientengruppe orientiert

ist. Dazu ist es notwendig, die Kenntnisse der Zahnärzte zur Seniorenzahnmedizin, zum Beispiel durch Fort- und Weiterbildungen, zu erweitern (DGAZ 2018). Ein weiterer Lösungsansatz ist eine verpflichtende Ausbildung im Fach Seniorenzahnmedizin im Zahnmedizinastudium, wie zum Beispiel in der Schweiz (Nitschke/Neitzel/Sobotta 2017). Hierdurch kann eine flächendeckende Expertise erreicht werden.

Angesichts einer seit 2006 sinkenden Zahl zudem noch regional sehr inhomogen verteilter Zahnärzte ist absehbar, dass die in § 22a SGB V vorgesehene „Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und Prothesenpflege und die Zahnsteinentfernung“ nicht flächendeckend von Zahnärzten per Hausbesuch durchgeführt werden können. Hier ist es, zweitens, vielmehr notwendig, entsprechende Delegationsmodelle zu entwickeln, die es erlauben, zumindest einen Teil dieser Aufgaben – womöglich nach Erstbesuch durch den Zahnarzt – durch (weitergebildete) zahnmedizinische Fachangestellte erbringen zu lassen. Die Möglichkeiten der Delegation zum Beispiel bei der häuslichen Schulung zur individuellen Mundhygiene sind vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Approbationsordnung für Zahnärzte zu prüfen.

Nachfrageseitige Zugangsprobleme

Menschen mit Pflegebedürftigkeit unterscheiden sich in ihrem Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Leistungen substanziell von Menschen ohne Pflegebedürftigkeit (Nitschke/Micheelis 2016; Rothgang et al. 2014). Während erstere Gruppe überwiegend kontrollierende und prophylaktische Leistungen in Anspruch nimmt, dreht sich dieses Verhältnis bei Pflegebedürftigen um. Bei Ihnen tritt der kontrollierende Aspekt in den Hintergrund (Tabelle 1). Hierbei ist zu vermuten, dass diese spezielle Form der Inanspruchnahme durch die Pflegebedürftigkeit vermittelt auftritt und darauf hinweist, dass die subjektive Bedeutung der zahnärztlichen Versorgung abnimmt und Routineuntersuchungen weniger wichtig erscheinen. Dies unterstreichen auch Ergebnisse zur reinen Versorgungshäufigkeit, nach denen der letzte Zahnarztkontakt bei Pflegebedürftigen nicht selten mehr als zwei Jahre zurück liegt (Nitschke/Micheelis 2016).

Tabelle 1: Inanspruchnahmeverhalten älterer Senioren (75-100 Jahre)

	Inanspruchnahmeverhalten	
	beschwerde-orientiert	kontroll-orientiert
	%	%
ohne Pflegestufe	31,8	68,2
mit Pflegestufe	61,3	38,7
Gesamt	38,4	61,6

Quelle: eigene Darstellung nach Nitschke/Micheelis 2016

Um die Inanspruchnahme der individualprophylaktischen Leistungen zu fördern, wurde als erste ergänzende Maßnahme zur Information der betroffenen Personengruppe bereits ein Patientenmerkblatt in Leichter Sprache auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses eingestellt (G-BA 2018b). Darauf aufbauend wäre es sinnvoll, eine umfassende Informationsstrategie zu erarbeiten, die die Kenntnisse der Pflegebedürftigen über den Anspruch auf die Vorsorgeleistungen erweitert (Ludwig 2016).

Fraglich ist aber, ob und inwieweit der reine Anspruch auf Vorsorgeleistungen, wie sie in der Richtlinie nach § 22a SGB V definiert wurden, – selbst wenn er den Pflegebedürftigen bekannt gemacht wird – ohne weitere Maßnahmen zu einer Inanspruchnahme führen wird.

Notwendig erscheint auch eine verbesserte Vermittlung von Kontakten zu Zahnärzten, die Hausbesuche durchführen oder auf Seniorenzahnmedizin spezialisiert sind. Darüber hinaus könnte für eine frühe Sensibilisierung der älteren Bevölkerung gesorgt werden, indem der Fokus auf die Wiederherstellung und/oder den Erhalt der Mundgesundheit in jedem Lebensabschnitt gelegt wird. Frühzeitige Warnsignale können bei beginnender Gebrechlichkeit bereits vor der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit wahrgenommen werden, zum Beispiel in Rehabilitationseinrichtungen. Hierbei sind alle Berufsgruppen gefordert, sich interdisziplinär einzubringen. Weiterhin könnten Kommunikationslücken geschlossen werden, die daraus resultieren, dass der Zahnarzt oftmals keine Kenntnis darüber erhält, wenn ein Patient pflegebedürftig wird. Das könnte für die Ermittlung des Versorgungsbedarfs jedoch hilfreich sein. Der Zahnarzt sollte dazu eine Information erhalten, sodass er gezielt die kontrollorientierte Inanspruchnahme durch ein gutes Praxismanagement unterstützen kann (Herzberg 2017).

Mit der inhaltlichen Ausformulierung und der nun konkreten Umsetzung des § 22a SGB V ist zwar der Grundstein für eine Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen gelegt. Allerdings sprechen auch die nachfrageseitigen Zugangshürden dagegen, dass der Anspruch allein zu einer steigenden Inanspruchnahme in gewünschtem Umfang führt. Hierzu müssen vielmehr Modelle entwickelt werden, die eine *zugehende und niedrigschwellige* Versorgung beinhalten. Über eine direkte Ansprache der Pflegebedürftigen kann das Wissen um die Versorgungsmöglichkeit erhöht und ein Anreiz zur Inanspruchnahme gesetzt werden. Durch solch niedrigschwellige Angebote wird die Teilhabe an der Versorgung erleichtert, so dass ein höherer Anstieg der Inanspruchnahme zu erwarten ist.

Projekt „Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen“

Vor diesem Hintergrund und anknüpfend an die aufgezeigten Zugangsprobleme, die dazu führen, dass die rechtlichen Ansprüche des § 22a SGB V nicht im möglichen Umfang in eine Leistungsanspruchnahme münden könnten, wurde das gemeinsame Projekt „Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen“ (Innovationsfonds: 01NVF17003) der Universität Bremen, der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg und des BKK Dachverbands initiiert (Universität Bremen 2018). Ziel ist es, die zahnmedizinische Versorgung zugehend und aufsuchend umzusetzen und damit die Mundgesundheit von Menschen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit aufrechtzuerhalten bzw. zu verbessern. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einer speziellen Art der Leistungsorganisation und -erbringung, bei der die Bedürfnisse und Einschränkungen des Pflegebedürftigen zum Ausgangspunkt genommen werden.

Die neue Versorgungsform: Zugehende und aufsuchende Organisation

Für die im Rahmen der Studie entwickelte „neue Versorgungsform“ wird ein *zugehender Ansatz* gewählt, indem die beteiligten Betriebskrankenkassen ihre Versicherten über mögliche Leistungen proaktiv informieren. Weiterhin wird den Versicherten die Terminkoordination abgenommen – es wird der Kontakt zu einem Zahnarzt in der Nähe hergestellt, der die Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person *aufsucht* und vor Ort den Status der Mundgesundheit erhebt. Hiermit wird den Pflegebedürftigen – vielfach nach langer Zeit der Behandlungsabstinenz als Erstkontakt zu einem Zahnarzt – ein *niedrigschwelliges, zugehendes und aufsuchendes zahnmedizinisches Angebot* geboten, das die nachfrageseitigen Zugangshürden adressiert. Nach der Erhebung des Mundgesundheitszustands wird der Pflegebedürftige – gegebenenfalls gemeinsam mit seiner Pflegeperson – individuell zu seiner Mundgesundheit aufgeklärt, und er erhält eine praktische, an seinen Mundgesundheitsstatus angepasste Anleitung zur Durchführung der häuslichen Mundhygiene. Bei weitergehendem akuten Behandlungsbedarf wird eine weiterführende Inanspruchnahme des Hauszahnarztes oder eines Zahnarztes in der Nähe des Wohnortes angeregt.

Selektive Delegation im Einzelfall

Im Rahmen der Studie wird eine weitere Veränderung gegenüber der Regelversorgung umgesetzt, die an den anbieterseitigen Zugangshürden ansetzt und so die Nutzung des individualprophylaktischen Angebots als Flächenleistung für möglichst viele Pflegebedürftige befördert: Es werden, soweit möglich, nach dem Erheben des zahnärztlichen Befundes durch den Zahnarzt in Übereinstimmung mit dem Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (Zahnheilkundengesetz-ZHG) die *präventiven Schulungsmaßnahmen* vom Zahnarzt an Zahnmedizinische Fachangestellte *delegiert* (§ 1 Abs. 5 ZHG). Da das Fehlen einer Wegevergütung für die Zahnmedizinische Fachangestellte in der Regelvergütung als hemmender Faktor einzustufen ist, werden diese Kosten, die entstehen, wenn Zahnmedizinische Fachangestellte ohne Begleitung eines Zahnarztes Versicherte zur Schulung der

regelmäßigen Mundhygiene in der Häuslichkeit aufsuchen, im Rahmen des Projektes vom Innovationsfonds finanziert.

Ziel: Ermöglichung der Inanspruchnahme und Verbesserung der Mundgesundheit

Ziel der neuen Versorgungsform ist es somit, Pflegebedürftigen die Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 22a SGB V zu ermöglichen und damit ihre Mundgesundheit messbar zu verbessern. Hierzu wird darauf fokussiert, inhaltliche und organisatorische Zugangsbarrieren aufzuheben, die einer zahnmedizinischen Versorgung entgegenstehen und die somit sekundär die Mundgesundheit der Pflegebedürftigen verschlechtern. Durch *Delegation* der Mundgesundheitsaufklärung an Zahnmedizinische Fachangestellte kann dabei die Versorgung der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in einem quantitativen Maße verbessert werden, das bei vollumfänglicher Leistungserbringung ausschließlich durch Zahnärzte nicht umsetzbar wäre. Durch die *zugehende Ansprache* und das *Aufsuchen* der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit wird ein wesentlicher Beitrag geleistet, gerade klassisch multimorbide und mobilitätseingeschränkte Pflegebedürftige an der zahnmedizinischen Versorgung teilhaben zu lassen. Erst hierdurch werden für diese Personengruppe die Leistungen des § 22a SGB V zugänglich.

Überprüfung der Wirksamkeit mit Primärdaten

Die Wirksamkeit dieser neuen Versorgungsform wird in einer *zweiarmigen randomisierten kontrollierten Studie* überprüft. Einbezogen werden pflegebedürftige Versicherte der beteiligten Betriebskrankenkassen, die ambulant gepflegt werden und im Land Bremen oder Niedersachsen wohnen.

Potentielle Studienteilnehmer werden von ihrer Betriebskrankenkasse angeschrieben und nach Eingang ihrer Einverständniserklärung im Verhältnis 1:1 zufällig in Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt (Randomisierung). Aufgrund der zufälligen Gruppenzuweisung und einer hinreichenden Gruppengröße ist davon auszugehen, dass zu diesem Zeitpunkt eine Strukturgleichheit zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe vorliegt und keine Unterschiede in der Mundgesundheit und allen weiteren individuellen Faktoren bestehen.

Bei Studienteilnehmern der Interventionsgruppe wird anschließend die neue Versorgungsform durchgeführt. Die Studienteilnehmer der Kontrollgruppe erhalten diese nicht. Nach sechs Monaten findet sowohl bei Studienteilnehmern der Interventionsgruppe als auch bei Studienteilneh-

Um den angebots- und nachfrageseitigen Zugangsproblemen zu begegnen, sind geeignete Versorgungsmodelle zu entwickeln.

mern der Kontrollgruppe eine *zahnärztliche Erhebung des Mundgesundheitsstatus* statt. Die Studienzahnärzte wissen dabei nicht, welche Studienteilnehmer zuvor die neue Versorgungsform erhalten haben. Damit ist eine einfache Verblindung gewährleistet. Zu diesem Zeitpunkt erfasste Unterschiede in der Mundgesundheit zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe sind aufgrund der zuvor erfolgten Randomisierung auf die ausschließlich in der Interventionsgruppe umgesetzte neue Versorgungsform zurückzuführen. Es kann somit überprüft werden, inwiefern die neue Versorgungsform zu einer *quantitativen Verbesserung* der individuellen Mundgesundheit beigetragen hat. Zusätzlich werden den Studienteilnehmern beider Gruppen die Befunde der zahnärztlichen Untersuchung mitgeteilt und es werden, falls erforderlich, mögliche Behandlungsoptionen empfohlen und im Rahmen der Regelversorgung erbracht. Erste Ergebnisse werden für Ende 2019 erwartet.

Überprüfung der Wirksamkeit mit Routinedaten

Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen es, abgerechnete zahnärztliche Leistungen der Regelversorgung nachzuvollziehen. Im Rahmen des Projektes „Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen“ ist es mit den Routinedaten der beteiligten Betriebskrankenkassen daher auch möglich, das zahnmedizinische Inanspruchnahmeverhalten zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe zu vergleichen. Bei Versicherten ausgewählter Altersgruppen werden darüber hinaus zahnmedizinische Versorgungsun-

terschiede zwischen Pflegebedürftigen und Versicherten ohne Pflegebedarf eruiert. Hierbei werden zwei Zeitpunkte unterschieden: vor der Erprobung der neuen Versorgungsform und während bzw. nach Erprobung der neuen Versorgungsform. Entsprechende Vergleiche werden

Erkenntnisse darüber generieren, inwiefern die zugehende und aufsuchende Versorgung Zugangsbarrieren aufhebt und zu einer *quantitativen Verbesserung* der Versorgung beiträgt und Versorgungsunterschiede zwischen Pflegebedürftigen in ambulanter Versorgung und Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung sowie Versicherten ohne Pflegebedarf reduziert.

Erste Ergebnisse werden ebenfalls für Ende 2019 erwartet.

Fazit

Pflegebedürftige weisen im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf eine schlechtere Mundgesundheit auf. Hinzu kommt, dass für Pflegebedürftige weniger Zahnarztkontakte zu verzeichnen sind. Auch die zahlreichen gesetzgeberischen Maßnahmen der letzten zehn Jahre konnten diesen Unterschieden bisher nicht nachhaltig entgegensteuern und eine gleiche Teilhabe an der zahnmedizinischen Versorgung sicherstellen.

Seit Mitte des Jahres 2018 ist der Anspruch von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen auf Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen gemäß § 22a SGB V mit Leistungen hinterlegt. Mit diesem Leistungsanspruch ist das Ziel einer quantitativen Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung durch eine Steigerung der Inanspruchnahme verbunden. Da die Strukturen der Versorgung noch nicht auf die besonderen Bedürfnisse von Pflegebedürftigen einerseits und behandelnden Zahnärzten andererseits ausgerichtet sind, bestehen jedoch angebots- und nachfrageseitige Zugangsprobleme. Um diesen Hindernissen im Zugang zu begegnen, sind geeignete Versorgungsmodelle zu entwickeln. Am erfolgversprechendsten sind dabei Lösungsansätze, die aufsuchende, zugehende und niedrigschwellige Angebote miteinander verbinden.

Hier setzt das Projekt „Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen“ an. In der neuen Versorgungsform, die im Rahmen des Projektes erprobt und evaluiert wird,

steht der Zugang zu der Versorgung im Mittelpunkt. Die Informationen über die Versorgungsleistungen werden direkt an die Pflegebedürftigen herangetragen (*zugehend*), die Koordination der Versorgung wird übernommen (*niedrigschwellig*) und die Durchführung findet in der eigenen Häuslichkeit statt (*aufsuchend*). Um möglichst viele Pflegebedürftige zu versorgen, werden in die Erbringung der Leistungen Zahnmedizinische Fachangestellte eingebunden, die in Delegation Schulungen zur Mundpflege durchführen.

Teil der Erprobung der neuen Versorgungsform ist eine Evaluation, für die sowohl in der Studie erhobene Primärdaten

als auch Routinedaten der beteiligten Betriebskrankenkassen herangezogen werden. Sie wird Aufschluss darüber geben, ob der gewählte Ansatz erfolgreich ist und in Folge der neuen Versorgungsform eine qualitative Verbesserung der Mundgesundheit einerseits und eine quantitative Erhöhung der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen andererseits erreicht werden kann.

Insgesamt bietet dieses Projekt also zwei Anknüpfungspunkte, die im Sinne der Ausrichtung des Innovationsfonds zu einer Verbesserung der Regelversorgung beitragen können. Erstens wird Evidenz darüber erzeugt, ob die – untergesetzlich beschlossenen – Maßnahmen gemäß der

Richtlinie nach § 22a SGB V geeignet sind, den gesetzlichen Anspruch des § 22a SGB V auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen ausreichend umzusetzen. Falls dies nicht zutrifft, können die Erkenntnisse aus dem Projekt genutzt werden, Empfehlungen zu einer Umgestaltung der Richtlinie auszuarbeiten. Zweitens bietet das Projekt die Möglichkeit, die Wirkung der neuen Organisationsform zu evaluieren. Die Erkenntnisse können zur Entwicklung von neuen Versorgungsmodellen beitragen und dem Gesetzgeber als Grundlage für strukturelle Veränderungen des § 22a SGB V sowie dem Richtliniengeber für Veränderungen der Richtlinie dienen. ■

Literatur

- Brandhorst, A.; Focke, K.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Schmelzer, C.; Rothgang, H. (2016):** Versorgungspotentiale in der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen erkennen und nutzen. G&S Gesundheit und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, online Publikation: <https://dx.doi.org/10.5771/1611-5821-2016-3-53> [29.10.2018]
- BT-Drucksache 19/4453:** Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz-PpSG), online abrufbar unter: [http://dip21/btd/19/044/1904453.pdf](http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/044/1904453.pdf) [12.11.2018]
- BZÄK [Bundeszahnärztekammer] (2018):** Entwicklung eines Expertenstandards zur „Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“. Zahnärzte und Pflege gemeinsam für bessere Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen, online abrufbar unter: <https://www.bzaek.de/fuer-medien/presseinformationen/presseinformation/bzaek/2018/08/31/entwicklung-eines-expertenstandards-zur-erhaltung-und-foerderung-der-mundgesundheit-in-der-pflege.html> [05.11.2018]
- Deschner, J.; Haak, T.; Jepsen, S.; Kocher, T.; Mehnert, H.; Meyle, J.; Schumm-Draeger, P. M.; Tschöpe, D. (2011):** Diabetes mellitus und Parodontitis – Wechselbeziehung und klinische Implikation. Ein Konsenspapier. In: Der Internist (Hrsg.) (2011), Band 52, Nummer 4, S. 466–477. Berlin: Springer-Verlag.
- DGAZ [Deutsche Gesellschaft für Alterszahn-Medizin] (2018):** Mundgesundheit ist Lebensqualität – besonders auch in der Pflege. Statement der Deutschen Gesellschaft der Alterszahnmedizin. Zum Tag der Zahngesundheit 2018, online abrufbar unter: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/tdz18/Statement_TdZ2018_DGAZ.pdf [01.11.2018]
- G-BA [=Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018a):** Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V). Berlin: GBA.
- G-BA (2018b):** Patienteninformation. Zusätzliche zahnärztliche Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, online abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4557/2018-06-05_G-BA_Pa-tienteninformation_Mundgesundheit_bf.pdf [07.11.2018]
- Herzberg, A. (2017):** Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit durch Versorgungsoptimierung mittels einer intensiveren Integration und Kooperation von Zahnmedizin und Medizin (Dissertation). Bremen: Universität Bremen.
- Jordan, R. A.; Sirsch, E.; Gesch, D.; Zimmer, S.; Bartholomeyczik, S. (2012):** Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung in der Altenpflege durch Schulungen von Pflegekräften. In: Pflege, 25 (2): 97-105.
- Jordan, R. A.; Micheelis, W. (Gesamtbearbeitung) (2016):** Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie. DMS V. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag.
- KZBV [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] / BZÄK (2010):** Mundgesundheit trotz Handicap. Konzepte zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. Berlin: KZBV / BZÄK.
- Ludwig, E. (2016):** Die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf. Das Konzept der Zahnärzteschaft in Baden-Württemberg. In: Das Gesundheitswesen, 78 (04), V63.
- Nitschke, I.; Kaschke, I. (2011):** Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 54(9-10): 1073-1082.
- Nitschke, I.; Ramm, C.; Schrock, A. (2015):** Mundgesundheit bei Demenz. Ergebnisse einer telefonischen Beratungsstelle. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48(6): 550-556.
- Nitschke, I., Micheelis, W. (2016)** Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren mit Pflegebedarf. In: Jordan AR, Micheelis W (Hrsg) DMS V, Band 35, Institut der Deutschen Zahnärzte, Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln, 557-578.
- Nitschke, I.; Stark, H.: (2016)** Zahnverlust und Prothetische Versorgung In: Jordan AR, Micheelis W (Hrsg) DMS V, Band 35, Institut der Deutschen Zahnärzte, Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln, 517-548.
- Nitschke, I.; Neitzel, M.; Sobotta, B. (2018)** Development of undergraduate gerodontology courses in Austria, Germany and Switzerland 2004-2014. European Journal of Dental Education, 22 (3): e303-e311.
- Rädel, M.; Bohm, S.; Pries, H.-W.; Walter, M. (2018):** BARMER Zahnreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (8). Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, H. (2017):** Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit, in: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer, 95-106.
- Rothgang, H.; Müller, R.; Mundhenk, R.; Unger, R. (2014):** BARMER GEK- Pflegereport 2014. Schwerpunktthema: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (29). Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Unger, R.; Amsbeck, H. (2016):** Lebenswerte Kommune Ausgabe 4/2016: Pflege in Deutschland im Jahr 2030. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.
- Saremi, A.; Nelson, R.G.; Tulloch-Reid, M.; Hanson, R.L.; Sievers, M.L.; Tylor, G.W.; Shlossmann, M.; Bennett, P.H.; Genco, R.; Knowler, W. C. (2005):** Periodontal Disease and Mortality in Type 2 Diabetes. In: Cefalu WT (Hrsg.): Diabetes Care. USA: American Diabetes Association.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015):** Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, online abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/bevoelkerung/Pressebrochure_Bevoelk2060.pdf?__blob=publicationFile [28.10.2018]
- Stillhart, A.; Nitschke, I. (2018):** Mundhygiene bei Senioren – Eine interdisziplinäre Aufgabe. In: MMW – Fortschritte der Medizin 160(13): 48-51.
- Universität Bremen (2018):** Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen (MundPflege), online abrufbar unter: <http://www.socium.uni-bremen.de/projekte/?proj=561&page=1> [07.11.2018]