

Versorgungspotentiale in der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen erkennen und nutzen

ANDREAS BRANDHORST,
KLAUS FOCKE,
THOMAS KALWITZKI,
ROLF MÜLLER,
CORDULA SCHMELZER,
HEINZ ROTHGANG

Andreas Brandhorst leitet das Referat Vertragszahnärztliche Versorgung, Heilmittel-, Hilfsmittelversorgung und wirtschaftliche Fragen des Rettungsdienstes beim Bundesministerium für Gesundheit in Berlin

Klaus Focke leitet die Abteilung Versorgungsmanagement beim BKK Dachverband e.V. in Berlin

Thomas Kalwitzki und Dr. Rolf Müller sind wissenschaftliche Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung im SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

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

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

Mit zunehmender Bedeutung von Pflegebedürftigkeit gerät auch die Mundgesundheit pflegebedürftiger Personen stärker in das Blickfeld von Forschung und Politik. Die Studienlage deutet auf Versorgungsmängel hin, die bereits zu Reaktionen der Gesundheitspolitik geführt haben. Neben einer Evaluation dieser Maßnahmen besteht aber weiterhin die Notwendigkeit die Mundgesundheit Pflegebedürftiger durch innovative Versorgungsmodelle zu verbessern. Dieser Herausforderung wollen sich der BKK Dachverband e.V. und die Universität Bremen stellen.

Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen. Schon heute liegt das Risiko, jemals im Leben pflegebedürftig zu werden, für Männer bei mehr als 50 % und für Frauen sogar bei über 70 % – Tendenz steigend (Rothgang et al 2015: 136f.). Lag die Zahl der Pflegebedürftigen gemäß den Daten der Pflegestatistik im Dezember 2013 bei 2,6 Mio. ist ceteris paribus, also insbesondere noch ohne Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, mit einem Anstieg der Pflegebedürftigenzahlen auf 4,6 Mio. im Jahr 2055 zu rechnen (ebd.: 87). Umso wichtiger ist daher, dass der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger, die das Versorgungssystem aufgrund der Spezifika dieser Personengruppe – etwa einer eingeschränkten Mobilität, eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten oder des Lebens in einer Institution – vor besondere Herausforderungen stellt, entsprechende Aufmerksamkeit gewidmet wird. Dabei rückt auch die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen zunehmend in den Fokus des gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Interesses.

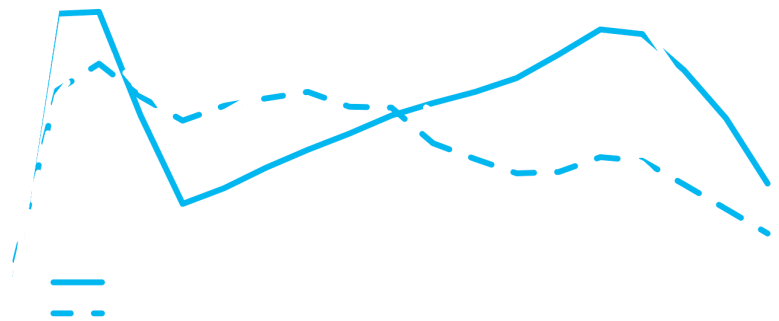
Studienergebnisse weisen auf Versorgungsdefizite hin

Internationale Studien über die Mundgesundheit älterer Personen, die einen Pflegebedarf aufweisen, aber nicht in stationären Einrichtungen leben, liegen insbesondere für Finnland (Komulainen 2013; Meurmann et al. 1997; Nevalainen et al. 1997; jeweils Clinical Oral Examination) und die USA (Saunders/Friedman 2007; Interviews) vor. Sie weisen übereinstimmend erhebliche Defizite aus. So wurden jeweils mehr als die Hälfte der einbezogenen Personen als behandlungsbedürftig eingestuft. Noch umfangreicher ist die Studienlage in Bezug auf ältere Menschen, die in einem stationären Setting leben (Adam/Preston 2006 (UK); Catovic et al. 2003 (Kroatien); Chen et al. 2013 (USA); Frenkel et al. 2000; Gluhak et al. 2010 (Österreich); Hopcraft et al. 2012a; Hopcraft et al. 2012b (Australien); Mojon et al. 1999 (Schweiz); Montal et al. 2006 (Frankreich); Peltola et al. 2004 (Finnland); Simons et al. 2001; Sweeney et al. 2007 (Schottland); Ünlüer et al. 2007

(Türkei); alle Clinical Oral Examination). Unabhängig vom nationalen Bezugsrahmen zeigen auch diese Studien durchweg ein defizitäres Bild in Bezug auf Mund- und Zahngesundheit. In der Mehrheit der Studien werden etwa 75 % der Personen als behandlungsbedürftig eingestuft, bei den meisten lag der letzte Zahnarztkontakt allerdings mehr als 5 Jahre zurück. Auch wenn sie aufgrund der unterschiedlichen Gesundheits- und Pflegesysteme nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar sind, deuten diese Ergebnisse internationaler Studien bereits darauf hin, dass Pflegebedürftige eine Patientengruppe sind, bei der Versorgungsmängel zu erwarten sind. Was aber wissen wir für Deutschland?

Gemäß der Pflegestatistik lebten in Deutschland im Dezember 2013 2,6 Mio. Pflegebedürftige, von denen die weitaus meisten zu Hause versorgt werden (71 %). Hierbei handelt es sich in 2/3 der Fälle um Arrangements ohne Beteiligung ambulanter Pflegedienste, in 1/3 der Fälle um Arrangements mit Beteiligung eines Pflegedienstes. Rund 760.000 Pflegebedürftige werden in einem der etwa 13.000 Pflegeheime versorgt, die über einen vollstationären Versorgungsvertrag gemäß § 71 SGB XI verfügen (Statistisches Bundesamt 2013: 13). Die *medizinische Versorgung Pflegebedürftiger* wurde bereits vielfach als defizitär kritisiert, und eine geringere fachärztliche Versorgung ist belegt (Becker et al. 1999; Bockenheimer-Lucius 2007; Garms-Homolova 1998; Kaffenberger 2009; Rothgang et al. 2008, 2009; Sauerbrey 2008, 2011; Schmidt 2000). Eine geringere Arztkontakthäufigkeit impliziert aber nicht notwendigerweise Unterversorgung. Konkretere Versorgungsdefizite für einzelne fachärztliche Bereiche sind nicht belegt, da hierzu spezifische Untersuchungen fehlen. Ähnliches zeigt sich auch für den Bereich der *Mundgesundheits*. Auch hier liegen Studien vor, die eine geringere Versorgungsintensität dokumentieren. Darüber hinaus kann aber auch eine allgemein schlechte Mundgesundheits- und -hygiene belegt werden (Amberg 2009; Benz et al. 1993; Geiger 2011; Heilf 2008; Jäger 2009; Manojlovic 2010; Meissner 2002; Stark 1992; Töpfer 1999). Auch aktuelle Studien zeigen durchweg eine niedrigere Versorgungsdichte im Sinne geringerer zahnärztlicher Kontakte bei Pflegebedürftigen (Kleina et al. 2015;

Abbildung 1: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Leistungen nach BEMA-Teil 1 (konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen)

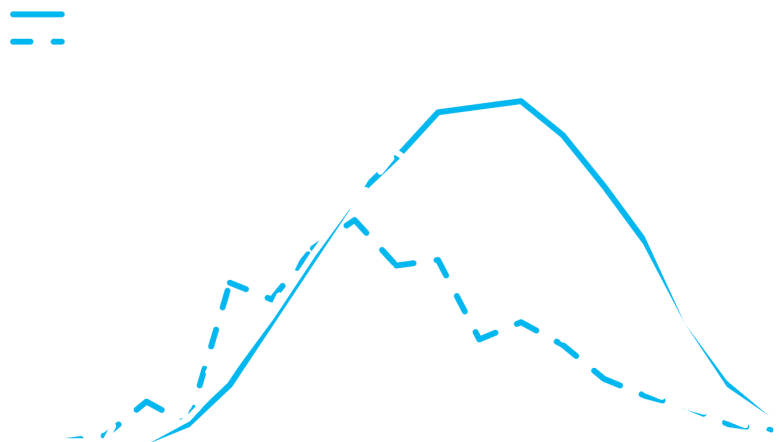


Quelle: Rothgang et al. 2014

Schmiemann et al. 2015). Jedoch beziehen sich diese Studien fast durchgängig auf die regionale Versorgung und auf die Versorgung Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen. Der BARMER GEK Pflegereport 2014 (Rothgang et al. 2014) fügt hier eine überregionale Betrachtung von Pflegebedürftigen in ambulanten und stationären Settings hinzu. Fast im gesamten Altersspektrum zeigt sich hierbei, dass Pflegebedürftige

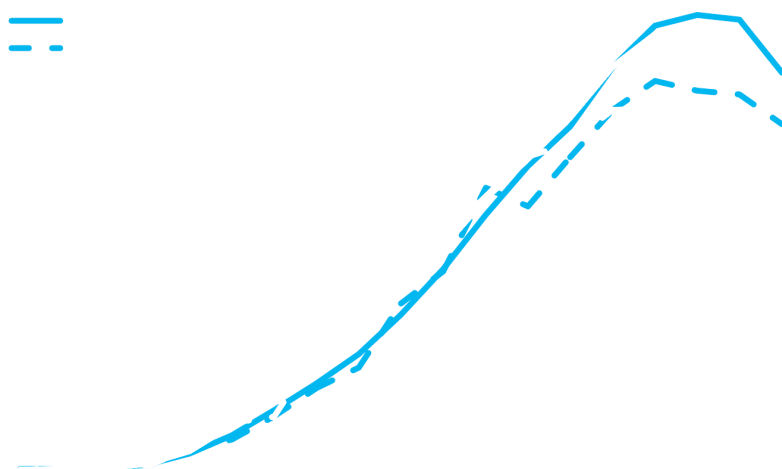
weniger zahnärztliche Leistungen erhalten, als die Nicht-Pflegebedürftigen gleichen Alters und Geschlechts (Abbildung 1-3). Diese Differenz erhöht sich mit steigender Pflegebedürftigkeit und mit der Inanspruchnahme professioneller Pflege im ambulanten oder stationären Setting. Die Gründe für die geringere Versorgung Pflegebedürftiger mit zahnärztlichen Leistungen und Maßnahmen der Mundgesundheits sind vielfältig. Sie

Abbildung 2: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Leistungen nach BEMA-Teil 4 (Systematische Behandlung von Parodontopathien)



Quelle: Rothgang et al. 2014

Abbildung 3: Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme von zahnmedizinischen Leistungen nach BEMA-Teil 5 (Zahnersatz und Zahnkronen)



Quelle: Rothgang et al. 2014

reichen von der problematischen Durchführung der täglichen Zahnpflege über eine mangelnde Akzeptanz der Mundpflege bis zu allgemeinen Informationsdefiziten bei Pflegebedürftigen und Pflegepersonen über das Wie und Warum der Mundpflege. Hieraus ergibt sich oftmals eine verspätete, rein beschwerdeorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (Klasen/Hilbert 2007).

Gesetzliche und untergesetzliche Reaktionen der letzten Jahre

Zur Verbesserung der Mundgesundheit pflegebedürftiger Personen in Deutschland haben der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung in den letzten Jahren verschiedene Maßnahmen ergriffen:

Bereits im Jahr 2002 veröffentlichte die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) das „Handbuch der Mundhygiene für das Pflegepersonal. Zähne Zahnfleisch Alter Krankheit“ und in den darauf folgenden Jahren wurden von Wissenschaftlern verschiedene regionale Untersuchungen zur Mundgesundheit insbesondere von Pflegeheimbewohnern durchgeführt. Dazu kamen Modellprojekte.

In der *Gesundheitspolitik* kam das Thema erst ab 2010 an. Dazu beigetragen hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit), der sich in seinem Jahresgutachten 2009 zur „Koordination und Integra-

tion – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ (BT-Drs. 16/13770) unter anderem mit der Situation der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen im Alter beschäftigt und auf die Bedeutung angemessener zahnmedizinischer Versorgung Pflegebedürftiger hingewiesen hat. An dieses Gutachten schlossen BZÄK und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) 2010 mit ihrem Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung“ an, das einen umfassenden Katalog von Prophylaxeleistungen für solche Versicherte vorsah, die aufgrund körperlicher oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eigenständig Mundhygiene zu betreiben. Die Fachebene des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bewertete die Vorschläge durchaus kritisch. Sie argumentierte, dass auch die gründlichste Individualprophylaxe wenig bewirken könne, wenn keine ausreichende tägliche Mund- und Prothesenhygiene stattfindet, die aber nicht über regelmäßige Zahnarztbesuche, sondern nur durch die familiären Pflegepersonen und professionellen Pflegekräfte gewährleistet werden könne, die den Pflegebedürftigen Tag für Tag unterstützen. In den darauf folgenden

Jahren bewegten sich aber Ministerium und Zahnärzteschaft aufeinander zu, abzulesen auch an den Veränderungen, die das Konzept durchlief. Im Ergebnis wurden die Grundzüge des Konzepts schrittweise vom Gesetzgeber umgesetzt.

Im Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Versorgungsstrukturgesetz* – GKV-VStG) vom 22.12.2011 ist mit § 87 Abs. 2i SGB V im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine zusätzliche zahnärztliche Vergütung für die erforderliche aufsuchende Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung eingeführt worden. Der Kreis der Anspruchsberechtigten für Hausbesuche wurde auf Initiative des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung mit dem zum 01.01.2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (*Pflege-Neuausrichtung-Gesetz* – PNG) um Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz – also Menschen mit Demenz, mit geistigen Behinderungen sowie psychischen Erkrankungen – ergänzt. Im PNG wurden die Vorschriften zu den Kooperationsverträgen, die nach § 119b SGB V Pflegeheime einzeln oder gemeinsam zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung ihrer Bewohner mit niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten abschließen können, weiterentwickelt. Solche Verträge wurden bereits mit dem 2008 in Kraft getretenen Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversiche-

Der letzte umfassende Schritt zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf wurde mit dem GKV-VStG gemacht.

run (*Pflege-Weiterentwicklungsgesetz*) ermöglicht. Tatsächlich kam es in den Folgejahren aber zu keinen Vertragsabschlüssen. Im PNG wurden die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen daher verpflichtet, auf Antrag eines Pflegeheims einen entsprechenden Vertrag zu vermitteln. Zudem wurden die Pflegeheime verpflichtet, die Landesverbände der

Pflegekassen über ihre Maßnahmen zu informieren, wie u. a. die zahnärztliche Versorgung bei ihnen geregelt ist. Dem Bewertungsausschuss wurde vorgegeben, zusätzliche, über den Zuschlag für die aufsuchende Versorgung hinausgehende Zuschläge für solche Leistungen vorzusehen, die von Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 87 Abs. 2j SGB V erbracht werden. Außerdem erhielten der GKV-Spitzenverband und die KZBV den Auftrag, im Benehmen mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, eine *Rahmenvereinbarung über die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen* in Heimen abzuschließen.

In dieser *Rahmenvereinbarung* wurden die Anforderungen festgeschrieben, die die Kooperationsverträge erfüllen müssen. So soll etwa innerhalb von acht Wochen nach der Aufnahme eines Pflegebedürftigen in ein Pflegeheim die erste zahnärztliche Untersuchung erfolgen. Zweimal jährlich soll eine Kontrolluntersuchung stattfinden. Zudem werden notwendige Behandlungen durch den Zahnarzt in der Einrichtung nur dann vorgenommen, wenn diese nach den konkreten Umständen sowie den Regeln der zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können. Ferner soll bis zu zweimal jährlich der Zahnarzt dem Pflegepersonal auf den jeweiligen Versicherten bezogene Vorschläge zur Verbesserung der Mundgesundheit und Hinweise zur Zahnpflege sowie zur Pflege und Handhabung des Zahnersatzes machen. Diese Einbeziehung der Pflegenden ist aus Sicht des BMG besonders wichtig, weil dem Pflegepersonal, das die Mundhygiene durchführt bzw. den Pflegebedürftigen bei dieser anleitet, eine Schlüsselrolle für eine nachhaltige Verbesserung der Mundgesundheit von Pflegebedürftigen zukommt. Seit dem 01.04.2014 ist die *Rahmenvereinbarung über kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen* in Kraft. Seitdem gelten auch die speziellen, im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen abrechenbaren Vergütungszuschläge, die sowohl dem erhöhten personellen, instrumentellen und zeitlichen Aufwand für die Versorgung in Pflegeheimen Rechnung tragen als auch zusätzliche Leistungen umfassen. Diese haben die Beurteilung

des Behandlungsbedarfs und des oralen Pflegezustands, die Vorschläge zur Verbesserung der Mundgesundheit sowie die Unterstützung und gegebenenfalls praktische Anleitung des Pflegepersonals zum Inhalt. Damit fällt je Besuch durchschnittlich eine zusätzliche Vergütung von rund 95 Euro an. Dazu kommt – wie bei allen Besuchen – ein nach Entfernung gestaffeltes Wegegeld. In den knapp zwei Jahren, in denen diese Regelungen mittlerweile gelten, wurde eine erhebliche Zahl von Kooperationsverträgen zwischen Pflegeeinrichtungen und Zahnärzten abgeschlossen. Zum Jahresende 2014 waren es nach Angaben der KZBV bereits 1.708 und zum Jahresende 2015 2.607. Dieses schnelle Wachstum ist zum einem dem Umstand zu verdanken, dass die KZBV und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen diese Verträge aktiv bewerben und zum anderen den Vergütungszuschlägen, die einen ökonomischen Anreiz für die Zahnärztinnen und Zahnärzte geschaffen haben.

Der vorerst letzte umfassende Schritt zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf wurde mit dem Gesetz zur

Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG*) gemacht. Für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wurde ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen, die sogenannte zahnmedizinische Individualprophylaxe. Im neuen § 22a SGB V werden die 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, als Leistungen benannt. In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene der Einbeziehung der Pflegepersonen eine besondere Bedeutung zukommt (BT-Drs. 18/4095). Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen legt der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 22a Abs. 2 SGB V in Richtlinien fest. So kann er zum Beispiel weitere Leistungsinhalte und Näheres zu den Leistungsvoraussetzungen festlegen.

Die gesetzliche Maßnahmenkette im Überblick

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) Einführung § 119b SGB V:
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) Einführung § 87 Abs. 2i SGB V:
Zusätzliche zahnärztliche Vergütung für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind oder eine Behinderung aufweisen. (Zuschläge und Wegegeld/Reiseentschädigung)
Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG (2012) Einführung § 87 Abs. 2j SGB V:
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 und Wegegeld/Reiseentschädigung)
Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG (2012) Weiterentwicklung § 119b SGB V:
Verpflichtung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen auf Antrag eines Pflegeheims einen entsprechenden Vertrag zu vermitteln und Informationspflicht der Pflegeheime.
Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG (2012) Weiterentwicklung § 87 Abs. 2i SGB V:
Erweiterung der zusätzlichen zahnärztlichen Vergütung für das Aufsuchen von Versicherten, die eine dauerhaft eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen. (Zuschläge und Wegegeld/Reiseentschädigung)
GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG (2015) Einführung § 22a SGB V:
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) Weiterentwicklung § 119b SGB V:
Aus der fakultativen Möglichkeit Kooperationsverträge zu schließen wurde eine "Soll"-Vorschrift.

Quelle: Eigene Darstellung

Aussagen zu Effekten der neuen Regelungen fehlen noch

Innerhalb von vier Jahren ist es somit gelungen, eine rechtliche Maßnahmenkette für die zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu schaffen, wobei die Umsetzung des mit dem GKV-VSG geschaffenen Anspruchs auf Individualprophylaxe durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) noch aussteht. Allerdings ist die Wirksamkeit dieser Regelungen noch nicht evaluiert. Die Zahl der *Kooperationsverträge* nach § 119b SGB V hat sich augenscheinlich dynamisch entwickelt. Allerdings sind die Heime mit derartigen Kooperationsverträgen noch in der Minderheit und insbesondere ist wenig darüber bekannt, was unter dem Dach der Kooperationsverträge konkret geschieht

Die Evaluation muss auch der Frage nachgehen, wie sich die Mundgesundheit Pflegebedürftiger heute darstellt und ob eine Unterversorgung vorliegt.

und welche Auswirkungen dies auf die Mundgesundheit der Pflegebedürftigen hat. Genauer über die Verträge selbst wird zu erfahren sein, wenn der GKV-Spitzenverband und die KZBV im Jahr 2017 erstmals – wie sie es in der Rahmenvereinbarung festgeschrieben haben – die Berichte über das Versorgungsgeschehen aus den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auswerten und über Konsequenzen beraten.

Eher langsam scheint die *aufsuchende Versorgung von Pflegebedürftigen*, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz *in ihrer eigenen Häuslichkeit* voranzukommen. Nach den Angaben der KZBV ist die Zahl der Besuche (in häuslichem Setting und in Pflegeheimen) von 2012 bis 2015 von rund 650.000 auf rund 850.000 gestiegen. Allerdings geht wohl ein erheblicher Teil dieses Anstiegs auf Besuche im Rahmen von Kooperationsverträgen mit Pflegeheimen zurück. Welche Gründe es dafür gibt, dass die

aufsuchende Versorgung außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen nur langsam vorankommt, ist nicht bekannt.

Forschungs- und Innovationsbedarf

Angesichts der Bedeutung des Themas zeigen sich sowohl Forschungs- als auch Innovationsbedarf. Die vorliegenden Daten zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen konnten die Effekte der beschriebenen gesetzgeberischen und untergesetzlichen Veränderungen noch nicht aufzeigen. Notwendig ist hier eine *Evaluation*, die derartige Veränderungen aufdeckt. Eine veränderte Inanspruchnahme allein sagt aber nichts über die Effekte auf die Mundgesundheit aus. Die Evaluation muss daher auch der Frage nachgehen, wie sich die Mundgesundheit Pflegebedürftiger heute darstellt, ob eine Unterversorgung vorliegt und welche Gründe dafür identifiziert werden können. Darüber hinaus sind aber auch *konzeptionelle und bedarfsgerechte Weiterentwicklungen* der Versorgung angezeigt. Eine Erhöhung der Zahnarztkontakte allein ist nicht zielführend, da eine ausreichende tägliche Mund- und Prothesenhygiene nur durch die *familiären Pflegepersonen und professionellen Pflegekräfte* gewährleistet werden kann, die damit zu einer zentralen Zielgruppe für innovative Versorgungskonzepte werden. Die Schwierigkeiten, die aufsuchende Versorgung außerhalb von Einrichtungen zu intensivieren, lassen zudem vermuten, dass die ergriffenen Maßnahmen in der häuslichen Pflege bisher nur wenig Wirkung zeigen.

Das Projekt Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen

Mit dem Innovationsfonds wird nun die Möglichkeit geboten, die offenen Forschungsfragen zu bearbeiten und Versorgungsinnovationen voranzubringen. Deshalb hat der *BKK Dachverband* gemeinsam mit der *Universität Bremen* das Projekt „Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen“ ins Leben gerufen, das sich dieser Herausforderung stellt und folgenden Fragen nachgeht: Sollten vorbeugende Maßnahmen der Mundhygie-

ne in den Vordergrund gestellt werden, um zahnärztlichen Versorgungsbedarf frühzeitig zu erkennen oder erst gar nicht entstehen zu lassen? Kann die Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen durch Screeningmaßnahmen, mundhygienische Leistungen in Pflegeeinrichtungen und in der häuslichen Pflege sowie durch Schulungsangebote für Pflegekräfte verbessert werden? Welche Chancen bestehen in diesem Zusammenhang durch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten, Zahnmedizinischen FachassistentInnen / Zahnmedizinischen ProphylaxeassistentInnen / DentalhygienikerInnen, Pflegekräften und pflegenden Angehörigen? Um einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger in Bezug auf ihre Zahn- und Mundgesundheit zu leisten, werden dabei drei Teilziele verfolgt: Als Ausgangspunkt der Versorgungsverbesserung ist es – erstens – erforderlich, eine Erweiterung der bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zu erreichen. Hierzu müssen sekundäranalytische Inanspruchnahmedaten mit Primärerhebungen verknüpft werden, die valide den individuellen Mundgesundheitsstatus abbilden und über Befragungen Ursachen einer möglichen Unterversorgung nachspüren. Hierbei werden sowohl Erkenntnisse zu stationär wie ambulant versorgten Pflegebedürftigen generiert. Die erweiterten Erkenntnisse aus der Bestandsaufnahme sollen – zweitens – verwendet werden, um einen substantiellen Beitrag zur Entwicklung der politischen Rahmenbedingungen der Mundgesundheit Pflegebedürftiger zu leisten. Dies bedeutet in erster Linie, Hinweise auf Basis der entstandenen Daten in die Formulierung der Umsetzungsrichtlinie des § 22a SGB V einfließen zu lassen. Fokusgruppengespräche erweitern dabei die individualzentrierten Erhebungsschritte um eine systemische und ökologische Perspektive. Zur praktischen Stärkung der Versorgungssituation wird – drittens – ein Konzept umgesetzt, in dem bei Pflegebedürftigen sowohl individuelle als auch gruppenprophylaktische Maßnahmen vorgesehen sind, welche durch die koordinierte Vernetzung der ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer realisiert werden. Ermöglicht wird hierdurch eine strukturelle und flächendeckende Erfüllung des Anspruchs nach § 22a SGB V. ■

Literatur

- Adam, H.; Preston, A.J. (2006):** The oral health of individuals with dementia in nursing homes. *Gerodontology* (23) 2: 99-105.
- Amberg, Birgit (2009):** Die aktuelle Situation der Mundgesundheit und zahnmedizinischen Betreuung von pflegebedürftigen, alten Patienten im Großraum München (Dissertation). München: LMU.
- Becker, Clemens; Walter-Jung, Barbara; Kapfer, Erwin; Scheppach, Beate; Nikolaus, Thorsten (1999):** Medizin im Pflegeheim – Problemanalyse und Zielsetzung. *MMW – Fortschritte der Medizin* 26: 36-40.
- Benz, C.; Schwarz, P.; Medl, B.; Bauer, C. (1993):** Studie zur Zahngesundheit von Pflegeheimbewohnern in München. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 48 (10): 634-636.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela (2007):** Psychopharmakaverordnung im Altenpflegeheim – Eine interdisziplinäre Aufgabe mit medizinischen, pflegerischen, rechtlichen und ethischen Herausforderungen. *Ethik in der Medizin* 4:255-257.
- BZÄK [Bundeszahnärztekammer] (2002):** Handbuch der Mundhygiene. Zähne Zahnfleisch Alter Krankheit.
- Catovic, A.; Bergman, V.; Catic, A. (2003):** Qualitative evaluation of elderly home residents' fixed and removable protheses in relation to the ADL index. *Journal of dentistry* (31) 1: 3-8.
- Chen, X.; Clark, J.J.; Naorungroj, S. (2013):** Oral health in nursing home residents with different cognitive statuses. *Gerodontology* (30) 1: 49-60.
- Deutscher Bundestag (BT-Drs. 18/4095):** Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), 2015
- Frenkel, H.; Harvey, I.; Newcombe, R.G. (2000):** Oral health care among nursing home residents in Avon. *Gerodontology* (17) 1: 33-38.
- Garms-Homolova, Vjenka (1998):** Kooperation von Medizin und Pflege. Realisierbare Notwendigkeit oder unrealistischer Anspruch. In: Vjenka Garms-Homolova/Doris Schaeffer (Hg.): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden: Ullstein Medical: 7-40.
- Geiger, Simone (2011):** Die Mundgesundheit und deren Beeinflussung durch regelmäßige zahnmedizinische Betreuung institutionalisierter Senioren im Großraum München (Dissertation). München: LMU.
- Gluhak, C.; Arnetzl, G.V.; Kirmeier, R.; Jakse, N.; Arnetzl, G. (2010):** Oral status among seniors in nine nursing homes in Styria, Austria. *Gerodontology* (27) 1: 47-52.
- Heiß, Tanja (2008):** Zur Wirkung individueller oralhygienischer Unterweisung auf die Prothesenhygiene von Patienten in Alten- und Pflegeheimen (Dissertation). Münster: WWU.
- Hopcraft, M.S.; Morgan, M.V.; Satur, J.G.; Wright, F.A. (2012a):** Edentulism and dental caries in Victorian nursing homes. *Gerodontology* (29) 2:512-519.
- Hopcraft, M.S.; Morgan, M.V.; Satur, J.G.; Wright, F.A.; Darby, I.B. (2012b):** Oral hygiene and periodontal disease in Victorian nursing homes. *Gerodontology* (29) 2:220-228.
- Jäger, Susanne (2009):** Mundhygiene und Mundgesundheit bei Bewohnern von Altenpflegeheimen. Auswirkungen eines Trainingsprogramms für Pflegekräfte auf die Mundgesundheit der Bewohner. Bonn: RFWU.
- Kaffenberger, Jens (2009):** Medizinische Versorgung in Pflegeheimen dringend optimieren. In: Ingo Fügen (Hg.): *GEK-Pflegereport: Wie kann die medizinische Versorgung von Demenzzkranken in Pflegeheimen verbessert werden?* Frankfurt am Main: Zukunftsforum Demenz: 57-60.
- Klasen, Brigitta & Hilbert, Thomas (2007):** Mundgesundheit und zahnärztliche Versorgung in Bremer Alten- und Pflegeheimen; https://ssl.bremen.de/gesundheitsamt/sixcms/media.php/13/2_Mundgesundheit+und+zahn%E4rztliche+Versorgung+in+Bremer+Altenpflegeheimen.pdf (Stand 18.08.2015)
- Kleina, T.; Horn, A.; Suhr, R.; Schaeffer, D. (2015):** Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Das Gesundheitswesen*, Online Publikation, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1549971> (Stand 1.5.2016)
- Komulainen, K. (2013):** Oral health promotion among community-dwelling older people. University of Eastern Finland, Kuopio.
- KZBV [=Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung] / BZÄK [=Bundeszahnärztekammer] (2010):** Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. S. 16 – 19
- Manojlovic, Slavica (2010):** Mundgesundheit bei Bewohnern in Altenpflegeheimen in Grevenbroich (Dissertation). Düsseldorf: HHU.
- Meissner, Grit (2002):** Gerostomatologische Vergleichsstudie in Alten- und Pflegeheimen der Stadt Leipzig und des sächsischen Landkreises Riesa-Großenhain (Dissertation). Leipzig: Uni.
- Meurman, J.H.; Pajukoski, H.; Snellman, S.; Zeiler, S.; Sulkava, R. (1997):** Oral infections in home-living elderly patients admitted to an acute geriatric ward. *Journal of dental research* (76) 6:1271-1276.
- Mojon, P.; Budtz-Jorgensen, E.; Rapin, C.H. (1999):** Relationship between oral health and nutrition in very old people. *Age and Ageing* (28) 5:463-468.
- Montal, S.; Tramini, P.; Triay, J.A.; Valcarcel, J. (2006):** Oral hygiene and the need for treatment of the dependent institutionalized elderly. *Gerodontology* (23) 2:67-72.
- Nevalainen, M.J.; Narhi, T.O.; Ainamo, A. (1997):** Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *Journal of oral rehabilitation* (24) 5:332-337.
- Peltola, P.; Vehkalahti, M.M.; Wuolijoki-Saaristo, K. (2004):** Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology* (21) 2:93-99.
- Rothgang, Heinz / Borchert, Lars / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2008):** GEK-Pflegereport 2008. Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. GEK-Edition Band 66. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas / Müller, Rolf; Runte, Rebecca & Unger, Rainer (2015):** BARMER GEK-Pflegereport 2015. Schwerpunktthema: Pflegen zuhause. Siegburg: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz / Kulik, Dawid / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2009):** GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. GEK-Edition Band 73. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Mundhenk, Rebecca & Unger, Rainer (2014):** BARMER GEK-Pflegereport 2014. Schwerpunktthema: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Siegburg: Asgard-Verlag
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [SVR Gesundheit] (2009):** Gutachten zur „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, BT-Drs. 16/13770 vom 02.07.2009
- Sauerbrey, Günther (2008):** Die medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Herausforderungen aus medizinischer und ökonomischer Sicht. Bayreuth: P.C.O.
- Sauerbrey, Günther (2011):** Defizite der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Bayreuth: P.C.O.
- Saunders, R.; Friedman, B. (2007):** Oral health conditions of community-dwelling cognitively intact elderly persons with disabilities. *Gerodontology* (24) 2:67-76.
- Schmidt, Roland (2000):** Ältere Menschen im Spannungsfeld zwischen medizinischer Versorgung und Pflegesystem. In: *Arbeiterwohlfahrt und Hartmannbund* (Hg.): *Würzburger Thesen der Arbeiterwohlfahrt und des Hartmannbundes*. Bonn: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.: 21-29.
- Schmiemann, G.; Herget-Rosenthal, S.; Hoffmann, F. (2015):** Ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Online Publikation, <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-015-1010-0> (Stand 1.5.2016)
- Simons, D.; Brailsford, S.; Kidd, E.A.; Beighton, D. (2001):** Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes. *Community dentistry and oral epidemiology* (29) 6:464-470.
- Stark, H. (1992):** Untersuchungen zur zahnmedizinischen Betreuung in den Heimen der Altenhilfe in Bayern. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 48 (2): 124-126.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015):** Pflegestatistik 2013. Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2013, online abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html> [03.05.2016]
- Sweeney, M.P.; Williams, C.; Kennedy, C.; Macpherson, L.M.; Turner, S.; Bagg, J. (2007):** Oral health care and status of elderly care home residents in Glasgow. *Community dental health* (24) 1:37-42.
- Töpfer, Jörg (1999):** Orale Gesundheitszustand von Altenheimbewohnern (Dissertation). Leipzig: Uni.
- Ünlüer, S.; Gokalp, S.; Dogan, B.G. (2007):** Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. *Gerodontology* (24) 1:22-29.