

Zahnärzte im Zugzwang

Neue Leistungen in der Pflegezahnmedizin

Eine der großen zahnmedizinischen Herausforderungen unserer Zeit ist die Versorgung Pflegebedürftiger. Alte Menschen besitzen heute immer mehr natürliche Zähne und komplexe Versorgung. Gleichzeitig steigt die Zahl Pflegebedürftiger deutlich. Wenn sich die Gesundheitspolitik zunehmend Sorgen macht, ob die Zahnärzteschaft dem Problem gewachsen ist, sollten wir den Gegenbeweis antreten. Mit der neuen „Senioren-IP“ wird sich ab 1. Juli 2018 die Vergütungsseite weiter verbessern.

Im Juni 2010 wurde mit dem Konzeptpapier „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ die zahnärztliche „Wunschliste“ zu Bema-Gebührenpositionen für die Betreuung Pflegebedürftiger und Menschen mit Behinderungen vorgelegt. Heute, sieben Jahre später, sind einige wichtige Punkte umgesetzt. Vier Organisationen waren daran beteiligt: die Bundeszahnärztekammer, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin und Vertreter der Arbeitsgemeinschaft Zahnärztliche Behindertenbehandlung im BDO (heute: Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf). Mit dem Konzeptpapier aus dem Jahr 2010 gingen die Zahnärzte vollkommen neue Wege. Statt eines prothetikzentrierten Leistungsspektrums, wie es eine konservative Sicht im Berufsstand vermutlich erwartet hätte, wurde eine präventionsorientierte und mobile Zahnmedizin beschrieben. Die Gesundheitspolitik überzeugte der Ansatz. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurden Regelungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) eingeführt, wonach im Bema zusätzliche Gebühren für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vorgesehen waren. Die entsprechenden Regelungen traten zum 1. April 2013 in Kraft.

Jetzt neu: Senioren-IP

Jetzt kommt der nächste Baustein. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde § 22a „Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ ins SGB V ein-

gefügt. Die Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dauerten lange – von 2015 bis 2017 –, aber am 19. Oktober 2017 wurde die „Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ beschlossen. Sofern das Bundesministerium für Gesundheit keinen Einspruch erhebt, tritt sie am 1. Juli 2018 in Kraft.

Die vier wichtigsten neuen Leistungen in der Diktion des G-BA sind:

- **Erhebung des Mundgesundheitsstatus**

Bei der zahnärztlichen Erhebung des Mundgesundheitsstatus wird der Pflegezustand der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute sowie des gegebenenfalls vorhandenen Zahnersatzes beurteilt. Die Stuserhebung bildet die Grundlage für einen individuellen Mundgesundheitsplan. Die Erhebung erfolgt einmal im Kalenderjahr.

- **Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans**

Der individuell zu erstellende Mundgesundheitsplan umfasst Maßnahmen, mit denen die Mundgesundheit gezielt gefördert werden soll. Insbesondere geht es um Empfehlungen zur Zahnhygiene, zur Fluoridanwendung, zur zahngesunden Ernährung sowie zur Verhinderung oder Linderung von Mundtrockenheit. Die Erstellung beziehungsweise Anpassung des Mundgesundheitsplans erfolgt einmal im Kalenderjahr.

- **Aufklärung zur Mundgesundheit**

Bei der Mundgesundheitsaufklärung werden den Versicherten und gegebenenfalls Helfenden die empfohlenen Maßnahmen erläutert und – falls erforderlich – auch praktisch demonstriert. Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt – in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans – einmal im Kalenderjahr.

- **Entfernung harter Zahnbeläge**

Die Versicherten haben regelmäßig – einmal im Kalenderhalbjahr – Anspruch auf die Entfernung harter Zahnbeläge.

Anspruchsberechtigt sind wie bei den Besuchergebühren Pflegebedürftige (Pflegegrad nach § 15 SGB XI) und Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII).

Damit ist manches, aber längst nicht alles aus dem Konzeptpapier des Jahres 2010 umgesetzt. Als besonders bedauerlich muss gelten, dass aus einer bis zu viermal pro Jahr vorgesehenen Zahnreinigung eine zweimal pro Jahr angesetzte Zahnsteinentfernung wurde. Mehr war im Gespräch mit den Krankenkassen nicht möglich. Wie weit der Gedanke von manchen aus der Kollegenschaft trägt, weitergehende private Vereinbarungen mit den Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen zu treffen, bleibt abzuwarten.

Pflegebedürftige Patienten

In den kommenden Jahren werden in Deutschland zunehmend mehr Menschen aus geburtenstarken Jahrgängen in ein Alter kommen, in dem Pflegebedürftigkeit immer wahrscheinlicher wird. Entsprechend gehen Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes von einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit bis 2030 um bis zu 35 Prozent aus. Die starke Zunahme betrifft vor allem betagte Menschen. So wird sich die Zahl Pflegebedürftiger in der Altersgruppe 90plus verdoppeln. Mit dem Pflegestärkungsgesetz 2 erfolgte zum 1. Januar 2017 die Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade. Nach ersten Schätzungen erhöht dies die Zahl erfasster Pflegebedürftiger um weitere 500 000 Menschen. Eine Zahnarztpraxis muss somit heute schon durchschnittlich 81 Menschen mit Pflegegrad betreuen.

Die Zahnmedizin ist also gefordert, immer mehr – insbesondere hochbetagte – Pflegebedürftige zu behandeln. Häufig müssen dabei komplexe zahnmedizinische und allgemeinmedizinische Probleme berücksichtigt werden.

Für die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) aus dem Jahr 2005 wurde erstmalig die Seniorengruppe der 65- bis 74-Jährigen aufgenommen. In der aktuellen DMS V folgte die Gruppe älterer Senioren im Alter von 75 bis 100 Jahren. Die hohe Repräsentativität der Probandenauswahl zeigt sich auch daran, dass das Alter von 100 Jahren tatsächlich erreicht wurde.

Jüngere Senioren in der DMS V

Zahnhartsubstanz

So wie bei den jüngeren Probanden geht die Karieslast auch bei den jüngeren Senioren deutlich zurück. Der aktuelle DMFT-Wert liegt bei 17,7. Geschlecht und Region spielen keine Rolle, doch führt hoher Sozialstatus und kontrollorientierter Zahnarztbesuch zu einem signifikant niedrigeren DMFT. Besonders eindrucksvoll ist die Korrelation zur Professionellen Zahnreinigung: Jüngere Senioren mit regelmäßiger

PZR – fünfmal in den letzten fünf Jahren – besitzen 80 Prozent mehr Zähne als diejenigen ohne PZR.

Erosion

0,5 Zähne zeigen im Durchschnitt initialkariöse Läsionen. Eine starke Ausprägung von Erosion findet sich bei 5,6 Prozent der jüngeren Senioren – im Westen und bei Männern mehr –, eine mittlere und geringe Ausprägung bei 52,9 Prozent.

Wurzelkaries

Die Wurzelkaries ist bei jüngeren Senioren rückläufig: Von 45 Prozent in der DMS IV ging sie auf jetzt 28,5 Prozent zurück.

Zahnhalteapparat

Im Durchschnitt zeigen 19,8 Prozent der Untersuchten eine schwere Parodontitis nach der CDC/AAP-Klassifikation, 44,8 Prozent eine moderate Parodontitis. Ostdeutsche und Männer sind öfter von einer schweren Parodontitis betroffen. In der bivariaten Analyse gibt es folgende Top-3-Risikofaktoren für eine schwere Parodontitis:

- Vorwiegend beschwerdeorientierte Zahnarztbesuche (Erhöhung des Risikos um 19,1 Prozent)
- Hoher Body-Mass-Index (Erhöhung des Risikos um 15,4 Prozent)
- Rauchen (Erhöhung des Risikos um 13 Prozent)

Auch bei der parodontalen Gesundheit der jüngeren Senioren scheint die PZR eine deutliche Wirkung zu entfalten. Sie haben mehr natürliche Zähne, deutlich niedrigere BOP-Werte und 38 Prozent weniger Zahnflächen mit Sondierungstiefen von mehr als vier Millimetern.

Zahnverlust

Zahnlos sind nur 12,4 Prozent der jüngeren Senioren gegenüber 22,6 Prozent im Jahr 2005. Die mittlere Zahnzahl bezahnter Probanden lag damals bei 17,8 und heute bei 19,3 Zähnen. Im Vergleich mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2005 besitzen die jüngeren Senioren heute 23 Prozent mehr natürliche Zähne.

Zahnersatz

Von den im Durchschnitt 11,1 fehlenden Zähnen sind 7,5 durch einen herausnehmbaren Zahnersatz ersetzt, 1,6 durch Brückenglieder, 0,22 durch Implantate und 1,8 nicht ersetzt. Im Vergleich zu 2005 haben sich Totalprothesen weiter stark reduziert, der Anteil jüngerer Senioren mit abnehmbarem Teilzahnersatz ist jedoch gleich geblieben.

Ältere Senioren in der DMS V

Für die Gruppe der älteren Senioren präsentiert die DMS V zwei Datenbereiche: die Daten der Gesamtgruppe einschließlich der Pflegebedürftigen und die Daten zu den Pflegebedürftigen – 22,6 Prozent der Probanden hatten eine Pflegestufe (Pflegegrade wurden erst am 1. Januar 2017 eingeführt). Der besonders interessante Vergleich zwischen den nicht pflegebedürftigen und den pflegebedürftigen älteren Senioren ist bislang nicht möglich. Wie deutlich die Unterschiede dabei sind, zeigt allein schon die Zahl vorhandener Zähne, die einer eigenen Berechnung aus den vorhandenen Daten entstammt.

Zahnhartsubstanz

Die Karieserfahrung ist bei den Pflegebedürftigen (DMFT 24,5) deutlich höher als in der Gesamtgruppe (21,6). Die Zahl fehlender Zähne ist bei den Pflegebedürftigen höher, gefüllte Zähne sind seltener und kariöse Zähne etwa gleich häufig – 0,7 zu 0,6 Zähnen.

Zahnhalteapparat

Bezahnte Pflegebedürftige weisen deutlich höhere BOP-Werte auf (64,3 Prozent) als die Gesamtgruppe (46,5 Prozent). Nach der CDC/AAP-Klassifikation leiden 47,6 Prozent der Pflegebedürftigen an einer schweren Parodontitis, in der Gesamtgruppe sind es 44,3 Prozent.

In der bivariaten Analyse sind die Top-3-Risikofaktoren für eine schwere Parodontitis in der Gesamtgruppe:

- Beschwerdeorientiertes Inanspruchnahmeverhalten (Erhöhung des Risikos um 14,0 Prozent)
- Weniger als zweimaliges Zähneputzen pro Tag (Erhöhung des Risikos um 10,3 Prozent)
- Leben im Pflegeheim (Erhöhung des Risikos um 6,3 Prozent)

Zahnverlust

Von den 77,4 Prozent, die in der Gruppe der älteren Senioren nicht pflegebedürftig sind, waren nur 20,8 Prozent vollständig zahnlos. Die anderen haben im Durchschnitt noch 18 natürliche Zähne. Diese Daten entsprechen ziemlich genau denen der jüngeren Senioren (65 bis 74 Jahre) aus dem Jahr 2005 (DMS IV). Bei den Pflegebedürftigen der DMS V sind immerhin 46,3 Prozent nicht zahnlos und besitzen im Durchschnitt noch 12,1 natürliche Zähne.

Zahnersatz

Bei den Pflegebedürftigen sind 0,23 Zähne durch Implantate und 0,5 durch Brücken ersetzt, in der

Gesamtgruppe 0,27 durch Implantate und 1,1 durch Brücken.

Zahnarztkontakt

In der Gesamtgruppe geben 61,6 Prozent der älteren Senioren an, den Zahnarzt kontrollorientiert aufzusuchen, bei den Pflegebedürftigen sind es nur noch 38,7 Prozent. In der Gesamtgruppe fand der letzte Zahnarztbesuch in 73,9 Prozent der Fälle in den vergangenen zwölf Monaten statt, bei den Pflegebedürftigen nur in 52,7 Prozent der Fälle. Zu berücksichtigen bleibt, dass die Daten der DMS V ganz am Anfang der neuen Bema-Besuchsgebühren erhoben wurden.

Wie fit ist unser Nachwuchs?

Es steht außer Frage, dass sich die Zahnmedizin in der Pflege mehr engagieren muss. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Wird unser Nachwuchs an den Universitäten in diesem Bereich ausgebildet? 76,3 Prozent der Zahnmedizinstudenten fühlen sich in der Alterszahnmedizin nicht gut ausgebildet. Diese Information stammt aus der aktuellen Generation-Y-Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), die mit einer Ausschöpfungsquote von 69,3 Prozent aller Studenten im 9. und 10. Fachsemester sehr verlässlich ist. Nur 5 Prozent der Studenten können sich später ein besonderes Engagement in der Alterszahnmedizin vorstellen. In der Prognose lägen wir damit bei 1 620 Pflegebedürftigen pro engagierter Praxis – ein völlig unrealistisch hoher Wert.

Für die Analyse der bestehenden Probleme und Impulse zu deren Verbesserung lud die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin am 12. Mai alle interessierten Hochschuldozentinnen und -dozenten zum Hochschultag „Alterszahnmedizin in der Lehre“ nach Berlin ein. Junge Kollegen und insbesondere Kolleginnen präsentierten viel Idealismus, aber leider auch viel Frust: Über geringe Wertschätzung und mangelnde Unterstützung wurde nahezu generell geklagt. Der Hochschultag war sich einig, dass die Pflegezahnmedizin in Deutschland längst vom „nice to have“ zum „must have“ geworden ist und schnell den Stellenwert erhalten muss, der in einem Land mit einer der dramatischsten Demografien der Welt tatsächlich notwendig ist.

Ausblick

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland ist heute schon hoch und wird über einen langen Zeitraum steigen. Wir Zahnärzte haben diese Menschen zuvor gut und hochwertig versorgt und

präventiv betreut. Unsere Verantwortung endet aber nicht mit dem Eintritt in die Pflege. Aktuell zeigt sich die Gesundheitspolitik besorgt, ob wir dem wachsenden Bedarf gerecht werden – unter anderem in Bayern und Berlin. Wir können und müssen den Gegenbeweis antreten! Wenn sich hier nichts ändert, steht zu befürchten, dass die hohen Erwartungen, die in den Verhandlungen mit dem Gesetzgeber und den gesetzlichen Krankenkassen geweckt wurden, nicht erfüllt werden können. Damit droht ein Glaubwürdigkeitsverlust, der die ganze Zahnmedizin trübe. Wer die Pflegezahnmedizin nicht schultert, wird

wohl auch wenig Verständnis für teure Endos oder Spitzenprothetik bekommen.

An die Hochschulen sei ebenfalls der dringende Appell gerichtet, die Pflegezahnmedizin ernst zu nehmen. Studierende, die sie im Studium nicht als relevant erleben, werden sich im zahnärztlichen Berufsleben schwertun, den richtigen Zugang zu finden. Es ist eine wichtige Aufgabe der Hochschulen, diesen Zugang zu vermitteln.

Prof. Dr. Christoph Benz
Vizepräsident der BZÄK

Mitglied des Vorstands und Referent Patienten der BLZK

Selbstverwaltung im Dialog

Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Zahnärztheaus

Zum ersten Mal trafen sich Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit und Pflege des Bayerischen Landtags im Zahnärztheaus. Der Meinungsaustausch kam auf Einladung der beiden zahnärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften zustande.

Mit dabei waren Kathrin Sonnenholzner (SPD), die Vorsitzende des Ausschusses, und deren Stellvertreter Bernhard Seidenath (CSU). Außerdem waren Hermann Imhof (CSU), Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung, sowie Ruth Müller (SPD) zum Gespräch mit Repräsentanten der Landesvertretung und Experten aus der Ver-

waltung gekommen. Die Tagesordnung war gefüllt mit Themen, die den zahnärztlichen Berufsstand aktuell bewegen.

Verantwortung für Gesundheit

BLZK-Präsident Christian Berger sprach bei der Begrüßung die positiven Erfahrungen mit der neu ausgerichteten Führung von BLZK und KZVB an. Die Spitzenämter in den Körperschaften sind seit Jahresbeginn personengleich besetzt. Positionen der Zahnärzteschaft werden seither mit „einer Stimme“ vorgetragen. Sie erhalten damit mehr Gewicht im politischen Raum und in der Gesellschaft. Dies werde auch von Staatsministern Melanie Huml positiv



Foto: BLZK

Vertreter der zahnärztlichen Körperschaften in Bayern sprachen mit Mitgliedern des Landtagsausschusses für Gesundheit und Pflege über wichtige Gesundheitsthemen (v.l.): Dr. Manfred Kinner, Dr. Rüdiger Schott, Bernhard Seidenath, Kathrin Sonnenholzner, Dr. Christian Öttl, Hermann Imhof, Christian Berger und Prof. Dr. Christoph Benz.

gesehen, was sie beim Bayerischen Zahnärztetag eigens hervorgehoben habe, erinnerte Berger. Die Gesundheitspolitik spiele zwar in der aktuellen parteipolitischen Diskussion und auch im Hinblick auf die in Bayern bevorstehenden Landtagswahlen keine herausgehobene Rolle. Die Verantwortung für diesen Bereich sei aber angesichts der großen Wirtschaftsbedeutung des Gesundheitsmarktes und der zentralen Rolle einer guten Patientenversorgung wichtiger denn je.

Erfolge und Handlungsbedarf

Im Hinblick auf die kontinuierliche Verbesserung der Versorgung verwies Berger auf das jüngst bei der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer und bei der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung verabschiedete PAR-Konzept, mit dem der Volkskrankheit Parodontitis begegnet werden soll (siehe Bericht auf Seite 8 ff.). Prof. Dr. Christoph Benz, Mitglied des Vorstands der BLZK und Referent Patienten der BLZK, schloss sich dem mit Erfolgsmeldungen an: „Deutschland ist Weltmeister in der Mundgesundheit.“ Die präventive Zahnheilkunde sei erfolgreich, Karies auf dem Rückzug – dies zeige die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V).

Aber die Studie belegt auch Handlungsbedarf bei der stationären Versorgung hochbetagter Patienten. In der Pflege seien die Zeitbudgets zu knapp bemessen, für Mundhygiene bleibe wenig Zeit. Die Pfleger seien in Bezug auf die Zahngesundheit von Senioren nur unzureichend ausgebildet. An den Universitäten falle die Alterszahnmedizin durch das Raster (siehe Bericht auf Seite 14 ff.).

Der Patienten- und Pflegebeauftragte Hermann Imhof bestätigte diese Sorge um die unzureichende Versorgung aus eigener Wahrnehmung. Er erhalte dazu immer wieder Anfragen von pflegenden Angehörigen, was auch die Ausschussvorsitzende Kathrin Sonnenholzner für sich bestätigte. Die Abgeordneten verwiesen auf eine Reihe von Initiativen, die mobile ambulante zahnärztliche Versorgung zu verbessern, oft getragen von Idealismus. In dieser Hinsicht leistet das Patenzahnarztmodell der BLZK einen wertvollen Beitrag. Bernhard Seidenath dankte der Zahnärzteschaft für deren Leistungen in der Versorgung Pflegebedürftiger und warb für die neue Schwerpunktkampagne des Gesundheitsministeriums zur Seniorengesundheit. Alle Gesprächsteilnehmer waren sich einig: Idealismus allein reicht nicht, um die zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger nachhaltig zu verbessern. Hier ist auch die Politik gefordert.

Approbationsbehörden unter Druck

Der Justitiar der BLZK, Ass. jur. Michael Pangratz, schilderte, dass sich die Zahl der Anträge auf Erteilung einer zahnärztlichen Approbation dadurch erhöht hat, dass das Kriterium der deutschen Staatsangehörigkeit beziehungsweise der Staatsangehörigkeit zu einem EU-Mitgliedsstaat beziehungsweise sonstigem EWR- oder Vertragsstaat als Approbationserteilungsvoraussetzung vor einigen Jahren durch Änderung des Zahnheilkundengesetzes entfallen ist. Im Jahr 2015 hat dann die Staatsregierung die Zuständigkeit für Berufszulassungsentscheidungen der verkammerten Heilberufe auf die Regierungen von Oberbayern und Unterfranken konzentriert. Die Heilberufekammern in Bayern hatten bereits damals Bedenken angemeldet, ob die beiden Regierungen bei dieser Aufgabenkonzentration in personeller und sachlicher Hinsicht noch hinreichend ausgestattet sind.

Wie befürchtet, haben sich bei der durch die Aufgabenverteilung ohnehin besonders belasteten Regierung von Oberbayern erhebliche Verzögerungen eingestellt – sowohl bei der Bearbeitung der vorliegenden Anträge auf Berufszulassung als auch, was im Einzelfall noch gravierendere Folgen haben kann, bei Verfahren, die das Ruhen oder den Widerruf der Approbation zum Ziel haben. Es bedarf organisatorischer, personeller und finanzieller Maßnahmen, die seitens des Staates getroffen werden müssen, um Abhilfe zu schaffen. Sowohl Sonnenholzner als auch Seidenath wollten dem weiter nachgehen. Die bayerischen Heilberufekammern haben sich jüngst in dieser Angelegenheit auch mit einem gemeinsamen Schreiben an Ministerin Huml gewandt.

Weitere Gespräche sollen folgen

Rechtsanwältin Susanne Ottmann-Kolbe, Vorsitzende der Schlichtungsstelle, präsentierte das neue Schlichtungsverfahren der BLZK. Es hat sich rasch zu einem Erfolgsmodell entwickelt. Das Angebot einer außergerichtlichen Streitschlichtung erfreut sich bei Zahnärzten und Patienten hoher Akzeptanz. Dies belegt auch eine aktuelle Evaluation des Verfahrens, deren Ergebnisse Ottmann-Kolbe vorstellte. Die Initiative der BLZK wurde von den Gesprächspartnern aus dem Bayerischen Landtag sehr interessiert aufgenommen. Kurz angesprochen wurden auch die notwendige Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems und die dringend erforderliche Anpassung der GOZ an steigende Praxiskosten. Die Gespräche sollen fortgesetzt werden.