

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)

Vom 19. Oktober 2017

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Bürokratiekostenermittlung	8
4. Stellungnahmeverfahren.....	8
5. Verfahrensablauf	9
6. Fazit.....	10
7. Zusammenfassende Dokumentation.....	10

1. Rechtsgrundlage

Nach § 22a SGB V haben Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge.

Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung einbezogen werden. Gemäß § 22a Abs. 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere über Art und Umfang der Leistungen in Richtlinien nach § 92 SGB V.

Nach § 92 Abs. 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der (zahn-)ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten und trägt dabei den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie psychisch kranker Menschen Rechnung.

2. Eckpunkte der Entscheidung

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

§ 1 nimmt Bezug auf die Rechtsgrundlagen. Mit der vorliegenden Richtlinie konkretisiert der Gemeinsame Bundesausschuss den nach § 22a SGB V vorgegebenen Leistungsanspruch.

Dabei handelt es sich um die folgenden Leistungen:

- das Erheben eines Mundgesundheitsstatus (§ 4)
- das Erstellen eines individuellen Mundgesundheitsplans (§ 5)
- das Durchführen einer Mundgesundheitsaufklärung (§ 6)
- die Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7)

§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung

Zu Absatz 1

Die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen ist im Durchschnitt schlechter als die des Bevölkerungsdurchschnitts, ihr Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen ist überdurchschnittlich hoch.

Diese Bevölkerungsgruppen sind oft nicht in der Lage, ihre Zähne und Zahnprothesen eigenständig zu reinigen und zu pflegen. Sie benötigen Unterstützung bei der täglichen Mundhygiene.

Das verstärkte Auftreten von Karies, Erkrankungen des Zahnhalteapparates und Mundschleimhautveränderungen ist weitgehend auf Multimorbidität, Multimedikation und eingeschränkte Selbstvorsorgekapazitäten der Betroffenen zurückzuführen. Daher haben diese Patientengruppen einen erhöhten Präventions- und Therapiebedarf.

Diesen Umstand hat der Gesetzgeber ausweislich der amtlichen Begründung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz maßgeblich der Aufnahme der Regelung des § 22a in das SGB V zu Grunde gelegt.

Hauptziel der Richtlinie ist es daher, zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestands und damit zur Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität beizutragen. Schmerzfreiheit, problemlose Nahrungsaufnahme und ungestörtes Sprechen sowie die Teilnahme an sozialen Aktivitäten sollen durch eine regelmäßige Versorgung der Versicherten erreicht werden.

Dadurch soll die bei dieser Personengruppe häufig vorhandene beschwerdeorientierte Inanspruchnahme in Richtung auf eine vorsorgeorientierte Inanspruchnahme entwickelt werden.

Gleichzeitig soll die Versorgung bedarfsgerecht sein.

Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs sollen durch regelmäßig stattfindende eingehende Untersuchungen als Maßnahme der Sekundärprävention frühzeitig erkannt werden.

Ein weiteres Versorgungsziel ist die zeitnahe Behandlung der festgestellten Befunde. Dadurch sollen Beschwerden gelindert und Verschlimmerungen vermieden werden.

Bei Versicherten, die die Praxis aufsuchen können, wird die Behandlung in der Praxis vorgenommen. Bei Personen mit eingeschränkter Mobilität kann sie jedoch auch vor Ort im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen erfolgen. Im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen dürfen nur solche Maßnahmen durchgeführt werden, die in dieser nach den konkreten Umständen sowie nach den Regeln der zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können.

Behandlungsmaßnahmen sollten je nach Umfang und Durchführbarkeit unmittelbar nach der eingehenden Untersuchung oder an einem weiteren Behandlungstermin durchgeführt werden. Ist dies nicht möglich, soll auf die Behandlung hingewirkt werden, worunter das Koordinieren und die Terminvermittlung zu verstehen sind. Dabei muss die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt die Behandlung nicht notwendigerweise selbst durchführen.

Das primärpräventive Versorgungsziel ist, geeignete Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit der Patientin oder dem Patienten zu erläutern oder zu vermitteln.

Die diesbezügliche Aufklärung kann sich gegebenenfalls auch an die Pflege- oder Unterstützungspersonen richten.

In diesem Zusammenhang sind Unterstützungspersonen Personen aus dem persönlichen Umfeld der Anspruchsberechtigten, die in das Versorgungsgeschehen einbezogen sind (z. B. Angehörige, persönliche Assistenz, Mitarbeitende von Wohneinrichtungen). Dabei sind die Lebensumstände sowie die gegebenenfalls eingeschränkten kognitiven und motorischen Fähigkeiten der Versicherten und damit deren Fähigkeit zur Mitwirkung bei der Ausgestaltung aller in dieser Richtlinie beschriebenen Maßnahmen zu berücksichtigen. Dementsprechend sind Pflege- oder Unterstützungspersonen des Versicherten im erforderlichen Umfang einzubeziehen.

Zu Absatz 2

Die Versorgungsqualität wird zusätzlich durch den bedarfsorientierten Austausch des Vertragszahnarztes mit anderen behandelnden Ärzten und Zahnärzten unterstützt.

Gerade Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen mit schwerwiegenden Allgemein- und Begleiterkrankungen befinden sich zugleich in ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung. Im Zuge der konsiliarischen Erörterungen können beispielsweise internistische Befunde und die Medikamenteneinnahme abgeglichen oder abgestimmt werden. Insbesondere soll dem Krankheitsbild der Mundtrockenheit/Xerostomie entgegengewirkt werden, die bei den von der Richtlinie adressierten Versicherten häufig auftritt. Gegebenenfalls ist eine Änderung der die Mundtrockenheit bewirkenden Medikation bzw. eine Prüfung der Anwendungsnotwendigkeit des jeweiligen Medikaments anzuregen.

Zu Absatz 3

Die Fortbildung zum Zwecke der kontinuierlichen Festigung, Aktualisierung und Fortentwicklung der fachlichen Kompetenz ist ein wichtiges und etabliertes Instrument der Qualitätsförderung in der Zahnmedizin. Bezogen auf den Umgang sowie auf die besonderen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen, die im Zusammenhang mit der Versorgung der Patientengruppen nach § 1 dieser Richtlinie bestehen, werden Fortbildungsmaßnahmen empfohlen, die sich an den in Abs. 1 genannten Versorgungszielen ausrichten.

§ 3 Untersuchung und Behandlung

Dem Erheben des Mundgesundheitsstatus nach § 4, dem Erstellen des individuellen Mundgesundheitsplans nach § 5 sowie der Mundgesundheitsaufklärung nach § 6 soll grundsätzlich eine eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorangehen.

Die zahnärztliche Untersuchung wird im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 Satz 3 ff. SGB V bestätigt. Derzeit geschieht dies durch einen entsprechenden Eintrag ins „Bonusheft“.

Werden in der Untersuchung Befunde festgestellt, die einer weiteren Abklärung bedürfen, sind der oder die Versicherte an einen weiteren Arzt oder Zahnarzt zu überweisen oder eine entsprechende Empfehlung auszusprechen. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass unklare Befunde einer Abklärung zugeführt werden.

Falls an den Zähnen oder am Zahnersatz natürliche Reizfaktoren wie scharfe Zahnkanten oder Zahnstein sowie iatrogene Reizfaktoren wie überstehende Füllungsränder vorhanden sind, sollen diese nach Möglichkeit beseitigt werden. Dies soll nach Möglichkeit den Leistungen nach § 4 bis § 6 vorangehen.

Die festgestellten zahnärztlichen Befunde sollen zeitnah behandelt oder auf eine Behandlung hingewirkt werden. Soweit erforderlich, erfolgt eine Empfehlung zum Aufsuchen beispielsweise eines anderen Zahnarztes oder einer stationären zahnärztlichen Einrichtung oder eine entsprechende Überweisung. Die Durchführung von eingeleiteten Behandlungen wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung festgestellt.

§ 4 Erhebung des Mundgesundheitsstatus

Der Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung der Mundhygiene, konkret des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute sowie des Zahnersatzes.

Damit bildet der Mundgesundheitsstatus eine Basis für den individuellen Mundgesundheitsplan nach § 5. Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt hat den erhobenen Mundgesundheitsstatus in den Vordruck nach § 8 einzutragen.

§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan

Auf Grundlage der bei der eingehenden Untersuchung sowie der Erhebung des Mundgesundheitsstatus festgestellten Befunde und Versorgungsbedarfe sowie der Angaben der Versicherten oder des Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen wird der individuelle Mundgesundheitsplan erstellt. Dies ermöglicht es, die weiteren Maßnahmen ursachen- und bedarfsgerecht zu ergreifen oder zu veranlassen.

Die Angaben der Versicherten oder des Versicherten werden beispielsweise im Hinblick auf deren mundgesundheitsbezogene Aktivitäten sowie auf die Unterstützung durch Angehörige und Pflege- oder Unterstützungspersonen beurteilt. Bei der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans werden Angaben und Befunde ausgewertet, um den Grad der notwendigen Unterstützung bei Mundhygienemaßnahmen zu ermitteln.

Maßgebend sind die individuelle Situation einschließlich der motorischen und kognitiven Fähigkeiten der oder des Versicherten sowie die Unterstützungsmöglichkeiten durch das Umfeld.

Der individuelle Mundgesundheitsplan enthält Angaben zu den anzuwendenden Maßnahmen und Mitteln zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und Prothesenhygiene. Hierzu zählen z. B. Hinweise an die Versicherte oder den Versicherten, welche Arten von Zahnbürsten im individuellen Einzelfall verwendet werden sollen. In den individuellen Mundgesundheitsplan können Empfehlungen zur Reinigung der Zahnzwischenräume, der Mundschleimhaut, der Zunge oder der Prothesen eingehen. Darüber hinaus sollen Hinweise zur Fluoridanwendung, z. B. hinsichtlich der Verwendung einer hoch fluoridhaltigen Zahnpaste, sowie ggf. Empfehlungen zur Verwendung von Spüllösungen gegeben werden. Der Mundgesundheitsplan sollte – falls im individuellen Einzelfall erforderlich – ebenfalls Angaben enthalten, ob ein verringerter Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke empfohlen wird. Da insbesondere ältere pflegebedürftige Menschen häufig an einer altersbedingten oder medikamentenbedingten Mundtrockenheit/Xerostomie leiden, sind im Mundgesundheitsplan auch Maßnahmen zur Förderung des Speichelflusses anzugeben.

Darüber hinaus sind im Mundgesundheitsplan Angaben zur Durchführungs- oder Anwendungsfrequenz der empfohlenen Maßnahmen zu machen.

Da die betroffene Personengruppe aufgrund eingeschränkter Fähigkeiten häufig nicht in der Lage ist, die empfohlenen Maßnahmen eigenständig durchzuführen, sondern teilweise oder vollständig auf Unterstützung angewiesen ist, ist im Mundgesundheitsplan anzugeben, ob die Maßnahmen von der oder dem Versicherten selbst, mit Unterstützung oder vollständig durch die Pflege- oder Unterstützungsperson durchzuführen sind.

Weiterhin ist im individuellen Mundgesundheitsplan anzugeben, ob Rücksprache mit weiteren an der Behandlung Beteiligten zu nehmen ist, etwa mit dem Hausarzt, dem Apotheker aber auch mit Angehörigen oder Pflege- oder Unterstützungspersonen der oder des Versicherten.

Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt hat den Mundgesundheitsplan in den Vordruck nach § 8 einzutragen.

Die Umsetzung der im Mundgesundheitsplan empfohlenen Maßnahmen wird bei der nächsten Erhebung des Mundgesundheitsstatus überprüft. In Abhängigkeit von diesem Ergebnis ist der Plan ggf. anzupassen.

Da der individuelle Mundgesundheitsplan auf der Erhebung des Mundgesundheitsstatus aufbaut und im Regelfall im Zusammenhang mit diesem erfolgt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für die Erstellung des Mundgesundheitsplans ebenfalls eine Frequenz von einmal je Kalenderhalbjahr als sachgerecht angesehen.

§ 6 Mundgesundheitsaufklärung

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst insbesondere die Aufklärung über die Maßnahmen zur täglichen Mund- und Prothesenhygiene, zur Fluoridanwendung, zur zahngesunden Ernährung (z. B. Verringerung des Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke), zur Verhinderung bzw. Linderung von Mundtrockenheit/Xerostomie und zu den Zusammenhängen zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit.

Dabei wird der oder dem Versicherten der Nutzen der empfohlenen Maßnahmen vermittelt. Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst auch die Demonstration zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut sowie die Demonstration der Protheseneinigung und zur Handhabung von Prothesen. Dort, wo es notwendig ist, wird die Demonstration durch eine praktische Anleitung unterstützt.

Auch bei der Mundgesundheitsaufklärung sind die individuellen Lebensumstände der Versicherten und deren individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen zu berücksichtigen. Mit Hilfe der Mundgesundheitsaufklärung werden die Versicherten ermutigt, die jeweils empfohlenen Maßnahmen in den Alltag zu integrieren. Dazu ist es erforderlich, dass die Mundgesundheitsaufklärung in einer für die Versicherten verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise erfolgt. Diese Anforderung gilt auch dann, wenn Pflege- oder Unterstützungspersonen einzubeziehen sind.

Sollte das Verständnis der oder des Versicherten für die Maßnahmen und deren Umsetzung eingeschränkt sein oder fehlen, sind die Pflege- oder Unterstützungspersonen im erforderlichen Umfang in die Mundgesundheitsaufklärung einzubeziehen.

Durch die Formulierung in § 6 Abs. 4 und 5 wird sichergestellt, dass durch die Mundgesundheitsaufklärung, auch wenn sie sich allein an die Pflege- oder Unterstützungspersonen richtet, bestehende Anforderungen an die Anleitung der oder des Versicherten zur richtigen Mundhygiene sowie die Information über Mitwirkungspflichten erfüllt werden, wie sie beispielsweise für die Behandlung von Parodontopathien in der Behandlungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgestellt werden. So ist nach der Behandlungsrichtlinie regelmäßige Voraussetzung für die Durchführung einer Behandlung von Parodontopathien neben dem Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren die Anleitung der oder des Versicherten zur richtigen Mundhygiene sowie die Information über bestehende Mitwirkungspflichten.

§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge

Nach § 7 haben die Versicherten nach § 1 Anspruch auf eine kalenderhalbjährliche Entfernung harter Zahnbeläge. Hintergrund ist, dass Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation sowie ihren häufig eingeschränkten kognitiven und motorischen Fähigkeiten nur im begrenzten Maß zur Eigenvorsorge und zur effektiven Mundhygiene in der Lage sind, wodurch sie einem erhöhten Risiko für die Bildung von Zahnbelägen ausgesetzt sind.

Die Erfahrungen im Rahmen der zahnärztlichen Betreuung und Versorgung der Betroffenen zeigen, dass diesem erhöhten Risiko mit einer einmal im Kalenderjahr stattfindenden Zahnsteinentfernung, wie sie von den gesetzlichen Krankenkassen für alle Versicherten bereits gewährt wird, nicht ausreichend begegnet werden kann. Dem Rechnung tragend hat der Gesetzgeber unmittelbar im Normtext des § 22a SGB V die Entfernung harter Zahnbeläge zum Gegenstand der zwingend in die Versorgung neu aufzunehmenden Leistungen gemacht und einen leistungsrechtlichen Sondertatbestand geschaffen. Um dem erhöhten Risiko für Zahnsteinbildung und den damit einhergehenden negativen Effekten auf die (Zahn)Gesundheit wirksam begegnen zu können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Anspruch auf Entfernung harter Zahnbeläge auf einmal je Kalenderhalbjahr, also zweimal im Jahr, festgelegt.

§ 8 Information des Versicherten

Die Inhalte der Maßnahmen der §§ 4 und 5 sind durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt in einen Vordruck einzutragen, dessen konkrete Ausgestaltung nicht in der Richtlinie vorgegeben, sondern durch die Bundesmantelvertragspartner erfolgen wird.

Der Vordruck dient zum einen der zahnärztlichen Dokumentation und stellt zum anderen eine Informationsquelle für alle Beteiligten dar, u.a. kann der Vordruck auch als Anlage zum Pflegeplan genutzt werden. Die Dokumentation ist Bestandteil der Krankenblattunterlagen. Die Versicherte oder der Versicherte erhält hierzu eine Kopie des Vordrucks, den Pflege- oder Unterstützungspersonen mit Zustimmung der Versicherten oder des Versicherten nutzen können. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass alle an der Versorgung der Versicherten Beteiligten sowie der Versicherte selbst oder dessen Pflege- oder Unterstützungspersonen über dieselben Informationen über den individuellen Mundgesundheitszustand und die im individuellen Einzelfall geplanten Maßnahmen verfügen und gleichzeitig die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zur Weitergabe dieser sensiblen Informationen eingehalten werden. Darüber hinaus soll die Koordination der empfohlenen Maßnahmen sowie die Kooperation bei der Durchführung dieser Maßnahmen verbessert werden.

§ 9 Berichterstattung

Die Berichterstattung verläuft von der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung über die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung an den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen berichten jährlich der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung über das Versorgungsgeschehen nach dieser Richtlinie auf Grundlage der ihr vorliegenden Abrechnungsdaten. Dabei ist die Anzahl der erbrachten Leistungen nach § 22a SGB V sowie die Anzahl der bei der Versorgung der Versicherten nach § 1 stattgefundenen konsiliarischen Erörterungen darzustellen.

Die konkrete Ausdifferenzierung der Berichterstattung wird insbesondere von den durch den Bewertungsausschuss für die in dieser Richtlinie festgelegten Leistungen zu schaffenden Gebührenpositionen abhängen, da die erforderlichen Daten im Wesentlichen über die Abrechnung generiert werden.

Nach Möglichkeit sollten die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen angeben, wie viele Versicherte die jeweiligen Leistungen in Anspruch genommen haben. Auf Basis dieser Angaben kann der Erreichungsgrad der Anspruchsberechtigten bestimmt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet im Abstand von drei Jahren die Berichte über das Versorgungsgeschehen nach dieser Richtlinie und berät über Konsequenzen, ggf. auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Aus dem Beschluss ergibt sich eine neue Informationspflicht für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte. Diese besteht im Ausfüllen des Vordrucks nach § 8 sowie in der Anfertigung einer Kopie des Vordrucks für die Versicherte oder den Versicherten. Inhalt des Vordrucks sind der erhobene Mundgesundheitsstatus, der individuelle Mundgesundheitsplan und der Behandlungsbedarf. Da die Einzelheiten zur Ausgestaltung des Vordrucks zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbart werden, können die Bürokratiekosten für das Ausstellen des Vordrucks an dieser Stelle nicht näher beziffert werden.

4. Stellungnahmeverfahren

Vor der abschließenden Entscheidung des G-BA über die Erstfassung einer Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hat der zuständige Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung (UA ZÄ) am 17. Februar 2017 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 56 Abs. 3 und § 91 Abs. 5 SGB V beschlossen. Darüber hinaus wurde gemäß 1. Kapitel § 8 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO weiteren Organisationen ein Stellungnahmerecht zur Erstfassung der Richtlinie § 22a SGB V eingeräumt. Am 22. März 2017 wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum 19. April 2017 eingeleitet.

Die der stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage I**. Die eingereichten schriftlichen Stellungnahmen zur Erstfassung der Richtlinie nach § 22a SGB V sind den **Anlagen II bis XI** zu entnehmen.

Darüber hinaus wurde am 12. Mai 2017 in der Sitzung des UA ZÄ eine Anhörung durchgeführt (**Anlage XII**).

Der G-BA hat die Stellungnahmen ausgewertet (**Anlage XIII**) und in die Entscheidungen einbezogen. Änderungen an den Beschlussunterlagen sind der Tabelle in **Anlage XIII** zu entnehmen.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom 13. April 2017 nach erfolgter datenschutzrechtlicher Prüfung auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet.

Die Dokumentation des Verfahrens ist auf der Internetseite des G-BA abrufbar.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
24.02.2016		Antrag der KZBV gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 Satz 1 VerFO zur Beauftragung des UA ZÄ mit der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nach § 22a SGB V
17.03.2016	G-BA	Beauftragung des UA ZÄ zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nach § 22a SGB V
29.03.2016		Antrag der KZBV gemäß § 9 Absatz 2 Satz 1 und 2 i. V. m. § 20 Absatz 4 Satz 1 Geschäftsordnung (GO) des G-BA zur Einsetzung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe (AG) „§ 22a“
28.04.2016	UA ZÄ	Schriftliche Beschlussfassung zur Einrichtung und Beauftragung einer AG § 22a
21.06.2016	AG § 22a	Erste Sitzung der AG § 22a
17.02.2017	UA ZÄ	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über die Erstfassung der Richtlinie nach § 22a SGB V – vorbehaltlich der Bestimmung weiterer stellungnahmeberechtigter Organisationen in der Sitzung des G-BA vom 16.03.2017
16.03.2017	G-BA	Bestimmung weiterer stellungnahmeberechtigter Organisationen zur Richtlinie § 22a SGB V
12.05.2017	UA ZÄ	Mündliche Anhörung
12.05.2017	UA ZÄ	Auswertung und Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen
21.09.2017	G-BA	Änderung der Geschäftsordnung (GO): Änderung der Anlage I zur Bestimmung der Stimmrechte nach § 14a Absatz 3 Satz 4 GO
22.09.2017	UA ZÄ	Abschließende Beratung und Beschlussempfehlung an das Plenum
19.10.2017	G-BA	Beschluss zur Erstfassung der Richtlinie nach § 22a SGB V „Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ	BMG	
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
01.07.2018		Inkrafttreten

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt gemäß der Vorgabe des § 22a Abs. 2 SGB V die Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.

7. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage I:** An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Erstfassung der Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie versandte Tragenden Gründe
- Anlage II:** Stellungnahme Bundeszahnärztekammer
- Anlage III:** Stellungnahme Deutscher Pflegerat e. V.
- Anlage IV:** Stellungnahme Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
- Anlage V:** Stellungnahme Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
- Anlage VI:** Stellungnahme Deutscher Caritasverband e. V.
- Anlage VII:** Stellungnahme Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e. V.
- Anlage VIII:** Stellungnahme Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche e. V.
- Anlage IX:** Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
- Anlage X:** Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin
- Anlage XI:** Stellungnahme Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf
- Anlage XII:** Wortprotokoll zur mündlichen Anhörung
- Anlage XIII:** Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen

Berlin, den 19. Oktober 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)

Vom **Beschlussdatum**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **TT. Monat JJJJ** die folgende Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) beschlossen:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

Diese Richtlinie regelt auf der Grundlage nach § 92 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 22a SGB V Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten.

Die Richtlinie definiert Art und Umfang der folgenden Leistungen:

- die Untersuchung und Behandlung (§ 3),
- die Erhebung des Mundgesundheitsstatus (§ 4),
- den Individuellen Mundgesundheitsplan (§ 5)
- die Mundgesundheitsaufklärung (§ 6) sowie
- die Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7).

§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung

(1) Ziel der Richtlinie ist es, eine regelmäßige und bedarfsgerechte vertragszahnärztliche Versorgung der Versicherten gemäß § 1 Satz 1 zu gewährleisten. Die insoweit zu verfolgenden Versorgungsziele sind insbesondere:

- Erhalt und Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (unter anderem Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen, soziale Teilhabe),
- Regelmäßige Untersuchungen zum frühzeitigen Erkennen von Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs, ggf. auch in Verbindung mit dem Nachweis der

eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne gemäß § 55 Abs.1 Satz 4 SGB V

- Zeitnahe, den Lebensumständen des oder der Versicherten Rechnung tragende Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung
- Vermittlung von geeigneten Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit gegenüber der Patientin oder dem Patienten und gegebenenfalls der Pflege- oder Unterstützungspersonen

(2) Bedarfsorientiert führt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt konsiliarische Erörterungen mit Ärzten und Zahnärzten durch; beispielsweise soll dem Krankheitsbild der Xerostomie durch Hinweise auf eine Prüfung und ggf. Änderung einer möglicherweise Mundtrockenheit bewirkenden Medikation entgegengewirkt werden.

(3) Der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt wird empfohlen, regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen, die sich an den Versorgungszielen nach Absatz 1 und den speziellen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen orientieren.

GKV-SV; KZBV	PatV
	§ X Information der Versicherten (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gewährleisten, dass alle Zahnärzte über die Leistungen dieser Richtlinie informiert sind und bieten Informationsmaterial für Patientinnen und Patienten in geeigneter Form an. Darüber hinaus informieren sie die Öffentlichkeit über Zahnarztpraxen, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung, altersbedingten Einschränkungen und Pflegebedürftige eingestellt haben. (2) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, insbesondere die Anspruchsberechtigten nach § 1, in geeigneter Form über die Leistungen dieser Richtlinie. (3) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband berichten in regelmäßigen Abständen (mindestens alle 2 Jahre) dem Gemeinsamen Bundesausschuss über die nach Absatz 1 und 2 durchgeführten Maßnahmen.

§ 3 Untersuchung und Behandlung

(1) Der Durchführung der Maßnahmen nach

GKV-SV	KZBV; PatV (als § 4)
§ 4 bis § 6	den §§ 4 bis 7

soll die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorangegangen sein; die zahnärztliche Untersuchung wird im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 Satz 3 ff. SGB V bestätigt (Bonusheft).

(2) Zur weiteren Abklärung von festgestellten Befunden erfolgt gegebenenfalls eine entsprechende Empfehlung/Überweisung.

GKV-SV; PatV	KZBV
(3) Herausnehmbarer Zahnersatz sowie Behandlungsbedarf werden im Vordruck nach § 8 dokumentiert.	

(3/4) An den Zähnen und am Zahnersatz sollen nach Möglichkeit alle natürlichen bzw. iatrogenen Reizfaktoren beseitigt werden. Behandlungsbedürftige zahnärztliche Befunde sollen zeitnah behandelt oder die Behandlung eingeleitet werden; hierzu erfolgt gegebenenfalls eine Empfehlung/Überweisung. Die Durchführung von empfohlenen oder eingeleiteten Behandlungen wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung

GKV-SV; KZBV	PatV
festgestellt.	überprüft.

§ 4 Erhebung des Mundgesundheitsstatus

(1) Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute sowie des Zahnersatzes.

GKV-SV	KZBV; PatV
	Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus ermöglicht es, die jeweils erforderlichen Maßnahmen ursachen- und -bedarfsgerecht zu ergreifen oder zu veranlassen und Veränderungen des Mundgesundheitsstatus im Zeitablauf zu dokumentieren.

(2) Die bei der Erhebung festgestellten Befunde sind durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt

GKV-SV; PatV	KZBV
auf dem Vordruck nach § 8	

zu dokumentieren.

GKV-SV	KZBV; PatV
	Die Dokumentation ist Bestandteil der Krankenblattunterlagen.

(3) Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr.

§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan

(1) Auf Grundlage des Mundgesundheitsstatus nach § 4 erstellt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt einen individuellen Mundgesundheitsplan. Angaben der Versicherten oder des Versicherten und ggf. der Pflege oder Unterstützungspersonen werden bei der Erstellung des Plans berücksichtigt.

(2) Der individuelle Mundgesundheitsplan umfasst insbesondere die Angabe

- a) der empfohlenen, von der Versicherten oder dem Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen anzuwendenden Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und/oder Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Xerostomie.
- b) der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel.
- c) ob die Maßnahmen von der Versicherten oder dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind.
- d) zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung.

GKV-SV; PatV	KZBV
(3) Der individuelle Mundgesundheitsplan wird im Vordruck nach § 8 dokumentiert.	

(3/4) Die Umsetzung der Maßnahmen nach Absatz 2 wird durch die nächste Erhebung des Mundgesundheitsstatus überprüft. Auf Grundlage der Überprüfung wird der individuelle Mundgesundheitsplan ggf. angepasst.

(4/5) Die Erstellung bzw. Anpassung des individuellen Mundgesundheitsplans erfolgt im Zusammenhang mit der Erhebung des Mundgesundheitsstatus einmal im Kalenderhalbjahr.

§ 6 Mundgesundheitsaufklärung

(1) Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst die folgenden Leistungen:

- a) Aufklärung über die Inhalte nach § 5 Absatz 2 a) bis d).
- b) Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches sowie der Mundschleimhaut.

- c) Demonstration und ggf. praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes.
- d) Erläuterung des Nutzens der Maßnahmen nach lit a bis e, Anregen und Ermutigen der Versicherten oder des Versicherte sowie deren Pflege-/Unterstützungspersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

GKV-SV; KZBV	PatV
	e) Aufklärung über zahngesunde Ernährung

(2) Bei der Mundgesundheitsaufklärung sind die Lebensumstände der Versicherten oder des Versicherten zu erfragen sowie deren individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen angemessen zu berücksichtigen. Sofern die Versicherte oder der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im jeweils erforderlichen Umfang in die Aufklärung einzubeziehen.

(3) Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für die Versicherte oder den Versicherten sowie ggf. für die Pflege- oder Unterstützungspersonen verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise.

GKV-SV, KZBV	PatV
	Die Zahnärztin oder der Zahnarzt händigt der Versicherten oder dem Versicherten und/oder deren Pflege-/Betreuungsperson geeignete schriftliche Informationsmaterialien zur Unterstützung der Mundgesundheitsaufklärung aus.

(4) Soweit der Versicherten oder dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf die Pflege- und Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflege- und Unterstützungspersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit der Versicherten oder dem Versicherten zu geben.

(5) Die Mundgesundheitsaufklärung, auch wenn sie sich an Pflege- oder Unterstützungspersonen richtet, erfüllt die Voraussetzungen für die Behandlung von Parodontopathien im Hinblick auf die Anleitung des Versicherten oder der Versicherten und deren oder dessen Information über bestehende Mitwirkungspflichten.

(6) Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr und soll in engem zeitlichen Zusammenhang nach der Erhebung des Mundgesundheitsstatus sowie in engem zeitlichen Zusammenhang

GKV-SV	KZBV; PatV
nach	mit

der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans erbracht werden.

GKV-SV; KZBV	PatV				
§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge Versicherte gemäß § 1 Satz 1 haben Anspruch auf eine Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge. Die Entfernung harter Zahnbeläge erfolgt einmal im <table border="1" data-bbox="204 501 783 647"> <tr> <th data-bbox="204 501 493 573">GKV-SV</th><th data-bbox="493 501 783 573">KZBV</th></tr> <tr> <td data-bbox="204 573 493 647">Kalenderjahr.</td><td data-bbox="493 573 783 647">Kalenderhalbjahr.</td></tr> </table>	GKV-SV	KZBV	Kalenderjahr.	Kalenderhalbjahr.	§ Y Maßnahmen zur Verhütung von Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen (1) Versicherte nach § 1 Abs. 1 haben im Rahmen der Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen Anspruch auf eine bedarfsgerechte gründliche Beseitigung der harten und weichen Zahnbeläge. Bei Hygienedefiziten kommt die praktische Übung von Hygienetechniken einschließlich der Reinigung der Interdenträume hinzu. Die Entfernung der Zahnbeläge erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr, bei Bedarf auch häufiger. (2) Sofern angezeigt, ist die Versiegelung kariesfreier Fissuren und Grübchen der Prämolaren oder Molaren vorzunehmen. (3) Die Vertragszahnärztin/ der Vertragszahnarzt ergreift geeignete, risikoadjustierte Maßnahmen zur Verhütung von Wurzelkaries. Dies schließt den Einsatz von Chemotherapeutika, insbesondere Fluoridierung und CHX-Lack mit ein.
GKV-SV	KZBV				
Kalenderjahr.	Kalenderhalbjahr.				

GKV-SV; PatV	KZBV				
§ 8 Dokumentation und Information (1) Die Dokumentation erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck. <table border="1" data-bbox="204 1458 783 1664"> <tr> <th data-bbox="204 1458 475 1529">GKV-SV</th><th data-bbox="475 1458 783 1529">PatV</th></tr> <tr> <td data-bbox="204 1529 475 1664"></td><td data-bbox="475 1529 783 1664">und ist patientenverständlich zu fassen.</td></tr> </table> (2) Der Vordruck enthält die folgenden Angaben: – Name und Vorname der oder des Versicherten – Einzeichnen des herausnehmbaren Zahnersatzes in ein Zahnschema – Behandlungsbedarf – Pflegezustand der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute	GKV-SV	PatV		und ist patientenverständlich zu fassen.	
GKV-SV	PatV				
	und ist patientenverständlich zu fassen.				

sowie des herausnehmbaren Zahn- ersatzes – Inhalte des individuellen Mund- gesundheitsplans nach § 5 – Name und Vorname der Zahnärztin oder des Zahnarztes – Datum (3) Der Vordruck ist Bestandteil der Krankenblattunterlagen. Der oder die Versicherte und ggf. die Pflege/Unterstützungspersonen erhalten eine Kopie des Vordrucks. Pflegende/Unterstützungspersonen können diesen als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.	
--	--

§ 8 / § 9 **Berichterstattung**

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen berichten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung jährlich bis zum Ende des zweiten Quartals des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres

GKV-SV	KZBV
	anhand der ihr vorliegenden Abrechnungsdaten

über das Versorgungsgeschehen im Berichtsjahr.

GKV-SV; PatV	KZBV				
Dabei sind für die Versicherten nach § 1 die Anzahl der erbrachten Leistungen nach § 22a SGB V und nach § 87 Abs. 2i und 2j SGB V sowie die Anzahl der konsiliarischen Erörterungen darzustellen sowie anzugeben, wie viele Versicherte die jeweiligen Leistungen in Anspruch genommen haben.					
<table border="1"> <tr> <th>GKV-SV</th><th>PatV</th></tr> <tr> <td></td><td> Außerdem berichtet die KZBV über die Anzahl der Vertragszahnärzte, die Maßnahmen nach dieser Richtlinie </td></tr> </table>	GKV-SV	PatV		Außerdem berichtet die KZBV über die Anzahl der Vertragszahnärzte, die Maßnahmen nach dieser Richtlinie	
GKV-SV	PatV				
	Außerdem berichtet die KZBV über die Anzahl der Vertragszahnärzte, die Maßnahmen nach dieser Richtlinie				

	durchgeführt haben sowie die Anzahl der durchgeführten Fort- bildungsveranstaltu- ngen der Kassenzahn- ärztlichen Vereinigungen und der Zahnärzte- kammern sowie Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.	
--	--	--

(2) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage der Berichte nach Absatz 1 jährlich bis zum Ende des dritten Quartals des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres über die bundesweiten Ergebnisse.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss wertet im Abstand von jeweils drei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie die Berichte nach Absatz 2 aus und berät über Konsequenzen, ggf. auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen.“

I. Die Richtlinie tritt am [TT. Monat JJJJ] in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

**zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundes-
ausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maß-
nahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei
Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen
(Richtlinie nach § 22a SGB V)**

Vom **Beschlussdatum**

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3. Bürokratiekostenermittlung	15
4. Verfahrensablauf	15
5. Fazit	15

1. Rechtsgrundlage

Nach § 22a SGB V haben Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten, Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung sowie die Entfernung harter Zahnbeläge.

Pflege- oder Unterstützungspersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zu Art und Umfang der Leistungen in Richtlinien nach § 92 SGB V.

Nach § 92 Abs. 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der (zahn-)ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten und trägt dabei den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie psychisch kranker Menschen Rechnung.

2. Eckpunkte der Entscheidung

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

§ 1 nimmt Bezug auf die Rechtsgrundlagen. Mit der vorliegenden Richtlinie konkretisiert der Gemeinsame Bundesausschuss den nach § 22a SGB V vorgegebenen Leistungsanspruch.

Dabei handelt es sich um die folgenden Leistungen:

- das Erheben eines Mundgesundheitsstatus (§ 4)
- das Erstellen eines individuellen Mundgesundheitsplans (§ 5)
- das Durchführen einer Mundgesundheitsaufklärung (§ 6)
- die Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7)

§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung

GKV-SV	KZBV
Es gibt Hinweise darauf, dass die Mundgesundheit von Teilen der leistungsberechtigten Personengruppen schlechter ist als die des Bevölkerungsdurchschnitts. Darauf nimmt auch die Gesetzesbegründung zu § 22a SGB V Bezug. Das verstärkte Auftreten von Karies, Erkrankungen des Zahnhalteapparates und Mundschleimhautveränderungen ist teilweise auf Multimorbidität, Multimedikation und eingeschränkte Selbstversorgungskapazitäten der Betroffenen zurückzu-	Zu Absatz 1 Die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen ist im Durchschnitt schlechter als die des Bevölkerungsdurchschnitts, ihr Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen ist überdurchschnittlich hoch. Neben den häufig eingeschränkten Selbstversorgungskapazitäten der Betroffenen liegen zusätzliche Ursachen beispielsweise in der Multi-

GKV-SV	KZBV
führen. Hauptziel der Richtlinie ist es daher, zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit zur Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität beizutragen. Schmerzfreiheit, problemlose Nahrungsaufnahme und ungestörtes Sprechen sowie die Teilnahme an sozialen Aktivitäten sollen durch eine regelmäßige Versorgung der Versicherten erreicht werden. Die regelmäßige Versorgung soll dazu beitragen, die bei dieser Personengruppe häufig vorhandene beschwerdeorientierte Inanspruchnahme in Richtung auf eine vorsorgeorientierte Inanspruchnahme zu entwickeln. Gleichzeitig soll die Versorgung bedarfsgerecht sein. Dazu gehört es, vorliegende Erkrankungen und Mundgesundheitsstörungen frühzeitig zu erkennen. Dem sollen regelmäßige eingehende Untersuchungen zum frühzeitigen Erkennen von Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs dienen, also eine Maßnahme der Sekundärprävention. Auf das Versorgungsziel, frühzeitig und regelmäßig Untersuchungen durchzuführen, baut das Versorgungsziel einer zeitnahen Behandlung auf. Durch sollen Beschwerden gelindert und Verschlimmerungen vermieden, also Tertiärprävention betrieben werden. Durch Komplikationen ausgelöste Krankenfahrten oder Krankentransporte sowie Krankenhausaufenthalte sollen ebenfalls weitgehend vermieden werden. Eingeschränkte kognitive und manuelle Fähigkeiten dieser Personengruppen sind bei der Versorgung zu berücksichtigen. Daher soll die Ausgestaltung der Behandlungsmaßnahmen den Lebensumständen des oder der Versicherten einschließlich deren Möglichkeiten zum Mitwirken Rechnung tragen.	morbidität und Multimedikation. Diesen Umstand hat der Gesetzgeber ausweislich der amtlichen Begründung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz maßgeblich der Aufnahme der Regelung des § 22a in das SGB V zu Grunde gelegt. Die 2016 vorgestellte Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) bestätigt mit aktuellen Zahlen die Auffassung des Gesetzgebers. Sie belegt, dass die Prävention noch nicht alle Bevölkerungsgruppen in derselben Weise erreicht und Menschen mit Pflegebedarf oder in sozial schwierigen Lebenslagen nicht im gleichen Maße davon wie die Breite der Bevölkerung profitieren. Daher muss ein besonderes Augenmerk auf die zahnärztliche Prävention und Therapie dieser Patientengruppen gelegt werden. Hauptziel der Richtlinie ist es daher, zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit zur Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität beizutragen. Schmerzfreiheit, problemlose Nahrungsaufnahme und ungestörtes Sprechen sowie die Teilnahme an sozialen Aktivitäten sollen durch eine regelmäßige Versorgung der Versicherten erreicht werden. Die regelmäßige Versorgung soll dazu beitragen, die bei dieser Personengruppe häufig vorhandene beschwerdeorientierte Inanspruchnahme in Richtung auf eine vorsorgeorientierte Inanspruchnahme zu entwickeln. Gleichzeitig soll die Versorgung bedarfsgerecht sein. Dazu gehört auch, vorliegende Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs durch regelmäßig stattfindende eingehende Untersuchungen frühzeitig zu erkennen und durch eine zeitnahe Behandlung Beschwerden zu lindern und Verschlimmerungen vermeiden zu können. Insbesondere bei Versicherten, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung eine eingeschränkte Mobilität aufweisen, sollen damit zugleich

GKV-SV	KZBV
	beschwerliche Krankenfahrten und Krankentransporte sowie Krankenhausaufenthalte und die Häufigkeit zahnärztlicher Behandlungen in Intubationsnarkose reduziert werden.

Bei Versicherten, die die Praxis aufsuchen können, wird die Behandlung in der Praxis vorgenommen. Bei Personen mit eingeschränkter Mobilität kann sie jedoch auch vor Ort im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen erfolgen. Im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen dürfen nur solche Maßnahmen durchgeführt werden, die in dieser nach den konkreten Umständen sowie nach den Regeln der Zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können.

Behandlungsmaßnahmen sollten je nach Umfang und Durchführbarkeit unmittelbar nach der eingehenden Untersuchung oder an einem weiteren Behandlungstermin durchgeführt werden. Ist dies nicht möglich, soll auf die Behandlung hingewirkt werden, worunter das Koordinieren und die Terminvermittlung zu verstehen sind. Dabei muss die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt die Behandlung nicht notwendigerweise selbst durchführen.

Das primärpräventive Versorgungsziel ist, geeignete Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit der Patientin oder dem Patienten zu erläutern oder zu vermitteln.

GKV-SV	KZBV
Dies kann sich gegebenenfalls auch an die Pflege- oder Unterstützungspersonen richten. Häufig befinden sich Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen in ärztlicher Behandlung. Ein Qualitätsziel ist, durch konsiliarische Erörterungen mit an der Versorgung beteiligten Ärzten internistische Befunde und auch die Medikamenteneinnahme abzugleichen und ggf. Änderungen anzuregen, die der Mundgesundheit förderlich sind. Als Beispiel wird die medikamentenbedingte Xerostomie angeführt, die häufig bei dieser Personengruppe auftritt. Hier gilt es, ggf. eine Änderung einer möglicherweise Mundtrockenheit bewirkenden Medikation bzw. eine Prüfung der Anwendungsnotwendigkeit des jeweiligen Medikaments anzuregen. Um eine fachlich angemessene Behandlung dieser Personengruppe zu erreichen, wird der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt empfohlen, regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen. Dies kön-	Dabei sind die gegebenenfalls eingeschränkten kognitiven und manuellen Fähigkeiten zu berücksichtigen. Bei der Ausgestaltung der in dieser Richtlinie beschriebenen Maßnahmen ist den individuellen Lebensumständen der oder des Versicherten sowie deren Fähigkeit zur Kooperation Rechnung zu tragen. Dem entsprechend sind Pflege- oder Unterstützungspersonen des Versicherten im erforderlichen Umfang einzubeziehen. Zu Absatz 2 Die Versorgungsqualität wird zusätzlich durch den bedarfsorientierten Austausch des Vertragszahnarztes mit anderen behandelnden Ärzten und Zahnärzten unterstützt. Gerade Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen mit schwerwiegenden Allgemein- und Begleiterkrankungen befinden sich zugleich in ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung. Im Zuge der konsiliarischen Erörterungen können beispielsweise internistische Befunde und die Medikamenteneinnahme abgeglichen und abgestimmt werden.

GKV-SV	KZBV
nen beispielsweise zahnärztliche Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der Alterszahnmedizin sein.	Insbesondere soll dem Krankheitsbild der medikamentenbedingten Xerostomie entgegengewirkt werden, die bei den von der Richtlinie adressierten Versicherten häufig auftritt. Gegebenenfalls ist eine Änderung der die Mundtrockenheit bewirkenden Medikation bzw. eine Prüfung der Anwendungsnotwendigkeit des jeweiligen Medikaments anzuregen. Zu Absatz 3 Die Fortbildung zum Zwecke der kontinuierlichen Festigung, Aktualisierung und Fortentwicklung der fachlichen Kompetenz ist ein wichtiges und etabliertes Instrument der Qualitätsförderung in der Zahnmedizin. Bezogen auf den Umgang sowie auf die besonderen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen, die im Zusammenhang mit der Versorgung der Patientengruppen nach § 1 dieser Richtlinie bestehen, werden Fortbildungsmaßnahmen empfohlen, die sich an den in Abs. 1 genannten Versorgungszielen ausrichten.

PatV
§ X Information der Versicherten Die Regelungen in § 3 sollen sicherstellen, dass Versicherte über ihren Anspruch auf Leistungen nach dieser Richtlinie informiert sind. Die Versicherten sind dabei individuell anzusprechen (z. B. durch Brief); eine allgemeine Information (z. B. in der Mitgliederzeitschrift) ist bei diesem Personenkreis nicht ausreichend. Durch die verschiedenen aufgeführten Informationswege und Adressaten soll eine regelmäßige Inanspruchnahme der individualprophylaktischen Leistungen erleichtert werden. Damit wird der gesetzgeberischen Aufgabe Rechnung getragen, der unzureichenden Mundgesundheit der anspruchsberechtigten Versicherten-Gruppe entgegen zu wirken. Neben Angaben zum Leistungsumfang sollen die Versicherten darüber informiert werden, welche Zahnarztpraxen Leistungen nach dieser Richtlinie anbieten. Dabei sollen die bereitgestellten Informationen Angaben zur infrastrukturellen Beschaffenheit der Zahnarztpraxis (u. a. Verkehrsanbindungen, Barrierefreiheit) beinhalten. Die Körperschaften der Zahnärzte und Krankenkassen werden verpflichtet, über die durchgeführten Maßnahmen zu berichten.

§ 3 Untersuchung und Behandlung

GKV-SV	KZBV
Dem Erheben des Mundgesundheitsstatus nach § 4, dem Erstellen des individuellen Mundgesundheitsplans nach § 5 sowie der Mundgesundheitsaufklärung nach § 6 soll eine eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorausgehen.	Den in dieser Richtlinie beschriebenen Maßnahmen soll grundsätzlich eine eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorausgehen.
Falls in der Untersuchung Befunde festgestellt werden, die einer weiteren Abklärung bedürfen, sind der oder die Versicherte an einen weiteren Arzt oder Zahnarzt zu überweisen oder eine entsprechende Empfehlung auszusprechen. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass unklare Befunde einer Abklärung zugeführt werden.	
Herausnehmbarer Zahnersatz sowie festgestellter Behandlungsbedarf sind in dem Vordruck zu dokumentieren, dessen Inhalte in § 8 angegeben sind. Die festgestellten zahnärztlichen Befunde sollen zeitnah behandelt oder auf eine Behandlung hingewirkt werden. Ggf. erfolgt hierzu eine Empfehlung oder Überweisung. Die Durchführung von eingeleiteten Behandlungen wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung überprüft.	Die festgestellten zahnärztlichen Befunde sollen zeitnah behandelt oder auf eine Behandlung hingewirkt werden. Soweit erforderlich, erfolgt eine entsprechende Empfehlung oder Überweisung. Eine mögliche Umsetzung wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung festgestellt.
Falls an den Zähnen oder am Zahnersatz natürliche Reizfaktoren wie scharfe Zahnkanten oder Zahnstein sowie iatrogene Reizfaktoren wie überstehende Füllungsråder vorhanden sind, sollten diese beseitigt werden. Dies soll nach Möglichkeit den Leistungen nach § 4 bis § 6 vorangehen.	

§ 4 Erhebung des Mundgesundheitsstatus

GKV-SV	KZBV
Nach der Gesetzesbegründung zu § 22a SGB V soll die Erhebung des Mundgesundheitsstatus es ermöglichen, den Grad der Mundhygiene, den Zustand der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute und des Zahnersatzes beurteilen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgaben in der Richtlinie umgesetzt. Der Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahn-	Die betroffenen Versicherten haben Anspruch auf die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus. Der Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute sowie des Zahnersatzes. Dieser soll es ermöglichen, den Grad der Mundhygiene, den Zustand der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute und des Zahnersatzes zu bewerten. Auf dieser

GKV-SV	KZBV
fleischs, der Mundschleimhäute sowie des Zahnersatzes. Er ist in dem unter § 8 näher erläuterten Vordruck zu dokumentieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für die Erhebung des Mundgesundheitsstatus eine Frequenz von einmal je Kalenderhalbjahr als sachgerecht angesehen.	Basis sind die weiteren Maßnahmen ursachen- und bedarfsgerecht zu ergreifen oder zu veranlassen. Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus gestattet es, Veränderungen des Mundgesundheitszustandes im Zeitablauf festzuhalten und zu dokumentieren und dient der individuellen Verlaufskontrolle. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Vorgaben in der Richtlinie umgesetzt und für die Erhebung des Mundgesundheitsstatus eine Frequenz von einmal je Kalenderhalbjahr als sachgerecht angesehen.

§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan

Auf Grundlage der bei der eingehenden Untersuchung sowie der Erhebung des Mundgesundheitsstatus festgestellten Befunde und Versorgungsbedarfe sowie der Angaben der Versicherten oder des Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen wird der individuelle Mundgesundheitsplan erstellt.

Die Angaben der Versicherten oder des Versicherten werden beispielsweise im Hinblick auf deren mundgesundheitsbezogene Aktivitäten sowie auf die Unterstützung durch Angehörige und professionelle Pflege- oder Unterstützungspersonen bewertet. Bei der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans werden Angaben und Befunde ausgewertet, um den Grad der notwendigen Unterstützung bei Mundhygienemaßnahmen zu ermitteln.

GKV-SV	KZBV
Dieser bezieht sich auf die individuelle Situation einschließlich der manuellen und kognitiven Fähigkeiten der oder des Versicherten sowie die Unterstützungsmöglichkeiten durch das Umfeld.	Maßgebend sind die individuelle Situation einschließlich der manuellen und kognitiven Fähigkeiten der oder des Versicherten sowie die Unterstützungsmöglichkeiten durch das Umfeld.

Der individuelle Mundgesundheitsplan enthält Angaben zu den anzuwendenden Maßnahmen und Mitteln zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und Prothesenhygiene. Hierzu zählen z. B. Hinweise an die Versicherte oder den Versicherten, welche Arten von Zahnbürsten im individuellen Einzelfall verwendet werden sollen. In den individuellen Mundgesundheitsplan können Empfehlungen zur Reinigung der Zahnzwischenräume, der Mundschleimhaut, der Zunge oder der Prothesen eingehen. Darüber hinaus sollen Hinweise zur Fluoridanwendung, z. B. hinsichtlich der Verwendung einer hoch fluoridhaltigen Zahnpaste, sowie ggf. Empfehlungen zur Verwendung von Spüllösungen gegeben werden. Der Mundgesundheitsplan sollte – falls im individuellen Einzelfall erforderlich – ebenfalls Angaben enthalten, ob ein verringerter Konsum zuckerhaltiger Speisen und Getränke empfohlen wird. Da insbesondere ältere pflegebedürftige Menschen häufig an einer

altersbedingten oder medikamentenbedingten Xerostomie leiden, sind im Mundgesundheitsplan auch Maßnahmen zur Förderung des Speichelflusses anzugeben.

Darüber hinaus sind im Mundgesundheitsplan Angaben zur Durchführungs- oder Anwendungsfrequenz der empfohlenen Maßnahmen zu machen.

Da die betroffene Personengruppe aufgrund eingeschränkter Fähigkeiten häufig nicht in der Lage ist, die empfohlenen Maßnahmen eigenständig durchzuführen, sondern teilweise oder vollständig auf Unterstützung angewiesen ist, ist im Mundgesundheitsplan anzugeben, ob die Maßnahmen von der oder dem Versicherten selbst, mit Unterstützung oder vollständig durch die Pflege- oder Unterstützungsperson durchzuführen sind.

Weiterhin ist im individuellen Mundgesundheitsplan anzugeben, ob Rücksprache mit weiteren an der Behandlung Beteiligten zu nehmen ist, etwa mit dem Hausarzt, dem Apotheker aber auch mit Angehörigen oder Pflege- oder Unterstützungspersonen der oder des Versicherten.

GKV-SV	KZBV
Der Mundgesundheitsplan ist in dem unter § 8 näher erläuterten Vordruck zu dokumentieren.	Die konkrete Ausgestaltung des Mundgesundheitsplans etwa in Gestalt eines zu verwendenden Vordrucks wird von der Richtlinie nicht vorgegeben und kann durch die Bundesmantelvertragspartner erfolgen. Damit soll sichergestellt werden, dass gegebenenfalls erforderlich werdende Anpassungen flexibel und zeitnah umgesetzt und sich verändernde Dokumentationserfordernisse mit verhältnismäßig geringem Aufwand abgebildet werden können.

Die Umsetzung der im Mundgesundheitsplan empfohlenen Maßnahmen wird bei der nächsten Erhebung des Mundgesundheitsstatus überprüft. In Abhängigkeit von diesem Ergebnis ist der Plan ggf. anzupassen.

Da der individuelle Mundgesundheitsplan auf der Erhebung des Mundgesundheitsstatus aufbaut und im Regelfall im Zusammenhang mit diesem erfolgt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für die Erstellung des Mundgesundheitsplans ebenfalls eine Frequenz von einmal je Kalenderhalbjahr als sachgerecht angesehen.

§ 6 Mundgesundheitsaufklärung

GKV-SV	KZBV
An die Erhebung des Mundgesundheitsstatus und die Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans schließt sich eine Mundgesundheitsaufklärung an.	Die betroffenen Versicherten haben Anspruch auf eine individuelle Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über die Maßnahmen zu deren Erhaltung.

Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst insbesondere die Aufklärung über die Maßnahmen zur täglichen Mund- und Prothesenhygiene, zur Fluoridanwendung, zur zahngesunden Er-

nährung (z. B. Verringerung des Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke), zur Verhinderung bzw. Linderung von Xerostomie und zu den Zusammenhängen zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit. Dabei wird der oder dem Versicherten der Nutzen der empfohlenen Maßnahmen vermittelt. Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst auch die Demonstration zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut sowie die Demonstration der Protheseneinigung und zur Handhabung von Prothesen. Dort, wo es notwendig ist,

GKV-SV	KZBV
kann die Demonstration auch durch eine praktische Anleitung unterstützt werden.	wird die Demonstration durch eine praktische Anleitung unterstützt.

Auch bei der Mundgesundheitsaufklärung sind die individuellen Lebensumstände der Versicherten und deren individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen zu berücksichtigen. Mit Hilfe der Mundgesundheitsaufklärung werden die Versicherten ermutigt, die jeweils empfohlenen Maßnahmen in den Alltag zu integrieren. Dazu ist es erforderlich, dass die Mundgesundheitsaufklärung in einer für die Versicherten verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise erfolgt. Diese Anforderung gilt auch dann, wenn Pflege- oder Unterstützungspersonen einzubeziehen sind.

Sollte das Verständnis der oder des Versicherten für die Maßnahmen und deren Umsetzung eingeschränkt sein oder fehlen, sind die Pflege- oder Unterstützungspersonen im erforderlichen Umfang in die Mundgesundheitsaufklärung einzubeziehen.

GKV-SV	
Nach der Behandlungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist regelmäßige Voraussetzung für die Durchführung einer Behandlung von Parodontopathien neben dem Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene.	
GKV-SV	KZBV
Durch die Formulierung in § 6 Abs. 5 wird sichergestellt, dass diese Anforderung durch die Mundgesundheitsaufklärung, auch wenn sie sich allein an die Pflege-/Unterstützungspersonen richtet, erfüllt ist. Des Weiteren gilt durch die Mundgesundheitsaufklärung, auch wenn sie sich allein an die Pflege-/Unterstützungspersonen richtet, die Mitwirkungspflicht des Patienten bei der Behandlung von Parodontopathien als erfüllt.	Durch die Formulierung in § 6 Abs. 5 wird auch sichergestellt, dass bestehende Anforderungen an Mitwirkungspflichten von Versicherten durch die Mundgesundheitsaufklärung, auch wenn sie sich allein an die Pflege- oder Unterstützungspersonen richtet, erfüllt werden. So ist nach der Behandlungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses regelmäßige Voraussetzung für die Durchführung einer Behandlung von Parodontopathien neben dem Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren die Anleitung der oder des Versicherten zur richtigen Mundhygiene sowie die Information über bestehende Mitwir-

	kungspflichten.
Da die Mundgesundheitsaufklärung im engen zeitlichen Zusammenhang mit der Erhebung des Mundgesundheitsstatus und der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans erfolgen soll, hat der Gemeinsame Bundesausschuss für die Mundgesundheitsaufklärung ebenfalls eine Frequenz von einmal je Kalenderhalbjahr als sachgerecht angesehen.	
GKV-SV	KZBV
	Um den individuellen Gegebenheiten zu entsprechen, wird keine strikte Reihenfolge der einzelnen Maßnahmen vorgegeben. Es wird vielmehr auf den fachlich gebotenen zeitlichen Zusammenhang abgestellt.
PatV	
Zu § 6 Absatz 1 e) Aufklärung über zahngesunde Ernährung	
Die Aufklärung über zahngesunde Ernährung ist für die Versichertengruppe nach § 1 Satz 1 besonders wichtig. Die Leistung erschließt den Anspruch nach Abschnitt B Ziffer 10 der Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) auch für die Versicherten nach § 1 Satz 1. Nach der Begründung zum GKV-SV anerkennt der Gesetzgeber für den Personenkreis nach § 22a SGB V einen besonderen Bedarf an individualprophylaktischen Leistung wie bei Kindern- und Jugendlichen (§ 22 SGB V).	
PatV	
Zu § 6 Absatz 3 Satz 2	
Schriftliche Informationen unterstützen und verstärken die Aufklärung. Durch die Nutzung eines weiteren Mediums wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Informationen von unterschiedlichen Personen auf unterschiedlichen Wegen (z. B. visuell) besser oder schlechter erfasst werden. Schriftliche Informationen bieten zudem die Möglichkeit, auf weitere, bereits verfügbare Medien, hinzuweisen. So finden sich bereits Beispiele z. B. in Form von Erklärvideos auf der Internetseite der Bundeszahnärztekammer (siehe hier: https://www.bzaek.de/fuer-medien/video-audio.html)	

§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge

GKV-SV	KZBV
In der Gesetzesgründung zu § 22a SGB V wird ausgeführt, dass die besondere Lebenssituation von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen aufgrund der erschwerten Mundhygiene ein erhöhtes Risiko für die Bildung von Zahnbelägen bedinge. Es gebe Hinweise darauf, dass dem er-	Die betroffenen Versicherten haben auf der Grundlage des § 22a SGB V einen besonderen Anspruch auf die Entfernung harter Zahnbeläge. Hintergrund ist, dass Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation und der damit verbundenen erschwerten

GKV-SV	KZBV
höhten Risiko von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz für die Bildung von Zahnbelägen mit einer einmal im Kalenderjahr stattfindenden Zahnsteinentfernung, wie sie von den gesetzlichen Krankenkassen für alle Versicherten gewährt wird, nicht ausreichend begegnet werden kann. Es obliege dem Gemeinsamen Bundesausschuss, für den beschriebenen Versichertenkreis die fachlich angemessene Frequenz festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist dieser Aufgabe nachgegangen. Der vorliegenden Literatur konnten jedoch keine Hinweise für den Nutzen einer mehr als einmal jährlichen Zahnsteinentfernung für die im Gesetz genannten Personengruppen entnommen werden. Aus diesem Grund hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Frequenz der Zahnsteinentfernung bei dieser Personengruppe nicht erhöht, sondern hat sie, wie bei allen anderen Versicherten auch, auf einmal jährlich festgelegt.	Mundhygiene einem erhöhten Risiko für die Bildung von Zahnbelägen ausgesetzt sind. Insbesondere bei Menschen mit Behinderungen führt oft auch die hohe Speichelsekretion in Verbindung mit einer fehlenden Selbstreinigung durch eingeschränkte Kautätigkeit zu einer vermehrten Zahnsteinbildung, die Folgeerkrankungen auslösen kann. So sind harte Zahnbeläge häufige Ursache für das Entstehen einer Gingivitis, welche später zu einer Parodontitis führen kann. Die durch harte Zahnbeläge entstehende bakterielle Belastung kann dazu fortgeschrittene Entzündungen im Mund sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und pulmonale Erkrankungen auslösen bzw. mit verursachen oder fördern. Die Erfahrungen im Rahmen der zahnärztlichen Betreuung und Versorgung der Betroffenen zeigen, dass diesem erhöhten Risiko mit einer einmal im Kalenderjahr stattfindenden Zahnsteinentfernung, wie sie von den gesetzlichen Krankenkassen für alle Versicherten bereits gewährt wird, nicht ausreichend begegnet werden kann. Dem Rechnung tragend hat der Gesetzgeber unmittelbar im Normtext des § 22a SGB V im Rahmen der – nicht abschließenden – Aufzählung die Entfernung harter Zahnbeläge zum Gegenstand der zwingend in die Versorgung neu aufzunehmenden Leistungen gemacht und einen leistungsrechtlichen Sondertatbestand geschaffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die durch gesetzlichen Auftrag übertragene Aufgabe, jenseits der bereits schon jetzt im Leistungsrecht bestehenden Frequenz, eine fachlich angemessene Frequenz für den beschriebenen Versichertenkreis zu bestimmen. Die in dieser Richtlinie adressierten besonders vulnerablen Versichertengruppen weisen ein überdurchschnittlich hohes Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen auf. Ihre Fähigkeiten zur Selbstvorsorge sind auf-

GKV-SV	KZBV
	grund eingeschränkter kognitiver und manueller Fähigkeiten begrenzt. Um dem erhöhten Risiko für Zahnsteinbildung und den damit einhergehenden negativen Effekten auf die (Zahn)Gesundheit wirksam begegnen zu können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Anspruch auf Entfernung harter Zahnbeläge zunächst auf einmal je Kalenderhalbjahr festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird evaluieren, ob diese Frequenz fachgerecht ist oder eine weitergehende Anpassung auch unter Berücksichtigung des jeweiligen Risikos der oder des Versicherten erforderlich ist.
PatV	
Zu § Y Maßnahmen zur Verhütung von Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen Die Leistung erschließt den Anspruch nach Abschnitt B Ziffer 10 der Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) auch für die Versicherten nach § 1 Satz 1. Nach der Begründung zum GKV-SV anerkennt der Gesetzgeber für den Personenkreis nach § 22a SGB V einen besonderen Bedarf an individualprophylaktischen Leistung wie bei Kindern- und Jugendlichen (§ 22 SGB V). Darüber hinaus haben Versicherten nach § 1 Satz 1 einen besonderen Bedarf an Maßnahmen zur Verhütung von Wurzelkaries.	

§ 8 Dokumentation und Information

GKV-SV	PatV
Die Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchung und der Erhebung des Mundgesundheitsstatus sowie die Inhalte des Mundgesundheitsplans sind nach §§ 3, 4 und 5 in einem einheitlichen Vordruck zu dokumentieren. Der Vordruck soll Bestandteil der Krankenblattunterlagen der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes sein. Gleichzeitig sollen die oder der Versicherte und Pflege-/Unterstützungspersonen eine Kopie des Vordrucks erhalten. Sie können diese als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen. Zweck des Vordrucks ist demnach zum einen	Die auf dem Vordruck zu erfassenden Angaben werden in Kopie auch dem Versicherten bzw. der Pflege/Unterstützungsperson zur Verfügung gestellt und können damit u.a. als Informationsquelle durch die Versicherten oder als Anlage zum Pflegeplan auch von den der Pflege/Unterstützungsperson im Sinne einer Pflegeanleitung genutzt werden, um u.a. die zukünftige Mund- bzw. Zahnpflege daran auszurichten. Damit die Inhalte auch von diesem Personenkreis verstanden werden, ist eine patientenverständliche Form erforderlich.

GKV-SV	PatV
die zahnärztliche Dokumentation, zum andern das Schaffen einer gemeinsamen Informationsplattform für alle Beteiligten. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass alle an der Versorgung der Versicherten Beteiligten sowie der Versicherte selbst oder dessen Pflege- oder Unterstützungspersonen über dieselben Informationen über den individuellen Mundgesundheitszustand und die im individuellen Einzelfall geplanten Maßnahmen verfügen. Außerdem soll die Koordination der empfohlenen Maßnahmen sowie die Kooperation bei der Durchführung dieser Maßnahmen verbessert werden. Der Vordruck ist demnach ein zentrales Element der Richtlinie. Ein Vorbild für den Vordruck ist das Formblatt, welches die Anlage zur „Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen“ bildet, die die Bundesmantelvertragspartner nach § 119b SGB V vereinbart haben. Dieses Formblatt dient ebenfalls der Dokumentation und der Information. Die Einhaltung der in der Rahmenvereinbarung vorgegebenen Inhalte einschließlich des Formblatts ist Voraussetzung für die Abrechnung von zahnärztlichen Präventionsleistungen für die stationär pflegebedürftigen Versicherten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat darauf verzichtet, den Vordruck als Anlage zur vorliegenden Richtlinie zu gestalten, um den Bundesmantelvertragspartnern Spielraum für die inhaltliche und technische Ausgestaltung einzuräumen. Ein ähnliches Vorgehen mit Festlegen von Inhalten in einer Richtlinie nach § 92 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss beispielsweise in der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (§ 12), in der für Vertragszahnärzte und -ärzte geltenden Krankentransport-Richtlinie (§ 2 Abs. 1 Satz 2 und Anlage) sowie der Regelungen zu vertragsärztlichen Präventionsempfehlungen (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, Teil C Ziffer 3 und Anlage	

GKV-SV	PatV
2) gewählt. In § 8 der vorliegenden Richtlinie werden die Inhalte dieses von den Bundesmantelvertragspartnern zu vereinbarenden Vordrucks festgelegt. Im Einzelnen ist im Vordruck nach § 3 der Richtlinie der Zahnersatz in ein Zahnschema einzuzeichnen sowie Angaben zum festgestellten Behandlungsbedarf aufgrund der eingehenden Untersuchung zu machen. Weiterhin sind aufgrund des Ergebnisses des Mundgesundheitsstatus nach § 4 der Richtlinie im Vordruck Angaben zum Pflegezustand der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute sowie des herausnehmbaren Zahnersatzes zu machen. Gleichzeitig dient der Vordruck zur Dokumentation der Inhalte des individuellen Mundgesundheitsplans nach § 5 der Richtlinie. Angaben zum Namen und Vornamen des Versicherten und des behandelnden Zahnarztes sowie das Erstelldatum ergänzen die Inhalte des Vordrucks.	

§8 / §9 Berichterstattung

Die Berichterstattung verläuft von der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung über die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen berichten jährlich der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung über das Versorgungsgeschehen	
GKV-SV	KZBV
der Leistungen nach § 22a SGB V, nach § 87 Abs. 2i und 2j SGB V und der konsiliarischen Erörterungen. Dabei sind für Versicherte nach § 1 dieser Richtlinie die Anzahl der abgerechneten Leistungen nach § 22a SGB V, nach § 87 Abs. 2i und 2j SGB V sowie die Anzahl der konsiliarischen Erörterungen an die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu übermitteln.	nach dieser Richtlinie auf Grundlage der ihr vorliegenden Abrechnungsdaten. Die konkrete Ausdifferenzierung der Berichterstattung erfolgt in Abhängigkeit der durch den Bewertungsausschuss für die in dieser Richtlinie festgelegten Leistungen zu schaffenden Gebührenpositionen.
Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet ggf. mit wissenschaftlicher Unterstützung das Versorgungsgeschehen der individualprophylaktischen Leistungen für Pflegebedürftige und	

Menschen mit Behinderungen nach dieser Richtlinie im Abstand von drei Jahren.
GKV-SV
Ein wesentlicher Punkt ist das Herstellen des Versichertenbezugs. Nur auf diese Weise kann festgestellt werden, wie viele Versicherte die jeweiligen Leistungen einmal und wie viele Versicherte sie zweimal im Jahr in Anspruch genommen haben.
PatV
Um das gesamte Leistungsgeschehen im Bereich dieser Richtlinie bewerten zu können und ggf. erforderliche Anpassungen in der Richtlinie vornehmen zu können, benötigt der G-BA auch Informationen über die Zahl der durchgeführten Fortbildung und Teilnehmeraten.

3. Bürokratiekostenermittlung

[wird ergänzt]

4. Verfahrensablauf

[wird ergänzt]

5. Fazit

[wird ergänzt]

Berlin, den **Beschlussdatum**

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft
der Deutschen
Zahnärztekammern e.V.
Chausseestraße 13
D-10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank Berlin
BLZ 100 906 03
Kto.-Nr. 0 001 088 769

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

per E-Mail: verena.eustermann@g-ba.de
dirk.hollstein@g-ba.de

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen, unsere Nachricht vom	Durchwahl	Datum
22. März 2017		-140	19. April 2017

Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zur Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)

Sehr geehrte Frau Eustermann, sehr geehrter Herr Hollstein,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung übersandten Unterlagen zur geplanten Richtlinie nach § 22a SGB V.

Der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) liegen Entwürfe der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und der Patientenvertreter (PatV), einschließlich der hierzu verfassten Tragenden Gründe, zur Bewertung vor, die zum Teil gegenläufig sind. Hierzu möchte die BZÄK wie folgt Stellung nehmen:

Grundsätzliche Bewertung

Es ist eine der wichtigsten Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, Art. 25) Gesundheitsleistungen, die von behinderten Menschen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden, anzubieten. Seit 2009 ist Deutschland völkerrechtlich dazu verpflichtet, die allgemeinen Menschenrechte gem. UN-BRK ohne Diskriminierung auch für Menschen mit Behinderung umzusetzen. BZÄK und KZBV legten deshalb schon frühzeitig innovative Vorschläge zur Verbesserung der Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung vor: Das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ aus dem Jahr 2010 lieferte wesentliche Impulse für die Gesetzgebung der letzten Jahre bis hin zum nun vorliegenden Richtlinienentwurf über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V).

Die Bundeszahnärztekammer begrüßt also ausdrücklich, dass Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nunmehr einen echten Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention erhalten sollen.

Im Einzelnen

Die BZÄK schließt sich den Positionen der KZBV zum Beschluss-Entwurf des G-BA über die Erstfassung einer Richtlinie nach § 22a SGB V an (Stand: 22.03.2017).

Darüber hinaus stellen wir nachfolgend fest:

Zu § 1 Zweck und Regelungsbereich

Der Richtlinien-Entwurf enthält in § 1 Satz 2 folgende Formulierung:

Die Richtlinie definiert Art und Umfang der folgenden Leistungen:

- *die Untersuchung und Behandlung (§ 3),*
- *die Erhebung des Mundgesundheitsstatus (§ 4),*
- *den Individuellen Mundgesundheitsplan (§ 5)*
- *die Mundgesundheitsaufklärung (§ 6) sowie*
- *die Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7).*

Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer sollte der erste Spiegelstrich "die Untersuchung und Behandlung (§ 3)" im Richtlinien-Text gestrichen werden.

Denn in der Richtlinie wird weder die Art noch der Umfang der Untersuchung und Behandlung definiert. Hierfür spricht auch der Entwurf der Tragenden Gründe in dessen § 1 zur Richtlinie der erste Spiegelstrich nicht angeführt ist.

Zu § 6 Mundgesundheitsaufklärung

Nach dem Vorschlag der PatV in § 6 Abs. 3 „händigt die Zahnärztin oder der Zahnarzt der Versicherten oder dem Versicherten und/oder deren Pflege-/Betreuungsperson geeignete schriftliche Informationsmaterialien zur Unterstützung der Mundgesundheitsaufklärung aus“.

Für derartige Verpflichtungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte seitens des G-BA fehlt es aus Sicht der Bundeszahnärztekammer an einer rechtlichen Grundlage.

Sie sind auch nicht notwendig, denn die zahnärztlichen Standesorganisationen und die betreffenden Fachgesellschaften, die das eingangs erwähnte Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ gemeinsam entwickelt und in die Öffentlichkeit getragen haben, stellen schon aus Grund der Gemeinwohlverpflichtung der Berufsstandes sicher, dass Zahnärzte, pflegende Angehörige und die Öffentlichkeit umfassend über dieses Themenfeld informiert werden. Beispielsweise haben die Bundeszahnärztekammer und das Zentrum für Qualität in der Pflege die wichtigsten Hinweise zur Mund- und Zahnpflege zur Unterstützung pflegender Angehöriger bedarfsgerecht in zwölf Kurzfilmen zusammengefasst, die auf youtube eingestellt sind; siehe: <https://www.youtube.com/channel/UCwmGBPNN7xOxFbtrnzN86aw> .

Gemäß dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes in § 6 Abs. 6 erfolgt „die Mundgesundheitsaufklärung einmal im Kalenderhalbjahr und soll in engem zeitlichen Zusammenhang nach der Erhebung des Mundgesundheitsstatus sowie in engem zeitlichen Zusammenhang

Eine apodiktische Vorgabe, dass die Mundgesundheitsaufklärung *nach* Erhebung des Mundgesundheitsstatus erfolgen soll, ist nach Auffassung der BZÄK nicht zielführend, da diese die individuellen Besonderheiten der in der Richtlinie adressierten Patientengruppen nicht ausreichend berücksichtigt.

Um flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Versicherten eingehen zu können, sollte allein auf den fachlich gebotenen zeitlichen Zusammenhang abgestellt und auf eine strikte zeitliche Reihenfolge verzichtet werden.

Zu § 7 Entfernung harter Zahnbeläge

Der Beschluss-Entwurf des G-BA sieht vor, dass „die Entfernung harter Zahnbeläge einmal im Kalenderjahr (GKV-SV) bzw. einmal im Kalenderhalbjahr (G-BA, KZBV) bzw. bedarfsgerecht (PatV) erfolgen soll“.

Die Entfernung harter Zahnbeläge hat aus Sicht der BZÄK bedarfsgerecht, bis zu vier Mal im Kalenderjahr zu erfolgen, mindestens jedoch dem vom G-BA festgelegten Anspruch einmal je Kalenderhalbjahr zu entsprechen.

Die regelmäßige, professionelle orale Hygienisierung und Zahnsteinentfernung ist das Kernstück der zahnärztlichen Betreuung der Betroffenen nach § 22a SGB V, denn gerade diese im Richtlinienentwurf adressierten Versichertengruppen weisen ein überdurchschnittlich hohes Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen auf. Von daher ist eine einmal im Kalenderjahr stattfindende Zahnsteinentfernung, wie sie von der GKV ohnehin schon für alle Versicherten bereits gewährt wird und damit nicht auf die besonderen Unterstützungsbedarfe von Menschen mit Behinderungen Bezug nimmt, fachlich im Hinblick auf die Kausalität von oralen Erkrankungen nicht akzeptabel.

Zu § X der PatV Information der Versicherten

Die PatV führt in Abs. 1 aus: „Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gewährleisten, dass alle Zahnärzte über die Leistungen dieser Richtlinie informiert sind und bieten Informationsmaterial für Patientinnen und Patienten in geeigneter Form an. Darüber hinaus informieren sie die Öffentlichkeit über Zahnarztpraxen, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung, altersbedingten Einschränkungen und Pflegebedürftige eingestellt haben.“

Für derartige Verpflichtungen für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen seitens des G-BA fehlt es aus Sicht der Bundeszahnärztekammer an einer rechtlichen Grundlage.

Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu § 6 Abs. 3 verwiesen.

Zu § 8 Dokumentation und Information

Mit § 8 des Richtlinienentwurfs möchten GKV und PatV einen spezifischen Vordruck als Bestandteil der Krankenblattunterlagen in die Richtlinie aufnehmen. Hierzu werden u.a. die auf diesem Vordruck zu machenden Angaben in Absatz 2 definiert. Auf diesen Vordruck wird im Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes in § 3 Abs. 3, in § 4 Abs. 2 sowie in § 5 Abs. 3 verwiesen.

Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer gehören derart detaillierte Vorgaben nicht in einer Richtlinie des G-BA, sondern sind auf der nachgelagerten Ebene des Bundesmantelvertrags Zahnärzte zu verorten. Hierfür spricht vor allem die größere Flexibilität bei Änderungen.

Im Übrigen wurde auch in vergleichbar gelagerten anderen Bereichen so verfahren: So enthält § 6 der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen) in § 6 Abs. 1 eine Regelung zur Dokumentation durch den Kooperationszahnarzt. Die Anlage 1 dieser Vereinbarung enthält das Muster eines entsprechenden Berichtsbogens.

Zu § 8 / § 9 Berichterstattung

Die PatV hat den Beschluss-Entwurf im Abschnitt Berichterstattung wie folgt erweitert: „Außerdem berichtet die KZBV über die Anzahl der Vertragszahnärzte, die Maßnahmen nach dieser Richtlinie durchgeführt haben sowie die Anzahl der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Zahnärztekammern sowie Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer“.

Aus Sicht der BZÄK ermangelt die Forderung der PatV einer Grundlage für eine themenspezifische statistische Erfassung über die Anzahl der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Zahnärztekammern sowie die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Diese Parameter eignen sich also nicht für eine Berichterstattung gemäß § 8 / § 9.

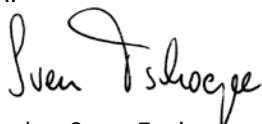
Allerdings stellen für die BZÄK Fortbildungen im Bereich Alterszahnheilkunde und zur zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen wesentlichen begleitenden Bausteine zur Umsetzung des § 22a SGB V dar. Schon heute finden diese Themen regelmäßig Eingang in die Fortbildungsangebote der (Landes-)Zahnärztekammern. So führten die (Landes-)Zahnärztekammern allein im Jahr 2015 im Bereich Alterszahnheilkunde 42 Fortbildungsveranstaltungen für Zahnärzte und 25 Fortbildungsveranstaltungen für das zahnärztliche Assistenzpersonal durch. Die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und die Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder speziellem medizinischen Behandlungsbedarf (AG ZMB) bieten ebenfalls Curricula bzw. Fortbildungen für Zahnärzte und deren Mitarbeiter an. Sie vermitteln aktuelle Kenntnisse aus der Seniorenzahnmedizin, der Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung, der Geriatrie sowie der Pflege und ermöglichen Hospitationen in Alten- oder Pflegeeinrichtungen.

Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer muss das Thema „Mundgesundheit für Menschen mit Behinderung, mit eingeschränkter Alltagskompetenz und für Alte und Pflegebedürftige“ künftig stärker in der Ausbildung der Zahnärzte sowie der Pflegekräfte verankert werden.

Die Bundeszahnärztekammer möchte in diesem Verfahren eine mündliche Stellungnahme abgeben.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.



Ass. jur. Sven Tschoepe. LL.M.
Leiter Abt. Versorgung und Qualität

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Beschlussskizze des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen
Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von
Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit
Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)**

Der DPR bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung zur Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) nehmen zu können.

Die Mundgesundheit pflegebedürftiger und behinderter Menschen in der Langzeitversorgung war bisher nicht ausreichend gesichert. Daher begrüßt der DPR die Erstfassung der Richtlinie, weil sie dazu beiträgt die Mundgesundheit der Menschen zu fördern, deren Vorsorgeverhalten bezogen auf die Zahlpflege häufig eingeschränkt ist.

Zu den Einschätzungen des DPR zur Erstfassung der Richtlinie nach § 22a SGB V im Einzelnen:

Pflege- und Unterstützungspersonen

In der Erstfassung der Richtlinie bzw. in den Tragenden Gründen werden „Pflege- oder Unterstützungspersonen“ genannt. Unklar bleibt, ob es sich dabei um professionell Pflegende in unterschiedlichen Settings oder um Laienpflege (An- und Zugehörige) handelt. Damit wird nicht deutlich, welche Aufgaben „Pflege- und Unterstützungspersonen“ bei der Mundgesundheit haben.

Professionell Pflegende nehmen bereits heute verschiedene Aufgaben zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei pflegebedürftigen und behinderten Menschen wahr, wie die Mund- Zahn- und Prothesenpflege, die Beobachtung und Dokumentation von Veränderungen und ggf. Konsultation, Kommunikation und Zusammenarbeit mit Zahnärzten/-innen sowie anderen an der Mundgesundheit beteiligten Gesundheitsberufen. Diese Aufgaben ließen sich zukünftig durch zusätzliche Präventionsleistungen in Kooperation mit Zahnärzten/-innen ergänzen. Ob und in wie weit professionell Pflegende im Rahmen der Richtlinie nach § 22a SGB V als aktive Akteure einbezogen sind, lässt sich jedoch nicht klar erkennen.

Um die Zahngesundheit professionell und nachhaltig zu gestalten, schlägt der DPR vor, die in § 6 aufgeführten Aufgaben als verordnungsfähige Leistungen in die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 7 SGB V aufzunehmen. Damit wäre sicher gestellt, dass insbesondere die Mundgesundheit von pflegebedürftigen und behinderten Menschen in der Langzeitversorgung durch professionell Pflegende angemessen durchgeführt wird. Die Verordnungsfähigkeit wirksamer Maßnahmen ist insbesondere in Bezug auf Krankheitsbilder wie der Xerostomie zu prüfen. Welche Leistungen im Rahmen der Mundgesundheit zu erbringen sind, müsste von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung KZBV definiert werden. Zudem müsste geklärt werden, welcher Arzt/welche Ärztin (Arzt oder Zahnarzt) die Leistungen verordnet.

§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung

Geplante Regelung

In Absatz 3 wird Zahnärzten/-innen empfohlen regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen.

In § X schlagen die Patientenvertreter/-innen (PatV) vor, die Versicherten über die Leistungen der vorliegenden Richtlinie zu informieren und geeignetes Informationsmaterial für Patienten/-innen zur Verfügung zu stellen. Die Information soll einerseits in der Öffentlichkeit über Zahnarztpraxen erfolgen und andererseits den Anspruchsberechtigten direkt zugehen.

Stellungnahme

Neben den Fortbildungsmaßnahmen für Zahnärzte/-innen schlägt der DPR vor, professionell Pflegende zur Mundgesundheit pflegebedürftiger und behinderter Menschen regelmäßig fortzubilden. Professionell Pflegende führen die erforderlichen Maßnahmen zur Mundgesundheit durch und benötigen dazu entsprechende Kenntnisse und Kompetenzen. Denkbar wäre eine einmal jährlich stattfindende Fortbildungsmaßnahme für professionell Pflegende in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten einzurichten.

Bzgl. der Informationen für Anspruchsberechtigte schließt sich der DPR den Empfehlungen der PV an, weil Informationen über die Leistungen entscheidend für ihre Inanspruchnahme sind.

In den Tragenden Gründen wird auf Seite 4 ausgeführt, dass im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen nur solche Maßnahmen durchgeführt werden dürfen, die dort nach den konkreten Umständen sowie nach den Regeln der zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können.

Wenn allerdings notwendige Maßnahmen aufgrund räumlicher und technischer Gegebenheiten in Einrichtungen oder im häuslichen Umfeld nicht durchgeführt werden können, muss aus Sicht des DPR die Möglichkeit bestehen, den zu Behandelnden in eine auf behinderte und pflegebedürftige Menschen ausgerichtete Zahnklinik zu überweisen bei Übernahme der Transportkosten. Andernfalls besteht die Gefahr, dass notwendige Maßnahmen nicht durchgeführt werden, weil eine Behandlung durch eine Zahnärztin/ einen Zahnarzt vor Ort oder in der Praxis nicht möglich ist.

In den Tragenden Gründen findet sich unter § X Information der Versicherten der folgende Satz: „Neben Angaben zum Leistungsumfang sollen die Versicherten darüber informiert werden, welche Zahnarztpraxen Leistungen nach dieser Richtlinie anbieten.“ Der DPR weist darauf hin, dass die freie Arztwahl für die Anspruchsberechtigten gewahrt bleiben muss und daher eine ausreichende Anzahl von geeigneten Praxen zur Verfügung stehen muss.

§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan

Geplante Regelung

Pflege- oder Unterstützungspersonen sollen in die Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans einbezogen sein, wenn der Anspruchsberechtigte bei seiner Zahnpflege abhängig von Hilfspersonen ist. Angaben der Versicherten werden berücksichtigt.

Stellungnahme

Der DPR unterstützt eine aktive Einbeziehung professionell Pflegender und Laienpflegender in die Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans. Auf diese Weise lässt sich vor Ort klären, welche Maßnahmen mit welcher Frequenz erforderlich aber auch im Alltag praktikabel sind. Bei der Einbeziehung der Anspruchsberechtigten weist der DPR insbesondere auf die Wichtigkeit hin, ihre manuellen und kognitiven Fähigkeiten dabei zu berücksichtigen.

§ 6 Mundgesundheit

Geplante Regelung

Gemäß Absatz 1 umfasst die Mundgesundheit sowohl die Aufklärung über Inhalte als auch die Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Zahnreinigung. Zudem soll erläutert werden, wie die empfohlenen Maßnahmen in den Alltag integriert werden können. Gemäß den Absätzen 4 und 5 sollen Pflege- und Unterstützungspersonen einbezogen werden, wenn Anspruchsberechtigte beim Verständnis der Umsetzung der Mundgesundheitsaufklärung eingeschränkt sind bzw. Anleitung benötigen.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt, dass die Demonstration der Maßnahmen und ihre Integration in den Alltag Bestandteil der Leistungen sind. Auf diese Weise kann die Umsetzung der Maßnahmen durch Anspruchsberechtigte sowie professionell Pflegende und Laienpflegende gewährleistet werden. Insbesondere bei pflegebedürftigen Menschen mit kognitiven Einschränkungen kann die Zahnpflege schwierig und zeitraubend sein, sodass das gemeinsame Suchen nach praktikablen Möglichkeiten, um die Maßnahmen durchzuführen, sehr hilfreich sein kann. Das Bereitstellen von Informationsmaterialien zur Mundgesundheit, wie von den PatV empfohlen, ist insbesondere sinnvoll, um den Informationsfluss zu gewährleisten, wenn mehrere professionell Pflegende und Laienpflegende in die Versorgung einbezogen sind.

§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge

Geplante Neuregelung

Versicherte haben gemäß § 1 Satz 1 Anspruch auf eine Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge. Bzgl. der Frequenz gibt es in dem Entwurf der Richtlinie unterschiedliche Stellungnahmen.

Stellungnahme

Der DPR unterstützt die Empfehlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), die vorschlägt, den Anspruch auf einmal je Kalenderhalbjahr festzulegen. In den „Tragenden Gründen“ begründet die KZBV diese Empfehlung, die sich mit den Beobachtungen Pflegender in der Versorgungspraxis deckt.

Menschen mit einer Behinderung oder einer eingeschränkten Alltagskompetenz haben nicht immer die Möglichkeit, die Mundhygiene täglich adäquat durchzuführen. Hierfür gibt es verschiedene Ursachen, wie beispielsweise kognitive Beeinträchtigungen und die damit verbundene fehlende Einsicht in die Notwendigkeit, die Mundhygiene regelmäßig zu betreiben. Oder es fehlt an professionell Pflegenden oder Laienpflegenden, die auf eine tägliche Mundhygiene beim Betreffenden achten und die notwendige Unterstützung anbieten können. Daher sollte, aufgrund des erhöhten Risikos, dass sich Zahnbeläge bilden dieser Zielgruppe die Entfernung von Zahnbelägen einmal je Kalenderhalbjahr angeboten werden.

Berlin, 19. April 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andreas Westerfellhaus', is shown on a light-colored rectangular background.

Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerates

Adresse:
Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de



**Stellungnahme des AWO Bundesverbandes e. V. zur
Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bun-
desausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von
Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Men-
schen mit Behinderungen
(Richtlinie nach § 22a SGB V)**

Stand 11.04.2017

Der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. bedankt sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss für die Gelegenheit, zur Erstfassung einer Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V), Stellung nehmen zu dürfen.

Generell ist die Erhaltung, aber auch die Wiederherstellung der Allgemeingesundheit für jeden Menschen Schlüssel zum persönlichen Wohlbefinden und zur individuellen Lebensqualität. Die Erhaltung und/oder Wiederherstellung der individuellen Zahn- und Mundgesundheit im Besonderen dient außerdem der schmerzfreien und/oder komplikationslosen Nahrungsaufnahme, aber auch der Kommunikation durch Sprache und Mimik und ermöglicht dadurch auch soziale Teilhabe. Die Mundgesundheit von pflegebedürftigen Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Erkrankungen ist aus diversen, wissenschaftlich belegbaren Gründen vergleichsweise schlechter, als die des Bevölkerungsdurchschnitts.

Die AWO setzt sich seit langem auf vielen Ebenen und im Rahmen vieler bundesweiter Projekte und Initiativen für eine gute Mundgesundheit von Menschen ein und hat daher die gesetzliche Einführung des § 22a SGB V begrüßt. Der AWO Bundesverband e. V. **unterstützt ausdrücklich die ausführliche Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes** und schließt sich dieser an.

Aus Sicht des AWO Bundesverbandes e. V. sollte jedoch die Richtlinie nach § 22a SGB V **die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) besonders berücksichtigen**. Dies ist im vorliegenden Entwurf unserer Auffassung nach nicht ausreichend der Fall.

Die UN-BRK ist seit dem 26. März 2009 in Deutschland geltendes Recht. Alle staatlichen Stellen sind demnach verpflichtet, die Rechte von Menschen mit Behinderungen¹ in ihrem Hoheitsbereich zu schützen, zu achten und zu gewährleisten. Die UN-BRK konkretisiert bestehende politische, soziale und kulturelle Menschenrechte, um

¹ Gemäß Art. 1 Satz 2 UN-BRK sind Menschen mit Behinderungen, „Menschen die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Insofern gehören die durch die Richtlinie adressierten Zielgruppen Menschen mit Pflegebedarf, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Erkrankungen alle zum durch die UN-BRK normierten Personenkreis.

Menschen mit Behinderungen die volle, gleichberechtigte, selbstbestimmte und wirk-same Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen. Artikel 25 UN-BRK be-schreibt das Recht von Menschen mit Behinderungen auf ein Höchstmaß an Ge-sundheit und verpflichtet die Bundesrepublik dazu, Gesundheitsleistungen anzubie-ten, *„die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benö-tigt werden.“* Außerdem ist Deutschland gemäß Artikel 25 e UN-BKR dazu verpflich-tet *„den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung“* aufzulegen, *„Men-schen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Men-schen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen.“*

Das Sozialgesetzbuch V enthält in diesem Zusammenhang bereits in § 2a SGB V eine eigenständige Regelung, die ausschließlich die Belange von Menschen mit Be-hinderungen und chronisch kranken Menschen in den Mittelpunkt stellt. *„Den beson-deren Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tra-gen.“* Art. 9 Abs.1 UN-BRK verpflichtet Deutschland jedoch auch dazu *„Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Le-bensbereichen zu ermöglichen,“* und fordert Deutschland dazu auf *„geeignete Maß-nahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zu-gang zur physischen Umwelt, [...], Information und Kommunikation, einschließlich In-formationen- und Kommunikationstechnologien und -systemen“* zu schaffen.

Die vorliegende Erstfassung der Richtlinie § 22a SGB V ist daher aus Sicht des AWO Bundesverbandes eine zu begrüßende Maßnahme zur Herstellung individueller, ge-sundheitlicher Chancengerechtigkeit, die gemäß § 2a SGB V den besonderen Be-langen von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, sowie der UN-BRK, insbesondere den Artikeln 9 und 25 in Ansätzen bereits Rechnung trägt.

Um jedoch gleichberechtigt und selbstbestimmt entscheiden und dadurch Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen effektiv verhüten zu können, bedarf es aus Sicht des AWO Bundesverbandes e. V. außerdem weiterer, in der Richtlinie zu verankernder

Vorgaben. Dazu gehören neben einem für die Belange von Menschen mit Behinderungen geschulten Gesundheitspersonal, auch barrierefreie zahnärztliche Räumlichkeiten und zugängliche zielgruppenspezifische Informationen.² Den besonderen Belangen von Menschen mit Angst vorm Zahnarzt, also mit sog. Dentalphobie, ist dabei besonders Rechnung zu tragen. Dies ist mit Blick auf die von der Zielgruppe beschriebenen schlechten bis traumatisch erlebten zahnärztlichen Behandlungen von besonderer Bedeutung.

Barrierefreiheit in Zahnarztpraxen

Auch im Jahre 2017 haben viele Menschen mit Behinderungen keinen barrierefreien Zugang zu (Zahn-)Arztpraxen und Krankenhäusern. Dadurch bleibt ihnen der gleichberechtigte Zugang zu medizinischer Versorgung verwehrt. Jährlich lassen sich in Deutschland ca. 10.000 Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, und Psychologische Psychotherapeuten*innen neu nieder. Zusätzlich verlegen 8.000 Mediziner*innen den Standort ihrer Arztpraxis/Zahnarztpraxis; tausende bauen ihre Praxis um.³ Die UN-BRK unterscheidet nicht zwischen privaten und öffentlich-rechtlichen Anbietern. Barrierefreiheit ist eine wesentliche Voraussetzung, damit alle Menschen gleichberechtigt am Leben teilhaben können.⁴

Das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderte und kostenlos nutzbare „Praxistool Barrierefreiheit“⁵ der Stiftung Gesundheit unterstützt Ärzt*innen dabei, bereits in der Planungsphase dafür Sorge zu tragen, dass Aspekte der Barrierefreiheit möglichst effizient und kostengünstig in die Arztpraxis integriert werden. Dabei ist neben räumlichen Aspekten von Barrierefreiheit, insbesondere der Nutzung von einfacher und Leichter Sprache zur Förderung der Selbstbestimmung, sowie der

² Siehe Wasserman, B. S.: Special Care Dentistry, An Issue of Dental Clinics in North America, Volume 60, Nr. 3, Philadelphia, 2016

³ Quelle Stiftung für Gesundheit, <http://www.praxis-tool-barrierefreiheit.de/praxis-tool-barrierefreiheit/das-leistet-das-praxis-tool-barrierefreiheit.html>, abgerufen am 07.04.2017

⁴ Der AWO Bundesverband e. V. unterstützt gemeinsam mit anderen Sozial-, Verbraucher- und Wohlfahrtsverbänden daher ausdrücklich die vom VDK initiierte „Gemeinsame Erklärung für Barrierefreiheit zur Bundestagswahl 2017. Die Verbände fordern konkret, alle Lebensbereiche so zu gestalten, dass sie auch von allen Menschen, egal ob mit oder ohne Behinderung, genutzt werden können: öffentlich zugängliche Gebäude, Wohnungen und medizinische sowie pflegerische Einrichtungen ebenso wie Verkehrsanlagen und Verkehrsmittel oder Informations- und Kommunikationsmedien http://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/teilhabe_und_behinderung/71116/gemeinsame_erklaerung_fuer_barrierefreiheit_zur_bundestagswahl_2017, abgerufen am 09.04.2017

⁵ Siehe <http://www.praxis-tool-barrierefreiheit.de/>, abgerufen am 07.04.2017

farblichen Gestaltung der Praxisräume besondere Beachtung zu widmen, um individuelles Wohlbefinden zu fördern und Dentalphobien zu lindern.

Vorschlag des AWO Bundesverbandes zur Formulierung § 2 „Versorgungsziele und Qualitätssicherung“:

(4) Der Vertragszahnarzt oder die Vertragszahnärztin ist verpflichtet, seine/ihre Praxis regelmäßig auf Barrierefreiheit zu überprüfen. Insbesondere bei Neuniederlassung und Praxisumbauten ist Barrierefreiheit von Anfang an zu berücksichtigen.

Berlin, den 11.04.2017

AWO Bundesverband

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

**Stellungnahme gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1
Buchstabe a) VerfO**

zur

**Erstfassung einer Richtlinie des
Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhü-
tung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen
mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)**

Berlin, 19. April 2017

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 9.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 290.000 Arbeitsplätze und ca. 22.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.900 Pflegediensten, die ca. 219.000 Patienten betreuen, und 4.600 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 297.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Stellungnahme zur Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)

Gemäß § 22 a SGB V haben Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten, Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dies umfasst insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung einbezogen werden. Es ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses Art und Umfang dieser Leistungen mittels der hier in Entwurfsfassung vorliegenden Richtlinie näher zu regeln.

Die Mitgliedseinrichtungen des bpa arbeiten eng mit Zahnärzten zusammen. Nur durch die stetige Abstimmung zwischen den behandelnden Zahnärzten und dem qualifizierten Pflegepersonal kann eine bestmögliche Versorgung der Versicherten erreicht werden. Der hier zur Stellungnahme vorliegende Entwurf einer Richtlinie zur Verhütung von Zahnerkrankungen kann dazu beitragen, die zahnärztliche Versorgung weiter zu verbessern und wird deshalb vom bpa grundsätzlich begrüßt.

Der bpa weist darauf hin, dass sich die vorliegende Richtlinie an die Zahnärzte richtet, die für ihre Leistung auch eine entsprechende Vergütung erhalten. Diese Richtlinie gilt nicht für die Pflegekräfte oder Pflegepersonen, die Pflegebedürftige versorgen.

§ X Information der Versicherten (Vorschlag PatV)

A) Regelung

Die Patientenvertretung sieht eine Informationspflicht für die KZBV gegenüber Zahnärzten und deren Patienten zu den Inhalten der Richtlinie vor. Darüber hinaus soll die KZBV über Zahnarztpraxen informieren, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung, altersbedingten Einschränkungen und Pflegebedürftigen eingestellt haben.

Die Krankenkassen sollen die nach § 1 Anspruchsberechtigten in geeigneter Form über die Leistungen der Richtlinie in Kenntnis setzen.

Über diese Maßnahmen ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss in regelmäßigen Abständen zu berichten.

B) Stellungnahme

Die von Seiten der Patientenvertretung vorgeschlagenen Informationspflichten für KZBV und Krankenkassen werden vom bpa begrüßt. Nur wenn sowohl die beteiligten Zahnärzte als auch die anspruchsberechtigten Patientinnen und Patienten Kenntnis von den Inhalten und Leistungen der Richtlinie haben, können sie diese in vollem Umfang nutzen. Die Berichtspflicht ermöglicht die transparente Darstellung der Informationsmaßnahmen und gegebenenfalls die Anpassung dieser.

Grundsätzlich besteht jedoch keine Notwendigkeit die jeweiligen Informationspflichten im Rahmen der Richtlinie zu regeln. Dies kann auch über die Vereinbarungen zwischen KZBV und Krankenkassen oder durch entsprechende Selbstverpflichtungen geschehen.

Nicht nachvollziehbar ist aus Sicht des bpa hingegen die Notwendigkeit über Zahnarztpraxen zu informieren, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigen eingestellt haben. Zahnärztliche Behandlungen müssen in jeder Praxis oder im Rahmen einer aufsuchenden Behandlung beispielsweise in Pflegeheimen möglich sein. Eine eintretende Pflegebedürftigkeit oder der Umzug aus der Häuslichkeit in eine stationäre Einrichtung sollte nicht die Notwendigkeit eines Arztwechsels nach sich ziehen müssen.

§ 3 Absatz 3 Untersuchung und Behandlung (Vorschlag GKV-SV; PatV)

A) Regelung

Informationen über einen herausnehmbaren Zahnersatz sowie Behandlungsbedarf sollen im Vordruck nach § 8 dokumentiert werden.

B) Stellungnahme

Im Sinne der Klarstellung sollte vermerkt werden, dass die Dokumentation durch den behandelnden Zahnarzt erfolgt – nicht etwa durch die Pflege- oder Betreuungspersonen. Die Formulierung kann analog des § 4 Abs. 2 Satz 1 erfolgen.

Darüber hinaus wird vom bpa darauf hingewiesen, dass der beschriebene Vordruck nach § 8 nicht Teil der Unterlagen zur Stellungnahme ist und somit nicht bewertet werden kann. Der bpa fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, auch den Vordruck nach § 8 noch vorzulegen und in das Stellungnahmeverfahren einzubeziehen.

§ 4 Absatz 2 Erhebung des Mundgesundheitsstatus (Vorschlag KZBV; PatV)

A) Neuregelung

Die bei der Erhebung des Mundgesundheitsstatus festgestellten Befunde werden durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt dokumentiert. Gemäß des Vorschlags der KZBV und der Patientenvertretung soll diese Dokumentation Bestandteil der Krankenblattunterlagen sein.

B) Stellungnahme

Die Dokumentationspflicht und die Feststellung, dass eine solche Dokumentation Teil der Krankenblattunterlagen sein muss, werden vom bpa begrüßt. Darüber hinaus ist jedoch eine Klarstellung notwendig, dass Pflege- und Betreuungspersonen Zugriff auf die entsprechenden Unterlagen haben. Da die Pflegekräfte diejenigen sind, die die Pflegebedürftigen jeden Tag bei der Zahnpflege unterstützen oder diese vollständig übernehmen, müssen diese Zugriff auf den festgestellten Mundgesundheitsstatus haben, um die Befunde bei der Zahnpflege berücksichtigen zu können.

§ 5 Absatz 1 Erstellung individueller Mundgesundheitsplan

A) Neuregelung

Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt erstellt auf Grundlage des Mundgesundheitsstatus nach § 4 einen individuellen Mundgesundheitsplan. Bei der Erstellung dessen werden die Angaben der Versicherten sowie ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen berücksichtigt.

B) Stellungnahme

Die konsequente Einbeziehung der Pflege- oder Unterstützungspersonen in die Erstellung des Mundgesundheitsplanes ist folgerichtig. In vielen Fällen – beispielsweise bei einer Demenzerkrankung des Versicherten – werden einzig die Pflege- oder Unterstützungspersonen exakte Angaben über die Möglichkeiten der Durchführung der von der Vertragszahnärztin oder dem -zahnarzt empfohlenen Maßnahmen geben können. Zu verwenden sind hierfür insbesondere die vorhandenen Informationen aus der Pflege-Dokumentation.

§ 5 Absatz 2a Anzuwendende Maßnahmen

A) Neuregelung

Inhalt des individuellen Mundgesundheitsplans ist unter anderem die Angabe über die empfohlenen, von der Versicherten oder dem Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen anzuwendenden Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit.

B) Stellungnahme

Die Vorgabe, dass die beschriebenen Maßnahmen durch die Pflege- oder Unterstützungspersonen „anzuwenden“ sind, muss als zu strikt bewertet werden. In der Pflegepraxis kann es immer wieder Gründe geben, aufgrund derer einzelne Maßnahmen auf die konkrete Situation angepasst werden müssen. Dem wird auch nicht durch die Formulierung „empfohlene [...] anzuwendende Maßnahmen“ ausreichend genüge getan. Der bpa plädiert hier für eine Formulierung, die eine flexiblere und praxisgerechte Handhabung ermöglicht. Dies kann u.a. durch eine Streichung des Wortes „anzuwendenden“ erreicht werden.

§ 5 Absatz 2c Durchführung der Maßnahmen

A) Neuregelung

Im individuellen Mundgesundheitsplan wird von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt festgelegt, ob die Maßnahmen von der Versicherten oder dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind.

B) Stellungnahme

Eine qualifizierte Einschätzung, inwieweit ein Pflegebedürftiger oder Mensch mit Behinderung entsprechende Maßnahmen selbst, mit Unterstützung oder gar nicht ausführen kann und wie die Abgrenzung im Einzelfall und anhand konkreter Situationen im Pflegealltag geschehen muss, ist für den jeweiligen Zahnarzt bei einem einmaligen Besuch nicht möglich. Ein Zahnarzt ist kein Altenpfleger, der beurteilen kann, welche Ressourcen ein Pflegebedürftiger hat. Gerade bei Menschen mit dementieller Erkrankung dürfte es in der Regel einem Zahnarzt nicht möglich sein, einzuschätzen, ob ein Versicherter bestimmte Maßnahmen der Zahngesundheit noch selbst oder nur mit Hilfe durchführen kann. Dies wird auch dadurch nicht behoben, dass in die Erstellung des Mundgesundheitsplans nach § 5 Abs. 1 ggf. Angaben der Pflege- oder Unterstützungspersonen berücksichtigt werden.

Darüber hinaus ist unklar, inwieweit die von Seiten der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes getroffene Feststellung, ob die Maßnahmen des individuellen Mundgesundheitsplans von einer Pflegeperson durchgeführt werden müssen, einer ärztlichen Verordnung entsprechen. Zumindest im Bereich der professionellen ambulanten Pflege fehlt hierfür die Handlungsgrundlage, da eine entsprechende Verordnung bisher nicht im Leistungskatalog der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege aufgenommen wurde. Es darf dementsprechend keine Regelung zu Lasten Dritter hier geben.

§ 5 Absatz 2c muss deshalb gestrichen werden.

§ 6 Absatz 2 und Absatz 4 Mundgesundheitsaufklärung

A) Neuregelung

Bei der Mundgesundheitsaufklärung sollen die Lebensumstände der Versicherten oder des Versicherten erfragt werden sowie deren individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen angemessen Berücksichtigung finden. Sofern eine Unterstützung durch Pflege- oder Unterstützungspersonen erfolgt, sind diese im jeweils erforderlichen Umfang in die Aufklärung einzu beziehen.

Soweit der Versicherten oder dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind solche Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf die Pflege- und Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflege- und Unterstützungspersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit der Versicherten oder dem Versicherten zu geben.

B) Stellungnahme

Die intensive Einbeziehung der Pflege- oder Unterstützungspersonen bei der Mundgesundheitsaufklärung ist folgerichtig. In vielen Fällen – beispielsweise bei einer Demenzerkrankung des Versicherten – werden die Pflege- oder Unterstützungspersonen die zentrale Rolle in der Umsetzung der aus der Aufklärung hervorgehenden Hinweise einnehmen. Analog der Ausführungen zu § 5 Absatz 2c muss jedoch geklärt sein, inwieweit es sich hier um eine zahnärztliche Verordnung handelt, als solche in der Richtlinie zur HKP aufgenommen werden muss und in Folge mit den Krankenkassen als Leistung vereinbart werden kann.

§ 6 Absatz 5 Mundgesundheitsaufklärung

A) Neuregelung

Die Mundgesundheitsaufklärung, auch wenn sie sich an Pflege- oder Unterstützungspersonen richtet, soll die Voraussetzungen für die Behandlung von Parodontopathien im Hinblick auf die Anleitung des Versicherten oder der Versicherten und deren oder dessen Information über bestehende Mitwirkungspflichten erfüllen.

B) Stellungnahme

Inwieweit und wann die nötigen Voraussetzungen für die Behandlung von Parodontopathien durch die Mundgesundheitsaufklärung erfüllt sind, insbesondere in den Fällen, in denen eine solche an die Pflege- oder Unterstützungspersonen gerichtet ist, muss aus Sicht des bpa noch spezifiziert werden. Es ist unklar, wann die genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge (Vorschlag GKV-SV; KZBV)

A) Neuregelung

Versicherte nach § 1 Satz 1 haben Anspruch auf eine Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge. Die Entfernung dieser soll einmal im Kalenderjahr (Vorschlag GKV-SV) bzw. einmal im Kalenderhalbjahr (Vorschlag KZBV) erfolgen.

B) Stellungnahme

Für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, aber auch ihre Pflege- und Unterstützungspersonen, ist die Zahnpflege häufig anspruchsvoller als für den Durchschnittsversicherten. Um dem aus der erschwerten Mundhygiene der anspruchsberechtigten Versicherten hervorgehenden erhöhten Risiko für die Bildung von Zahnbelägen im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung gerecht zu werden, ist ein mindestens halbjährlicher Anspruch auf die Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge – analog des Vorschlags der KZBV – sinnvoll und wird ausdrücklich vom bpa begrüßt.

§ 8 Absatz 3 Dokumentation und Information (Vorschlag GKV-SV; PatV)

A) Neuregelung

Der Dokumentations- und Informationsvordruck soll Bestandteil der Krankenblattunterlagen sein. Der oder die Versicherte und ggf. die Pflege- und Unterstützungspersonen erhalten eine Kopie des Vordrucks können diese als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.

B) Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass der Vordruck Bestandteil der Unterlagen sein soll und als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan genutzt werden kann. Zwingend notwendig ist jedoch die Klarstellung, dass die Pflege- und Unterstützungsperson die entsprechende Kopie immer, nicht nur gegebenenfalls, erhalten.

caritas



Deutscher
Caritasverband e.V.

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartner/in
Dr. Elisabeth Fix
Referentin Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik
Berliner Büro
Reinhardtstraße 13
10117 Berlin

Telefon-Durchwahl
030-284447-46
elisabeth.fix@caritas.de
www.caritas.de

Datum 05.04.2017

Stellungnahme zur Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

1. Einleitung

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Möglichkeit, zur Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen Stellung nehmen zu können.

Der Deutsche Caritasverband hat sich im Rahmen der Gesetzgebung zum GVK-Versorgungsstärkungsgesetz vehement für eine prophylaktische zahnmedizinische Betreuung von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit einer Behinderung eingesetzt und die Einführung des § 22a ins SGB V im Juli 2015 daher begrüßt.

Menschen mit einer Behinderung oder Pflegebedürftige haben häufig Schwierigkeiten, ihre tägliche Mund- und Zahnhygiene ausreichend und selbständig durchzuführen, insbesondere, wenn sie motorisch oder kognitiv eingeschränkt sind. Wissenschaftliche Studien zur Entwicklung der Kariesverbreitung und des Kariesbefalls belegen, dass diese Personengruppen einen deutlich schlechteren Zahn- und Mundgesundheitsstatus aufweisen als der Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung. Die schlechte Zahn- und Mundgesundheit zieht gerade bei pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit einer Behinderung gravierende Folgen für ihre Allgemeingesundheit nach sich. Bleiben Karies, Parodontitis oder Gingivitis unbehandelt, kann dies schwere Erkrankungen der Lunge oder des Herz-Kreislauf-Systems zur Folge haben. Bei pflegebedürftigen Menschen treten nicht selten in Folge eines nicht mehr funktionierenden Kauapparats oder aufgrund von Erkrankungen der Mundschleimhaut Probleme der Fehl- und Mangelernährung auf. Die Lebensqualität wird dadurch insgesamt eingeschränkt.

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik
Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

2. Stellungnahme zu den Inhalten der Richtlinie

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

Zweck und Regelungsbereiche der Richtlinie werden gemäß der Rechtsgrundlage des § 22a SGB V sachgerecht dargestellt.

§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die in § 2 genannten vier Versorgungsziele: 1. Erhalt und Verbesserung des Mund- und Prothesenhygienestandards einschließlich der Hervorhebung der mundbezogenen Lebensqualität in Bezug auf Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen und soziale Teilhabe; 2. regelmäßige Untersuchungen zum Zweck der Früherkennung von Zahnerkrankungen; 3. zeitnahe Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung; 4. Vermittlung von Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit.

Es wird besonders begrüßt, dass die Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich als Nachweis zu eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne gemäß § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V gewertet wird und über den Eintrag im Bonusheft zur Erhöhung des Festzuschusses bei Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 SGB V um 20 Prozent berechtigt.

Der Deutsche Caritasverband bewertet die von den Patientenvertretern vorgeschlagene Aufnahme eines § X zur Information der Versicherten positiv. In Absatz 1 wird dazu u.a. formuliert, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) die Öffentlichkeit über Zahnarztpraxen, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung, altersbedingten Einschränkungen und Pflegebedürftigen eingestellt haben, informieren soll. Zunächst ist anzumerken, dass die Pflicht zur Information über Leistungen originär den Krankenkassen und nicht den öffentlich-rechtlichen Körperschaften wie den KZVen, die den Sicherstellungsauftrag für die Leistung haben, obliegt. Darüber hinaus ist anzumerken, dass jede Zahnarztpraxis grundsätzlich in der Lage ist bzw. sein sollte, pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen adäquat zahnärztlich zu versorgen. Absatz 1 ist daher in der vorliegenden Form zu streichen. Die Aufgabe ist den Krankenkassen, denen in Absatz 2 eine Informationspflicht über die Leistung des § 22a SGB V übertragen wird, zu übertragen. Ihre Informationspflicht muss auch den Aspekt der Barrierefreiheit der Zahnarztpraxen, der für die Zielgruppen des § 22a SGB V eine hohe Relevanz hat, umfassen. Der Deutsche Caritasverband unterstreicht die Bedeutung der Versicherteninformation. Er unterstützt daher nachdrücklich die Ausführungen der Patientenvertreter in den Tragenden Gründen, dass eine allgemeine Information über die neue Leistung des § 22a SGB V in den Mitgliedszeitschriften der Krankenkassen nicht ausreichend ist. Notwendig ist, auch nach Auffassung der Caritas, ein persönliches Schreiben an die Versicherten, das die Krankenkassen auch in Leichter Sprache zur Verfügung stellen sollen.

Bei den Tragenden Gründen zu den Versorgungszielen nach § 2 Absatz 1 der Richtlinie sollte der Position der KZBV gefolgt werden, denn diese enthält den wichtigen Hinweis auf die Ergebnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie. Diese zeigt beispielsweise auf, dass der

Kariessanierungsgrad von pflegebedürftigen Menschen gegenüber älteren Senioren ohne Pflegebedarf deutlich höher ist und dass fast 30 Prozent der pflegebedürftigen älteren Menschen gegenüber nur 6,7 Prozent der Senioren der gleichen Altersgruppen ohne Pflegebedarf Hilfe bei der Mundhygiene benötigen.

Zu der Position der KZBV in den Tragenden Gründen wird auf die bei pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen ggf. eingeschränkten kognitiven und „manuellen“ Fähigkeiten verwiesen. Der auf die Handhabung von Zahnpflegeinstrumenten abzielende, enggeführte Begriff der „manuellen“ Fähigkeiten sollte durch den weitergehenden Begriff der „motorischen“ Fähigkeiten ersetzt werden, der auch die Fähigkeiten, Bewegungsabläufe zu steuern, umfasst. Dies ist durchgängig zu beachten (auch § 5).

Änderungsbedarf

In § X ist Absatz 1 zu streichen. Absatz 2 ist wie folgt zu formulieren:

„Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, insbesondere die Anspruchsberechtigten nach § 1, in geeigneter Weise über die Leistungen dieser Richtlinie. Darüber hinaus informieren sie ihre Versicherten über **barrierefreie** Zahnarztpraxen.

§ 3 Untersuchung und Behandlung

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Position der KZBV und der Patientenvertreter, die Untersuchung und Behandlung nach Absatz 1 auch auf die Entfernung der harten Belege (§ 7) zu erstrecken, nachdrücklich. Aufgrund der eingeschränkten Fähigkeiten zur Durchführung der Mundhygiene haben pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen ein erhöhtes Risiko der Bildung von Zahnbelägen, die bei fehlender Entfernung zu Gingivitis und Parodontitis und Folgeerkrankungen im Bereich der Allgemeingesundheit, einschließlich Problemen der Fehl- und Mangelernährung, nach sich ziehen können. Des Weiteren bewertet der Deutsche Caritasverband die gemeinsame Position des GKV-SV und der Patientenvertreter positiv, den Behandlungsbedarf sowie herausnehmbaren Zahnersatz im Vordruck nach § 8 zu dokumentieren.

§ 4 Erhebung des Mundgesundheitsstatus

Nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands muss das Ziel einer Erhebung des Mundgesundheitsstatus sein, ggf. erforderlich werdende Maßnahmen ursachen- und bedarfsgerecht zu ergreifen oder zu veranlassen sowie Veränderungen des Mundgesundheitsstatus entsprechend der getroffenen Maßnahmen zu dokumentieren. Daher wird die gemeinsame Position der KZBV und der Patientenvertreter zu Absatz 1 unterstützt. Die Dokumentation sollte nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands nicht nur Bestandteil der Krankenblattunterlagen sein, sondern auch Bestandteil der Pflegedokumentation. Dies kann jedoch nicht in einer Richtlinie des SGB V geregelt werden. Dieser Hinweis sollte jedoch in die Tragenden Gründe aufgenommen werden.

§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan

Nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands umfasst der individuelle Mundgesundheitsplan nach Absatz 2 Buchstaben a-d alle notwendigen Angaben. Wichtig ist besonders das Ziel der Verhinderung und Linderung von Mundtrockenheit, die eine häufige Nebenwirkung der Medikation bei pflegebedürftigen Menschen ist. Auch die Verringerung des Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke ist ein wichtiges Ziel zum Erhalt der Mundgesundheit. Als zentrales Element einer gesundheitsbewussten Ernährung muss die Reduktion zuckerhaltiger Nahrungsmittel sogar ein bevölkerungspolitisches Gesundheitsziel sein. Seine Erreichung hängt allerdings von vielen Faktoren ab, darunter auch von der Produktion stark zuckerhaltiger Nahrungsmittel durch die Lebensmittelindustrie. Für ältere pflegebedürftige Menschen ist Nahrungsgenuss allerdings in besonderer Weise ein Stück Lebensqualität. Daher sollte man vermeiden, Menschen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit zu spezifischen ernährungsbezogenen Verhaltensweisen erziehen zu wollen, zumal das Wissen um die Schädlichkeit zuckerhaltiger Nahrungsmittel ohnehin zum Gemeingut des gesundheitlichen Wissens gehört. Sinnvoll ist hingegen ein entsprechender Hinweis im Zusammenhang mit der Aufklärung über zahngesunde Ernährung (vgl. § 6 Buchstabe e) der Position der Patientenvertreter), deren Inhalte jedoch breiter gefasst sein sollten als nur die zuckerhaltige Ernährung.

In den Tragenden Gründen wird auf die wichtige Rolle der Unterstützung der Zahnpflege und anderer mundgesundheitsbezogener Aktivitäten durch die Angehörigen hingewiesen. Nicht alle pflegebedürftigen Menschen haben Angehörige, die so nahe bei ihnen leben, dass diese sie bei ihrer Pflege unterstützen können. Der Begriff der Angehörigen sollte daher um den Begriff der „Zugehörigen“ ergänzt werden.

Änderungsbedarf

In Absatz 2 Buchstabe a) werden die Wörter „des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke“ gestrichen.

§ 6 Mundgesundheitsaufklärung

Die individuelle Mundgesundheitsaufklärung umfasst gemäß der Richtlinie nicht nur die Aufklärung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen der täglichen Mundhygiene einschließlich ggf. Prothesenhygiene, Fluoridanwendung zur Vorbeugung von Karies sowie zu allgemeinen Zusammenhängen zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit einschließlich gesundheitsbewusster Ernährung, sondern auch die Demonstration und ggf. praktische Anleitung und Unterweisung zu den im Einzelnen vorzunehmenden Maßnahmen. Die praktische Anleitung, Unterweisung und Übung der Patientinnen und Patienten sowie ggf. ihre Pflegepersonen sind von zentraler Bedeutung. Daher sollte in den Tragenden Gründen der Position der KZBV und nicht des GKV-SV gefolgt werden, der die praktische Anleitung, auch dort, wo sie notwendig ist, nur als „Kann“-Bestimmung vorsieht. In vielen Fällen wird bei pflegebedürftigen Personen mit kognitiven Einschränkungen oder Menschen mit geistigen Behinderungen die Einbeziehung ihrer Pflege- oder Unterstützungsperson (Assistenz) erforderlich sein. In Absatz 2 sollte daher klargestellt werden, dass diese nicht nur in die Aufklärung und Information, sondern ggf. auch in die

Deutscher Caritasverband e.V.

praktische Anleitung einbezogen wird. Pflege- und Unterstützungspersonen benötigen qualifizierte und detaillierte Informationen über und praktische Anleitung in den anzuwendenden Putztechniken sowie zur Reinigung des Zahnersatzes.

Absatz 3 der Richtlinie sieht vor, dass die Aufklärung in einer für den/die Versicherten verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise erfolgt. Bei den hier genannten Zielgruppen ist eine barrierefreie und eine den kognitiven Einschränkungen Rechnung tragende Sprache für das Erreichen der Kommunikationsziele erforderlich. Dies ist in Absatz 3 konkretisierend zu ergänzen. Unterstützt wird auch der Vorschlag der Patientenvertreter, die Aufklärung und Information der Patienten durch Aushändigung schriftlicher Informationsmaterialien zusätzlich zu unterstützen. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch ihre Assistenzpersonen wollen bestimmte Schritte, die in der Zahnarztpraxis demonstriert werden, zuhause nochmals in Ruhe nachvollziehen. Dabei hilft auch eine Visualisierung. Bei den schriftlichen Materialien ist es wichtig, dass diese mit leichter Sprache sowie Symbolen und Bildern arbeiten.

Absatz 5 regelt die Anleitung des Versicherten bei vorliegenden Parodontopathien. Es ist positiv zu bewerten, dass die für die Ausführung der Leistung bestehenden Mitwirkungspflichten von Patientinnen und Patienten auch erfüllt sind, wenn sich die entsprechende Aufklärung an ihre Pflege- und Unterstützungspersonen gerichtet hat.

Nach der Richtlinie hat der Patient/die Patientin einmal im Kalenderhalbjahr Anspruch auf die individuelle Gesundheitsaufklärung. Dabei wird die Position der KZBV und der Patientenvertreter unterstützt, die Aufklärung in engem Zusammenhang mit und nicht, wie vom GKV-SV gefordert, nach der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans zu erbringen, denn Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans und die Information und Aufklärung über die Mundgesundheit sind zusammengehörige Schritte. Um den Anforderungen des Einzelfalls Rechnung zu tragen, soll keine strikte Reihenfolge der einzelnen Schritte vorgegeben werden.

Änderungsbedarf

Absatz 2 Satz 2 soll klarstellend lauten: „Sofern die Versicherte oder der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im erforderlichen Umfang in die Aufklärung **gemäß Absatz 1 Buchstaben a) bis d)** einzubeziehen“.

Absatz 3 soll lauten:

„Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für die Versicherte oder den Versicherten sowie ggf. für die Pflege- und Unterstützungsperson verständlichen, barrierefreien und nachvollziehbaren Art und Weise **der Kommunikation. Dies umfasst den Einsatz leichter Sprache, unterstützter Kommunikation, Gebärden, grafischer Symbole oder anderer Hilfsmittel**“

§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge

Der GKV-SV spricht sich im Rahmen der Leistung des § 22a SGB V für eine kalenderjährliche Frequenz der Entfernung harter Zahnbeläge aus, die KZBV für eine kalenderhalbjährliche Frequenz. Der Deutsche Caritasverband unterstützt aufgrund seiner Erfahrungen mit der besonderen Lebenssituation von Menschen mit kognitiven und geistigen Einschränkungen und deren

Auswirkung auf die Mundgesundheit unbedingt eine kalenderhalbjährliche Frequenz der Entfernung harter Zahnbeläge.

Darüber hinaus sollten auch die weichen Zahnbeläge entfernt werden, da sich in der Plaque Bakterien bilden können, die auch über und unter dem Zahnfleischsaum liegen und zu Zahnerkrankungen führen können. Insoweit wird die Position der Patientenvertreter zu § Y ausdrücklich unterstützt. Viele Patienten mit Behinderungen weisen einen starken Befall mit harten und weichen Zahnbelägen auf, der zu Gingivitis und Parodontitis führen kann (Cichon/Jaschinski 2008, S. 394f.)¹. Zahnsteinbildung ist bei Menschen mit Behinderungen aufgrund hoher Speichelsekretionen ein häufiges Phänomen. Bei Patientinnen und Patienten mit Down-Syndrom wurde eine zwischen 60 bis 80 Prozent gesteigerte Prävalenz parodontaler Erkrankungen nachgewiesen (Cichon/Jaschinski 2008, S. 396), der Präventionsprogramme durch professionelle Zahnreinigung gezielt entgegenwirken können (Cichon 2011, S. 70)². Dem Deutschen Caritasverband liegt beispielsweise ein Fall vor, nach dem eine Entfernung harter Beläge bis zu vier Mal im Jahre erforderlich ist, um schlimmeren Zahnerkrankungen bis hin zur notwendigen Zahnextraktion vorzubeugen.

Für den Deutschen Caritasverband ist jedoch auch ein zweistufiges Verfahren denkbar, dass die Entfernung der weichen Zahnbeläge sowie die in Absatz 3 des § Y der Position der Patientenvertreter vorgesehenen risikoadjustierten Maßnahmen zur Verhütung von Wurzelkaries erst in einem zweiten Schritt nach der Evaluation der Maßnahmen zur Entfernung harter Zahnbeläge und auf der gesetzlichen Grundlage einer Erweiterung des § 22a SGB V vorsieht.

Die in § Y Absatz 2 formulierte Position der Patientenvertreter, dass die Versiegelung kariesfreier Fissuren und Grübchen der Prämolaren oder Molaren im Rahmen der Leistung vorzusehen ist, sieht der Deutsche Caritasverband als nicht erforderlich an. Die Versiegelung ist in der Regel nur bei Kindern medizinisch erforderlich und für diese Zielgruppe ist die Leistung in § 22 Absatz 3 SGB V bereits geregelt.

Änderungsbedarf

§ 7 soll lauten:

„Versicherte gemäß § 1 Satz 1 haben Anspruch auf eine Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge. Die Entfernung harter Zahnbeläge erfolgt einmal im **Kalenderhalbjahr**.“

§ 8 Dokumentation und Information

Die Dokumentation soll den Behandlungsbedarf aufgrund der Erhebung des Mundgesundheitsstatus, den Pflegezustand der Zähne, des Zahnfleisches und der Mundschleimhäute ggf. einschließlich des herausnehmbaren Zahnersatzes umfassen sowie die Inhalte des auf dieser Grundlage erstellten individuellen Mundgesundheitsplans. Der Vordruck für die Dokumentation soll Bestandteil der Krankenblatt-Unterlagen sein und der Versicherte bzw. seine Pflege- und

¹ Cichon, Peter/Jaschinski, Sabine: Therapie parodontaler Erkrankungen bei Menschen mit Behinderungen, in: Parodontologie 2008, 19 (4), S. 391-399)

² Cichon, Peter: The long-term effect of a preventive programme on caries, periodontal disease and tooth mortality in individuals with Down syndrome, in: Journal of Disability and Oral Health 2011, 12 (2), S. 68-80.

Deutscher
Caritasverband e.V.

Unterstützungsperson sollen eine Kopie des Vordrucks erhalten, die sie auch als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen sollen. Der Deutsche Caritasverband unterstützt nachdrücklich die in den Tragenden Gründen zum Ausdruck gebrachte Position der PatV, dass diese Angaben in einer patientenverständlichen Form abgefasst sein müssen.

§ 8/§ 9 Berichterstattung

Die Richtlinie sieht für die Berichterstattung § 8 oder § 9 vor. Der Deutsche Caritasverband spricht sich dafür aus, die Berichterstattung in einem eigenen Paragraphen zu formulieren. Er unterstützt den Vorschlag des GVK-SV und der PatV, die Anzahl der erbrachten Leistungen nach § 22a SGB V zu erfassen. Nicht sachgerecht wertet er hingegen den Vorschlag des GKV-SV und der PatV, bei der Richtlinie nach § 22a auch die Leistungen nach § 87 Absätze 2i und 2j SGB V zu erfassen, denn diese den Patienten in der eigenen Häuslichkeit bzw. in der Pflegeeinrichtung als seiner Häuslichkeit aufsuchenden Tätigkeiten umfassen mehr als die mit § 22a SGB V verbundene Präventionsleistung. Diese Tatbestände sollten bei der Berichterstattung nicht vermengt werden. Im Übrigen wird die in Absatz 2 vorgesehene jährliche Berichtsfrequenz für sinnvoll erachtet. In Absatz 3 ist eine Auswertung der Berichtsdaten im Abstand von jeweils drei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie vorgesehen. Die Auswertung soll mit einer Beratung über Konsequenzen aus den Daten verbunden werden. Die Auswertung der Berichtsdaten sollte jährlich erfolgen, alle drei Jahre hingegen sollte eine echte Evaluation mit rückblickender Wirkungskontrolle und zu ziehenden Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen.

Freiburg/Berlin, den 05.04.2017
Deutscher Caritasverband e.V.

Theresia Wunderlich
Leitung Abteilung Soziales und Gesundheit

Dr. Elisabeth Fix
Referentin

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik, DCV (Berliner Büro), Tel. 030 284447-46, elisabeth.fix@caritas.de

Stellungnahme zur Erfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)

Grundsätzliche Anmerkungen

Zunächst bedankt sich der Paritätische für das eingeräumte Stellungnahmerecht zur Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.

Der Paritätische weist bereits seit Jahren auf die hohe Bedeutung der ärztlichen und zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf hin und setzt sich immer wieder für eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen ein.

Denn viele wissenschaftliche Studien belegen, dass ältere Menschen mit Pflegebedarf sowie Menschen mit Behinderungen eine deutlich schlechtere Zahngesundheit als andere Bevölkerungsgruppen haben. Grund hierfür ist einerseits die eingeschränkte Möglichkeit, sich ausreichend um die Zahnpflege zu kümmern, sei es durch physische oder kognitive Umstände des Betroffenen (ca. 30 Prozent der Betroffenen sind gar nicht mehr in der Lage, sich selbst um die Zahngesundheit zu kümmern und damit auf die Hilfe Dritter angewiesen). Andererseits sind ca. 60 Prozent der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf in ihrer Mobilität eingeschränkt, so dass keine Möglichkeit besteht, regelmäßig eine Zahnarztpraxis aufzusuchen. Für die Betroffenen spielt es dabei keine Rolle, ob sie in der eigenen Häuslichkeit oder in einer Einrichtung leben. Die defizitäre Situation im Hinblick auf eine (zahn-)ärztliche Versorgung betrifft folglich alle Menschen mit Unterstützungsbedarf gleichermaßen.¹

Umso mehr begrüßen wir die durch das Versorgungsstärkungsgesetz eingeführte gesetzliche Grundlage in § 22a SGB V, nach welcher pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen seit dem 1. Januar 2017 einen Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen gewährt wird.

Im Hinblick auf die bereits seit zwei Jahren bestehende Regelung im SGB V wäre es begrüßenswert gewesen, die Erfassung der Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) bereits schon eher vorzunehmen, so dass der Anspruch auf die entsprechenden Leistungen zum 1. Januar 2017 umgesetzt werden könnte.

¹ Siehe z. B. Barmer GEK Pflegereport 2014 oder Studie der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) aus 2016. Die genannten Zahlen stammen aus der letztgenannten Studie.

Zu den Inhalten der Richtlinie nimmt der Paritätische im Einzelnen wie folgt Stellung:

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

Zweck und Regelungsbereiche der Richtlinie werden gemäß der Rechtsgrundlage des § 22a SGB V sachgerecht dargestellt.

§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung

Der Paritätische unterstützt die in § 2 genannten vier Versorgungsziele: 1. Erhalt und Verbesserung des Mund- und Prothesenhygienestandards einschließlich der Hervorhebung der mundbezogenen Lebensqualität in Bezug auf Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen und soziale Teilhabe; 2. regelmäßige Untersuchungen zum Zweck der Früherkennung von Zahnerkrankungen; 3. Zeitnahe Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung; 4. Vermittlung von Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit.

Darüber hinaus wird begrüßt, dass die Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich als Nachweis zu eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne gemäß § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V gewertet wird und über den Eintrag im Bonusheft zur Erhöhung des Festzuschusses bei Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 SGB V um 20 Prozent berechtigt.

Der Paritätische bewertet die von den Patientenvertretern vorgeschlagene Aufnahme eines § X zur Information der Versicherten positiv. Allerdings ist in Bezug auf den Vorschlag darauf hinzuweisen, dass die Pflicht zur Information über Leistungen originär den Krankenkassen und nicht den öffentlich-rechtlichen Körperschaften wie den KZVen, die den Sicherstellungsauftrag für die Leistung haben, obliegt. Darüber hinaus ist anzumerken, dass jede Zahnarztpraxis grundsätzlich in der Lage ist bzw. sein sollte, pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen adäquat zahnärztlich zu versorgen. Absatz 1 ist daher in der vorliegenden Form zu streichen; die Informationspflicht ist den Krankenkassen gemäß den Ausführungen in Absatz 2 zu übertragen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die bereitgestellten Informationen auch den Aspekt der Barrierefreiheit der Zahnarztpraxen, der für die Zielgruppen des § 22a SGB V eine hohe Relevanz hat, umfassen.

Der Paritätische unterstreicht die Bedeutung der Versicherteninformation. Er unterstützt daher nachdrücklich die Ausführungen der Patientenvertreter in den Tragenden Gründen, dass eine allgemeine Information über die neue Leistung des § 22a SGB V in den Mitgliedszeitschriften der Krankenkassen nicht ausreichend ist. Notwendig ist auch nach Auffassung des Paritätischen ein persönliches Schreiben an die Versicherten.

Bei den Tragenden Gründen zu den Versorgungszielen nach § 2 Absatz 1 der Richtlinie sollte aus Sicht des Paritätischen der Position der KZBV gefolgt werden, denn diese enthält den wichtigen Hinweis auf die Ergebnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie. Diese zeigt beispielsweise auf, dass der Kariessanierungsgrad von pflegebedürftigen Menschen gegenüber älteren Senioren ohne Pflegebedarf deutlich höher ist und dass fast 30 Prozent der pflegebedürftigen

älteren Menschen gegenüber nur 6,7 Prozent der Senioren der gleichen Altersgruppen ohne Pflegebedarf Hilfe bei der Mundhygiene benötigen.

Wir begrüßen den Hinweis in Bezug auf Versicherte, welche die Praxis nicht mehr aufsuchen können, die Behandlung vor Ort im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen durchführen lassen zu können. Wir weisen diesbezüglich jedoch darauf hin, dass hier nicht nur eine eingeschränkte Mobilität zugrunde liegen kann, sondern z. B. auch eine ausgeprägte demenzielle oder psychische Erkrankung. Wir plädieren deshalb dafür, die tragenden Gründe entsprechend zu ergänzen.

Auch bitten wir um eine entsprechende Ergänzung in den tragenden Gründen für die Fälle, in denen eine Behandlung in der Praxis nur mithilfe von Begleitpersonen möglich ist. Dies gilt für Personengruppen, für die das Setting Zahnarztpraxis, Sitzen/Liegen im Zahnarztstuhl oder die Behandlung selbst angstbesetzt oder angstaussendend ist, aber auch für Menschen, die sprachlich stark eingeschränkt sind. Hier sollte den Pflege- oder Unterstützungspersonen die Möglichkeit eingeräumt werden, während der Behandlung anwesend zu sein.

Weiterhin wird zu der Position der KZBV in den Tragenden Gründen auf die bei pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen ggf. eingeschränkten kognitiven und „manuellen“ Fähigkeiten verwiesen. Der auf die Handhabung von Zahnpflegeinstrumenten abzielende, enggeführte Begriff der „manuellen“ Fähigkeiten sollte durch den weitergehenden Begriff der „motorischen“ Fähigkeiten ersetzt werden, der auch die Fähigkeiten, Bewegungsabläufe zu steuern, umfasst. Dies ist durchgängig zu beachten (auch § 5).

Änderungsbedarf:

In § X ist Absatz 1 zu streichen. Absatz 2 ist wie folgt zu formulieren:

„Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, insbesondere die Anspruchsberechtigten nach § 1, direkt und in geeigneter Weise über die Leistungen dieser Richtlinie. Darüber hinaus informieren sie ihre Versicherten über barrierefreie Zahnarztpraxen.

§ 3 Untersuchung und Behandlung

Der Paritätische unterstützt die Position der KZBV und der Patientenvertreter, die Untersuchung und Behandlung nach Absatz 1 auch auf die Entfernung der harten Belege (§ 7) zu erstrecken, nachdrücklich. Aufgrund der eingeschränkten Fähigkeiten zur Durchführung der Mundhygiene haben pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen ein erhöhtes Risiko der Bildung von Zahnbelägen, die bei fehlender Entfernung zu Gingivitis und Parodontitis und Folgeerkrankungen im Bereich der Allgemeingesundheit einschließlich Problemen der Fehl- und Mangelernährung nach sich ziehen können. Des Weiteren bewertet der Paritätische die gemeinsame Position des GKV-SV und der Patientenvertreter positiv, den Behandlungsbedarf sowie herausnehmbaren Zahnersatz im Vordruck nach § 8 zu dokumentieren.

§ 4 Erhebung des Mundgesundheitsstatus

Nach Auffassung des Paritätischen muss das Ziel einer Erhebung des Mundgesundheitsstatus sein, ggf. erforderlich werdende Maßnahmen ursachen- und

bedarfsgerecht zu ergreifen oder zu veranlassen sowie Veränderungen des Mundgesundheitsstatus entsprechend der getroffenen Maßnahmen zu dokumentieren. Daher wird die gemeinsame Position der KZBV und der Patientenvertreter zu Absatz 1 unterstützt. Die Dokumentation sollte nach Auffassung des Paritätischen nicht nur Bestandteil der Krankenblattunterlagen sein, sondern auch Bestandteil der Pflegedokumentation. Dies kann jedoch nicht in einer Richtlinie des SGB V geregelt werden. Dieser Hinweis sollte jedoch in die Tragenden Gründe aufgenommen werden.

§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan

Nach Auffassung des Paritätischen umfasst der individuelle Mundgesundheitsplan nach Absatz 2 Buchstaben a-d alle notwendigen Angaben. Wichtig ist besonders das Ziel der Verhinderung und Linderung von Mundtrockenheit, die eine häufige Nebenwirkung der Medikation bei pflegebedürftigen Menschen ist. Auch die Verringerung des Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke ist ein wichtiges Ziel zum Erhalt der Mundgesundheit. Als zentrales Element einer gesundheitsbewussten Ernährung muss die Reduktion zuckerhaltiger Nahrungsmittel sogar ein bevölkerungspolitisches Gesundheitsziel sein. Seine Erreichung hängt allerdings von vielen Faktoren ab, darunter auch von der Produktion stark zuckerhaltiger Nahrungsmittel durch die Lebensmittelindustrie. Für ältere pflegebedürftige Menschen bedeutet Nahrungsgenuss allerdings in besonderer Weise Lebensqualität. Daher sollte man vermeiden, Menschen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit zu spezifischen ernährungsbezogenen Verhaltensweisen erziehen zu wollen, zumal das Wissen um die Schädlichkeit zuckerhaltiger Nahrungsmittel ohnehin zum Gemeingut des gesundheitlichen Wissens gehört. Sinnvoll ist hingegen ein entsprechender Hinweis im Zusammenhang mit der Aufklärung über zahngesunde Ernährung (vgl. § 6 Buchstabe e) der Position der Patientenvertreter), deren Inhalte jedoch breiter gefasst sein sollten als nur die zuckerhaltige Ernährung.

In den Tragenden Gründen wird auf die wichtige Rolle der Unterstützung der Zahnpflege und anderer mundgesundheitsbezogener Aktivitäten durch die Angehörigen hingewiesen. Nicht alle pflegebedürftigen Menschen haben Angehörige, die so nahe bei ihnen leben, dass diese sie bei ihrer Pflege unterstützen können. Der Begriff der Angehörigen sollte daher um den Begriff der „Zugehörigen“ ergänzt werden.

Änderungsbedarf:

In Absatz 2 Buchstabe a) werden die Wörter „des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke“ gestrichen.

§ 6 Mundgesundheitsaufklärung

Die individuelle Mundgesundheitsaufklärung umfasst gemäß der Richtlinie nicht nur die Aufklärung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen der täglichen Mundhygiene einschließlich ggf. Prothesenhygiene, Fluoridanwendung zur Vorbeugung von Karies sowie zu allgemeinen Zusammenhängen zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit einschließlich gesundheitsbewusster Ernährung, sondern auch die Demonstration und ggf. praktische Anleitung und Unterweisung zu den im Einzelnen vorzunehmenden Maßnahmen. Die praktische Anleitung, Unterweisung und Übung der Patientinnen und Patienten sowie ggf. ihre

Pflegepersonen sowie des Pflegepersonals sind von zentraler Bedeutung. Daher sollte in den Tragenden Gründen der Position der KZBV und nicht des GKV-SV gefolgt werden, der die praktische Anleitung, auch dort, wo sie notwendig ist, nur als „Kann“-Bestimmung vorsieht. In vielen Fällen wird bei pflegebedürftigen Personen mit kognitiven Einschränkungen oder Menschen mit geistigen Behinderungen die Einbeziehung ihrer Pflege- oder Unterstützungsperson (Assistenz) sowie des Pflegepersonals erforderlich sein. In Absatz 2 sollte daher klargestellt werden, dass diese nicht nur in die Aufklärung und Information, sondern ggf. auch in die praktische Anleitung einbezogen wird. Pflege- und Unterstützungspersonen benötigen qualifizierte und detaillierte Informationen über und praktische Anleitung in den anzuwendenden Putztechniken sowie zur Reinigung des Zahnersatzes.

Absatz 3 der Richtlinie sieht vor, dass die Aufklärung in einer für den/die Versicherten verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise erfolgt. Bei den hier genannten Zielgruppen ist eine barrierefreie und eine den kognitiven Einschränkungen Rechnung tragende Sprache für das Erreichen der Kommunikationsziele erforderlich. Dies ist in Absatz 3 konkretisierend zu ergänzen. Befürwortet wird auch der Vorschlag der Patientenvertreter, die Aufklärung und Information der Patienten durch Aushändigung schriftlicher Informationsmaterialien zusätzlich zu unterstützen. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch ihre Assistenzpersonen wollen bestimmte Schritte, die in der Zahnarztpraxis demonstriert werden, zuhause nochmals in Ruhe nachvollziehen. Dabei hilft auch eine Visualisierung. Bei den schriftlichen Materialien ist es wichtig, dass diese mit leichter Sprache sowie Symbolen und Bildern arbeiten.

Absatz 5 regelt die Anleitung des Versicherten bei vorliegenden Parodontopathien. Es ist positiv zu bewerten, dass die für die Ausführung der Leistung bestehenden Mitwirkungspflichten von Patientinnen und Patienten auch erfüllt sind, wenn sich die entsprechende Aufklärung an ihre Pflege- und Unterstützungspersonen gerichtet hat.

Nach der Richtlinie hat der Patient/die Patientin einmal im Kalenderhalbjahr Anspruch auf die individuelle Gesundheitsaufklärung. Dabei wird die Position der KZBV und der Patientenvertreter unterstützt, die Aufklärung in engem Zusammenhang mit und nicht, wie vom GKV-SV gefordert, nach der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans zu erbringen, denn Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans und die Information und Aufklärung über die Mundgesundheit sind zusammengehörige Schritte. Um den Anforderungen des Einzelfalls Rechnung zu tragen, soll keine strikte Reihenfolge der einzelnen Schritte vorgegeben werden.

Änderungsbedarf:

Absatz 2 Satz 2 soll klarstellend lauten: „Sofern die Versicherte oder der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im erforderlichen Umfang in die Aufklärung gemäß Absatz 1 Buchstaben a) bis d) einzubeziehen und praktisch anzuleiten. Dies gilt auch für das Pflegepersonal“.

Absatz 3 soll lauten:

„Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für die Versicherte oder den Versicherten sowie ggf. für die Pflege- und Unterstützungsperson verständlichen, barrierefreien und nachvollziehbaren Art und Weise der Kommunikation. Dies

umfasst den Einsatz leichter Sprache, unterstützter Kommunikation, Gebärden, grafischer Symbole oder anderer Hilfsmittel “

§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge

Der GKV-SV spricht sich im Rahmen der Leistung des § 22a SGB V für eine kalenderjährliche Frequenz der Entfernung harter Zahnbeläge aus, die KZBV für eine kalenderhalbjährliche Frequenz. Der Paritätische unterstützt aufgrund seiner Erfahrungen mit der besonderen Lebenssituation von Menschen mit kognitiven und geistigen Einschränkungen und deren Auswirkung auf die Mundgesundheit unbedingt eine kalenderhalbjährliche Frequenz der Entfernung harter Zahnbeläge.

Darüber hinaus sollten auch die weichen Zahnbeläge entfernt werden, da sich in der Plaque Bakterien bilden können, die auch über und unter dem Zahnfleischsaum liegen und zu Zahnerkrankungen führen können. Insoweit wird die Position der Patientenvertreter zu § Y ausdrücklich unterstützt. Viele Patienten mit Behinderungen weisen einen starken Befall mit harten und weichen Zahnbelägen auf, der zu Gingivitis und Parodontitis führen kann (Cichon/Jaschinski 2008, S. 394f.) Zahnsteinbildung ist bei Menschen mit Behinderungen aufgrund hoher Speichelsekretionen ein häufiges Phänomen. Bei Patientinnen und Patienten mit Down-Syndrom wurde eine zwischen 60 bis 80 Prozent gesteigerte Prävalenz parodontaler Erkrankungen nachgewiesen (Cichon/Jaschinski 2008, S. 396), der Präventionsprogramme durch professionelle Zahnreinigung gezielt entgegenwirken können (Cichon 2011, S. 70).

Für den Paritätischen ist jedoch auch ein zweistufiges Verfahren denkbar, dass die Entfernung der weichen Zahnbeläge sowie die in Absatz 3 des § Y der Position der Patientenvertreter vorgesehene risikoadjustierte Maßnahmen zur Verhütung von Wurzelkaries erst in einem zweiten Schritt nach der Evaluation der Maßnahmen zur Entfernung harter Zahnbeläge und auf der gesetzlichen Grundlage einer Erweiterung des § 22a SGB V vorsieht.

Änderungsbedarf

§ 7

„Versicherte gemäß § 1 Satz 1 haben Anspruch auf eine Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge. Die Entfernung harter Zahnbeläge erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr.“

§ 8 Dokumentation und Information

Die Dokumentation soll den Behandlungsbedarf aufgrund der Erhebung des Mundgesundheitsstatus, den Pflegezustand der Zähne, des Zahnfleisches und der Mundschleimhäute ggf. einschließlich des herausnehmbaren Zahnersatzes umfassen sowie die Inhalte des auf dieser Grundlage erstellten individuellen Mundgesundheitsplans. Der Vordruck für die Dokumentation soll Bestandteil der Krankenblatt-Unterlagen sein und der Versicherte bzw. seine Pflege- und Unterstützungsperson sollen eine Kopie des Vordrucks erhalten, die sie auch als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen sollen. Der Paritätische unterstützt nachdrücklich die in den Tragenden Gründen zum Ausdruck gebrachte Position der PatV, dass diese Angaben in einer patientenverständlichen Form abgefasst sein müssen.

§ 8/§ 9 Berichterstattung

Die Richtlinie sieht für die Berichterstattung § 8 oder § 9 vor. Der Paritätische spricht sich dafür aus, die Berichterstattung in einem eigenen Paragraphen zu formulieren. Er unterstützt den Vorschlag des GVK-SV und der PatV, die Anzahl der erbrachten Leistungen nach § 22a SGB V zu erfassen. Nicht sachgerecht wertet er hingegen den Vorschlag des GKV-SV und der PatV, bei der Richtlinie nach § 22a auch die Leistungen nach § 87 Absätze 2i und 2j SGB V zu erfassen, denn diese den Patienten in der eigenen Häuslichkeit bzw. in der Pflegeeinrichtung als seiner Häuslichkeit aufsuchenden Tätigkeiten umfassen mehr als die mit § 22a SGB V verbundene Präventionsleistung. Diese Tatbestände sollten bei der Berichterstattung nicht vermengt werden. Im Übrigen wird die in Absatz 2 vorgesehene jährliche Berichtsfrequenz für sinnvoll erachtet. In Absatz 3 ist eine Auswertung der Berichtsdaten im Abstand von jeweils drei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie vorgesehen. Die Auswertung soll mit einer Beratung über Konsequenzen aus den Daten verbunden werden. Die Auswertung der Berichtsdaten sollte jährlich erfolgen, alle drei Jahre hingegen sollte eine echte Evaluation mit rückblickender Wirkungskontrolle und zu ziehenden Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen.

Berlin, den 18.04.2017

Anne Linneweber

Gesundheit, Teilhabe und Dienstleistungen

Der Paritätische Gesamtverband

Diakonie 
Deutschland

Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.

Diakonie Deutschland | Postfach 40164 | 10061 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss

Per Mail an

Dirk.hollstein@g-ba.de
Verena.eustermann@g-ba.de

Zentrum Gesundheit, Rehabili-
tation und Pflege

Dr. Peter Bartmann
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-1661
Telefax: +49 30 65211-3661
peter.bartmann@diakonie.de

Berlin, 11. April 2017

**Beschluss über die Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundes-
ausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei
Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a
SGB V)**

Die Diakonie Deutschland nimmt gerne zur Erstfassung einer Richtlinie des Ge-
meinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahner-
krankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen Stellung:

Eine adäquate gesundheitliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und
Menschen mit Behinderung gehört zu den langjährigen Kernanliegen der Diakonie
Deutschland. Die im Zuge des GVK-Versorgungsstärkungsgesetzes im Juli 2015
eingeführte Zahnprophylaxe nach § 22a SGB V hat die Diakonie nachdrücklich als
Beitrag zur besseren zahnmedizinischen Versorgung begrüßt.

Zu den Inhalten der Richtlinie schließt sich die Diakonie Deutschland nachdrücklich
den Ausführungen des Deutschen Caritasverbandes an.

Ergänzend und akzentuierend möchte die Diakonie auf folgenden Sachverhalt
hinweisen:

Zu § 3 Untersuchung und Behandlung und § 7 Entfernung harter Zahnbeläge:

Die KZBV und der Patientenvertreter positionieren sich dafür, die Untersuchung
und Behandlung nach Absatz 1 auch auf die Entfernung der harten Belege (§ 7) zu
erstrecken. Dies befürwortet die Diakonie, möchte diese Position jedoch wie folgt
akzentuieren:

Die Zahngesundheit von Menschen mit Behinderung ist schlechter, als die der
Gesamtbevölkerung. Viele dieser Menschen sind nicht zu einer ausreichenden,
selbstverantwortlichen Zahnpflege in der Lage. Daher sind lebenslange, unterstüt-
zende präventive Maßnahmen notwendig und sinnvoll.
Von Seiten der GKV soll jedoch, wie bei Patienten ohne Behinderung auch, die
Entfernung der harten Beläge (Zahnstein) nur einmal jährlich zu Lasten der Kran-

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0
Telefax: +49 30 652 11-3333
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

Registergericht:
Amtsgericht
Berlin (Charlottenburg)
Vereinsregister 31924 B

Evangelische Bank eG
BIC GENODEF1EK1
IBAN:
DE42520604100000405000

USt-IdNr.: DE 147801862

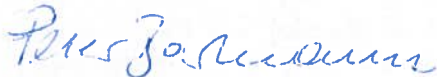
Barrierefreier Parkplatz in
der Tiefgarage

kenkassen erfolgen. Das wäre ein Zustand wie bisher und brächte außer den erweiterten Möglichkeiten der Aufklärung und Motivation keine Verbesserung.

Der Zahnsteinbefall ist bei erwachsenen Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung größer als bei der Gesamtbevölkerung (Schluckstörungen, selteneres Abschlucken, Zahn-Engstände, da keine Kieferorthopädie im Kindesalter etc.). Verschärft wird die Problematik zuweilen dadurch, dass in (neuen) ambulanten Wohnformen viele Menschen mit Behinderung abends nicht beim Zähneputzen unterstützt werden können.

Deshalb plädiert die Diakonie dafür, dass nach ärztlichem Ermessen auch eine häufigere Zahnsteinentfernung im Jahr als Kassenleistung möglich sein sollte.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Peter Bartmann
Zentrumsleitung

DGKiZ, Schweinfurter Str. 7, 97080 Würzburg

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin
per E-Mail am 19. April 2017 an:
dirk.hollstein@g-ba.de
verena.eustermann@g-ba.de

Prof. Dr. Norbert Krämer

Präsident

Justus-Liebig-Universität Gießen
Schlangenzahl 14
35392 Gießen
Tel.: 0641/9946241

E-Mail: norbert.kraemer@dentist.med.uni-giessen.de

19.04.17

Ihr Schreiben vom 22.03.2017 bzgl. Stellungnahmerecht zur Erfassung einer Richtlinie des GBA über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)

Sehr geehrter Herr Hollstein,

im Namen des Vorstandes der DGKiZ bedanke ich mich für Ihr Schreiben vom 22.03.2017. Gerne nehmen wir zu dem Entwurf Stellung in der beiliegenden Anlage „Stellungnahme der DGKiZ“.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Norbert', followed by a stylized flourish.

Prof. Dr. Norbert Krämer
Präsident der DGKiZ

Anlage:
Stellungnahme der DGKiZ vom 19.04.17

Stellungnahme der DGKIZ

zur

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)“

Aufgrund des zunehmenden Anteils an Kindern und Jugendlichen mit Allgemeinerkrankungen in der Bevölkerung kommt der vorliegenden Richtlinie eine besondere Bedeutung zu. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützen wir daher jede Bemühung Diskriminierungen sowohl in der Prävention als auch in der Therapie für die Patientengruppe der Pflegebedürftigen als auch der Menschen mit Behinderungen zu vermeiden.

Zu den einzelnen Abschnitten der Vorlage nehmen wir daher wie folgt Stellung:

§1 Zweck und Regelungsbereich

Wir stimmen der Vorlage zu.

§2 Versorgungsziele

§ 2.1 wird zugestimmt

§ 2.2 Der Begriff Xerostomie sollte durch Mundtrockenheit ersetzt werden, um einen einheitlichen Sprachgebrauch zu gewährleisten.

§ 2.3 wird zugestimmt. Nicht nachvollziehbar ist der Effekt der sich durch die Information der Öffentlichkeit ergibt (Information der Versicherten).

§3 Untersuchung und Behandlung

Der Vorschlag und die Kommentare der GKV-SV zu §3.1, §3.3 und §3.4 werden unterstützt.

§4 Erhebung des Mundhygienestatus

Der Vorschlag und die Kommentare der Gruppen zu §4.1, §4.2 und §4.3 werden unterstützt.

§5 Individueller Mundgesundheitsplan

§5.1 Dem Vorschlag wird zugestimmt.

§5.2 Der Mundgesundheitsplan sollte zusätzlich in der Krankenakte dokumentiert werden. Der Begriff Xerostomie sollte ersetzt werden.

§ 5.3 Die Verwendung von Vordrucken schränkt eine mögliche Weiterentwicklung der Planung ein und sollte daher nicht vorgeschrieben werden. Eine einmalige Erhebung des

Mundgesundheitsstatus wird unterstützt.

§6 Mundgesundheitsaufklärung

§6.1 Den Vorschlägen zu den Inhalten der Mundgesundheitsaufklärung wird zugestimmt. Die Ernährungsberatung sollte ebenfalls aufgenommen werden.

§ 6.2 Dem Vorschlag wird zugestimmt.

§ 6.3 Dem Vorschlag wird ohne den einschränkenden Anmerkungen der PatV zugestimmt.

§ 6.4/5/6 Den Vorschlägen wird zugestimmt. Bei §6.6 ist der Hinweis der KZBV korrekt.

§ 7 Maßnahmen zur Verhütung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.

§7.1 Die DGKiZ unterstützt weitgehend den Vorschlag der PatV: „...Versicherte nach § 1 Abs. 1 im Rahmen der Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen Anspruch haben auf eine bedarfsgerechte gründliche Beseitigung der harten und weichen Zahnbeläge. Bei Hygienedefiziten kommt die praktische Übung von Hygienetechniken einschließlich der Reinigung der Interdentalräume hinzu. Die Entfernung der Zahnbeläge erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr, bei Bedarf auch häufiger.“

Aufgrund der Grunderkrankung bzw. Behinderung ist die Mundhygiene häufig eingeschränkt. Der Unterstützung dieser Maßnahmen durch Entfernung der harten und weichen Belägen sowie der zusätzlichen Fluoridierung kommt daher entscheidende Bedeutung zu. Eine viermaljährliche Reinigung der habituell unsauberen Zonen und anschließenden lokalen Fluoridierung bzw. CHX-Lack-Applikation im Sinne einer Intensivprophylaxemaßnahmen, wie sie auch bei 3 – 6-Jährigen möglich ist, sollte daher vorgesehen werden.

§ 7.2 Aus Sicht der DGKiZ ist die Versiegelung der Fissuren und Grübchen separat zu regeln. Insoweit diese durch die IP5 erfasst ist, kann diese auch jetzt schon abgerechnet werden.

§ 7.3 Aus Sicht der Kinder- und Jugendzahnheilkunde ist der Einschluß von Fluoridierungsmaßnahmen und CHX-Lacken risiko-orientiert bis zu viermal im Jahr zeilführend.

§8 Dokumentation

Den Vorschlägen zur Einführung eines Vordruckes erscheint nicht nötig.

§9 Berichterstattung

§9.1 Die DGKiZ schließt sich dem Vorschlag der KZBV an.

§9.2/3 Die DGKiZ schließt sich dem Vorschlag der 3 Gruppierungen an.

Gießen, 19.04.2017

NK

Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin
Der Vorstand
Liebigstraße 12
04103 Leipzig

Tel.: 0341-97 21310
Fax: 0341-97 21319
Internet: www.dgaz.org
E-Post: sekretariat@dgaz.org

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

per E-Mail am 19. April 2017 an:
dirk.hollstein@g-ba.de
verena.eustermann@g-ba.de

18. April 2017

**Ihr Schreiben vom 22. März 2017 bzgl. Stellungnahmerecht zur Erstfassung einer
Richtlinie des GBA über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei
Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung (Richtlinie nach § 22a SGB V)**

Sehr geehrter Herr Hollstein,

ich bedanke mich für Ihr Schreiben vom 22. März 2017, in dem Sie eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. (DGAZ) angeregt haben. Sie finden die Stellungnahme der DGAZ auf den Seiten 2 bis 9 dieses Schreibens. Die Möglichkeit zu einer mündlichen Stellungnahme gemäss § 91 Absatz 9 SGB V möchte der Vorstand der DGAZ wahrnehmen.

Für Rückfragen und weiteren Erläuterungen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH
Präsidentin



Assoziiert mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)



Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)



Gründungsmitglied des Arbeitskreises Ethik in der DGZMK

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)

über die Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Stand 22. März 2017) über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V).

Im Folgenden nehmen wir Stellung zu den einzelnen Paragraphen des Beschlussentwurfes vom 22. März 2017 unter Einbeziehung der Tragenden Gründe in der Version ebenfalls vom 22. März 2017.

Abschließend wird die Erstfassung der Richtlinie aus Sicht der Fachgesellschaft übergeordnet bewertet und zusammengefasst.

Soweit nicht anders dargestellt werden folgende Abkürzungen übernommen:

DGAZ = Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V.
GKV = Gesetzliche Krankenkassen
KZBV = Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
GKV-SV = Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen
PatV = Vertretung der Patienten

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in dem Text auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Verwendet wird die männliche Bezeichnung, wobei sämtliche Bezeichnungen für beide Geschlechter gelten.

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

DGAZ
Entsprechend der gesetzlichen Grundlage (§ 92 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 22a SGB V) ist der Zweck und Regelungsbereich unter anderem für eine Patientengruppe formuliert, die zur Verhütung von Zahnerkrankungen hohen Unterstützungsbedarf aufweist, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Mundgesundheit bei der Gruppe der betagten und hochbetagten pflegebedürftigen Multimorbiden einen großen Einfluss auf die funktionelle Kapazität im Rahmen der

allgemeinen Gesundheit hat.

Karies und besonders die Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontitis) führen besonders in dieser Gruppe zu einem erhöhten Zahnverlust, die Kaufähigkeit wird verringert und eine Einschränkung der Nahrungsaufnahme kann resultieren.

Die Formulierung der Anspruchsberechtigung – Patienten mit einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI oder Patienten mit einer Eingliederungshilfe § 53 SGB XII - ist also nach unserer Auffassung den Versorgungsnotwendigkeiten entsprechend höchst zutreffend gewählt und führt die bestehenden Regelungen des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes (PNG) und hier des § 119 b SGB V kontinuierlich fort.

§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung

DGAZ

Die DGAZ verfolgt als Versorgungsziel den chancengleichen Zugang einer kontinuierlichen, den individuellen Bedürfnissen gerecht werdenden und fürsorglichen zahnärztlichen Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe.

Hierbei sollten sowohl präventive wie auch rekonstruktive therapeutische Ansätze verfolgt werden.

Inhaltlich konsistent jedoch formell unstimmt geordnet, beschreibt der erste Unterpunkt unter Absatz 1 („Erhalt und Verbesserung ...“) das übergeordnete Versorgungsziel.

Im Weiteren werden die hierfür notwendigen Maßnahmen im Überblick beschrieben (☐Regelmäßige Untersuchung; ☐Behandlung; ☐Instruktion).

Die Unterpunkte 1 und 2 - „Regelmäßige Untersuchung ...“ sowie „Zeitnahe, den Lebensumständen ...“ - sind nach unserer Auffassung sinnvoll formuliert.

Der Unterpunkt 3 „Vermittlung von geeigneten ...“ sollte unserer Erfahrung nach entsprechend konkretisiert werden.

Im Sinne der Qualitätsförderung geht es nicht alleine um die Vermittlung geeigneter Maßnahmen (Instruktion) zur Verbesserung der Mundgesundheit, sondern in der Folge um eine enge Begleitung der Umsetzung der instruierten Maßnahmen und eine gegebenenfalls notwendige Reinstruktion.

Die Maßnahmen sind wie beschrieben an den Patienten und/oder an die Pflege oder andere Unterstützungspersonen zu adressieren.

Die unter Absatz 2 formulierte konsiliarische Erörterung mit Haus- und Fachärzten sowie dem Hauszahnarzt sollte als wesentlicher Teil einer Qualitätsförderung prominenter herausgestellt werden.

Absatz 3: Die fürsorgliche, zahnärztliche Versorgung eines geriatrischen Patienten setzt neben den gerostomatologischen Kenntnissen auch geriatrisches Wissen voraus. Die DAGZ hält entsprechende wiederkehrende Fortbildungsmaßnahmen für in dem Bereich aktive Zahnärzte erforderlich. Der Absatz 3 sollte dementsprechend konkretisiert werden.

Die zu diesem Punkt aufgeführten, ausschließlichen Einlassungen der PatV (§X Abs. 1-3) werden wie folgt kommentiert:

Alle an der zahnärztlichen Versorgung beteiligten Institutionen (KZBV und GKV) sollten ihre Mitglieder beziehungsweise die betroffenen Versicherten über die gesetzlichen Neuregelungen ausreichend informieren. Eine Berichterstattung über die hierbei getroffenen Maßnahmen zur Information der Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie der betroffenen Patienten und gegebenenfalls deren Umfeld gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) wird begrüßt.

§ 3 Untersuchung und Behandlung

DGAZ
Im Hinblick auf die hier vorgeschlagenen Maßnahmen - § 3 Untersuchung und Behandlung, § 4 Erhebung Mundgesundheitsstatus, § 5 Individueller Mundgesundheitsplan sowie § 6 Mundgesundheitsaufklärung ist es zu begrüßen, dass eine chronologische Reihenfolge der Maßnahmen für den Behandler nicht zwingend vorgeschrieben ist. Der Entwurf des GKV-SV mit dem Verweis auf die Paragraphen 4 bis 6 (§ 3 Abs. 1) lässt sinnvollerweise zu, dass das Entfernen harter Zahnbeläge (§ 7) auch vor der eingehenden Untersuchung auf Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten erfolgen kann. Dies ist nach unserer Erfahrung zu unterstützen, da eine regelgerechte Befunderhebung bei Vorhandensein von harten Belägen nur unzureichend erfolgen kann. Die Bestätigung der eingehenden Untersuchung nach § 55 Abs. 1 Satz 3 ff. SGB V ist zu begrüßen. Die Notwendigkeit von zeitnahen Überweisungen (Absatz 2) ergibt sich aus dem Befund und ist sinnvoll. Der Verweis des GKV-SV auf eine Dokumentation nach § 8 und hier die Ausschließlichkeit kann nicht nachvollzogen werden, da sich in dem vorgelegten Beschlussentwurf keine derartige Anlage befindet. Es muss davon ausgegangen werden, dass der zahnärztliche Behandler die erhobenen Befunde in der Patientenakte umfänglich dokumentiert. Wenig schlüssig und daher nicht nachvollziehbar ist demnach die hier unter Punkt 3) seitens des GKV-SV und der PatV vorgeschlagene Dokumentation „Herausnehmbarer Zahnersatz“ und „Behandlungsbedarf“. Unter Punkt 3/4 ist die Einleitung der notwendigen zahnärztlichen Behandlung voranzustellen, Maßnahmen zur Entfernung von Reizfaktoren kann lediglich Teil einer unmittelbaren zahnärztlichen Intervention sein und sollte im Text nachgeordnet aufgeführt sein. Die Durchführung zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen, die aufgrund des Befundes üblicherweise dann erfolgen, kann gegebenenfalls auf Grund des Allgemeinbefundes des Patienten zurzeit oder auch später nicht in dem üblichen Maße erfolgen. Dies ist in ausreichendem Maße in der Patientenakte zu dokumentieren. Eine Überprüfung könnte ergeben, dass nach der Befunderhebung keine Behandlung erfolgte. Welche Konsequenz sollte sich dann daraus ableiten? Unsere Erfahrung zeigt, dass es Situationen gibt, die bei gesunden Patienten eine Behandlung nach sich ziehen würde, bei Pflegebedürftigen, auch unter der ethischen Abwägung des Nichtschadensgebotes, keine Behandlung sinnvoll erscheinen lässt. Dem muss an dieser Stelle Rechnung getragen werden.

§ 4 Erhebung des Mundgesundheitszustandes

DGAZ
Das ursachen- und bedarfsgerechte Ergreifen von Maßnahmen zur Verbesserung der Mundgesundheit oder deren Veranlassung setzt voraus, dass der Zustand der Mundgesundheit (= Status) zum Zeitpunkt der jeweiligen Erhebung reproduzierbar dargestellt wird (Punkt 1). Hierbei handelt es nicht um den Zustand der Mundgesundheit, sondern um die Erhebung des oralen Pflegezustandes, was vielleicht zur sprachlichen Verwirrung führen könnte. Darüber hinaus weist sowohl

die KZBV wie auch die PatV zutreffend darauf hin, dass eine mögliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Zeitablauf zu dokumentieren sei. Hierbei erscheint es uns unerlässlich einen entsprechenden Index einzusetzen, der jedoch in den Unterlagen nicht abgebildet ist.

Unter Punkt 2 fordert sowohl der GKV-SV und - entgegen den Hinweisen unter § 3 Abs. 2 - nun auch die PatV mit Hinweis auf einen entsprechenden Bogen nach § 8 eine ausreichende Dokumentation. Erneut wird unsererseits verwiesen auf eine fehlende Anlage.

Die unter Punkt 3 dargestellte vorgeschlagene halbjährliche Frequenz der unter § 4 geführten Maßnahmen wird als sinnvoll erachtet.

§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan

DGAZ

Ausdrücklich begrüßt wird die Erstellung eines Mundgesundheitsplanes (Punkt 1) und die unter Punkt 2 a-d benannten Inhalte.

Der Mundgesundheitsplan richtet sich sinnvollerweise an den Patienten selbst und/oder sein betruerisches- oder unterstützendes Umfeld und bezieht Informationen des Versicherten oder seines betruerischen Umfelds mit ein.

Zu Punkt 3: Der wiederholte Verweis des GKV-SV und auch der PatV auf einen entsprechenden Vordruck nach § 8 bleibt ohne Kenntnis einer entsprechenden Anlage ohne Kommentierung.

Sichergestellt werden muss jedoch aus unserer Sicht, dass die bei der Erhebung des Mundgesundheitsstatus festgestellten Bedarfe und die entsprechende Übersetzung in einen individuellen Gesundheitsplan ausschließlich adressatengerecht erfolgen kann.

Die unter Punkt 4/5 genannte halbjährliche Frequenz ist entsprechend der Frequenz bei der Erhebung des Mundgesundheitszustandes schlüssig und nachvollziehbar.

§ 6 Mundgesundheitsaufklärung

DGAZ

Die – zwingend erforderliche – Aufklärung über die Erlangung und Erhaltung der Mundgesundheit ist unter den Punkten 1 bis 6 ausführlich und nach unserer Meinung vollumfänglich wiedergegeben. Auch der Hinweis, an wen sich die Aufklärung sinnvoller richten kann und muss ist zu begrüßen, geht es gegebenenfalls nicht nur um den Betroffenen selbst sondern im Sinne einer regelgerechten Umsetzung auch um die Betreuungs- und Unterstützungspersonen.

Die Aufklärung über zahngesunde Ernährung (Punkt 1e PatV) muss im Sinne einer sinnvollen Umsetzung hingegen kritisch betrachtet werden. Erfahrungsgemäß ist neben dem Patienten gegebenenfalls die Betreuung und Pflege sowie die für die Ernährung Verantwortlichen (Küche stationärer Bereich; „Essen auf Rädern“ ambulanter Bereich) in die Aufklärung mit einzubeziehen. Einfluss auf einen gesunden Speiseplan für Küchen außerhalb eines privaten Haushaltes (ambulant Pflegebedürftige) kann nicht von einem Zahnarzt geleistet werden, hier sollte von anderen Stellen an die Verantwortlichen von Großküchen herangegangen werden.

Wir unterstützen den durch die KZBV sowie die PatV benannten zeitlichen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Erhebung Mundgesundheitsstatus und Mundgesundheitsaufklärung (Punkt 6).

§ 7 Entfernung harter Beläge

§ Y Maßnahmen zur Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

DGAZ

GKV-SV und KZBV verweisen auf den grundsätzlichen Anspruch einer Entfernung von **harten** Belägen, Unterschiede ergeben sich bei der Frequenz einer wiederholten Durchführung. Die PatV fordert die Entfernung von **harten** und **weichen** Belägen in einer vom individuellen Bedarf abhängigen Häufigkeit. Darüber hinaus finden sich bei der PatV Forderungen für individualprophylaktische Maßnahmen (Reinigung Zahnzwischenraum; Fissurenversiegelung; antibakterielle Maßnahmen; Fluoridierung).

Grundsätzlich sind die hier durch die PatV vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterstützen, insbesondere auch die Maßnahmen, die zur Verhinderungen von Wurzelkaries beitragen.

Eine Fissurenversiegelung ist auch in Kenntnis der „Leitlinien zur Fissurenversiegelung“ der DGZMK für den durch die DGAZ und seine Mitglieder repräsentierten Patientenkreis nicht sinnvoll. Bei der Fissuren- und Grübchenversiegelung handelt es sich um eine wirksame, zahnflächenspezifische Präventionsmaßnahme bei bleibenden Zähnen, die ihren Nutzen in der Regel im Kindes- und Jugendalter aufweist.

Die Daten der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie zeigen, dass die Mundhygienefähigkeit mit der Zunahme der Einschränkungen im Rahmen der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität abnimmt. Die Folgen können an der Gruppe der 85-Jährigen und Älteren sehr gut und auch einfach gezeigt werden: Als Ausdruck des erschwerten Zusammenwirkens von kognitiven und physischen Leistungen bei der Mundhygiene stellen sich in der Folge eine schlechtere Mundgesundheit mit zunehmender Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit ein, die wiederum zu einem schlechteren Zahnstatus führen, z.B. ist die erhöhte Zahnlosigkeit in der Gruppe der Pflegebedürftigen im Gegensatz zu den Nicht-Pflegebedürftigen zu nennen oder der unterschiedliche Anteil beim zahnfleischbluten (Zahnlosigkeit: 53,7 % versus 26,7 %, Zahnfleischblutung: 64,3% versus 43,7%). Wäre die Mundgesundheit bei den Pflegebedürftigen und den Nicht-Pflegebedürftigen gleich, wäre keine Erhöhung der Frequenz zur Entfernung von weichen und harten Belägen zu fordern. Die Studienergebnisse und die tägliche Erfahrung lehren uns andere Erkenntnisse. Im Zusammenhang mit der Entfernung von harten und weichen Belägen und einer sinnvollen Wiederholung für betagte und hochbetagte Pflegebedürftige sind aus unserer Sicht folgende Ausführungen hilfreich.

In der Mundhöhle befinden sich zahlreiche Bakterienarten. Bestimmte Kokken haben sich darauf spezialisiert, auf der Zahnoberfläche zu wachsen. Sie schaffen sich dort eine organisierte Struktur, die ihren Lebensraum vor mechanischen und chemischen Angriffen schützt, es entsteht ein Zahnbelag (Plaque bzw. Biofilm). Verbleibt die Plaque länger auf den Zähnen – zum Beispiel an Stellen, die nicht oder nur unzureichend mit der Zahnbürste gepflegt werden – lagern sich Mineralien aus dem Speichel ein und verhärten im Laufe der Zeit, es entsteht Zahnstein. Da vor allem Kalziumphosphat als Mineralstoff im Zahnstein vorkommt, spricht man auch von verkalktem Zahnbelag oder einer Verkalkung der Plaque. Auf der rauen Oberfläche des Zahnsteins finden Bakterien ideale Wachstumsbedingungen, es kann eine Zahnfleischentzündung (Gingivitis) und in der Folge eine Parodontitis resultieren.

Die Zahnpflege bei betagten und hochbetagten, häufig multimorbiden Pflegebedürftigen findet häufig nur unzureichend oder gar nicht statt. Die mangelnde Pflege führt also zur gehäuften Bildung von Plaque und in der Folge - durch Mineralisation - zur Bildung von Zahnstein. Wie schnell und ausgeprägt sich Zahnstein entwickelt hängt von einer Vielzahl weiterer Faktoren ab (z.B. Speichelfluss; Mineralgehalt Speichel, pH-Wert der Mundhöhle). In der Fachliteratur finden sich Hinweise auf eine Entwicklungszeit von 10-14 Tagen bei entsprechend viel Plaque.

In Kenntnis dieser Ausführungen besteht bei dem hier betroffenen Kreis der Anspruchsberechtigten ein deutlich erhöhtes Risiko von Plaqueansammlungen und in der Folge die Bildung von Zahnstein.

Grundsätzlich ist nicht nachvollziehbar, warum der GKV-SV sowie die KZBV ausschließlich die Entfernung der harten Beläge aufführt. So wird auch im internationalen Verständnis - anders wie dies im BEMA geprägten Deutschland der Fall sein mag – nicht klar zwischen weichem oder hartem Zahnbelag differenziert.

In der Konsequenz empfiehlt die DGAZ daher dem G-BA eine dem Risiko entsprechend erhöhte Frequenz bei der Entfernung von **weichen** und **harten** Belägen. Das Konzept mit einer jährlichen Entfernung von harten Belägen, so wie es heute schon praktiziert wird, ist offensichtlich nicht ausreichend, was der Gesetzgeber bereits erkannt hat, da er die Entfernung von harten Zahnbelägen aufgenommen hat und damit sicherlich nicht die Beschreibung einer bereits vorhandenen Leistung meinte.

§ 8 Dokumentation und Information

DGAZ

Die DGAZ begrüßt neben der Dokumentation der erhobenen Befunde sowie der getroffenen Maßnahmen die Weitergabe von Informationen über den Mundgesundheitsstatus sowie die notwendigen und individuell abgestimmten Pflegemaßnahmen.

Ist die Dokumentation von Befund und Behandlungsmaßnahmen zwingend Gegenstand des Krankenblatts, ist die Informationsquelle über abgestimmte und verabredete Hygienemaßnahmen in jedem Falle an Patient und/oder das Pflege- und Betreuungsumfeld weiter zu geben.

Unterstützung findet der nachvollziehbare Hinweis der PatV, dass die Information in verständlicher Form weiter gegeben wird, wobei hier fälschlicherweise nur der Patient, nicht aber das Umfeld als Adressat genannt wird.

Zusammenfassende Kommentierung des Richtlinienentwurfes

Die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. (DGAZ) begrüßt die Aufnahme der Regelung nach § 22a in das SGB V durch den Gesetzgeber. Sie bietet die Chance, Patientengruppen, die bislang nicht oder nur unzureichend an einer regelmäßigen zahnärztlichen Versorgung teilnehmen konnten, in eine kontinuierliche Betreuung mit präventivem Ansatz einzubinden.

Zugang zur Leistung

Ein geriatrischer Patient ist betagt, hat mindestens zwei chronische, behandlungsbedürftige Krankheiten und einen hohen Hilfe- und Pflegebedarf. Diese in der Geriatrie gültige Definition lässt Spielraum zu, sodass die Auswahl der Leistungsempfänger nach dem Vorhandensein eines Pflegegrades eine gute Basis für die Leistungsvergabe darstellt. Ältere, die ihren Anspruch auf eine Einstufung in einen Pflegegrad nicht möchten oder keinen Zugang dazu haben, fallen möglicherweise heraus, wobei der Anteil dieser Gruppe erfahrungsgemäß gering sein wird. Überdies bestehen zielgerichtete und sinnvolle Möglichkeiten eine Teilhabe zu erreichen (z.B. Hausarzt; Sozialbetreuung).

Leistungsprofil

Bereits im Jahr 2007 war die DGAZ frühzeitig in die Entwicklung des gemeinsamen A und B-Konzepts der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sowie der KZBV eingebunden. Dieses Konzept wurde unter anderem von Gerostomatologen mit entwickelt, die sich täglich mit den auch künftigen Anspruchsberechtigten zahnmedizinisch aufsuchend dezentral oder in der Praxis auseinandersetzen.

In der fachlichen Fortentwicklung dieses Konzepts war der DGAZ die Formulierung eines gesonderten Leistungskatalogs besonders wichtig, der, ähnlich wie dies bei Kindern und Jugendlichen mit den IP Positionen möglich war, den speziellen Bedürfnissen dieser vulnerablen Patientengruppe gerecht werden sollte. Notwendige zahnärztliche Leistungen für den geriatrischen Patienten sind im aktuellen BEMA Leistungskatalog nicht abgebildet. Daher wurden besondere Positionen zur Prophylaxe (IPAuB 1-IPAuB 6) und auch Leistungen zum Zahnersatz (ZTAuB 1- ZTAuB 2) formuliert.

Auch wenn in dem nun vorliegenden aktuellen Beschlussentwurf die Position „*Entfernung von harten Belägen*“ entsprechend der gesetzlichen Vorgabe aufgenommen ist, findet ein Großteil der durch die DAGZ geforderten, notwendigen Leistungen keine Berücksichtigung. Es ist überaus bedauerlich, dass dieses Konzept zwar die Entfernung von harten Belägen nicht aber die Entfernung von weichen Belägen vorsieht.

Die Frequenz einer wiederholten Entfernung 1x/Kalenderjahr wie durch den GKV-SV formuliert bedeutet keine Weiterentwicklung im Sinne des Gesetzgebers, diesen Anspruch haben aktuell alle gesetzlich Versicherten, unabhängig eines Erkrankungsrisikos.

Über 50% der über 75-Jährigen Pflegebedürftigen sind zahnlos und tragen Prothesen (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie). Hinzu kommen die Teilprothesenträger, so dass rund 77 % der Betagten mit abnehmbarem Zahnersatz versorgt sind. In Kenntnis dieser Fakten ist es keinesfalls nachvollziehbar, dass die prothetische Versorgung nahezu keine Berücksichtigung im Leistungskatalog erhalten soll. Die professionelle Prothesenreinigung (IPAuB 3.2 und die ZT AuB 1) findet genauso wenig Berücksichtigung, wie die gegebenenfalls notwendige, bedarfsgerechte Umarbeitung einer Prothese (ZT AuB 2). Eine Umarbeitung der Prothese jedoch würde die Reinigung und die Ein- und Ausgliederungsfähigkeit des Zahnersatzes für die Pflegebedürftigen und/oder sein Umfeld

ermöglichen.

Die DGAZ sieht die Bemühungen aller beteiligten Gruppen sich für die Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung dieser wachsenden Patientengruppe einzusetzen, wobei aber mit dem jetzigen Richtlinienentwurf gerade seitens des GKV-SV notwendige und wesentliche Punkte vernachlässigt werden.

Sicherstellung der Umsetzung

Die DGAZ begrüßt, dass die Richtlinie nach Befunderhebung und Feststellung des Mundgesundheitsstatus vorsieht, Instruktionen an die Versicherten und/oder die Pflegebeziehungsweise Unterstützungsperson bedarfsgerecht individuell abgegeben werden sollen. Sie möchte jedoch darauf hinweisen, dass heute nicht jeder Zahnarzt ausreichend im Fachgebiet der Seniorenzahnmedizin etabliert ist, um auch pflegebedürftige Menschen zu betreuen. Deshalb ist es notwendig, dass die Zahnärzte geschult werden, geriatrische Patienten mit den sehr heterogenen Krankheitsbildern, in denen die Einschränkungen ihrer Alltagskompetenz begründet sind, zu versorgen. Hierbei geht es nicht nur um zahnmedizinische Aspekte sondern im Vordergrund müssen bei der Schulung die geriatrischen Krankheitsbilder und die Ernährung stehen. Die Zahnärzteschaft sollte nicht nur befähigt sein, die komplexen Anforderungen des Pflegebedürftigen zu erfassen, sondern auch diese mit den Ärzten sowie den Pflegenden mit dem Ziel einer bedarfsgerechten zahnmedizinischen Versorgung zu besprechen. Weiterhin sollte sich die Zahnärzteschaft im Rahmen der angebotenen Schulung ihrer Rolle als Teil des individuellen Ernährungsmanagements (Pflegebedürftiger und Pflegekraft/Angehöriger) bewusst werden.

Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (AG ZMB)

in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. (DGZMK)



Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen
Unterstützungsbedarf (AG ZMB) • Prof. Dr. A. Schulte, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

Prof. Dr. med. dent. Andreas Schulte
1. Vorsitzender der AG ZMB

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

per E-Mail am 18. April 2017 an:

dirk.hollstein@g-ba.de

verena.eustermann@g-ba.de

Abteilung für Behindertenorientierte Zahnmedizin
Zahnklinik der Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Strasse 50
58448 Witten

Telefon +49 (0)2302 - 926 694 / - 926 655

Telefax +49 (0)2302 – 926 681

Email andreas.schulte@uni-wh.de

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen:

Witten, 18.04.2017

Ihr Schreiben vom 22. März 2017 bzgl. Stellungnahmerecht zur Erstfassung einer Richtlinie des GBA über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung (Richtlinie nach § 22a SGB V)

Sehr geehrter Herr Hollstein,

im Namen des Vorstands der AB ZMB bedanke ich mich für Ihr Schreiben vom 22. März 2017, in dem Sie der AG ZMB die Möglichkeit zu einer Stellungnahme zu o.a. Erstfassung einer Richtlinie geben. Der Vorstand hat über diesen Entwurf beraten. Sie finden die Stellungnahme der AG ZMB auf den Seiten 2 bis 16 dieses Schreibens.

Für Rückfragen und weitere Erläuterungen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Andreas Schulte

1. Vorsitzender der AG ZMB

**Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft für Zahnmedizin für Menschen mit
Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (AG ZMB)***

zur

**„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur
Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit
Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)“**

(*nähere Informationen zu den Aufgaben und Zielen der AG ZMB finden sich auf der letzten Seite dieses Schreiben)

Vorbemerkung der AG ZMB

Das Selbstverständnis der AG ZMB basiert auf dem Recht von Menschen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

Im Artikel 25 der UN-Konvention zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen wird gefordert, daß Gesundheitsleistungen anzubieten sind, die von Menschen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden. Dies beinhaltet Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen. Dazu gehört auch der Ausgleich der Benachteiligung hinsichtlich des Erreichens einer guten Mundgesundheit, insbesondere in den unten näher beschriebenen Gruppen. Diese Personen tragen nachweislich ein höheres Karies- und Parodontitisrisiko als die Durchschnittsbevölkerung. In den Staaten, die die UN-Konvention zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung unterzeichnet und ratifiziert haben, wozu seit 2009 auch Deutschland gehört, ist der Gesetzgeber aufgefordert, auch die vorhandenen Nachteile im Bereich Mundgesundheit durch entsprechende Regelungen auszugleichen.

Die AG ZMB setzt sich daher insbesondere für die Mundgesundheitsbelange von Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf ein. Hiervon sind besonders die Personen betroffen, die aufgrund ihrer Behinderung oder Grunderkrankung eine schlechtere Mundgesundheit als die Allgemeinbevölkerung haben.

Im vorgelegten Entwurf zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen wird der Kreis der Menschen mit Behinderung, die Anspruch auf diese Leistungen haben, auf diejenigen eingegrenzt, die Eingliederungshilfe beziehen.

Dieses Kriterium trifft somit nur auf einen Teil der von uns vertretenen Gesamtgruppe von Menschen mit Behinderung in Deutschland zu. Im Jahr 2015 lebten in Deutschland ca. 7,6 Millionen Menschen mit amtlich anerkannter *Schwerbehinderung*

(https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_insg_Altersgruppen.html).

Von diesen beziehen vornehmlich Personen *Eingliederungshilfe*, die körperlich, geistig oder seelisch **wesentlich behindert und finanziell mittellos** sind. Diese Voraussetzungen müssen erfüllt sein, da die Eingliederungshilfe ein Teil der Sozialhilfe ist. Im Jahr 2014 umfasste diese spezielle Gruppe laut Statistischem Bundesamt 860.489 Menschen mit einem Durchschnittsalter von 33,3 Jahren. Aus dieser Gruppe waren jedoch 241.000 Betroffene unter 18 Jahren, die bereits nach SGB V, §21 und §22 Anspruch auf die gesetzlich vorgesehenen zahnmedizinische Gruppen- und Individualprophylaxeleistungen haben.

Damit verbleiben aus der Gruppe der nach Neuregelungen des §22a Anspruchsberechtigten mit Eingliederungshilfe nur ca. 620. 000 Betroffene (2014).

Insbesondere haben Menschen mit geistiger Behinderung (MmGB) oder Mehrfachbehinderung, die einen hohen Anteil der Personen mit Anspruch auf Eingliederungshilfe ausmachen, einen Bedarf an Unterstützung bei der adäquaten Mundhygiene durch Hilfspersonen. MmGB haben nicht nur Entwicklungsverzögerungen, sondern ein begrenztes Konzentrationsvermögen und eine eingeschränkte Gedächtnisleistung. Ihre funktionalen Kapazitäten sind geringer und das Lernen geht langsamer vor sich als bei Menschen ohne geistige Behinderung. Eine gute Mundgesundheit kann bei MmGB nur erlangt und erhalten werden, wenn die Betreuungspersonen bei der Durchführung der Mundhygienemaßnahmen auf breiter Basis und regelmäßig einbezogen werden. Langfristig ist durch die Verbesserung der Mundgesundheit mit einer Verringerung des Behandlungsbedarfs, der durch Karies und parodontale Erkrankungen bedingt ist, zu rechnen. Dies könnte auch den Behandlungsumfang und die Frequenz von Zahnbehandlungen in Narkose nachhaltig senken.

Stellungnahme der AG ZMB zu den einzelnen Paragraphen der Richtlinie:

§ 1 Zweck und Regelungsbereich (Vorlage G-BA):

Diese Richtlinie regelt auf der Grundlage nach § 92 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 22a SGB V Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten.

Die Richtlinie definiert Art und Umfang der folgenden Leistungen:

- die Untersuchung und Behandlung (§ 3),
- die Erhebung des Mundgesundheitsstatus (§ 4),
- den Individuellen Mundgesundheitsplan (§ 5)
- die Mundgesundheitsaufklärung (§ 6) sowie
- die Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7).

Stellungnahme AG ZMB:

In Bezug auf §1 stimmt die AG ZMB dieser Vorlage ohne Änderungsvorschläge zu.

§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung (Vorlage G-BA):

(1) Ziel der Richtlinie ist es, eine regelmäßige und bedarfsgerechte vertragszahnärztliche Versorgung der Versicherten gemäß § 1 Satz 1 zu gewährleisten. Die insoweit zu verfolgenden Versorgungsziele sind insbesondere:

- Erhalt und Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (unter anderem Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen, soziale Teilhabe),
- Regelmäßige Untersuchungen zum frühzeitigen Erkennen von Erkrankungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs, ggf. auch in Verbindung mit dem Nachweis der eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne gemäß § 55 Abs.1 Satz 4 SGB V
- Zeitnahe, den Lebensumständen des oder der Versicherten Rechnung tragende Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung
- Vermittlung von geeigneten Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit gegenüber der Patientin oder dem Patienten und gegebenenfalls der Pflege- oder Unterstützungspersonen

(2) Bedarfsorientiert führt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt konsiliarische Erörterungen mit Ärzten und Zahnärzten durch; beispielsweise soll dem Krankheitsbild der Xerostomie durch Hinweise auf eine Prüfung und ggf. Änderung einer möglicherweise Mundtrockenheit bewirkenden Medikation entgegengewirkt werden.

(3) Der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt wird empfohlen, regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen, die sich an den Versorgungszielen nach Absatz 1 und den speziellen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen orientieren.

GKV-SV; KZBV	PatV
	§ X Information der Versicherten (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gewährleisten, dass alle Zahnärzte über die Leistungen dieser Richtlinie informiert sind und bieten Informationsmaterial für Patientinnen und Patienten in geeigneter Form an. Darüber hinaus informieren sie die Öffentlichkeit über Zahnarztpraxen, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung, altersbedingten Einschränkungen und Pflegebedürftige eingestellt haben. (2) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, insbesondere die Anspruchsberechtigten nach § 1, in geeigneter Form über die Leistungen

	dieser Richtlinie. (3) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband berichten in regelmäßigen Abständen (mindestens alle 2 Jahre) dem Gemeinsamen Bundesausschuss über die nach Absatz 1 und 2 durchgeführten Maßnahmen.
--	--

Stellungnahme AG ZMB:

- a) Dem Vorschlag und den Formulierungen in § 2 (1) wird zugestimmt.
- b) **Dem Vorschlag und den Formulierungen in §2 (2) wird eingeschränkt zugestimmt. Der Begriff Xerostomie sollte durch den Terminus „Mundtrockenheit“ ersetzt werden. Begründung: Wissenschaftlich bedeutet Xerostomie die vom Patienten subjektiv empfundene Mundtrockenheit. Die anhand der Speichelfließraten messbare Mundtrockenheit wird als Hyposalivation bezeichnet. Ca. 40% der Patienten, die über Xerostomie klagen, haben keine Hyposalivation. Leider ist der diesbezügliche Sprachgebrauch in der klinischen Zahnmedizin sehr ungenau.**
- c) Dem Vorschlag und den Formulierungen in § 2 (3) wird zugestimmt.
- d) In Bezug auf § 2 (3) wird dem Vorschlag und den Formulierungen „(3) Der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt wird empfohlen, regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen, die sich an den Versorgungszielen nach Absatz 1 und den speziellen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen orientieren.“ zugestimmt. **Dem Vorschlag der PatV zur zusätzlichen Information der Versicherten wird nicht gefolgt.**

§ 3 Untersuchung und Behandlung (Vorlage G-BA):

(1) Der Durchführung der Maßnahmen nach

GKV-SV	KZBV; PatV (als § 4)
§ 4 bis § 6	den §§ 4 bis 7

soll die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vorangegangen sein; die zahnärztliche Untersuchung wird im Hinblick auf die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 Satz 3 ff. SGB V bestätigt (Bonusheft).

(2) Zur weiteren Abklärung von festgestellten Befunden erfolgt gegebenenfalls eine entsprechende Empfehlung/Überweisung.

GKV-SV; PatV	KZBV
(3) Herausnehmbarer Zahnersatz sowie Behandlungsbedarf werden im Vordruck nach § 8 dokumentiert.	

(3/4) An den Zähnen und am Zahnersatz sollen nach Möglichkeit alle natürlichen bzw. iatrogenen Reizfaktoren beseitigt werden. Behandlungsbedürftige zahnärztliche Befunde sollen zeitnah behandelt oder die Behandlung eingeleitet werden; hierzu erfolgt gegebenenfalls eine Empfehlung/Überweisung. Die Durchführung von empfohlenen oder eingeleiteten Behandlungen wird bei der nächsten eingehenden Untersuchung

GKV-SV; KZBV	PatV
festgestellt.	überprüft.

Stellungnahme AG ZMB:

- a) In Bezug auf §3 (1) befürwortet die AG ZMB den Vorschlag der KZBV und PatV, der besagt, dass der Durchführung der Maßnahmen nach den §§ 4 bis 7 die eingehende Untersuchung... folgen soll.
- b) In Bezug auf §3 (3) befürwortet die AG ZMB den Vorschlag der KZBV. Es soll keine Dokumentation auf einem Vordruck nach §8 erfolgen. Die Dokumentation soll vielmehr auf einem Formblatt erfolgen, das jedoch *nicht Bestandteil dieser Richtlinie* ist.
- c) In Bezug auf §3 (3/4) befürwortet die AG ZMB die Formulierung „...festgestellt“, wie sie von GKV-SV und KZBV vorgeschlagen wird.

§ 4 Erhebung des Mundgesundheitsstatus (Vorlage G-BA):

(1) Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute sowie des Zahnersatzes.

GKV-SV	KZBV; PatV
	Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus ermöglicht es, die jeweils erforderlichen Maßnahmen ursachen- und -bedarfsgerecht zu ergreifen oder zu veranlassen und Veränderungen des Mundgesundheitsstatus im Zeitablauf zu dokumentieren.

(2) Die bei der Erhebung festgestellten Befunde sind durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt

GKV-SV; PatV	KZBV
auf dem Vordruck nach § 8	

zu dokumentieren.

GKV-SV	KZBV; PatV
	Die Dokumentation ist Bestandteil der Krankenblattunterlagen..

(3) Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr.

Stellungnahme AG ZMB:

- a) **in Bezug auf §4 (1) befürwortet die AG ZMB den Vorschlag der KZBV und der PatV.**
- b) **in Bezug auf §4 (2) befürwortet die AG ZMB den Vorschlag der KZBV. Die Dokumentation soll Bestandteil der Krankenblattunterlagen sein. Es soll keinen Vordruck nach §8 geben.**
- c) **In Bezug auf §4 (3) befürwortet die AG ZMB den gemeinsamen Vorschlag der drei Gruppen.**

§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan (Vorlage G-BA):

(1) Auf Grundlage des Mundgesundheitsstatus nach § 4 erstellt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt einen individuellen Mundgesundheitsplan. Angaben der Versicherten oder des Versicherten und ggf. der Pflege oder Unterstützungspersonen werden bei der Erstellung des Plans berücksichtigt.

(2) Der individuelle Mundgesundheitsplan umfasst insbesondere die Angabe

- a) der empfohlenen, von der Versicherten oder dem Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen anzuwendenden Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit einschließlich der täglichen Mund- und/oder Prothesenhygiene, der Fluoridanwendung, des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke sowie der Verhinderung bzw. Linderung von Xerostomie.
- b) der empfohlenen Durchführungs- bzw. Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel.
- c) ob die Maßnahmen von der Versicherten oder dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind.
- d) zur Notwendigkeit von Rücksprachen mit weiteren an der Behandlung Beteiligten sowie zum vorgesehenen Ort der Behandlung.

GKV-SV; PatV	KZBV
(3) Der individuelle Mundgesundheitsplan wird im Vordruck nach § 8 dokumentiert.	

(3/4) Die Umsetzung der Maßnahmen nach Absatz 2 wird durch die nächste Erhebung des Mundgesundheitsstatus überprüft. Auf Grundlage der Überprüfung wird der individuelle Mundgesundheitsplan ggf. angepasst.

(4/5) Die Erstellung bzw. Anpassung des individuellen Mundgesundheitsplans erfolgt im Zusammenhang mit der Erhebung des Mundgesundheitsstatus einmal im Kalenderhalbjahr.

Stellungnahme AG ZMB:

- a) In Bezug auf §5 (1) befürwortet die AG ZMB den gemeinsamen Vorschlag der drei Gruppen.
- b) In Bezug auf §5 (2) schlägt die AG ZMB folgende Ergänzung vor: „Die Angaben für den Mundgesundheitsplan sind in den Krankenblattunterlagen zu dokumentieren. Das Wort „Xerostomie“ soll durch „Mundtrockenheit“ ersetzt werden. Dies wurde bereits in einem Kommentar zu §2 (2) begründet.“
- c) In Bezug auf §5 (3) folgt die AG ZMB dem Vorschlag von GKV-SV und PatV nicht. Es soll keinen Vordruck nach §8 geben.
- d) In Bezug auf §5 (3/4) und §5 (4/5) befürwortet die AG ZMB den gemeinsamen Vorschlag der drei Gruppen.

§ 6 Mundgesundheitsaufklärung (Vorlage G-BA):

(1) Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst die folgenden Leistungen:

- a) Aufklärung über die Inhalte nach § 5 Absatz 2 a) bis d).
- b) Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Reinigung der Zähne und des festsitzenden Zahnersatzes, des Zahnfleisches sowie der Mundschleimhaut.
- c) Demonstration und ggf. praktische Unterweisung zur Prothesenreinigung und zur Handhabung des herausnehmbaren Zahnersatzes.
- d) Erläuterung des Nutzens der Maßnahmen nach lit a bis e, Anregen und Ermutigen der Versicherten oder des Versicherte sowie deren Pflege-/Unterstützungspersonen, die jeweils empfohlenen Maßnahmen durchzuführen und in den Alltag zu integrieren.

GKV-SV; KZBV	PatV
	e) Aufklärung über zahngesunde Ernährung

(2) Bei der Mundgesundheitsaufklärung sind die Lebensumstände der Versicherten oder des Versicherten zu erfragen sowie deren individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen angemessen zu berücksichtigen. Sofern die Versicherte oder der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im jeweils erforderlichen Umfang in die Aufklärung einzubeziehen.

(3) Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für die Versicherte oder den Versicherten sowie ggf. für die Pflege- oder Unterstützungspersonen verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise.

GKV-SV, KZBV	PatV
	Die Zahnärztin oder der Zahnarzt händigt der Versicherten oder dem Versicherten und/oder deren Pflege-/Betreuungsperson geeignete schriftliche Informationsmaterialien zur Unterstützung der Mundgesundheitsaufklärung aus.

(4) Soweit der Versicherten oder dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind diese Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf die Pflege- und Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflege- und Unterstützungspersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit der Versicherten oder dem Versicherten zu geben.

(5) Die Mundgesundheitsaufklärung, auch wenn sie sich an Pflege- oder Unterstützungspersonen richtet, erfüllt die Voraussetzungen für die Behandlung von Parodontopathien im Hinblick auf die Anleitung des Versicherten oder der Versicherten und deren oder dessen Information über bestehende Mitwirkungspflichten.

(6) Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr und soll in engem zeitlichen Zusammenhang nach der Erhebung des Mundgesundheitsstatus sowie in engem zeitlichen Zusammenhang

GKV-SV	KZBV; PatV
nach	mit

der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans erbracht werden.

Stellungnahme AG ZMB:

- a) In Bezug auf §6 (1 a-d) stimmt die AG ZMB der Vorlage zu.
Die AG ZMB schließt sich außerdem dem Vorschlag der PatV an, einen §6 (1 e) einzufügen. Die AG ZMB ist der Meinung, dass die regelmäßige Aufklärung über zahngesunde Ernährung von großer Bedeutung für die Förderung der Zahn-Mundgesundheit der Zielgruppe ist.
- b) In Bezug auf § 6 (2) stimmt die AG ZMB der Vorlage zu.
- c) In Bezug auf §6 (3) stimmt die AG ZMB der gemeinsamen Formulierung der 3 Gruppen zu, aber nicht dem Vorschlag der PatV, diesen Abschnitt zu erweitern.
- d) In Bezug auf § 6 (4 bis 5) stimmt die AG ZMB der Vorlage zu.
- e) In Bezug auf § 6 (6) folgt die AG ZMB dem Vorschlag der KZBV und PatV .Es soll heißen „...“mit“ der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans erbracht werden“

§7 (Vorlage G-BA):

GKV-SV; KZBV		PatV
§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge Versicherte gemäß § 1 Satz 1 haben Anspruch auf eine Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge. Die Entfernung harter Zahnbeläge erfolgt einmal im		§ Y Maßnahmen zur Verhütung von Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen (1) Versicherte nach § 1 Abs. 1 haben im Rahmen der Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen Anspruch auf eine bedarfsgerechte gründliche Beseitigung der harten und weichen Zahnbeläge. Bei Hygienedefiziten kommt die praktische Übung von Hygienetechniken einschließlich der Reinigung der Interdentalräume hinzu. Die Entfernung der Zahnbeläge erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr, bei Bedarf auch häufiger. (2) Sofern angezeigt, ist die Versiegelung kariesfreier Fissuren und Grübchen der Prämolaren oder Molaren vorzunehmen. (3) Die Vertragszahnärztin/ der Vertragszahnarzt ergreift geeignete, risikoadjustierte Maßnahmen zur Verhütung von Wurzelkaries. Dies schließt den Einsatz von Chemotherapeutika, insbesondere Fluoridierung und CHX-Lack mit ein.
GKV-SV	KZBV	
Kalenderjahr	Kalenderhalbjahr	

Stellungnahme AG ZMB:

In Bezug auf §7 (1) folgt die AG ZMB dem Vorschlag der PatV insoweit, dass „...Versicherte nach § 1 Abs. 1 im Rahmen der Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen Anspruch haben auf eine bedarfsgerechte gründliche Beseitigung der harten Zahnbeläge. Bei Hygienedefiziten kommt die praktische Übung von Hygienetechniken einschließlich der Reinigung der Interdentalräume hinzu. Die Entfernung der Zahnbeläge erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr, bei Bedarf auch häufiger.

Begründung: Zahlreiche Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung schlucken seltener als Menschen ohne Behinderung ihren Speichel ab. Der Speichel verbleibt daher lange in der Mundhöhle wodurch die Bildung von Zahnstein begünstigt wird. Darüber hinaus ist häufig auch die Kautätigkeit eingeschränkt und Nahrungsreste verbleiben in der Mundhöhle. Nur wenige erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung wurden kieferorthopädisch behandelt. Zahnengstände, insbesondere in der Unterkieferfront, werden bei sehr vielen

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung beobachtet. Diese Engstände sind schwer zu reinigen und bieten Retentionsnischen für die Bildung von Zahnstein. Die häusliche Zahnpflege kann meist nur unzureichend durchgeführt werden. Eine mehrmalige, d.h. bis zu 4mal jährliche Entfernung von harten Belägen ist daher notwendig.

Die AG ZMB ist sich bewusst, dass die Formulierung für den im Rahmen des Versorgungstärkungsgesetzes beschlossenen § 22a lautet, dass die Leistungen auch „....die Entfernung harter Zahnbeläge“ umfassen.“ Insofern sieht die AG ZMB es zunächst als primäre Aufgabe an, für die dementsprechende Fassung der Richtlinie die Frequenz der Entfernung der harten Beläge festzulegen.

Aus fachlicher Sicht ist darüber hinaus für die Zielgruppe aber auch die Entfernung der weichen Beläge notwendig und sinnvoll und sollte deshalb in einem nächsten Schritt berücksichtigt werden.

In Bezug auf §7 (2) und (3) folgt die AG ZMB dem Vorschlag der PatV *nicht*. Auch wenn die vorgeschlagenen Regelungen sinnvoll sind, sollen sie derzeit aber nicht Bestandteil der Richtlinie sein und in einem nächsten Schritt berücksichtigt werden.

§ 8 (Vorlage GBA):

GKV-SV; PatV		KZBV
§ 8 Dokumentation und Information		
(1) Die Dokumentation erfolgt ausschließlich auf dem vereinbarten Vordruck.		
GKV-SV	PatV	
	und ist patienten- verständlich zu fassen.	
(2) Der Vordruck enthält die folgenden Angaben: – Name und Vorname der oder des Versicherten – Einzeichnen des herausnehmbaren Zahnersatzes in ein Zahnschema – Behandlungsbedarf – Pflegezustand der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute		

Stellungnahme AG ZMB:

In Bezug auf § 8 spricht sich die AG ZMB dafür aus, dass es keinen Vordruck zur Dokumentation als Bestandteil dieser Richtlinie geben soll.

§ 8 / § 9 Berichterstattung (Vorlage G-BA):

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen berichten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung jährlich bis zum Ende des zweiten Quartals des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres

GKV-SV	KZBV
	anhand der ihr vorliegenden Abrechnungsdaten

über das Versorgungsgeschehen im Berichtsjahr.

GKV-SV; PatV	KZBV				
Dabei sind für die Versicherten nach § 1 die Anzahl der erbrachten Leistungen nach § 22a SGB V und nach § 87 Abs. 2i und 2j SGB V sowie die Anzahl der konsiliarischen Erörterungen darzustellen sowie anzugeben, wie viele Versicherte die jeweiligen Leistungen in Anspruch genommen haben.					
<table> <tr> <th>GKV-SV</th><th>PatV</th></tr> <tr> <td></td><td>Außerdem berichtet die KZBV über die Anzahl der Vertragszahnärzte, die Maßnahmen nach dieser Richtlinie durchgeführt haben sowie die Anzahl der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen der Kassenzahn-ärztlichen Vereinigungen und der Zahnärztekammern sowie Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</td></tr> </table>	GKV-SV	PatV		Außerdem berichtet die KZBV über die Anzahl der Vertragszahnärzte, die Maßnahmen nach dieser Richtlinie durchgeführt haben sowie die Anzahl der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen der Kassenzahn-ärztlichen Vereinigungen und der Zahnärztekammern sowie Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.	
GKV-SV	PatV				
	Außerdem berichtet die KZBV über die Anzahl der Vertragszahnärzte, die Maßnahmen nach dieser Richtlinie durchgeführt haben sowie die Anzahl der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen der Kassenzahn-ärztlichen Vereinigungen und der Zahnärztekammern sowie Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.				

(2) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf der Grundlage der Berichte nach Absatz 1 jährlich bis zum Ende des dritten Quartals des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres über die bundesweiten Ergebnisse.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss wertet im Abstand von jeweils drei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie die Berichte nach Absatz 2 aus und berät über Konsequenzen, ggf. auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen.“

Stellungnahme AG ZMB:

- a) In Bezug auf §8 / § 9 (1) folgt die AG ZMB den Vorschlägen der KZBV zur Berichterstattung.
Die AG ZMB schließt sich den Vorschlägen der GKV-SV und der PatSV nicht an.
- b) In Bezug auf §8 / § 9 (2) und (3) schließt sich die AG ZMB dem gemeinsam von den drei Gruppen vorgeschlagenen Text an.

Witten, den 18. April 2017



Prof. Dr. Andreas Schulte

1. Vorsitzender der AG ZMB

***Informationen zu Aufgaben und Zielen der AG ZMB**

Die Arbeitsgemeinschaft für Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (AG ZMB) gehört als wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. (DGZMK) an. Ihre Mitglieder setzen sich aus verschiedensten Disziplinen der Zahnmedizin zusammen. Die AG ZMB ist darüber hinaus mit medizinischen Fachgesellschaften sowie Organisationen, die sich für die Belange von Menschen mit Behinderung einsetzen, gut vernetzt. Zudem repräsentiert sie in Deutschland die „International Association for Disability and Oral Health (iADH)“, eine wissenschaftliche Gesellschaft, die sich weltweit für die Mundgesundheit von Menschen mit Behinderung oder besonderem zahnmedizinischen Behandlungsbedarf einsetzt. International wird diese Disziplin als „Special Care Dentistry“ bezeichnet.

Ziel und Aufgabe der AG ZMB ist es, die zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung sowie von Menschen mit besonderem Unterstützungs- und Behandlungsbedarf im Sinne der „Special Care Dentistry“ in Wissenschaft und Forschung sowie im klinischen Alltag zu fördern. Weiterhin ist es ihre erklärte Aufgabe, das Verantwortungsbewusstsein der Zahnärzteschaft für die besonderen Belange dieser Patientengruppe zu schärfen und eine Plattform für den Austausch neuer Erkenntnisse für die Zahnärzteschaft zu bieten. Damit soll eine adäquate zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf erreicht werden. Ziel der AG ZMB ist es, zusammen mit der Zahnärzteschaft und den anderen o.a. Fachgesellschaften und Organisationen ein hohes Niveau in Bezug auf die Mundgesundheit von Menschen mit Behinderung zu erreichen. Die Stärkung der Prävention ist dabei Voraussetzung und steht daher im besonderen Focus der AG ZMB.

Mündliche Anhörung

gemäß 5. Kapitel § 19 Abs. 2 Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Erstfassung einer Richtlinie über Maßnahmen zur
Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 12. Mai 2017
von 11.42 Uhr bis 13.05 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer der **Bundeszahnärztekammer (BZÄK)**:

Herr Prof. Dr. Oesterreich

Herr Tschoepe

Angemeldete Teilnehmerin des **AWO Bundesverbandes**:

Frau Schuh

Angemeldete Teilnehmerin des **Deutschen Caritasverbandes**:

Frau Dr. Fix

Angemeldete Teilnehmerin der **Deutschen Gesellschaft für AlterszahnMedizin**:

Frau Prof. Dr. Nitschke

Angemeldeter Teilnehmer der **AG Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung**:

Herr Prof. Dr. Schulte

Beginn der Anhörung: 11.42 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Meine Damen und Herren, ich darf Sie zu unserer Anhörung herzlich begrüßen. Ich will es einmal verkürzen und nicht den ganzen Gesetzestext herunterbeten, sondern nur die Richtlinie nach § 22a aufrufen.

Ich freue mich, dass Sie es sich nicht haben nehmen lassen, neben einer schriftlichen Stellungnahme uns hier auch insgesamt noch Rede und Antwort zu stehen. Ich habe hier eine Liste, und ich bitte darum, dass ich sie jetzt ganz einfach von links nach rechts abzuarbeiten versuchen darf, ohne dabei die Damen „zu bevorzugen“; das ist nicht dem Komment gemäß, ich weiß es, aber ich bitte da um Verständnis.

Ich habe auf meiner Rednerliste als Allerersten Herrn Oesterreich – ja, wunderbar; er ist bekannt – und Herrn Tschoepe. Als Doppelspitze ist die Bundeszahnärztekammer gekommen. – Ich muss dazu sagen, Herr Oesterreich, wir haben uns in unseren Unterausschüssen angewöhnt, uns nicht mit Titeln anzusprechen, weil das die Sache um eine halbe Stunde verlängerte. Wenn Sie allerdings darauf Wert legen, dann werde ich das natürlich tun. Ich weiß, dass diese Titel beliebte Vornamen sind, aber nach der nun ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes nicht zum Namen gehören. – Danke schön für diese Bereitschaft. Nachdem ich das Herrn Oesterreich gefragt habe, bitte ich gleich um Ihr Einverständnis, dass ich nicht jeden Einzelnen von Ihnen frage; vielmehr habe ich aus Ihren Reaktionen Generalbereitschaft insoweit entnommen, zumindest für eine halbe bis eine Stunde auf diesen Titel zu verzichten.

Als Nächstes habe ich auf meiner Liste für den AWO Bundesverband Frau Schuh – jawohl, wunderbar. Ich habe dann als Nächstes den Deutschen Caritasverband, Frau Fix, die Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin, Frau Nitschke – jawohl – und dann als Nächstes für die AG Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder speziellem medizinischem Handlungsbedarf Herrn Schulte. – Prima, wunderbar. Herzlichen Dank, dass Sie alle hergekommen sind.

Bevor wir in die eigentliche Anhörung eintreten, noch ein paar organisatorische Hinweise von meiner Seite. Als Allererstes sitzen Ihnen eine ganze Reihe von Damen und Herren gegenüber. Ich gehe jetzt einmal davon aus, dass ich sie nicht alle namentlich vorstellen muss, weil ich weiterhin davon ausgehe, dass die Kurve des Vergessens doch so ist, dass dann, wenn ich einmal rund wäre, der eine oder andere Name bereits vergessen wäre.

Hier zu meiner Rechten, zu Ihrer Linken, sitzt die Patientenvertretung. Weiterhin ist dies die Bank der Gesetzlichen Krankenversicherung, die GKV-Bank; hier sitzt quasi die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses, und zu meiner Linken sitzt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

Ich habe zwei Damen insoweit nicht übersehen; aber wie beim Besinnungsaufsatz kommt der Höhepunkt zum Schluss: Zwei Damen sitzen hier, die Ihre Worte für die Ewigkeit festhalten. Das heißt, es wird ein Wortprotokoll erstellt, und Sie werden Ihre Worte quasi in Ewigkeit nachlesen können. Es wird also alles, was hier gesagt wird, aufgenommen und dann verschriftlicht. An „aufgenommen“ schließt sich das nächste Stichwort an: Vor Ihnen liegt ein Mikrofon. Damit das dann für die Ewigkeit auch ordnungsgemäß festgehalten werden kann, bitte ich Sie, jeweils das Mikrofon zu benutzen und bei jeder Wortmeldung dann auch noch einmal Ihren Namen zu sagen, damit die Damen, die ja ihren Kopf meistens unten haben, dies auch ordnungsgemäß so tun können.

Dann darf ich oder muss ich Ihnen noch unsere Vorgaben zur Anhörung vorlesen; denn ich gehe einmal davon aus, dass die Verfahrensordnung des G-BA nicht jeden Tag Ihr Leben bestimmt. Deswegen darf

ich das noch einmal vorlesen. Was ist das Wesen der mündlichen Anhörung? Da gibt es in unserer Verfahrensordnung einen Paragraphen, der „Vorgaben zur Durchführung der Anhörung“ heißt. Laut Verfahrensordnung – bitte ersparen Sie es selbst mir als Juristen, dass ich jetzt die Paragraphen nenne – dient die mündliche Stellungnahme in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse, die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahren ergeben haben, einzubringen.

Das heißt also: Gehen Sie davon aus, dass wir alle Ihre Stellungnahmen gelesen und sie bereits gewogen und bewogen haben. Das heißt, wir kennen sie. Ich weiß aber ganz genau, dass zwischen dem Zeitpunkt der Abgabe der schriftlichen Stellungnahme und heute, der mündlichen Anhörung, die Welt meistens nicht neu erfunden wird. Das heißt also, neuere Erkenntnisse gibt es eher in homöopathischen Dosen denn wirklich in einer großen Zahl. Deswegen will ich Sie nicht daran hindern, uns bei Ihren Eingangsstatements noch einmal die Höhepunkt Ihrer Stellungnahme nahezubringen, aber legen Sie bitte nur die Höhepunkte dar, nicht von „Sehr geehrte Damen und Herren“ bis zur Seite 27 „Mit freundlichen Grüßen“.

Jetzt kommt die Frage, deren Beantwortung immer zumindest 20 Sekunden dauert: Wer möchte als Erster? – Ich könnte von links nach rechts, so wie namentlich aufgefordert, vorgehen; aber wenn Sie eine andere Reihenfolge wünschen, dann werde ich dem entsprechen. – Ja, sind Sie damit einverstanden? – Dann habe ich als Allererstes die Bundeszahnärztekammer. – Herr Oesterreich, Sie haben das Wort.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Ja, herzlichen Dank, Herr Vorsitzender, für die Begrüßung. Ich freue mich, dass wir hier Stellung nehmen können. Ich will also auch nicht die detaillierten Höhepunkte unserer schriftlichen Stellungnahme noch einmal vortragen. Ich denke, das erübrigt sich.

Aus unserer Sicht liegt der Kumulationspunkt bei § 7, bei dem Thema „Entfernung harter Zahnbeläge“ und vielleicht auch noch in Ergänzung zu unserer Stellungnahme und ebenfalls in der Wahrnehmung darin, dass Sie anhand der Daten der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie noch einmal darüber aufklären, dass das Thema der Pflegebedürftigen besondere Bedeutung hat. Darauf beziehe ich mich jetzt in erster Linie; aber viele Parallelen sind dabei auch für Menschen mit Behinderung gültig. Aber dazu werden die Experten noch Stellung nehmen.

Das heißt, dass wir gerade in dieser Patientengruppe, die wir untersucht haben, deutlich mehr Karies haben, deutlich mehr Zahnfleischbluten, also Erkrankungen des Zahnbettes, deutlich mehr Zahnverlust, deutlich weniger Zahnarztbesuche und einen erhöhten Mundhygienebedarf festgestellt haben. Das mögen keine Neuigkeiten sein; aber das sind valide Daten, die letztendlich die Mundgesundheits-situation dieser Patientengruppe betreffen. Wir wissen aus den Studien, dass letztendlich die wesentlichen Erkrankungen der Mundhöhle plaqueassoziierter Belag und damit assoziierte Erkrankungen sind, und wir wissen auch aus der Situation, dass also das Thema Mundhygiene – ich habe es adressiert – im Umfeld dieser Patienten sicherlich – ich darf es hier ganz vorsichtigen sagen – aus objektiven Gründen nicht immer im Zentrum der Pflege durch Angehörige oder Pflegekräfte steht. Vor diesem Hintergrund argumentiere ich ein wenig aus dem Versorgungsalltag eines Zahnarztes, der das täglich bei seinen Patienten sieht und es also auch bei den Hausbesuchen und in den Pflegeeinrichtungen sieht.

Wenn Sie Plaque und Zahnstein anschauen und wir dort eine Begrenzung oder unter Umständen sogar eine Gleichstellung bei dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe letztendlich herbeiziehen, wird gesagt, dass in diesem Fall die Entfernung von Zahnstein nur ein- oder zweimal im Jahr möglich ist. Wir sind dafür – dafür haben wir uns deutlich ausgesprochen –, dass die im individuellen Patientenfall – wir können das auch ausführlicher begründen, aber das werden auch meine Mitstreiter hier am Tisch noch

tun – notwendige Belagentfernung, die Zahnsteinentfernung, hier wirklich adressiert wird. Das heißt, dass es keine Begrenzung in dem Sinne gibt, dass bis zu vier Zahnsteinentfernungen im Jahr notwendig sind. Darauf möchte ich noch einmal besonders Wert legen, weil es gerade bei dieser Patientengruppe auch die Kompliziertheit der Erbringung der Leistung, die komplexe Situation, der individuelle Bezug auf den Patienten eben schon per se eine Herausforderung ist.

Einen Punkt will ich vielleicht noch einmal aufgreifen, und dann bin ich auch fertig, Herr Vorsitzender, und stehe für Fragen zur Verfügung. Ich will Ihre Zeit auch nicht strapazieren, dass wir uns bei allen Entscheidungen – –

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Der G-BA hat ganztägig geöffnet.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Schönen Dank für Ihre Zeit. – Auf ein Thema will ich vielleicht aus Sicht des Versorgungsalltages und auch aus Sicht der Versorgungsforschung einmal aufmerksam machen: Essenziell sind alle Entscheidungen, die hier in den Richtlinien im G-BA getroffen sind, darauf gerichtet, dass sich im Versorgungsalltag, also vor Ort, zwischen Patient und Zahnarzt, letztendlich ein Anreizsystem bildet. Man muss einerseits sagen, es muss sich an der individuellen Patientensituation, den Patientenerwartungen, der Patientenpräferenz orientieren; andererseits muss es aber auch dazu führen, dass die Anreizsysteme für Arzt und Zahnarzt installiert werden. Wenn der Zahnarzt aufgrund zusätzlicher Bürokratie, durch entsprechende Dokumentationsverpflichtungen etc. pp. daran gehindert wird, dies als Anreiz zu empfinden, sondern es eher als Belastung wahrnimmt, dann freue ich mich auf die Studie, die letztendlich diese Dinge dokumentiert. Das lässt sich auch machen. Es zeigt sich letztendlich also auch, dass durch Forschungsergebnisse dazu beigetragen werden kann, dass immer wieder der Blick in die letzte Meile gelegt wird und dass jegliche Bürokratie nicht zu Anreizsystemen führt. Das gilt natürlich auch für Aspekte der Fortbildung und der Fortbildungsdokumentation. – So viel von meiner Seite; das wollte ich noch einmal vertiefen. – Schönen Dank für die Zeit.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Oesterreich. Sie sind als Doppelspitze gekommen, das heißt, es wird auch zwiefach geredet. – Herr Tschoepe?

Herr Tschoepe: Nein.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wunderbar. – Ich schlage vor, wir machen als Eingangsstatement einmal eine volle Runde durch, und dann kommen die Fragen. Falls Sie nicht anderer Meinung sind, kann so verfahren werden. – Ja, dann bitte Frau Schuh vom AWO Bundesverband.

Frau Schuh (AWO): Im Namen meiner Kolleginnen und Kollegen möchte ich mich herzlich für die Möglichkeit der Stellungnahme und auch für die Einladung zur Anhörung bedanken. Wir haben unsere Stellungnahme ganz kurz und knapp gehalten und uns auf die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, der UN-BRK, konzentriert. Die Begründung für die Stellungnahme war auch, dass die Teilhabe an Gesundheitsleistungen aus unserer Sicht eigentlich der elementaren Daseinsvorsorge zuzuordnen wäre, was ja so gar nicht ist. Allerdings wissen wir alle – Herr Oesterreich hat es gerade schon ausgeführt –, wie schwierig die Zugänge dazu und Teilhabechancen daran aus diversen Gründen für Menschen mit Behinderung, aber auch für ältere, pflegebedürftige Menschen sind.

Wir begrüßen die Richtlinie nach § 22a – das haben wir auch gesagt –, vermissen jedoch die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in deren Benennung. Daher haben wir uns einerseits auf die Weiterbildung der Angehörigen der entsprechenden Berufsgruppen konzentriert, um die Belange für Menschen mit Behinderungen besonders zu berücksichtigen; andererseits wäre unseres Erachtens

aber auch das Thema Barrierefreiheit von Zahnarztpraxen ebenso wie das der Erreichbarkeit und Auffindbarkeit von Zahnarztpraxen in dieser Richtlinie zu verankern. Das ist vielleicht noch ein Novum; denn in der Stellungnahme haben wir uns auf die Barrierefreiheit von Praxen konzentriert und nicht auf die Auffindbarkeit und auch Erreichbarkeit. Dies gilt ebenso für die Kommunikation: Wie erreiche ich die Praxis? Welche Hilfsmittel gibt es dazu auch vor Ort?

In diesem Zusammenhang möchte ich auch noch einmal auf den Zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung verweisen, der ja auch noch einmal ausdrücklich darlegt, dass 80 % aller Praxen gar nicht oder nur eingeschränkt zugänglich sind. Folgendes zu sagen, ist für uns auch noch einmal jenseits der Daten, die wir hierzu genannt haben, wichtig gewesen: Hier besteht akuter Handlungsbedarf. Wir wissen, in den letzten Jahren ist vielfach einiges passiert, viele Ärztinnen und Ärzte haben sich auf den Weg gemacht und haben auch ungeachtet aller Unsicherheiten, die in der Definition der Barrierefreiheit durch die unterschiedlichen DIN-Normen liegen, einiges unternommen.

Nichtsdestotrotz gibt es studienbasierte Daten, die besagen: Der Zugang zu den Praxen und auch der Zugang zu den Gesundheitsleistungen sind nicht möglich. Wir haben in diesem Zusammenhang noch einmal in den letzten Jahren in den geförderten Projekten der Bundesregierung geguckt und sind dabei auf das unserer Meinung nach sehr empfehlenswerte, online frei zugängliche Praxis-Tool Barrierefreiheit der Stiftung Gesundheit gestoßen, das wir noch einmal bewerben möchten, damit ein bisschen bekannter wird, was man auch mit wenig Geldeinsatz erreichen kann, auch mit Blick auf Checklisten: Was kann ich eigentlich meinen Patientinnen und Patienten schon anbieten, und was kann ich auch mit wenig Aufwand besser machen? Insofern haben wir uns erlaubt, in § 2 „Versorgungsziele und Qualitätssicherung“ noch einen vierten Punkt hinzuzufügen, und haben gesagt: Wir fordern, dass Vertragszahnärzte eine Verpflichtung eingehen, ihre Praxis auch regelmäßig auf Barrierefreiheit hin zu überprüfen, und insbesondere bei Neuniederlassungen und Praxisumbauten ist Barrierefreiheit von Anfang an zu berücksichtigen.

Wir haben auch einmal angedacht, ob der Gesetzgeber bei § 103 SGB V insofern ein bisschen mutiger sein könnte, bei Neuzulassungen vielleicht demjenigen oder derjenigen den Zuschlag zu geben, der bzw. die die Barrierefreiheit beachtet. All dies sind Sachen jenseits der Richtlinie, die hier zu diskutieren ist; dessen sind wir uns bewusst. Wir möchten auch noch einmal ausdrücklich auf das Bezug nehmen, was Herr Oesterreich bereits zu § 7 gesagt hat; das steht in unserer Stellungnahme so nicht drin: Wir würden es auch begrüßen und unbedingt befürworten, eine halbjährliche Untersuchung und Entfernung des Zahnbelages zu normieren. – Das wäre es von meiner Seite.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das wäre dann Unterstützung des Antrages der KZBV.

Frau Schuh (AWO): Die Patientenvertretung hat das ja auch gefordert.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Frau Schuh. – Bitte, Frau Fix.

Frau Dr. Fix (Caritas): Auch vonseiten des Deutschen Caritasverbandes herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier Stellung nehmen zu können. Wir als Deutscher Caritasverband haben uns ja seinerzeit beim Versorgungsstärkungsgesetz massiv für die Einführung des § 22a eingesetzt, und wir sind froh, dass wir heute diese Richtlinie vorliegen haben, und wir hoffen, dass sie bald in der praktischen Versorgung umgesetzt werden kann.

Zur praktischen Versorgung zählt für uns auf jeden Fall ganz zentral, dass bei dem § 7 die Entscheidung getroffen wird, dass die Entfernung harter Beläge mindestens halbjährlich möglich ist. Eine einmalige Entfernung im Jahr halten wir bei diesen Personengruppen für nicht ausreichend, weder bei den

pflegebedürftigen Menschen noch gar bei den Menschen mit Behinderung. Wir haben, so kann ich Ihnen sagen, in der Praxis der letzten Jahre viele Fälle vorliegen, in denen wirklich bis zu viermal im Jahr die Entfernung harter Beläge und auch weicher Beläge – sie werden ja dann meistens mit entfernt –, notwendig war, um gravierende Zahnerkrankungen – von Folgeerkrankungen will ich noch gar nicht sprechen – zu vermeiden. Auf der Grundlage der bisherigen Regularien des SGB V war das nicht abrechnungsfähig, und von daher setzen wir uns massiv dafür ein, dass jetzt in diesem ersten Schritt mindestens diese halbjährliche Entfernung kommt; im Grunde müsste man sozusagen noch ergänzen: bei Bedarf auch mehrmals im Jahr. Auch weiche Beläge sollten entfernt werden können. Es gibt Personengruppen von Menschen mit Behinderungen, bei denen aufgrund von hohem Speichelfluss nicht nur harte Zahnbeläge entstehen, auch weiche Zahnbeläge. Dies sollte eigentlich in der Richtlinie ebenfalls ergänzt werden. Das ist sozusagen die Quintessenz unserer Stellungnahme.

Hervorheben möchte ich noch zwei Punkte. Natürlich schließe ich mich sozusagen auch dem Petition an, dass wir mehr barrierefreie Zahnarztpraxen brauchen, ebenso, dass auch den Zahnärzten dabei geholfen werden muss, barrierefreie Praxen zu schaffen.

Ich möchte aber jetzt noch einmal etwas auf die Stellungnahme eingehen und zwei Punkte hervorheben. Wichtig ist bei diesen Personengruppen, die wir hier im Blick haben: Sie benötigen vielfach Pflege- und Unterstützungspersonen bei der Durchführung ihrer täglichen Mund- und Zahnhygiene. Deswegen ist es sehr wichtig, dass bei der Mundhygieneaufklärung auch der Aspekt berücksichtigt wird, dass die Maßnahmen nicht nur in der Praxis demonstriert werden, sondern dass, sofern notwendig – aber das wird in den meisten Fällen gegeben sein –, auch die praktische Anleitung hier sozusagen zwingend zum Leistungskatalog gehört; das wäre also der zweite Punkt. In den Tragenden Gründen steht hier bei der GKV, dass diese Demonstration einschließlich der praktischen Anleitung erfolgen kann. Die Patientenvertreter und die KZBV fordern, dass sie erfolgen muss. Dafür setzen wir uns auch ein.

Einen letzten Aspekt möchte ich hervorheben. Es wird bei der Mundhygieneaufklärung insbesondere und sehr stark – das hatten wir auch bei § 119b – auf die Reduktion des Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke fokussiert. Das ist ja alles schön und richtig, aber es ist sozusagen nicht der einzige Punkt, auf den geachtet werden muss, damit Präventionsmaßnahmen tatsächlich nachhaltig umgesetzt werden können. Zur zahngesunden Ernährung gehört mehr. Dazu gehört auch die Vermeidung von Säuren, die Zuführung kalziumhaltiger Lebensmittel etc. etc. Man könnte eine ganze Liste aufzählen, und ich hätte nicht gerne, insbesondere bei der Personengruppe pflegebedürftiger Menschen, die also ein gewisses Alter aufweisen, meistens 80+, dass hierbei der Aspekt der Edukation zur Vermeidung bei der Ausführung der Leistung zu stark oder einzig im Vordergrund steht, zumal in der Bevölkerung hierfür durchaus ein Bewusstsein vorhanden ist. Also, das bedeutet natürlich nicht, dass ich diesen Aspekt nicht erwähnt haben möchte; aber er allein ist nicht ausreichend. Der Vorschlag wäre hier einfach, bei der Mundhygiene- bzw. Mundgesundheitsaufklärung nach § 6 auf zahngesunde Ernährung zu verweisen.

Bei diesen drei Punkten möchte ich es im Eingangsstatement gerne belassen. – Danke.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Frau Fix. – Dann habe ich als Nächstes Frau Nitschke.

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Ich möchte mich auch recht herzlich für die Einladung bedanken, und ich muss sagen, dass meine Kollegen Wesentliches bereits geäußert haben.

Herr Oesterreich hat ja die Patientengruppe der Pflegebedürftigen sehr gut beschrieben. Ich muss noch hinzufügen, dass das, was man in den Pflegeeinrichtungen sieht, eine ganz andere Mundgesundheit ist. Es ist nicht so, dass sich da nur mehr Plaque und mehr Zahnstein finden, sondern es gibt auch Verletzungen, weil die Prothesen nicht richtig eingesetzt werden, oder es gibt auch Fälle, dass eine

Prothese gar nicht getragen wird und der Mensch sich dann mit seinen eigenen Unterkieferzähnen in den Oberkiefer beißt. Das, was wir dort sehen, ist also eine andere Mundgesundheit als bei den Patienten in der Praxis. Um diese Patienten wirklich zu betreuen und die Fürsorge zu leisten, die eigentlich Bestandteil unseres Auftrages ist, müssen wir in der Zahnmedizin mehr vor Ort sein. Darum würde ich eben darum bitten, dass man dies auch wirklich berücksichtigt und sieht, dass die Unterschiedlichkeit da halt sehr, sehr groß ist und die Pflegekräfte das nicht alleine erkennen können.

Ein anderer Punkt, der mir auch wichtig ist, etwas, das Herr Oesterreich auch schon angesprochen hat, ist die Dokumentation. Wenn wir die Zahnärzte verpflichten, immer mehr zu dokumentieren, dann wird es schwieriger werden, die Kollegen dafür zu gewinnen. Wenn die Zeit immer mehr für Bürokratie verwendet wird, statt im Gegensatz dazu zu behandeln, dann gibt es da irgendwann ein Missverhältnis.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Darf ich die rechte Seite bitten, sich wieder hinzusetzen? – Entschuldigung, Sie haben weiter das Wort.

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Ein Punkt ist, dass wir, wenn wir in die Einrichtungen gehen, oft in der Akte des Patienten dort vor Ort, also in der normalen Pflege, Cardex ja auch dokumentieren. Da gibt es meistens Seiten für die Ärzte, und da schreiben wir ja hinein, was wir gemacht haben, damit die Pflegekräfte überhaupt wissen, was passiert ist. Wenn wir die Prothese reparieren und die Pflegekräfte da nicht einbinden, sodass sie nicht wirklich wahrnehmen oder es nicht sehen können, dass wir die Prothese weggenommen haben, dann denken sie, sie sei verschwunden, und suchen sich da stark. Auch da haben wir schon eine Dokumentation, zudem haben wir unsere eigene Dokumentation, und deshalb mahne ich, ein bisschen vorsichtig zu sein, immer wieder noch mehr zu dokumentieren, sondern lieber anzupacken und zu arbeiten.

Zu der Diskussion mit dem Zahnstein: Meines Erachtens ist es wirklich notwendig, dass man da mehrmals im Jahr hinget; denn jeder normale gesetzlich Versicherte hat ja den Anspruch darauf, dass einmal im Jahr der Zahnstein entfernt wird. Zudem hat der Gesetzgeber auch die Entfernung der harten Beläge extra in § 22a hineingeschrieben. Sicherlich wird er sich etwas dabei gedacht haben, warum man diesen Belag hervorhebt. Meines Erachtens wäre vierteljährlich eine gute Frequenz, womit wir viel abdecken. Ich weiß, dass jetzt über zweimalige Entfernung nachgedacht wird. Meiner Meinung nach sollten wir eben auch schauen: Wer braucht dies zweimal oder viermal? Empfehlenswert wäre, dass dies wirklich von der Person abhängig gemacht wird, davon, was der oder die Betreffende noch selber machen kann oder wo die Mundhygiene gut ist. Wenn sie eben nicht so gut ist, muss man halt auch die Möglichkeit haben, das aufgrund des Zustandes des Patienten anzupassen.

Ich habe dann noch zwei Sachen, bei denen ich es gerne hätte, wenn wir darüber auch noch einmal diskutierten. Wir haben hier einmal über die Xerostomie gesprochen. In fachlicher Hinsicht ist dies eigentlich nicht der richtige Begriff. Wenn wir es richtig machen, dann schreiben wir vielleicht „Mundtrockenheit“ hin; das ist der fachlich richtige Begriff.

Dann der Hinweis zu der zahngesunden Ernährung: Wenn wir mit Patienten sprechen, dann sprechen wir diesen Punkt der Ernährung an. Ich habe bloß ein bisschen Sorge, dass wir dann auch noch für die großen Dinge in der Ernährung zuständig sein sollen; das können wir natürlich nicht. Wir können keinen Einfluss darauf nehmen, was die Küche liefert oder was den Patienten vonseiten des Pflegepersonals angeboten wird. Wir können vielleicht Hinweise für die Verwandten oder für den Pflegebedürftigen selber geben; aber sonst können wir da meines Erachtens nicht Einfluss nehmen.

Eine Erkrankung, die hier noch gar nicht mit genannt worden ist, die aber 40 bis 50 % der Pflegebedürftigen aufweisen, ist die Dysphagie, also das Unvermögen, richtig zu schlucken. Dies führt auch dazu, dass viele Nahrungsreste im Mund bleiben, also verweilen, auch die Mundtrockenheit gehört

noch mit dazu. Auch dies ist etwas, was die harten Beläge sehr befördert und somit Plaqueentfernung nötig macht.

Den letzten Paragraphen, § 9, haben wir nicht richtig bearbeitet; da schließen wir uns aber der KZBV an. Es wäre schön, wenn Sie das im Protokoll noch mit aufnehmen würden. – Vielen Dank.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Dann habe ich last but not least Herrn Schulte.

Herr Prof. Dr. Schulte (AG ZMB): Vielleicht zunächst eine kurze Bemerkung zu der Position, die ich ausübe: Ich habe seit zwei Jahren den einzigen Lehrstuhl für Behindertenzahnheilkunde in Deutschland. Es gibt in Europa insgesamt fünf Professoren, die offiziell für Behindertenzahnheilkunde zuständig sind. Das zeigt eben auch, dass es lange gebraucht hat, bis einige wenige Universitäten in einigen wenigen Ländern anerkannt haben, dass auch auf diesem Gebiet wissenschaftliche Untersuchungen und Lehre erforderlich sind. Ich habe mit meinen Kollegen, den anderen vier Kollegen, Kontakt aufgenommen und noch einmal nachgefragt, wie sie zu der Frage der Entfernung von Belägen stehen und wie oft das passieren müsste, und alle waren einheitlich der Meinung: Dies müsste mindestens viermal im Jahr passieren, wenn es notwendig ist – es muss natürlich immer vom Einzelfall abhängig gemacht werden –, sodass wir noch einmal ganz stark hervorheben möchten, dass es uns ein großes Anliegen ist, dass im Sinne der Patienten die Entfernung von Belägen auch von den Krankenkassen bis zu viermal im Jahr übernommen wird.

Die Patienten mit geistiger Behinderung sind eine Gruppe, in der die Menschen riesige Probleme haben, ihre Zahnpflege selber durchzuführen. Sie sind auch immer auf Unterstützung angewiesen, wobei diese Unterstützung aber nur in sehr unterschiedlichem Ausmaß gewährleistet werden kann, weil die Personen, die das machen, es zum Teil nicht richtig können, weil aber auch die Personen mit geistiger Behinderung teilweise eben Wert auf eine Autonomie legen; das heißt, sie wollen gar nicht immer Hilfe haben. Das bedeutet eine unzureichende Zahnpflege und damit eben auch – das sehe ich täglich; ich behandle ja nach wie vor regelmäßig Patienten, und 80 % meiner Patienten sind Patienten mit geistiger Behinderung – einen riesigen Bedarf an Unterstützung, ob durch professionelle Zahnreinigung oder Entfernung von Belägen, wie immer man das nennen will. Deswegen kann ich nur sagen: Mit einer Forderung von einmal oder zweimal jährlich kommen wir an der Basis nicht aus. – Danke schön.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Dann haben wir die Runde abgeschlossen. Jetzt geht es an diejenigen links von mir und rechts von mir, Fragen zu stellen. – Wer möchte denn als Allererstes? – Der GKV-Spitzenverband, dann die Patientenvertretung.

GKV-SV: Die Frage richtet sich prinzipiell an alle Eingeladenen. Nach § 5 Abs. 2 der Verfahrensordnung des G-BA wird festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin ermittelt. Halten Sie das für sinnvoll, und wie ist das auf den Richtlinienentwurf der KZBV in puncto Zahnsteinentfernung anwendbar? – Das ist die erste Frage, die wir haben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wer möchte? – Herr Oesterreich hat sich als Allererster gemeldet.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Natürlich wird man immer auf Grundlage der bestverfügbaren Evidenz arbeiten müssen; ich sage bewusst „bestverfügbaren“ und nicht RCTs. Ich will Ihnen bloß eines sagen: Um die Frage der Reindividualisierung der Evidenz in der zahnärztlichen Praxis werden Sie nie herumkommen. Das heißt, die Fragestellung der Evidenz ist natürlich legitim. Letztendlich wissen wir

in vielen Bereichen, dass die Evidenz nach den verschiedensten Stufen mit der evidenzbasierten Zahnmedizin und in der Zahnheilkunde, auch in anderen Verfahren dargestellt, schwierig ist. Trotzdem muss es im Sinne des Versorgungsalltages händelbar sein.

Ich sage es Ihnen ganz schlicht und ergreifend aus Sicht des Versorgungsalltages: Durch eine Leitlinie haben Sie noch nicht ein Stück der Versorgung verbessert. Sie müssen also im Versorgungsalltag schauen, wo die Widerstände und wo die objektiven Bedarfe sind. Bei evidenzbasierter Zahnmedizin – darüber können wir einen langen Diskurs führen – gibt es die wissenschaftliche Literatur. Herr S., Sie sind Experte darin; ich bewege mich mehr auf der Ebene der Erfahrungswerte, also der internen Evidenz der Zahnmedizin. Eine Frage, die Sie bei der ganzen Geschichte nicht vergessen dürfen, lautet: Wie ist die Patientenpräferenz, die Erwartungshaltung? Deswegen sollten wir an diesem Punkt und gerade bei dieser Patientengruppe diesen dritten Aspekt und auch die Frage der internen Evidenz nicht übersehen. – Danke.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Nitschke.

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Vielen Dank für die Ausführung. – Herr S., evidenzbasierte Zahnmedizin ist ein großes Wort; das wissen wir, das möchten wir alles. Aber es gibt ja auch die Stufe III und die Stufe IV, und ich denke, da sind wir nicht ganz so schlecht aufgestellt. Wir haben zum Beispiel die deutsche Mundgesundheitsstudie, die ja ganz eindeutig zeigt, dass die Pflegebedürftigen schlechter versorgt sind als diejenigen Menschen, die ohne Pflegebedarf durch Deutschland laufen. Wenn wir uns die Expertenmeinungen anschauen, die wir ja auf dem Evidenzlevel IV durchaus haben, dann gibt es da eine große Übereinkunft. Meine Frage geht ein bisschen zurück an Sie: Woher nehmen Sie denn das Evidenzlevel, dass einmal jährliche Entfernung des Zahnsteins ausreichend ist?

Etwas Zweites noch: In der Alterszahnmedizin und auch für Herrn Schulte in der Behindertenzahnmedizin ist es ganz schwierig, die Studien durchzuführen, weil zum Beispiel die Einwilligungsfähigkeit vieler Menschen, die betroffen sind, ganz schwierig zu erfahren ist. Wenn wir zum Beispiel Demenzerkrankte untersuchen möchten, dann haben sie vielleicht einen Betreuer, und der Betreuer soll in dem Sinne entscheiden, wie der zu Betreuende entschieden hätte, wenn er sich noch hätte entscheiden können. Das bedeutet, der Sohn, der Angehörige, der gesetzlich bestimmte Betreuer hätte schon einmal mit demjenigen darüber sprechen müssen. Ich weiß nicht, ob wir – jetzt einmal Hand aufs Herz – vielleicht am Sonntag, am Muttertag, mit der Mutter sprechen, ob sie, wenn sie mal dement würde, an einer Forschungsstudie teilnehmen wolle. Dazu hat 2014 ein Symposium stattgefunden, in dessen Rahmen sich einen Tag lang Mediziner, Ethiker und Theologen damit auseinandergesetzt haben, wie man eigentlich diese Forschungsschwierigkeit überhaupt überwinden kann, um solche großen Studien zu machen. Wir müssen also ein wenig die Tatsache einbeziehen, dass wir Schwierigkeiten haben werden, solche Studien durchzuführen. – Danke sehr.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke für die Antwort. – Der GKV-Spitzenverband hat jetzt entweder Glück oder Pech, weil die Anhörung eine Einbahnstraße ist. Das heißt, wir fragen Sie, und es gibt keine Fragen wieder zurück.

(Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Herr Deisler, das haben Sie eingangs nicht gesagt! – Heiterkeit)

– Das steht auch so nicht in der Verfahrensordnung,

(Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Gut!)

aber es heißt ja „Anhörung“, es heißt nicht – –

(Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Gut, ich bin jetzt ganz still!)

– Das war überhaupt nicht meine Absicht. – Frau Fix hat jetzt das Wort.

Frau Dr. Fix (Caritas): Ja, als Vertreterin eines Wohlfahrtsverbandes kann ich natürlich wenig zu der tatsächlichen Studienlage der evidenzbasierten Erkenntnisse in diesem Bereich sprechen. Gleichwohl kenne ich natürlich auch einige Ergebnisse. Ich möchte hervorheben, was wir in unserer Stellungnahme auch geschrieben haben: Beispielsweise ist bei Patienten mit Down-Syndrom nachgewiesen, dass sie eine um 60 bis 80 % höhere Prävalenz als andere Menschen für Parodontalerkrankungen haben, dass jedoch – jetzt kommt der entscheidende Punkt, der § 22a – ein Präventionsprogramm nachweislich einen entscheidenden Beitrag dafür leisten kann, diese Prävalenz und dieses Risiko zu reduzieren. Professor Oesterreich hat auf die Praxis verwiesen. Ich kann – ich hatte es eingangs auch schon gesagt – ebenfalls auf die Praxis verweisen. Also, wir haben wirklich einige Fälle vorliegen, die mir in den letzten Jahren immer wieder auch in schriftlicher Form vorgelegt wurden, bei denen wir tatsächlich, wie Professor Schulte auch ausführte, bis zu viermal jährlich Bedarf an der Entfernung von Zahnstein hatten, um zu vermeiden, dass schlimmere Erkrankungen des Zahnapparates und dann sozusagen in deren Folge auch Erkrankungen anderer Organe entstehen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Dr. Fix, herzlichen Dank. Ich hatte vorhin von einer halben Stunde ohne Titel gesprochen. Diese halbe Stunde ist vorbei. Sie haben es den Herren wieder ins Gedächtnis zurückgerufen; dafür insgesamt herzlichen Dank. – Ich habe jetzt auf der Rednerliste die Patientenvertretung, die KZBV und den GKV-Spitzenverband. Die Patientenvertretung kommt als Allererstes hervor.

(Herr Prof. Dr. Schulte (AG ZMB): Darf ich dazu auch etwas sagen?)

– Ja, natürlich. Die Fragen gehen immer an alle.

Herr Prof. Dr. Schulte (AG ZMB): Ich wollte ganz kurz noch einmal Folgendes zu der Evidenz sagen: Es gibt diese vier Stufen. Die Eingangsbemerkung, die ich gemacht habe, dass es in ganz Europa nur fünf Professuren gibt, sollte ja schon zeigen, dass es sehr, sehr wenig Forschung gibt und damit wenig Studienlage, dass wir leider auf dem Gebiet der Behindertenzahnmedizin extrem auf Expertenmeinungen angewiesen sind, bis wir eines Tages weiterkommen und mehr Studien haben. Bitte denken Sie zudem daran, dass Studien immer Geld kosten. Daher muss man sich bei den Studien immer fragen: Wer hat ein Interesse, welche Studie zu finanzieren? Hier lautet die Frage: Wer hat ein Interesse, Behindertenzahnmedizinstudien zu finanzieren? Wir haben immer große Probleme, Geldgeber für unsere Studien zu finden.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich gucke jetzt sicherheitshalber noch einmal in die Runde, ob sich noch jemand meldet. – Das ist nicht der Fall. Dann ist diese Frage abschlossen. – Patientenvertretung, bitte.

PatV: Ich habe eine Frage an die Bundeszahnärztekammer. Herr Oesterreich, Sie haben ja eben in Ihren einleitenden Worten noch einmal sehr deutlich gemacht, dass gerade bei der Gruppe der pflegebedürftigen Menschen erhebliche Defizite bei der Mundhygiene bestehen. Können Sie bitte noch einmal etwas genauer erläutern, welche Art Defizite dies sind – vielleicht, ohne uns den Appetit zu verderben –, um dann aber auch vor allem deutlich zu machen, mit welchen Maßnahmen man diese Defizite denn beseitigen könnte?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Die Defizite in der Mundhygiene bei Menschen mit Pflegebedarf – ich glaube, einige Aspekte gelten auch bei Menschen mit Behinderungen – sind natürlich primär durch

die motorischen und kognitiven Einschränkungen des Patienten bedingt, das heißt, die selbstständige Durchführung der Mundhygiene. So erkläre ich, dass mit zunehmendem Lebensalter die motorischen Fähigkeiten abnehmen, der Unterstützungsbedarf bei der Mundhygiene also deutlich zunimmt. Das sagen auch unsere Studien aus. Die Unterstützung entsprechend dem jeweiligen Bedarf muss also letztendlich durch Angehörige oder durch die in Pflegeberufe Tätigen gegeben werden. Wir wissen, dass wir in diesem Bereich Angehörige haben, die sich im Detail bei der Situation täuschen. Meines Erachtens muss man sich in diesem Zusammenhang vergegenwärtigen, dass heutzutage Pflegebedürftige und auch Menschen mit Behinderungen keine Patientengruppen sind, die man hinlänglich mit der totalen Prothese letztendlich in diese Lebensphase schickt, sondern die Patienten haben eigene Zähne. Eigene Zähne bedeuten nicht nur mehr Pflegeaufwand, mehr Mundhygienebedarfe, sondern auch mehr Therapiebedarfe. – Dies vielleicht noch einmal zum Hintergrund.

Das heißt, diese Defizite der eigenen Mundhygiene müssen kompensiert werden, letztendlich durch Angehörige oder durch in Pflegeberufen Tätige. Wir wissen um die Situation der Pflegeberufe: zeitliche Einschränkungen, zum Teil auch der Aspekt der Kompetenzen. Auch daran arbeiten wir; wir sind sehr froh, dass die Bundesregierung auf diesem Gebiet ebenfalls aktiv wird. Aber es ist völlig verständlich, dass in der Tätigkeit in Pflegeberufen ob der vielen Aufgaben, die die dort Arbeitenden haben, letztendlich das Thema Mundgesundheit nicht im Zentrum steht.

Das heißt, diese Dinge gilt es zu kompensieren, und ergo führt es bei der Vernachlässigung der Mundhygiene dazu, dass Belagsbildung stattfindet, auch mit dem Effekt Mundtrockenheit. Auch den Aspekt der Dysphagie will ich noch einmal unterstreichen. Das heißt, dass wir in einem Teufelskreis laufen: weniger Mundhygiene, noch hinzukommende organische Einschränkungen und dann letztendlich also auch die Frage der zunehmenden Belagsbildung. Wir diskutieren ja heute über das Thema harte Beläge; das Thema weiche Beläge mag vielleicht etwas intellektuell sein. Das Fazit dabei ist einfach, dass die Belagsbildung exorbitant hoch ist. Das hängt natürlich immer vom individuellen Einzelfall ab. Es unterliegt einem Prozess, wann dieser Belag dann Zahnstein ist. Wir wissen ja, dass Zahnstein mineralisierte Beläge sind, und dieser Prozess ist natürlich fließend. Bei der Belagsentfernung wird der Zahnarzt regelmäßig im klinischen Befund nicht zwischen harten und weichen Zahnauflagerungen differenzieren. Das ist eigentlich in der Sache, auch in der Durchführung der Maßnahme, bedingt. – Ich hoffe, dies genügt Ihnen als Antwort.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ja, das ging jetzt allerdings knapp an einer Fragestellung vorbei, das muss ich dazu sagen.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Entschuldigung.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Nein, das geht an den Fragesteller: Es sind Fragen zu stellen. – Dies jetzt nur einmal als Erinnerung an die Patientenvertretung. – Ich habe die KZBV, den GKV-Spitzenverband und dann wieder die Patientenvertretung.

KZBV: Vielen Dank, dass Sie gekommen sind. – Ich muss meiner Frage ein kleines Statement vorweschicken; das ist auch statthaft nach der Verfahrensordnung, merke ich an, bevor ich einen Rüffel bekomme.

Die KZBV ist ja grundsätzlich nicht für eine Beschränkung der Entfernung harter Beläge auf zweimal pro Jahr, sondern das ist eine verfahrenstechnische Frage, hinter der wir eine Verfahrensbeschleunigung sehen. Darauf bezieht sich meine Frage an Sie: Wie stehen Sie vor dem Hintergrund, dass selbstverständlich irgendwann eine risikoadjustierte Häufigkeitsanwendung von Zahnbelagsentfernung durchgeführt werden muss, zu der Fragestellung, dies in einem zweistufigen Verfahren zu ordnen, und

zwar mit dem Ziel, zunächst einmal die gravierende Unterversorgung, die in diesem Bereich existiert, in der Fläche anzugehen und somit grundsätzlich eine Verbesserung zu erreichen, um dann nach einer Evaluationsphase geeignete Kriterien der Risikoadjustierung festzulegen? Das ist der eine Teil meiner Frage.

Der zweite Teil meiner Frage an Sie: Gibt es aus Ihrer Sicht wesentliche Gründe dafür, möglichst bald mit versorgungsverbessernden Maßnahmen in die Versorgung zu gelangen? Wenn Sie die Bedeutung der Versorgungsverbesserung zwischen „extrem dringend“ und „gar nicht erforderlich“ kalibrieren müssten, wie würden Sie diese Kalibrierung vornehmen? – Danke schön.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Eine Frage, die an alle ging. Insoweit: Feuer frei! – Frau Fix.

Frau Dr. Fix (Caritas): Vielen Dank für die Frage. – Ich kann mir ein zweistufiges Verfahren gut vorstellen. Meines Erachtens bestehen im Raum durchaus unterschiedliche Vorstellungen über die Frequenz. In der Richtlinie sind zwei Frequenzen angegeben: einmal im Kalenderjahr, zweimal im Kalenderjahr. Der Gesetzestext selber trifft dazu keine Aussagen. Ich kann mir gut vorstellen, zunächst einmal, um der gravierenden Unterversorgung entgegenzuwirken, die ohne Zweifel für unsere Patientengruppen festzustellen ist, für die pflegebedürftigen Menschen einerseits und für die Menschen mit Behinderung andererseits, ein solches zweistufiges Verfahren vorzusehen und zunächst einmal sozusagen zu einer kalenderhalbjährlichen Entfernung harter Zahnbeläge zu kommen – die weichen Zahnbeläge sind dann wahrscheinlich auch schon ein bisschen inkludiert –, um dann in einem zweiten Schritt zu diesem risikoadjustierten Verfahren zu kommen.

Sie hatten nach der Skala gefragt. Herr Professor Oesterreich hat die Patientengruppen und ihre Defizite schon hinreichend beschrieben: Mundtrockenheit ist eine häufige Folge von Multimedikation und der Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten – insbesondere pflegebedürftige Patienten sind davon stark betroffen –, Dysphagie mit allen Folgen bis hin zur Aspirationspneumonie, an der viele pflegebedürftige ältere Patienten dann schließlich auch versterben. All diese Phänomene haben wesentlich mit Zahngesundheit zu tun, bis hin zu einer Fehlernährung oder Mangelernährung, wenn man nicht mehr schlucken und kauen kann. Also, der Zahnzustand pflegebedürftiger Menschen lässt wirklich oftmals sehr zu wünschen übrig, natürlich durchaus auch mit Unterschieden.

Es ist jetzt ein bisschen schwierig, die Frage nach der Skalierung zu beantworten, weil ich nicht weiß, wie viele Stufen die Skala hat. Aber nehmen wir einmal an, sie hätte fünf Stufen, dann würde ich mich schon mindestens zwischen vier und fünf oder eher bei fünf einrichten, und wenn Sie mich nach zehn Stufen fragten, dann durchaus auch zwischen acht und sieben, um dies hier einfach ein bisschen zu visualisieren.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Weitere Antworten? – Herr Oesterreich.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Wir kommen vielleicht gleich zu der Skala. Ich würde sagen, das ist natürlich immer ein subjektives Empfinden. Jeder, der sich in diesem Umfeld tummelt, sagt sofort, das hätte schon vor fünf Jahren passieren müssen. Ich meine, wir wollen uns jetzt auch nicht über die demografischen Veränderungen in Deutschland unterhalten. Welche Welle da auf uns zukommt, brauche ich hier wohl nicht zu beschreiben. Also, die Skala will ich jetzt nicht benennen. Vor dem Hintergrund, glaube ich, deckt sich die Antwort.

Zu der ersten Frage will ich gerne antworten. Vor dem Hintergrund, dass es dringend notwendig ist, ist natürlich jeder Schritt eine Verbesserung der Maßnahme, jeder Schritt, der mehr macht als derzeit vorhanden. Die Frage der Risikoadjustierung ist sehr gut und auch sehr wichtig; dies geht auch aus

unserem Statement hervor. Das soll kein Selbstgänger sein, wenn es nicht notwendig ist, ganz klar. Ich will bloß bei der Frage der Evaluationsprozesse erneut auf mein Eingangsstatement zurückkommen und sagen: Evaluation darf aber auch nicht in ein Mehr an Bürokratie ausarten, und ich will auch noch einmal auf die Antwort von Frau Kollegin Nitschke hinweisen, dass Evaluationsprozesse sich bei dieser Patientengruppe recht schwierig darstellen. – Schönen Dank.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Schulte.

Herr Prof. Dr. Schulte (AG ZMB): Ich möchte ganz kurz noch etwas dazu sagen. Aus meiner Sicht sind Verbesserungen dringend notwendig und erforderlich. Über die gesamten letzten Jahre und Jahrzehnte existiert auf diesem Gebiet ein Fehlbedarf; darüber brauchen wir gar nicht zu diskutieren. Auf jeden Fall Folgendes: Ich kenne die Hintergründe nicht, warum bestimmte Dinge jetzt nicht gleich im Sinne der Patienten geregelt werden können. Bevor gar nichts passiert, ist es natürlich besser, es passiert zumindest etwas, wodurch eine deutliche Verbesserung bewirkt wird. Aber ich kann mir auch nicht vorstellen, dass die Kosten zwischen einer zweimal und einer bis zu viermal jährlichen Belagentfernung so riesig auseinanderlaufen, sodass man deswegen sagen muss, das könne im Moment nicht zur Debatte stehen, weil die Etats das nicht hergäben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Dann habe ich jetzt Frau Schuh.

Frau Schuh (AWO): Ich empfand diese Frage jetzt als sehr wichtig und möchte mich da den Vorrednern anschließen, bezogen auf die Dringlichkeit und darauf, dass solche Maßnahmen eigentlich bereits gestern und vorgestern und vor zehn, 20 Jahren hätten passieren müssen, wenn man die Damen und Herren betrachtet, die in den Praxen oder auch in den Einrichtungen vorstellig werden, und deren persönliches subjektives Leidempfinden miterlebt und sich ihre verhinderbare, fortschreitende Erkrankung anschaut. Darüber würde ich jetzt nicht diskutieren und keine Kalibrierung vornehmen wollen.

Ich halte den Vorschlag eines Verfahrens für sehr charmant, vorausgesetzt, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch deren gesetzlichen Vertreter – Herr Schulte hat es, glaube ich, eben schon angesprochen – über ihre Rechte und darüber informiert sind, dass es diese Möglichkeiten der Prävention und der Behandlung überhaupt gibt. Dahin gehend möchte ich den Vorschlag der Patientenvertretung stärken, die ja unter Paragraph X „Information der Versicherten“ äußern, dass es nicht ausreichend ist, in Mitgliederzeitschriften darüber zu informieren. Es ist gut, wenn in den Mitgliederzeitschriften der Krankenkassen darüber berichtet wird, dass es das gibt; nichtsdestotrotz ist das, alleine mit Blick auf die Zielgruppen, auch aus unserer Sicht zu wenig. Eine individuelle Ansprache, zum Beispiel in Form eines Briefes – der Caritasverband hat dazu auch Stellung genommen; das dort Geäußerte unterstützen wir –, ist eine gute Sache.

Auch in diesem Zusammenhang möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass mit Blick auf den Personenkreis der Menschen mit Lernschwierigkeiten oder auch mit eingeschränkter Lese- und Sprachkompetenz Briefe in leichter Sprache für alle zugänglich sein sollten. Auch die Informationen in den Mitgliederzeitschriften sollten mit Blick auf die Zielgruppe, mit Blick auf Selbstbestimmung und Selbstlesen, ebenfalls noch einmal in einem kleinen Absatz in leichter Sprache vorhanden sein.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Habe ich es richtig gesehen? – Frau Nitschke.

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Vielen Dank. – In meinem Alltag sehe ich, dass es extrem dringend ist, dass wir etwas machen. Wir haben wirklich zunehmend Patienten mit Zähnen, und wir müssen uns auch bewusst machen, dass die Generation, die jetzt alt ist, eine kieferorthopädische Behandlung nicht hatte. Wir haben oft Engstände, Fehlstellungen; es ist sehr schwierig, dort in diesem Bereich zu putzen.

Zweitens haben wir ein Gebissssystem, das oft Knochenrückgang und parodontale Erkrankungen aufweist. Das heißt, zwischen den Zähnen ist Die Interdentalpapille verloren gegangen; an ihren Resten setzen sich relativ schnell weiche Beläge fest, die dann auch wiederum zu Hartbelägen werden. Was ich oft sehe, sind Patienten, die wir bekommen und die eben in der Pflege sind, bei denen sich aber niemand wirklich darum kümmert, sodass wir dann eine ganze Räumung machen müssen, weil die Zähne zirkuläre Karies bekommen haben und eben abbrechen. Das geht relativ schnell, mit vielen Medikamenten, mit wenig Speichel und noch dazu, wenn wenig Fürsorge für die Mundgesundheit sowohl von zahnmedizinischer Seite als auch seitens der Pflegekräfte stattfindet. Deshalb ist es meines Erachtens Zeit, auf diesem Gebiet möglichst schnell etwas zu machen. Es muss risikoadjustiert sein; die Zahnsteinentfernung mindestens zweimal im Jahr hilft auf jeden Fall. Aber wichtig ist auch, dass man wirklich schaut, ob es nicht für bestimmte Risikogruppen, zum Beispiel für die Menschen mit Demenzerkrankungen, die Möglichkeit gibt, dass man viermal im Jahr den Zahnstein entfernen kann. – Herr E., ein Zweischnittverfahren ist natürlich besser als gar nichts. Aber trotzdem dürfen wir es nicht aus dem Blick verlieren, weil es nicht mit halbjährlicher Entfernung getan ist; denn es geht schneller. Wir sehen teilweise schneller Gebissssysteme, die zusammenbrechen. – Danke.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Noch jemand? – Wenn das nicht der Fall ist, habe ich als Nächsten den GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Die Dringlichkeit ist allen Beteiligten hier absolut bewusst. Wir reden über Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung, und deswegen ist natürlich auch im Sinne des GKV-SV hier eine rasche Umsetzung der Richtlinie erforderlich; ganz klar. Nichtsdestotrotz gilt auch für den Zahnärztebereich die Verfahrensordnung, auch der § 5 Abs. 2. Sie haben uns im Grunde genommen dargestellt, dass es bisher keine wissenschaftlich evidenzbasierte Literatur gibt, die diese vierteljährliche Zahnsteinentfernung im Grunde genommen darstellt.

Wir bedanken uns für die Frage bei der KZBV hinsichtlich der Zweistufigkeit – auch das sehen wir –, um eben tatsächlich diese Fragestellungen, die völlig offen sind, dann praktisch einer Klärung zuzuführen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Was ist jetzt die Frage?

GKV-SV: Die Frage wäre vom Grundsatz her: Welche wissenschaftliche Literatur gibt es, die Ihre Annahme der vierteljährlich notwendigen Zahnsteinentfernung untermauert und die eben nicht nur praktisch dieses Expertenwissen zugrunde legt, womit der § 5 Abs. 5 unterfüttert wird?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Möchte jemand darauf antworten? Ich frage dies, weil es ja schon Teilantworten gegeben hat. – Herr Schulte.

Herr Prof. Dr. Schulte (AG ZMB): Wir bewegen uns ein bisschen im Kreise. Wir haben versucht darzustellen, welche Schwierigkeiten es gibt. Es geht immer darum, dass Evidenz herangezogen werden soll, aber nicht die bestmögliche Evidenz, sondern das, was dazu verfügbar ist. Darauf lege ich jetzt noch einmal ganz großen Wert. Ich habe allmählich den Eindruck, dass es hier gar nicht um die Sache geht, sondern dass es hier irgendwelche bestimmten – wie soll ich sagen? – Interessen gibt, bei denen es nicht mehr um die Sache geht. Ich finde das beschämend.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Also, ich erspare mir, darauf zu antworten, weil ich jetzt wirklich keine Schärfe in diese Diskussion hineinbringen will. – Ich habe als Nächstes die Patientenvertretung.

PatV: Im Zusammenhang mit der BRK der UN wurde die Wichtigkeit des Themas „Barrierefreiheit“ erwähnt. Meine Frage: Gibt es erstens schon eine Vorstellung, wie der genannte Personenkreis denn informiert werden kann, wo diese Information vorliegt bzw. wo nicht? Zweitens: Wird in entsprechenden Unterlagen über die neuen Möglichkeiten informiert, die die Richtlinie bietet? Dies ist von großem Interesse, zumal nach meiner Erfahrung in punkto Barrierefreiheit munter weitere Zulassungen in den Ländern erfolgen, auch ohne genügende Berücksichtigung der Barrierefreiheit. – Danke.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wer möchte antworten? – Ja, Frau Fix.

Frau Dr. Fix (Caritas): Soweit ich weiß, gibt es sozusagen keine verlässlichen Informationen im Sinne der Abdeckung von 100 % aller Zahnarztpraxen, wie viele davon barrierefrei sind. Es dürfte aber durchaus Erkenntnisse geben. Wir haben in unserer Stellungnahme hinsichtlich der Informationspflicht gefordert, dass sie erstens nicht sozusagen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen obliegen soll, sondern dem GKV, dass zweitens der GKV die Patienten auch nicht nur in der Mitgliederzeitschrift informiert, sondern über die neue Leistung, wenn sie denn eingeführt wird, in einem persönlichen Schreiben in Kenntnis setzt, und dass zudem in diesem persönlichen Schreiben bereits Hinweise auf barrierefreie Praxen erfolgen sollen, sofern die jeweiligen Kassen darüber Informationen haben. Da besteht aber wahrscheinlich, so würde ich deutlich sagen, ein Leck zwischen den womöglich verfügbaren Informationen und denjenigen Informationen, die dann tatsächlich den Kassen darüber vorliegen. – Danke.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich habe Frau Schuh als Nächstes.

Frau Schuh (AWO): Das ist eine interessante Frage. Sicherlich, es gibt einige Möglichkeiten in diesem Bereich, wie sich Patientinnen und Patienten informieren können. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat darauf hingewiesen, dass es mehrere Onlineportale diverser Krankenkassen gibt, die darauf hinweisen, welche Ärzte oder auch Zahnärzte barrierefrei zugänglich sind.

Jedoch gibt es in der Praxis ein Problem, dass Patientinnen und Patienten keine verlässlichen Informationen darüber haben, was „barrierefrei“ eigentlich bedeutet, weil die Definition dieses Begriffs unterschiedlich ist: Die einen orientieren sich einfach nur an einem Aufzug, andere orientieren sich an einer bestehenden DIN-Norm in dem Feld, andere wiederum an anderen Kriterien. Die Stiftung „Gesundheit“ führt dazu auch regelmäßige Abfragen durch, wobei Ärzte und Zahnärzte auf freiwilliger Basis beantworten, nach welchen Kriterien ihre Praxen barrierefrei sind oder nicht. Die Rückläufe sind nicht schlecht. Insofern wird da durch die Stiftung Gesundheit ein großes Datenloch quasi geschlossen. Nichtsdestotrotz gibt es in Deutschland immer noch sehr, sehr viele Regionen, wo man überhaupt nichts dazu weiß oder wo Patientinnen oder Patienten im Umkreis von 50 km keinen Zugang haben und auch die Informationen so nicht frei zugänglich sind. – Ja, das war, glaube ich, Ihre Frage.

Zur Frage, wie die Personenkreise informiert werden können, würden wir ebenfalls für die persönliche Ansprache der Patientinnen und Patienten, der gesetzlichen Betreuer, aber auch noch einmal der Einrichtungen und Dienste votieren, indem man die bestehenden Möglichkeiten vielleicht noch einmal zielgruppenspezifisch zusammenfasst und die Patienten über ihre Rechte aufklärt. Information ist die Basis dafür, wie es weitergehen kann.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön. – Ich habe jetzt, wie bereits angekündigt, die zweite Frage der KZBV.

KZBV: Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. – Die KZBV jedenfalls ist in hohem Maße daran interessiert, eine bedarfsgerechte Versorgungsverbesserung zu etablieren. Vor dem Hintergrund, dass eine Bank sogar die Evidenzbasierung der Zahnsteinentfernung grundsätzlich einmalig in Frage gestellt hat,

will ich noch einmal auf den Vorschlag des zweistufigen Modells zurückkommen: Würde es Ihnen helfen, wenn in den Tragenden Gründen eine Verpflichtung zur Evaluation des risikoadjustierten Bedarfes und dessen Gestaltung aufgenommen würde? Könnten Sie sich damit an dieser Stelle des Verfahrens zufriedengeben, vor dem Hintergrund, dass ich Sorge habe, dass ansonsten das Evidenzpferd zu Tode geritten wird und die Versorgung in absehbarer Zeit nicht verbessert werden kann?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wer wagt es, Rittersmann oder Knapp? – Herr Oesterreich.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Um klar und deutlich darauf zu antworten: Natürlich. Das entspricht meinem Eingangsstatement. Mir steht es nicht zu, in diese Aspekte hier einzugreifen, aber ich verweise noch einmal auf mein Statement zur evidenzbasierten Medizin. Drehen Sie bitte bei und berücksichtigen Sie die Expertenmeinung. Expertenmeinung ist eine Stufe der Evidenz; die bestverfügbare Evidenz muss nicht die wissenschaftliche Literatur sein. Ich sehe das als wirkliche Gefahr, mittlerweile sehe ich das sogar als ein Instrument, gegebenenfalls für die Patienten, die es dringend bedürfen, eine Verbesserung der Versorgung herbeizuführen. Jeder Schritt auf diesem Weg ist wichtig; deswegen stimme ich Ihnen zu, Herr Kollege E.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Fix.

Frau Dr. Fix (Caritas): Ich hatte ja vorher schon versucht, darauf zu antworten. Angesichts der Bandbreite der hier im Raum vertretenen Meinungen und angesichts der Tatsache, dass wir dringend vorankommen müssen, um der Unterversorgung – das möchte ich wirklich so bezeichnen – entgegenzuwirken, sehe ich einen solchen Schritt, sozusagen ein zweistufiges Verfahren vorzusehen, als einen absolut gangbaren Weg an und würde ihn auch empfehlen.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Frau Nitschke.

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Herr E., vielen Dank für die Nachfrage. Es ist selbstverständlich: Wir freuen uns, wenn wir einen Schritt weiterkommen. Aber ich würde es natürlich gerne haben, dass wir den zweiten Schritt dann nicht irgendwo verlieren.

Hinsichtlich der Evidenz bin ich auch ein bisschen erschrocken, dass darauf so, wie Sie sagten, herumgeritten wird; denn es gibt ja Dinge, die eigentlich offensichtlich sind und bei denen wir uns auch keine Evidenz holen, indem wir sagen, wollen wir doch einmal gucken, ob jemand, der aus dem 15. Stock herausspringt, dann tot ist oder nicht tot ist. Solche Studien würden wir auch nicht machen, weil wir der Meinung sind, dass wir das Ergebnis wissen.

Ich kann nur sagen: In meinem Versorgungsalltag sehe ich die Probleme, und ich finde es sehr schade, wenn wir die Chance nicht nutzen, hier wirklich voranzugehen, den Menschen die Möglichkeit zu geben, dass sie in ihrem hohen Alter begleitet werden.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Damit Antwort erschöpfend von dieser Seite mir gegenüber? – Keiner mehr? – Patientenvertretung.

PatV: Bei dieser Zweistufigkeit würde ich gerne noch einmal ein bisschen nachhaken; denn bei Ihnen, Frau Nitschke, klang ja gerade schon ein bisschen die Skepsis an. In der Stellungnahme der Caritas, Frau Fix, war ja auch Thema, dass Sie sich grundsätzlich eine solche Zweistufigkeit vorstellen könnten. Dann ist aber natürlich direkt die Frage: Wie können wir das denn organisieren?

Herrn Oesterreich habe ich eben so verstanden: Bloß nicht dokumentieren! Kostet ja alles, ist ja alles Bürokratie! Aber wie kommen wir für einen zweiten Schritt an einen Punkt, an dem wir Erkenntnisse

haben, die wir dann auch nutzen können, um risikoadjustiert Menschen so zu versorgen, dass es dann genauer passt? Insofern ist die Patientenvertretung ja in ihrem Vorschlag dabei geblieben, explizit zu sagen: in der Regel zweimal, bei Bedarf mehr. Das ist letztlich genau das, was ich bei Ihnen auch schon herausgehört habe; aber ich äußere trotzdem noch einmal die Bitte um eine Antwort auf folgende Frage: Wie könnte denn eine Evaluation aussehen? Was können Sie sich vorstellen, was im Rahmen der Versorgungsrichtlinie, die jetzt beschlossen werden soll, so umgesetzt wird, dass man in ein, zwei Jahren Daten hat, auf deren Basis man dann risikoadjustiert weitere Maßnahmen ergreifen kann? Wie stellen Sie sich das vor? Dazu bitte ich Sie Drei um eine Antwort.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wer sind die Drei?

PatV: Frau Fix, Frau Nitschke und Herr Schulte.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Aha. – Bitte.

Frau Dr. Fix (Caritas): Wir hatten ja auch gesagt – Sie haben es hervorgehoben –, kalenderhalbjährlich und sozusagen bei Bedarf auch mehrfach. Also, ich würde dann auch sagen, bis zu viermal. In den §§ 8 und 9, Berichterstattung, ist ja auch eine Evaluation vorgesehen. In einem solchen Verfahren könnte man ja auch, wenn in den Tragenden Gründen steht, dass bei Bedarf dies auch bis zu viermal im Jahr möglich ist, sozusagen eine höhere Frequenz als den halbjährlichen Schritt mit evaluieren.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Dann gehe ich von links nach rechts, von mir aus gesehen. – Frau Nitschke.

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Vielen Dank für die Nachfrage. – Das ist nicht einfach; das möchte ich ebenfalls sagen. Herr Schulte hat über die Lehrstühle für Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen gesprochen. In Deutschland gibt es keinen Lehrstuhl für Seniorenzahnmedizin. Dies sei auch noch einmal angemerkt. Zudem ist das Interesse an Zahnmedizin seitens der Firmen dort gering, weil wir in diesem Bereich keine Implantate setzen; wir haben auch keine Medikamente oder irgendetwas, sondern sind dort Handwerker. Deshalb ist die Frage von Ihrer Seite wirklich berechtigt.

Ich denke, man muss gegebenenfalls wirklich eine gute Studie aufbauen, in der man die medizinische, also die funktionelle Kapazität aufgrund der medizinischen Daten, und die zahnmedizinische funktionelle Kapazität betrachtet. Das bedeutet, man muss die Eigenverantwortlichkeit des Patienten beschreiben, und man muss die Mundhygienefähigkeit beschreiben. Dann muss man eben gucken, ob man bei diesen Patienten dreimal oder viermal jährlich die Belege entfernt. Es ist ja auch denkbar, dass man dies dem Patienten eben dreimal im Jahr angedeihen lässt. Man muss es sozusagen aufbauen.

Zudem muss man den Verlauf sehen. Denn wenn jemand in eine Pflegeeinrichtung kommt, kann es ja sein, dass er noch ein guter Selbstputzer ist und die Aufgabe des Fremdputzers geringer ist. Aber in zunehmender Gebrechlichkeit, bei Krankheit, in einer palliativen Situation braucht er eben mehr Unterstützung und kann aufgrund seiner eigenen geringen Belastbarkeit selber gar keinen Beitrag mehr leisten. Das muss man wirklich in einer Studie wissenschaftlich begleiten, wenn man es genau wissen möchte. – Aber ich danke Ihnen für die Frage.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Schulte.

Herr Prof. Dr. Schulte (AG ZMB): Vielen Dank für die Frage. Eine Evaluation kann nur auf wissenschaftlicher Basis erfolgen. Ich kann Ihnen aufgrund der Erfahrung bei Anträgen, die wir alle bei der

Ethikkommission einreichen müssen, jetzt schon sagen, dass dies auf jeden Fall recht hohe Probandenzahlen bedeutet, damit man Unterschiede zwischen unterschiedlichen Studiendesigns überhaupt feststellen kann; das wird Geld kosten. Dies wird sicherlich nicht eine Klinik alleine schaffen können, sondern es muss eine Art Multicenterstudie werden. Damit stellt sich jetzt schon die Frage: Woher nehmen wir das Geld für diese Studie? Grundsätzlich ist das eine gute Idee; ich würde es gerne machen und wäre sofort dabei. Aber sagen Sie mir, wer der Geldgeber für diese Studie ist.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Mir würde jetzt eine Antwort einfallen, die ich allerdings unterdrücke.
– Der Innovationsfonds.

(Heiterkeit)

– Ich ziehe das zurück. – Der GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Vielen Dank. – Ich möchte eine Frage zu einem Thema stellen, das Sie hier gerade so ein bisschen andiskutiert haben, und zwar eine etwas genauere Frage zum Thema Dokumentation. Für die Pflegebedürftigen haben ja auch der GKV-SV zusammen mit der KZBV schon eine entsprechende Dokumentation im Formblatt nach § 119b SGB V vereinbart, die ähnlich auch in der Richtlinie nach § 22a aufgenommen werden soll.

Jetzt meine zweigeteilte Frage an Sie alle: Welche Erfahrungen haben Sie bzw. die Zahnärzte heute damit gemacht? Und der zweite Teil: Welche Gründe sprechen gegen die Festlegung von Mindestanforderungen durch den hiesigen G-BA? – Danke.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Die Frage ging an alle. Meine Standardfrage: Wer möchte zuerst? – Wenn ich wieder von links nach rechts gehe, Herr Oesterreich.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Ich bemühe mich. Empirische Daten dazu liegen mir derzeit nicht vor. Es mag eine subjektive Einschätzung sein, aber ich sage einfach einmal: Sie ist sinnvoll, sie ist gemeinsam entwickelt worden, die Dokumentation ist auch gut eingeführt. Hier geht es unseres Erachtens – ich bin ein bisschen falsch verstanden worden, Herr B.; es ist nicht so reduziert – nicht um die Frage der Dokumentation – wir dokumentieren schon sehr viel –, sondern um die Frage, inwieweit das hier in die Richtlinien einbezogen werden soll. Man muss einfach sagen: Die Fragen der Flexibilität der Dokumentation wären in den Verträgen viel besser angesiedelt. Sie handeln hier in einem Umfeld, wobei sich Rahmenbedingungen, individuelle Situationen der Patienten, Prozesse und Strukturen in dieser Gesellschaft verändern, auch in den zahnärztlichen Praxen. Deswegen lassen Sie es doch dort, wo diese Dokumentation sehr viel zielgenauer und orientiert an den Bedarfen in der Versorgung letztendlich erstellt werden können. Das ist auch in unserer schriftlichen Stellungnahme so vorgetragen worden.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Möchte jemand weiter beantworten? – Ich sehe jetzt keine Wortmeldung. – Doch, Herr Schulte.

Herr Prof. Dr. Schulte (AG ZMB): Ich würde so antworten: Es ist sicherlich sinnvoll, flexible Mindestanforderungen zu formulieren, aber dann die Ausführung in eine Ebene zu verlagern, auf der es, wenn Dinge sich ändern, wie Herr Oesterreich es schon geschildert hat, relativ einfach möglich ist, unter Berücksichtigung der beiden Parteien zu einer Überarbeitung, einer Modifikation, einer Ergänzung zu kommen. Mein Eindruck war eben oder unser Eindruck der AG ZMB war, dass es, wenn Richtlinien sehr detailliert hier in der Richtlinie verankert werden, ein sehr mühsamer, zeitraubender Prozess ist, diese zu ändern. Deshalb war unser Vorschlag, Folgendes zu sagen: Wir stimmen der Verankerung

der genauen Dokumentation in den Richtlinien nicht zu, sondern möchten das auf eine Ebene verlagern, auf der es einfacher ist, das zu modifizieren.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ah ja, jetzt kommt es doch! – Frau Fix.

Frau Dr. Fix (Caritas): Ich möchte mich da ausdrücklich anschließen. Ich mache mir ebenfalls sozusagen Sorgen, dass dann, wenn diese Dokumentation verändert und angepasst werden müsste, jedes Mal die Richtlinie aufgemacht werden muss und dann angesichts der Differenzen, die ja auch im Raum stehen, wieder alle möglichen Probleme angegangen und diskutiert werden. Von daher würde ich ebenfalls für ein Verfahren plädieren, in dem das grundsätzlich geregelt wird, aber nicht in der Richtlinie. Wenn ich das richtig weiß, ist das in den Bundesmantelverträgen auch geregelt worden, in § 119b, und da würde ich es auch für § 22a ansiedeln.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Nitschke dann auch.

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Ich möchte mich meinen beiden Vorrednern darin anschließen, weil wir ja zukünftig, wenn wir mehr Studien haben, auch Veränderungen haben werden, die dann vielleicht auch wieder schnell berücksichtigt werden sollten. – Vielen Dank.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): So, ich habe bislang erstaunlicherweise nur noch einen – – Nein, jetzt verdoppelt sich das. – Die Patientenvertretung.

PatV: Vielen Dank. – Ich hätte vielleicht noch einmal einen kleinen Einschub, warum dies für uns Patientenvertreter wichtig ist. Es geht hier um Mindestanforderungen an eine Dokumentation, nicht um Änderungen. Das ist uns, der Patientenvertretung, durchaus relativ wichtig, um auch Einfluss zu haben, was denn erhoben wird, um es auch evaluieren und berichten zu können. – Dies nur als ein kleiner Hinweis.

Was aber darüber hinaus von der Patientenvertretung eingebracht wurde, war folgender Fall: Sie sagten, die Informationen müssen zum Patienten, die Krankenkassen sollen das mit Anschreiben machen. Das ist ja ganz gut. Was ist denn, wenn der Patient dann da steht und einen Zahnarzt sucht, der diese Leistung auch anbieten kann? Wir kennen es aus anderen Bereichen, dass das oft ein Problem ist, gerade für Eltern mit behinderten Kindern. Darin steht ja auch, dass die KVen und die KZVen berichten können, zum Beispiel, wo sie einen Arzt finden. Haben Sie denn noch Ideen, dass man diese Verbreitung von Informationen nicht nur den Krankenkassen aufgibt? Wie kann man denn im Prinzip, auch vielleicht als Eltern – – Wie finde ich einen Arzt, der das dann auch gut und präventiv machen kann?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Nitschke.

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Ich kann Ihnen nur berichten, dass zum Beispiel die Landes Zahnärztekammer in Berlin ein Heft hat, wozu die Zahnärzte sich melden. Es wird immer wieder aufgelegt. Darin steht, ob ein Zahnarzt ins Altersheim oder in eine Behinderteneinrichtung geht oder ob die Praxis barrierefrei zu erreichen ist, und das ist recht erfolgreich.

(PatV: Freiwillig?)

– Ja, freiwillig.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Herr Oesterreich.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Also, einerseits verweisen wir auf den Patientenführer – den gibt es in verschiedenen Bundesländern, nicht nur in Berlin –, und zweitens verweisen wir grundsätzlich in diesem Zusammenhang auf die Patientenberatung der zahnärztlichen Selbstverwaltung, der Organisation, wo diese Anliegen an die Patientenberatung herangetragen werden und in der Regel dann auch entsprechende Praxen benannt werden. Um welche Leistungen es sich handelt, wurde ja nicht ausgeführt; dazu will ich mich jetzt auch nicht äußern. Aber wir sehen zumindest in unseren Organisationen nicht, dass wir derzeit dort eine Problemlage haben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Danke schön, Herr Oesterreich. – Dann rufe ich den GKV-Spitzenverband auf.

GKV-SV: Der letzte Punkt, den wir noch ansprechen möchten, ist die Berichterstattung, die wir am Ende der Richtlinie vorgesehen haben. Es ist so, dass wir die wesentlichen Berichtspunkte gern in der Richtlinie verankert haben möchten. Das betrifft die Anzahl der erbrachten Leistungen, die nach § 22a abgerechnet werden, die konsiliarischen Erörterungen und die Frage, wie viele Versicherte die jeweiligen Leistungen in Anspruch genommen haben. Auch im Hinblick auf die Evaluation und eine grobe Darstellung des Versorgungsgeschehens halten wir das für richtig. Würden Sie uns darin zustimmen, dass diese Berichtspunkte bereits in der Richtlinie verankert werden?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das war eine Frage an alle? – An alle. – Gibt es auch eine Antwort an alle, oder nur die Drei? – Nein. – Frau Fix.

Frau Dr. Fix (Caritas): Wenn ich das richtig gesehen habe, hat der GKV gefordert, dass auch über die 87i und 87 berichtet wird. – Das war nicht die Frage? – Okay, dann ziehe ich das zurück. – Gut, das war nicht die Frage.

Herr Prof. Dr. Schulte (AG ZMB): Ich finde diese Frage für mich schwierig zu beantworten, weil ich als Wissenschaftler das Gefühl habe, dass in einer solchen Berichterstattung niemals so detaillierte Daten erhoben werden können, wie ich sie als Wissenschaftler gerne hätte. Ich bin auch nicht informiert, welche Daten Sie als gesetzliche Krankenkassen haben. Ich sehe mit Interesse, dass es eine Auswertung von Daten gibt, wie Barmer-GEK-Report usw. Ich tue mich schwer, da eine deutliche Ansage zu machen, weil ich natürlich als Wissenschaftler an fundiert erhobenen Daten interessiert bin, bisher aber immer höre, dass die Daten, die es gibt, sozusagen nur begrenzt auswertbar sind.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Sonst keiner mehr als Antwortender? – Dann gucke ich jetzt noch einmal links und rechts. Gibt es denn Fragesteller? – Jawohl, die Patientenvertretung.

PatV: Ich habe noch eine Nachfrage an zwei, an Frau Nitschke und Herrn Schulte. Sie haben beide das Thema Xerostomie/Mundtrockenheit angesprochen und vorgeschlagen, den Begriff zu verändern. Sie haben das fachlich damit begründet, dass das ein nicht ganz eindeutiger Fachbegriff sei und dass Sie den Begriff Mundtrockenheit für passender hielten. Die Begründung, die aber gerade bei Ihnen, Herr Schulte, danach kommt, zielt eigentlich auf einen dritten Begriff.

Unsere Frage als Patientenvertretung lautet: Hat es einen rein fachlichen Grund, dass Sie diese Umbenennung empfehlen, oder – zweiter Teil der Frage – hat dies Auswirkungen auf die Versorgung? Also denken Sie, dass der Kreis der Patienten, die dadurch angesprochen wird, kleiner wird? Sie haben ja bewusst in der Begründung – Herr Schulte, Sie waren das – deutlich gemacht, dass der Begriff der Xerostomie die individuell empfundene Mundtrockenheit beinhaltet, nicht aber die messbare, und ha-

ben dann letztlich ein Stückchen anheimgestellt, dass man doch erst einmal die Mundtrockenheit messen müsste, bevor man die individuell empfundene dann auch entsprechend behandelt. Daraus leiten wir ab, dass Sie womöglich den Kreis derjenigen, die da anspruchsberechtigt sein sollen, ein Stück eingrenzen wollen. Wenn das nicht so ist, bitte ich noch einmal um eine Begründung, weshalb Sie die Veränderung der Begrifflichkeit empfehlen.

Herr Prof. Dr. Schulte (AG ZMB): Sie haben mich direkt angesprochen. Als Wissenschaftler ist man ja immer daran interessiert, dass korrekte Begriffe verwendet werden. Es ist bekannt und tägliche Übung, dass selbst innerhalb der Hochschule diese Begriffe durcheinandergehen. Als Wissenschaftler kann ich Ihnen nur sagen: Wenn ich für Zeitschriften Studien zu begutachten habe, wird immer ganz eindeutig zwischen Hyposalivation, sprich Mundtrockenheit, die messbar ist, und Xerostomie, der subjektiv empfundenen Mundtrockenheit, differenziert. Mir war es nur sinnvoll und wichtig, den korrekten Begriff – das wäre in diesem Fall als Überbegriff die Mundtrockenheit – zu verwenden. Ich habe überhaupt keine Ideen, welche Auswirkungen dies auf das Versorgungsgeschehen hätte, weil ich nicht weiß, welche Begriffe wo bisher in verschiedenen Paragraphen verankert sind. Es ging mir jetzt wirklich nur um die begriffliche Klarheit, weil ich über den Begriff Xerostomie gestolpert bin und weiß, dass er eben nur einen Teil der Probleme schildert.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Frau Nitschke.

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Ich möchte Herrn Schulte da unterstützen. Die Mundtrockenheit bildet sozusagen das ab, was wir wirklich sehen und messen können, während Xerostomie eher das Wort für das subjektive Empfinden ist. Unser Anliegen ist, dass wir hier von den wissenschaftlich korrekten Begriffen ausgehen. Das hat nichts damit zu tun, dass die Versorgungsleistung geringer ist.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Wir haben jetzt den GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Es ist richtig dargestellt worden, dass die Begriffe Mundtrockenheit und Xerostomie sowohl international als auch national oft synonym und nicht klar definiert verwendet werden. Insofern kann ich dem nicht folgen, dass dem einen von daher der Vorzug zu geben ist. Wie sehen Sie es, dass im ICD-10 – das ist die internationale Klassifikation der Krankheiten, die auf internationaler Ebene festgelegt worden ist – von den Störungen der Speichelsekretion, K11.7, die Mundtrockenheit abgegrenzt ist? Das sind also zwei unterschiedliche Begriffe. Uns geht es doch um die Störung der Speichelsekretion, oft aus medikamentösen Gründen. Aus diesem Grund würden wir doch sagen, dass die Xerostomie als Störung der Speichelsekretion das bezeichnet, worum es uns hier im Wesentlichen geht. Also, wir gehen jetzt ein bisschen formaler vor, wir sagen, wissenschaftlich ist nicht ganz klar, wie das zu definieren ist. Wir haben aber ein Regelwerk, das irgendwo auch die Vorgaben für Deutschland gesetzt hat, und würden uns gern daran halten. Was meinen Sie dazu?

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Das war jetzt die Fragestellung: Was meinen Sie dazu? – Was meint jemand dazu? – Frau Nitschke.

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Also, Herr S., ich muss sagen, mir geht es darum, dass wir etwas machen und alle im Kopf haben, dass die Mundtrockenheit, die Xerostomie, wie auch immer benannt, ein Problem ist. Wir in den Universitäten lehren eigentlich den Begriff Mundtrockenheit für das objektive und Xerostomie für das subjektive Empfinden. Aber mein Anliegen war eigentlich, dass man hier den Begriff richtig verwendet. Wenn Sie gerne Xerostomie verwenden, dann kann ich damit leben.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Es gibt jetzt die KZBV mit der nächsten Frage.

KZBV: Um einem möglichen zeitverzögernden Disput über diesen Punkt – nicht hier und heute, sondern in der Folge – abzuhelfen: Könnten Sie damit leben, dass man Mundtrockenheit/Xerostomie in die Richtlinie aufnimmt?

Frau Prof. Dr. Nitschke (DGAZ): Sehr gut.

Herr Prof. Dr. Schulte (AG ZMB): Sofort.

Herr Dr. Deisler (Vorsitzender): Ich gucke jeweils noch einmal zehn Sekunden nach links und zehn Sekunden nach rechts, damit ich auch nichts übersehe. – Ich habe keine Fragesteller mehr. Dann obliegt es mir, Ihnen herzlich zu danken, dass Sie uns so lange zur Verfügung gestanden haben, auf unsere Fragen so lange Rede und Antwort gestanden haben.

Ich wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg. Wir werden weiter beraten und hoffentlich zu einem guten Ende kommen. – Die Anhörung ist geschlossen.

Ende der Anhörung: 13.05 Uhr

Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5 und § 92 Absatz 1a Satz 6 SGB V vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V)

Stand: 12.05.2017

Inhalt

I.	Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren	2
II.	Schriftliche Stellungnahmen	2
III.	Mündliche Stellungnahmen	93

I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 SGB V wurde der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sowie gemäß § 91 Absatz 5a der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) Stellung zu nehmen.

Der Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung (UA ZÄ) hat in seiner Sitzung am 17. Februar 2017 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO beschlossen.

Darüber hinaus hat das Plenum in seiner Sitzung am 16. März 2017 weiteren folgenden Organisationen ein Stellungnahmerecht gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO zur Erstfassung einer Richtlinie nach § 22a SGB V eingeräumt:

- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)
- Deutscher Caritasverband e. V. (Caritas)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (Diakonie)
- Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung: AK Gesundheitspolitik der Fachverbände der Behindertenhilfe
- Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ)
- Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ)
- Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder speziellem medizinischen Behandlungsbedarf (AG ZMB)

Mit Schreiben vom 22. März 2017 wurden den o.g. stellungnahmeberechtigten Organisationen der Beschlussentwurf zu der beabsichtigten Erstfassung einer Richtlinie nach § 22a SGB V sowie die dazugehörigen Tragenden Gründe übersandt.

Die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 19. April 2017.

II. Schriftliche Stellungnahmen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Deutscher Caritasverband e. V.	7. April 2017
Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.	11. April 2017
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	13. April 2017

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

- Gesamtverband e. V.

18. April 2017

Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen
mit Behinderung oder speziellem medizinischen
Behandlungsbedarf (AG ZMB)

18. April 2017

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

19. April 2017

Bundesverband privater Anbieter sozialer
Dienste e. V. (bpa)

19. April 2017

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V. (Diakonie)

19. April 2017

Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
(DGKiZ)

19. April 2017

Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin
(DGAZ)

19. April 2017

Bundeszahnärztekammer (BZÄK)

19. April 2017

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst (siehe nachfolgende Tabelle) und ist Gegenstand der Beratungen in der Sitzung des Unterausschusses Zahnärztliche Behandlung am 12. Mai 2017.

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
Einleitende Worte					
1	Deutscher Caritasverband (07.04.2017)	Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Möglichkeit, zur Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen Stellung nehmen zu können. Der Deutsche Caritasverband hat sich im Rahmen der Gesetzgebung zum GVK-Versorgungsstärkungsgesetz vehement für eine prophylaktische zahnmedizinische Betreuung von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit einer Behinderung eingesetzt und die Einführung des § 22a ins SGB V im Juli 2015 daher begrüßt. Menschen mit einer Behinderung oder Pflegebedürftige haben häufig Schwierigkeiten, ihre tägliche Mund- und Zahnhygiene ausreichend und selbständig durchzuführen, insbesondere, wenn sie motorisch oder kognitiv eingeschränkt sind. Wissenschaftliche Studien zur Entwicklung der Kariesverbreitung und des Kariesbefalls belegen, dass diese Personengruppen einen deutlich schlechteren Zahn- und Mundgesundheitsstatus aufweisen als der Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung.		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Die schlechte Zahn- und Mundgesundheit zieht gerade bei pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit einer Behinderung gravierende Folgen für ihre Allgemeingesundheit nach sich. Bleiben Karies, Parodontitis oder Gingivitis unbehandelt, kann dies schwere Erkrankungen der Lunge oder des Herz-Kreislauf-Systems zur Folge haben. Bei pflegebedürftigen Menschen treten nicht selten in Folge eines nicht mehr funktionierenden Kauapparats oder aufgrund von Erkrankungen der Mundschleimhaut Probleme der Fehl- und Mangelernährung auf. Die Lebensqualität wird dadurch insgesamt eingeschränkt.			
2	AWO Bundesverband (11.04.2017)	Der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. bedankt sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss für die Gelegenheit, zur Erstfassung einer Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V), Stellung nehmen zu dürfen.		Nein	Kenntnisnahme
3	AWO Bundesverband (11.04.2017)	Generell ist die Erhaltung, aber auch die Wiederherstellung der Allgemeingesundheit für jeden Menschen Schlüssel zum persönlichen Wohlbefinden und zur individuellen Lebensqualität. Die Erhaltung und/oder Wiederherstellung der individuel-		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		len Zahn- und Mundgesundheit im Besonderen dient außerdem der schmerzfreien und/oder komplikationslosen Nahrungsaufnahme, aber auch der Kommunikation durch Sprache und Mimik und ermöglicht dadurch auch soziale Teilhabe. Die Mundgesundheit von pflegebedürftigen Menschen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Erkrankungen ist aus diversen, wissenschaftlich belegbaren Gründen vergleichsweise schlechter, als die des Bevölkerungsdurchschnitts.			
4	AWO Bundesverband (11.04.2017)	Die AWO setzt sich seit langem auf vielen Ebenen und im Rahmen vieler bundesweiter Projekte und Initiativen für eine gute Mundgesundheit von Menschen ein und hat daher die gesetzliche Einführung des § 22a SGB V begrüßt. Der AWO Bundesverband e. V. unterstützt ausdrücklich die ausführliche Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes und schließt sich dieser an.		Nein	Kenntnisnahme
5	AWO Bundesverband (11.04.2017)	Aus Sicht des AWO Bundesverbandes e. V. sollte jedoch die Richtlinie nach § 22a SGB V die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) besonders berücksichtigen. Dies ist im vorliegenden Entwurf unserer Auffassung nach nicht ausreichend der Fall.	Die UN-BRK ist seit dem 26. März 2009 in Deutschland geltendes Recht. Alle staatlichen Stellen sind demnach verpflichtet, die Rechte von Menschen mit Behinderungen ¹ in ihrem Hoheitsbereich zu schützen, zu achten und zu gewährleisten. Die UN-BRK konkretisiert bestehende politische, soziale	Nein	In § 22 a SGB V ist die Zielgruppe der Richtlinie eindeutig und abschließend benannt. Im Übrigen Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			und kulturelle Menschenrechte, um Menschen mit Behinderungen die volle, gleichberechtigte, selbstbestimmte und wirksame Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen. Artikel 25 UN-BRK beschreibt das Recht von Menschen mit Behinderungen auf ein Höchstmaß an Gesundheit und verpflichtet die Bundesrepublik dazu, Gesundheitsleistungen anzubieten, „die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden.“ Außerdem ist Deutschland gemäß Artikel 25 e UN-BKR dazu verpflichtet „den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung“ aufzulegen, „Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen.“ ¹ Gemäß Art. 1 Satz 2 UN-BRK sind Menschen mit Behinderungen, „Menschen die langfristige körperliche, seelische, geistige		

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			<i>oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Insofern gehören die durch die Richtlinie adressierten Zielgruppen Menschen mit Pflegebedarf, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Erkrankungen alle zum durch die UN-BRK normierten Personenkreis.</i>		
6	AWO Bundesverband (11.04.2017)	Das Sozialgesetzbuch V enthält in diesem Zusammenhang bereits in § 2a SGB V eine eigenständige Regelung, die ausschließlich die Belange von Menschen mit Behinderungen und chronisch kranken Menschen in den Mittelpunkt stellt. „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“ Art. 9 Abs.1 UN-BRK verpflichtet Deutschland jedoch auch dazu „Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen,“ und fordert Deutschland dazu auf „geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, [...], Information und Kommunikation, einschließlich		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen“ zu schaffen.			
7	AWO Bundesverband (11.04.2017)	Die vorliegende Erstfassung der Richtlinie § 22a SGB V ist daher aus Sicht des AWO Bundesverbandes eine zu begrüßende Maßnahme zur Herstellung individueller, gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, die gemäß § 2a SGB V den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, sowie der UN-BRK, insbesondere den Artikeln 9 und 25 in Ansätzen bereits Rechnung trägt.	Um jedoch gleichberechtigt und selbstbestimmt entscheiden und dadurch Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen effektiv verhüten zu können, bedarf es aus Sicht des AWO Bundesverbandes e. V. außerdem weiterer, in der Richtlinie zu verankernder Vorgaben. Dazu gehören neben einem für die Belange von Menschen mit Behinderungen geschulten Gesundheitspersonal, auch barrierefreie zahnärztliche Räumlichkeiten und zugängliche zielgruppenspezifische Informationen. ² Den besonderen Belangen von Menschen mit Angst vorm Zahnarzt, also mit sog. Dentalphobie, ist dabei besonders Rechnung zu tragen. Dies ist mit Blick auf die von der Zielgruppe beschriebenen schlechten bis traumatisch erlebten zahnärztlichen Behandlungen von besonderer Bedeutung. ² Siehe Wasserman, B. S.: <i>Special Care Dentistry, An Issue of Dental Clinics in North America, Volume 60, Nr. 3, Philadelphia, 2016</i>	Nein	Kenntnisnahme im Weiteren s.u.
8	BfDI (13.04.2017)	Für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5a SGB V danke ich Ihnen.		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Nach erfolgter datenschutzrechtlicher Prüfung gebe ich zu diesem Beschlussentwurf keine Stellungnahme ab.			
9	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Zunächst bedankt sich der Paritätische für das eingeräumte Stellungnahmerecht zur Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.		Nein	Kenntnisnahme
10	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Der Paritätische weist bereits seit Jahren auf die hohe Bedeutung der ärztlichen und zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf hin und setzt sich immer wieder für eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen ein.	Denn viele wissenschaftliche Studien belegen, dass ältere Menschen mit Pflegebedarf sowie Menschen mit Behinderungen eine deutlich schlechtere Zahngesundheit als andere Bevölkerungsgruppen haben. Grund hierfür ist einerseits die eingeschränkte Möglichkeit, sich ausreichend um die Zahnpflege zu kümmern, sei es durch physische oder kognitive Umstände des Betroffenen (ca. 30 Prozent der Betroffenen sind gar nicht mehr in der Lage, sich selbst um die Zahngesundheit zu kümmern und damit auf die Hilfe Dritter angewiesen). Andererseits sind ca. 60 Prozent der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf in ihrer Mobilität eingeschränkt, so dass keine Möglichkeit besteht, regelmäßig eine Zahnarztpraxis aufzusuchen. Für die Betroffenen spielt es da-	Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			bei keine Rolle, ob sie in der eigenen Häuslichkeit oder in einer Einrichtung leben. Die defizitäre Situation im Hinblick auf eine (zahn-)ärztliche Versorgung betrifft folglich alle Menschen mit Unterstützungsbedarf gleichermaßen.¹ ¹ Siehe z. B. Barmer GEK Pflegereport 2014 oder Studie der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) aus 2016. Die genannten Zahlen stammen aus der letztgenannten Studie. Stellungnahme zur Erfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V), Der Paritätische, 18.04.2017		
11	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Umso mehr begrüßen wir die durch das Versorgungsstärkungsgesetz eingeführte gesetzliche Grundlage in § 22a SGB V, nach welcher pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen seit dem 1. Januar 2017 einen Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen gewährt wird. Im Hinblick auf die bereits seit zwei Jahren bestehende Regelung im SGB V wäre es begrüßenswert gewesen, die Erfassung der Richtlinie über		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) bereits schon eher vorzunehmen, so dass der Anspruch auf die entsprechenden Leistungen zum 1. Januar 2017 umgesetzt werden könnte.			
12	AG ZMB (18.04.2017)	Das Selbstverständnis der AG ZMB basiert auf dem Recht von Menschen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Im Artikel 25 der UN-Konvention zu den Rechten von Menschen mit Behinderungen wird gefordert, dass Gesundheitsleistungen anzubieten sind, die von Menschen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden. Dies beinhaltet Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst geringgehalten oder vermieden werden sollen. Dazu gehört auch der Ausgleich der Benachteiligung hinsichtlich des Erreichens einer guten Mundgesundheit, insbesondere in den unten näher beschriebenen Gruppen. Diese Personen tragen nachweislich ein höheres Karies- und Parodontitisrisiko als die Durchschnittsbevöl-		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		kerung. In den Staaten, die die UN-Konvention zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung unterzeichnet und ratifiziert haben, wozu seit 2009 auch Deutschland gehört, ist der Gesetzgeber aufgefordert, auch die vorhandenen Nachteile im Bereich Mundgesundheit durch entsprechende Regelungen auszugleichen. Die AG ZMB setzt sich daher insbesondere für die Mundgesundheitsbelange von Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf ein. Hiervon sind besonders die Personen betroffen, die aufgrund ihrer Behinderung oder Grunderkrankung eine schlechtere Mundgesundheit als die Allgemeinbevölkerung haben.			
13	AG ZMB (18.04.2017)	Im vorgelegten Entwurf zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen wird der Kreis der Menschen mit Behinderung, die Anspruch auf diese Leistungen haben, auf diejenigen eingegrenzt, die Eingliederungshilfe beziehen.	Dieses Kriterium trifft somit nur auf einen Teil der von uns vertretenen Gesamtgruppe von Menschen mit Behinderung in Deutschland zu. Im Jahr 2015 lebten in Deutschland ca. 7,6 Millionen Menschen mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung (https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_insg_Altersgruppen.html).	Nein	Siehe Nr. 5

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			Von diesen beziehen vornehmlich Personen Eingliederungshilfe, die körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert und finanziell mittellos sind. Diese Voraussetzungen müssen erfüllt sein, da die Eingliederungshilfe ein Teil der Sozialhilfe ist. Im Jahr 2014 umfasste diese spezielle Gruppe laut Statistischem Bundesamt 860.489 Menschen mit einem Durchschnittsalter von 33,3 Jahren. Aus dieser Gruppe waren jedoch 241.000 Betroffene unter 18 Jahren, die bereits nach SGB V, §21 und §22 Anspruch auf die gesetzlich vorgesehenen zahnmedizinische Gruppen- und Individualprophylaxeleistungen haben. Damit verbleiben aus der Gruppe der nach Neuregelungen des §22a Anspruchsberechtigten mit Eingliederungshilfe nur ca. 620. 000 Betroffene (2014). Insbesondere haben Menschen mit geistiger Behinderung (MmgB) oder Mehrfachbehinderung, die einen hohen Anteil der Personen mit Anspruch auf Eingliederungshilfe ausmachen, einen Bedarf an Unterstützung bei der adäquaten Mundhygiene durch Hilfspersonen. MmgB haben nicht nur Entwicklungsverzögerungen, sondern ein begrenztes Konzentrations-		

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			vermögen und eine eingeschränkte Gedächtnisleistung. Ihre funktionalen Kapazitäten sind geringer und das Lernen geht langsamer vor sich als bei Menschen ohne geistige Behinderung. Eine gute Mundgesundheit kann bei MmgB nur erlangt und erhalten werden, wenn die Betreuungspersonen bei der Durchführung der Mundhygienemaßnahmen auf breiter Basis und regelmäßig einbezogen werden. Langfristig ist durch die Verbesserung der Mundgesundheit mit einer Verringerung des Behandlungsbedarfs, der durch Karies und parodontale Erkrankungen bedingt ist, zu rechnen. Dies könnte auch den Behandlungsumfang und die Frequenz von Zahnbehandlungen in Narkose nachhaltig senken.		
14	DPR (19.04.2017)	Der DPR bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung zur Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) nehmen zu können. Die Mundgesundheit pflegebedürftiger und behinderter Menschen in der Langzeitversorgung war bisher nicht ausreichend gesichert. Daher begrüßt der DPR die Erst-		Nein	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		fassung der Richtlinie, weil sie dazu beiträgt die Mundgesundheit der Menschen zu fördern, deren Vorsorgeverhalten bezogen auf die Zahlpflege häufig eingeschränkt ist.			
15	DPR (19.04.2017)	<u>Pflege- und Unterstützungspersonen</u> In der Erstfassung der Richtlinie bzw. in den Tragenden Gründen werden „Pflege- oder Unterstützungspersonen“ genannt. Unklar bleibt, ob es sich dabei um professionell Pflegenden in unterschiedlichen Settings oder um Laienpflege (An- und Zugehörige) handelt. Damit wird nicht deutlich, welche Aufgaben „Pflege- und Unterstützungspersonen“ bei der Mundgesundheit haben. Professionell Pflegenden nehmen bereits heute verschiedene Aufgaben zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei pflegebedürftigen und behinderten Menschen wahr, wie die Mund- Zahn- und Prothesenpflege, die Beobachtung und Dokumentation von Veränderungen und ggf. Konsultation, Kommunikation und Zusammenarbeit mit Zahnärzten/-innen sowie anderen an der Mundgesundheit beteiligten Gesundheitsberufen. Diese Aufgaben ließen sich zukünftig durch zusätzliche Präventionsleistungen in Kooperation mit Zahnärzten/-in-	Um die Zahngesundheit professionell und nachhaltig zu gestalten, schlägt der DPR vor, die in § 6 aufgeführten Aufgaben als verordnungsfähige Leistungen in die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 7 SGB V aufzunehmen. Damit wäre sichergestellt, dass insbesondere die Mundgesundheit von pflegebedürftigen und behinderten Menschen in der Langzeitversorgung durch professionell Pflegenden angemessen durchgeführt wird. Die Verordnungsfähigkeit wirksamer Maßnahmen ist insbesondere in Bezug auf Krankheitsbilder wie der Xerostomie zu prüfen. Welche Leistungen im Rahmen der Mundgesundheit zu erbringen sind, müsste von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung KZBV definiert werden. Zudem müsste geklärt werden, welcher Arzt/welche Ärztin (Arzt oder Zahnarzt) die Leistungen verordnet.	Nein	Nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens, da nicht vom Regelungsauftrag des § 22a umfasst.

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		nen ergänzen. Ob und in wie weit professionell Pflegende im Rahmen der Richtlinie nach § 22a SGB V als aktive Akteure einbezogen sind, lässt sich jedoch nicht klar erkennen.			
16	bpa (19.04.2017)	Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) bildet mit mehr als 9.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 290.000 Arbeitsplätze und ca. 22.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.900 Pflegediensten, die ca. 219.000 Patienten betreuen, und 4.600 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 297.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit.		Nein	Kenntnisnahme
17	bpa (19.04.2017)	Gemäß § 22 a SGB V haben Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten, Anspruch auf Leistungen zur Vorhütung von Zahnerkrankungen. Dies umfasst insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge. Pflegepersonen des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung einbezogen werden. Es ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses Art und Umfang dieser Leistungen mittels der hier in Entwurfsfassung vorliegenden Richtlinie näher zu regeln.			
18		Die Mitgliedseinrichtungen des bpa arbeiten eng mit Zahnärzten zusammen. Nur durch die stetige Abstimmung zwischen den behandelnden Zahnärzten und dem qualifizierten Pflegepersonal kann eine bestmögliche Versorgung der Versicherten erreicht werden. Der hier zur Stellungnahme vorliegende Entwurf einer Richtlinie zur Verhütung von Zahnerkrankungen kann dazu beitragen, die zahnärztliche Versorgung weiter zu verbessern und wird deshalb vom bpa grundsätzlich begrüßt.		Nein	Kenntnisnahme
19		Der bpa weist darauf hin, dass sich die vorliegende Richtlinie an die Zahnärzte richtet, die für ihre Leistung auch eine entsprechende Vergütung erhalten. Diese Richtli-		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		nie gilt nicht für die Pflegekräfte oder Pflegepersonen, die Pflegebedürftige versorgen.			
20	Diakonie (19.04.2017)	Die Diakonie Deutschland nimmt gerne zur Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen Stellung: Eine adäquate gesundheitliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung gehört zu den langjährigen Kernanliegen der Diakonie Deutschland. Die im Zuge des GVK-Versorgungsstärkungsgesetzes im Juli 2015 eingeführte Zahnprophylaxe nach § 22a SGB V hat die Diakonie nachdrücklich als Beitrag zur besseren zahnmedizinischen Versorgung begrüßt. Zu den Inhalten der Richtlinie schließt sich die Diakonie Deutschland nachdrücklich den Ausführungen des Deutschen Caritasverbandes an.		Nein	Kenntnisnahme
21	DGKIZ (19.04.2017)	Aufgrund des zunehmenden Anteils an Kindern und Jugendlichen mit Allgemeinerkrankungen in der Bevölkerung kommt der vorliegenden Richtlinie eine besondere Bedeutung zu. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützen wir daher jede		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Bemühung Diskriminierungen sowohl in der Prävention als auch in der Therapie für die Patientengruppe der Pflegebedürftigen als auch der Menschen mit Behinderungen zu vermeiden.			
22	DGAZ (19.04.2017)	Im Folgenden nehmen wir Stellung zu den einzelnen Paragraphen des Beschlussentwurfes vom 22. März 2017 unter Einbeziehung der Tragenden Gründe in der Version ebenfalls vom 22. März 2017. Abschließend wird die Erstfassung der Richtlinie aus Sicht der Fachgesellschaft übergeordnet bewertet und zusammengefasst. Soweit nicht anders dargestellt werden folgende Abkürzungen übernommen: DGAZ = Deutsche Gesellschaft für Altersmedizin e. V. GKV = Gesetzliche Krankenkassen KZBV = Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung GKV-SV = Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen PatV = Vertretung der Patienten Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird in dem Text auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Verwendet wird die männ-		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		liche Bezeichnung, wobei sämtliche Bezeichnungen für beide Geschlechter gelten.			
23	BZÄK (19.04.2017)	<u>Grundsätzliche Bewertung</u> Es ist eine der wichtigsten Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, Art. 25) Gesundheitsleistungen, die von behinderten Menschen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden, anzubieten. Seit 2009 ist Deutschland völkerrechtlich dazu verpflichtet, die allgemeinen Menschenrechte gem. UN-BRK ohne Diskriminierung auch für Menschen mit Behinderung umzusetzen. BZÄK und KZBV legten deshalb schon frühzeitig innovative Vorschläge zur Verbesserung der Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung vor: Das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ aus dem Jahr 2010 lieferte wesentliche Impulse für die Gesetzgebung der letzten Jahre bis hin zum nun vorliegenden Richtlinienvorschlag über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V).		Nein	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Die Bundeszahnärztekammer begrüßt also ausdrücklich, dass Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nunmehr einen echten Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention erhalten sollen.			
		<u>Im Einzelnen</u> Die BZÄK schließt sich den Positionen der KZBV zum Beschluss-Entwurf des G-BA über die Erstfassung einer Richtlinie nach § 22a SGB V an (Stand: 22.03.2017).		Nein	Kenntnisnahme
§ 1 Zweck und Regelungsbereich					
24	Deutscher Caritasverband (07.04.2017)	Zweck und Regelungsbereiche der Richtlinie werden gemäß der Rechtsgrundlage des § 22a SGB V sachgerecht dargestellt.		Nein	Kenntnisnahme
25	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Zweck und Regelungsbereiche der Richtlinie werden gemäß der Rechtsgrundlage des § 22a SGB V sachgerecht dargestellt.		Nein	Kenntnisnahme
26	AG ZMB (18.04.2017)	§ 1 Zweck und Regelungsbereich	In Bezug auf §1 stimmt die AG ZMB dieser Vorlage ohne Änderungsvorschläge zu.	Nein	Kenntnisnahme
27	DGKIZ	§ 1 Zweck und Regelungsbereich	Wir stimmen der Vorlage zu.	Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
	(19.04.2017)				
28	DGAZ (19.04.2017)	§ 1 Zweck und Regelungsbereich Entsprechend der gesetzlichen Grundlage (§ 92 Abs. 1 Nr. 2 SGB V in Verbindung mit § 22a SGB V) ist der Zweck und Regelungsbereich unter anderem für eine Patientengruppe formuliert, die zur Verhütung von Zahnerkrankungen hohen Unterstützungsbedarf aufweist, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Mundgesundheit bei der Gruppe der betagten und hochbetagten pflegebedürftigen Multimorbiden einen großen Einfluss auf die funktionelle Kapazität im Rahmen der allgemeinen Gesundheit hat. Karies und besonders die Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontitis) führen besonders in dieser Gruppe zu einem erhöhten Zahnverlust, die Kaufähigkeit wird verringert und eine Einschränkung der Nahrungsaufnahme kann resultieren.	Die Formulierung der Anspruchsberechtigung – Patienten mit einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI oder Patienten mit einer Eingliederungshilfe § 53 SGB XII - ist also nach unserer Auffassung den Versorgungsnotwendigkeiten entsprechend höchst zutreffend gewählt und führt die bestehenden Regelungen des Pflegeeneuarrichtungsgesetzes (PNG) und hier des § 119 b SGB V kontinuierlich fort.	Nein	Kenntnisnahme
29	BZÄK (19.04.2017)	Zu § 1 Zweck und Regelungsbereich Der Richtlinien-Entwurf enthält in § 1 Satz 2 folgende Formulierung: Die Richtlinie definiert Art und Umfang der folgenden Leistungen: • die Untersuchung und Behandlung (§ 3),	Denn in der Richtlinie wird weder die Art noch der Umfang der Untersuchung und Behandlung definiert. Hierfür spricht auch der Entwurf der Tragenden Gründe in dessen § 1 zur Richtlinie der erste Spiegelstrich nicht angeführt ist.	Ja	Streichung des Spiegelstrichs wie vorgeschlagen

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		• die Erhebung des Mundgesundheitsstatus (§ 4), • den Individuellen Mundgesundheitsplan (§ 5) • die Mundgesundheitsaufklärung (§ 6) sowie • die Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7). Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer sollte der erste Spiegelstrich "die Untersuchung und Behandlung (§ 3)" im Richtlinien-Text gestrichen werden.			
§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung					
30	Deutscher Caritasverband (07.04.2017)	Der Deutsche Caritasverband unterstützt die in § 2 genannten vier Versorgungsziele: 1. Erhalt und Verbesserung des Mund- und Prothesenhygienestandards einschließlich der Hervorhebung der mundbezogenen Lebensqualität in Bezug auf Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen und soziale Teilhabe; 2. regelmäßige Untersuchungen zum Zweck der Früherkennung von Zahnerkrankungen; 3. zeitnahe Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung; 4. Vermittlung von Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit.		Nein	Kenntnisnahme
31	Deutscher Caritasverband (07.04.2017)	Es wird besonders begrüßt, dass die Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich als Nachweis zu eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		gemäß § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V gewertet wird und über den Eintrag im Bonusheft zur Erhöhung des Festzuschusses bei Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 SGB V um 20 Prozent berechtigt.			
32	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Bei den Tragenden Gründen zu den Versorgungszielen nach § 2 Absatz 1 der Richtlinie sollte der Position der KZBV gefolgt werden, denn diese enthält den wichtigen Hinweis auf die Ergebnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie. Diese zeigt beispielsweise auf, dass der Kariessanierungsgrad von pflegebedürftigen Menschen gegenüber älteren Senioren ohne Pflegebedarf deutlich höher ist und dass fast 30 Prozent der pflegebedürftigen älteren Menschen gegenüber nur 6,7 Prozent der Senioren der gleichen Altersgruppen ohne Pflegebedarf Hilfe bei der Mundhygiene benötigen.		Nein	Zustimmende Kenntnisnahme
33	Deutscher Caritasverband (07.04.2017)	Zu der Position der KZBV in den Tragenden Gründen wird auf die bei pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen ggf. eingeschränkten kognitiven und „manuellen“ Fähigkeiten verwiesen. Der auf die Handhabung von Zahnpflegeinstrumenten abzielende, enggeführte Begriff der „manuellen“ Fähigkeiten sollte durch den weitergehenden Begriff der „motorischen“ Fähigkeiten ersetzt werden, der		Nein	Allgemeine Zustimmung auch mit Blick auf alle weiteren Fundstellen GKV-SV: „motorisch“ wird aufgenommen und dafür wird „manuell“ gestrichen

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		auch die Fähigkeiten, Bewegungsabläufe zu steuern, umfasst. Dies ist durchgängig zu beachten (auch § 5).			
34	AWO Bundesverband (11.04.2017)	<u>Barrierefreiheit in Zahnarztpraxen</u> Auch im Jahre 2017 haben viele Menschen mit Behinderungen keinen barrierefreien Zugang zu (Zahn-)Arztpraxen und Krankenhäusern. Dadurch bleibt ihnen der gleichberechtigte Zugang zu medizinischer Versorgung verwehrt. Jährlich lassen sich in Deutschland ca. 10.000 Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, und Psychologische Psychotherapeuten*innen neu nieder. Zusätzlich verlegen 8.000 Mediziner*innen den Standort ihrer Arztpraxis/Zahnarztpraxis; tausende bauen ihre Praxis um.³ Die UN-BRK unterscheidet nicht zwischen privaten und öffentlich-rechtlichen Anbietern. Barrierefreiheit ist eine wesentliche Voraussetzung, damit alle Menschen gleichberechtigt am Leben teilhaben können.⁴ Das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderte und kostenlos nutzbare „Praxistool Barrierefreiheit“⁵ der Stiftung Gesundheit unterstützt Ärzt*innen dabei, bereits in der Planungsphase dafür Sorge zu tragen, dass Aspekte der Barrierefreiheit möglichst effizient und kostengünstig in die Arztpraxis integriert werden. Dabei ist neben räumlichen Aspekten von	<u>Vorschlag des AWO Bundesverbandes zur Formulierung § 2 „Versorgungsziele und Qualitätssicherung“:</u> (4) Der Vertragszahnarzt oder die Vertragszahnärztin ist verpflichtet, seine/ihre Praxis regelmäßig auf Barrierefreiheit zu überprüfen. Insbesondere bei Neuniederlassung und Praxisumbauten ist Barrierefreiheit von Anfang an zu berücksichtigen.	Nein	Nicht Regelungsgegenstand der Richtlinie.

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Barrierefreiheit, insbesondere der Nutzung von einfacher und Leichter Sprache zur Förderung der Selbstbestimmung, sowie der farblichen Gestaltung der Praxisräume besondere Beachtung zu widmen, um individuelles Wohlbefinden zu fördern und Dentalphobien zu lindern. ³ Quelle Stiftung für Gesundheit, http://www.praxis-tool-barrierefreiheit.de/praxis-tool-barrierefreiheit/das-leistet-das-praxis-tool-barrierefreiheit.html, abgerufen am 07.04.2017 ⁴ Der AWO Bundesverband e. V. unterstützt gemeinsam mit anderen Sozial-, Verbraucher- und Wohlfahrtsverbänden daher ausdrücklich die vom VDK initiierte „Gemeinsame Erklärung für Barrierefreiheit zur Bundestagswahl 2017. Die Verbände fordern konkret, alle Lebensbereiche so zu gestalten, dass sie auch von allen Menschen, egal ob mit oder ohne Behinderung, genutzt werden können: öffentlich zugängliche Gebäude, Wohnungen und medizinische sowie pflegerische Einrichtungen ebenso wie Verkehrsanlagen und Verkehrsmittel oder Informations- und Kommunikationsmedien http://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/teilhabe_und_behinde-			

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		rung/71116/gemeinsame_erklaerung_fuer_barrierefreiheit_zur_bundestagswahl_2017 , abgerufen am 09.04.2017 ⁵ Siehe http://www.praxis-tool-barrierefreiheit.de/ , abgerufen am 07.04.2017			
35	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Der Paritätische unterstützt die in § 2 genannten vier Versorgungsziele: 1. Erhalt und Verbesserung des Mund- und Prothesenhygienestandards einschließlich der Hervorhebung der mundbezogenen Lebensqualität in Bezug auf Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen und soziale Teilhabe; 2. regelmäßige Untersuchungen zum Zweck der Früherkennung von Zahnerkrankungen; 3. Zeitnahe Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung; 4. Vermittlung von Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit.		Nein	Kenntnisnahme
36	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Darüber hinaus wird begrüßt, dass die Untersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich als Nachweis zu eigenen Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne gemäß § 55 Absatz 1 Satz 4 SGB V gewertet wird und über den Eintrag im Bonusheft zur Erhöhung des Festzuschusses bei Zahnersatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 SGB V um 20 Prozent berechtigt.		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
37	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Wir begrüßen den Hinweis in Bezug auf Versicherte, welche die Praxis nicht mehr aufsuchen können, die Behandlung vor Ort im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen durchführen lassen zu können. Wir weisen diesbezüglich jedoch darauf hin, dass hier nicht nur eine eingeschränkte Mobilität zugrunde liegen kann, sondern z. B. auch eine ausgeprägte demenzielle oder psychische Erkrankung. Wir plädieren deshalb dafür, die tragenden Gründe entsprechend zu ergänzen.		Nein	Vorschlag bezieht sich inhaltlich auch auf § 87 Absatz 2i SGB V Zustimmung, TrGr werden entsprechend ergänzt
38	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Auch bitten wir um eine entsprechende Ergänzung in den tragenden Gründen für die Fälle, in denen eine Behandlung in der Praxis nur mithilfe von Begleitpersonen möglich ist. Dies gilt für Personengruppen, für die das Setting Zahnarztpraxis, Sitzen/Liegen im Zahnarztstuhl oder die Behandlung selbst angstbesetzt oder angstausslösend ist, aber auch für Menschen, die sprachlich stark eingeschränkt sind. Hier sollte den Pflege- oder Unterstützungspersonen die Möglichkeit eingeräumt werden, während der Behandlung anwesend zu sein.		Nein	Zustimmung, TrGr werden entsprechend ergänzt, allerdings nicht im Sinne einer grundlegenden rechtlichen Verpflichtung der ZÄ zur Gewährung der Anwesenheit des Pflegepersonals
39	Deutscher Paritätischer	Weiterhin wird zu der Position der KZBV in den Tragenden Gründen auf die bei pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit		Nein	siehe Nr. 33

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
	scher Gesamtverband (18.04.2017)	Behinderungen ggf. eingeschränkten kognitiven und „manuellen“ Fähigkeiten verwiesen. Der auf die Handhabung von Zahnpflegeinstrumenten abzielende, eingeführte Begriff der „manuellen“ Fähigkeiten sollte durch den weitergehenden Begriff der „motorischen“ Fähigkeiten ersetzt werden, der auch die Fähigkeiten, Bewegungsabläufe zu steuern, umfasst. Dies ist durchgängig zu beachten (auch § 5).			
40	AG ZMB (18.04.2017)	§ 2 Absatz 1	Dem Vorschlag und den Formulierungen in § 2 (1) wird zugestimmt.	Nein	Kenntnisnahme
41	AG ZMB (18.04.2017)	§ 2 Absatz 2	Dem Vorschlag und den Formulierungen in §2 (2) wird eingeschränkt zugestimmt. Der Begriff Xerostomie sollte durch den Terminus „Mundtrockenheit“ ersetzt werden. Begründung: Wissenschaftlich bedeutet Xerostomie die vom Patienten subjektiv empfundene Mundtrockenheit. Die anhand der Speichelfließraten messbare Mundtrockenheit wird als Hyposalivation bezeichnet. Ca. 40% der Patienten, die über Xerostomie klagen, haben keine Hyposalivation. Leider ist der diesbezügliche Sprachgebrauch in der klinischen Zahnmedizin sehr ungenau.	KZBV: Ja	<u>KZBV-Vorschlag:</u> Die Stellungnahme wird begrüßt. Der Hinweis wurde aufgenommen und entsprechend umgesetzt. In der Folge wird der Abs. 2 entsprechend neu formuliert: "[...]"; beispielsweise soll dem Krankheitsbild der Mundtrockenheit durch Hinweise auf eine Prüfung und ggf. Änderung einer diese möglicherweise bewirkenden Medikation entgegengewirkt werden." <u>GKV-SV:</u> ablehnende Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
					Der medikamentenbedingte Rückgang der Speichelproduktion entspricht einer Xerostomie nach ICD-10 K11.7 und nicht einer nicht näher bezeichneten Mundtrockenheit nach ICD-10 R68.2. PatV: ablehnende Kenntnisnahme Es soll bei dem Begriff Xerostomie bleiben, da die von der AG ZMB vorgeschlagene Messung als problematisch angesehen wird und zudem die individuell empfundene Mundtrockenheit ebenfalls als behandlungsbedürftig angesehen wird.
42	AG ZMB (18.04.2017)	Dem Vorschlag und den Formulierungen in § 2 (3) wird zugestimmt.		Nein	Kenntnisnahme
43	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf § 2 (3) wird dem Vorschlag und den Formulierungen „(3) Der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt wird empfohlen, regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen, die sich an den Versorgungszielen nach Absatz 1 und den speziellen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenstellungen orientieren.“ zugestimmt.		Nein	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
44	DPR (19.04.2017)	In Absatz 3 wird Zahnärzten/-innen empfohlen regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen.	Neben den Fortbildungsmaßnahmen für Zahnärzte/-innen schlägt der DPR vor, professionell Pflegende zur Mundgesundheit pflegebedürftiger und behinderter Menschen regelmäßig fortzubilden. Professionell Pflegende führen die erforderlichen Maßnahmen zur Mundgesundheit durch und benötigen dazu entsprechende Kenntnisse und Kompetenzen. Denkbar wäre eine einmal jährlich stattfindende Fortbildungsmaßnahme für professionell Pflegende in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten einzurichten.	Nein	kein Regelungsgegenstand in der Richtlinie KZBV-Vorschlag: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es ergibt sich daraus kein Änderungsbedarf. Die Fortbildung professionell Pfleger ist nicht Regelungsgegenstand dieser Richtlinie. Dem G-BA fehlen für derartige Vorgaben die rechtlichen Grundlagen.
45	DPR (19.04.2017)	In den Tragenden Gründen wird auf Seite 4 ausgeführt, dass im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen nur solche Maßnahmen durchgeführt werden dürfen, die dort nach den konkreten Umständen sowie nach den Regeln der zahnmedizinischen Kunst fachgerecht erbracht werden können.	Wenn allerdings notwendige Maßnahmen aufgrund räumlicher und technischer Gegebenheiten in Einrichtungen oder im häuslichen Umfeld nicht durchgeführt werden können, muss aus Sicht des DPR die Möglichkeit bestehen, den zu Behandelnden in eine auf behinderte und pflegebedürftige Menschen ausgerichtete Zahnklinik zu überweisen bei Übernahme der Transportkosten. Andernfalls besteht die Gefahr, dass notwendige Maßnahmen nicht durchgeführt werden, weil eine Behandlung durch eine Zahnärztin/ einen Zahnarzt vor Ort oder in der Praxis nicht möglich ist.	Nein	Kenntnisnahme, eine Überweisung oder auch Transportmaßnahmen werden nicht ausgeschlossen,

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
46	DGKIZ (19.04.2017)	§ 2 Versorgungsziele	§ 2.1 wird zugestimmt	Nein	Kenntnisnahme
			§ 2.2 Der Begriff Xerostomie sollte durch Mundtrockenheit ersetzt werden, um einen einheitlichen Sprachgebrauch zu gewährleisten.	<u>KZBV</u> : Ja <u>PatV</u> : Nein	siehe Nr. 41
			§ 2.3 wird zugestimmt. Nicht nachvollziehbar ist der Effekt der sich durch die Information der Öffentlichkeit ergibt (Information der Versicherten).	Nein	Kenntnisnahme
47	DGAZ (19.04.2017)	§ 2 Versorgungsziele und Qualitätsförderung Die DGAZ verfolgt als Versorgungsziel den chancengleichen Zugang einer kontinuierlichen, den individuellen Bedürfnissen gerecht werdenden und fürsorglichen zahnärztlichen Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe. Hierbei sollten sowohl präventive wie auch rekonstruktive therapeutische Ansätze verfolgt werden. Inhaltlich konsistent jedoch formell unstimmg geordnet, beschreibt der erste Unterpunkt unter Absatz 1 („Erhalt und Verbesserung ...“) das übergeordnete Versorgungsziel. Im Weiteren werden die hierfür notwendigen Maßnahmen im Überblick beschrieben (□ Regelmäßige Untersuchung; □ Behandlung; □ Instruktion).		Nein	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
48	DGAZ (19.04.2017)	Die Unterpunkte 1 und 2 - „Regelmäßige Untersuchung ...“ sowie „Zeitnahe, den Lebensumständen ...“ - sind nach unserer Auffassung sinnvoll formuliert.		Nein	Kenntnisnahme
49	DGAZ (19.04.2017)	Der Unterpunkt 3 „Vermittlung von geeigneten ...“ sollte unserer Erfahrung nach entsprechend konkretisiert werden.	Im Sinne der Qualitätsförderung geht es nicht alleine um die Vermittlung geeigneter Maßnahmen (Instruktion) zur Verbesserung der Mundgesundheit, sondern in der Folge um eine enge Begleitung der Umsetzung der instruierten Maßnahmen und eine gegebenenfalls notwendige Reinstruktion. Die Maßnahmen sind wie beschrieben an den Patienten und/oder an die Pflege oder andere Unterstützungspersonen zu adressieren.	GKV-SV: Nein	Eine wiederholte Mundgesundheitsaufklärung (Reinstruktion) ist durch § 6 gewährleistet. KZBV: Eine wiederholte Mundgesundheitsaufklärung (Reinstruktion) ist durch die im § 6 Abs. 6 angegebene Wiederholungsfrequenz gewährleistet.
50	DGAZ (19.04.2017)	Die unter Absatz 2 formulierte konsiliatorische Erörterung mit Haus- und Fachärzten sowie dem Hauszahnarzt sollte als wesentlicher Teil einer Qualitätsförderung prominenter herausgestellt werden.		Nein	§ 2 Absatz 2 ist umfassender gefasst und inkludiert bereits die Erörterung mit den genannten Arztgruppen
51	DGAZ (19.04.2017)	Absatz 3: Die fürsorgliche, zahnärztliche Versorgung eines geriatrischen Patienten setzt neben den gerostomatologischen Kenntnissen auch geriatrisches Wissen voraus. Die DAGZ hält entsprechende wiederkehrende Fortbildungsmaßnahmen für in dem Bereich aktive Zahnärzte erforderlich.	Der Absatz 3 sollte dementsprechend konkretisiert werden.	Nein	Kenntnisnahme, Anliegen der DGAZ wird bereits durch die Orientierung an den Versorgungszielen berücksichtigt

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
§ X Information der Versicherten					
52	Deutscher Caritasverband (07.04.2017)	Der Deutsche Caritasverband bewertet die von den Patientenvertretern vorgeschlagene Aufnahme eines § X zur Information der Versicherten positiv.		PatV: Ja GKV-SV/KZBV: Nein	Kenntnisnahme PatV: Zustimmung, Text wird angepasst KZBV: Die Informationsübermittlung erfolgt umfänglich auf Grundlage bereits bestehender formellgesetzlicher Regelungen. Eine rechtliche Grundlage oder auch nur die Notwendigkeit für den G-BA, daneben eine derartige Verpflichtung festzulegen, besteht nicht. GKV-SV: Streichung § X. Die Information der Versicherten ist bereits über §§ 13, 14, 15 SGB I sichergestellt.
53	Deutscher Caritasverband (07.04.2017)	In Absatz 1 wird dazu u.a. formuliert, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) die Öffentlichkeit über Zahnarztpraxen, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung, altersbedingten Einschränkungen und Pflegebedürftigen eingestellt haben, informieren soll. Zunächst ist anzumerken, dass die Pflicht zur Information über Leistungen originär den	<u>Änderungsbedarf</u> In § X ist Absatz 1 zu streichen.	PatV: Nein	KZBV: siehe Nr. 52 PatV: zustimmende Kenntnisnahme, siehe Nr. 52

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Krankenkassen und nicht den öffentlich-rechtlichen Körperschaften wie den KZVen, die den Sicherstellungsauftrag für die Leistung haben, obliegt. Darüber hinaus ist anzumerken, dass jede Zahnarztpraxis grundsätzlich in der Lage ist bzw. sein sollte, pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen adäquat zahnärztlich zu versorgen. Absatz 1 ist daher in der vorliegenden Form zu streichen.			
54	Deutscher Caritasverband (07.04.2017)	Die Aufgabe ist den Krankenkassen, denen in Absatz 2 eine Informationspflicht über die Leistung des § 22a SGB V übertragen wird, zu übertragen. Ihre Informationspflicht muss auch den Aspekt der Barrierefreiheit der Zahnarztpraxen, der für die Zielgruppen des § 22a SGB V eine hohe Relevanz hat, umfassen. Der Deutsche Caritasverband unterstreicht die Bedeutung der Versicherteninformation. Er unterstützt daher nachdrücklich die Ausführungen der Patientenvertreter in den Tragenden Gründen, dass eine allgemeine Information über die neue Leistung des § 22a SGB V in den Mitgliedszeitschriften der Krankenkassen nicht ausreichend ist. Notwendig ist, auch nach Auffassung der Caritas, ein persönliches Schreiben an die Versicherten, das die Krankenkassen auch	<u>Änderungsbedarf</u> Absatz 2 ist wie folgt zu formulieren: „Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, insbesondere die Anspruchsberechtigten nach § 1, in geeigneter Weise über die Leistungen dieser Richtlinie. Darüber hinaus informieren sie ihre Versicherten über barrierefreie Zahnarztpraxen.“	Nein	GKV-SV: Umfängliche Informationspflicht ist bereits in SGB I vorgesehen. KZBV: siehe Nr. 52 PatV: zustimmende Kenntnisnahme, siehe Nr. 52

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		in Leichter Sprache zur Verfügung stellen sollen.			
55	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Der Paritätische bewertet die von den Patientenvertretern vorgeschlagene Aufnahme eines § X zur Information der Versicherten positiv. Allerdings ist in Bezug auf den Vorschlag darauf hinzuweisen, dass die Pflicht zur Information über Leistungen originär den Krankenkassen und nicht den öffentlich-rechtlichen Körperschaften wie den KZVen, die den Sicherstellungsauftrag für die Leistung haben, obliegt. Darüber hinaus ist anzumerken, dass jede Zahnarztpraxis grundsätzlich in der Lage ist bzw. sein sollte, pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen adäquat zahnärztlich zu versorgen. Absatz 1 ist daher in der vorliegenden Form zu streichen; die Informationspflicht ist den Krankenkassen gemäß den Ausführungen in Absatz 2 zu übertragen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die bereitgestellten Informationen auch den Aspekt der Barrierefreiheit der Zahnarztpraxen, der für die Zielgruppen des § 22a SGB V eine hohe Relevanz hat, umfassen. Der Paritätische unterstreicht die Bedeutung der Versicherteninformation. Er unterstützt daher nachdrücklich die Ausführun-	<u>Änderungsbedarf:</u> In § X ist Absatz 1 zu streichen. Absatz 2 ist wie folgt zu formulieren: „Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, insbesondere die Anspruchsberechtigten nach § 1, direkt und in geeigneter Weise über die Leistungen dieser Richtlinie. Darüber hinaus informieren sie ihre Versicherten über barrierefreie Zahnarztpraxen.“	Nein	KZBV: siehe Nr. 52 GKV-SV: Umfängliche Informationspflicht ist bereits in SGB I vorgesehen. PatV: zustimmende Kenntnisnahme, siehe Nr. 52

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		gen der Patientenvertreter in den Tragenden Gründen, dass eine allgemeine Information über die neue Leistung des § 22a SGB V in den Mitgliedszeitschriften der Krankenkassen nicht ausreichend ist. Notwendig ist auch nach Auffassung des Paritätischen ein persönliches Schreiben an die Versicherten.			
56	AG ZMB (18.04.2017)	Dem Vorschlag der PatV zur zusätzlichen Information der Versicherten wird nicht gefolgt.			KZBV und GKV-SV stimmen zu PatV: ablehnende Kenntnisnahme, Begründung nicht nachvollziehbar
57	DPR (19.04.2017)	In § X schlagen die Patientenvertreter/-innen (PatV) vor, die Versicherten über die Leistungen der vorliegenden Richtlinie zu informieren und geeignetes Informationsmaterial für Patienten/-innen zur Verfügung zu stellen. Die Information soll einerseits in der Öffentlichkeit über Zahnarztpraxen erfolgen und andererseits den Anspruchsberechtigten direkt zugehen.	Bzgl. der Informationen für Anspruchsberechtigte schließt sich der DPR den Empfehlungen der PV an, weil Informationen über die Leistungen entscheidend für ihre Inanspruchnahme sind.	Nein PatV: Ja	KZBV: siehe Nr. 52 PatV: zustimmende Kenntnisnahme, siehe Nr. 52
58	DPR (19.04.2017)	In den Tragenden Gründen findet sich unter § X Information der Versicherten der folgende Satz: „Neben Angaben zum Leistungsumfang sollen die Versicherten dar-	Der DPR weist darauf hin, dass die freie Arztwahl für die Anspruchsberechtigten gewahrt bleiben muss und daher eine ausreichende Anzahl von geeigneten Praxen zur Verfügung stehen muss.	Nein	KZBV: siehe Nr. 52 PatV: Die freie Arztwahl soll nicht eingeschränkt werden und dies wird mit der Regelung auch nicht beabsichtigt. Siehe Nr 52

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		über informiert werden, welche Zahnarztpraxen Leistungen nach dieser Richtlinie anbieten.“			
59	bpa (19.04.2017)	<u>A) Regelung</u> Die Patientenvertretung sieht eine Informationspflicht für die KZBV gegenüber Zahnärzten und deren Patienten zu den Inhalten der Richtlinie vor. Darüber hinaus soll die KZBV über Zahnarztpraxen informieren, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung, altersbedingten Einschränkungen und Pflegebedürftigen eingestellt haben. Die Krankenkassen sollen die nach § 1 Anspruchsberechtigten in geeigneter Form über die Leistungen der Richtlinie in Kenntnis setzen. Über diese Maßnahmen ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss in regelmäßigen Abständen zu berichten.		Nein	KZBV: siehe Nr. 52 GKV-SV: Umfängliche Informationspflicht ist bereits in SGB I vorgesehen.
60	bpa (19.04.2017)	Die von Seiten der Patientenvertretung vorgeschlagenen Informationspflichten für KZBV und Krankenkassen werden vom bpa begrüßt.	Nur wenn sowohl die beteiligten Zahnärzte als auch die anspruchsberechtigten Patientinnen und Patienten Kenntnis von den Inhalten und Leistungen der Richtlinie haben, können sie diese in vollem Umfang nutzen. Die Berichtspflicht ermöglicht die transparente Darstellung der Informationsmaßnahmen und gegebenenfalls die Anpassung dieser.	Nein PatV: Ja	KZBV: siehe Nr. 52 GKV-SV: Umfängliche Informationspflicht ist bereits in SGB I vorgesehen.

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			Grundsätzlich besteht jedoch keine Notwendigkeit die jeweiligen Informationspflichten im Rahmen der Richtlinie zu regeln. Dies kann auch über die Vereinbarungen zwischen KZBV und Krankenkassen oder durch entsprechende Selbstverpflichtungen geschehen.		PatV: ablehnende Kenntnisnahme, dennoch Änderungen siehe Nr. 52
61	bpa (19.04.2017)	Nicht nachvollziehbar ist aus Sicht des bpa hingegen die Notwendigkeit über Zahnarztpraxen zu informieren, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigen eingestellt haben.	Zahnärztliche Behandlungen müssen in jeder Praxis oder im Rahmen einer aufsuchenden Behandlung beispielsweise in Pflegeheimen möglich sein. Eine eintretende Pflegebedürftigkeit oder der Umzug aus der Häuslichkeit in eine stationäre Einrichtung sollte nicht die Notwendigkeit eines Arztwechsels nach sich ziehen müssen.	Nein PatV: Ja	GKV-SV: Kenntnisnahme PatV: grundsätzlich zustimmende Kenntnisnahme, in der Versorgungsrealität treten dennoch erhebliche Barrieren auf. Nr. 52
62	DGAZ (19.04.2017)	Die zu diesem Punkt aufgeführten, ausschließlichen Einlassungen der PatV (§ X Abs. 1-3) werden wie folgt kommentiert: Alle an der zahnärztlichen Versorgung beteiligten Institutionen (KZBV und GKV) sollten ihre Mitglieder beziehungsweise die betroffenen Versicherten über die gesetzlichen Neuregelungen ausreichend informieren. Eine Berichterstattung über die hierbei getroffenen Maßnahmen zur Information der Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie der betroffenen Patienten und gegebenenfalls deren Umfeld gegenüber dem		Nein	KZBV: siehe Nr. 52 GKV-SV: Umfängliche Informationspflicht ist bereits in SGB I vorgesehen. PatV: Der PatV ist es sehr wichtig, dass die Krankenkassen Ihre Versicherten nicht nur über die Mitgliederzeitschrift aufklären, sondern individuell und in geeigneter Form. Siehe Nr 52.

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) wird begrüßt.			
63	BZÄK (19.04.2017)	Zu § X der PatV Information der Versicherten Die PatV führt in Abs. 1 aus: „Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gewährleisten, dass alle Zahnärzte über die Leistungen dieser Richtlinie informiert sind und bieten Informationsmaterial für Patientinnen und Patienten in geeigneter Form an. Darüber hinaus informieren sie die Öffentlichkeit über Zahnarztpraxen, die sich auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung, altersbedingten Einschränkungen und Pflegebedürftige eingestellt haben.“ Für derartige Verpflichtungen für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen seitens des G-BA fehlt es aus Sicht der Bundeszahnärztekammer an einer rechtlichen Grundlage.	Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu § 6 Abs. 3 verwiesen.		KZBV und GKV-SV stimmen zu PatV: ablehnende Kenntnisnahme, in der Versorgungsrealität treten erhebliche Barrieren auf. Nr. 52
§ 3 Untersuchung und Behandlung					
64	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und	Der Deutsche Caritasverband/Paritätische unterstützt die Position der KZBV und der Patientenvertreter, die Untersuchung und Behandlung nach Absatz 1 auch auf die Entfernung der harten Beläge (§ 7) zu erstrecken, nachdrücklich.	Aufgrund der eingeschränkten Fähigkeiten zur Durchführung der Mundhygiene haben pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen ein erhöhtes Risiko der Bildung von Zahnbelägen, die bei fehlender Entfernung zu Gingivitis und Parodontitis und Folgeerkrankungen im Bereich der	Nein	Kenntnisnahme siehe Nr. 72

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)		Allgemeingesundheit, einschließlich Problemen der Fehl- und Mangelernährung, nach sich ziehen können.		
65	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Des Weiteren bewertet der Deutsche Caritasverband/der Paritätische die gemeinsame Position des GKV-SV und der Patientenvertreter positiv, den Behandlungsbedarf sowie herausnehmbaren Zahnersatz im Vordruck nach § 8 zu dokumentieren.		Nein	GKV-SV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme KZBV/GKV-SV: Ausgestaltung eines Vordruckes erfolgt durch die Bundesmantelvertragspartner. KZBV: Ablehnende Kenntnisnahme. Vorgaben zur Erstellung und den Inhalten eines Vordrucks sind in der Richtlinie weder erforderlich, noch sachdienlich. siehe Nr. 138
66	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §3 (1) befürwortet die AG ZMB den Vorschlag der KZBV und PatV, der besagt, dass der Durchführung der Maßnahmen nach den §§ 4 bis 7 die eingehende Untersuchung... folgen soll.		Nein	siehe Nr. 72
67	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §3 (3) befürwortet die AG ZMB den Vorschlag der KZBV. Es soll	Die Dokumentation soll vielmehr auf einem Formblatt erfolgen, das jedoch nicht Bestandteil dieser Richtlinie ist.	Nein	siehe Nr. 65

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		keine Dokumentation auf einem Vordruck nach §8 erfolgen.			
68	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §3 (3/4) befürwortet die AG ZMB die Formulierung „...festgestellt“ , wie sie von GKV-SV und KZBV vorgeschlagen wird.		Ja	Zustimmende Kenntnisnahme
69	bpa (19.04.2017)	§ 3 Absatz 3 Untersuchung und Behandlung (Vorschlag GKV-SV; PatV) A) Regelung Informationen über einen herausnehmbaren Zahnersatz sowie Behandlungsbedarf sollen im Vordruck nach § 8 dokumentiert werden.	Im Sinne der Klarstellung sollte vermerkt werden, dass die Dokumentation durch den behandelnden Zahnarzt erfolgt – nicht etwa durch die Pflege- oder Betreuungspersonen. Die Formulierung kann analog des § 4 Abs. 2 Satz 1 erfolgen. Darüber hinaus wird vom bpa darauf hingewiesen, dass der beschriebene Vordruck nach § 8 nicht Teil der Unterlagen zur Stellungnahme ist und somit nicht bewertet werden kann. Der bpa fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, auch den Vordruck nach § 8 noch vorzulegen und in das Stellungnahmeverfahren einzubeziehen.	Nein	siehe Nr. 65 KZBV: Angaben im Vordruck werden zwingend durch ZÄ vorgenommen, da es sich um zahnärztliche Leistungen handelt
70	DGKIZ (19.04.2017)	§ 3 Untersuchung und Behandlung	Der Vorschlag und die Kommentare der GKV-SV zu § 3.1, § 3.3 und § 3.4 werden unterstützt.	KZBV: Ja zu 3.1; Nein zu 3.3	Kenntnisnahme (KZBV: unklare Zuordnung der DGKIZ zu § 3.3 (GKV-SV), da die DGKIZ den § 8 i.d.F. GKV-SV/PatV ablehnt) KZBV-Vorschlag:

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
					Die Stellungnahme wird zum Punkt 3.1. zustimmend zur Kenntnis genommen. Zu Punkt § 3.3 ablehnende Kenntnisnahme Zu 3.4 Kenntnisnahme
71	DGAZ (19.04.2017)	Im Hinblick auf die hier vorgeschlagenen Maßnahmen - § 3 Untersuchung und Behandlung, § 4 Erhebung Mundgesundheitsstatus, § 5 Individueller Mundgesundheitsplan sowie § 6 Mundgesundheitsaufklärung ist es zu begrüßen, dass eine chronologische Reihenfolge der Maßnahmen für den Behandler nicht zwingend vorgeschrieben ist.		Nein	Kenntnisnahme
72	DGAZ (19.04.2017)	Der Entwurf des GKV-SV mit dem Verweis auf die Paragraphen 4 bis 6 (§ 3 Abs. 1) lässt sinnvollerweise zu, dass das Entfernen harter Zahnbeläge (§ 7) auch vor der eingehenden Untersuchung auf Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten erfolgen kann.	Dies ist nach unserer Erfahrung zu unterstützen, da eine regelgerechte Befunderhebung bei Vorhandensein von harten Belägen nur unzureichend erfolgen kann.	Ja	GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme KZBV/PatV: stimmen Beschlussunterlagen des GKV-SV zu
73	DGAZ (19.04.2017)	Die Bestätigung der eingehenden Untersuchung nach § 55 Abs. 1 Satz 3 ff. SGB V ist zu begrüßen.		Nein	Kenntnisnahme
74	DGAZ (19.04.2017)	Die Notwendigkeit von zeitnahen Überweisungen (Absatz 2) ergibt sich aus dem Befund und ist sinnvoll.		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
75	DGAZ (19.04.2017)	Der Verweis des GKV-SV auf eine Dokumentation nach § 8 und hier die Ausschließlichkeit kann nicht nachvollzogen werden, da sich in dem vorgelegten Beschlussentwurf keine derartige Anlage befindet. Es muss davon ausgegangen werden, dass der zahnärztliche Behandler die erhobenen Befunde in der Patientenakte umfänglich dokumentiert.		Nein	siehe Nrn. 65 und 69
76	DGAZ (19.04.2017)	Wenig schlüssig und daher nicht nachvollziehbar ist demnach die hier unter Punkt 3) seitens des GKV-SV und der PatV vorgeschlagene Dokumentation „Herausnehmbarer Zahnersatz“ und „Behandlungsbedarf“.		KZBV: Nein GKV-SV: Ja	KZBV: Kenntnisnahme GKV-SV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme. Auf § 3 Absatz 3 kann verzichtet werden, da die Inhalte in § 8 geregelt sind.
77	DGAZ (19.04.2017)	Unter Punkt 3/4 ist die Einleitung der notwendigen zahnärztlichen Behandlung voranzustellen, Maßnahmen zur Entfernung von Reizfaktoren kann lediglich Teil einer unmittelbaren zahnärztlichen Intervention sein und sollte im Text nachgeordnet aufgeführt sein.		Nein	Im Gegensatz zu den Maßnahmen zur Entfernung von Reizfaktoren bezieht sich die Einleitung der Behandlung auf konkret vorliegende behandlungsbedürftige zahnärztliche Befunde. Dabei sind die Übergänge der Maßnahmen im gesamten Behandlungskontext fließend. Eine Reihenfolge wird nicht vorgegeben.

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
78	DGAZ (19.04.2017)	Die Durchführung zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen, die aufgrund des Befundes üblicherweise dann erfolgen, kann gegebenenfalls auf Grund des Allgemeinbefundes des Patienten zurzeit oder auch später nicht in dem üblichen Maße erfolgen. Dies ist in ausreichendem Maße in der Patientenakte zu dokumentieren. Eine Überprüfung könnte ergeben, dass nach der Befunderhebung keine Behandlung erfolgte. Welche Konsequenz sollte sich dann daraus ableiten?	Unsere Erfahrung zeigt, dass es Situationen gibt, die bei gesunden Patienten eine Behandlung nach sich ziehen würde, bei Pflegebedürftigen, auch unter der ethischen Abwägung des Nichtschadensgebotes, keine Behandlung sinnvoll erscheinen lässt. Dem muss an dieser Stelle Rechnung getragen werden.	Nein	Das Absehen von zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen im Einzelfall wird durch die Regelungen in § 3 nicht ausgeschlossen. Eine entsprechende Dokumentation erfolgt durch den behandelnden Zahnarzt. S. Nrn. 65 und 69
§ 4 Erhebung des Mundgesundheitsstatus					
79	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands/Paritätischen muss das Ziel einer Erhebung des Mundgesundheitsstatus sein, ggf. erforderlich werdende Maßnahmen ursachen- und bedarfsgerecht zu ergreifen oder zu veranlassen sowie Veränderungen des Mundgesundheitsstatus entsprechend der getroffenen Maßnahmen zu dokumentieren. Daher wird die gemeinsame Position der KZBV und der Patientenvertreter zu Absatz 1 unterstützt.	Die Dokumentation sollte nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands/Paritätischen nicht nur Bestandteil der Krankenblattunterlagen sein, sondern auch Bestandteil der Pflegedokumentation. Dies kann jedoch nicht in einer Richtlinie des SGB V geregelt werden. Dieser Hinweis sollte jedoch in die Tragenden Gründe aufgenommen werden.		KZBV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme
80	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf § 4 (1) befürwortet die AG ZMB den Vorschlag der KZBV und der PatV.			KZBV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
					GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme
81	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf § 4 (2) befürwortet die AG ZMB den Vorschlag der KZBV. Die Dokumentation soll Bestandteil der Krankenblattunterlagen sein. Es soll keinen Vordruck nach §8 geben.			KZBV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme
82	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf § 4 (3) befürwortet die AG ZMB den gemeinsamen Vorschlag der drei Gruppen.		Nein	Kenntnisnahme
83	bpa (19.04.2017)	§ 4 Absatz 2 Erhebung des Mundgesundheitsstatus (Vorschlag KZBV; PatV) A) Neuregelung Die bei der Erhebung des Mundgesundheitsstatus festgestellten Befunde werden durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt dokumentiert. Gemäß des Vorschlags der KZBV und der Patientenvertretung soll diese Dokumentation Bestandteil der Krankenblattunterlagen sein.		Nein	Kenntnisnahme
84	bpa (19.04.2017)	Die Dokumentationspflicht und die Feststellung, dass eine solche Dokumentation Teil der Krankenblattunterlagen sein muss, werden vom bpa begrüßt.	Darüber hinaus ist jedoch eine Klarstellung notwendig, dass Pflege- und Betreuungspersonen Zugriff auf die entsprechenden Unterlagen haben. Da die Pflegekräfte diejenigen sind, die die Pflegebedürftigen jeden Tag bei der Zahnpflege unterstützten	Nein	Zustimmende Kenntnisnahme KZBV: Eine Klarstellung ist inso weit nicht möglich, da die Zugriffsmöglichkeit der Pflegekräfte auf die Krankenakten das unmittelbare Verhältnis Pflegekraft - Patient betrifft. Voraussetzung für die

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			oder diese vollständig über-nehmen, müs-sen diese Zugriff auf den festgestellten Mundgesundheitsstatus haben, um die Be-funde bei der Zahnpflege berücksichtigen zu können.		Zugriffsmöglichkeit auf die Unter-lagen ist die vorherige Einwilligung der Patienten GKV-SV: siehe Vorschlag GKV-SV zu § 8 Abs. 3
85	DGKIZ (19.04.2017)	§ 4 Erhebung des Mundhygienestatus	Der Vorschlag und die Kommentare der Gruppen zu § 4.1, § 4.2 und § 4.3 werden unterstützt.	Nein	Kenntnisnahme (KZBV: unklare Zuordnung der DGKIZ zu § 4.2 (GKV-SV) da die DGKIZ den § 8 i.d.F. GKV-SV/PatV ablehnt) vgl. Nr. 70 KZBV-Vorschlag: Zustimmende Kenntnisnahme der Position zu 4.1 und 4.3 Die Position zu 4.2 wird abgelehnt (vgl. Begründung Nr. 138)
86	DGAZ (19.04.2017)	§ 4 Erhebung des Mundgesundheitszu-standes	Das ursachen- und bedarfsgerechte Er-greifen von Maßnahmen zur Verbesserung der Mundgesundheit oder deren Veranlas-sung setzt voraus, dass der Zustand der Mundgesundheit (= Status) zum Zeitpunkt der jeweiligen Erhebung reproduzierbar dargestellt wird (Punkt 1). Hierbei handelt es nicht um den Zustand der Mundgesund-heit, sondern um die Erhebung des oralen Pflegezustandes, was vielleicht zur sprachlichen Verwirrung führen könnte. Darüber hinaus weist sowohl die KZBV wie	KZBV: Nein PatV: Nein	KZBV: Kenntnisnahme Die Aufnahme einer indexbasier-ten Erhebung des Mundgesund-heitsstatus ist zwar fachlich nach-vollziehbar, vorliegend jedoch nicht zwingend geboten und nicht zwingend aus dem gesetzlichen Rahmen abzuleiten. GKV-SV: ablehnende Kenntnis-nahme;

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			auch die PatV zutreffend darauf hin, dass eine mögliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Zeitablauf zu dokumentieren sei. Hierbei erscheint es uns unerlässlich einen entsprechenden Index einzusetzen, der jedoch in den Unterlagen nicht abgebildet ist.		„Mundgesundheitsstatus“ entspricht dem Gesetzestext. Die Dokumentation im Zeitablauf ist durch die halbjährliche Erhebung des Mundgesundheitsstatus sichergestellt PatV: Zustimmung zur Kommentierung GKV SV und KZBV. Ergänzung: Ein Index wird abgelehnt. Es gibt derzeit keine ausreichend validierten Instrumente.
87	DGAZ (19.04.2017)	Unter Punkt 2 fordert sowohl der GKV-SV und - entgegen den Hinweisen unter § 3 Abs. 2 - nun auch die PatV mit Hinweis auf einen entsprechenden Bogen nach § 8 eine ausreichende Dokumentation.	Erneut wird unsererseits verwiesen auf eine fehlende Anlage.	Nein	siehe Nr. 65
88	DGAZ (19.04.2017)	Die unter Punkt 3 dargestellte vorgeschlagene halbjährliche Frequenz der unter § 4 geführten Maßnahmen wird als sinnvoll erachtet.		Nein	Kenntnisnahme
§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan					
89	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und	Nach Auffassung des Deutschen Caritasverbands/Paritätischen umfasst der individuelle Mundgesundheitsplan nach Absatz 2 Buchstaben a-d alle notwendigen Angaben. Wichtig ist besonders das Ziel der	<u>Änderungsbedarf</u> In Absatz 2 Buchstabe a) werden die Wörter „des verringerten Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke“ gestrichen.	KZBV: Ja	KZBV: zustimmende Kenntnisnahme Die KZBV schlägt vor, die Wörter „des verringerten Konsums zu-

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
	Deutscher Paritäts-scher Gesamtverband (18.04.2017)	Verhinderung und Linderung von Mundtrockenheit, die eine häufige Nebenwirkung der Medikation bei pflegebedürftigen Menschen ist. Auch die Verringerung des Konsums zuckerhaltiger Speisen und Getränke ist ein wichtiges Ziel zum Erhalt der Mundgesundheit. Als zentrales Element einer gesundheitsbewussten Ernährung muss die Reduktion zuckerhaltiger Nahrungsmittel sogar ein bevölkerungspolitisches Gesundheitsziel sein. Seine Erreichung hängt allerdings von vielen Faktoren ab, darunter auch von der Produktion stark zuckerhaltiger Nahrungsmittel durch die Lebensmittelindustrie. Für ältere pflegebedürftige Menschen ist Nahrungsgenuss allerdings in besonderer Weise ein Stück Lebensqualität. Daher sollte man vermeiden, Menschen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit zu spezifischen ernährungsbezogenen Verhaltensweisen erziehen zu wollen, zumal das Wissen um die Schädlichkeit zuckerhaltiger Nahrungsmittel ohnehin zum Gemeingut des gesundheitlichen Wissens gehört. Sinnvoll ist hingegen ein entsprechender Hinweis im Zusammenhang mit der Aufklärung über zahngesunde Ernährung (vgl. § 6 Buchstabe e) der Position der Patientenvertreter), deren Inhalte jedoch			ckerhaltiger Speisen und Getränke“ durch "Hinweise zur zahngesunden Ernährung (z. B. Verringerung des Zuckerkonsums)" zu ersetzen (Hinweis: der Punkt zu § 5 Abs. 2 a) steht im Zusammenhang mit der Positionierung zu § 6 Abs. 1 e) i.d.F. der PatV) GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme PatV: Ablehnende Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen. Die Richtlinie bezieht sich nicht nur auf ältere Patientinnen und Patienten.

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		breiter gefasst sein sollten als nur die zuckerhaltige Ernährung. In den Tragenden Gründen wird auf die wichtige Rolle der Unterstützung der Zahnpflege und anderer mundgesundheitsbezogener Aktivitäten durch die Angehörigen hingewiesen. Nicht alle pflegebedürftigen Menschen haben Angehörige, die so nahe bei ihnen leben, dass diese sie bei ihrer Pflege unterstützen können. Der Begriff der Angehörigen sollte daher um den Begriff der „Zugehörigen“ ergänzt werden.			
90	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §5 (1) befürwortet die AG ZMB den gemeinsamen Vorschlag der drei Gruppen.		Nein	Kenntnisnahme
91	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §5 (2) schlägt die AG ZMB folgende Ergänzung vor: „Die Angaben für den Mundgesundheitsplan sind in den Krankenblattunterlagen zu dokumentieren. Das Wort „Xerostomie“ soll durch „Mundtrockenheit“ ersetzt werden. Dies wurde bereits in einem Kommentar zu §2 (2) begründet.		KZBV (zum Ergänzungsvorschlag zur Dokumentation: Nein Zur Xerostomie siehe Nr. 41	KZBV: ablehnende Kenntnisnahme Ein umfassendes Dokumentationsanfordernis ergibt sich bereits aus übergeordnetem Recht (§ 630f BGB). Eine ergänzende Aussage auf Richtlinienenebene zum vorliegenden Spezialfall ist daher nicht erforderlich. GKV-SV/PatV: siehe Nr. 41

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
92	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §5 (3) folgt die AG ZMB dem Vorschlag von GKV-SV und PatV nicht. Es soll keinen Vordruck nach §8 geben.		Nein	KZBV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV/PatV: Es fehlt an einer inhaltlichen Begründung des SN.
93	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §5 (3/4) und §5 (4/5) befürwortet die AG ZMB den gemeinsamen Vorschlag der drei Gruppen.		Nein	Kenntnisnahme
94	DPR (19.04.2017)	Pflege- oder Unterstützungspersonen sollen in die Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans einbezogen sein, wenn der Anspruchsberechtigte bei seiner Zahnpflege abhängig von Hilfspersonen ist. Angaben der Versicherten werden berücksichtigt. Der DPR unterstützt eine aktive Einbeziehung professionell Pflegender und Laienpflegender in die Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans.	Auf diese Weise lässt sich vor Ort klären, welche Maßnahmen mit welcher Frequenz erforderlich aber auch im Alltag praktikabel sind. Bei der Einbeziehung der Anspruchsberechtigten weist der DPR insbesondere auf die Wichtigkeit hin, ihre manuellen und kognitiven Fähigkeiten dabei zu berücksichtigen.	Nein	Kenntnisnahme
95	bpa (19.04.2017)	§ 5 Absatz 1 Erstellung individueller Mundgesundheitsplan A) Neuregelung Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt erstellt auf Grundlage des Mundgesundheitsstatus nach § 4 einen individuellen Mundgesundheitsplan. Bei der Erstel-		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		lung dessen werden die Angaben der Versicherten sowie ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen berücksichtigt.			
96	bpa (19.04.2017)	Die konsequente Einbeziehung der Pflege- oder Unterstützungspersonen in die Erstellung des Mundgesundheitsplanes ist folgerichtig.	In vielen Fällen – beispielsweise bei einer Demenzerkrankung des Versicherten – werden einzig die Pflege- oder Unterstützungspersonen exakte Angaben über die Möglichkeiten der Durchführung der von der Vertragszahnärztin oder dem -zahnarzt empfohlenen Maßnahmen geben können. Zu verwenden sind hierfür insbesondere die vorhandenen Informationen aus der Pflege-Dokumentation.	Nein	Kenntnisnahme
97	bpa (19.04.2017)	§ 5 Absatz 2a Anzuwendende Maßnahmen A) Neuregelung Inhalt des individuellen Mundgesundheitsplans ist unter anderem die Angabe über die empfohlenen, von der Versicherten oder dem Versicherten und ggf. der Pflege- oder Unterstützungspersonen anzuwendenden Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit.	Die Vorgabe, dass die beschriebenen Maßnahmen durch die Pflege- oder Unterstützungspersonen „anzuwenden“ sind, muss als zu strikt bewertet werden. In der Pflegepraxis kann es immer wieder Gründe geben, aufgrund derer einzelne Maßnahmen auf die konkrete Situation angepasst werden müssen. Dem wird auch nicht durch die Formulierung „empfohlene [...] anzuwendende Maßnahmen“ ausreichend genüge getan. Der bpa plädiert hier für eine Formulierung, die eine flexiblere und praxisgerechte Handhabung ermöglicht. Dies kann u.a. durch eine Streichung des Wortes „anzuwendenden“ erreicht werden.	KZBV: Ja	KZBV: zustimmende Kenntnisnahme Der Hinweis wurde aufgenommen und sollte wie folgt umgesetzt werden: Streichung folgender Wörter in Abs. 2 a "...der empfohlenen, ggf. anzuwendenden Maßnahmen..." GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme, die Maßnahmen/Mittel werden empfohlen PatV: Streichung des Wortes „anzuwendenden“ wird unterstützt

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
98	bpa (19.04.2017)	§ 5 Absatz 2c Durchführung der Maßnahmen A) Neuregelung Im individuellen Mundgesundheitsplan wird von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt festgelegt, ob die Maßnahmen von der Versicherten oder dem Versicherten selbst, mit Unterstützung durch die Pflege- oder Unterstützungsperson oder vollständig durch diese durchzuführen sind.	Eine qualifizierte Einschätzung, inwieweit ein Pflegebedürftiger oder Mensch mit Behinderung entsprechende Maßnahmen selbst, mit Unterstützung oder gar nicht ausführen kann und wie die Abgrenzung im Einzelfall und anhand konkreter Situationen im Pflegealltag geschehen muss, ist für den jeweiligen Zahnarzt bei einem einmaligen Besuch nicht möglich. Ein Zahnarzt ist kein Altenpfleger, der beurteilen kann, welche Ressourcen ein Pflegebedürftiger hat. Gerade bei Menschen mit demenzieller Erkrankung dürfte es in der Regel einem Zahnarzt nicht möglich sein, einzuschätzen, ob ein Versicherter bestimmte Maßnahmen der Zahngesundheit noch selbst oder nur mit Hilfe durchführen kann. Dies wird auch dadurch nicht behoben, dass in die Erstellung des Mundgesundheitsplans nach § 5 Abs. 1 ggf. Angaben der Pflege- oder Unterstützungspersonen berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist unklar, inwieweit die von Seiten der Vertragszahnärztin oder des Vertragszahnarztes getroffene Feststellung, ob die Maßnahmen des individuellen Mundgesundheitsplans von einer Pflegeperson durchgeführt werden müssen, einer ärztlichen Verordnung entsprechen. Zumindest im Bereich der professionellen	KZBV: Nein	KZBV: ablehnende Kenntnisnahme Bei der Erstellung des Mundgesundheitsplans sind die Pflege- oder Unterstützungspersonen nach § 5 Abs. 1 mit einzubeziehen. Die G-BA-Richtlinie regelt allein vertragszahnärztliches Leistungsrecht. In welcher Form originär pflegerische Leistungen erbracht werden, kann nicht Gegenstand der vorliegenden Richtlinie sein, sondern richtet sich nach dem Leistungsrecht des SGB XI. GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme, die Einbindung der Pflege- oder Unterstützungsperson ist über § 5 Absatz 1 Satz 2 sichergestellt. PatV: Änderung abgelehnt. Die Richtlinie zielt einerseits auf eine längerfristige Beziehung zwischen Zahnarzt und Patientin. Andererseits wird an verschiedenen Stellen deutlich die Kommunikation zwischen Zahnärztin und Pflegepersonal gefordert.

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			ambulant Pflege fehlt hierfür die Handlungsgrundlage, da eine entsprechende Verordnung bisher nicht im Leistungskatalog der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege aufgenommen wurde. Es darf dementsprechend keine Regelung zu Lasten Dritter hier geben. § 5 Absatz 2c muss deshalb gestrichen werden.		
99	DGKIZ (19.04.2017)	§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan	§ 5.1 Dem Vorschlag wird zugestimmt.	Nein	Kenntnisnahme
			§ 5.2 Der Mundgesundheitsplan sollte zusätzlich in der Krankenakte dokumentiert werden. Der Begriff Xerostomie sollte ersetzt werden.	Nein	siehe Nr. 41
			§ 5.3 Die Verwendung von Vordrucken schränkt eine mögliche Weiterentwicklung der Planung ein und sollte daher nicht vorgeschrieben werden. Eine einmalige Erhebung des Mundgesundheitsstatus wird unterstützt.		KZBV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme, siehe Nr. 138 ff PatV: Ablehnende Kenntnisnahme. Es wird als sinnvoll angesehen, einen Vordruck zu nutzen.
100	DGAZ (19.04.2017)	§ 5 Individueller Mundgesundheitsplan Ausdrücklich begrüßt wird die Erstellung eines Mundgesundheitsplanes (Punkt 1)	Der Mundgesundheitsplan richtet sich sinnvollerweise an den Patienten selbst und/oder sein betreuendes- oder unter-	Nein	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		und die unter Punkt 2 a-d benannten Inhalte.	stützendes Umfeld und bezieht Informationen des Versicherten oder seines betreuenden Umfelds mit ein.		
101	DGAZ (19.04.2017)	Zu Punkt 3: Der wiederholte Verweis des GKV-SV und auch der PatV auf einen entsprechenden Vordruck nach § 8 bleibt ohne Kenntnis einer entsprechenden Anlage ohne Kommentierung.		Nein	siehe Nr. 65
102	DGAZ (19.04.2017)	Sichergestellt werden muss jedoch aus unserer Sicht, dass die bei der Erhebung des Mundgesundheitsstatus festgestellten Bedarfe und die entsprechende Übersetzung in einen individuellen Gesundheitsplan ausschließlich adressatengerecht erfolgen kann.		Nein	Kenntnisnahme; im Übrigen Verweis auf den Zusammenhang zwischen dem individuellen Gesundheitsplan gemäß § 5 und der Mundgesundheitsaufklärung gemäß § 6 (hier insbesondere Absatz 3)
103	DGAZ (19.04.2017)	Die unter Punkt 4/5 genannte halbjährliche Frequenz ist entsprechend der Frequenz bei der Erhebung des Mundgesundheitszustandes schlüssig und nachvollziehbar.		Nein	Kenntnisnahme
§ 6 Mundgesundheitsaufklärung					
104	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer	Die individuelle Mundgesundheitsaufklärung umfasst gemäß der Richtlinie nicht nur die Aufklärung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen der täglichen Mundhygiene einschließlich ggf. Prothesenhygiene, Fluoridanwendung zur Vorbeugung von Karies sowie zu allgemeinen	Änderungsbedarf Dt. Caritasverband: Absatz 2 Satz 2 soll klarstellend lauten: „Sofern die Versicherte oder der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im erforderlichen Umfang in die	KZBV: Nein GKV-SV: Ja	KZBV/PatV-Vorschlag: Kenntnisnahme Die Einbeziehung der Pflege- oder Unterstützungspersonen ist bereits in Abs. 2 geregelt.

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
	scher Gesamtverband (18.04.2017)	Zusammenhängen zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit einschließlich gesundheitsbewusster Ernährung, sondern auch die Demonstration und ggf. praktische Anleitung und Unterweisung zu den im Einzelnen vorzunehmenden Maßnahmen. Die praktische Anleitung, Unterweisung und Übung der Patientinnen und Patienten sowie ggf. ihre Pflegepersonen sind von zentraler Bedeutung. Daher sollte in den Tragenden Gründen der Position der KZBV und nicht des GKV-SV gefolgt werden, der die praktische Anleitung, auch dort, wo sie notwendig ist, nur als „Kann“-Bestimmung vorsieht. In vielen Fällen wird bei pflegebedürftigen Personen mit kognitiven Einschränkungen oder Menschen mit geistigen Behinderungen die Einbeziehung ihrer Pflege- oder Unterstützungsperson (Assistenz) erforderlich sein. In Absatz 2 sollte daher klargestellt werden, dass diese nicht nur in die Aufklärung und Information, sondern ggf. auch in die praktische Anleitung einbezogen wird. Pflege- und Unterstützungspersonen benötigen qualifizierte und detaillierte Informationen über und praktische Anleitung in den anzuwendenden Putztechniken sowie zur Reinigung des Zahnersatzes.	Aufklärung gemäß Absatz 1 Buchstaben a) bis d) einzubeziehen“. <u>Änderungsbedarf Dt. Paritätischer Wohlfahrtsverband:</u> Absatz 2 Satz 2 soll klarstellend lauten: „Sofern die Versicherte oder der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im erforderlichen Umfang in die Aufklärung gemäß Absatz 1 Buchstaben a) bis d) einzubeziehen und praktisch anzuleiten. Dies gilt auch für das Pflegepersonal“.		GKV-SV: Kenntnisnahme; Änderung wie folgt: „Sofern die Versicherte oder der Versicherte der Unterstützung durch eine Pflege- oder Unterstützungsperson bedarf, ist diese im jeweiligen erforderlichen Umfang in die Mundgesundheitsaufklärung einzubeziehen.“ Praktische Anleitung ist nach Absatz 1 Buchstabe c) gewährleistet und richtet sich ggf. auch an das Pflegepersonal = „Pflegeperson“

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
105	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Absatz 3 der Richtlinie sieht vor, dass die Aufklärung in einer für den/die Versicherten verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise erfolgt. Bei den hier genannten Zielgruppen ist eine barrierefreie und eine den kognitiven Einschränkungen Rechnung tragende Sprache für das Erreichen der Kommunikationsziele erforderlich. Dies ist in Absatz 3 konkretisierend zu ergänzen. Unterstützt wird auch der Vorschlag der Patientenvertreter, die Aufklärung und Information der Patienten durch Aushändigung schriftlicher Informationsmaterialien zusätzlich zu unterstützen. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch ihre Assistenzpersonen wollen bestimmte Schritte, die in der Zahnarztpraxis demonstriert werden, zuhause nochmals in Ruhe nachvollziehen. Dabei hilft auch eine Visualisierung. Bei den schriftlichen Materialien ist es wichtig, dass diese mit leichter Sprache sowie Symbolen und Bildern arbeiten.	<u>Änderungsbedarf</u> Absatz 3 soll lauten: „Die Mundgesundheitsaufklärung erfolgt in einer für die Versicherte oder den Versicherten sowie ggf. für die Pflege- und Unterstützungsperson verständlichen, barrierefreien und nachvollziehbaren Art und Weise der Kommunikation. Dies umfasst den Einsatz leichter Sprache, unterstützter Kommunikation, Gebärden, grafischer Symbole oder anderer Hilfsmittel.“	<u>KZBV:</u> Nein <u>GKV-SV:</u> Nein	<u>KZBV-Vorschlag:</u> Kenntnisnahme Dies ist bereits gesetzlich geregelt. Verwiesen wird auf den § 630c Abs. 2 S 1 BGB: "(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen." <u>GKV-SV/PatV:</u> Kenntnisnahme, die Formulierung „verständlich und nachvollziehbar“ umfasst die genannten Punkte
106	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und	Absatz 5 regelt die Anleitung des Versicherten bei vorliegenden Parodontopathien. Es ist positiv zu bewerten, dass die für die Ausführung der Leistung bestehenden Mitwirkungspflichten von Patientinnen und Patienten auch erfüllt sind, wenn sich die entsprechende Aufklärung an ihre		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
	Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Pflege- und Unterstützungspersonen gerichtet hat.			
107	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Nach der Richtlinie hat der Patient/die Patientin einmal im Kalenderhalbjahr Anspruch auf die individuelle Gesundheitsaufklärung. Dabei wird die Position der KZBV und der Patientenvertreter unterstützt, die Aufklärung in engem Zusammenhang mit und nicht, wie vom GKV-SV gefordert, nach der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans zu erbringen, denn Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans und die Information und Aufklärung über die Mundgesundheit sind zusammengehörige Schritte.	Um den Anforderungen des Einzelfalls Rechnung zu tragen, soll keine strikte Reihenfolge der einzelnen Schritte vorgegeben werden.	GKV-SV: Ja	Zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: „nach“ wird durch „mit“ ersetzt
108	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §6 (1 a-d) stimmt die AG ZMB der Vorlage zu. Die AG ZMB schließt sich außerdem dem Vorschlag der PatV an, einen §6 (1 e) einzufügen.	Die AG ZMB ist der Meinung, dass die regelmäßige Aufklärung über zahngesunde Ernährung von großer Bedeutung für die Förderung der Zahn- Mundgesundheit der Zielgruppe ist.	KZBV: Ja	Kenntnisnahme Bezüglich § 6 Absatz 1 Buchst e) fehlt eine inhaltliche Begründung des SN KZBV: Die Stellungnahme wird begrüßt. Es ergibt sich daraus ein Änderungsbedarf. Dem Vorschlag der PatV zu Abs. 1 e) wird gefolgt.

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
109	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf § 6 (2) stimmt die AG ZMB der Vorlage zu.		Nein	Kenntnisnahme
110	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §6 (3) stimmt die AG ZMB der gemeinsamen Formulierung der 3 Gruppen zu, aber nicht dem Vorschlag der PatV, diesen Abschnitt zu erweitern.		Nein	Kenntnisnahme Bezüglich Streichung Vorschlag PatV fehlt eine inhaltliche Begründung des SN.
111	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf § 6 (4 bis 5) stimmt die AG ZMB der Vorlage zu.		Nein	Kenntnisnahme
112	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf § 6 (6) folgt die AG ZMB dem Vorschlag der KZBV und PatV .Es soll heißen „...“mit“ der Erstellung des individuellen Mundgesundheitsplans erbracht werden“		Ja	KZBV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: siehe Nr. 107
113	DPR (19.04.2017)	Gemäß Absatz 1 umfasst die Mundgesundheit sowohl die Aufklärung über Inhalte als auch die Demonstration und ggf. praktische Anleitung zur Zahnreinigung. Zudem soll erläutert werden, wie die empfohlenen Maßnahmen in den Alltag integriert werden können. Gemäß den Absätzen 4 und 5 sollen Pflege- und Unterstützungspersonen einbezogen werden, wenn Anspruchsberechtigte beim Verständnis der Umsetzung der Mundgesundheitsaufklärung eingeschränkt sind bzw. Anleitung benötigen.	Auf diese Weise kann die Umsetzung der Maßnahmen durch Anspruchsberechtigte sowie professionell Pflegende und Laienpflegende gewährleistet werden. Insbesondere bei pflegebedürftigen Menschen mit kognitiven Einschränkungen kann die Zahnpflege schwierig und zeitraubend sein, sodass das gemeinsame Suchen nach praktikablen Möglichkeiten, um die Maßnahmen durchzuführen, sehr hilfreich sein kann. Das Bereitstellen von Informationsmaterialien zur Mundgesundheit, wie von den PatV empfohlen, ist insbesondere sinnvoll, um den Informationsfluss zu gewährleisten, wenn mehrere professionell	Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Der DPR begrüßt, dass die Demonstration der Maßnahmen und ihre Integration in den Alltag Bestandteil der Leistungen sind.	Pflegende und Laienpflegende in die Versorgung einbezogen sind.		
114	bpa (19.04.2017)	§ 6 Absatz 2 und Absatz 4 Mundgesundheitsaufklärung A) Neuregelung Bei der Mundgesundheitsaufklärung sollen die Lebensumstände der Versicherten oder des Versicherten erfragt werden sowie deren individuelle Fähigkeiten und Einschränkungen angemessen Berücksichtigung finden. Sofern eine Unterstützung durch Pflege- oder Unterstützungspersonen erfolgt, sind diese im jeweils erforderlichen Umfang in die Aufklärung einzubeziehen. Soweit der Versicherten oder dem Versicherten ein Verständnis oder die Umsetzung der Hinweise aus der Mundgesundheitsaufklärung nur eingeschränkt möglich ist, sind solche Maßnahmen im jeweils erforderlichen Umfang auf die Pflege- und Unterstützungspersonen zu konzentrieren bzw. ggf. zu beschränken. In diesen Fällen sind den Pflege- und Unterstützungspersonen konkrete Hinweise zur Mund- und Prothesenpflege und zur Zusammenarbeit mit der Versicherten oder dem Versicherten zu geben.	Die intensive Einbeziehung der Pflege- oder Unterstützungspersonen bei der Mundgesundheitsaufklärung ist folgerichtig. In vielen Fällen – beispielsweise bei einer Demenzerkrankung des Versicherten – werden die Pflege- oder Unterstützungspersonen die zentrale Rolle in der Umsetzung der aus der Aufklärung hervorgehenden Hinweise einnehmen. Analog der Ausführungen zu § 5 Absatz 2c muss jedoch geklärt sein, inwieweit es sich hier um eine zahnärztliche Verordnung handelt, als solche in der Richtlinie zur HKP aufgenommen werden muss und in Folge mit den Krankenkassen als Leistung vereinbart werden kann.	Nein	Kenntnisnahme Siehe Nr. 15

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
115	bpa (19.04.2017)	§ 6 Absatz 5 Mundgesundheitsaufklärung A) Neuregelung Die Mundgesundheitsaufklärung, auch wenn sie sich an Pflege- oder Unterstützungspersonen richtet, soll die Voraussetzungen für die Behandlung von Parodontopathien im Hinblick auf die Anleitung des Versicherten oder der Versicherten und deren oder dessen Information über bestehende Mitwirkungspflichten erfüllen.	Inwieweit und wann die nötigen Voraussetzungen für die Behandlung von Parodontopathien durch die Mundgesundheitsaufklärung erfüllt sind, insbesondere in den Fällen, in denen eine solche an die Pflege- oder Unterstützungspersonen gerichtet ist, muss aus Sicht des bpa noch spezifiziert werden. Es ist unklar, wann die genannten Voraussetzungen erfüllt sind.	Nein	Die Mundgesundheitsaufklärung auch wenn sie sich an Pflege-/Unterstützungspersonen richtet, erfüllt eine Voraussetzung für die Behandlung von Parodontopathien nämlich im Hinblick auf die Anleitung des Versicherten oder der Versicherten zur richtigen Mundhygiene und deren oder dessen Information über bestehende Mitwirkungspflichten. Die Voraussetzungen sind erfüllt, wenn die Vorgaben des § 6 umgesetzt wurden. GKV-SV: Kenntnisnahme, die Regelung wird in den TrGr spezifiziert.
116	DGKIZ (19.04.2017)	§ 6 Mundgesundheitsaufklärung	§ 6.1 Den Vorschlägen zu den Inhalten der Mundgesundheitsaufklärung wird zugestimmt. Die Ernährungsberatung sollte ebenfalls aufgenommen werden.	KZBV: Ja	Kenntnisnahme Bezüglich § 6 Absatz 1 Buchst e) fehlt eine inhaltliche Begründung des SN KZBV: zustimmende Kenntnisnahme Siehe Nr. 108
			§ 6.2 Dem Vorschlag wird zugestimmt.	Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			§ 6.3 Dem Vorschlag wird ohne den einschränkenden Anmerkungen der PatV zugestimmt.	Nein	Kenntnisnahme Bezüglich Streichung Vorschlag PatV fehlt eine inhaltliche Begründung des SN. Es wird nicht deutlich, worin eine Einschränkung besteht. KZBV: Für derartige Verpflichtungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte seitens des G-BA fehlt es an einer entsprechenden rechtlichen Grundlage
			§ 6.4/5/6 Den Vorschlägen wird zugestimmt. Bei § 6.6 ist der Hinweis der KZBV korrekt.	Nein	Kenntnisnahme Zu Absatz 6: KZBV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: siehe Nr. 107
117	DGAZ (19.04.2017)	§ 6 Mundgesundheitsaufklärung	Die – zwingend erforderliche – Aufklärung über die Erlangung und Erhaltung der Mundgesundheit ist unter den Punkten 1 bis 6 ausführlich und nach unserer Meinung vollumfänglich wiedergegeben. Auch der Hinweis, an wen sich die Aufklärung sinnvoller richten kann und muss ist zu begrüßen, geht es gegebenenfalls nicht nur um den Betroffenen selbst sondern im Sinne einer regelgerechten Umsetzung	Nein	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			auch um die Betreuungs- und Unterstützungspersonen.		
118	DGAZ (19.04.2017)	Die Aufklärung über zahngesunde Ernährung (Punkt 1e PatV) muss im Sinne einer sinnvollen Umsetzung hingegen kritisch betrachtet werden.	Erfahrungsgemäß ist neben dem Patienten gegebenenfalls die Betreuung und Pflege sowie die für die Ernährung Verantwortlichen (Küche stationärer Bereich; „Essen auf Rädern“ ambulanter Bereich) in die Aufklärung mit einzubeziehen. Einfluss auf einen gesunden Speiseplan für Küchen außerhalb eines privaten Haushaltes (ambulant Pflegebedürftige) kann nicht von einem Zahnarzt geleistet werden, hier sollte von anderen Stellen an die Verantwortlichen von Großküchen herangegangen werden.	Nein	GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme KZBV: Kenntnisnahme PatV: Kenntnisnahme, die Richtlinie trifft Regelungen für alle Patientengruppen.
119	DGAZ (19.04.2017)	Wir unterstützen den durch die KZBV sowie die PatV benannten zeitlichen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Erhebung Mundgesundheitsstatus und Mundgesundheitsaufklärung (Punkt 6).		Nein	KZBV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: siehe Nr. 107
120	BZÄK (19.04.2017)	Zu § 6 Mundgesundheitsaufklärung Nach dem Vorschlag der PatV in § 6 Abs. 3 „händigt die Zahnärztin oder der Zahnarzt der Versicherten oder dem Versicherten und/oder deren Pflege-/Betreuungsperson geeignete schriftliche Informationsmaterialien zur Unterstützung der Mundgesundheitsaufklärung aus“.	Sie sind auch nicht notwendig, denn die zahnärztlichen Standesorganisationen und die betreffenden Fachgesellschaften, die das eingangs erwähnte Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ gemeinsam entwickelt und in die Öffentlichkeit getragen haben, stellen	Nein	KZBV/GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme PatV: Kenntnisnahme, die Formulierung wird aufrechterhalten, weil nur eine individuelle Information sinnvoll ist.

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Für derartige Verpflichtungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte seitens des G-BA fehlt es aus Sicht der Bundeszahnärztekammer an einer rechtlichen Grundlage.	schon aus Grund der Gemeinwohlverpflichtung der Berufsstandes sicher, dass Zahnärzte, pflegende Angehörige und die Öffentlichkeit umfassend über dieses Themenfeld informiert werden. Beispielsweise haben die Bundeszahnärztekammer und das Zentrum für Qualität in der Pflege die wichtigsten Hinweise zur Mund- und Zahnpflege zur Unterstützung pflegender Angehöriger bedarfsgerecht in zwölf Kurzfilmen zusammengefasst, die auf youtube eingestellt sind; siehe: https://www.youtube.com/channel/UCwmGBPNN7xOxFbtrnzN86aw. Gemäß dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes in § 6 Abs. 6 erfolgt „die Mundgesundheitsaufklärung einmal im Kalenderhalbjahr und soll in engem zeitlichen Zusammenhang nach der Erhebung des Mundgesundheitsstatus sowie in engem zeitlichen Zusammenhang Eine apodiktische Vorgabe, dass die Mundgesundheitsaufklärung nach Erhebung des Mundgesundheitsstatus erfolgen soll, ist nach Auffassung der BZÄK nicht zielführend, da diese die individuellen Besonderheiten der in der Richtlinie adressierten Patientengruppen nicht ausreichend berücksichtigt.		

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			Um flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Versicherten eingehen zu können, sollte allein auf den fachlich gebotenen zeitlichen Zusammenhang abgestellt und auf eine strikte zeitliche Reihenfolge verzichtet werden.		
§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge					
121	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Der GKV-SV spricht sich im Rahmen der Leistung des § 22a SGB V für eine kalenderjährliche Frequenz der Entfernung harter Zahnbeläge aus, die KZBV für eine kalenderhalbjährliche Frequenz. Der Deutsche Caritasverband/Paritätische unterstützt aufgrund seiner Erfahrungen mit der besonderen Lebenssituation von Menschen mit kognitiven und geistigen Einschränkungen und deren Auswirkung auf die Mundgesundheit unbedingt eine kalenderhalbjährliche Frequenz der Entfernung harter Zahnbeläge.		Nein	KZBV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme
122	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer	Darüber hinaus sollten auch die weichen Zahnbeläge entfernt werden, da sich in der Plaque Bakterien bilden können, die auch über und unter dem Zahnfleischsaum liegen und zu Zahnerkrankungen führen können. Insoweit wird die Position der Patientenvertreter zu § Y ausdrücklich unterstützt.	Viele Patienten mit Behinderungen weisen einen starken Befall mit harten und weichen Zahnbelägen auf, der zu Gingivitis und Parodontitis führen kann (Cichon/Jaschinski 2008, S. 394f.). Zahnsteinbildung ist bei Menschen mit Behinderungen aufgrund hoher Speichelsekretionen ein häufiges Phänomen. Bei Patientinnen und Pa-		GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme KZBV: Kenntnisnahme In einem ersten Schritt sollen die – nicht abschließend – vom Gesetzgeber in § 22a SGB V vorgegebe-

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
	scher Gesamtverband (18.04.2017)		tienten mit Down-Syndrom wurde eine zwischen 60 bis 80 Prozent gesteigerte Prävalenz parodontaler Erkrankungen nachgewiesen (Cichon/Jaschinski 2008, S. 396), der Präventionsprogramme durch professionelle Zahnreinigung gezielt entgegenwirken können (Cichon 2011, S. 70). <u>Nur Dt. Caritasverband:</u> Dem Deutschen Caritasverband liegt beispielsweise ein Fall vor, nach dem eine Entfernung harter Beläge bis zu vier Mal im Jahre erforderlich ist, um schlimmeren Zahnerkrankungen bis hin zur notwendigen Zahnextraktion vorzubeugen.		nen Leistungen umgesetzt werden, damit diese den inanspruchnahmeberechtigten Versicherten möglichst zeitnah zur Verfügung gestellt werden können. Dazu gehört auch die mindestens 2-malige Entfernung harter Zahnbeläge. In einem zweiten Schritt kann sich der G-BA mit der Ausgestaltung weiterer Leistungen befassen und eine höhere Frequenz für die Entfernung harter Zahnbeläge festlegen. PatV: zustimmende Kenntnisnahme
123	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Für den Deutschen Caritasverband/Paritätischen ist jedoch auch ein zweistufiges Verfahren denkbar, dass die Entfernung der weichen Zahnbeläge sowie die in Ab-satz 3 des § Y der Position der Patientenvertreter vorgesehenen risikoadjustierten Maßnahmen zur Verhütung von Wurzelkaries erst in einem zweiten Schritt nach der Evaluation der Maßnahmen zur Entfernung harter Zahnbeläge und auf der gesetzlichen Grundlage einer Erweiterung des § 22a SGB V vorsieht.		Nein	GKV-SV/KZBV: zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich des zweistufigen Vorgehens KZBV: siehe Nr. 122 PatV: Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
124	Deutscher Caritasverband (07.04.2017)	Die in § Y Absatz 2 formulierte Position der Patientenvertreter, dass die Versiegelung kariesfreier Fissuren und Grübchen der Prämolaren oder Molaren im Rahmen der Leistung vorzusehen ist, sieht der Deutsche Caritasverband als nicht erforderlich an.	Die Versiegelung ist in der Regel nur bei Kindern medizinisch erforderlich und für diese Zielgruppe ist die Leistung in § 22 Absatz 3 SGB V bereits geregelt.	Nein	GKV-SV/KZBV: Kenntnisnahme PatV: ablehnende Kenntnisnahme; Vorschlag bezieht sich im Wesentlichen auf die Bedarfe junger Erwachsener
125	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)		<u>Änderungsbedarf</u> § 7 soll lauten: „Versicherte gemäß § 1 Satz 1 haben Anspruch auf eine Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge. Die Entfernung harter Zahnbeläge erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr.“	Nein	siehe Nr. 121
126	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf § 7 (1) folgt die AG ZMB dem Vorschlag der PatV insoweit, dass „...Versicherte nach § 1 Abs. 1 im Rahmen der Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen Anspruch haben auf eine bedarfsgerechte gründliche Beseitigung der harten Zahnbeläge. Bei Hygienedefiziten kommt die praktische Übung von Hygienetechniken einschließlich der Reinigung der Interdentalräume hinzu. Die Entfernung	Zahlreiche Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung schlucken seltener als Menschen ohne Behinderung ihren Speichel ab. Der Speichel verbleibt daher lange in der Mundhöhle wodurch die Bildung von Zahnstein begünstigt wird. Darüber hinaus ist häufig auch die Kautätigkeit eingeschränkt und Nahrungsreste verbleiben in der Mundhöhle. Nur wenige erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfa-	Nein	GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme; keine ausreichende Evidenzlage, Nutzen wurde nicht geprüft, befürwortet zweistufiges Verfahren KZBV: Kenntnisnahme und Verweis auf die Begründung zu Nr. 122

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		der Zahnbeläge erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr, bei Bedarf auch häufiger.	cher Behinderung wurden kieferorthopädisch behandelt. Zahnengstände, insbesondere in der Unterkieferfront, werden bei sehr vielen Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung beobachtet. Diese Engstände sind schwer zu reinigen und bieten Retentionsnischen für die Bildung von Zahnstein. Die häusliche Zahnpflege kann meist nur unzureichend durchgeführt werden. Eine mehrmalige, d.h. bis zu 4mal jährliche Entfernung von harten Belägen ist daher notwendig.		PatV: zustimmende Kenntnisnahme
127	AG ZMB (18.04.2017)	Die AG ZMB ist sich bewusst, dass die Formulierung für den im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes beschlossenen § 22a lautet, dass die Leistungen auch „...die Entfernung harter Zahnbeläge“ umfassen.“ Insofern sieht die AG ZMB es zunächst als primäre Aufgabe an, für die dementsprechende Fassung der Richtlinie die Frequenz der Entfernung der harten Beläge festzulegen.		Nein	Kenntnisnahme
128	AG ZMB (18.04.2017)	Aus fachlicher Sicht ist darüber hinaus für die Zielgruppe aber auch die Entfernung der weichen Beläge notwendig und sinnvoll und sollte deshalb in einem nächsten Schritt berücksichtigt werden.		Nein	siehe Nr. 122 KZBV: und Nr. 123

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
129	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §7 (2) und (3) folgt die AG ZMB dem Vorschlag der PatV nicht. Auch wenn die vorgeschlagenen Regelungen sinnvoll sind, sollen sie derzeit aber nicht Bestandteil der Richtlinie sein und in einem nächsten Schritt berücksichtigt werden.		Nein	PatV: ablehnende Kenntnisnahme; keine Begründung erkennbar. GKV-SV/KZBV: Kenntnisnahme
130	DPR (19.04.2017)	Versicherte haben gemäß § 1 Satz 1 Anspruch auf eine Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge. Bzgl. der Frequenz gibt es in dem Entwurf der Richtlinie unterschiedliche Stellungnahmen. Der DPR unterstützt die Empfehlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), die vorschlägt, den Anspruch auf einmal je Kalenderhalbjahr festzulegen. In den „Tragenden Gründen“ begründet die KZBV diese Empfehlung, die sich mit den Beobachtungen Pflegender in der Versorgungspraxis deckt.	Menschen mit einer Behinderung oder einer eingeschränkten Alltagskompetenz haben nicht immer die Möglichkeit, die Mundhygiene täglich adäquat durchzuführen. Hierfür gibt es verschiedene Ursachen, wie beispielsweise kognitive Beeinträchtigungen und die damit verbundene fehlende Einsicht in die Notwendigkeit, die Mundhygiene regelmäßig zu betreiben. Oder es fehlt an professionell Pflegenden oder Laienpflegenden, die auf eine tägliche Mundhygiene beim Betreffenden achten und die notwendige Unterstützung anbieten können. Daher sollte, aufgrund des erhöhten Risikos, dass sich Zahnbeläge bilden dieser Zielgruppe die Entfernung von Zahnbelägen einmal je Kalenderhalbjahr angeboten werden.	Nein	siehe Nr. 121
131	bpa (19.04.2017)	§ 7 Entfernung harter Zahnbeläge (Vorschlag GKV-SV; KZBV) A) Neuregelung Versicherte nach § 1 Satz 1 haben Anspruch auf eine Leistung zur Entfernung	Für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen, aber auch ihre Pflege- und Unterstützungspersonen, ist die Zahnpflege häufig anspruchsvoller als für den Durchschnittsversicherten. Um dem aus	Nein	siehe Nr. 121 PatV: Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		harter Zahnbeläge. Die Entfernung dieser soll einmal im Kalenderjahr (Vorschlag GKV-SV) bzw. einmal im Kalenderhalbjahr (Vorschlag KZBV) erfolgen.	der erschwerten Mundhygiene der anspruchsberechtigten Versicherten hervor-gehenden erhöhten Risiko für die Bildung von Zahnbelägen im Rahmen der zahn-ärztlichen Behandlung gerecht zu werden, ist ein mindestens halbjährlicher Anspruch auf die Leistung zur Entfernung harter Zahnbeläge – analog des Vorschlags der KZBV – sinnvoll und wird ausdrücklich vom bpa begrüßt.		
132	Diakonie (19.04.2017)	Zu § 3 Untersuchung und Behandlung und § 7 Entfernung harter Zahnbeläge: Die KZBV und der Patientenvertreter positionieren sich dafür, die Untersuchung und Behandlung nach Absatz 1 auch auf die Entfernung der harten Belege (§ 7) zu erstrecken. Dies befürwortet die Diakonie, möchte diese Position jedoch wie folgt akzentuieren: Die Zahngesundheit von Menschen mit Behinderung ist schlechter, als die der Gesamtbevölkerung. Viele dieser Menschen sind nicht zu einer ausreichenden, selbstverantwortlichen Zahnpflege in der Lage. Daher sind lebenslange, unterstützende präventive Maßnahmen notwendig und sinnvoll. Von Seiten der GKV soll jedoch, wie bei Patienten ohne Behinderung auch, die Entfernung der harten Beläge (Zahnstein) nur		Nein	siehe Nr. 126 KZBV: Zu Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7) siehe Nr. 122 PatV: zustimmende Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		einmal jährlich zu Lasten der Krankenkassen erfolgen. Das wäre ein Zustand wie bisher und brächte außer den erweiterten Möglichkeiten der Aufklärung und Motivation keine Verbesserung. Der Zahnsteinbefall ist bei erwachsenen Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung größer als bei der Gesamtbevölkerung (Schluckstörungen, selteneres Abschlucken, Zahn-Engstände, da keine Kieferorthopädie im Kindesalter etc.). Verschärft wird die Problematik zuweilen dadurch, dass in (neuen) ambulanten Wohnformen viele Menschen mit Behinderung abends nicht beim Zähneputzen unterstützt werden können. Deshalb plädiert die Diakonie dafür, dass nach ärztlichem Ermessen auch eine häufigere Zahnsteinentfernung im Jahr als Kassenleistung möglich sein sollte.			
133	DGKIZ (19.04.2017)	§ 7 Maßnahmen zur Verhütung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. § 7.1 Die DGKiZ unterstützt weitgehend den Vorschlag der PatV: „...Versicherte nach § 1 Abs. 1 im Rahmen der Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen Anspruch haben auf eine bedarfsgerechte gründliche Beseitigung der harten und weichen Zahnbeläge. Bei Hygienedefiziten	Aufgrund der Grunderkrankung bzw. Behinderung ist die Mundhygiene häufig eingeschränkt. Der Unterstützung dieser Maßnahmen durch Entfernung der harten und weichen Belägen sowie der zusätzlichen Fluoridierung kommt daher entscheidende Bedeutung zu. Eine viermaljährliche Reinigung der habituell unsauberen Zonen und anschließenden lokalen Fluoridierung bzw. CHX-Lack-Applikation im Sinne einer	Nein	siehe Nr. 126 PatV: zustimmende Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		kommt die praktische Übung von Hygienetechniken einschließlich der Reinigung der Interdentalräume hinzu. Die Entfernung der Zahnbeläge erfolgt einmal im Kalenderhalbjahr, bei Bedarf auch häufiger.“	Intensivprophylaxemaßnahmen, wie sie auch bei 3- 6-Jährigen möglich ist, sollte daher vorgesehen werden.		
134	DGKIZ (19.04.2017)	§ 7.2 Aus Sicht der DGKiZ ist die Versiegelung der Fissuren und Grübchen separat zu regeln. Insoweit diese durch die IP5 erfasst ist, kann diese auch jetzt schon abgerechnet werden.		Nein	siehe Nr. 124
135	DGKIZ (19.04.2017)	§ 7.3 Aus Sicht der Kinder- und Jugendzahnheilkunde ist der Einschluss von Fluoridierungsmaßnahmen und CHX-Lacken risikoorientiert bis zu viermal im Jahr ziel führend.		Nein	Kenntnisnahme KZBV: siehe Nr. 123 PatV: zustimmende Kenntnisnahme
136	DGAZ (19.04.2017)	§ 7 Entfernung harter Beläge § Y Maßnahmen zur Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	GKV-SV und KZBV verweisen auf den grundsätzlichen Anspruch einer Entfernung von harten Belägen, Unterschiede ergeben sich bei der Frequenz einer wiederholten Durchführung. Die PatV fordert die Entfernung von harten und weichen Belägen in einer vom individuellen Bedarf abhängigen Häufigkeit. Darüber hinaus finden sich bei der PatV Forderungen für individualprophylaktische Maßnahmen (Reinigung Zahnzwischenraum; Fissurenversiegelung; antibakterielle Maßnahmen; Fluoridierung).		KZBV: Kenntnisnahme siehe Nr. 122 und Nr. 123 GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme; siehe Nr. 126 PatV: zustimmende Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			Grundsätzlich sind die hier durch die PatV vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterstützen, insbesondere auch die Maßnahmen, die zur Verhinderungen von Wurzelkaries beitragen. Eine Fissurenversiegelung ist auch in Kenntnis der „Leitlinien zur Fissurenversiegelung“ der DGZMK für den durch die DGAZ und seine Mitglieder repräsentierten Patientenkreis nicht sinnvoll. Bei der Fissuren- und Grübchenversiegelung handelt es sich um eine wirksame, zahnflächenspezifische Präventionsmaßnahme bei bleibenden Zähnen, die ihren Nutzen in der Regel im Kindes- und Jugendalter aufweist. Die Daten der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie zeigen, dass die Mundhygienefähigkeit mit der Zunahme der Einschränkungen im Rahmen der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität abnimmt. Die Folgen können an der Gruppe der 85-Jährigen und Älteren sehr gut und auch einfach gezeigt werden: Als Ausdruck des erschwerten Zusammenwirkens von kognitiven und physischen Leistungen bei der Mundhygiene stellen sich in der Folge eine schlechtere Mundgesundheit mit zunehmender Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit ein, die wiederum zu einem schlech-		

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			teren Zahnstatus führen, z.B. ist die erhöhte Zahnlosigkeit in der Gruppe der Pflegebedürftigen im Gegensatz zu den Nicht-Pflegebedürftigen zu nennen oder der unterschiedliche Anteil beim zahnfleischbluten (Zahnlosigkeit: 53,7 % versus 26,7 %, Zahnfleischblutung: 64,3% versus 43,7%). Wäre die Mundgesundheit bei den Pflegebedürftigen und den Nicht-Pflegebedürftigen gleich, wäre keine Erhöhung der Frequenz zur Entfernung von weichen und harten Belägen zu fordern. Die Studienergebnisse und die tägliche Erfahrung lehren uns andere Erkenntnisse. Im Zusammenhang mit der Entfernung von harten und weichen Belägen und einer sinnvollen Wiederholung für betagte und hochbetagte Pflegebedürftige sind aus unserer Sicht folgende Ausführungen hilfreich. In der Mundhöhle befinden sich zahlreiche Bakterienarten. Bestimmte Kokken haben sich darauf spezialisiert, auf der Zahnoberfläche zu wachsen. Sie schaffen sich dort eine organisierte Struktur, die ihren Lebensraum vor mechanischen und chemischen Angriffen schützt, es entsteht ein Zahnbelag (Plaque bzw. Biofilm). Verbleibt die Plaque länger auf den Zähnen – zum Beispiel an Stellen, die nicht oder nur unzureichend mit der Zahnbürste gepflegt		

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			werden – lagern sich Mineralien aus dem Speichel ein und verhärten im Laufe der Zeit, es entsteht Zahnstein. Da vor allem Kalziumphosphat als Mineralstoff im Zahnstein vorkommt, spricht man auch von verkalktem Zahnbelag oder einer Verkalkung der Plaque. Auf der rauen Oberfläche des Zahnsteins finden Bakterien ideale Wachstumsbedingungen, es kann eine Zahnfleischentzündung (Gingivitis) und in der Folge eine Parodontitis resultieren. Die Zahnpflege bei betagten und hochbetagten, häufig multimorbiden Pflegebedürftigen findet häufig nur unzureichend oder gar nicht statt. Die mangelnde Pflege führt also zur gehäuften Bildung von Plaque und in der Folge - durch Mineralisation - zur Bildung von Zahnstein. Wie schnell und ausgeprägt sich Zahnstein entwickelt hängt von einer Vielzahl weiterer Faktoren ab (z.B. Speichelfluss; Mineralgehalt Speichel, pH-Wert der Mundhöhle). In der Fachliteratur finden sich Hinweise auf eine Entwicklungszeit von 10-14 Tagen bei entsprechend viel Plaque. In Kenntnis dieser Ausführungen besteht bei dem hier betroffenen Kreis der Anspruchsberechtigten ein deutlich erhöhtes Risiko von Plaqueansammlungen und in der Folge die Bildung von Zahnstein.		

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
			Grundsätzlich ist nicht nachvollziehbar, warum der GKV-SV sowie die KZBV ausschließlich die Entfernung der harten Beläge aufführt. So wird auch im internationalen Verständnis - anders wie dies im BEMA geprägten Deutschland der Fall sein mag – nicht klar zwischen weichem oder hartem Zahnbelag differenziert. In der Konsequenz empfiehlt die DGAZ daher dem G-BA eine dem Risiko entsprechend erhöhte Frequenz bei der Entfernung von weichen und harten Belägen. Das Konzept mit einer jährlichen Entfernung von harten Belägen, so wie es heute schon praktiziert wird, ist offensichtlich nicht ausreichend, was der Gesetzgeber bereits erkannt hat, da er die Entfernung von harten Zahnbelägen aufgenommen hat und damit sicherlich nicht die Beschreibung einer bereits vorhandenen Leistung meinte.		
137	BZÄK (19.04.2017)	Zu § 7 Entfernung harter Zahnbeläge Der Beschluss-Entwurf des G-BA sieht vor, dass „die Entfernung harter Zahnbeläge einmal im Kalenderjahr (GKV-SV) bzw. einmal im Kalenderhalbjahr (G-BA, KZBV) bzw. bedarfsgerecht (PatV) erfolgen soll“. Die Entfernung harter Zahnbeläge hat aus Sicht der BZÄK bedarfsgerecht, bis zu vier Mal im Kalenderjahr zu erfolgen, mindestens jedoch dem vom G-BA festgelegten	Die regelmäßige, professionelle orale Hygienisierung und Zahnsteinentfernung ist das Kernstück der zahnärztlichen Betreuung der Betroffenen nach § 22a SGB V, denn gerade diese im Richtlinienentwurf adressierten Versichertengruppen weisen ein überdurchschnittlich hohes Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen auf. Von daher ist eine ein-	Nein	KZBV: siehe Nr. 122

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Anspruch einmal je Kalenderhalbjahr zu entsprechen.	mal im Kalenderjahr stattfindende Zahnsteinentfernung, wie sie von der GKV ohnehin schon für alle Versicherten bereits gewährt wird und damit nicht auf die besonderen Unterstützungsbedarfe von Menschen mit Behinderungen Bezug nimmt, fachlich im Hinblick auf die Kausalität von oralen Erkrankungen nicht akzeptabel.		
§ 8 Dokumentation und Information					
138	Deutscher Caritasverband (07.04.2017) und Deutscher Paritätischer Gesamtverband (18.04.2017)	Die Dokumentation soll den Behandlungsbedarf aufgrund der Erhebung des Mundgesundheitsstatus, den Pflegezustand der Zähne, des Zahnfleisches und der Mundschleimhäute ggf. einschließlich des herausnehmbaren Zahnersatzes umfassen sowie die Inhalte des auf dieser Grundlage erstellten individuellen Mundgesundheitsplans. Der Vordruck für die Dokumentation soll Bestandteil der Krankenblatt-Unterlagen sein und der Versicherte bzw. seine Pflege- und Unterstützungsperson sollen eine Kopie des Vordrucks erhalten, die sie auch als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen sollen. Der Deutsche Caritasverband unterstützt nachdrücklich die in den Tragenden Gründen zum Ausdruck gebrachte Position der			<u>KZBV:</u> ablehnende Kenntnisnahme Vorgaben zur Erstellung und den Inhalten eines Vordrucks werden von den Partnern des Bundesmantelvertrags geregelt. <u>GKV-SV:</u> Kenntnisnahme <u>PatV:</u> zustimmende Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		PatV, dass diese Angaben in einer patientenverständlichen Form abgefasst sein müssen.			
139	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf § 8 spricht sich die AG ZMB dafür aus, dass es keinen Vordruck zur Dokumentation als Bestandteil dieser Richtlinie geben soll.		Nein	Kenntnisnahme GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme, Es ist erforderlich, dass der G-BA die Dokumentationsinhalte • Einzeichnen des herausnehmbaren Zahnersatzes in ein Zahnschema • Behandlungsbedarf • Pflegezustand der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute sowie des herausnehmbaren Zahnersatzes • Inhalte des individuellen Mundgesundheitsplans nach § 5 in der RL nach § 22a SGB V festlegt. Auch in der Heilmittel-RL Zahnärzte (Erstfassung 2016) sowie in der Krankentransport-RL (2016) wurden entsprechende inhaltliche Mindestvorgaben an den Vordruck festgelegt.

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
					Darauf aufbauend werden die Bundesmantelvertragspartner einen Vordruck (Formblatt) vereinbaren.
140	bpa (19.04.2017)	§ 8 Absatz 3 Dokumentation und Information (Vorschlag GKV-SV; PatV) A) Neuregelung Der Dokumentations- und Informationsvordruck soll Bestandteil der Krankenblattunterlagen sein. Der oder die Versicherte und ggf. die Pflege- und Unterstützungspersonen erhalten eine Kopie des Vordrucks können diese als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.	Es ist zu begrüßen, dass der Vordruck Bestandteil der Unterlagen sein soll und als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan genutzt werden kann. Zwingend notwendig ist jedoch die Klarstellung, dass die Pflege- und Unterstützungsperson die entsprechende Kopie immer, nicht nur gegebenenfalls, erhalten.	GKV-SV: Ja	KZBV: siehe Nr.138 und Nr. 84 GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme, § 8 Absatz 3 Satz 2 und 3 werden wie folgt abgepasst: „Der oder die Versicherte erhält eine Kopie des Vordrucks, sofern er oder sie die Maßnahmen nach § 5 Absatz 2 Buchstabe a) selbstständig durchführen kann. Benötigen die Versicherten hierzu teilweise Unterstützung durch Pflege-/Unterstützungspersonen, erhalten diese ebenfalls eine Kopie des Vordrucks. Werden die Maßnahmen vollständig durch Pflege-/Unterstützungspersonen durchgeführt, erhalten nur diese eine Kopie des Vordrucks. Die Pflege-/Unterstützungspersonen können den Vordruck als Informationsquelle sowie als Anlage zum Pflegeplan nutzen.“

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
141	DGKIZ (19.04.2017)	§ 8 Dokumentation	Den Vorschlägen zur Einführung eines Vordruckes erscheint nicht nötig.	Nein	Kenntnisnahme GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme, siehe Nr. 139
142	DGAZ (19.04.2017)	§ 8 Dokumentation und Information Die DGAZ begrüßt neben der Dokumentation der erhobenen Befunde sowie der getroffenen Maßnahmen die Weitergabe von Informationen über den Mundgesundheitsstatus sowie die notwendigen und individuell abgestimmten Pflegemaßnahmen.	Ist die Dokumentation von Befund und Behandlungsmaßnahmen zwingend Gegenstand des Krankenblatts, ist die Informationsquelle über abgestimmte und verabredete Hygienemaßnahmen in jedem Falle an Patient und/oder das Pflege- und Betreuungsumfeld weiter zu geben.	Nein	KZBV: Kenntnisnahme GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme
		Unterstützung findet der nachvollziehbare Hinweis der PatV, dass die Information in verständlicher Form weiter gegeben wird, wobei hier fälschlicherweise nur der Patient, nicht aber das Umfeld als Adressat genannt wird.		Nein	KZBV: Kenntnisnahme Siehe Nr. 65
143	BZÄK (19.04.2017)	Zu § 8 Dokumentation und Information Mit § 8 des Richtlinienentwurfs möchten GKV und PatV einen spezifischen Vordruck als Bestandteil der Krankenblattunterlagen in die Richtlinie aufnehmen. Hierzu werden u.a. die auf diesem Vordruck zu machenden Angaben in Absatz 2 definiert. Auf diesen Vordruck wird im Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes in § 3 Abs. 3, in § 4 Abs. 2 sowie in § 5 Abs. 3 verwiesen.	Im Übrigen wurde auch in vergleichbar gelagerten anderen Bereichen so verfahren: So enthält § 6 der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen) in § 6 Abs. 1		KZBV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme; siehe Nr. 139

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer gehören derart detaillierte Vorgaben nicht in einer Richtlinie des G-BA, sondern sind auf der nachgelagerten Ebene des Bundesmantelvertrags Zahnärzte zu verorten. Hierfür spricht vor allem die größere Flexibilität bei Änderungen.	eine Regelung zur Dokumentation durch den Kooperationszahnarzt. Die Anlage 1 dieser Vereinbarung enthält das Muster eines entsprechenden Berichtsbogens.		
§ 8/9 Berichterstattung					
144	Deutscher Caritasverband (17.04.2017) und Deutscher Paritätische Gesamtverband (18.04.2017)	Die Richtlinie sieht für die Berichterstattung § 8 oder § 9 vor. Der Deutsche Caritasverband spricht sich dafür aus, die Berichterstattung in einem eigenen Paragraphen zu formulieren. Er unterstützt den Vorschlag des GVK-SV und der PatV, die Anzahl der erbrachten Leistungen nach § 22a SGB V zu erfassen. Nicht sachgerecht wertet er hingegen den Vorschlag des GKV-SV und der PatV, bei der Richtlinie nach § 22a auch die Leistungen nach § 87 Absätze 2i und 2j SGB V zu erfassen, denn diese den Patienten in der eigenen Häuslichkeit bzw. in der Pflegeeinrichtung als seiner Häuslichkeit aufsuchenden Tätigkeiten umfassen mehr als die mit § 22a SGB V verbundene Präventionsleistung. Diese Tatbestände sollten bei der Berichterstattung nicht vermengt werden. Im Übrigen wird die in Absatz 2 vorgesehene jährliche Be-		KZBV: Nein GKV-SV: Ja	KZBV: zu Teil 1: ablehnende Kenntnisnahme Die Berichterstattung über Leistungen nach § 22a SGB V ist nur auf Basis der vorliegenden Abrechnungsdaten möglich, dieses ist abhängig von der leistungrechtlichen Ausgestaltung im BE-MA. KZBV zu Teil 2: Zustimmung Kenntnisnahme: Die Berichterstattung soll sich allein auf die Leistungen nach § 22a SGB V beziehen. GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme zu Absatz 1 und 2, Streichung in Absatz 1 „...und nach § 87 Abs. 2i und 2j SGB V...“

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		richtfrequenz für sinnvoll erachtet. In Ab-satz 3 ist eine Auswertung der Berichtsdaten im Abstand von jeweils drei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie vorgesehen. Die Auswertung soll mit einer Beratung über Konsequenzen aus den Daten verbunden werden. Die Auswertung der Berichtsdaten sollte jährlich erfolgen, alle drei Jahre hingegen sollte eine echte Evaluation mit rückblickender Wirkungskontrolle und zu ziehenden Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen.			GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme zu Absatz 3, Eine Auswertung alle 3 Jahre ist ausreichend. Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen werden bei der Auswertung berücksichtigt. Diese können sich auch auf eine Evaluation und Wirkungskontrolle beziehen.
145	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf §8 / § 9 (1) folgt die AG ZMB den Vorschlägen der KZBV zur Berichterstattung. Die AG ZMB schließt sich den Vorschlägen der GKV-SV und der PatV nicht an.			KZBV: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme, es fehlt an einer inhaltlichen Begründung des SN. Es ist erforderlich, dass der G-BA die Berichtsinhalte festlegt. Der G-BA konstituiert mit der Richtlinie nach § 22a SGB V einen Leistungsanspruch der Versicherten. Dieser wird nachfolgend vom Bewertungsausschuss ausgestaltet. Über die dann festgesetzten Leistungen wird dem G-BA berichtet.

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
					Ein wesentlicher Punkt ist das Herstellen des Versichertenbezugs. Nur auf diese Weise kann festgestellt werden, wie viele Versicherte die jeweiligen Leistungen einmal und wie viele Versicherte sie zweimal im Jahr in Anspruch genommen haben.
146	AG ZMB (18.04.2017)	In Bezug auf § 8 / § 9 (2) und (3) schließt sich die AG ZMB dem gemeinsam von den drei Gruppen vorgeschlagenen Text an.		Nein	Kenntnisnahme
147	DGKIZ (19.04.2017)	§ 9 Berichterstattung	§ 9.1 Die DGKiZ schließt sich dem Vorschlag der KZBV an.		<u>KZBV</u> : zustimmende Kenntnisnahme <u>GKV-SV</u> : ablehnende Kenntnisnahme, siehe Nr. 145
			§ 9.2/3 Die DGKiZ schließt sich dem Vorschlag der 3 Gruppierungen an.	Nein	Kenntnisnahme
148	BZÄK (19.04.2017)	Zu § 8 / § 9 Berichterstattung Die PatV hat den Beschluss-Entwurf im Abschnitt Berichterstattung wie folgt erweitert: „Außerdem berichtet die KZBV über die Anzahl der Vertragszahnärzte, die Maßnahmen nach dieser Richtlinie durchgeführt haben sowie die Anzahl der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und	Allerdings stellen für die BZÄK Fortbildungen im Bereich Alterszahnheilkunde und zur zahnärztlichen Betreuung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen wesentlichen begleitenden Baustein zur Umsetzung des § 22a SGB V dar. Schon heute finden diese Themen regelmäßig Eingang in die Fortbildungsangebote der (Landes-)Zahnärztekammern.	Nein	<u>KZBV</u> : zustimmende Kenntnisnahme <u>GKV-SV</u> : Kenntnisnahme <u>PatV</u> : Kenntnisnahme, es fehlt leider ein konstruktiver Vorschlag, wie Transparenz im Bereich der Fortbildungen geschaffen werden

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		der Zahnärztekammern sowie Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer“. Aus Sicht der BZÄK ermangelt die Forderung der PatV einer Grundlage für eine themenspezifische statistische Erfassung über die Anzahl der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Zahnärztekammern sowie die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Diese Parameter eignen sich also nicht für eine Berichterstattung gemäß § 8 / § 9.	So führten die (Landes-)Zahnärztekammern allein im Jahr 2015 im Bereich Alterszahnheilkunde 42 Fortbildungsveranstaltungen für Zahnärzte und 25 Fortbildungsveranstaltungen für das zahnärztliche Assistenzpersonal durch. Die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und die Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder speziellem medizinischen Behandlungsbedarf (AG ZMB) bieten ebenfalls Curricula bzw. Fortbildungen für Zahnärzte und deren Mitarbeiter an. Sie vermitteln aktuelle Kenntnisse aus der Seniorenzahnmedizin, der Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung, der Geriatrie sowie der Pflege und ermöglichen Hospitationen in Alten- oder Pflegeeinrichtungen.		kann. Formulierung wird angepasst.
Ergänzungen					
149	AG ZMB (18.04.2017)	*Informationen zu Aufgaben und Zielen der AG ZMB Die Arbeitsgemeinschaft für Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (AG ZMB) gehört als wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. (DGZMK) an. Ihre Mitglie-		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		der setzen sich aus verschiedensten Disziplinen der Zahnmedizin zusammen. Die AG ZMB ist darüber hinaus mit medizinischen Fachgesellschaften sowie Organisationen, die sich für die Belange von Menschen mit Behinderung einsetzen, gut vernetzt. Zudem repräsentiert sie in Deutschland die „International Association for Disability and Oral Health (iADH)“, eine wissenschaftliche Gesellschaft, die sich weltweit für die Mundgesundheit von Menschen mit Behinderung oder besonderem zahnmedizinischen Behandlungsbedarf einsetzt. International wird diese Disziplin als „Special Care Dentistry“ bezeichnet. Ziel und Aufgabe der AG ZMB ist es, die zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung sowie von Menschen mit besonderem Unterstützungs- und Behandlungsbedarf im Sinne der „Special Care Dentistry“ in Wissenschaft und Forschung sowie im klinischen Alltag zu fördern. Weiterhin ist es ihre erklärte Aufgabe, das Verantwortungsbewusstsein der Zahnärzteschaft für die besonderen Belange dieser Patientengruppe zu schärfen und eine Plattform für den Austausch neuer Erkenntnisse für die Zahnärzteschaft zu bieten. Damit soll eine adäquate			

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf erreicht werden. Ziel der AG ZMB ist es, zusammen mit der Zahnärzteschaft und den anderen o.a. Fachgesellschaften und Organisationen ein hohes Niveau in Bezug auf die Mundgesundheit von Menschen mit Behinderung zu erreichen. Die Stärkung der Prävention ist dabei Voraussetzung und steht daher im besonderen Focus der AG ZMB.			
150	DGAZ (19.04.2017)	<u>Zusammenfassende Kommentierung des Richtlinienentwurfes</u> Die Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. (DGAZ) begrüßt die Aufnahme der Regelung nach § 22a in das SGB V durch den Gesetzgeber. Sie bietet die Chance, Patientengruppen, die bislang nicht oder nur unzureichend an einer regelmäßigen zahnärztlichen Versorgung teilnehmen konnten, in eine kontinuierliche Betreuung mit präventivem Ansatz einzubinden.		Nein	Kenntnisnahme
151	DGAZ (19.04.2017)	<u>Zugang zur Leistung</u> Ein geriatrischer Patient ist betagt, hat mindestens zwei chronische, behandlungsbedürftige Krankheiten und einen hohen		Nein	Kenntnisnahme

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Hilfe- und Pflegebedarf. Diese in der Geriatrie gültige Definition lässt Spielraum zu, sodass die Auswahl der Leistungsempfänger nach dem Vorhandensein eines Pflegegrades eine gute Basis für die Leistungsvergabe darstellt. Ältere, die ihren Anspruch auf eine Einstufung in einen Pflegegrad nicht möchten oder keinen Zugang dazu haben, fallen möglicherweise heraus, wobei der Anteil dieser Gruppe erfahrungsgemäß gering sein wird. Überdies bestehen zielgerichtete und sinnvolle Möglichkeiten eine Teilhabe zu erreichen (z.B. Hausarzt; Sozialbetreuung).			
152	DGAZ (19.04.2017)	<u>Leistungsprofil</u> Bereits im Jahr 2007 war die DGAZ frühzeitig in die Entwicklung des gemeinsamen A und B-Konzepts der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sowie der KZBV eingebunden. Dieses Konzept wurde unter anderem von Gerostomatologen mit entwickelt, die sich täglich mit den auch künftigen Anspruchsberechtigten zahnmedizinisch aufsuchend dezentral oder in der Praxis auseinandersetzen. In der fachlichen Fortentwicklung dieses Konzepts war der DGAZ die Formulierung eines gesonderten Leistungskatalogs besonders wichtig, der, ähnlich wie dies bei			KZBV: Kenntnisnahme Insbesondere werden die Ausführungen zur Frequenz zur Entfernung von harten Zahnbelägen begrüßt. Hinsichtlich der angeblichen fehlenden Berücksichtigung der prothetischen Versorgung wird auf den bestehenden Leistungskatalog verwiesen. Hinsichtlich weiterer Leistungsbestandteile wird auf Nr. 122 verwiesen.

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Kindern und Jugendlichen mit den IP Positionen möglich war, den speziellen Bedürfnissen dieser vulnerablen Patientengruppe gerecht werden sollte. Notwendige zahnärztliche Leistungen für den geriatrischen Patienten sind im aktuellen BEMA Leistungskatalog nicht abgebildet. Daher wurden besondere Positionen zur Prophylaxe (IPAuB 1-IPAuB 6) und auch Leistungen zum Zahnersatz (ZTAuB 1- ZTAuB 2) formuliert. Auch wenn in dem nun vorliegenden aktuellen Beschlussentwurf die Position „Entfernung von harten Belägen“ entsprechend der gesetzlichen Vorgabe aufgenommen ist, findet ein Großteil der durch die DAGZ geforderten, notwendigen Leistungen keine Berücksichtigung. Es ist überaus bedauerlich, dass dieses Konzept zwar die Entfernung von harten Belägen nicht aber die Entfernung von weichen Belägen vorsieht. Die Frequenz einer wiederholten Entfernung 1x/Kalenderjahr wie durch den GKV-SV formuliert bedeutet keine Weiterentwicklung im Sinne des Gesetzgebers, diesen Anspruch haben aktuell alle gesetzlich Versicherten, unabhängig eines Erkrankungsrisikos.			GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme, siehe Nr. 126

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		Über 50% der der über 75-Jährigen Pflegebedürftigen sind zahnlos und tragen Prothesen (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie). Hinzu kommen die Teilprothesenträger, so dass rund 77 % der Betagten mit abnehmbarem Zahnersatz versorgt sind. In Kenntnis dieser Fakten ist es keinesfalls nachvollziehbar, dass die prothetische Versorgung nahezu keine Berücksichtigung im Leistungskatalog erhalten soll. Die professionelle Prothesenreinigung (IPAuB 3.2 und die ZT AuB 1) findet genauso wenig Berücksichtigung, wie die gegebenenfalls notwendige, bedarfsgerechte Umarbeitung einer Prothese (ZT AuB 2). Eine Umarbeitung der Prothese jedoch würde die Reinigung und die Ein- und Ausgliederungsfähigkeit des Zahnersatzes für die Pflegebedürftigen und/oder sein Umfeld ermöglichen. Die DGAZ sieht die Bemühungen aller beteiligten Gruppen sich für die Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung dieser wachsenden Patientengruppe einzusetzen, wobei aber mit dem jetzigen Richtlinienentwurf gerade seitens des GKV-SV notwendige und wesentliche Punkte vernachlässigt werden.			
153	DGAZ	<u>Sicherstellung der Umsetzung</u>		Nein	Kenntnisnahme

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
	(19.04.2017)	Die DGAZ begrüßt, dass die Richtlinie nach Befunderhebung und Feststellung des Mundgesundheitsstatus vorsieht, Instruktionen an die Versicherten und/oder die Pflege- beziehungsweise Unterstützungsperson bedarfsgerecht individuell abgegeben werden sollen. Sie möchte jedoch darauf hinweisen, dass heute nicht jeder Zahnarzt ausreichend im Fachgebiet der Seniorenzahnmedizin etabliert ist, um auch pflegebedürftige Menschen zu betreuen. Deshalb ist es notwendig, dass die Zahnärzte geschult werden, geriatrische Patienten mit den sehr heterogenen Krankheitsbildern, in denen die Einschränkungen ihrer Alltagskompetenz begründet sind, zu versorgen. Hierbei geht es nicht nur um zahnmedizinische Aspekte, sondern im Vordergrund müssen bei der Schulung die geriatrischen Krankheitsbilder und die Ernährung stehen. Die Zahnärzteschaft sollte nicht nur befähigt sein, die komplexen Anforderungen des Pflegebedürftigen zu erfassen, sondern auch diese mit den Ärzten sowie den Pflegenden mit dem Ziel einer bedarfsgerechten zahnmedizinischen Versorgung zu besprechen. Weiterhin sollte sich die Zahnärzteschaft im Rahmen der angebotenen Schulung ihrer Rolle			

Anlage XIII

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über eine Erstfassung einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 22a SGB V

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschluss-entwurf (Ja/Nein)	Würdigung
		als Teil des individuellen Ernährungsmanagements (Pflegebedürftiger und Pflegekraft/Angehöriger) bewusst werden.			
154	BZÄK (19.04.2017)	Aus Sicht der Bundeszahnärztekammer muss das Thema „Mundgesundheit für Menschen mit Behinderung, mit eingeschränkter Alltagskompetenz und für Alte und Pflegebedürftige“ künftig stärker in der Ausbildung der Zahnärzte sowie der Pflegekräfte verankert werden. Die Bundeszahnärztekammer möchte in diesem Verfahren eine mündliche Stellungnahme abgeben.		Nein	Kenntnisnahme

III. Mündliche Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V, 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Folgende stellungnahmeberechtigte Organisationen möchten eine mündliche Stellungnahme abgeben:

- Bundeszahnärztekammer
- Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder speziellem medizinischen Behandlungsbedarf
- Deutscher Pflegerat e. V. (*verhindert zur Sitzung des UA ZÄ am 12. Mai 2017*)
- Deutscher Caritasverband e. V.
- Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e. V.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.