

Wolfgang Eßer

## Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter

Von dem Soziologen und Ökonomen Max Weber stammt der vielzitierte Satz, die Politik sei „ein starkes langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich“<sup>9</sup>. Ausdauer, Augenmaß und Leidenschaft zugleich beschreibt er als Eigenschaften, um den eigenen Positionen zum Durchbruch zu verhelfen. Max Webers „Bohren harter Bretter“ ist sicherlich ein geeignetes Bild, um die Voraussetzungen politischer Veränderungen zu beschreiben.

Gemeinsam haben Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und der AG Behindertenbehandlung im Bundesverband Deutscher Oralchirurgen (BDO) im Juni 2010 unter dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ Vorschläge für eine bessere vertragszahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vorgelegt.



**Abb. 1** KZBV-Diskussionsforum 2012 „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter - vom Wunsch zur Wirklichkeit“ am 20.06.2012 in Dresden.

Auf dem Podium diskutierten unter der Moderation von Dr. Ursula Weidenfeld (von links nach rechts) Günter Wältermann, AOK Rheinland/Hamburg, Agi Palm, Lebenshilfe für Behinderte e. V., Maria Michalk, MdB, Behindertenpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Dr. Wolfgang Eßer, stellv. Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Steffen-Claudio Lemme, MdB, SPD-Bundestagsfraktion, Dr. Elisabeth Fix, Deutscher Caritasverband e. V. und Dr. Ursula Weidenfeld. (Foto: Darchinger/KZBV)

### Erfolgreiche Konzeptinitialisierung

Den Erfolg der Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen aufnehmend, setzt unser Konzept auf einen ergänzenden präventionsorientierten Leistungskatalog, der auf die Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung abstellt und der dem größeren zahnärztlichen Behandlungs- und Präventionsbedarf Rechnung trägt. Bei den Betroffenenverbänden haben unsere Vorschläge breite Zustimmung erfahren.

Auf einer Tagung des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung zur Patientenversorgung<sup>1</sup> widmete sich ein

Workshop der zahnärztlichen Versorgung bei Menschen mit Behinderung. In die Ergebnisse des Workshops hat das zahnärztliche Versorgungskonzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ breit Eingang gefunden. Dies ist in der Tagungsdokumentation nachzulesen. Tagungen wie diese ermöglichen es, unser Konzept einem großen Teilnehmerkreis aus Politik, Wohlfahrtsverbänden und Betroffenenorganisationen vorzustellen und Mitstreiter zu gewinnen. Wir sind mit unserem Versorgungskonzept für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen nicht nur auf positive Resonanz gestoßen, sondern haben darüber hinaus im Deutschen Caritasverband,

der Diakonie, dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V., der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e.V., dem Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V., dem Deutschen Pflegeverband e.V., der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V., dem PARITÄTISCHEN Gesamtverband e.V. und Special Olympics Deutschland Mitstreiter gefunden, die sich unser Konzept zu eigen gemacht haben und selbst mit unseren Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgungssituation für die Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung an die Politik herantreten und auf eine Umsetzung des Konzeptes hinwirken. Durch Publikationen, Veranstaltungen, Diskussionsforen und Gespräche haben wir es gemeinsam geschafft, das Konzept innerhalb von kürzester Zeit bekannt zu machen.

## Die Grundsituation im Überblick

Wie sieht die Ausgangssituation aus? Fangen wir mit der guten Nachricht an: Die Mundgesundheit der Bevölkerung hat sich in den letzten 20 Jahren ganz erheblich verbessert. Anfang der achtziger Jahre hatten zwölfjährige Kinder in Deutschland im Schnitt sieben Zähne mit Karies. Heute liegt der Wert bei 0,7 – also einem Zehntel. Parallel hat sich der Anteil der Zahnmedizin an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung halbiert. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bei der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen einen Spitzenplatz ein.

In der Breite der zahnmedizinischen Versorgung hat Deutschland insgesamt einen außerordentlich hohen Versorgungsgrad erreicht. Für diese Erfolgsgeschichte gibt es einen

Grund: Eindeutiger als in anderen Gesundheitsbereichen wurde auf Prävention gesetzt. In den vergangenen Jahren ist es gelungen, das Mundgesundheitsbewusstsein der Bevölkerung grundlegend positiv zu verändern, was sich unter anderem in einem deutlich verbesserten eigenverantwortlichen Mundpflegeverhalten und in der Bereitschaft niedergeschlagen hat, regelmäßig den Zahnarzt zur Kontrolle des Mundgesundheitszustandes aufzusuchen. Dies bildet das Fundament für ein langfristig zahngesundes Leben<sup>2,8</sup>.

Jetzt folgt die schlechte Nachricht: Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung können an dieser Entwicklung nicht partizipieren. Immer mehr Menschen werden immer älter, und das stellt auch die zahnmedizinische Versorgung vor neue Herausforderungen. Nicht nur, weil altersassoziierte Erkrankungen wie Parodontitis zunehmen und nach versorgungspolitischen Antworten verlangen, sondern vor allem, weil die demografische Entwicklung eine strukturelle Lücke im zahnmedizinischen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung offenbart<sup>3,5,7</sup>.

Dieser Katalog basiert auf drei Annahmen:

- Erwachsene können eigenverantwortliche Mundhygiene betreiben,
- eine Zahnarztpraxis aufsuchen,
- und bei der Behandlung kooperieren.

Es gibt aber eine wachsende Zahl von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, die motorisch eingeschränkt, immobil oder wegen kognitiver Einschränkungen nicht kooperationsfähig sind.

Auf sie treffen diese Annahmen ganz oder teilweise nicht zu. Ausgerechnet die schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft fallen damit durch das Raster der GKV-Versorgung und haben eine deutlich schlechtere Zahngesundheit als der Bevölkerungs-

durchschnitt. Sie haben ein besonders hohes Risiko an Karies und Parodontitis zu erkranken.

Die Probleme der zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung sind bekannt und durch zahlreiche Studien belegt. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat 2009 in seinem Gutachten „Generationspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ auf die unzureichende zahnmedizinische Versorgung dieser Patientengruppen aufmerksam gemacht<sup>6</sup>. Als vorbildliches Modell, das als Beispiel für die Ausgestaltung der Versorgung herangezogen werden sollte, hebt der Sachverständigenrat das Modellprojekt Teamwerk hervor<sup>4,6</sup>.

## Politische Weichenstellung

Das Modellprojekt Teamwerk, das in München stationär pflegebedürftige Menschen drei- bis viermal im Jahr aufsucht und Präventionsleistungen in der Mundhöhle durchführt, hat gezeigt, dass sich die relevanten Mundpflegeparameter signifikant verbessert haben und unerwünschte und aufwendige Notfälle weniger häufig auftraten. Dies zeigt auch die Erfahrung der vergangenen 20 Jahre, in denen mit den sukzessiv eingeführten Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche eine außerordentlich positive Entwicklung der Mundgesundheit erzielt werden konnte.

Im Leistungskatalog der GKV ist dieser Behandlungsbedarf nicht abgebildet. Diesem Versorgungsbedarf tragen die Regelungen im SGB V nicht Rechnung.

Zur Lösung der Versorgungsprobleme haben wir deshalb das zahnärztliche Versorgungskonzept am Runden Tisch gemeinsam erarbeitet. Das Konzept stellt auf die Bedürfnisse von

Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung ab und trägt dem größeren zahnärztlichen Behandlungs- und Präventionsbedarf Rechnung. Die nötigen Grundlagen zur Umsetzung des zahnärztlichen Versorgungskonzepts muss der Gesetzgeber schaffen.

Unsere Vorschläge haben Eingang gefunden in die Anträge der Oppositionsfractionen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke. So zeigt beispielsweise die SPD-Bundestagsfraktion in ihrem Antrag „UN-Konvention jetzt umsetzen – Chancen für eine inklusive Gesellschaft nutzen“ auf, dass spezieller Handlungsdruck u.a. in der zahnärztlichen Behandlung bestehe. Auch angesichts einer alternden Gesellschaft gelte es, die Barrieren in unserer Gesellschaft abzuschaffen und Inklusion zu ermöglichen. Um dem Recht auf freie Arztwahl Rechnung zu tragen, fordert die SPD bauliche, fachliche und kommunikative Barrieren abzubauen. Weiter fordert sie, dass Menschen mit geistiger Behinderung aber auch Menschen mit mehrfacher Behinderung umfassend in den Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention einzubeziehen sind.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz erkennen auch die Regierungsfractionen von CDU/CSU und FDP den Handlungsbedarf in der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung an. Unsere Vorschläge aufgreifend setzt der Gesetzgeber Anreize für das Aufsuchen dieser Patienten, die eine Praxis nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Dies sind erste Schritte in die richtige Richtung.

Zur Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes hat der Bewertungsausschuss am 17. Dezember 2012 einen Beschluss zur Vergütung des Mehraufwandes bei der aufsuchenden Betreuung Pflegebedürftiger sowie von Menschen mit Behinderung oder Menschen mit eingeschränkter



**Abb. 2** Prof. Ina Nitschke (Präsidentin DGAZ/links) und Dr. Imke Kaschke (Manager Healthy Athletes Special Olympics Deutschland/rechts), Parlamentarischer Abend „Zahnärztliche Versorgung älterer Menschen sowie von Menschen mit Behinderungen“ auf Einladung der Abgeordneten Ulrike Flach, FDP-Bundestagsfraktion, und Dr. Rolf Koschorrek, CDU/CSU-Bundestagsfraktion, am 26. Oktober 2010 im Humboldt Carré Berlin. (Foto: axentis.de)

Alltagskompetenz, also z.B. von Demenzkranken, gefasst. Zunächst standen sich im Bewertungsausschuss die Auffassungen von KZBV und GKV-Spitzenverband diametral gegenüber. Nach langwieriger Diskussion über die Struktur der Leistungspositionen und deren Bewertung wurde eine deutliche Annäherung erzielt, die eine Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses, anders als erwartet, überflüssig gemacht hat. Bei zwei wesentlichen Fragen haben sich KZBV und GKV-Spitzenverband geeinigt: den Leistungsinhalt und dessen Bewertung. Es wird zwei zusätzliche Leistungspositionen geben. Die erste umfasst einen Zuschlag für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die mit 35 Punkten bewertet sein wird. Die zweite Leistungsposition umfasst eine Modifikation dieser Bewertung, wenn im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang beim Aufsuchen dieser Versichertengruppe ein zweiter Besuch in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung erfolgt. Diese Bewertung soll dann 30 Punkte betragen.

Wichtig ist, dass diese Zuschläge neben den Besuchsgebühren, die derzeit nach der GOÄ abrechenbar sind, und dem Wegegeld abgerechnet werden können. Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 17.12.2012 werden diese aber in den Bema übernommen. Im Zuge der Schaffung eines Besuchskapitels im Bema wurde die bisherige GOÄ-Position 51 von 28 auf 34 Bema-Punkte angepasst und erfasst nunmehr nicht nur den Besuch in derselben häuslichen Gemeinschaft, sondern auch in derselben Einrichtung.

Flankierend hat die KZBV im Bewertungsausschuss auch eine deutliche Verbesserung beim Wegegeld durchgesetzt. Beim Wegegeld wird nicht mehr auf die GOÄ, sondern auf die GOZ Bezug genommen, sodass wir hier von der Erhöhung des Wegegeldes durch den Ordnungsgeber der GOZ profitieren können. In einer Protokollnotiz haben sich die Vertragspartner zudem darauf verständigt – soweit nicht innerhalb von sechs Jahren durch die Ordnungsgeber eine Anpassung erfolgt ist – selbst über eine Anpassung zu verhandeln, so dass auch hier eine Dynamisierung gewährleistet ist.

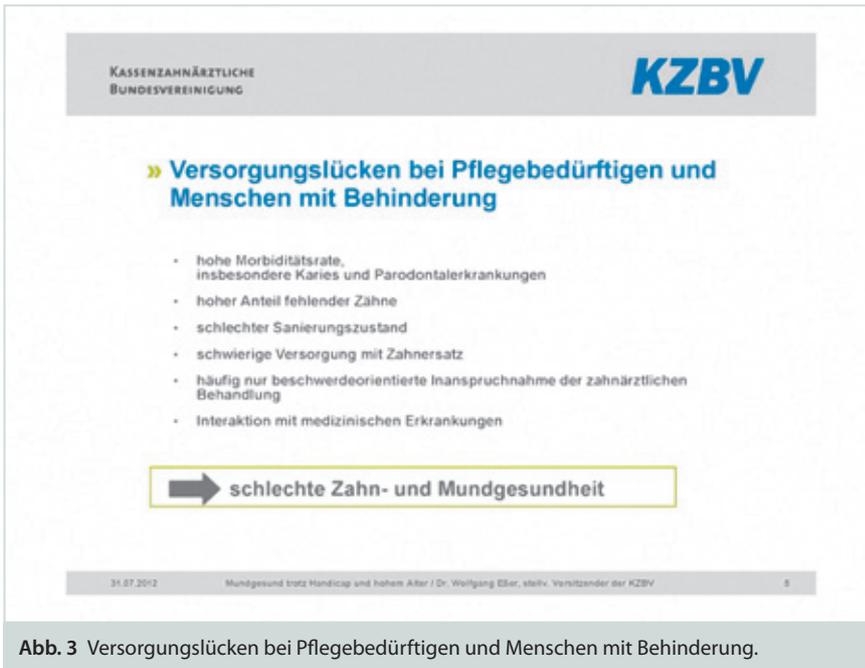


Abb. 3 Versorgungslücken bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung.

Die neuen Leistungspositionen werden zum 01.04.2013 in Kraft treten. Damit ist ein erster Baustein aus unserem Konzept zur Alters- und Behindertenzahnmedizin umgesetzt. Wir sind überzeugt, dass sich an diesem Beispiel die Selbstverwaltung von Zahnärzten und Krankenkassen bewährt hat, was auch für die anstehenden Fragen zur Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes eine erfreuliche Signalwirkung haben kann.

### Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz sieht die Einführung einer weiteren Leistungsposition für die aufsuchende Versorgung vor. Die vorgesehene Leistung ist allerdings nur für Personen in stationären Pflegeeinrichtungen bestimmt und sie darf von Zahnärzten nur im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit einer stationären Einrichtung erbracht und abgerechnet werden. Zur Umsetzung dieser Regelungen fand Ende Januar 2013 ein Erör-

terungstermin im BMG statt. Bis zum 30. September 2013 sollen die Regelungen unter Dach und Fach sein, so die gesetzlichen Vorgaben. Wir werden die Bundesverbände der Pflegeeinrichtungen und der Pflegeberufe mit ins Boot nehmen, um die Situation der Betroffenen zu verbessern.

Nach wie vor ist der Leistungsanspruch für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung aber auf den GKV-Leistungskatalog beschränkt, jetzt ergänzt um Leistungspositionen für die aufsuchende Versorgung. Die Prävention bleibt bislang unberücksichtigt.

Auch Prof. Glaeske, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen sieht bei der zahnmedizinischen Versorgung älterer Menschen in Pflege- und Altenheimen eine Unterversorgung. Dies hob er auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und dem Nationalen Präventionskongress im Herbst 2012 in Dresden hervor. Bei vielen sei die Zahnpflege ungenügend. Da aber der Zusammenhang zwischen Parodontitis und der Entwicklung oder Ver-

schlechterung von Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck oder sogar Demenz inzwischen aufgedeckt sei, könne sich der Krankheitszustand älterer Patienten durch mangelnde Versorgung gravierend verschlechtern. „Die Versorgungsforschung kann die spezifische Situation der Patienten beleuchten und Fehlentwicklungen aufdecken. Auf diese Weise werden solche Erkenntnisse zum Ausgangspunkt für mehr Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung“, erklärte Prof. Glaeske in Dresden.

### Wechselwirkungen zwischen oralen und allgemeinmedizinischen Erkrankungen

Wir alle wissen: Eine gute Mundgesundheit ist von zentraler Bedeutung für die Ernährung, für die Lebensqualität insgesamt. Wissenschaftliche Erkenntnisse weisen auf die engen Wechselwirkungen oraler und allgemeinmedizinischer Erkrankungen hin: beispielsweise zwischen Parodontitis, Diabetes mellitus, Rheuma oder Infektionen der Atemwege. Eine mögliche Folge von Parodontitis können Herzinfarkt oder Schlaganfall sein.

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention haben die Vertragsstaaten das Recht von Menschen mit Behinderung auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung anerkannt.

Was heißt das konkret? Zum einen, dass die Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie für andere Menschen erfolgen soll. Zum anderen, dass Menschen mit Behinderung Anspruch haben auf Gesundheitsleistungen, die von ihnen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden.

Um die aufgezeigten Versorgungslücken zu schließen und den Ansprüchen aus der UN-Konvention Rechnung zu

tragen, ist es dringend erforderlich, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen und bedarfsadäquate, präventive Leistungen in den GKV-Katalog für diesen Personenkreis aufzunehmen.

Die Zahnärzteschaft spricht sich deshalb dafür aus, für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung präventive Maßnahmen im SGB V zu verankern und den G-BA mit der Umsetzung zu beauftragen. Gerade für diesen Personenkreis sind für die Verbesserung der Mundgesundheit Präventionsmaßnahmen von ganz besonderer Bedeutung. Die Politik, der Gesetzgeber, ist gefordert, Prävention für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung zu ermöglichen.

Das vorwiegend ehrenamtliche Engagement vieler Zahnärztinnen und Zahnärzte kann diese Versorgungslücke dauerhaft kaum schließen.

Wir beobachten jedoch, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte auf die Herausforderungen reagieren und sich der Belange Pflegebedürftiger und Menschen mit Behinderung annehmen.

Das Klinikum der Universität München hat seit März 2012 das zahnärztliche Angebot um eine spezialisierte zahnärztliche Versorgung für Menschen mit Behinderung ergänzt. Ein Schwerpunkt ist hier die wiederkehrende Prävention.

Diese Initiativen sind für die zahnärztliche Versorgung der Patienten von ganz entscheidender Bedeutung. Entscheidend ist aber auch, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen stimmen, dass sie Anreize setzen und dass sie Veränderungsprozesse fördern und nicht behindern.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen so gestaltet sein, dass sie den besonderen Bedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung abbilden.

Der Weg von einer Demografiestrategie der Bundesregierung und einem Aktionsplan der Regierung zur Umset-



Abb. 4 Lösungsansätze.

zung der UN-Behindertenrechtskonvention hin zu gesetzlichen Anspruchsgrundlagen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen ist lang. Hier müssen harte Bretter gebohrt werden. Schnell landen wir in einem Spannungsfeld zwischen medizinisch Wünschbarem bzw. den heutigen medizinischen Möglichkeiten, den Bedürfnissen der Betroffenen und den begrenzten finanziellen Ressourcen. Hier sind neben wissenschaftlich fundierten Lösungsvorschlägen, Leidenschaft, Augenmaß und Ausdauer gleichermaßen gefragt. Hürden und Widerstände müssen überwunden werden. Das Thema muss auf die politische Agenda gesetzt werden, politische Mehrheiten müssen organisiert und die finanziellen Ressourcen bereitgestellt werden.

### Relevante Stellungnahmen des Bundesfinanzministeriums

Um Hürden und Widerstände zu verdeutlichen, seien hier beispielhaft die Stellungnahmen des Bundesfinanz-

ministeriums (BMF) zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz und Pflege-Neuausrichtungsgesetz genannt. Zu den finanziellen Anreizen durch eine neue Vergütungsposition für die aufsuchende Betreuung in stationären Einrichtungen schreibt das BMF, dass es „zumutbar erscheine“, die K(Z)Ven sowie die Zahnärzte und Ärzte „gesetzlich zu verpflichten“, sich mit den Pflegekräften auszutauschen. Die Notwendigkeit, hierfür zusätzliche finanzielle Anreize durch Honorarzuschläge zu schaffen, erschließe sich nicht. Alternativ schlägt das BMF vor, solche Zuschläge kostenneutral, ohne Beteiligung der GKV, aus der Gesamtvergütung zu finanzieren.

In der Stellungnahme zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz weist das BMF daraufhin, dass es „Mehrkosten oder finanziellen Risiken ohne Kompensation nicht zustimmen kann“. Auch in diesem Gesetzgebungsverfahren werden vom BMF kostenneutrale Regelungen gefordert bzw. eine Gegenfinanzierung aus den vorhandenen Budgets, so dass den gesetzlichen Krankenkassen keine Mehrausgaben entstehen. Die



**Abb. 5** Übergabe des Konzeptes „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, MdB (Mitte) von Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (rechts), und Dr. Wolfgang Eßer, stellv. Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (links).  
(Foto: axentis.de)

Stellungnahmen zeigen, dass das BMF gesetzliche Regelungen ausschließlich unter fiskalischen und Haushaltsgesichtspunkten bewertet. Alles andere ordnet das BMF diesen Gesichtspunkten unter.

Seit dem Inkrafttreten des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) am 1. Januar 2011 hat der Einfluss des BMF auf die Gesundheitspolitik zugenommen. Dies ist auf das neue GKV-Finanzierungsinstrument der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge mit steuerfinanziertem Sozialausgleich zurückzuführen.

Der Einfluss des Bundesfinanzministers könnte auch vor dem Hintergrund der Euro- und Staatsschuldenkrise zunehmen. Sowohl der Jurist Bernd Schulte als auch der Politikwissenschaftler Prof. Wolfram Lamping (TU Darmstadt) äußerten auf einer gemeinsamen Konferenz vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) die Ansicht, dass von der EU keine signifikante Gefahr für die Subsidiarität in der Gesundheitspolitik ausgehe. Allerdings müsse man künftig in der nationalen Gesundheitspolitik von einer „negativen Gestaltungsmacht“ ausgehen, da gesundheitspolitische Debatten ab sofort unter der ständigen Drohung finanzieller

Restriktionen geführt würden. Es sei mit einer Debatte über zunehmende Versorgungsdisparitäten in der EU sowie einer Debatte über Ausgleichszahlungen zur Aufrechterhaltung einer angemessenen Gesundheitsversorgung in allen EU-Mitgliedsstaaten zu rechnen.

Beim Pflege-Neuausrichtungsgesetz konnte das BMG seine gesetzlichen Regelungen durchsetzen, so dass jetzt eine zweite Verhandlungsrunde zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband für eine weitere Bema-Position für die aufsuchende Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ansteht.

### Beispiel Gesetzgebungsverfahren Patientenrechtegesetz

Welche Ausdauer nötig ist, um politische Veränderungen durchzusetzen, zeigt ein Blick auf andere Gesetzgebungsverfahren. Die vielen Anläufe für ein Patientenrechtegesetz sind ein ganz gutes Beispiel. Bereits in den Koalitionsvereinbarungen von 1998 und 2002 wurde die Einführung eines Patientenrechtegesetzes festgeschrieben. Es wurden Sachverständigengutachten eingeholt. 2002 hat eine AG unter der Leitung des ehemaligen Präsidenten des Bundesgerichtshofs das Kon-

zept „Patientenrechte in Deutschland“ an die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und die damalige Bundesjustizministerin Prof. Dr. Däubler-Gmelin übergeben. Als Leitfaden für Patienten und Ärzte stellten im April 2003 die Bundesjustizministerin Zypries und die Parlamentarische Staatssekretärin Caspars-Merk die Broschüre auf einer Pressekonferenz vor. In der Legislaturperiode von 2005–2009 hat eine AG der SPD-Bundestagsfraktion im Juni 2009 Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz beschlossen. Für eine Umsetzung dieser Eckpunkte in der Großen Koalition war es zu spät. Die Legislaturperiode endete im Herbst 2009. Nach der Bundestagswahl 2009 haben sich die Koalitionsfraktionen von Union und FDP im Koalitionsvertrag darauf verständigt, die Rechte von Patienten in einem „Patientenschutzgesetz“ zu bündeln.

Nach Grundlagenpapieren, Anträgen und Eckpunkten konnte das Gesetzgebungsverfahren Ende November 2012 mit der 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag abgeschlossen werden. Der 2. Durchgang im Bundesrat ist am 1. Februar 2013 erfolgt. Nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt tritt das Patientenrechtegesetz in Kraft. Das Patientenrechtegesetz ist kein Ausnahmefall. Vom ersten Konzept bis hin zum Bundesgesetzblatt können schnell zehn Jahre vergehen.

Diesen langen Zeitraum für die Umsetzung unseres Versorgungskonzeptes für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung streben wir – KZBV, BZÄK, DGAZ und BDO – nicht an. Hier gilt es mit Augenmaß und Leidenschaft zugleich weiterhin gemeinsam Überzeugungsarbeit zu leisten. All jene, denen die Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung am Herzen liegt, wissen wir als Mitstreiter an unserer Seite.

## Fazit

Max Weber hat recht: Politik ist das „Bohren harter Bretter“. Dies ist uns allen bekannt. Die KZBV hat auf der Vertreterversammlung im November 2012 mit der „Agenda Mundgesundheit“ ihre Positionen für die nächste Legislaturperiode beschlossen. Ein zentraler Baustein der Agenda sind die Forderungen zur Alters- und Behindertenzahnheilkunde. Wir werden auch in der nächsten Legislaturperiode gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin und der AG Behindertenbehandlung im BDO weiter bohren!

**SZM**

## Literatur

1. Gesundheit für Menschen mit Behinderung, Zwischen Ansprüchen der UN-Konvention Kostendämpfung und Wirklichkeit, Teilhabe braucht Gesundheit, Tagungsreihe 2010-2011, Workshop am 21./22.02.2011.
2. Institut der Deutschen Zahnärzte. IDZ - DMS IV. Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie – Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland. 2005.
3. Institut der Deutschen Zahnärzte. IDZ-Information 03/12. Zur Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Deutschland – eine systematische Übersicht (Review) auf der Grundlage aktueller Einzelstudien 2000–2012.
4. Institut der Deutschen Zahnärzte. IDZ-Information 04/09. Zahnmedizin in der Pflege – das Teamwerk-Projekt 2009.
5. Kaschke I. Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Bundesgesundheitsblatt 2011.
6. N.N. Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung – Situation der zahnmedizinischen Gesundheitsversorgung für Pflegebedürftige im Alter. In: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009.
7. Nitschke I. Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Bundesgesundheitsblatt 2011.
8. Robert-Koch-Institut und Statistisches Bundesamt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Mundgesundheit, 2009:47.
9. Weber M. Die Politik bedeutet ein starkes langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich – Politik als Beruf. München, Leipzig: Duncker & Humblot 1919.

### Autor

**Dr. Wolfgang Eßer**  
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes  
KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung  
Universitätsstraße 73  
50931 Köln

