

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Inge Höger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/6274 –**

Zahngesundheit von älteren, pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Die zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sowie mit Pflegebedarf ist in der Bundesrepublik Deutschland oft sehr mangelhaft. Werden Menschen pflegebedürftig bzw. immobil, bedeutet dies für die Pflege und Behandlung der eigenen Zähne und von vorhandenem Zahnersatz einen größeren Aufwand und besondere Herausforderungen, um die Mundgesundheit und die Kaufähigkeit zu erhalten. Wird dies nicht sichergestellt, besteht die Gefahr von Wurzelkaries und schweren Erkrankungen des Zahnfleisches (Parodontitis). Mit Parodontitis gehen deutliche Wechselwirkungen zu allgemeinmedizinischen Erkrankungen, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Lungenerkrankungen sowie Magen-Darm-Störungen, einher. Menschen mit demenziellen Erkrankungen sind aus zahnmedizinischer Sicht ähnlich schwer zu betreuen, wie Menschen mit Behinderungen. Ohne regelmäßige Mundpflege und zahnärztliche Betreuung verschlechtert sich die Mundgesundheit sehr schnell. Schmerzen, Verluste von Zähnen, Probleme bei Kaufunktion und beim Sprechen sind die Folge (siehe „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“, Bundeszahnärztekammer [BZÄK] und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung [KZBV], 2010).

Die zahnärztliche Betreuung in Pflegeeinrichtungen ist oft unzureichend. Häufig bleiben Mundgesundheitsprobleme so lange unbeachtet, bis Zähne entfernt werden müssen. Die Eingliederung von Zahnersatz ist dann oft nicht mehr möglich – mit allen Konsequenzen für die Lebensqualität der Betroffenen.

Ebenso ist die zahnmedizinische Betreuung von Patienten mit Behinderungen in unserem derzeitigen Versorgungssystem häufig unbefriedigend. Einerseits bedingen motorische und/oder kognitive Einschränkungen eine schwierige Mundpflege und Zahnbehandlung und bilden so ein erhöhtes Risiko für Karies und Zahnbettentzündungen. Diesem erhöhten Bedarf stehen andererseits für viele Menschen mit Behinderungen Zugangsbarrieren zur zahnmedizinischen Versorgung gegenüber. Zuletzt können viele Menschen mit Behinderungen oft nur unter einem erhöhten personellen, instrumentellen und zeitlichen Aufwand zahnärztlich versorgt werden. Diese Leistungen werden derzeit nicht in allen Praxen

erbracht. Daraus resultieren für die Betroffenen lange Wartezeiten und/oder eine umfangreiche Suche nach einer geeigneten Praxis.

In Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention „Gesundheit“ anerkennt die Bundesregierung „das Recht von Menschen mit Behinderungen, das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu genießen.“ Sie fordert für Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung entsprechend der Bandbreite, der Qualität und dem Standard der vorherrschenden Gesundheitsversorgung. Der § 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) besagt: „Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.“

Wird unser Staat diesen Verpflichtungen bezogen auf die zahnärztliche Versorgung gerecht?

Vorbemerkung der Bundesregierung

Eine gute zahnmedizinische Versorgung von älteren, pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen ist der Bundesregierung ein wichtiges Anliegen. Die Vorgabe im SGB V, wonach den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderung und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist, gilt auch für die vertragszahnärztliche Versorgung sowie für alle daran Mitwirkenden und Beteiligten.

Die Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse liegt bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Viele Krankenkassen nutzen die geltenden Vorschriften unter anderem zur integrierten Versorgung bzw. zur besonderen ambulanten zahnärztlichen Versorgung und haben entsprechende Verträge zur Verbesserung der Mundgesundheit unter anderem von pflegebedürftigen und behinderten Versicherten mit Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, Trägern von Einrichtungen oder mit Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgeschlossen.

Ob bzw. inwieweit ein Handlungsbedarf im Hinblick auf eine Änderung der gesetzlichen Vorgaben zur vertragszahnärztlichen Versorgung besteht, wird zur Zeit auch vor dem Hintergrund des Konzepts unter anderem der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ geprüft. Aussagen über gesetzgeberische Konsequenzen lassen sich derzeit noch nicht treffen.

Hinzuweisen ist auch auf den Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, der am 15. Juni 2011 verabschiedet worden ist. Dieser enthält eine Reihe von Maßnahmen, die der Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung dient. Demzufolge wird die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern und der Ärzteschaft in 2012 ein Gesamtkonzept entwickeln, das dazu beiträgt, einen barrierefreien Zugang oder die barrierefreie Ausstattung von Praxen und Kliniken zu gewährleisten. Ziel ist es, in den nächsten zehn Jahren eine ausreichende Zahl an Arztpraxen barrierefrei zugänglich zu machen.

1. Wie viele Zahnarztpraxen gibt es in Deutschland, und wie viele sind davon barrierefrei?
2. Gibt es in jedem kassenärztlichen Planungsbezirk mindestens eine barrierefreie Zahnarztpraxis?

In wie vielen Planungsbezirken gibt es keine barrierefreie Zahnarztpraxis?

Die Fragen 1 und 2 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In Deutschland gibt es gegenwärtig insgesamt 45 064 Zahnarztpraxen. Der Bundesregierung liegen darüber hinaus keine Daten vor, wie viele davon barrierefrei sind. Auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung teilte auf Nachfrage mit, dass sie nicht über derartige Daten verfügt. Sie verweist im Übrigen darauf, dass die Möglichkeit besteht, über eine Online-Suche im Internetauftritt der Landes Zahnärztekammern Kriterien, wie z. B. die Barrierefreiheit oder die Behindertenbehandlung, bei der Praxissuche gezielt einzusetzen. Betroffene könnten so Zahnarztpraxen in ihrer Nähe finden, die auf die speziellen fachlichen, baulichen und instrumentalen Bedürfnisse zur Behandlung von Menschen mit Behinderungen eingestellt sind.

3. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, damit Zahnarztpraxen zunehmend barrierefrei werden?

Die Bundesregierung hat zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention am 15. Juni 2011 einen Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung verabschiedet. Darin wird auch die Barrierefreiheit von Arzt- und Zahnarztpraxen aufgegriffen. Alle Menschen mit Behinderungen sollen einen uneingeschränkten (barrierefreien) Zugang zu allen Gesundheitsdiensten und Gesundheitsdienstleitungen haben. Daher wird die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern und der Ärzteschaft in 2012 ein Gesamtkonzept entwickeln, das dazu beiträgt, einen barrierefreien Zugang oder die barrierefreie Ausstattung von Praxen und Kliniken zu gewährleisten. Ziel ist es, in den nächsten zehn Jahren eine ausreichende Zahl an Arztpraxen barrierefrei zugänglich zu machen.

Zudem ist bereits jetzt über das Internetportal des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung www.einfach-teilhabe.de eine elektronische Suche nach barrierefreien Arztpraxen und Kliniken möglich.

4. Wie viele Menschen in Deutschland sind aufgrund von Behinderungen und/oder fehlender Mobilität nicht in der Lage, ihre Zahnpflege in ausreichendem Maße selbst vorzunehmen?

Der Bundesregierung liegen keine Daten darüber vor, wie viele Menschen in Deutschland aufgrund von Behinderungen und/oder fehlender Mobilität nicht in der Lage sind, ihre Zahnpflege in ausreichendem Maße selbst vorzunehmen. Die individuelle Mundhygiene und Zahnpflege gehören zu den pflegerischen Vorrichtungen im Sinne des § 14 Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI), für die Pflegebedürftige Hilfe beanspruchen können. In Pflegeheimen obliegt damit die Verantwortung zur Überprüfung bzw. Erbringung einer guten Mundhygiene oder Zahnpflege den professionellen Pflegekräften und bei der Inanspruchnahme ambulanter Sachleistungen den dortigen Pflegepersonen.

5. Wie viele Menschen in Deutschland sind aufgrund von Pflegebedürftigkeit bzw. aufgrund einer Behinderung nicht in der Lage, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen und müssen demnach ambulant versorgt werden?

Der Bundesregierung liegen keine Daten darüber vor, wie viele Menschen in Deutschland aufgrund von Pflegebedürftigkeit bzw. aufgrund einer Behinderung nicht in der Lage sind, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen.

6. Wie viele Menschen in Deutschland werden aufgrund ihrer Behinderungen und/oder fehlender Mobilität und der fehlenden ambulanten Versorgung bzw. fehlenden barrierefreien Zahnarztpraxen nicht regelmäßig (zweimal pro Jahr) zahnärztlich oder präventiv versorgt?

Statistische Erhebungen bzw. Erkenntnisse zu der Frage, wie viele Menschen in Deutschland aufgrund ihrer Behinderungen und/oder fehlender Mobilität nicht regelmäßig zahnärztlich oder präventiv versorgt werden, sind der Bundesregierung nicht bekannt. Unabhängig davon bezieht sich der Auftrag zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung auch auf Versicherte, die beispielsweise in stationären Einrichtungen oder zu Hause gepflegt werden, und für die ein Bedarf für einen sog. Hausbesuch durch einen Vertragszahnarzt besteht.

7. Welche Modellprojekte gibt es zur Versorgung in stationären Pflege- oder Behinderteneinrichtungen, aber auch in privaten Räumen bei immobilen Personen mit ambulanten Zahnmedizinteams und -praxen?

Wenn solche Modellprojekte nicht existieren, sind sie für die Zukunft angedacht?

Der Bundesregierung sind verschiedene Projekte und Versorgungsverträge von Kranken- bzw. Pflegekassen unter anderem in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen bekannt, in deren Rahmen immobile Versicherte im Rahmen aufsuchender Betreuungskonzepte versorgt werden. Die Landeszahnärztekammern unter anderem in Hessen verfügen über mobile Behandlungseinheiten, die Zahnärzte für Hausbesuche und Besuche in Pflegeeinrichtungen nutzen können. Die tragbaren Behandlungskoffer bieten die Möglichkeit, eine gründliche Untersuchung und zahnerhaltende Maßnahmen wie Zahnsteinentfernung, Beseitigung kleiner kariöser Defekte oder Druckstellenbeseitigung an Prothesen, beispielsweise am Bett des Patienten, durchzuführen.

Auch Modellprojekte, die eine Verbesserung der Mundgesundheit durch Schulungen des Betreuungspersonals in Einrichtungen zum Gegenstand haben, sind der Bundesregierung bekannt. Zu nennen ist hier insbesondere das Münchner Projekt „Teamwerk – Zahnmedizin für Pflegebedürftige“, das im Jahr 2005 den Deutschen Präventionspreis erhalten hat. Das Projekt besteht aus zwei wesentlichen Teilen, der Prävention mit Schulungen von Pflegekräften und mobiler Prophylaxe in Heimen sowie der Therapie durch Patenzahnärzte im zugehörigen Kompetenzzentrum. Dieses Projekt wird inzwischen auch in Würzburg und Augsburg erfolgreich umgesetzt.

Die Bundesregierung sieht keine Notwendigkeit, weitere Modellprojekte zu initiieren. Es gilt, die positiven Erfahrungen bereits laufender Projekte in die Breite zu tragen.

8. Wie viele Zahnarztpraxen sind auf die Behandlung von Menschen mit Behinderungen spezialisiert?
9. Wie viele Zahnarztpraxen sind auf die Behandlung von pflegebedürftigen und alten Menschen spezialisiert?

Die Fragen 8 und 9 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung ist nicht bekannt, wie viele Zahnarztpraxen auf die Behandlung von Menschen mit Behinderungen bzw. von pflegebedürftigen und älteren Menschen spezialisiert sind. Auch die Kassenzahnärztliche Bundesver-

einigung teilte auf Nachfrage mit, dass sie über keine entsprechenden Daten verfügt.

10. Inwieweit besteht für Menschen mit Behinderungen laut Gesetz sowie in der Praxis ein identisches Recht auf freie Arzt- und Zahnarztwahl, wie für Menschen ohne Behinderung?
11. Kann ein Mensch im Rollstuhl einen Zahnarzt aufsuchen, der ohne Fahrstuhl im dritten Stockwerk behandelt?
Ist dadurch die freie Arztwahl für den Menschen im Rollstuhl eingeschränkt?
Sieht die Bundesregierung hier Handlungsbedarf?

Die Fragen 10 und 11 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die in § 76 SGB V geregelte freie Arzt- und Zahnarztwahl gilt grundsätzlich für alle Versicherten, unabhängig davon, ob es sich um Menschen mit oder ohne Behinderung handelt. Soweit ein Versicherter eine Arzt- oder Zahnarztpraxis aufgrund baulicher Gegebenheiten nicht aufsuchen kann, ist es Aufgabe der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, dem Versicherten eine barrierefreie Zahnarztpraxis zu benennen. Dies ergibt sich aus dem bei den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen liegenden Sicherstellungsauftrag. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 3 Bezug genommen.

12. Welchen besonderen Aufwand bedeutet die Behandlung von Menschen mit Behinderungen, pflegebedürftigen oder dementen Menschen für den zahnärztlichen Behandler?
Wird dieser besondere Aufwand gesondert vergütet?
Welche Anreize hat ein Zahnarzt, diesen besonderen Aufwand zu leisten?

Die zahnärztliche Behandlung ist im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass sie in einem eng umgrenzten Gebiet unter erschwerten Sichtverhältnissen durchgeführt werden muss. Die Arbeit mit hochoberen Geräten wie Turbinen sowie Hand- und Winkelstücken, sowie mit spitzen und schneidenden Instrumenten birgt immer die Gefahr einer Verletzung von gesunder Zahnhartsubstanz, Wangen, Zahnfleisch, Zunge aber auch von Nerven und Gefäßen. Für eine erfolgreiche Behandlung ist daher nicht nur die handwerklich-fachliche Kompetenz des Zahnarztes entscheidend, sondern auch die Mitwirkung des Patienten. Diese Mitwirkung besteht dabei in erster Linie im „Stillhalten“, einer ausreichenden Mundöffnung sowie dem Befolgen von für die Behandlung notwendigen Anordnungen.

Bei Patienten mit Behinderungen, pflegebedürftigen oder dementen Menschen kann diese Mitwirkung (Compliance) stark eingeschränkt oder gar nicht vorhanden sein. Eine zahnärztliche Behandlung ist in diesen Fällen nur eingeschränkt und unter erschwerten Bedingungen möglich. Dies stellt sowohl an die rein „handwerkliche“ Ausführung als auch an das notwendige psychologische Einfühlungsvermögen andere Anforderungen, als dies bei einem gesunden Menschen der Fall ist. Infolgedessen ist für diese Art der Behandlung ein deutlich erhöhter zeitlicher Aufwand anzusetzen.

Die gesetzlichen Vorschriften im SGB V stellen sicher, dass die Versorgung aller Versicherten gewährleistet ist, also auch der Menschen mit Behinderungen und der pflegebedürftigen und dementen Menschen. Dementsprechend erhält der Zahnarzt für diese Leistungen eine Vergütung, die sich am Behandlungsbedarf

aller Versicherten ausrichtet und insofern auf den Durchschnitt abstellt. Eine abweichende Vergütung für Leistungen, die bei Behinderten oder Pflegebedürftigen Personen durchgeführt werden, ist im Gebührenverzeichnis derzeit nicht vorgesehen.

13. Haben Menschen aufgrund von schweren Vorerkrankungen, wie beispielsweise einem Mundboden-Unterkiefer-Karzinom mit Entfernung des Unterkiefers, Anspruch auf eine besondere Zahnersatzversorgung oder erhalten diese wie alle anderen Patienten die entsprechenden Festbeträge für die Regelversorgung und müssen den Rest selbst tragen?

Sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf, für Menschen in besonderen Situationen besondere Leistungsansprüche bei Zahnbehandlung und Zahnersatz zu schaffen?

Bei Versicherten, die an einem Mundboden-Unterkiefer-Karzinom erkrankt sind und bei denen Teile des Unterkiefers entfernt werden mussten, dürfte in der Regel die Vorschrift des § 28 Absatz 2 Satz 9 SGB V Anwendung finden. In zwingend notwendigen Ausnahmefällen haben Versicherte danach im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung Anspruch auf implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen (das heißt implantatgestütztem Zahnersatz) als Sachleistung. Einen Eigenanteil müssen Patientinnen und Patienten in diesen Fällen nicht tragen. Die Ausnahmeindikationen, bei denen die Krankenkassen in besonders schweren Fällen die Kosten implantologischer Leistungen zu übernehmen haben, wurden vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) in den Behandlungs-Richtlinien festgelegt und sind am 22. September 1998 in Kraft getreten. Versicherte haben danach Anspruch auf Sachleistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn Implantate und der darauf abzustütze Zahnersatz in besonders schweren Fällen von Kiefer- und Gesichtsschäden (z. B. nach Tumoroperationen, bei Unfallverletzungen oder bei angeborenen Kieferfehlbildungen) aufgrund der medizinischen Gesamtumstände des Einzelfalles erforderlich werden.

Soweit eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate möglich ist, haben gesetzlich Versicherte seit dem 1. Januar 2005 im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse. Der Leistungsanspruch richtet sich nach § 55 SGB V. An die Stelle des früheren prozentualen Anteils der gesetzlichen Krankenkassen an den Kosten für Zahnersatz sind damit befundbezogene Festzuschüsse zur im Einzelfall notwendigen Versorgung getreten. Befundbezogene Festzuschüsse stellen nicht auf die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern auf prothetische Regelversorgungen bei bestimmten Befunden ab. Prothetische Regelversorgungen sind dabei die Versorgungen, die in der Mehrzahl der Fälle bei dem entsprechenden Befund zur Behandlung geeignet sind.

Mit der Einführung befundbezogener Festzuschüsse wurde sichergestellt, dass sich Versicherte für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform mit Zahnersatz entscheiden können, ohne den Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren. Dies gilt beispielsweise für die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz (Suprakonstruktionen).

Nach den Vorgaben des Gesetzgebers bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien die Befunde, für die die gesetzlichen Krankenkassen Festzuschüsse gewähren und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu (§ 56 SGB V). Die Regelversorgung hat sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen zu orientieren, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen bei einem Befund nach dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse gehören.

Inhalt und Umfang der Regelversorgungen sind durch den G-BA in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen und an die zahnmedizinische Entwicklung anzupassen.

Ob bzw. inwieweit gesetzlich Versicherte einen eigenen Anteil bei der Versorgung mit Zahnersatz zu tragen haben, hängt von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ab. Nach den Vorschriften des Krankenversicherungsrechts haben Versicherte zusätzlich zu den Festzuschüssen Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe („doppelter Festzuschuss“), angepasst an die Höhe der für die Regelversorgung tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden (§ 55 Absatz 2 SGB V). Diese Vorgaben gelten auch für die Versorgung von Patienten, denen im Rahmen einer Tumorbehandlung Teile des Unterkiefers entfernt werden mussten, die aber gleichwohl konventionell prothetisch versorgt werden können.

14. Ist die Abstufung der prozentualen Eigenbeteiligung beim Zahnersatz entsprechend dem Bonusheft auch für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen, für die dadurch der regelmäßige Zahnarztbesuch erschwert ist, angemessen oder stimmt die Bundesregierung der Empfehlung der Arbeitsgruppe der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung („Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“) zu, dass in diesen Fällen auf die Führung eines Bonusheftes verzichtet werden sollte?

Nach § 55 Absatz 1 SGB V erhöht sich der befundbezogene Festzuschuss zum Zahnersatz, wenn sich Versicherte während der letzten fünf bzw. zehn Jahre vor Beginn der Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr haben zahnärztlich untersuchen lassen. Ausnahmen zu dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen.

Ziel dieser Vorschrift ist es, dem vorzeitigen Verlust von Zähnen und/oder möglichen Erkrankungen der Mundhöhle vorzubeugen. Der Nachweis über die in Anspruch genommenen Vorsorgeuntersuchungen muss dabei lückenlos über mindestens fünf bzw. zehn Kalenderjahre erfolgen. Ist dies nicht möglich, können Versicherte zu jedem Zeitpunkt erneut durch eine regelmäßige Zahn- und Mundpflege sowie Inanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung mit dem Nachweis beginnen.

Die Bonusregelung gilt auch für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen. Pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen unterliegen zum einen einem z. B. hinsichtlich Mundschleimhauterkrankungen und Präkanzerosen höherem Erkrankungsrisiko. Zum anderen dient die regelmäßige zahnärztliche Untersuchung dem Erhalt der eigenen Zähne bzw. der Funktionstüchtigkeit von vorhandenem Zahnersatz. Eine Änderung des Bonusmodells wäre vor diesem Hintergrund zu bewerten und ist gegenwärtig allerdings nicht beabsichtigt.

15. Wie viel Praxisgebühr muss ein Mensch mit Behinderung bezahlen, der wegen einer Behinderung unter Vollnarkose behandelt werden muss, noch nicht befreit ist und in dem Quartal noch keine Praxisgebühren entrichtet hat?
Zahlt er 10 Euro oder 20 Euro, da er auch noch die Gebühr für den Anästhesisten bezahlen muss?

Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen bei jeder ersten Inanspruchnahme eines Arztes, Psychotherapeu-

ten oder Zahnarztes im Quartal, die nicht auf Überweisung erfolgt, eine Gebühr in Höhe von 10 Euro bezahlen. Überweisungen von Ärzten an Zahnärzte oder umgekehrt sind nach geltendem Recht nicht zulässig. Demnach ist für den Fall, dass eine zahnärztliche Behandlung unter Vollnarkose erfolgt, auch eine Praxisgebühr an den Anästhesisten zu entrichten, es sei denn, die Inanspruchnahme des Anästhesisten erfolgt auf Überweisung von einem anderen Arzt.

16. Stimmt die Bundesregierung der Empfehlung der Arbeitsgruppe KZBV und BZÄK („Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“) zu, dass die Praxisgebühren bei pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen nicht erhoben werden sollten, weil dadurch notwendige präventive Betreuungskonzepte unnötigerweise erschwert werden?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass die Praxisgebühr die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen erschwert. Die Praxisgebühr ist durch Befreiungsregelungen sozial abgedeckt. Bei Inanspruchnahme von gesetzlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ist die Praxisgebühr nicht zu entrichten. Versicherte, die nur zur halbjährlichen Kontrolluntersuchung in die Zahnarztpraxis kommen, brauchen die Praxisgebühr nicht zu bezahlen.