Die Grafik dient der Illustration und groben Veranschaulichung.

Julia Wörner, LL.M.

Verbesserung oder Lippenbekenntnis? Die zahnmedizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen

RECHT Die Gesellschaft wird älter – dies ist eine Tatsache, die Demografen seit Jahrzehnten ankündigen und die uns in der heutigen Zeit immer bewusster wird. Mit steigender Anzahl an Pflegebedürftigen, die in einem Heim versorgt werden, wächst auch die Zahl der Alten- und Pflegeheime. Inzwischen gibt es deutschlandweit ca. 12.500 Alten- und Pflegeeinrichtungen mit ca. 900.000 Plätzen. Jährlich kommen ca. 12.000 neue Betreuungsplätze hinzu. Selbstverständlich benötigen alte Menschen und Pflegebedürftige eine adäquate zahnmedizinische Versorgung. Wie wird diese jedoch gewährleistet, wenn die Betreuten nicht (mehr) in der Lage sind, einen Zahnarzt aufzusuchen? Der folgende Beitrag beleuchtet die aktuelle Situation hinsichtlich der zahnmedizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, legt die entsprechenden rechtlichen Regelungen dar und zeigt Probleme auf, die sich trotz bestehender Rechtslage und tatsächlich wachsendem Bedarf ergeben.

Mit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden ab dem 1. April 2013 neue Abrechnungsziffern (Nrn. 171 ff. BEMA) eingeführt als zusätzliche Vergütung für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches des Sozialgesetzbuches zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Ziel dieser Einführung war, die zahnärztliche Versorgung von in erster Linie pflegebedürftigen Menschen und/oder Menschen mit Behinderungen in eine Kontinuität überzuführen, die ihren primären Ansatz in der dezentralen Versorgung hat. Der orale Gesundheitszustand dieser ambulant oder stationär betreuten besonderen Personengruppe sollte dadurch dauerhaft und nachhaltig verbessert werden.

Gesetzliche Grundlagen

Das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung – in Kraft getreten am 30. Oktober 2012 – weitete diese Vergütung aus Gründen der Gleichbehandlung auf die sog. aufsuchende Betreuung von immobilen Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im § 87 Abs. 2j SGB V aus. Diese Ausweitung hatte zum Ziel, die zahnärztliche Versorgung von in erster Linie pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Einrichtung sicherzu-

Grafik: © Adam Radosavljevic/Wirai Tepsuttinun/Shutterstock.com und OEMUS MEDIA AG

stellen. Gefordert wurden die regelmäßige Betreuung und eine enge Kooperation und Koordination aller Beteiligten. Zahnmedizinische Erkrankungen bei Bewohnern in Pflegeeinrichtungen sollten vermieden, frühzeitig erkannt und behandelt werden.

Seit dem 1. April 2014 eröffnet schließlich das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) in § 119b stationären Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Genau genommen sollen solche Verträge bei entsprechendem Bedarf geschlossen werden. Darüber hinausgehend sollen die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sogar zur Sicherstellung einer ausreichenden (zahn)ärztlichen Versorgung Kooperationsverträge vermitteln, wenn ein entsprechender Antrag einer Pflegeeinrichtung vorliegt. Kommt nach einer solchen Antragstellung ein Kooperationsvertrag nicht innerhalb von sechs Monaten zustande, hat der Zulassungsausschuss die jeweilige Pflegeeinrichtung zur Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zu ermächtigen, was dadurch geschieht, dass die Einrichtung geeignete (Zahn-) Ärzte anstellen darf.

Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in der Praxis

Da der Bedarf im Hinblick auf die stetig wachsende Anzahl der Bewohner der Alten- und Pflegeheime prinzipiell in (nahezu) jedem Heim besteht, sollte man meinen, dass es ebenso viele Kooperationsverträge wie Alten- und Pflegeheime gibt. In Hessen allein sind es 1.400 Verträge und damit 7.000 versorgte Heimbewohner im Jahre 2014 sowie 14.500 versorgte Heimbewohner im Jahre 2015. Rund 30 Prozent der Pflegeheime verfügen über einen Kooperationspartner nach § 119b SGB V. Im benachbarten Rheinland-Pfalz wurden bis zum vergangenen November 126 Verträge abgeschlossen. In Baden-Württemberg wurde bereits im Jahr 2007 ein flächendeckendes Betreuungskonzept für den Bereich Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege (AKABe BW) initiiert, heute engagieren sich in diesem Bundesland ca. 40 Senioren- und Behindertenbeauftragte sowie ca. 900 Betreuungszahnärzte.

Die speziellen Abrechnungspositionen für die Besuche eines Zahnarztes im stationären Pflegebereich (sog. aufsuchende Betreuung) sind von 650.000 im Jahr 2012 auf 790.000 im Jahr 2014 gestiegen. Doch so „einfach" ist es nicht, Kooperationsverträge zu schließen und zu leben. Das zeigt auch die aktuelle bundesweite Quote von 16,5 Prozent der Abdeckung der stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland durch aufsuchende Betreuung.

Zum einen müssen tatsächlich erst einmal Zahnärzte gefunden werden, die überhaupt mit den ihnen zur Verfügung stehenden (auch finanziellen) Mitteln in der Lage sind, die alten und pflegebedürftigen Menschen in den Heimen aufzusuchen und dort zu behandeln – ganz zu schweigen von der oft belastenden, stets emotionalen Situation. Zwar eröffnet § 119b SGB V zwei spezielle Abrechnungsziffern, die Zahnärzte mit einem solchen Kooperationsvertrag abrechnen dürfen und die den Abschluss eines solchen Vertrages attraktiver machen sollen. Dennoch verbleiben gewisse Umsetzungshindernisse bei den kooperierenden Zahnärzten. Will man die zahnärztliche Versorgung tatsächlich ausreichend gewährleisten, benötigt man über kurz oder lang einen mobilen Behandlungsstuhl, dessen Kosten (inklusive denen des ebenso erforderlichen Fahrzeuges) erst einmal wieder erwirtschaftet werden müssen. Nicht zu vergessen ist schließlich der erhöhte organisatorische Aufwand. Zum anderen begegnen die Zahnärzte, die einen solchen Kooperationsvertrag abgeschlossen haben, Problemen bei dessen praktischer Umsetzung.

Erfahrungsberichte von Zahnärzten

Mit diesem Thema beschäftigt sich schon seit einigen Jahren ein hessischer Zahnarzt, der seit inzwischen 15 Jahren Alten- und Pflegeheime in der Region besucht und die dort wohnenden Menschen behandelt – das heißt, auch schon zu einer Zeit, in der es noch gar keine gesonderten Abrechnungspositionen gab. Seit es nun die Möglichkeit des Abschlusses eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V gibt, hat er mittlerweile sechs solcher Verträge abgeschlossen. Er behandelt auf deren Grundlage derzeit ca. 600 ältere Patienten pro Quartal, hat zwei Fahrzeuge, die mit einer mobilen Behandlungseinheit ausgestattet sind, wobei er die mobilen Behandlungsstühle seit ca. drei Jahren besitzt.

Dieser Zahnarzt beschäftigt allein eine Helferin, die sich ausschließlich um die administrativen Dinge rund um die Kooperationsverträge kümmert. Drei seiner angestellten Zahnärzte suchen die älteren Menschen an drei bis vier Tagen in der Woche auf – sobald ein Anruf vom Heim in seiner Praxis ankommt und eine zahnmedizinische Behandlung benötigt wird, ist er bzw. einer aus seinem Team in der Lage, zur Stelle zu sein. Erfahrung mit der gegebenen Situation hinsichtlich der zahnmedizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen hat dieser Zahnarzt also hinreichend gesammelt, zufrieden ist er mit der derzeitigen Lage nicht. „Die mobile Zahnheilkunde ist wichtiger denn je", sagt unser Zahnarzt aus Hessen, „leider werden einem als kooperierender Zahnarzt von verschiedenen Seiten immer wieder Steine in den Weg gelegt." So berichtet er zum Beispiel, dass er bereits eine Zweigpraxis in einer nahe gelegenen Stadt einrichten wollte, weil Röntgenaufnahmen nicht extern durchgeführt werden dürfen, diese aber auch bei der Behandlung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen regelmäßig erforderlich sind. Es ging dabei um die Behandlung von 50 bis 100 Patienten. Den entsprechenden Antrag bei der KZV lehnte diese ab mit der Begründung, dass dies durch bereits zugelassene Vertragszahnärzte vor Ort abgedeckt werden könne – was tatsächlich jedoch nicht passiert. Auch befürchtet er, dass die besondere Behandlungssituation in Pflegeheimen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht berücksichtigt werden wird, sodass die kooperierenden Zahnärzte auch hier wieder mit zusätzlichen Problemen konfrontiert werden, die den Entschluss zum Abschluss weiterer Kooperationsverträge (negativ) beeinflussen könnten.

Eine Zahnärztin aus Rheinland-Pfalz berichtete uns, dass sie bereits seit 2014 einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V mit einem ortsansässigen Pflegeheim abgeschlossen habe, aber seit der Unterzeichnung dieses Vertrages nicht viel passiert sei. „Ich fahre zwar regelmäßig zu den erforderlichen Behandlungen in das Pflegeheim, aber die vorgesehene Reinuntersuchung und prophylaktischen Maßnahmen finden noch nicht statt, da der dafür erforderliche ‚Papierkram' noch nicht umgesetzt wurde", führt sie aus. Einerseits habe dies zur Folge, dass die

älteren Menschen teilweise mit Essensresten zwischen den Zähnen dasitzen, wodurch Kariesbildung und Ähnliches vorprogrammiert sind. „Andererseits", sagt sie, „haben die Pfleger im Heim natürlich auch alle Hände voll zu tun. Die sind ja schon überlastet, wer soll sich dann auch noch um die vollständige Umsetzung der Kooperationsverträge kümmern?" Dennoch gelte: „Alles steht und fällt mit der Prophylaxe."

Bewertung des Status quo

Die Conclusio der bisherigen Erfahrungen mit § 119b SGB V nach den ersten zwei Jahren seit dessen Inkrafttreten ist: Pflegebedürftige sind (noch immer) zahnmedizinisch unterversorgt.
Dies veranlasste den Gesetzgeber dazu, im Juli 2015 mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes weitere Vorschriften in das Gesetz aufzunehmen, die an dieser (noch) aktuellen Situation etwas ändern sollen. Die bisherige Rechtslage sollte nochmals verstärkt und damit die (zahn)medizinische Versorgung der alten und pflegebedürftigen Menschen verbessert werden. So wurde § 22a in das SGB V eingefügt, der Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alterskompetenz einen Leistungsanspruch für ihre Mundgesundheit gewährt. Die Leistungen umfassen:

- die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus,
- die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene,
- Maßnahmen zur Erhaltung der Mundgesundheit,
- die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und Prothesenpflege,
- die Entfernung von Zahnbelegen.

Deutschlandweit haben damit nun 3,1 Millionen Pflegebedürftige einen festgeschriebenen Anspruch auf zahnmedizinische Prävention. Dieser Leistungskatalog knüpft genau dort an, wo unsere Zahnärztin aus Rheinhessen den wesentlichen Bedarf sieht: bei der Prophylaxe. Dennoch scheinen die bereits vor einem Jahr eingeführten Regelungen noch immer nicht gelebt zu werden, denn solange die jeweiligen Maßnahmen nicht von den Pflegeheimen vorbereitet werden, bringen weder ein abgeschlossener Kooperationsvertrag noch die inzwischen als Leistungsanspruch vorgesehene Regelung etwas.
Es gilt daher, die Mitarbeiter in den Alten- und Pflegeheimen bei der Umsetzung der Kooperationsverträge zu unterstützen. Weiterhin muss Zahnärzten der Abschluss solcher Verträge attraktiver gemacht werden: zum einen durch weitere finanzielle Unterstützung, zum anderen aber auch durch einen weniger „festgezurrten" Regelungswust. Denn, so beschreibt es auch die Zahnärztin aus Rheinland-Pfalz, den Zahnärzten sind auch dadurch die Hände gebunden, dass ihnen durch bestehende Hygiene- und Qualitätsmanagement-Richtlinien mehr Probleme, Regularien und andere Hindernisse aufgezeigt werden, als dass tatsächlich Unterstützung geboten wird. Selbstverständlich darf nicht bei der Hygiene gekürzt werden, aber es muss ja irgendwie möglich sein, alte und pflegebedürftige Menschen an ihrem Wohnort zu behandeln, ohne dies unter so hohe

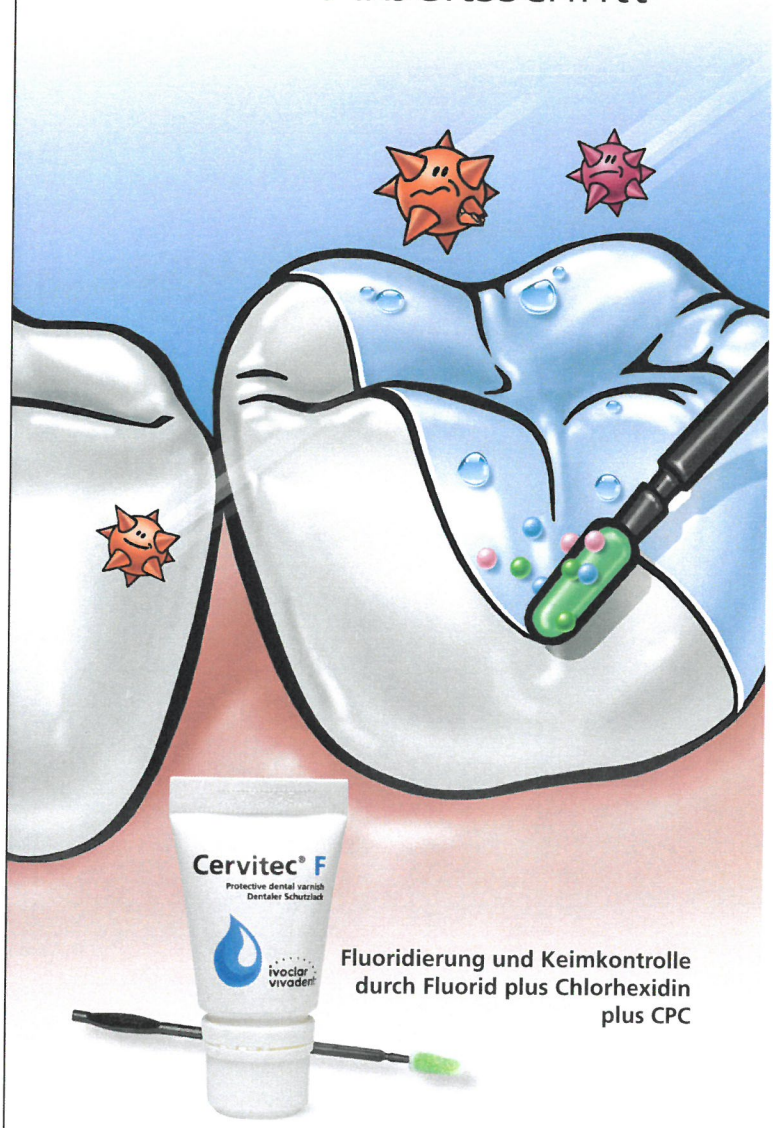
ANZEIGE

Cervitec® F

Cervitec F Welt-neuheit

Der Schutzlack mit Kombinationswirkung

Mehrfach-Schutz in einem Arbeitsschritt



Fluoridierung und Keimkontrolle durch Fluorid plus Chlorhexidin plus CPC

www.ivoclarvivadent.de

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

In diesem Zusammenhang gilt es, die Berufsverbände daran zu erinnern, dass sie die Interessenvertreter der Zahnärzteschaft sind. Sie sind es, die wissen müssten, dass ein noch so vielversprechender gesetzlicher Rahmen nichts bringt, wenn die finanziellen Mittel nicht da sind und die praktische Durchführung, das Leben der Regelungen letztlich an verwaltungstechnischen Umsetzungshindernissen scheitert.

Anforderungen und Regularien zu stellen, dass die praktische Umsetzung letztlich doch wieder nahezu unmöglich gemacht wird.

Lösungsansätze

Eine Idee zur Lösung der derzeitigen Situation kommt von dem bereits zitierten Zahnarzt aus Hessen: ein speziell ausgestatteter Krankenwagen, mit dem die kooperierenden Zahnärzte bzw. insbesondere diejenigen, die eine flächendeckende Versorgung gewährleisten können, die Patienten in den Alten- und Pflegeheimen aufsuchen können. Den Weg in diesen schaffen die meisten dieser Patienten noch, sodass sie dann in einem den Hygienerichtlinien entsprechenden Raum behandelt werden können. Für die bettlägerigen Patienten könnte ein Behandlungsraum innerhalb des Heims zur Verfügung gestellt werden, in den das Bett des jeweiligen Patienten geschoben werden könnte. Nicht zuletzt wäre das Bett auch in den Krankenwagen schiebbar. Bei der Ausstattung eines solchen speziell ausgestatteten Krankenwagens sind die kooperierenden Zahnärzte natürlich auf eine finanzielle Unterstützung angewiesen, denn ohne eine solche würden diese Zahnärzte die Krankenwagen vollständig aus eigener Tasche zahlen müssen, was von keinem verlangt werden kann. Ob diese Unterstützung von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder aus anderen Töpfen zu erbringen ist, sollte alsbald politisch klargestellt werden. Wenn der Gesetzgeber schon die gesetzlichen Grundlagen für die zahnmedizinische Versorgung der in Alten- und Pflegeheimen lebenden Patienten schafft, muss er konsequenterweise auch den finanziellen Rahmen dafür bieten – oder zumindest eine solche finanzielle Unterstützung, die den Eigenanteil der kooperierenden Zahnärzte bei einem geringen Teil belässt. Daneben ist es aber auch unerlässlich, die Herstellung der Voraussetzungen für einen Beginn der Behandlung in Form der notwendigen bürokratischen Schritte zu vereinfachen. Um das Pflegepersonal nicht zusätzlich damit zu belasten, sollte diese Aufgabe den kooperierenden Zahnarztpraxen zugesprochen werden – was selbstverständlich jedoch auch nicht funktioniert, ohne dort entsprechendes Personal zur Verfügung zu stellen bzw. die Aufgabenwahrnehmung durch bereits vorhandenes Personal finanziell zu unterstützen.
So jedenfalls könnte man schon deutlich weiter sein, sodass die zahnmedizinische Versorgung der Patienten in Alten- und Pflegeheimen schon in naher Zukunft nicht mehr so besorgniserregend wäre.

Fazit

Betrachtet man sich den gesetzlichen Rahmen zur zahnmedizinischen Versorgung alter und pflegebedürftiger Patienten einerseits sowie die praktische Situation und die tatsächliche Versorgung in den Heimen andererseits, so stellt man eine nicht unerhebliche Diskrepanz fest. Die Vorstellungen widersprechen der Realität. Die bisher eingeführten Regelungen sind wohl eher als ein Lippenbekenntnis zu sehen. Worten müssen Taten folgen, und zwar in Form einer (weitergehenden) finanziellen Unterstützung.
Die Idee des hessischen Zahnarztes, für bestimmte Zahnarztpraxen, die einen nicht unwesentlichen Behandlungsbedarf in den Pflegeeinrichtungen abzudecken in der Lage sind, einen Krankenwagen einzurichten, in dem die Heimbewohner vor Ort behandelt würden, erscheint hier als optimale Lösung. Für die übrigen Fälle, die bettlägerige Patienten betreffen, müssen Behandlungsräume innerhalb der Heime eingerichtet werden oder – notfalls – als absolute Ausnahmefälle entsprechende Ausnahmeregelungen gelten, damit sich mehr Zahnärzte an die zahnmedizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen herantrauen und diese wichtige Aufgabe nicht an der Hürde der auferlegten Regularien scheitert.
Gefragt ist hier daher weiterhin der Gesetzgeber bzw. einen Schritt vorher schon sind es die Berufsverbände, die dem Gesetzgeber bei der weiteren Regelung dieser Angelegenheit zur Seite stehen müssen. In diesem Zusammenhang gilt es, die Berufsverbände daran zu erinnern, dass sie die Interessenvertreter der Zahnärzteschaft sind. Sie sind es, die wissen müssten, dass ein noch so vielversprechender gesetzlicher Rahmen nichts bringt, wenn die finanziellen Mittel nicht da sind und die praktische Durchführung, das Leben der Regelungen letztlich an verwaltungstechnischen Umsetzungshindernissen scheitert. Vor dem Hintergrund der sich zukünftig weiter verändernden Bevölkerungsstruktur kann es nicht sein, dass der zahnmedizinischen Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen so wenig Aufmerksamkeit und monetäre Unterstützung gewidmet wird. Hier besteht dringender weiterer Handlungsbedarf!

INFORMATION

Julia Wörner, LL.M.
Rechtsanwältin

Lyck + Pätzold.
healthcare . recht
Nehringstraße 2
61352 Bad Homburg
Tel.: 06172 139960
kanzlei@medizinanwaelte.de
www.medizinanwaelte.de

Infos zur Autorin