

Cornelius Haffner, Elmar Ludwig, Ina Nitschke

# Wirtschaftlichkeit in der Seniorenzahnmedizin und berufsrechtliche Aspekte

Gesetzliche Neuregelungen in den Jahren 2013 bis 2018

Im Jahr 2010 entwickelten die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) unter Einbeziehung der betroffenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften das Konzept "Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter". Sehr dezidiert waren die mangelhafte Versorgung und die besonderen Bedürfnisse dieser wachsenden Patientengruppe dargestellt und Versorgungsansätze – vor allem in der mobilen Betreuung – aufgezeigt worden. Bereits im Vorfeld war die Politik sensibilisiert und für eine parteiübergreifende Unterstützung geworben worden. Im Jahr 2012 reagierte der Gesetzgeber und förderte mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und in der Folge mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) auch die aufsuchende, zahnärztliche Betreuung, sowohl der ambulant wie auch der stationär Pflegebedürftigen, um die offensichtliche Versorgungslücke zu schließen.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) und hier dem § 22a SGB V wurden mit Wirkung ab dem 01. Juli 2018 bereits bestehende Leistungen weiterentwickelt und deren Erbringbarkeit ist seitdem nicht mehr nur auf stationäre Pflegeeinrichtungen in Verbindung mit einem Kooperationsvertrag beschränkt. Zudem konnte für den Kreis der Anspruchsberechtigten auch eine Zahnsteinentfer-

nung kalenderhalbjährlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erreicht werden. Eine Richtlinie und die in der Folge möglichen neuen Leistungen wurden im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) verhandelt und schließlich konsentiert.

## Förderung der aufsuchenden Betreuung (§ 87 2i SGB V)

Das VStG forderte die Aufnahme einer neuen Leistung für die aufsuchende Betreuung in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen (BEMA). Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und die KZBV verabredeten Ende 2012 eine detaillierte Leistungsbeschreibung und eine entsprechende Bewertung (BEMA Nrn. 171a/ 171b), die in Form eines Zuschlags für den instrumentellen, zeitlichen und personellen Mehraufwand die aufsuchende Betreuung fördern sollte, unabhängig, ob der betroffene Patient im stationären oder auch im ambulanten Bereich betreut war. Besuchsleistungen, ehemals in der GOÄ mit den Positionen Nrn. 7500, 7510 und 7480 abgebildet, wurden in den BEMA übernommen und leicht modifiziert (BEMA Nrn. 151, 152 und 153).

Mit dem 01. April 2013 konnte der Zahnarzt immer dann die beschriebenen Positionen ansetzen, wenn er

Patienten zu Hause oder in einer stationären Einrichtung zahnärztlich betreute, die nicht oder nur mit hohem Aufwand in die Praxis kommen konnten. Voraussetzung war jedoch die unmittelbare Anforderung durch den Patienten, seinen Angehörigen, die gesetzlich bestellte Betreuung oder durch die Pflegekraft. Darüber hinaus erforderte die Abrechnung der beschriebenen Leistungen das Vorliegen einer Pflegestufe oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz oder eine gewährte Eingliederungshilfe (Anspruchsberechtigung).

Damals wie auch heute noch ist schriftlich zu dokumentieren, dass eine Anspruchsberechtigung auf mobile Betreuung gegeben ist. Es ist daher sinnvoll bereits bei Anforderung – zum Beispiel beim Anruf in der Praxis – ein Formular vorzuhalten, das folgende Informationen abfragt:

- Patient,
- Einrichtung/Wohnort,
- Betreuung,
- Ansprechpartner vor Ort,
- Wer hat angefordert,
- Pflegegrad oder Eingliederungshilfe (Anspruchsberechtigung),
- Grund, warum die Praxis nicht oder nur mit hohem Aufwand erreicht werden kann.

Siehe auch im Formularkompass auf Seite 169.

## Kooperation zwischen Pflegeeinrichtung und Zahnarzt

Es besteht kein Zweifel, dass die Förderung der aufsuchenden Betreuung durch die Zahnärzteschaft immer nur als erster Schritt verstanden sein wollte. Durch das PNG und hier der Möglichkeit einer unmittelbaren Kooperation zwischen dem Zahnarzt und einer Pflegeeinrichtung wurde im Jahr 2014 nun auch die zahnärztliche Betreuung in eine sinnvolle Kontinuität überführt und ein erster präventiver Ansatz formuliert.

Eine Versorgung sollte also nicht ausschließlich auf Anforderung, sondern durch regelmäßige, befundungsabhängige Besuche möglich sein. Die Pflege musste unmittelbar in die Versorgung mit einbezogen, patientenbezogen unterrichtet und geschult werden.

Aus unserer Sicht sollte die aufsuchende Betreuung in einer stationären Einrichtung in jedem Falle im Rahmen eines Kooperationsvertrages durchgeführt werden, da durch den Kooperationsvertrag dezidiert Pflichten für die Pflegeeinrichtung benannt sind, die das Arbeiten vor Ort erleichtern.

### Wie schließe ich einen Kooperationsvertrag?

Ein Kooperationsvertrag betrifft ausschließlich die stationäre Pflege und ist eine bilaterale Verabredung zwischen der betroffenen Einrichtung einerseits und einem Vertragszahnarzt andererseits. Vor Abschluss eines Kooperationsvertrages ist es zwingend erforderlich, die länderspezifischen Regelungen bei der jeweils zuständigen KZV zu erfragen. Diese Regelungen können sehr unterschiedlich sein. So kann beispielsweise die Anzahl der möglichen Kooperationsverträge pro Praxis begrenzt sein. Grundsätzlich ist

der Vertrag gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Vorfeld anzuzeigen, in einigen Bundesländern wird zudem der Vertragsinhalt geprüft.

Es ist möglich, dass der Vertragszahnarzt durch die KZV eine gesonderte Nummer zugewiesen bekommt, über diese die sich aus dem Vertrag ergebenden Leistungen abgerechnet werden können. Ein Kooperationsvertrag sollte sich an den Vorgaben orientieren, die sich aus dem Mustervertrag der KZBV ergeben. Diesen finden Sie in der Regel im internen Bereich der für Sie zuständigen KZV.

### Was aber sind die Inhalte eines Kooperationsvertrages?

Der Bewohner oder sein Umfeld ist zunächst aufgefordert – sinnvollerweise über die Einrichtung organisiert – den Wunsch zu äußern, im Sinne des Kooperationsvertrages an der zahnärztlichen Versorgung teilzunehmen. Bitte gehen Sie nicht einfach von Zimmer zu Zimmer und untersuchen die Pflegebedürftigen, ohne vorab ein Einverständnis eingeholt zu haben!

Eine Eingangsuntersuchung beschreibt den Ist-Zustand und legt den zahnärztlichen Pflege- und Behandlungsbedarf fest. Besteht über den Ersttermin hinaus zahnärztliche Behandlungsnotwendigkeit ist der kooperierende Zahnarzt aufgerufen, eine sinnvolle, altersgerechte Therapie – soweit möglich ebenfalls vor Ort – anzubieten. Gleichwohl wird nicht in die freie Arztwahl eingegriffen. Hat der Patient den Wunsch, durch seinen Hauszahnarzt therapeutisch versorgt zu werden, ist eine Behandlung zu vermitteln. Umfang und Ort der Versorgung liegen im Ermessen des jeweiligen Behandlers. Status Quo, Bedarf und die erfolgte Koordination sind anhand eines Dokumentationsbogens bei der Pflege zu hinterlegen (siehe Formularempfehlung, Formular 15, S. 189). Im

Rahmen eines Folgetermins sind die drei Bereiche erneut zu erfassen und zu dokumentieren. Bitte beachten Sie, dass dies einmal je Kalenderhalbjahr erneut abgerechnet werden kann (bis 30.06.2018 galt zudem frühestens nach Ablauf von vier Monaten, ab 01.07.2018 ist keine Ablauffrist mehr formuliert). Neben Besuchspositionen im Rahmen einer Kooperation (BEMA Nrn. 154 und 155) sind die Zuschlagleistungen, die sich aus der Kooperation ergeben, mit einer gesonderten Gebührenposition versehen (BEMA Nr. 172a und b) sowie gesonderte „präventive“ Leistungen, die im Zusammenhang mit dem § 22a SGB V stehen (bis 30.06.2018 BEMA Nrn. 172c und d, ab 01.07.2018 BEMA Nrn. 174a und b).

Auch wenn in einigen KZV-Bereichen Sonderregelungen getroffen werden konnten, gehen Sie bitte davon aus, dass alle Leistungen, die sich im Zusammenhang mit der aufsuchenden Betreuung ergeben, einer Überprüfung der Wirtschaftlichkeit unterliegen und auch sachlich-rechnerisch berichtigt werden können.

### Der präventive Ansatz

#### Ergänzende Regelungen nach § 22a SGB V

Die Einführung der Kooperationsverträge nach § 119 b SGB V war bereits ein erster wichtiger Schritt hin zur Einbindung Pflegebedürftiger in ein regelmäßiges zahnärztliches Betreuungskonzept mit präventivem Ansatz. Die Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs, des Pflegezustands der Zähne, der Mundschleimhaut oder auch der Prothesen sowie versichertenbezogene Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit werden über das Formblatt an den Patienten oder sein Betreuungsumfeld adressiert. Darüber hinaus ist der kooperierende Zahnarzt aufgefordert, Unterstützung und ggf. praktische Anleitungen zum Erhalt



**Abrechnungs-Synopse  
bei Pflegegrad & Eingliederungshilfe**



zugehend Ort egal	GKV – zu Hause/im Heim			GKV – im Heim <b>ohne Vertrag</b> regelmäßig/vereinbart			GKV – im Heim <b>mit Vertrag</b> (§119b Abs. 1 SGB V)			PKV	Anmerkungen	
	Kürzel	Pos-Nr	Punkte	Kürzel	Pos-Nr	Punkte	Kürzel	Pos-Nr	Punkte			
Besuch 1.	Bs1	151	38	Bs3a	153a	30	Bs4	154	30	Ä50	GKV: - 01/Ä1 nicht berechenbar - Bs2a/b - häuslich/Einrichtung PKV: - Ä1/3/5 nicht berechenbar - zus. 0010 bzw. Ä6 möglich - zus. Ä4 (1/Mon) möglich - Ä48 bei regelmäßig/vereinbart	
Besuch 2.-n.	Bs2a/b	152a/b	34/26	Bs3b	153b	26	Bs5	155	26	Ä51		
Zu Pflege 1.	PBA1a	171a	37	ZBs3a	173a	32	SP1a	172a	40	PBA & ZBs3 nur abrechenbar bei... - Pflegegrad - Eingliederungshilfe		
Zu Pflege 2.-n.	PBA1b	171b	30	ZBs3b	173b	24	SP1b	172b	32			
Zu Zeit/Tag 1.	ZBs1a-f	161a-f	18-88				ZBs1a-f	161a-f	18-88	E-H	unverzüglich – Uhrzeit & Wochentag	
Zu Zeit/Tag 2.-n.	ZBs2a-f	162a-f	09-44				ZBs2a-f	162a-f	09-44	E-H	unverzüglich – Uhrzeit & Wochentag	
Zu Kinder bis 4 Jahre	ZKi	165	14	ZKi	165	14	ZKi	165	14	K2		
Wegegeld	Wege	7810 ... 7841	€ 4,30 ... € 30,70	Wege	7810 ... 7841	€ 4,30 ... € 30,70	Wege	7810 ... 7841	€ 4,30 ... € 30,70	§8(2)	- Bemessung: Radius & Tag/Nacht - anteilig für jeden Besuchten - >25 km - siehe Reiseentschädigung	
Mundge- sundheit	Status/Plan	PBa	174a	20	PBa	174a	20	PBa	174a	20	Ä4 oder Ä15	GKV: - 1/KHJ - IP1/2 & Fu nicht am selben Tag
	Aufklärung	PBb	174b	26	PBb	174b	26	PBb	174b	26		GKV: - 1/KHJ - IP1/2 & Fu nicht am selben Tag
2. x Zst im Jahr	PBZst	107a	16	PBZst	107a	16	PBZst	107a	16	4050/5	GKV: - 1/KHJ, wenn nicht bereits 107	
Konsil	Ksl	181	14	Ksl	181	14	KslK	182	14	Ä60		
Tel Pflege/Betreuer	Ber	Ä1	9	Ber	Ä1	9	Ber	Ä1	9	Ä1/Ä3		
Bericht/Kardexeintrag	Ä70	7700	5	Ä70	7700	5	Ä70	7700	5	Ä70		
Tel/Versand/Porto		602			602			602		§3&4		

**Abb. 1** Übersicht BEMA Leistungen der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg.

und zur Verbesserung der Mundgesundheit anzubieten.

Mit der Umsetzung des § 22a SGB V und hier der im G-BA konsentierten Richtlinie werden die bislang geltenden neuen Regelung umfassend ergänzt. Patientinnen und Patienten, die pflegebedürftig und einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Menschen mit Behinderungen, die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII beziehen, können die neuen Leistungen in Anspruch nehmen.

Dabei ist es – anders als bislang praktiziert – völlig unerheblich, ob der Patient in der Praxis oder aufsuchend betreut wird, die zahnärztliche Betreuung also mobil erfolgt. Entsprechend

den Anforderungen, die auch einer Kooperation zugrunde liegen, wird zunächst der Mundgesundheitsstatus erhoben. Dabei wird der Pflegezustand der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute sowie des Zahnersatzes bewertet. Diese Erhebung kann bis zu einmal je Kalenderhalbjahr durchgeführt werden. Hieraus wird für die Patientin/den Patienten ein individueller Plan für die Mundgesundheit erstellt. Dieser Mundgesundheitsplan kann bis zu einmal im Kalenderhalbjahr erarbeitet werden, wobei die Untersuchungsbefunde und die durch den Mundgesundheitsstatus ermittelten Versorgungsnotwendigkeiten einfließen sollen.

Zudem kann die Mundgesundheitsaufklärung über die Inhalte des Mundgesundheitsplans sowie zur Demonstration und ggf. praktischen Anleitung mit den Pflege- oder Unterstützungspersonen abgestimmt und ebenfalls bis zu einmal im Kalenderhalbjahr abgerechnet werden.

Die mögliche Zahnsteinentfernung einmal je Kalenderhalbjahr auf Kosten der Krankenkassen rundet den präventiven Ansatz für den Kreis der Anspruchsberechtigten ab.

Entsprechend der nunmehr ergänzenden Regelungen wurde auch der BEMA Leistungskatalog angepasst (Abb. 1).

## Behandlung außerhalb der Praxis – eine Aufgabe auch für mich?

### Hausbesuche stehen uns gut!

Immer wieder wird von Zahnärzten die Frage gestellt: „Muss ich Hausbesuche machen? Da draußen kann ich doch gar nicht ordentlich behandeln!“ Oder Angehörige berichten uns: „Der Hauszahnarzt will nicht kommen!“ Für diese Fragen hilft ein Blick in die Berufsordnung der jeweiligen Landes-zahnärztekammer. Grundlage ist dabei die Musterberufsordnung der Bundes-zahnärztekammer. Da heißt es unter § 2 Allgemeine Berufspflichten:

(1) Der Zahnarzt ist zum Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen.

(3) Der Zahnarzt hat das Recht seiner Patienten auf freie Arztwahl zu achten.

(5) Der Zahnarzt kann die zahnärztliche Behandlung ablehnen, wenn eine Behandlung nicht gewissenhaft und sachgerecht durchgeführt oder die Behandlung ihm nach pflichtgemäßer Interessenabwägung nicht zugemutet werden kann. Seine Verpflichtung, in Notfällen zu helfen, bleibt davon unberührt.

Weiter führt § 9 Praxis aus:

(1) Die Berufsausübung des selbständigen Zahnarztes ist an einen Praxis-sitz gebunden.

(2) Die Ausübung des zahnärztlichen Berufes in weiteren Praxen oder an anderen Orten als dem Praxissitz ist zulässig, wenn in jedem Einzelfall die ordnungsgemäße Versorgung der Patienten sichergestellt wird.

Welche Schlüsse lassen sich daraus ableiten? Wenn wir in die häusliche Betreuung oder in ein Pflegeheim gerufen werden, weil ein Patient nicht oder nur mit großem Aufwand in die Praxis kommen kann, empfiehlt es sich, zunächst den Patienten aufzusuchen

und sich vor Ort ein Bild der Situation zu machen. Ist unter Berücksichtigung der allgemeinen Umstände eine Behandlung notwendig und sinnvoll, aber diese kann vor Ort oder mit einem Transport in die Praxis nicht sachgerecht durchgeführt werden, sollte man sich dennoch bemühen für den Patienten eine Lösung zu finden, z. B.:

- mit einer Praxis, die über eine geeignete Infrastruktur verfügt,
- mit einem Zahnarzt, der über die geeignete Kompetenz verfügt oder
- über den Hausarzt eine Einweisung in eine Klinik zu veranlassen und mit der behandelnden Klinik das Sanierungskonzept abzustimmen.

Wir müssen nicht alles selbst behandeln, wir sollten uns aber zunächst selbst alles anschauen. Hausbesuche stehen uns gut!

### Was fehlt?

#### Sektorenübergreifender Behandlungspfad zur Gebissanierung

Die demographische Entwicklung stellt uns in der Praxis in zunehmendem Maße vor neue Herausforderungen in Bezug auf Immobilität sowie eingeschränkte Kooperationsfähigkeit unserer Patienten. Vor allem aber im Hinblick auf notwendige invasive Sanierungsmaßnahmen sind viele Fragen noch nicht befriedigend gelöst. Es war deshalb dringend erforderlich einen sektorenübergreifenden Behandlungspfad zu entwickeln. Dazu gehören die Kommunikationsschnittstellen in der sektorenübergreifenden Behandlung ebenso wie Fragen der aufwandsge-rechten Finanzierung der Narkosebehandlungen im ambulanten wie im stationären Bereich.

Die Zahnarztpraxis bietet für umfangreiche Sanierungsmaßnahmen unter Sedierung oder in Narkose gerade für multimorbide Menschen meist

nicht die notwendige Infrastruktur zur Einhaltung der notwendigen Sicherheitsstandards. Erst recht ist die Pflegeeinrichtung oder die Häuslichkeit für solche Eingriffe nicht geeignet.

Geriatrische Patienten leiden neben den Zahnerkrankungen oft auch an Allgemeinerkrankungen, die z. B. das Herz-Kreislauf- und das respiratorische System betreffen (koronare Herzerkrankung, arterieller Hypertonus, periphere Verschlusskrankung, chronisch obstruktive Lungenerkrankung usw.). Auch Erkrankungen des Stoffwechsels, allen voran Diabetes mellitus und Adipositas, mit allen daraus resultierenden Komplikationsmöglichkeiten, sind zu beachten.

Unabhängig von der Art des geplanten Eingriffes sind bei jedem Patienten, bei dem eine Narkose durchgeführt werden soll, Sicherheitsstandards einzuhalten. Viele geriatrische Patienten sind nur schlecht, und wenn doch, nur mit hohem Aufwand zu anamnestizieren. Wegen der Immobilität ist die körperliche Belastbarkeit anhand klinischer Kriterien oft unmöglich, weshalb die Hinzuziehung eines Kardiologen wichtig sein kann, um z. B. per Herzecho belastbare Aussagen zur kardialen Leistungsfähigkeit eines Patienten zu erhalten. Auch postoperativ ist eine sorgfältige Überwachung angezeigt. Bei diesen Patienten muss mit einer erheblich verlängerten Aufwachzeit und einem durch die Immobilität erhöhten Maß an Pflegebedürftigkeit gerechnet werden.

Die anästhesiologische Vergütung ambulanter Narkosen erfolgt bei chirurgischen Eingriffen nach dem OPS Code. Im Prinzip wird davon ausgegangen, dass es sich um gesunde Patienten handelt, die keinen wesentlichen prä- und postoperativen Aufwand benötigen. Dementsprechend werden diese Leistungsinhalte nicht oder nur gering vergütet. Schon aus diesem Grund kann der immense prä- und postoperative Aufwand, der mit der Versorgung geria-

trischer Patienten verbunden ist, unter dem existierenden Vergütungssystem nicht geleistet werden. Verschärft wird der Umstand dadurch, dass aus politischen Gründen die Bewertung von Narkosen im zahnmedizinischen Bereich vor einigen Jahren selektiv soweit abgestuft wurde, sodass im Vergleich zu Narkosen im medizinischen Bereich die Zahnarkosen nochmals rund 20 % geringer vergütet werden. Dies führte dazu, dass selbst bei gesunden Patienten Narkosen keine Kostendeckung mehr erzielen und diese Narkosen, neben Selbstzahlernarkosen, derzeit vonseiten der Anästhesisten als reine Serviceleistungen für Zahnärzte erbracht werden. Es ist daher davon auszugehen, dass selbst wenn man die räumlichen, personellen und organisatorischen Strukturen zur Behandlung geriatrischer Patienten schaffen würde, kein Anästhesist zu den derzeitigen EBM Bedingungen in einer derartigen Konstellation arbeiten würde.

Im stationären Bereich ist die Gebissanierung multimorbider Menschen defizitär, da Komorbiditäten sowie zusätzlich notwendige und zeitaufwendige Prozeduren (Kontakt mit dem Hausarzt, Fremdanamnese, Konsile Herz-/Lungenfunktion, Anästhesie) nicht honoriert werden.

Bei Auffälligkeiten in der Mundhöhle können Zahnärzte heute von Pflegekräften mit Hilfe speziell erarbeiteter Flyer und Formulare zwar schnell und effektiv kontaktiert werden (dazu siehe Formularekompass auf Seite 169). Die Möglichkeiten der Behandlung bleiben jedoch sowohl in der Pflegeeinrichtung als auch in der zahnärztlichen Praxis in den meisten Fällen stark eingeschränkt, v. a. dann, wenn invasive Eingriffe angezeigt sind. Die Schnittstellenkommunikation zwischen den ärztlichen Disziplinen, aber auch zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, ist nicht entwickelt.

Eine gute und sichere zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Men-

schen sollte auch die Möglichkeit invasiver Therapiemaßnahmen unter guten medizinischen Versorgungsumständen (ambulant und stationär) umfassen. Zu klären sind dabei die nachfolgend aufgeführten Fragen:

- Ort der Behandlung – Welche Behandlung sollte wo durchgeführt werden?
- Schnittstellenkommunikation – Welche Informationen wann, wo und wie austauschen?
- Leistungsbeschreibung – Welche (Konsil-)Leistungen sind notwendig?
- Aufwandsgerechte Vergütung?

Im Ergebnis kann auch in schwierigen Einzelfällen die Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen wie auch der allgemeinen Lebensqualität erreicht werden: also weniger Schmerzen, weniger Infektionen (evtl. auch mit der Notwendigkeit von Krankenhauseinweisungen), weniger Mundgeruch, weniger Bruxismus, weniger Auto- bzw. Fremdaggressivität, weniger notwendige Sedierungsmaßnahmen, mehr Teilhabe, mehr Aktivität, bessere Bewältigung des Pflegealltags für die Pflegekräfte und die pflegenden Angehörigen und mehr Behandlerzufriedenheit.

Die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg hat zusammen mit dem Katharinen-Hospital Stuttgart ein Organigramm für einen sektorenübergreifenden Behandlungspfad zur Gebissanierung erarbeitet und publiziert (Abb. 2).

Die Schritte im Einzelnen:

(1) Bei Vorliegen von Symptomen (Schmerzen, Abszess ...) stellt die Pflegekraft einen entsprechenden Befund fest – zum Beispiel Abwehrhaltung beim Essen oder bei der Mundpflege, Schwellungen und Rötungen der Weichteile, des Zahnfleisches oder der Mundschleimhaut, abgebrochene Zähne bzw. Prothesensprünge/-risse/-brüche.

(2) Die Pflegekraft unterrichtet den zuständigen Zahnarzt unter Verwendung eines standardisierten zahnärztlichen Überleitungsbogens.

(3) Der Zahnarzt macht sich vor Ort ein Bild von der Situation und spricht mit dem betroffenen Patienten bzw. dem gesetzlichen Betreuer oder auch dem entsprechenden Bevollmächtigten, wo und wie notwendige Behandlungen weiter durchgeführt werden.

(4) Entweder führt der Zahnarzt dann die Therapie vor Ort gegebenenfalls unter Hinzuziehung niedergelassener Kollegen (Oralchirurg bzw. MKG-Chirurg, Hausarzt), wenn dies die Kooperationsfähigkeit und der Allgemeinzustand des Patienten erlaubt, selbst durch.

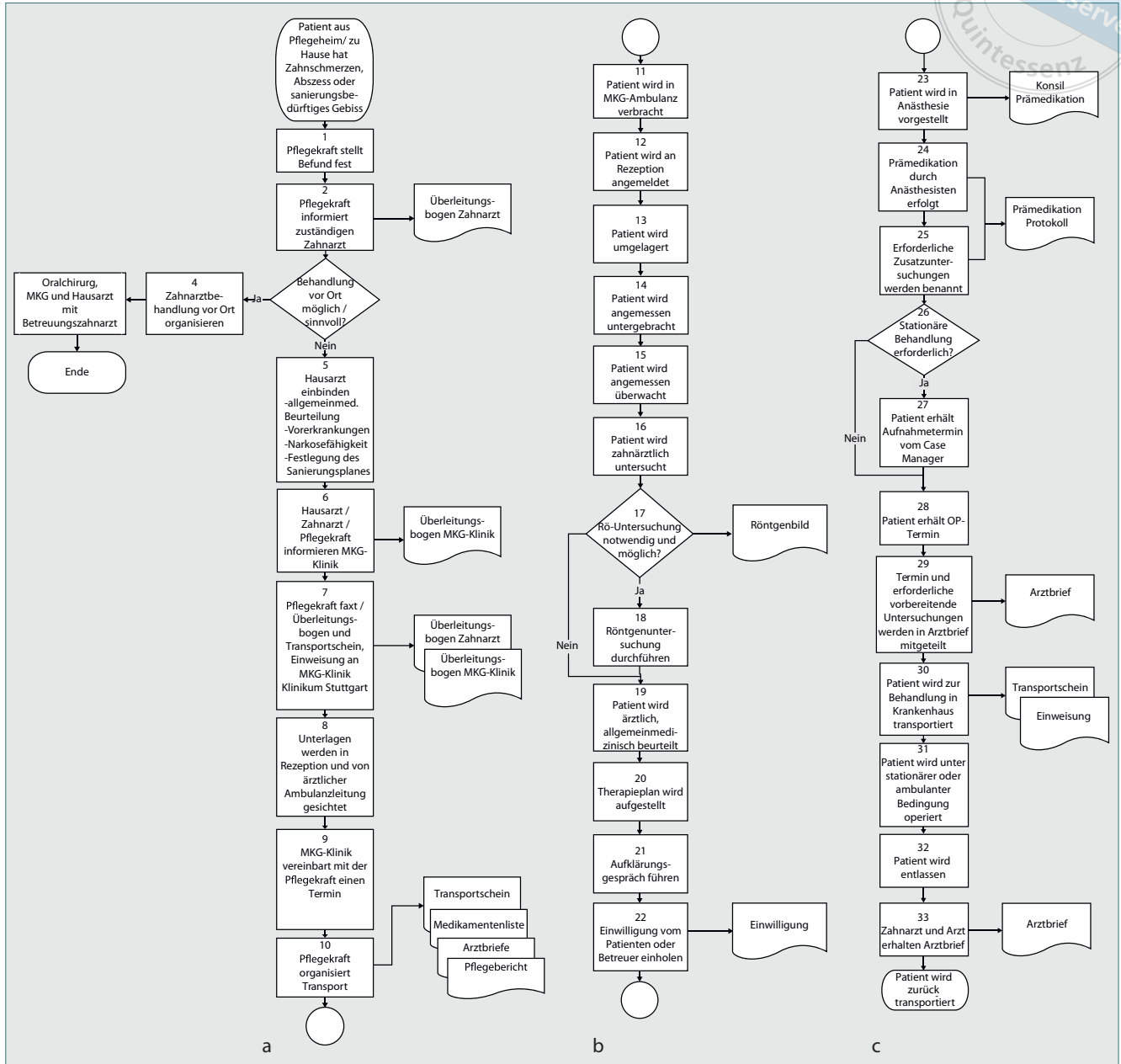
(5) Oder der Zahnarzt nimmt mit dem Hausarzt Kontakt auf, um die Möglichkeit einer stationären Behandlung gegebenenfalls in Narkose abzuklären – falls diese notwendig ist.

(6 und 7) Nach Festlegung des Sanierungsplans wird die Einweisung vom Hausarzt des Patienten in die MKG-Klinik vorbereitet und die Pflegeeinrichtung faxt die notwendigen Unterlagen (zahnärztlicher Überleitungsbogen, Transportschein, Einweisung) an die MKG-Klinik.

(8 und 9) Die Unterlagen werden in der MKG-Klinik auf Vollständigkeit gesichtet. Anschließend vereinbart die MKG-Klinik mit der Pflegeeinrichtung einen Termin zur Aufnahme.

(10) Die Pflegeeinrichtung organisiert den Transport und ergänzt die bisherigen Unterlagen um eine aktuelle Medikamentenliste, gegebenenfalls notwendige Arztbriefe und pflegerische Maßnahmen entsprechend dem allgemeinen Überleitungsbogen.

(11 bis 15) Transport, Anmeldung, Umlagerung, Unterbringung, Überwachung und Untersuchung des Patienten muss im Alltag einer Klinik einzeln klar definiert werden, um einen möglichst reibungsfreien Ablauf gerade bei dieser vulnerablen Patientengruppe



**Abb. 2** Organigramm für einen sektorenübergreifenden Behandlungspfad zur Gebissanierung. (Erstveröffentlichung: Ludwig E, Bublitz R, Elsässer G, Richtmann C. Sektorenübergreifender Behandlungspfad zur Gebissanierung bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Der Freie Zahnarzt 2014;8:78–86.)

mit Unterstützungsbedarf sicherzustellen. (16 bis 18) Im Rahmen der zahnärztlichen Untersuchung ist die Anfertigung von Röntgenbildern bei potenziell unkooperativen und immobilen Patienten eine besondere Herausforderung. Das Mitbringen alter Röntgenunterlagen kann hier hilfreich sein.

(19 und 20) Besondere Aufmerksamkeit und Sorgfalt erfordert die allgemeinmedizinische Beurteilung des Patienten, damit der vom Zahnarzt vorgeschlagene Therapieplan hinsichtlich Belastbarkeit des Patienten (gegebenenfalls mehrfache Eingriffe) endgültig abgestimmt wird und auch zu erwartende Komplikationen auf-

grund allgemeiner Einschränkungen nochmals hinterfragt werden können. (21 und 22) Aufklärung des Patienten, gegebenenfalls des gesetzlichen Betreuers oder des entsprechenden Bevollmächtigten schriftlich und am besten persönlich mit Einwilligungserklärung.

(23 bis 25) Die Vorstellung in der Anästhesie mit Prämedikationskonsil erlaubt die Festlegung notwendiger Zusatzuntersuchungen. Die Aufklärung zur Narkose erfolgt unter persönlicher Anwesenheit des gesetzlichen Betreuers beziehungsweise des entsprechenden Bevollmächtigten.

(26 bis 29) Die Erteilung eines Operationstermins erfolgt bei Notwendigkeit einer stationären Behandlung durch den „case manager“. Der Termin sowie erforderliche vorbereitende Untersuchungen werden schriftlich dem Hausarzt mitgeteilt.

(30 bis 33) Es erfolgen die (stationäre) Aufnahme, Operation und Entlassung. Zahnarzt und Hausarzt erhalten einen Abschlussbericht. Der Patient wird in die Pflegeeinrichtung zurückverlegt.

## Delegation zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen

Die Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V. (DGAZ) sieht mit Sorge, dass verschiedene Akteure des Gesundheitswesens darüber nachdenken, dass Pflegebedürftige anders zu behandeln seien als gesunde Menschen. Einige Überlegungen gehen nicht konform mit dem Zahnheilkundengesetz.

Die DGAZ hat zum Schutz der Pflegebedürftigen, des Pflegepersonals, der Mitarbeitenden des Zahnarztes und der Zahnärzte dazu eindeutig Stellung genommen: Pflegebedürftige Menschen sind Hochrisikopatienten und setzen aufgrund von Multimorbidität, Polymedikation sowie eingeschränkter Kooperationsfähigkeit in besonderem Maße medizinisch-wissenschaftliche Kenntnisse und Fähigkeiten voraus – insbesondere, weil die Tätigkeit im Hochrisikogebiet der Mundhöhle im Fall einer Komplikation schnell lebens-

bedrohliche Situationen mit sich bringen kann (z. B. Aspiration mit Gefahr der Erstickung oder Blutungsrisiko unter Antikoagulantientherapie). Gerade bei diesen Hochrisikopatienten sind die Grundsätze der Delegation in besonderem Maße zu beachten – in der Praxis und vor allem in der aufsuchenden Betreuung.

Delegierbar sind Teile von Leistungen, die nicht zum Kernbereich der (zahn-)ärztlichen Behandlung gehören, also vorbereitende, unterstützende, ergänzende oder allenfalls mitwirkende Tätigkeiten. Wesentlich ist dabei eine umfassende persönliche Begleitung

durch den Zahnarzt, also die Anordnung, Aufsicht und Verantwortung.

Art, Inhalt und Umfang der Leistungsassistenz der nichtzahnärztlichen Mitarbeiter hängen zudem nicht nur von der Qualifikation der Fachgestellten, sondern auch von der Einwilligung des Patienten ab.

Der Zahnarzt muss jederzeit für Rückfragen, für Korrekturen oder bei Komplikationen zur Verfügung stehen (unmittelbare Eingriffsmöglichkeit). Außerdem muss er im Rahmen seiner Überwachungspflicht stichprobenhaft Kontrollen, in jedem Fall aber eine Endkontrolle durchführen.

### Autoren

#### Dr. med. dent. Cornelius Haffner

Landesbeauftragter der DGAZ für Bayern  
Spezialist für Seniorenzahnmedizin der DGAZ  
Zahnmedizin im Klinikum Harlaching  
Sanatoriumsplatz 2  
81545 München  
E-Mail: haffner@teamwerk-deutschland.de



#### Dr. med. dent. Elmar Ludwig

Landesbeauftragter  
für Baden-Württemberg  
der Deutschen Gesellschaft für  
AlterszahnMedizin  
E-Mail: elmar.ludwig@dgaz.org



#### Prof. Dr. med. dent. Ina Nitschke, MPH

Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für  
AlterszahnMedizin  
Klinik für Allgemein-, Behinderten- und  
Seniorenzahnmedizin, Universität Zürich  
Klinik für Zahnärztliche Prothetik und  
Werkstoffkunde, Universität Leipzig  
E-Mail: ina.nitschke@dgaz.org

