

Individuelle Betreuungskonzepte

Kooperationsvertrag und seine organisatorische Bedeutung

Sandra Klipp/Kassel

■ **Nach der** Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV)² aus dem Jahr 2006 ist bei Senioren der Personengruppe der 65- bis 74-Jährigen die durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne im Vergleich zu 1997 von 17,6 auf 14,2 zurückgegangen.¹ Auch der Anteil der Senioren mit totaler Zahnlosigkeit ist von 24,8 Prozent auf 22,6 Prozent gesunken.

Nach wie vor überwiegen herausnehmbare Formen des Zahnersatzes, wie Teil- und Totalprothesen. Auffällig ist jedoch die Tendenz zur festsitzenden Versorgung oder Hybridversorgung mittels implantatprothetischer Konstruktionen. In Hinblick auf die weitere Entwicklung bezüglich der DMS V, deren Ergebnisse aus dem Zeitraum Oktober 2013 bis Juni 2014 noch erwartet werden, besteht prognostisch die Annahme, dass eine weitere Abnahme der durchschnittlichen Anzahl fehlender Zähne hinsichtlich der stark angestiegenen zahnärztlichen Prophylaxeaktivitäten stattfinden wird, sowie eine weiteren Zunahme implantatprothetischer Versorgungen.

Konsequenzen, welche für die zahnärztliche Behandlung dabei entstehen, sind vielseitig. Natürliche Zähne sowie Implantate erfordern ein hohes Maß an häuslicher Mundhygiene und zahnärztlicher Prophylaxemaßnahmen, Erstgenanntes nimmt bei vielen älteren Patienten mit zunehmenden Alter hinsichtlich des Verlustes manueller Fähigkeiten ab und erfordert einen engmaschigeren Prophylaxe-Recall. Die in der DMS unter-

suchte Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen stellt mit Rücksicht auf die immer älter werdende Bevölkerung bei Weitem nicht die älteste Bevölkerungsgruppe dar. Überwiegend in Pflegeheimen untergebrachte Patienten sowie in Privathaushalten ambulant gepflegte Menschen erreichen ein weitaus höheres Alter und sind je nach Pflegebedarf teilweise immobilisiert.

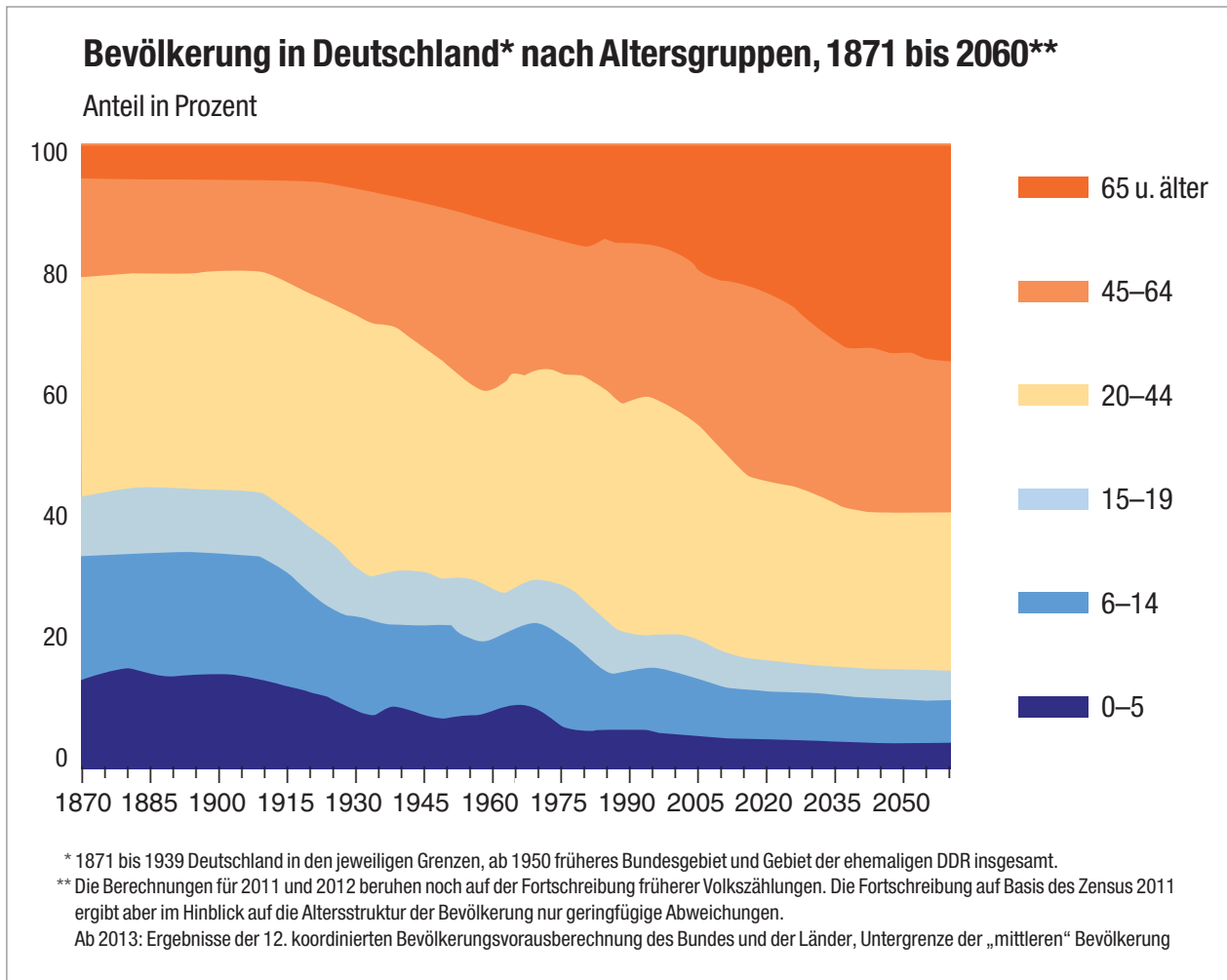
Rechtliche Grundlage zur zahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

Mit der Zielsetzung, älteren Patienten stationärer Pflegeeinrichtungen eine verbesserte zahnärztliche Betreuung zu gewährleisten, können seit dem 1. April 2014 nach § 119b Abs. 1 SGB V Kooperationsverträge auf Grundlage einer Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen über eine kooperative zahnärztliche und pflegerische Versorgung zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragszahnärzten abgeschlossen werden.³ Das Recht der freien Arztwahl bleibt dabei unberührt.

Die frühzeitige Diagnose von Krankheiten im Zahn-, Mund- und Kieferbereich sowie deren Prophylaxe im Zuge regelmäßiger Kontrolluntersuchungen verbunden mit dem Erhalt und der Optimierung der Mund- und Prothesengesundheit sowie deren Hygiene in Zusammenarbeit mit Pflegekräften und

gesetzlichen Betreuern stehen im Vordergrund. Kooperationsregeln sind unter § 3 zusammengefasst, nach denen die Pflegeeinrichtung geeignete Rahmenbedingungen schafft, in denen konkrete Ansprechpartner benannt werden und der Vertragszahnarzt in geeigneter Form Zugang zur Einrichtung erhält. Eine Einsicht in pflegerische Akten muss zum Ausschluss eventueller Behandlungsrisiken (Erkrankungen und Medikation) gewährt werden, Kontaktdaten der betreuenden Personen sowie der behandelnden Ärzte müssen ebenso zur Verfügung gestellt werden.

Bis zu zweimal im Jahr erfolgt eine nach Möglichkeit praktische Schulung des Pflegepersonals, in der Maßnahmen zur Verbesserung der Mund- und Prothesenhygiene thematisiert werden. Organisatorisch erfolgt innerhalb von vier Wochen die Anmeldung neu aufgenommenen Bewohner beim Kooperationszahnarzt, eine eingehende Untersuchung findet innerhalb von acht Wochen statt. Der Kooperationszahnarzt verpflichtet sich, bis zu zweimal jährlich eingehende Untersuchungen aller betreuten Patienten durchzuführen und anhand eines Formblatts mitsamt Hinweisen zu individueller Mundpflege zu dokumentieren. Bedarfsorientiert erfolgen konsiliarische Leistungen mit behandelnden Ärzten und betreuenden Personen. Seitens des Vertragszahnarztes besteht gegenüber der KZV eine Anzeigepflicht nach Abschluss eines Kooperationsvertrages, es folgt die Berech-



▲ **Abb. 1:** Demografische Entwicklung in Altersgruppen.¹

tigung erbrachte Leistungen gemäß § 87 Abs. 2j SGB V abzurechnen. Zum Ende eines Kalenderjahres ist der Kooperationszahnarzt zur Dokumentation der Patientenanzahl je betreuter Pflegeeinrichtung verpflichtet.

Organisation zahnärztlicher Hausbesuche

Die Durchführung der Betreuung pflegebedürftiger Patienten innerhalb stationärer Pflegeeinrichtungen ist mit beträchtlichem Aufwand in vielerlei Hinsicht verbunden (Abb. 2). Je nach Behandlungsspektrum erstreckt sich die Vielzahl der benötigten Materialien und Instrumente über zahnärztliche Kontrollen, PZR, chirurgische, konservierende sowie prothetische Maßnahmen, welche zu Beginn eines jeden Behandlungstages bedarfsorientiert zusammengestellt werden. Ein mobiles Kartenlesegerät und die unmittelbare Dokumentation vor Ort in handschriftlicher oder digitaler

Form erleichtern den Ablauf. Nach Ankunft in den entsprechenden Pflegeeinrichtungen erfolgt die Aufnahme neuer Patienten, besonderes Augenmerk gilt anamnestischen Auffälligkeiten sowie juristischen Aspekten.

Neben Einschränkungen der eigenen Mobilität steigt die Anzahl systemischer Erkrankungen stets verbunden mit einer Reduktion des Allgemeinzustandes. Anamnestisch finden sich bei älteren Menschen oftmals Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels, des Skelettsystems sowie degenerative Erkrankungen verbunden mit der Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten. Relevanz erlangt im Falle zahnärztlicher chirurgischer Maßnahmen eine Antikoagulationstherapie, welche mit Beachtung der seitens der DGZMK veröffentlichten Stellungnahme durchgeführt werden kann.⁴

Hinsichtlich neuerer, alternativer gerinnungshemmender Medikamente wie Rivaroxaban, Apixaban und Dabiga-

tran besteht eine nicht zufriedenstellende Datenlage. Diskutiert wird die Unterbrechung der Therapie für 24 bis 48 Stunden perioperativ, die Umstellung auf eine Heparintherapie sowie im Falle einfacher Eingriffe ein dichter Wundverschluss. Bei größeren Eingriffen ist eine stationäre Behandlung oftmals zwingend.⁵ Die Entscheidung sollte in Absprache mit dem behandelnden Internisten und nach Ermessen des Zahnarztes getroffen werden.

Neben Xerostomie, welche mit einem erhöhten Kariesrisiko einhergeht, hervorgerufen u.a. durch Antidepressiva, können sich oral weitere medikamentöse Nebenwirkungen wie Candidiasis, Gingivahyperplasien, Lichen ruber, Aphthen sowie Kiefernekrosen zeigen. Diese und weitere Erkrankungen, wie z. B. der Diabetes mellitus, erlangen Relevanz und verdeutlichen die Bedeutsamkeit die Kenntnis und Aktualisierung der Diagnosen und einer vollständigen Medikamentenliste zur Einschätzung eines



▲ **Abb. 2:** Mobile Versorgung in Privaträumen.

möglichen Behandlungsrisikos sowie der Beurteilung möglicher Nebenwirkungen. Dies, oft als Multimorbidität beschrieben, erfordert höchste Aufmerksamkeit eines behandelnden Zahnarztes sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Internisten und ggf. Fachärzten.

Die Beurteilung, ob ein Patient in der Lage ist, die Belastungen umfassender zahnärztlicher Behandlungen zu tragen, erfolgt interdisziplinär sowie in Absprache mit dem Patienten oder juristisch bestellter Betreuer. Zur zahnärztlichen Behandlung ist eine rechtswirksame Einwilligung seitens des Patienten notwendig. Ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten nicht mehr gegeben, übernimmt auf Basis des Betreuungsgesetzes ein bestellter Betreuer rechtsgültige Handlungen im Namen des Patienten. Seitens des Zahnarztes sollte eine Kopie der Betreuerurkunde sowie nach Aufklärung Einwilligungen in schriftlicher Form für die Behandlungen und die entstehenden Kosten angefordert werden.

Das Behandlungsspektrum im Hausbesuch ist im Vergleich zur zahnärztlichen Praxis eingeschränkt und richtet sich zusätzlich nach dem Wunsch des Patienten bzw. der betreuenden Person und

dem Allgemeinzustand des Patienten, dabei erfolgen in der Pflegeeinrichtung nur solche Leistungen, welche fachgerecht erbracht werden können. Der Umgang mit älteren Patienten bedarf neben Geduld auch das Verständnis für eine verminderte körperliche und psychische Belastbarkeit. Neben dem Leistungsvermögen reduzieren sich ebenso die Sinnesleistungen, das Reaktionsvermögen und das Kurzzeitgedächtnis.

Bei den hier im Fokus liegenden Patienten handelt es sich häufig um Patienten mit stark reduziertem Allgemeinzustand. Die Verbesserung der Mund- und Prothesenhygiene, verbunden mit dem Angebot einer PZR und Prothesenreinigung, stehen innerhalb eines Prophylaxe-konzeptes an erster Stelle. Leistungen wie die der PZR sind aus allgemeinmedizinischer und zahnärztlicher Sicht mehrmals jährlich empfehlenswert und werden in der Regel seitens der Patienten und deren Betreuer sehr gut angenommen.

Die Einbindung und Schulung des Pflegepersonals in die Mund- und Prothesenhygiene ist innerhalb des Kooperationsvertrages vorgeschrieben und sinnvoll. Weitere Leistungen wie Extrak-

tionen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme endodontischer Maßnahmen) und prothetische Leistungen sind im Rahmen eines vernünftigen Konzeptes unter Einsatz mobiler Behandlungseinheiten durchzuführen (Abb. 3). Neuere Behandlungseinheiten weisen neben Mikromotoren ebenfalls Ultraschallscaler, Speichelsauger und 3-Funktions-Spritzen auf, welche das zahnärztliche Behandlungsspektrum im Rahmen von Hausbesuchen stark erweitern. Ist in Folge starker körperlicher und kognitiver Einschränkungen eine nur mangelnde Compliance des pflegebedürftigen Patienten vorhanden, steht in Folge dessen die Prävention entzündlicher Komplikationen im Vordergrund. Im Falle eines zerstörten Zahnbestandes besteht die Indikation zu einer Gebissanierung unter Vollnarkose, welche eine individuelle Planung mit der Pflegeeinrichtung in puncto Transport und Pflege sowie eine zahnärztliche prospektive Planung voraussetzt, um weitere, unter Umständen riskante Eingriffe unter Vollnarkose zu vermeiden.

Trotz vielfacher Einschränkungen multimorbider Patienten sollte nicht im Voraus ein Ausschluss einer prothetischen

Neuversorgung stattfinden. Zwar gestaltet sich eine Adaption eines neu angefertigten Zahnersatzes mit zunehmendem Alter häufig schwierig, dennoch registrieren wir vielfach nach mehrwöchigen Eingewöhnungsphasen eine sehr gute Adaption und hohe Patientenzufriedenheit. Es bedarf eines neu gestalteten Zahnersatzes, welcher einfach in der Handhabung ist, keine zu umfangreichen Veränderungen mit sich führt und nicht selten eine unkonventionelle Lösung darstellt. Patienten, deren betreuende Personen keinen Zahnersatz wünschen oder kein Zahnersatz aufgrund fehlender Akzeptanz angefertigt werden kann, werden weiterhin im Rahmen der Kontrolluntersuchungen regelmäßig aufgesucht.

Fazit

Bedingt durch den demografischen Wandel und unterstützt durch weitere Fortschritte in der modernen Medizin wird in den folgenden Jahren die zahnärztliche Praxis immer häufiger mit älteren, multimorbiden Patienten konfrontiert werden. Diese gilt es nicht nur in der Praxis zu versorgen, ebenso wird die Nachfrage zahnärztlicher Hausbesuche steigen. Bezugnehmend auf die DMS IV besteht die Tendenz, dass sich der Bedarf an zahnärztlichen Prophylaxemaßnahmen und zahnerhaltenden Maßnahmen hinsichtlich des steigenden Restzahnbestandes sowie der zunehmenden implantatprothetischen Versorgungen verstärken wird. Aber auch prothetische Maßnahmen für den funktionellen Erhalt einschließlich der Verbesserung von herausnehmbarem Zahnersatz werden Hauptbestandteil der mobilen zahnärztlichen Versorgung bleiben.

Die Hauptherausforderung in der Organisation der mobilen Praxis besteht darin, feste Zeiten zu installieren, in denen der allgemeine Praxisbetrieb nicht leidet und gleichzeitig die Hausbesuche nicht mit den Versorgungszeiten der Pflege kollidieren. Zudem muss es eine Kooperationsvertragspraxis schaffen, sicherzustellen, dass bei einem akuten Schmerzanruf der betreffende Patient am selben Tag noch aufgesucht wird. Der klassische Alltagsablauf ändert sich und erfordert Flexibilität und Einsatz.

Die durch die KZV zur besseren zahnmedizinischen Versorgung für Pflegebe-



▲ **Abb. 3:** Mobile Behandlungseinheit (Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Firma NSK Europe, Eschborn).

dürftige verabschiedeten Abrechnungsziffern sowie die Entwicklung des Kooperationsvertrages geben die Möglichkeit und spannen den Rahmen für die mobile Zahnheilkunde, dennoch wurde seitens der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie der Bundeszahnärztekammer Kritik laut, dass zum einen Pflegebedürftige außerhalb stationärer Einrichtungen von diesem Gesetz ausgeschlossen sind und zum anderen der Versorgungsanspruch auf den gesetzlichen Leistungskatalog (BEMA) beschränkt bleibt.

Die im Rahmen zahnärztlicher Präventionsstrategien notwendigen Prophylaxemaßnahmen, welche besonders für Pflegebedürftige und Behinderte unentbehrlich sind, bleiben weiterhin ausgeschlossen. Zwar besteht weiterhin keine Pflicht des Zahnarztes, einen zahnärztlichen Hausbesuch erbringen zu müssen, dennoch entwickelt sich steigender Bedarf seitens des älter werdenden Patientenklintels. Die von allen Seiten gewünschte Verbesserung der Mundgesundheit der Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen kann nur durch die Einführung regelmäßiger Kontrolluntersuchungen verbunden mit intensiven prophylaktischen Maßnahmen erreicht werden. ◀◀

Die Literaturliste finden Sie unter www.dentalzeitung.info

>>

AUTORIN



**Zahnärztin
Sandra Klipp**

>>

KONTAKT

**Zahnarztpraxis ZMK
Dr. von Schön-Angerer,
Dr. Döpfer und Dr. Gicevic**
Standort Bad Wilhelmshöhe
Wilhelmshöher Allee 305
34131 Kassel
Tel.: 0561 937590
Fax: 0561 9375922
E-Mail: info@zmk-kassel.de
www.zmk-kassel.de