

Pflege-Report 2017

„Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeier /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 95-105



9	Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit	95
	<i>Heinz Rothgang</i>	
9.1	Einleitung.....	96
9.2	Versorgungssituation und Versorgungsdefizite.....	96
9.3	Ursachen möglicher Versorgungsdefizite	98
9.4	Weiterentwicklung der (zahn)ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger	99
9.5	Fazit	102

9 Sicherung und Koordination der (zahn)ärztlichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

Heinz Rothgang

Abstract

Pflegebedürftige, insbesondere Heimbewohner, weisen niedrigere Kontaktquoten zu bestimmten Fachärzten und Zahnärzten auf als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters. Dies kann als Indiz für eine mögliche Unterversorgung gedeutet werden. Um ihre Versorgung zu verbessern, hat der Gesetzgeber zusätzliche Vergütungsmöglichkeiten für Zahnärzte und die Verpflichtung zu einer organisierten Kooperation von Pflegeheimen und Ärzten geschaffen. Allerdings wurden Kooperationsverträge bislang fast ausschließlich mit Zahnärzten geschlossen. Für die hausärztliche Versorgung bieten sich eher Verträge über besondere ambulante Versorgung an, die bei Modellprojekten gut funktionieren. Darüber hinaus muss Hausärzten und Heimmitarbeitern die Notwendigkeit fachärztlicher Versorgung auch für Heimbewohner vermittelt werden und für Fachärzte sichergestellt werden, dass sich Hausbesuche rechnen. Hierfür sind womöglich weitere Gebührenordnungsziffern zu schaffen. Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege zeigen sich Versorgungsdefizite insbesondere in der zahnärztlichen Versorgung. Damit der im GKV-VSG für diese Zielgruppe neu eingeführte Anspruch auf zahnmedizinische Individualprophylaxe Abhilfe schaffen kann, müssen Delegationsmöglichkeiten geschaffen werden. Diese sollten es (weitergebildeten) zahnmedizinischen Fachangestellten erlauben, Pflegebedürftige aufzusuchen und sie so wieder einer zahnmedizinischen Versorgung zuzuführen.

Care-dependent people, especially residents of nursing homes, have lower contact rates with certain medical specialists and dentists than people of the same age who are not in need of long-term care. This can be regarded as an indication of a possible under-supply of medical care. In order to improve the health care of care-dependent people, the legislator has created additional remuneration opportunities for dentists and the obligation to organise cooperation between nursing homes and physicians. However, cooperation agreements have so far been almost exclusively made with dentists. For the provision of primary care, contracts for special outpatient care – which work well in model projects – are more appropriate. Furthermore, GPs and the staff of nursing homes must be made aware of the necessity of specialist care for nursing home residents and it should be made sure that home visits pay off in economic terms for specialists too. To this end, further fee schedule items may have to be created. The deficits of people in domestic long-term care are particularly evident in dental care. In order to remedy these deficits by means of the dental individual prophylaxis introduced

for this target group in the GKV-VSG, opportunities for delegation must be created. These should enable (trained) dental assistants to visit people in need of care and thus return them to dental care.

9.1 Einleitung

Gegenwärtig sind in Deutschland mehr als 2,6 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Etwa die Hälfte davon wird in der eigenen Häuslichkeit ohne Hinzuziehung einer zugelassenen Pflegeeinrichtung versorgt, während ein Drittel der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen lebt (Statistisches Bundesamt 2015). Auch und gerade für diese Personen liefern die frühzeitige Erkennung (zahn)medizinischer Versorgungsbedarfe und eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung einen entscheidenden Beitrag für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit und Lebensqualität (Balzer et al. 2013; Kleina et al. 2015). Angemessene (zahn)ärztliche Versorgung ist gerade für Pflegebedürftige eine wichtige Voraussetzung dafür, auch im höheren Lebensalter und bei Vorhandensein chronischer Erkrankungen, Multimorbidität und kognitiver Einschränkung am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können und so den Leitbildern der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum gesunden und aktiven Altern (WHO 2005, 2015; Maurice 2016) zu folgen. Allerdings deuten vorliegende Befunde darauf hin, dass die medizinische Versorgung Pflegebedürftiger nicht immer bedarfsgerecht ist. Nachfolgend wird daher zunächst zusammengetragen, welche Befunde zu einer systematischen Über-, Unter- und Fehlversorgung Pflegebedürftiger in Deutschland vorliegen (Abschnitt 9.2) und welche diesbezüglichen Ursachen identifiziert werden können (Abschnitt 9.3). Abschnitt 9.4 thematisiert dann, welche rechtlichen Schritte zur Bekämpfung dieser Defizite in den letzten Jahren unternommen wurden und welche weiterreichenden Maßnahmen denkbar und notwendig sind, bevor in Abschnitt 9.5 ein Fazit gezogen wird.

9.2 Versorgungssituation und Versorgungsdefizite

Die vorliegende Evidenz zur medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger beruht – neben älteren Primärdatenerhebungen (Hallauer et al. 2005; Hibbeler 2005, 2007) – weitgehend auf Sekundärdatenanalysen von ursprünglich zu Abrechnungszwecken erhobenen GKV-Routinedaten. Mittels dieser Daten kann insbesondere ermittelt werden, inwieweit sich die medizinische Versorgung Pflegebedürftiger im ambulanten und stationären Setting von der Versorgung Nicht-Pflegebedürftiger unterscheidet.

Entsprechende Studien und ein 2013 veröffentlichter HTA-Bericht zeigen, dass Pflegebedürftige in *stationären Einrichtungen* höhere Kontaktraten zu Allgemeinmedizinern aufweisen als Nicht-Pflegebedürftige,¹ gleichzeitig jedoch geringere

¹ In seinem Gutachten aus dem Jahre 2009 bezeichnet der Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen entsprechend die „allgemeinmedizinische Versorgungssituation [der Heimbewohner] noch als befriedigend“ (SVR-Gesundheit 2009, Ziffer 827).

Kontaktraten zu Fachärzten (Orthopäden, Gynäkologen und Augenärzten) (Balzer et al. 2013; Rothgang et al. 2008, 2016; Kleina et al. 2015). Diese Unterschiede zeigten sich mit einer Ausnahme² bei allen Altersstufen. Entsprechende Befunde ergeben auch neuere Analysen mit Routinedaten des Jahres 2015 (Rothgang et al. 2016, S. 189 ff.). Pflegebedürftige Heimbewohner haben dagegen höhere Kontakthäufigkeiten zu Neurologen/Psychiatern/Nervenärzten als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters (Rothgang 2008, S. 194 ff.). Allerdings ist dies darauf zurückzuführen, dass sie häufiger psychische Erkrankungen aufweisen als Nicht-Pflegebedürftige. Tatsächlich erweist sich die Kontakthäufigkeit zu Neurologen/Psychiatern/Nervenärzten für pflegebedürftige Heimbewohner mit psychischen Störungen als – gemessen an Leitlinien – unzureichend (Rothgang et al. 2008, S. 210 ff.). Gleichzeitig liegen Hinweise für eine – möglicherweise kompensatorische – umfangreichere Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohner mit Psycholeptika und Antidepressiva vor (Balzer et al. 2013; Pittrow et al. 2003).

Für das *häusliche Pflegesetting* liegen weniger Befunde zur ärztlichen Versorgung vor, die aber ebenfalls – im Vergleich zu gleichaltrigen Nicht-Pflegebedürftigen – auf geringere Kontakthäufigkeiten mit Augenärzten, Orthopäden und Gynäkologen hinweisen (Rothgang et al. 2008, S. 194 ff.), wenngleich die Unterschiede nicht so ausgeprägt sind wie bei Pflegeheimbewohnern.

Besser ist die Befundlage hinsichtlich der *zahnmedizinischen Versorgung* Pflegebedürftiger. Für Heimbewohner zeigen aktuelle Studien durchweg eine niedrigere Versorgungsdichte im Sinne geringerer zahnärztlicher Kontakte bei Pflegebedürftigen, von denen etwa die Hälfte keinen regelmäßigen Zahnarztkontakt aufweist (Schmiemann et al. 2015; Kleina et al. 2015). Zwar beziehen sich diese Studien nur auf regionale begrenzte Studienkollektive. Eine überregionale Betrachtung von Pflegebedürftigen in ambulanten und stationären Settings (Rothgang et al. 2014) zeigt aber, dass Pflegebedürftige fast im gesamten Altersspektrum weniger zahnärztliche Leistungen erhalten als Nicht-Pflegebedürftige gleichen Alters und Geschlechts. Diese Differenz erhöht sich mit steigender Pflegebedürftigkeit und mit der Inanspruchnahme professioneller Pflege sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting.

Inwieweit der empirisch belegte geringere Versorgungsumfang eine faktische Unterversorgung mit fachärztlichen Leistungen darstellt, kann aufgrund fehlender klinischer Individualdaten bislang jedoch nicht zweifelsfrei verifiziert werden, da unklar ist, ob die empirisch belegten geringeren Versorgungsumfänge lediglich eine Folge unterschiedlicher medizinischer Bedarfe in abweichenden Kontextbedingungen oder wirklicher Unterversorgung sind.³ Angesichts des allgemein reduzierten Gesundheitsstatus insbesondere von Heimbewohnern (Kleina et al. 2015) ist letzteres aber wahrscheinlich. Für den Bereich der Mundgesundheit weist die aktuelle Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) einen schlechteren Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen sogar empirisch nach (Nitschke et al. 2016) und erhärtet damit den Verdacht, dass es bei Pflegebedürftigen Versorgungsdefizite gibt.

2 Bei den mindestens 90 Jahre alten Frauen lag die Kontakthäufigkeit zu Gynäkologen bei Nicht-Pflegebedürftigen höher als bei pflegebedürftigen Heimbewohnern.

3 In einem aktuellen vom Innovationsfonds geförderten Versorgungsforschungsprojekt wird dieser Frage daher durch Kombination von Routinedatenanalysen und Erhebung klinischer Primärdaten in Pflegeheimen nachgegangen (<http://www.socium.uni-bremen.de/projekte/?proj=556>).

9.3 Ursachen möglicher Versorgungsdefizite

Eine abweichende Versorgungsintensität von *Pflegeheimbewohnern* zur restlichen Bevölkerung findet sich auch im Ausland. Dabei zeigt ein Vergleich der fachärztlichen Kontaktraten älterer Personen in Norwegen und Finnland niedrigere Raten in Norwegen auf, was als Effekt des Gatekeepings norwegischer Allgemeinmediziner gedeutet wird (Suominen-Taipale et al. 2004) und damit darauf hindeutet, dass die institutionelle Organisation der medizinischen Versorgung – hier die Frage, ob ein Gatekeeping besteht – entscheidenden Einfluss auf das medizinische Versorgungsgeschehen in Pflegeheimen hat. Eine mögliche Ursache für Unter- und Überversorgung zeigt sich auch in Studien, die eine Variabilität der Versorgungsdichte nach Größe und Organisation der Einrichtungen aufzeigen. So ergibt ein systematisches Review für England, dass Bewohner größerer Einrichtungen höhere Kontaktraten zu Allgemeinmedizinern und Fachärzten aufweisen (Illife et al. 2015). Dies kann darauf hindeuten, dass größere Einrichtungen eher (personell) in der Lage sind, für ihre Bewohner medizinische Versorgung zu organisieren. Auch für Deutschland zeigen sich deutlich unterschiedliche Kontaktraten mit Fachärzten in Abhängigkeit von der jeweiligen Einrichtung und dies sogar für Pflegebedürftige mit hohen medizinischen Risiken (Dörks et al. 2015). Dabei ist der Einfluss von Komorbiditäten auf die Nutzung fachärztlicher Leistungen bisher noch kaum einbezogen worden (Starfield et al. 2005), dementielle Erkrankungen scheinen allerdings einen deutlich dämpfenden Einfluss auf medizinische Versorgungsraten zu haben (Burton et al. 2001; Chalmers und Pearson 2005). Da der Großteil der Kontakte zu Ärzten in stationären Einrichtungen durch das Pflegepersonal hergestellt wird (Hallauer et al. 2005), hat dieses hohe Relevanz auch für die medizinische Versorgung. Dies zeigt sich auch in einer amerikanischen Studie (Katz et al. 2011). Zusammengefasst lässt die starke Variabilität in der ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger in stationärer Versorgung vermuten, dass hier sowohl individuelle Faktoren der Patienten als auch die Struktur der Einrichtung und der lokalen Versorgungsangebote einen Einfluss auf die Nutzung der ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger haben.

Grundlegend für Defizite bei der medizinischen Versorgung speziell Pflegebedürftiger ist dabei, dass diese ihre Versorgungsbedarfe aufgrund *kognitiver Einschränkungen* häufig nicht entsprechend äußern können und aufgrund *eingeschränkter Mobilität* nicht im gleichen Umfang wie andere Versicherte in der Lage sind, Arztpraxen aufzusuchen. Eine bedarfsgerechte Versorgung setzt daher auf drei Ebenen voraus, dass

- a) andere Personen stellvertretend für die Pflegebedürftigen Versorgungsbedarfe erkennen und Kontakt zu behandelnden Ärzten aufnehmen,
- b) Ärzte bereit und in der Lage sind, Hausbesuche bei Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit und dem Pflegeheim durchzuführen und
- c) ärztliche Praxen so (räumlich und personell) ausgestattet sind, dass sie auch Pflegebedürftige und dabei insbesondere Menschen mit Demenz angemessen behandeln können.

In allen diesen Punkten können für Deutschland Defizite unterstellt werden: Für die Hälfte der Pflegebedürftigen, die ausschließlich von Angehörigen versorgt werden, fungieren diese als Sachwalter der Pflegebedürftigen. Ihnen fehlt aber regelmäßig

die Fachkenntnis, entstehende Probleme, etwa im Bereich der Mundgesundheit, zu erkennen und eine ausreichende Mundhygiene sicherzustellen. Prävention und Mundhygiene sind aber die entscheidenden Ansatzpunkte zur Verbesserung der Mundgesundheit (SVR-Gesundheit 2009, Ziffer 829ff.). Auch wenn (ambulante oder stationäre) Pflegeeinrichtungen an der Pflege beteiligt sind, bleiben Defizite, denn es „besteht häufig ein erkennbares Informationsdefizit im Bereich der Mund- und Zahnersatzhygiene auch bei ausgebildeten Altenpflegern“ (SVR-Gesundheit 2009, S. 655). Damit sind Weiterbildungs- und Schulungsmaßnahmen angesprochen. Selbst bei erkanntem Bedarf muss die Behandlung aber erst noch organisiert werden. Dazu sind im Pflegeheim entsprechende Kooperationsregelungen zu treffen, die aber nur gelingen können, wenn Hausbesuche für die Ärzte finanziell so attraktiv sind, dass sie sich auf derartige Kooperationsregeln einlassen oder diese als Heimärzte angestellt werden. Letzteres ist für Fachärzte schwer vorstellbar. Der Behandlung im Pflegeheim und in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen sind letztlich aber Grenzen gesetzt, sodass die Arztpraxis aufgesucht werden muss. Pflegebedürftige weisen aber vielfache Einschränkungen auf. So kann das Schmerzempfinden gestört sein, können Reflexe fehlen und kann die Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sein. Um dennoch angemessen behandeln zu können, benötigen Ärzte eine entsprechende Kompetenz und die Arztpraxis eine entsprechende räumliche Ausstattung, etwa mit Ruheräumen (Rothgang et al. 2014, S. 253 f.).

9.4 Weiterentwicklung der (zahn)ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger

Defizite in der (zahn)ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger haben auch der Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung erkannt und darauf in den letzten Jahren mit verschiedenen Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen und insbesondere der zahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Personen in Deutschland reagiert (vgl. Brandhorst et al. 2016):

- Mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) wurden *Kooperationsverträge* ermöglicht, die Pflegeheime nach § 119b SGB V einzeln oder gemeinsam zur *Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung* ihrer Bewohner mit niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten abschließen können.
- Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 ist mit § 87 Abs. 2i SGB V im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) eine *zusätzliche zahnärztliche Vergütung* für die erforderliche *aufsuchende Betreuung* von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung eingeführt worden.
- Im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23.10.2012 wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten für die Hausbesuche nach § 87 Abs. 2i SGB V um Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) gemäß § 45a SGB XI, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, ergänzt. Zudem wurde dem Bewertungsausschuss im § 87 Abs. 2j SGB V vorgegeben, zusätzliche, über den Zuschlag für die aufsuchende Versorgung hinausgehende Zu-

schläge für solche Leistungen vorzusehen, die von Zahnärzten im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V erbracht werden.

- Da es nach dem PFWG zu keinen Vertragsabschlüssen kam, wurden die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen im PNG weiterhin verpflichtet, auf Antrag eines Pflegeheims einen entsprechenden *Vertrag zu vermitteln* und die Pflegeheime verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen über ihre Maßnahmen zu *informieren*, wie die (fach-)ärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung bei ihnen geregelt ist. Kann die Kassenärztliche Vereinigung keinen Vertrag vermitteln, ist das Pflegeheim zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Heimbewohner mit angestellten Ärzten zu ermächtigen (§ 119b Abs. 1 SGB V). Außerdem erhielten der GKV-Spitzenverband und die KBV bzw. die KZBV den Auftrag, im Benehmen mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene eine *Rahmenvereinbarung über die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung* von Pflegebedürftigen in Heimen abzuschließen (§ 119b Abs. 2 SGB V).
- Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 wurde für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung und PEA ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen, die sogenannte *zahnmedizinische Individualprophylaxe*. Im neuen § 22a SGB V werden die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und Prothesenpflege und die Zahnsteinentfernung als Leistungen benannt. In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei der Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene der Einbeziehung der Pflegepersonen eine besondere Bedeutung zukommt.
- Schließlich wurde die fakultative Möglichkeit zum Abschluss eines Kooperationsvertrags zwischen Heimen und (Zahn)Ärzten gemäß § 119b SGB V im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vom 1. Dezember 2015 in eine *Soll-Vorschrift* umgewandelt.

Die Kaskade dieser Gesetzesänderungen zielt damit vor allem auf die *zahnmedizinische Versorgung* und dort auf die beiden ersten angesprochenen Ebenen. Mit den Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V soll in der *vollstationären Pflege* sichergestellt werden, dass regelmäßige (zahn)ärztliche Kontrolle und Versorgung stattfindet. In der auf dieser Grundlage von GKV-Spitzenverband und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung geschlossenen und am 1. April 2014 in Kraft getretenen Rahmenvereinbarung über kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen (KZBV und GKV-SV 2014)⁴ wurden die Anforderungen festgeschrieben, die die Kooperationsverträge erfüllen müssen. Darin wird u. a. festgelegt, dass innerhalb von acht Wochen nach der Aufnahme eines Pflegebedürftigen in ein Pflegeheim die erste zahnärztliche Untersuchung erfolgen muss und zweimal jährlich eine Kontrolluntersuchung stattfinden soll. Würden diese Vorgaben umgesetzt, wäre für den Heimsektor eine hinreichende

⁴ Seitdem gelten auch die speziellen, im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen abrechenbaren *Vergütungszuschläge*, die einen weiteren ökonomischen Anreiz für die Zahnärzte geschaffen haben.

Kontakthäufigkeit bei der zahnmedizinischen Versorgung gesichert. Nach Angaben der KZBV lagen zum Jahresende 2015 insgesamt 2 607 Verträge vor – mit steigender Tendenz (Brandhorst et al. 2016, S. 56). Bei rund 13 000 zugelassenen Pflegeheimen verfügen damit zwar rund 20 % über einen Kooperationsvertrag – 80 % aber eben noch nicht, sodass auch im zahnmedizinischen Bereich noch nicht von einer ausreichenden Versorgung ausgegangen werden kann. § 119b Abs. 1 SGB V räumt den Pflegeheimen das Recht ein, die Versorgung mit selbst angestellten Ärzten sicherzustellen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung keinen Vertrag vermitteln kann. Damit wird der ausschließliche Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für Heimbewohner de facto aufgeweicht. Ob diese implizite Drohung letztlich zu einem flächendeckenden Heimvertragssystem in der zahnmedizinischen Versorgung führen wird, bleibt abzuwarten. Auch wenn ein Heimvertrag besteht, ist die Mundgesundheit von Heimbewohnern aber dadurch bedroht, dass zwischen den Besuchen der Zahnärzte auftretende Probleme nicht rechtzeitig entdeckt und einer Behandlung zugeführt werden. Wie schon der Sachverständigenrat festgestellt hat, sollten daher in den Rahmenlehrplänen für den Pflegeberuf definierte Mundhygienemaßnahmen überprüft und durch ein modulares Ausbildungs- und Fortbildungssystem in den Pflegeschulen unterlegt werden (SVR-Gesundheit 2009, S. 655).

Wenig geschehen ist zur Förderung der zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger in *häuslicher Pflege*. Der im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführte § 22a SGB V bedarf noch seiner Ausformung. Angesichts einer seit 2006 sinkenden Zahl zudem noch regional sehr inhomogen verteilter Zahnärzte ist dabei absehbar, dass die in dieser Norm vorgesehene „Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Plans zur individuellen Mund- und Prothesenpflege und die Zahnsteinentfernung“ nicht flächendeckend von Zahnärzten per Hausbesuch durchgeführt werden können. Hier ist es vielmehr notwendig, entsprechende Delegationsmodelle zu entwickeln, die es erlauben, zumindest einen Teil dieser Aufgaben – womöglich nach Erstbesuch durch den Zahnarzt – durch (weitergebildete) zahnmedizinische Fachangestellte zu erledigen. Schließlich ist auf die dritte Ebene zu verweisen: die Sicherstellung der Versorgung durch spezialisierte (Zahn)Arztpraxen. Hier ist es notwendig, dass sich entsprechende Schwerpunktpraxen nicht nur bilden, sondern in Pflegestützpunkten und anderen Beratungsstellen aktiv auf entsprechende Angebote hingewiesen wird.

Die *allgemeinärztliche und fachärztliche Versorgung* ist in den gesetzlichen Maßnahmen bei den Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V angesprochen. Die zum 1. Januar 2014 als Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag in Kraft getretene „Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen“ zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband⁵ zielt insbesondere darauf ab, überflüssige Einsätze des Rettungsdienstes und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, die Arzneimitteltherapie der alten Menschen zu koordinieren und so Nebenwirkungen zu reduzieren sowie die Kommunikation von

5 www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf.

Ärzten und Heimmitarbeitern zu verbessern, indem die Pflegeeinrichtungen einen festen Ansprechpartner haben. Die „Durchführung und Koordination der medizinischen Versorgung der Versicherten in Abstimmung mit der stationären Pflegeeinrichtung und den ggf. beteiligten Fachärzten“ wird dabei den Hausärzten übertragen (§ 2 Abs. 2 Satz 1 der Vereinbarung). Ärzte, die einen Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim abschließen und dabei die Kriterien von KBV und GKV-Spitzenverband erfüllen, können für die ärztliche Versorgung Zuschläge – außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung – erhalten, aber nur, wenn es zu einer entsprechenden weiteren Vereinbarung zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und dem Landesverband der Krankenkassen gekommen ist. Bisher wurde nach Aussagen der KBV aber „nur sehr vereinzelt von der Förderungsmöglichkeit des § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 119b Abs. 2 SGB V Gebrauch gemacht, sodass noch keine entsprechend geförderten Kooperationsverträge vorliegen“⁶. Obwohl die Kooperationsverträge nicht flächendeckend greifen, haben die Heime von der Möglichkeit, die hausärztliche Versorgung über angestellte Heimarzte gemäß § 119b SGB V sicherzustellen, nur wenig Gebrauch gemacht⁷. Nun gibt es funktionierende Heimarztmodelle, die allerdings nach anderen Rechtsnormen (etwa der besonderen ambulanten Versorgung (früher § 73c SGB V, jetzt § 140 SGB V)) geschlossen wurden. Insgesamt kommen aber weder Heimarztmodelle noch Kooperationsverträge flächendeckend zum Einsatz. Zudem beziehen sich beide auf die hausärztliche Versorgung, während insbesondere die fachärztliche Versorgung unzureichend erscheint (Abschnitt 9.2).

9.5 Fazit

Obwohl harte Evidenz noch aussteht, deuten unterschiedliche Versorgungsquoten auf eine Unterversorgung vor allem der Heimbewohner mit fachärztlichen und zahnärztlichen Leistungen hin. Diese ist insbesondere auf die kognitiven Einschränkungen und die Immobilität vieler Pflegebedürftiger zurückzuführen, die deshalb nicht in gleichem Maße wie Nicht-Pflegebedürftige in der Lage sind, ambulante Arztpraxen aufzusuchen. Notwendig ist daher in wesentlich höherem Maße als derzeit eine aufsuchende medizinische Betreuung Pflegebedürftiger in ihrer eigenen Häuslichkeit und im Pflegeheim. Um den Heimbewohnern ihre freie Arztwahl auch weiter zu ermöglichen, dürfen entsprechende Angebote für die Heimbewohner nicht verpflichtend sein. Allerdings scheint die derzeitige Situation eher von fehlender Versorgung geprägt zu sein, sodass sich die Einschränkung der freien Arztwahl nicht als zentrales Problem stellt.

Entsprechende Versorgungsdefizite wurden vom Gesetzgeber in den letzten Jahren adressiert. In einer Reihe von Maßnahmen wurden – insbesondere im zahnärztlichen Bereich – neue Leistungsansprüche für Pflegebedürftige eingeführt, zusätz-

6 http://www.kbv.de/html/themen_11257.php, aktuell am 31.12.2016.

7 http://www.kbv.de/html/themen_11257.php, aktuell am 31.12.2016.

liche Vergütungsmöglichkeiten für Ärzte und die Verpflichtung für eine organisierte Kooperation von Pflegeheimen und Ärzten geschaffen.

Während in *Pflegeheimen* Kooperationsverträge für zahnmedizinische Versorgung Fuß zu fassen scheinen, entwickeln sich entsprechende Verträge im hausärztlichen Bereich nur schleppend. Ein möglicher Grund könnte darin liegen, dass die zusätzlichen Vergütungen für Zahnärzte inzwischen selbst von Zahnarztfunktionären als ausreichend angesehen werden, während die neu eingeführten Regelungen zur extrabudgetären Vergütung für Hausärzte aufgrund der Notwendigkeit, hierzu eine weitere Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und dem Landesverband der Krankenkassen zu schließen, nicht greifen. Zwar haben die Heime bei Nichtzustandekommen eines Kooperationsvertrags die Möglichkeit, die Versorgung über angestellte Ärzte sicherzustellen, aber auch davon wird kaum Gebrauch gemacht. Erfolgversprechender scheint es daher zu sein, Verträge über besondere ambulante Versorgung abzuschließen, die auf der Ebene von Modellprojekten bereits gut zu funktionieren scheinen. Sollten sich in diesem Bereich keine positiven Entwicklungen ergeben, sollte der Gesetzgeber mittelfristig aber prüfen, ob der Sicherstellungsauftrag für die medizinische Versorgung von Heimbewohnern bei den Kassenärztlichen Vereinigungen am besten aufgehoben ist. Da insbesondere die fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen problematisch zu sein scheint, ist eine ausreichende hausärztliche Kontakthäufigkeit allein nicht ausreichend. Vielmehr muss Hausärzten und Heimmitarbeitern vermittelt werden, dass auch für Heimbewohner eine fachärztliche Versorgung notwendig ist und es muss sichergestellt werden, dass sich Hausbesuche für Fachärzte auch rechnen. Hierfür kann es sich als notwendig erweisen, – analog zu den Zahnärzten – weitere Gebührenordnungszielfern zu schaffen.

Für Pflegebedürftige in *häuslicher Pflege* zeigen sich Versorgungsdefizite insbesondere in der zahnärztlichen Versorgung. Um den dieses Problem adressierenden, im GKV-VSG neu geschaffenen § 22a SGB V mit Leben zu füllen, wird es insbesondere notwendig sein, Delegationsmöglichkeiten zu schaffen, damit (weitergebildete) zahnmedizinische Fachangestellte Pflegebedürftige aufsuchen und sie wieder einer zahnmedizinischen Versorgung zuführen können.

Literatur

- Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkhemair D, Lühmann D. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment Bd. 125. Köln: DIMDI 2013.
- Brandhorst A, Focke K, Kalwitzki T, Müller R, Schmelzer C, Rothgang H. Versorgungspotentiale in der Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen erkennen und nutzen. Gesundheits- und Sozialpolitik 2016; 70 (3): 53–58.
- Burton LC, German PS, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, Zimmerman S, Magaziner J. Medical care for nursing home residents: differences by dementia status. *Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group*. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 142–7.
- Chalmers J, Pearson A. Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *J Adv Nurs* 2005; 52: 410–19.

- Dörks M, Herget-Rosenthal S, Schmiemann G, Hoffmann F. Polypharmacy and Renal Failure in Nursing Home Residents: Results of the Inappropriate Medication in Patients with Renal Insufficiency in Nursing Homes (IMREN) Study. *Drugs Aging* 2015; 1–7.
- Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service 2005. http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/SAEVIP_studie.pdf.
- Hibbeler B. Pflegeheime: Schlechte Noten für die ärztliche Versorgung; In: Deutsches Ärzteblatt 2005; 102 (41).
- Hibbeler B. Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104 (48): 2901–8.
- Ilfie S, Davies SL, Gordon AL et al. Provision of NHS generalist and specialist services to care homes in England: review of surveys. *Prim Health Care Res Dev* 2015; 1–16.
- Katz PR, Karuza J, Lima J, Intrator O. Nursing home medical staff organization: correlates with quality indicators. *J Am Med Dir Assoc* 2011; 12: 655–9.
- Kleina T, Horn A, Suhr R, Schaeffer D. Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Das Gesundheitswesen* 2015; DOI: 10.1055/s-0035-1549971.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (Hrsg). Jahrbuch 2015: Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Berlin 2015. <http://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2015.download.b58d83c8c7fb6f73b35563fab351cb72.pdf>.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)/GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen) zwischen 1. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie 2. dem GKV-Spitzenverband. Berlin 2014. http://www.kzvbw.de/site/binaries/content/assets/offener-bereich/praxis/rundschreiben/vertrag_recht/rahmenvereinbarung_119b_v104_korr.pdf.
- Maurice J. WHO puts healthy ageing on the front burner. *The Lancet* 2016; 387: 109–10.
- Nitschke I, Micheelis W. Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Älteren Senioren mit Pflegebedarf. In: Jordan AR, Micheelis W (Hrsg). Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV 2016; 557–77.
- OECD. Long-term care for older people. Paris 2005.
- Pittrow D, Krappweis J, Rentsch A et al. Pattern of prescriptions issued by nursing home-based physicians versus office-based physicians for frail elderly patients in German nursing homes. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2003; 12: 595–9.
- Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R. GEK Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard 2008.
- Rothgang H, Müller R, Mundhenk R, Unger R. BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. St. Augustin: Asgard 2014.
- Schmiemann G, Herget-Rosenthal S, Hoffmann F. Ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2015, Online Publikation <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-015-1010-0>
- Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med* 2005; 3: 215–22.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2015.
- Suominen-Taipale AL, Koskinen S, Martelin T, Holmen J, Johnsen R. Differences in older adults' use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Public Health* 2004; 14: 375–80.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Langfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/GA2009-LF.pdf>.

WHO. Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Ein Beitrag der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization) für die Zweite UN-Weltversammlung zu Altersfragen. Madrid: Weltgesundheitsorganisation 2002.

WHO. Strategie und Aktionsplan für gesundes Altern in der Europäischen Region (2012–2020). Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa 2012.

WHO. World report on ageing and health. World Health Organization 2015.