

**Stellungnahme der KZBV
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des
Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)**

I. Allgemeine Bewertung

Als eine der Trägerorganisationen zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt sich die KZBV in der vorliegenden Stellungnahme auf diejenigen Regelungen des Referentenentwurfs, die einen Bezug zur vertragszahnärztlichen Versorgung, insbesondere von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen, aufweisen.

Insgesamt begrüßt die KZBV die grundsätzliche Zielrichtung des Gesetzentwurfes, die Pflege und Betreuung der Patienten und insbesondere der Pflegebedürftigen durch geeignete Maßnahmen weiter zu verbessern und hierbei zugleich auch die Grundlagen für die zahnmedizinische Betreuung bzw. Versorgung dieser Personengruppen auszubauen.

Zugleich wird sich die KZBV erlauben, im Folgenden auch einige weitergehende Vorschläge für gesetzliche Neuregelungen zu unterbreiten, mit denen in Ergänzung des von der KZBV und der Politik im Schulterschluss gemeinsam vorangetriebenen "AuB-Versorgungskonzeptes" (zahnmedizinische Versorgung von Menschen im "Alter" und mit "Behinderung") die zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen weiter verbessert und ausgebaut werden kann.

II. Stellungnahme im Einzelnen

1.) § 119b Abs. 1 SGB V-RefE

a) Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsverträgen

Die in § 119b Abs. 1 **Satz 1** SGB V-RefE vorgesehene Verpflichtung stationärer Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Kooperationsverträgen wird begrüßt, da hiermit trotz der bereits hohen Anzahl vertragszahnärztlicher Kooperationsverträge die kooperative zahnärztliche Betreuung von Versicherten in Pflegeheimen flächendeckend ausgeweitet wird und damit die Mundgesundheit der Pflegeheimbewohner noch umfassender verbessert werden kann.

b) *Dreimonatsfrist für die Vermittlung von Kooperationsverträgen*

Die zugleich in § 119 Abs. 1 **Satz 2** SGB V-RefE für die KZVen vorgesehene Frist von drei Monaten, innerhalb derer auf Antrag einer Pflegeeinrichtung ein Zahnarzt als Partner eines Kooperationsvertrages zu vermitteln ist, ist aus Sicht der KZBV hingegen nicht erforderlich, da die KZVen auch bisher schon im Falle von entsprechenden Vermittlungersuchen zeitnah Kooperationsverträge vermitteln. Im Falle einer starren Frist ist zudem zu bedenken, dass in Einzelfällen auch Konstellationen denkbar sind, in denen – beispielsweise bei Vermittlungersuchen in strukturschwachen, schwächer versorgten Regionen – sich die Suche nach einem in hinreichender Nähe niedergelassenen Zahnarzt, der zum Abschluss eines Kooperationsvertrages mit der anfragenden Pflegeeinrichtung bereit ist, etwas schwieriger gestalten kann und im Einzelfall ggf. mehr als drei Monate Zeit hierfür benötigt werden können. Um solchen Ausnahmekonstellationen, die der KZV nicht anzulasten sind, Rechnung zu tragen, wird daher angeregt, die **Dreimonatsfrist als Soll-Frist auszugestalten**, so dass in atypischen Ausnahmefällen auch von ihr abgewichen werden kann, ohne mit der gesetzlichen Vorgabe in Konflikt zu geraten.

c) *Benennung einer verantwortlichen Pflegefachkraft*

Die im neuen § 119b Abs. 1 **Satz 8** SGB V-RefE vorgesehene Benennung einer für die Kooperationszusammenarbeit verantwortlichen Pflegefachkraft aufseiten der Pflegeeinrichtung wird ausdrücklich begrüßt, da hierdurch das Vorhandensein eines verantwortlichen, koordinierenden Ansprechpartners für die Kooperationszahnärzte gewährleistet wird, was für die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und kooperierendem Zahnarzt von großer Wichtigkeit ist.

2.) § 119b Abs. 2a SGB V-RefE (eDA-Anforderungen)

Die mit § 119b Abs. 2a SGB V-RefE verfolgte Zielsetzung einheitlicher technischer Standards für den elektronischen Datenaustausch bei der Kooperationszusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Pflegeheim ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar. Die hierzu vorgesehene Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 119b Abs. 2 SGB V, sprich der Bundesmantelvertragspartner, verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik in der Zusammenarbeit nach § 119b Abs. 1 SGB V bis zum 30.06.2019 zu vereinbaren, birgt aus Sicht der KZBV indes die Gefahr, dass hiermit verbindliche Anforderungen vereinbart werden (müssen), die unter Umständen von einzelnen Pflegeeinrichtungen oder auch Zahnärzten nicht ohne weiteres umgesetzt und erfüllt werden können. Hinzu kommt, dass im zahnärztlichen Bereich das Potential für einen elektronischen Datenaustausch zwischen Zahnärzten und Pflegeeinrichtungen oder zwischen Zahnärzten und Ärzten oder ggf. dem stationären Sektor eher gering erscheint, zumal hier anders als im ärztlichen Bereich auch keine Verzahnungen mit dem Krankenhaussektor vorhanden sind, so dass das

in der Entwurfsbegründung genannte Ziel einheitlicher schnittstellen- und sektorübergreifender elektronischer Zusammenarbeit für den zahnärztlichen Bereich von nur geringer Relevanz ist.

Soweit mit der Regelung ein Zwang zum elektronischem Datenaustausch nach den aufgestellten Vorgaben verbunden wird, kann dies schlimmstenfalls sogar Hindernisse für eine bis dato reibungslose Zusammenarbeit zwischen Kooperationszahnarzt und Pflegeheim aufstellen und diese somit entgegen dem eigentlichen Gesetzeszweck erschweren.

Um die Kooperationszusammenarbeit mithin nicht von unter Umständen praktisch erschwerenden oder fehleranfälligen Faktoren abhängig zu machen, sollte daher in der Entwurfsbegründung klargestellt werden, dass die gemäß § 119b Abs. 2a SGB V-RefE getroffenen Anforderungen nur gelten, soweit ein elektronischer Datenaustausch stattfindet, ein solcher aber nicht stattfinden muss. Zudem erscheint es für die Regelung in § 119b Abs. 2a SGB V-RefE ausreichend und sachgerechter, die Vertragspartner nach § 119b Abs. 2 SGB V – jedenfalls für den zahnärztlichen Bereich – nicht zur Aufstellung von verbindlichen Anforderungen zu verpflichten, sondern sie hierzu *zu ermächtigen*, damit sie selbst darüber entscheiden können, ob und inwieweit sie es als sachgerecht ansehen, in Ausübung dieser Ermächtigung entsprechende Anforderungen für den elektronischen Datenaustausch zwischen Kooperationszahnarzt und Pflegeeinrichtung aufzustellen. Dies gilt umso mehr, als ggf. zu berücksichtigen sein kann, inwieweit es sich als sinnvoll darstellt, vor Verfügbarkeit der Telematikinfrastruktur für den Pflegebereich davon losgelöste technische Vorgaben aufzustellen, die dann nur für eine relativ kurze Zeit gelten würden und den damit verbundenen, unter Umständen erheblichen Aufwand nicht rechtfertigen.

Darüber hinaus impliziert die Gesetzesbegründung durch die dortige Formulierung "die Anforderungen werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband [...] vereinbart", dass es sich bei dieser Vereinbarung um eine trilaterale Vereinbarung handele. Angesichts der anders gelagerten Versorgungsparameter bei der zahnärztlichen aufsuchenden Versorgung und dem allenfalls sehr geringen Potential für einen sektorübergreifenden elektronischen Datenaustausch zwischen Zahnärzten und Ärzten oder ggf. Krankenhäusern sollte daher klarstellend formuliert werden, dass es auch bei den Vereinbarungen nach § 119b Abs. 2a SGB V ebenso wie bei den bisher nach § 119b Abs. 2 SGB V zu treffenden um jeweils bilaterale Vereinbarungen zwischen KBV und GKV-SV sowie zwischen KZBV und GKV-SV handelt.

3.) § 119b Abs. 2b SGB V-RefE (Videosprechstunden) / Ergänzung eines neuen § 87 Abs. 2k SGB V

Zwar bestehen gegenwärtig im zahnärztlichen Bereich deutlich weniger Möglichkeiten für den sinnvollen Einsatz telemedizinischer Verfahren einschl. Videosprechstunden, da die zahnmedizinische Untersuchung und Behandlung in der Regel nur unmittelbar „am Patienten“ erfolgen kann. Gleichwohl sind insbesondere – wie auch auf der von der KZBV durchgeführten Digitalisierungs-Klausurtagung im Mai 2018 als eines derer Ergebnisse festgehalten wurde – bei der Behandlung von Patienten in Pflegeheimen oder in häuslicher Pflege einzelne, einfacher gehaltene Beratungen bzw. Anleitungen denkbar, die im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden können und die auf diese Weise insbesondere dann weniger aufwendig, flexibler und zeitsparender sein können, wenn ansonsten ein Einzelbesuch außerhalb eines routinemäßig Besuchszyklus stattfinden müsste. Beispielhaft genannt seien hier etwa Videosichtungen von defekten oder vermeintlich defekten Prothesen, Videoinstruktionen des Pflegepersonals, Videokonsile mit behandelnden Ärzten, Videokonferenzen mit dem Patienten und seiner Pflegekraft sowie perspektivisch ggf. auch der Einsatz von intraoralen Kameras oder vergleichbares).

Um die Erbringung von Videosprechstunden auch im vertragszahnärztlichen Bereich, soweit dort sinnvoll, zu ermöglichen und zu fördern, sollte daher parallel zu der mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nochmals novellierten ärztlichen Vorschrift in § 87 Abs. 2a Sätze 17 ff. SGB V-RefE auch eine vertragszahnärztliche Grundlage für solche Leistungen geschaffen werden. Um in geeigneten Fällen die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen daher ggf. auch begleitend per Videosprechstunde sicherstellen zu können, sollte daher in Ergänzung zu § 87 Abs. 2i und Abs. 2j SGB V auch hier ein entsprechender gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss ausgesprochen werden, solche Leistungen, die bei der Behandlung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen erbracht werden können, in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztlichen Leistungen (BEMA) aufzunehmen. Systematisch anbieten würde sich insoweit parallel zu § 87 Abs. 2i und 2j SGB V ein neuer **§ 87 Abs. 2k** SGB V-E.

Wie im Falle der in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Novellierung von § 87 Abs. 2a Sätze 17-20 (ärztliche Videosprechstunden) sollte dabei auch vorliegend auf die Vorgabe bestimmter Indikationen verzichtet werden. Vielmehr sollte die Erbringung von zahnärztlichen Videosprechstunden an der genannten Versichertengruppe (einschl. Videokonzen und -konferenzen mit deren Pflegepersonal und behandelnden Ärzten) generell ermöglicht werden, wobei es dann im Ermessen des Zahnarztes steht, in welchen Fällen er eine Videosprechstunde in Absprache mit dem Patienten oder dem Pflegepersonal für sachgerecht und medizinisch vertretbar erachtet. Die Ausgestaltung im Einzelnen obläge dem Bewertungsausschuss.

Wir schlagen insoweit die **Ergänzung eines neuen § 87 Abs. 2k SGB V** mit folgendem Inhalt vor:

§ 87 SGB V wird um folgenden **Abs. 2k** ergänzt:

„(2k) ¹Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen vorzusehen für die Untersuchung und Behandlung von Versicherten im Sinne des § 87 Abs. 2i und von Versicherten, an denen Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Abs. 1 erbracht werden. ²Die Videosprechstundenleistungen nach Satz 1 können auch Fachgespräche mit dem Pflegepersonal oder einem anderen Arzt und Fallkonferenzen mit diesen zum Gegenstand haben. ³§ 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

4.) § 119b Abs. 3 SGB-RefE (Evaluationspflicht)

Der in § 119b Abs. 3 SGB V-RefE nunmehr gesetzlich vorgeschriebenen Evaluationspflicht hinsichtlich der mit den Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Zahnärzten verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen steht die KZBV zwar grundsätzlich offen gegenüber, hält die gesetzliche Vorgabe aber nicht für erforderlich, da KZBV und GKV-SV bereits auf Grundlage der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V freiwillig eine entsprechende Evaluation vorgesehen haben, die im Wesentlichen der nunmehr über § 119b Abs. 3 SGB V-RefE vorgesehenen Evaluation entspricht.

Die KZBV regt daher an, auf die im Grunde überflüssige gesetzliche Regelung in § 119b Abs. 3 SGB V-RefE zu verzichten.

5.) Weitergehende Vorschläge der KZBV zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Im Folgenden erlaubt sich die KZBV über die Stellungnahme zu den unmittelbar vorgesehenen Regelungen des Referentenentwurfs hinaus weitergehende Vorschläge, die die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nachhaltig verbessern würden.

a) Freistellung von Krankenfahrten vom Genehmigungserfordernis (§ 60 SGB V)

Die zahnärztliche Versorgung vulnerabler Patientengruppen, wie etwa behinderten oder pflegebedürftigen Versicherten, erfordert regelmäßig eine Behand-

lung in der zahnärztlichen Praxis, da die hierzu erforderlichen hygienischen, diagnostischen und apparativen Voraussetzungen üblicherweise weder in stationären Einrichtungen noch im häuslichen Umfeld vorliegen.

Zwar erlauben mobile Behandlungseinheiten bereits heute die Erbringung eines gewissen Leistungsspektrums vor Ort, spätestens bei der Durchführung invasiver oder zahnmedizinisch komplexer Eingriffe ist der Zahnarzt für die Behandlung des Patienten auf die spezifischen Einrichtungen einer Zahnarztpraxis angewiesen. Besonders bei invasiven Eingriffen besteht ein erhöhtes Infektionsrisiko für den Patienten, welchem adäquat nur durch ein entsprechend hygienisch aufbereitetes Umfeld und Instrumentarium Rechnung getragen werden kann.

Daher ist insbesondere bei chirurgischen Eingriffen, der Entfernung von Zähnen, großen prothetischen Eingriffen oder auch der systematischen Parodontitis-Therapie eine Behandlung vor Ort in der Regel nicht mehr möglich. Dies gilt ferner auch für Eingriffe mit der Notwendigkeit intermittierender radiologischer Kontrollen wie bspw. Wurzelkanalbehandlungen, bei denen die Strahlenschutzvorgaben der Röntgenverordnung einzuhalten sind. Ebenso sind größere Füllungsrestaurationen aufgrund der apparativen Voraussetzungen in der Regel nur in der Zahnarztpraxis durchführbar.

Vulnerable Patientengruppen sind daher, soweit sie in ihrer Mobilität eingeschränkt oder aus sonstigen Gründen nicht in der Lage sind, den behandelnden Zahnarzt von sich aus in seiner Praxis aufsuchen zu können, häufig auf Krankenfahrten angewiesen, um die ihnen zustehende Versorgung in Anspruch nehmen zu können.

Für jede dieser Fahrten muss die Kostenübernahme bei der Krankenkasse beantragt und von dieser genehmigt werden. Dieses bürokratisch sehr aufwendige Verfahren wird sowohl von den Betroffenen als auch den sie betreuenden Personen und Einrichtungen als große Belastung empfunden und stellt eine sachlich nicht gerechtfertigte Hürde bei der Inanspruchnahme der erforderlichen zahnmedizinischen Versorgung dar, welche im Ergebnis mitunter dazu führt, dass notwendige Fahrten und infolge dessen Behandlungen unterbleiben, obwohl gerade im Falle vulnerabler Patientengruppen üblicherweise die erforderliche Genehmigung unproblematisch erteilt wird.

Vor diesem Hintergrund ist es geboten, das Genehmigungsverfahren für vulnerable Patientengruppen, die einen entsprechenden Beförderungsbedarf haben, zu vereinfachen.

Regelungsvorschlag: Genehmigungsfiktion bei bestehendem Beförderungsbedarf durch entsprechende Ergänzung des § 60 Abs. 1 SGB V

§ 60 Abs. 1 wird um folgende Sätze ergänzt:

⁵Für Krankenfahrten zur ambulanten zahnärztlichen Behandlung gilt die Genehmigung nach Satz 4 für Versicherte, die zur Inanspruchnahme von Leistungen nach den §§ 22a, 87 Abs. 2i und 2j berechtigt sind, als erteilt, wenn ein Beförderungsbedarf besteht. ⁶Ein Beförderungsbedarf besteht insb., wenn

- 1. ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H",*
- 2. ein Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität,*
- 3. oder eine vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach Maßgabe der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 vorliegt."*

Begründung:

Für die Inanspruchnahme der ihnen zustehenden zahnärztlichen Versorgung sind vulnerable Patientengruppen wie bspw. pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit Behinderung, die zusätzlich in ihrer Mobilität eingeschränkt oder aus sonstigen Gründen nicht in der Lage sind, den behandelnden Zahnarzt von sich aus in seiner Praxis aufsuchen zu können, regelmäßig auf Krankenfahrten angewiesen.

Die hierbei anfallenden Kosten werden nach dem bisher vorgesehenen Verfahren jeweils nur auf Antrag und nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse für die konkrete Einzelfahrt übernommen, selbst wenn aus der Natur der Beeinträchtigung des Versicherten offenkundig hervorgeht, dass er stets auf eine Krankenfahrt angewiesen sein wird.

Da zudem in solchen Fällen die nach § 60 Abs. 1 S. 4 SGB V erforderliche Genehmigung im Regelfall unproblematisch erteilt wird, stellt der mit der Beantragung und Genehmigung einhergehende bürokratische Aufwand im Ergebnis einen unnötigen Formalismus und für die Betroffenen eine zusätzliche Belastung bzw. unzumutbare Hürde bei der Inanspruchnahme der ihnen zustehenden zahnmedizinischen Versorgung dar.

Die auf Grundlage des § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Krankentransport-Richtlinie in der Fassung vom 02.01.2018 sieht daher zutreffender Weise in § 8 Abs. 3 die Verordnungs- und Genehmigungsfähigkeit für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung für Versicherte vor, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen.

Gerade diese Voraussetzungen erfüllen jedoch regelmäßig diejenigen Versicherten, die nach den §§ 22a, 87 Abs. 2i und 2j SGB V u.a. Anspruch auf Präventionsleistungen oder Leistungen der sog. aufsuchenden Versorgung haben. Bereits systematisch sind die nach den vorgenannten Vorschriften anspruchsberechtigten Versicherten regelmäßig für die Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Behandlung, die aufgrund der hygienischen, diagnostischen und apparativen Voraussetzungen nicht in ihrem unmittelbaren Umfeld erbracht werden kann, auf eine Krankenfahrt in die Zahnarztpraxis angewiesen.

Soweit die zahnmedizinische Versorgung nicht im häuslichen Umfeld oder einer stationären Einrichtung erbracht werden kann, ist es sachgerecht, für in vorbezeichneter Weise eingeschränkte vulnerable Patientengruppen in den Fällen des Satz. 6 Nr. 1 bis 3 eine Genehmigungsfiktion vorzusehen. Insoweit entfällt neben dem Erfordernis einer ausdrücklichen Genehmigung durch die Krankenkasse zugleich das auf die Genehmigung gerichtete Antragserfordernis, nicht jedoch das Verordnungserfordernis.

Für Krankentransporte im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 6 Krankentransport-Richtlinie gilt das Genehmigungserfordernis nach Satz 4 fort.

b) Bereitstellung finanzieller Mittel für eine hinreichende personelle Ausstattung stationärer Pflegeeinrichtungen zur Unterstützung der Zahnärzte bei der zahnmedizinischen Versorgung

Die zahnärztliche Versorgung vulnerabler Patientengruppen in stationären Pflegeeinrichtungen wird häufig dadurch erschwert, dass nicht in hinreichendem Maße spezifisch geschultes Pflegeheimpersonal in den stationären Pflegeeinrichtungen vorhanden ist, um den Zahnarzt bei dessen dortigen Versorgungsleistungen unterstützen zu können.

Daher regen wir an, den stationären Pflegeeinrichtungen hierfür entsprechende Finanzierungsmittel zweckgebunden zuzuweisen, die die Zeit bzw. den Aufwand für die erforderlichen zahnmedizinischen Schulungsmaßnahmen der Pflegekräfte und die Zeit für die Unterstützung der Zahnärzte durch Pflegekräfte bei der zahnmedizinischen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen abdecken.

Entsprechend dem zusätzlichen Aufwand, der sich aus den Kooperationsverträgen nach § 119b ergibt, muss es eine personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen geben, die auch aus Mitteln der Pflegeversicherung entsprechend gegenzufinanzieren ist.

Die gleiche Problematik besteht im Übrigen auch im Rahmen der ambulanten Pflege.