

So integrieren Sie die Seniorenzahnmedizin in Ihre Praxis!

Dirk Bleiel, Johannes G. Bischoff, Yannik Orth

Die zahnärztliche Betreuung älterer und vulnerabler Patienten ist für viele Zahnarztpraxen immer noch ein Randthema. Doch mit dem demografischen Wandel steigt auch der Versorgungsbedarf in der Seniorenzahnmedizin. Wir zeigen mithilfe von Entscheidungs- und Abrechnungshilfen, wie Sie Patientinnen und Patienten mit Einschränkungen erkennen, behandeln und in Ihre Praxisabläufe integrieren.

Mehr als sechs Millionen Bürger in Deutschland hatten 2025 einen Pflegegrad, zusätzlich bekam etwa eine Million Eingliederungshilfe. Diese Menschen – statistisch ist das etwa jeder 14. Patient – haben Anspruch auf besondere präventive und therapeutische zahnärztliche Leistungen.

Vulnerable Patienten erkennen

Der Pflegegrad oder der Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe werden von den Patientinnen und Patienten beziehungsweise Angehörigen allerdings nicht immer aktiv angegeben. Und häufig sind die Einschränkungen auch nicht auf den ersten Blick

erkennbar. Umso wichtiger ist ein systematisches, explizites Abfragen im Anamnesebogen, etwa nach:

- Pflegegrad oder Eingliederungshilfe,
- gesetzlicher Betreuung und Schwerbehinderung sowie
- relevanten Kontaktpersonen (Angehörige, Pflegekräfte).

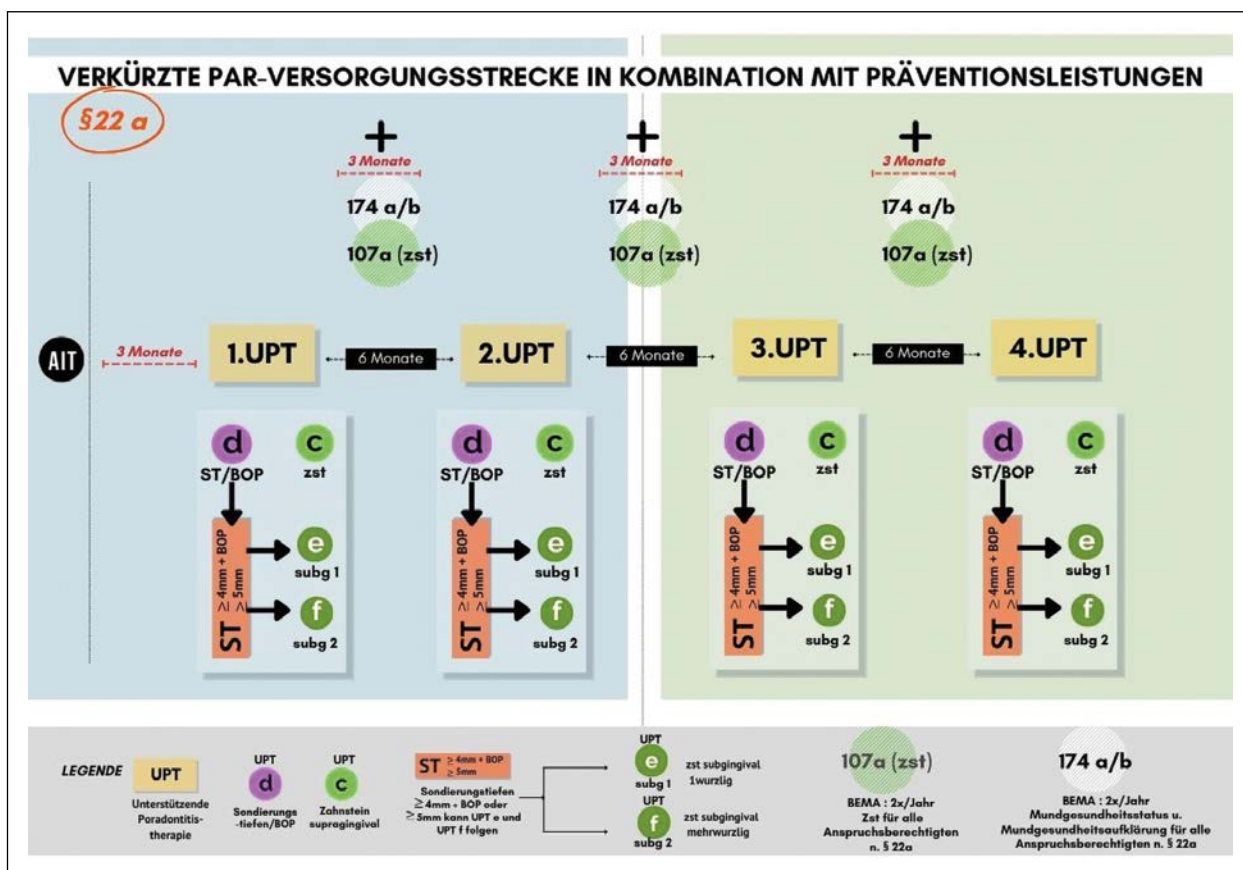


Abb. 1: Entscheidungshilfe mobile PAR-Behandlung (verkürzte Therapiestrecke)

Gerade bei älteren Patienten sind zudem die aktuelle Medikamentenliste, die Erfassung möglicher Allergien sowie ein ärztliches Konsil sinnvoller als eine rein anamnestiche Abfrage von Vorerkrankungen, die häufig unvollständig oder ungenau bleibt.

Prävention nach § 22a SGB V

Versicherte, die einem Pflegegrad zugeordnet oder in der Eingliederungshilfe nach SGB IX leistungsberechtigt sind, haben gemäß § 22a SGB V Anspruch auf ein klar definiertes präventives Leistungspaket. Dieses kann zweimal im Jahr (einmal je Halbjahr) in Anspruch genommen werden. Es umfasst die Erstellung eines Mundgesundheitsstatus und eines Mundgesundheitsplans, auf deren Grundlage die zielgruppenspezifische Aufklärung und praktische Unterweisungen aufsetzen (BEMA 174a).

Ziel dieser Leistungen ist nicht nur die Befundaufnahme, sondern vor allem die Kommunikation des tatsächlichen Mundgesundheitszustands an Angehörige und Pflegepersonen. Aufbauend darauf werden konkrete Empfehlungen zur häuslichen Mundhygiene ausgesprochen, beispielsweise:

- der Einsatz elektrischer Zahnbürsten
- eine Auswahl geeigneter Zahnpasten
- Hilfsmittel zur Interdentalphlege
- Maßnahmen bei Mundtrockenheit

In einem weiteren Schritt werden die notwendigen koordinativen Maßnahmen festgelegt, die die Umsetzung der Empfehlungen erleichtern und verbindlich machen.

Ergänzend können einmal im Kalenderhalbjahr Zahnsteinentfernungen (BEMA 107a) sowie eine Mundhygienedemonstration (BEMA 174b) erbracht werden. Alle diese Leistungen sind extrabudgetär vergütet und zielen darauf ab, die nachweislich im Durchschnitt schlechteren zahnmedizinischen Befunde dieser Patientengruppe nachhaltig zu verbessern.

Die verkürzte PAR-Strecke

Seit 2021 können nach § 22a SGB V anspruchsberechtigte Patienten an



Alters- und inklusive Zahnmedizin ist eine ethische und gesellschaftliche Verpflichtung.

einer für diese Zielgruppe angepassten parodontalen Behandlungsstrecke teilnehmen, die sich wesentlich von der klassischen PAR-Strecke unterscheidet:

- keine Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse
- lediglich Anzeigepflicht
- reduzierte Diagnostik (Taschenmessung mesial/distal pro Zahn)
- keine verpflichtende BOP-Dokumentation
- keine zwingende Röntgendiagnostik und
- kein Staging oder Grading erforderlich

Nach erfolgter antiinfektiöser Therapie (AIT) können auch Leistungen der Unterstützenden Parodontitis-Therapie (UPT) erbracht werden: Zweimal im Jahr können die Positionen UPT c, UPT d und bei entsprechenden Ta-

schentiefen auch die UPT e und die UPT f durchgeführt werden. Wenn Sie zusätzlich – wie oben beschrieben – zweimal im Jahr den Zahnstein entfernen (BEMA 107a), können Sie diese vulnerablen Patienten alle drei Monate zahnmedizinisch nachhaltig und konzeptionell sinnvoll betreuen.

Bei den Älteren gibt es den höchsten Versorgungsbedarf

Mit zunehmender Gebrechlichkeit verlieren viele ältere Menschen die Möglichkeit, eigenständig eine Zahnarztpraxis aufzusuchen. Gleichzeitig steigt der Behandlungsbedarf: Mehr erhaltene Restzähne, komplexe prothetische Versorgung und weniger Totalprothesen führen zu einem deutlich höheren zahnmedizinischen Handlungsbedarf bei immobilen Patienten. In keiner anderen Bevölkerungsgruppe sind ►►



Dr. Dirk Bleiel

Spezialist Seniorenzahnmedizin,
niedergelassener Zahnarzt
in Rheinbreitbach
Foto: privat



Prof. Dr. Johannes G. Bischoff

Steuerberater und Wirtschaftsdozent,
Prof. Dr. Bischoff & Partner, Köln
Foto: Jörn Walter www.walterfoto.de



Yannik Orth

Steuerberater,
Prof. Dr. Bischoff & Partner, Köln
Foto: Jörn Walter www.walterfoto.de

die Befunde so schlecht und der Versorgungsbedarf so hoch.

Die aufsuchende Zahnmedizin – in der Häuslichkeit oder in Pflegeeinrichtungen – wird daher zunehmen. Bereits mit einem geringen instrumentellen Aufwand lassen sich zahlreiche Behandlungen durchführen, insbesondere im

Bereich der Prothetik. Ergänzt man das mobile Equipment um einen Motor und eine Absaugvorrichtung, kann auch die beschriebene PAR-Strecke vor Ort umgesetzt werden (Abbildung 1). Für die Fahrten gibt es Zuschlags- und Besucherspositionen sowie Wegegeld.

Struktur statt Einzelmaßnahme

Wie in der Kinderzahnheilkunde entfalten auch die Seniorenzahnmedizin und die inklusive Zahnmedizin ihren Erfolg nicht durch Einzelmaßnahmen, sondern durch strukturierte Versorgungskonzepte. Ein solches Versorgungsmodell kann die Etablierung eines Teams für die aufsuchende Zahnmedizin sein, worauf im Folgenden der Fokus liegen soll. Voraussetzung ist eine langfristig angelegte Kooperation mit den entsprechenden Versorgungseinrichtungen.

Doch wie lässt sich die Wirtschaftlichkeit eines solchen Konzepts in der Praxis konkret beurteilen? Ein Instrument, das dabei hilft, ist die betriebswirtschaftliche Deckungsbeitragsrechnung. Sie zeigt auf, welcher Betrag der Erlöse nach Abzug der variablen Kosten übrigbleibt und zur Deckung der Fixkosten verwendet werden kann. Im Fall der aufsuchenden Zahnmedizin bedeutet dies konkret: Die zusätzlichen Einnahmen decken die zusätzlich entstehenden Kosten (insbesondere Investitionen in Geräte und Fahrzeug, Personal, Material). Die folgenden Beispieldaten beruhen auf Erhebungen aus unserem Mandantenstamm.

Beispielrechnung – Deckungsbeitrag

Dr. Dent besucht einen Tag pro Woche ein Altenheim und behandelt dort im Durchschnitt an einem Vormittag

zehn Patienten. Hierfür benötigt er, inklusive An- und Abfahrt, fünf Stunden. Die Behandlungen führt er gemeinsam mit einer angestellten Stuhlassistenz durch. Die Abrechnung erfolgt überwiegend gegenüber der KZV, aber auch direkt gegenüber Privatpatienten.

Das Beispiel (Tabelle 1) zeigt, selbst bei einem geringen zeitlichen Umfang kann die aufsuchende Zahnmedizin bereits einen positiven Deckungsbeitrag erreichen, der verwendet werden kann, um die Fixkosten der Praxis zu decken. Dazu zählen beispielsweise Kosten für das Verwaltungspersonal (Praxismanager, Abrechnungsfachkraft), Raumkosten und Finanzierungskosten. Nach Zurechnung dieser fixen Kosten zeigt sich der Beitrag zum Praxisreingewinn (Abbildung 2).

BEISPIELRECHNUNG	
Erlöse pro Quartal:	
KZV	18.000,00 €
Privat	1.500,00 €
Summe	19.500,00 €
Variable Kosten pro Quartal:	
Personalkosten (Stuhlassistenz)	1.000,00 €
Material	2.100,00 €
Raumkosten	0,00 €
Instandhaltung	1.100,00 €
Leasing / Abschreibung PKW & Geräte	1.800,00 €
Summe	6.000,00 €
Deckungsbeitrag pro Quartal:	13.500,00 €

Tab. 1 Quelle: Prof. Dr. Bischoff & Partner

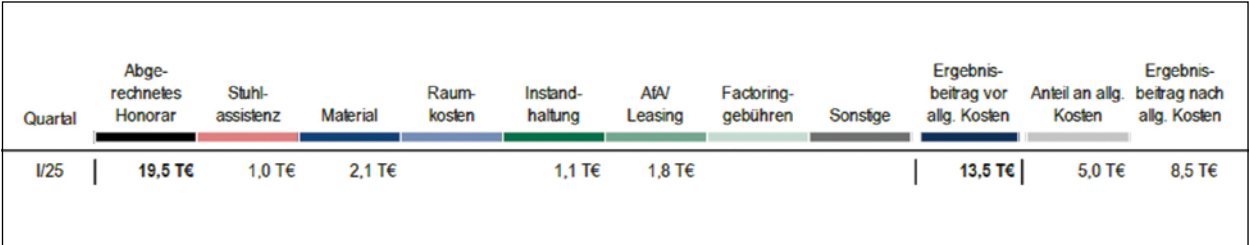


Abb. 2: Ergebnisbeitragsrechnung

Da die Leistungen extrabudgetär abrechenbar sind, entsteht zusätzlicher finanzieller Spielraum, der sich nicht negativ auf die Wirtschaftlichkeit des übrigen Praxisbetriebs auswirkt und damit isoliert kalkuliert werden kann.

Wichtig ist jedoch, dass der Deckungsbeitrag nicht alleinig zur wirtschaftlichen Beurteilung eines Versorgungskonzepts herangezogen, sondern in Kombination mit anderen finanziellen Kennzahlen und unter Berücksichtigung der spezifischen Praxisumstände analysiert wird. Empfehlenswert ist dabei der Abgleich von praxisinternen wie auch praxisexternen Kennzahlen (Benchmarks). Auf der Einnahmenseite bietet sich beispielsweise an, das Honorar ins Verhältnis zu den aufgewendeten Behandlungsstunden zu setzen. Fahrzeiten werden in unserer Betrachtung für die aufsuchende Zahnmedizin eingerechnet (Abbildung 3).

Das Beispiel zeigt, dass sowohl die Behandler im normalen Praxisbetrieb als auch die aufsuchende Zahnmedizin oberhalb der praxisexternen Benchmarks agieren. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass Dr. Dent im Rahmen der aufsuchenden Zahnmedizin mehr Behandlungshonorar pro eingesetzter Zeiteinheit als im regulären Praxisbetrieb erwirtschaftet. Er sollte daher die eigene strategische Ausrichtung dahingehend überprüfen, ob eine Ausweitung der aufsuchenden Zahnmedizin wirtschaftlich sinnvoll ist.

Praxistipp: Es empfiehlt sich, in der Praxissoftware einen gesonderten Behandler für die aufsuchende Zahnmedizin zu hinterlegen, um entsprechende Auswertungsmöglichkeiten zu schaffen.

Kooperationen nach § 119b SGB V

Viele Praxen sind freilich aufgrund der Behandlungsräumlichkeiten limitiert: Die vorhandenen Behandlungsplätze sind voll belegt, die Terminbücher entsprechend gefüllt und es besteht keine Möglichkeit zur Erweiterung. Ratsam ist hier, zunächst Einrichtungen für Senioren, Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischem Unterstützungsbedarf zu identifizieren und gezielt auf Behandlungsbedarf

		Ø 2023	Ø 2024	I/25
Benchmark pro h		252 €/h	252 €/h	252 €/h
Dr. Dent (Praxis, 35h/Woche)	Hon. / h	276 €/h	280 €/h	277 €/h
Dr. Zahn (Praxis, 40h/Woche)	Hon. / h	286 €/h	299 €/h	282 €/h
Dr. Dent (Aufsuchend, 5h/Woche)	Hon. / h	232 €/h	298 €/h	325 €/h

Abb. 3: Abgleich Benchmarks

anzusprechen. Der Abschluss eines Kooperationsvertrags nach § 119b SGB V ist dabei auf Dauer sinnvoll, aber zu Beginn keine zwingende Voraussetzung für eine Kooperation.

Um wirtschaftlich vorzugehen, sollte mit den Einrichtungen ein regelmäßiges Besuchsintervall festgelegt werden (beispielsweise ein fester Tag pro Woche), um bei jedem Besuch mehrere Patienten behandeln zu können. Erfahrungsgemäß sollten pro Besuch mehr als zehn Patienten für die Versorgung bereitstehen, damit sich der (Zeit-)Aufwand rechnet. Auf der Route können zwecks Auslastung natürlich auch klassische „Hausbesuche“ eingeplant werden.

Dabei sollten Sie beachten: Eine strukturierte Erweiterung des Leistungsportfolios um die aufsuchende Zahnmedizin bedeutet zusätzlichen organisatorischen und zeitlichen Aufwand. Die Behandlung von Senioren, Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischem Unterstützungsbedarf erfordert zudem besondere Sorgfalt, viel Erfahrung und technische Ausstattung, die in der täglichen Arbeit berücksichtigt werden müssen. Es ist außerdem zwingend notwendig, vor Aufnahme der Tätigkeiten das ausgewählte Praxisteam entsprechend weiterzubilden und Investitionen in die Behandlungsgeräte vorzunehmen.

Praxistipp: Voll ausgelastete Praxen müssen sorgfältig abwägen, ob sie zusätzliche Ressourcen für Senioren und Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf aufbringen können, ohne dass die Qualität und die Effizienz der Versorgung der regulären Patienten leiden.

Für Zahnarztpraxen mit Kapazitäten bietet die aufsuchende Zahnmedizin

eine Möglichkeit, die Auslastung zu steigern. Der Aufbau eines Netzwerks mit lokalen Pflegeeinrichtungen kann den Zugang zu einer konstanten Patientenbasis schaffen. Eine hohe Patiententreue und regelmäßige Behandlungsintervalle- und -bedarfe schaffen dabei Planbarkeit.

Die aufsuchende Zahnmedizin ist sehr skalierbar; zum einen durch eine Ausweitung der betreuten Einrichtungen, zum anderen durch die horizontale Delegation an angestellte, approbierte Behandler. Bei einer höheren Frequenz von Betreuungsterminen steigt der Deckungsbeitrag häufig überproportional, was sich im Praxisergebnis deutlich niederschlagen kann.

Fazit

Die zahnärztliche Betreuung älterer und vulnerabler Menschen ist ohne Zweifel eine zentrale Verantwortung des Berufsstands. Gleichzeitig zeigt sich immer deutlicher: Wer diese Verantwortung strukturiert, konzeptionell und praxisnah umsetzt, kann sie auch wirtschaftlich erfolgreich gestalten. Die Zahnmedizin für Senioren, Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischem Unterstützungsbedarf ist damit nicht nur ethisch geboten, sondern auch eine Chance, die Praxis zukunftssicher aufzustellen. ■

Foto: Prof. Dr. Bischoff & Partner