

Zur Versorgung immobiler Patienten

Stellungnahme des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V. zur zahnmedizinischen Versorgung unter dem Aspekt der demografischen Entwicklung

Mundgesundheit bedeutet mehr als schöne Zähne. Sie ist integrierter Bestandteil einer ganzheitlichen Allgemeingesundheit. Deutlich sprechen, lächeln und kauen zu können sowie Nahrung zu sich zu nehmen und keine Schmerzen zu haben, sind mehr als Zeichen eines guten Mundgesundheitszustandes. Sie beeinflussen den Gesamtgesundheitszustand eines Menschen entscheidend.

Dabei ist das Versorgungskonzept der Zahnmedizin – weg von rein reparativen Behandlungen hin zu präventivem Handeln – vorbildlich. Die Aufrechterhaltung der Kaufunktion bis ins hohe Alter ist nicht nur unter zahnmedizinischen Aspekten wichtig, sie hat einen enormen Benefit für den Gesundheitszustand eines Menschen und sein soziokulturelles Erleben. Die immer älter werdende Bevölkerung und damit auch der quantitative Anstieg älterer Menschen stellt die Zahnmedizin vor neue Herausforderungen. Ein den Lebensphasen adaptiertes Behandlungskonzept ist deshalb notwendig.¹

Wie die Bundeszahnärztekammer begrüßt auch der Verband medizinischer Fachberufe e.V. die zum 1. April 2013 in Kraft getretenen Neuregelungen für eine bessere zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen und eingeschränkter Alltagskompetenz. Wir unterstützen ebenso die Initiative „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ und die weiteren Bemühungen, die Versorgung dieser Patientengruppen generell zu verbessern.

Behandlung ist Teamarbeit

Wir sehen dies allerdings nur als ersten Schritt. Denn die Behandlung der Patient(inn)en ist Teamarbeit. Ohne qualifizierte Unterstützung durch Zahnmedizinische Fachangestellte und spezialisiert fortgebildete Mitarbeiter/innen kann der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin allein das Behandlungsspektrum nicht abdecken.

Laut Statistischem Bundesamt und den Statistiken der Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZBV) wurden allein in den Jahren 2000 bis 2011 in den kammereigenen Fortbildungsinstituten knapp 5.000 Zahnmedizinische Prophylaxeassistent(inn)en (ZMP), 3.500 Zahnmedizinische Fachassistent(inn)en (ZMF) und 500 Dentalhygieniker/innen (DH) ausgebildet. Die Themen Prophylaxe und Alterszahnheilkunde spielen auch auf unseren Kongressen und Fachtagungen eine große Rolle und werden von den Berufsangehörigen stark nachgefragt.

Als spezialisierte Fachkräfte besitzen sie das erforderliche Know-how, um auf besondere Patientengruppen und zahnmedizinische Problemstellungen einzugehen und Zahnarzt(inn)en nicht nur zu assistieren, sondern im Rahmen der Delegation arztentlastend eigenverantwortlich Aufgaben zu übernehmen.

¹ (siehe auch: Thieme - Prävention und Versorgung Wilhelm Kirch Thomas Hoffmann Holger Pfaff – Prävention und Versorgungsforschung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde)

Neue Versorgungskonzepte

Allerdings ist noch mehr notwendig: „Die Behandlung älterer Menschen erfordert neben der gerostomatologischen Ausbildung in Prävention, Diagnostik und Therapie oraler Erkrankungen auch Fähigkeiten in anderen Bereichen. So sollten auch eine seniorengerechte Kommunikation, Patientenmanagement und gute Kenntnisse in den Fächern Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Pflege berücksichtigt werden.“, fordern Kirch, Hoffmann und Hilger.²

Pflegebedürftige Patient(inn)en haben Anspruch auf eine zahnmedizinische Versorgung, die dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entspricht und das nicht nur im Falle der Reparaturleistung bei nicht mehr richtig sitzendem Zahnersatz. Diese Menschen leiden oft an vielfältigen chronischen Erkrankungen. Studien haben jedoch gezeigt, dass stationär versorgte Menschen keine kontinuierliche zahnmedizinische Versorgung erhalten, wobei es zwischen den einzelnen Bundesländern große Unterschiede gibt. Noch problematischer ist die Situation bei Pflege in der häuslichen Gemeinschaft.³

Das lange Vorhandensein eigener Zähne und ein gleichzeitiger Anstieg von Parodontalerkrankungen, die zum Teil lebensbedrohliche Folgeerkrankungen mit sich bringen können, benötigen strukturierte und interdisziplinäre Versorgungskonzepte.

Erfahrungen aus der Prophylaxe

Bereits seit vielen Jahren sind entsprechend qualifizierte Mitarbeiter/innen in den niedergelassenen Zahnarztpraxen unter anderem in der Individualprophylaxe tätig und nehmen auch in der Gruppenprophylaxe, z.B. in Schulen und Kindergärten, entsprechende Aufgaben wahr.

Diese Mitarbeiter/innen können und sollten in entsprechenden Kursen zusätzlich für die Behandlung geriatrischer, multimorbider Patienten weitergebildet werden. Diese Behandlung ist z.B. mit einem höheren Zeitaufwand, einer eingeschränkten Kooperationsfähigkeit und häufiger auftretenden unvorhergesehenen Behandlungssituationen verbunden.

Da es sich um Patient(inn)en mit Multimedikation und erheblichen körperlichen Einschränkungen handelt, benötigt der gesamte Behandlungsprozess eine aufwändige Koordination und ein entsprechendes Management. Dazu gehört neben einer behandlungsangepassten Ausstattung auch die Einbeziehung von Pflege- und Betreuungspersonal sowie Angehörigen.

Sehr gute Konzepte für diese Weiterbildung existieren bereits in Landeszahnärztekammern und von der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW).

Rahmenbedingungen anpassen

Praxisteams stehen vor großen Herausforderungen. Dr. Antje Köster-Schmidt, Referentin für Alterszahnmedizin im Vorstand der Landeszahnärztekammer Hessen, erklärte dazu: „Gerade bei der zahnmedizinischen Behandlung älterer Menschen stellen die vielfältigen Wechselwirkungen, die zwischen unterschiedlichen Krankheitsbildern bestehen, den Zahnarzt vor große diagnostische und therapeutische

² Quelle: Prävention und Versorgung /Kirch, Hoffmann/ Hilger S.797

³ Quellen: Nitschke I, Bär C, Hopfenmüller W, Roggendorf H, Stark H, Sobotta BA, Reiber T; Hilft das zahnmedizinische Bonussystem den stationär Pflegebedürftigen? Z Gerontol Geriat 2011; 44(3):181-186).

Herausforderungen. Die Berücksichtigung der teils sehr komplexen medikamentösen Einstellung eines Patienten ist für eine umfassende Bewertung der Risiken einer zahnmedizinischen Maßnahme oder eines Eingriffs unerlässlich. Dies setzt eine notwendige Verbesserung der Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten voraus.“⁴

Aus dieser Situation heraus fordert der Verband medizinischer Fachberufe e.V. die Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Nicht nur der Bundeseinheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA), auch das Zahnheilkundengesetz selbst (§ 1 Abs. 5 – Delegation) müssen dringend aktualisiert werden. Damit könnten eindeutige Regelungen bezüglich der Delegation von Aufgaben im zahnärztlichen Team geschaffen werden.

Zudem muss die Kompetenz Zahnmedizinischer Prophylaxeassistent(inn)en besser genutzt werden. Diese Fachkräfte könnten den Kontakt zur Hausarztpraxis organisieren und durchaus wichtige Informationen wie Befunde und Medikamentenlisten vor der zahnärztlichen Behandlung zusammenstellen.

Beispiel Medizinische Fachangestellte

Im ärztlichen Bereich ist die entsprechend qualifizierte Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Patient(inn)en nicht mehr wegzudenken. Sie entlastet die Ärzte und Ärztinnen, übernimmt koordinierende Aufgaben, fährt auf Hausbesuche und übernimmt im Rahmen delegierbarer Leistungen bestimmte Tätigkeiten.

Dieses Modell lässt sich für den zahnärztlichen Bereich adaptieren. Dabei behält der Zahnarzt bzw. die Zahnärztin analog zum ärztlichen Versorgungsbereich die diagnostische und therapeutische Hoheit und Endverantwortung. Diese Art der Zusammenarbeit und Aufgabenübertragung bietet viele Vorteile: Der Zahnarzt/ die Zahnärztin kennt die Mitarbeiter/innen und ihre Kompetenzen. Den Patient(inn)en ist das Zahnarztteam bekannt. Abstimmungen können auf direktem Weg erfolgen. Somit treten keine Informationsverluste auf. Auch das direkte Weisungsrecht ist durch das Anstellungsverhältnis klar geregelt.

Dieses Modell sollte aus unserer Sicht für die Versorgung pflegebedürftiger, immobiler und behinderter Menschen präferiert werden.

Bedeutung für die Allgemeingesundheit

Die Versorgung wird immer komplexer und umfangreicher. Die vom Gesetzgeber geschaffenen und noch zu regelnden Rahmenbedingungen und Abrechnungsmöglichkeiten sind ein wichtiger Schritt, um den Problemen gerecht zu werden.

Arzt- und Zahnarztpraxen, die sich diesen Aufgaben stellen, müssen dies kostendeckend durchführen können. Auch ältere und behinderte Menschen müssen es der Politik, den Krankenkassen, unserer Gesellschaft wert sein, eine angemessene zahnärztliche Versorgung zu erhalten.

Immerhin wirkt sich die Mundgesundheit in erheblichem Maße auf die allgemeine Lebensqualität der Menschen aus. So fasste Prof. Stefan Zimmer von der Universität Witten/Herdecke zusammen: „Nach Abschluss unserer Untersuchungen kann man festhalten, dass die Mundgesundheit eines Menschen etwa zehn Prozent der allgemeinen medizinischen Lebensqualität ausmacht.“⁵

⁴ 12.11.2011, Quelle: LÄK Hessen

⁵ <http://idw-online.de/pages/de/institution226>

Forderungen des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen forderte bereits im Gutachten 2007, die Kompetenzen der nicht-ärztlichen Berufsgruppen im Interesse der besseren Patientenversorgung und Arbeitsteilung verstärkt zu nutzen. Dies muss auch für Zahnmedizinische Fachangestellte und fortgebildete Berufsangehörige gelten. Es muss anerkannt werden, dass zahnmedizinische Behandlung Teamarbeit ist. Verantwortliche Politiker, Versicherer und Zahnärzte müssen dringend umdenken und sich am ärztlichen Bereich orientieren. Denn nur so können die zukünftigen Herausforderungen an die Zahnmedizin gemeistert werden.

Aus diesen Überlegungen heraus, stellt der Verband medizinischer Fachberufe e.V. folgende Forderungen für eine optimale zahnmedizinische Versorgung immobiler Patienten:

Schaffung von Rahmenbedingungen, die eine flächendeckende Versorgung ermöglichen.

- Dazu sind für die Praxen betriebswirtschaftlich kalkulierte Punktwerte notwendig, in deren Berechnung nicht nur die zahnärztlichen Leistungen und die Nebenkosten einfließen müssen, sondern auch die Arbeitsleistung der weitergebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten (laut Tarifvertrag, eingruppiert nach Qualifikation).

Einbeziehung Zahnmedizinischer Fachangestellter in den Versorgungsprozess in Pflegeeinrichtungen und in der Häuslichkeit.

- Dabei muss der Grundsatz der Delegation gelten. Auch in der Zahnmedizin sollten Modelle entwickelt werden. Vorbild sind die Medizinischen Fachangestellten, die in die Betreuung chronisch kranker und in der Häuslichkeit zu versorgender Patienten eingebunden sind (Praxisassistent(inn)en, VERAH)
- Prophylaxefachkräfte können z.B. im Auftrag des Zahnarztes professionelle Zahnreinigung bzw. die Reinigung des Zahnersatzes vornehmen, Pflegepersonal und Angehörige in Bereich der Mundhygiene einweisen oder Menschen mit Handicap bzw. eingeschränkter Feinmotorik beim Wiedererlernen einer selbstständigen Mundhygiene (Einweisung in Hilfsmittel) unterstützen.

Entwicklung und Umsetzung bundeseinheitlicher bzw. bundesweit anerkannter gerostomatologischer Weiterbildungscurricula für ZFA

- Diese beziehen sich auf Prävention, Diagnostik und Therapie oraler Erkrankungen.
- Sie beinhalten auch ein Training in der Assistenz bei der Behandlung polymorbider Patienten und Menschen mit Handicap.

Dortmund, 28. Mai 2013

Sabine Ridder,
Petra Müllerstedt

i. A. des Bundesvorstandes
des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.