

Elmar Ludwig

Praxiskonzepte zur Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf

Für die zahnärztliche Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf gibt es nicht den einen richtigen Weg. Vielmehr wird sich in Deutschland nach und nach ein buntes Mosaik geeigneter Versorgungskonzepte entwickeln. Heute schon haben einzelne Kolleginnen und Kollegen ihre Arbeit auf regionale Herausforderungen z. B. in Ballungszentren bzw. im ländlichen Raum oder auch auf spezielle Patientengruppen wie z. B. Menschen mit Behinderung oder demenziell erkrankte Menschen abgestimmt. Dieser Artikel stellt unterschiedliche Konzepte gegenüber und will so Mut machen, auch mit der eigenen Praxis den ersten Schritt zu wagen bzw. das eigene Konzept weiterzuentwickeln.

Die Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit – alle Kolleginnen und Kollegen waren mit ihren Konzepten in den letzten Jahren in Fachzeitschriften, auf Kongressen oder einfach durch persönliche Kontakte aufgefallen. Ein zuvor zugesandter Fragebogen wurde im Rahmen eines Besuches vor Ort zusammen abgearbeitet. Nach Auswertung des Fragebogens hatten alle Teilnehmer nochmals die Gelegenheit, ihre Angaben zu prüfen bzw. im Vergleich zu ergänzen. Alle hier vorgestellten Kolleginnen und Kollegen stehen ausdrücklich und gerne für Rückfragen zur Verfügung.



Abb. 1 Eine Praxis für alle: Ein schwellenloser Zugang mit elektrischem Türöffner, eine Garderobe und Rezeption auf »Augenhöhe« und eine großzügig dimensionierte Toilette mit Transfergriffen und Notknopf (► 3).

Beweggründe für AuB-Behandlung

Die zunehmende Einschränkung der Mobilität sowie die auffällige Zunahme der Morbidität der eigenen Patienten war einer der Hauptgründe, das Praxis-konzept entsprechend anzupassen. Im Gespräch mit Angehörigen fielen immer wieder Sätze wie z. B.: „Man müsste wohl etwas machen, aber mein Vater/meine Mutter kann ja nicht mehr kommen.“

Zum Teil entwickelten die Teilnehmer den Gedanken der zugehenden Betreuung aus dem Leitbild ihrer Praxis heraus, wie z. B.: „Alle Generationen sollen gut versorgt sein“ (► 8) oder „Hier bin ich Mensch, hier darf ich es sein“ (► 5). Elsässer und Ramm wollten mit ihren Schwerpunkten der Behindertenbehandlung (► 3) bzw. der Demenzsprechstunde (► 8) ganz bewusst neue Wege gehen und diese Themen speziell weiterentwickeln.



Abb. 2 Ob außerhalb oder in der Praxis: Bewegungsfreiheit und vielseitige Zugangsmöglichkeiten sind in der Behandlung von Menschen mit Unterstützungsbedarf wichtig. Der Behandlungsstuhl ist idealerweise rollbar, um auch direkt z. B. im Rollstuhl oder auf einer Liege ohne Transfer behandeln zu können. Statt OP-Leuchte an der Decke ist auch eine Kopfleuchte mit/ ohne Lupe möglich. (► 2 links, ► 5 rechts).

Während die einen ihren Praxistandort ganz bewusst in der Nähe von Pflegeeinrichtungen mit zahnärztlicher Unterversorgung neu gewählt haben (► 2,3) oder mit ihrer Praxis umgezogen sind, um z. B. im Erdgeschoss mehr Barrierefreiheit zu erreichen (► 8), sind die anderen in ihrer Praxis geblieben, auch wenn diese nicht barrierefrei ist.

Ausstattung

Die verschiedenen Konzepte sind auch durch spezielle Ausstattungsmerkmale gekennzeichnet. Die nachfolgende Aufzählung orientiert sich einerseits an baulich-räumlichen Anpassungsmaßnahmen in der Praxis und andererseits an der Ausrüstung für die zugehende Betreuung. Ideen und Tipps für Hilfsmittel in der Behandlung runden die Ausstattung ab. Es gilt zu beachten, dass für die Behandlung in der Häuslichkeit bzw. in der Pflegeeinrichtung in Bezug auf die Hygiene die gleichen Anforderungen bestehen wie in der Praxis.

Auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (www.lzkbw.de) sind unter der Rubrik „Zahnärzte – Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung“ weitere wichtige Hinweise bzw. Erläuterungen zu

den nachfolgend aufgezählten Merkmalen hinterlegt.

Praxis – Ideen für baulich-räumliche Ausstattung

- speziell gekennzeichnete Behindertenparkplatz
- Parkmöglichkeit direkt vor dem Eingang zum Ein- & Aussteigen
- fester bzw. erschütterungsfreier Weg zur Praxis
- mobile Rampen-Systeme, z. B. Fa. Altec; besser noch feste Rampen
- Treppenlifter bzw. mobile Treppensteiger, z. B. Scalamobil, Fa. Ulrich Alber
- Praxis im Erdgeschoss bzw. behindertengerechter Aufzug
- ein schwellenloser Zugang (Schwellenhöhe max. 2 cm)
- elektrische Türöffner
- rollstuhlgerechte Garderobe
- teilweise abgesenkte Rezeption zur Kommunikation auf Augenhöhe
- stabile Wartezimmerstühle (keine Freischwinger) mit Armlehnen
- breite Gänge mit Handläufen
- rutschfeste Böden
- gute Kontraste und gute Ausleuchtung
- geräumige bzw. rollstuhlgerechte Toilette mit Notknopf

- Gerätehalter für Gehhilfen an Rezeption, Toilette und Behandlung
- Rollstuhl für Transfer innerhalb der Praxis
- Behandlungszimmer mit fahrbaren Carts, evtl. mit wegfahrbarer Behandlungseinheit
- fahrbares Kleinröntgen
- mobile Behandlungseinheiten auch in der Praxis im Einsatz
- bei Narkosebehandlung spezielle Absaugung für Narkosegase und Aufwachraum

Zugehende Betreuung – Räumlichkeiten

- Behandlung im Rollstuhl oder im Bett
- Behandlungsraum in der Pflegeeinrichtung in Miete (► 2,3,7)
- Behandlung bzw. OP-Möglichkeit in ambulantem OP-Zentrum
- Behandlung bzw. OP-Möglichkeit in einem Krankenhaus (► 1,5) – als Zweigpraxis (► 5)

Zugehende Betreuung – Ausstattung

- mobiles Lesegerät
- Fotoapparat
- Taschenlampe bzw. Kopfleuchte mit/ohne Lupenbrille
- Ersatzakkus
- Klemmbrett für Karteikarten
- Fahrzeuge speziell für zugehende Betreuung ausgerüstet (► 4,7)
- mobiles Behandlungscartsystem für den Einsatz im Pflegeheim (► 7)
- mobile Einheiten, z. B. DTS Solus mobil (► 4), Transcare max (► 1,2), Transport II (► 5,8)
- mobile Einheiten auch in der Praxis im Einsatz (► 1,8)
- Koffersysteme für Instrumente & Verbrauchsmaterial, z. B. T-Loc Systainer®
- Dental Container bzw. Sterilgutcontainer verschließbar für Instrumente
- Hygieneplan speziell für zugehende Betreuung (► 4,6)

- mobiles Röntgen, z. B. X-Port II, Fa. Genoray & selbstentwickelnde Filme, z. B. Fa. Dentalfilm (► 5)
- mobiles Röntgen auf Cart für flexible Nutzung innerhalb der Praxis (► 3)
- mobiler Mikromotor, z. B. Bravo portable II, Fa. Hager & Werken
- Einmal-Untersuchungsbesteck von z. B. Exam Kit, Fa. Hygitech
- Abformmaterial dosiert abgepackt, z. B. alginate single dose, Fa. Zhermack
- spezialisiertes Dokumentations-system (► 7)
- EDV mobil mit Möglichkeit der Leistungseingabe sowie Röntgenbildzugriff online (► 5)

Behandlung – Hilfsmittel

- Transfergürtel
- Lagerungshilfen, z. B. Kissen...
- Tast-Fühl-Tiere
- erleichtertes Ausspülen, z. B. durch Cattani-Speitrichter, Fa. kleinDENTAL

Fortbildung

Die Alterszahnmedizin nimmt inzwischen in ganz Deutschland im Rahmen der zahnärztlichen Fortbildung mehr und mehr Raum ein. Alle besuchten Kolleginnen und Kollegen haben ihre zahnärztlichen Kompetenzen durch Fortbildungsangebote der zahnärztlichen Körperschaften – meist der Länderkammern (► 2, 3, 5, 7, 9) bzw. der Akademie für Praxis und Wissenschaft (APW) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und hier im besonderen der Gesellschaft für AlterszahnMedizin (DGAZ) – erweitert (► 1, 4, 5, 6, 8). Einige Kollegen haben darüber hinaus auch die Spezialistenprüfung der DGAZ abgelegt (► 1, 4, 6, 8).

Die Unterweisung der Mitarbeiterinnen erfolgte ausschließlich in Eigenregie in der Praxis. Inzwischen gibt es auch hier Angebote der Länderkammern bzw. bei der APW.



Abb. 3

Sind bei strukturierter zugehender Betreuung auch aufwendige Behandlungsmaßnahmen Alltag, so kann ein geeignetes Fahrzeug bzw. ein geeigneter Innenausbau zur Aufbewahrung sowie dem sicheren Transport der notwendigen Ausrüstungsgegenstände sinnvoll sein.

Baden-Württemberg bietet seine Curricula am Zahnmedizinischen Fortbildungszentrum in Stuttgart und an der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung in Karlsruhe als Teamkurse für Zahnärztinnen/Zahnärzte und Mitarbeiterinnen an.

Da in der Altenpflegeausbildung die Lerninhalte für die Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege nicht zeitgemäß sind, führen alle Teilnehmer auf Wunsch für Pflegekräfte in den Einrichtungen oder auch in Pflegeschulen bzw. für pflegende Angehörige – meist gegen Honorar – Seminare in Theorie und Praxis durch.

Patientenmanagement

Grundsätzlich haben alle Praxen spezielle Formblätter für die Kommunikation, angefangen bei Infoflyern und Anamnesebögen mit spezifischen Biografiefragen (► 8) bzw. Fragen zur Kooperationsfähigkeit (► 3), Über-

leitungsbögen für akut eingetretene Behandlungsnotwendigkeit bis hin zu Einverständniserklärungen mit Kostenaufklärung sowohl für Präventionsmaßnahmen als auch für standardisierte Behandlungsmaßnahmen. Mundpflegepläne wie z. B. die Pflegeampel (► 9) erlauben eine einheitliche und übersichtliche Festlegung notwendiger individueller Mundpflegemaßnahmen.

Bei langfristigen Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen sind Ordner zur Dokumentation der Korrespondenz sowie der entwickelten QM-Maßnahmen sehr zu empfehlen (► 1, 2, 7).

Das Behandlungsangebot ist meist auf der Praxis-Homepage verständlich dargestellt, und mitunter kann der Anamnesebogen hier schon als Formular ausgefüllt werden (► 5). Spezielle Telefon-Aufklärungszeiten für gesetzliche Betreuer bzw. Bevollmächtigte über ein gesondertes Handy mit Prepaid-Karte haben sich im Praxisalltag



Abb. 4 Clever: Bei immobilen Bewohnern fährt ZA Hünnebeck seine Behandlungscarts samt Ausrüstung auf einer Sonderkonstruktion von seinem Behandlungsraum in der Einrichtung ins Bewohnerzimmer (► 7). ZA Bleileven setzt seine mobile Behandlungseinheit auch in der Praxis ein – das bringt Routine im Umgang, spart Platz und ist kostengünstig (► 1,8).

für eine effiziente Kommunikation bewährt (► 3).

Ein Praxis-Fahrzeug als Patientenshuttle kann hilfreich sein, allerdings sind die Bestimmungen zur Personenbeförderung zu beachten, und es sollte in jedem einzelnen Fall Rücksprache mit dem Hausarzt erfolgen, ob ein solcher Transport aus medizinischer Sicht unproblematisch ist.

Im Einzelfall kann es sinnvoll sein, am Tag der geplanten Behandlung zuvor schon einmal zur Orientierung und Gewöhnung die Praxis in Begleitung zu besuchen (► 3). Der schrittweise Einsatz von Luftbläser, Spiegel, Sonde und schließlich ZEG erlaubt eine Einschätzung der Kooperationsfähigkeit des betroffenen Patienten (► 3).

Bei demenziell erkrankten Menschen kann Musik zwar ein Schlüssel sein, um einen Zugang zu bekommen – bei gezielter Behandlungsabsicht sollten Hintergrundgeräusche aber vermieden werden (► 8). Neben den allgemein bekannten Konzepten der Validation ist das MarteMeo®-Konzept in der zahnärztlichen Behandlung besonders zu empfehlen (► 6,8).

Für die Arbeit in Pflegeeinrichtungen werden in der Regel Patientenfälle über mehrere Tage gesammelt. Dringende Anforderungen werden natürlich unverzüglich befolgt. Meist sind im Praxisalltag gesonderte Zeitkorridore für die zugehende Betreuung eingerichtet. „Dienstag ist Fahrttag“ (► 4). „Freitag ab 10.00 Uhr ist mobile Behandlung einge-

plant.“ (► 6), „Jeden Tag von 11.00 Uhr bis zur Mittagspause bestellen wir keinen Patienten mehr ein – dann sind wir flexibel und können auch sehr zeitnah reagieren.“ (► 8), „Feste Zeiten bei Bedarf“ (► 1,4,7), „Behindertensprechstunde“ & „Narkosetag“ (► 3). Für die zugehende Betreuung werden neben dem Grundbesteck abhängig vom jeweiligen Behandlungsfall die dafür notwendigen Instrumente zusätzlich in die patientenbezogenen Container eingepackt (► 1,5,7,8). Eine zusätzliche Mitarbeiterin kann in der Einrichtung zeitgleich zur Behandlung bei anderen Bewohnern professionelle Zahnreinigungen bzw. Prothesenreinigungen durchführen (► 1,7). Risikobehandlungen in der Praxis oder gar in der Einrichtung bzw. Häuslichkeit sollten sehr sorgfältig und kritisch abgewogen werden und nach Möglichkeit nur mit einem gut eingespielten Team, dem notwendigen ärztlichen Beistand und einem gut eingeübten Notfallplan durchgeführt werden. Narkosebehandlungen bzw. Behandlungen unter Sedierung sollten nach Möglichkeit in Kooperation mit einer geeigneten Einrichtung, ggf. einer Klinik mit der Option der stationären Überwachung, erfolgen.

Finanzierungskonzepte

Im ländlichen Bereich ist die Anschubförderung der Europäischen Union mit LEADER („Liaison entre actions de développement de l'économie

rurale“ – „Verbindung von Aktionen zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft“) eine prüfungswürdige Option, vor allem vor dem Hintergrund, dass in der kommenden Förderperiode ab 2013 LEADER noch breiter aufgestellt werden soll. Ansprechpartner finden sich unter den Stichworten LEADER und ILE (Integrierte ländliche Entwicklung) (► 4). Zudem gibt es in den Landkreisen oder Städten Wirtschaftsförderprogramme zur Entwicklung von Unternehmen, die in der Regel als Gegenleistung z. B. Dauerarbeitsplätze fordern (► 6). Anfragen bei der KfW (Kreditanstalt für Wiederaufbau) wie auch gezielte Spendenaufrufe (► 3) können als Mittel zur Finanzierung ebenso in Betracht gezogen werden.

Bei Planung der Praxis in einer Pflegeeinrichtung sollten als Gegenleistung zur Sicherstellung der Versorgung spezielle Mietkonditionen mit dem Träger ausgehandelt werden (► 2,3,5,7).

Vortragstätigkeit in Einrichtungen, bei Trägern der Pflege oder an Pflegeschulen und Veröffentlichungen in Fachzeitschriften sind weitere Möglichkeiten, Einkommen für die Praxis zu generieren.

In jedem Fall sollte mit dem Steuerberater die betriebswirtschaftliche Einordnung der jeweiligen Finanzierungsbausteine geklärt werden.

Versicherung

Bei der Tätigkeit außerhalb der Praxis können im Notfall keine mildernden Umstände geltend gemacht werden. Wer ein Konzept der verstärkten zahnärztlichen Betreuung und Behandlung von Menschen mit Unterstützungsbedarf anstrebt, sollte – vor allem bei invasiven Eingriffen in der Häuslichkeit oder gar bei Tätigkeit in einem ambulanten OP-Zentrum – die Berufshaftpflichtversicherung darüber in Kenntnis setzen. So hat z. B. Dr. Elsässer (► 3) in seinem Berufshaftpflicht-

vertrag ausdrücklich die Behandlung von Menschen mit Behinderung auch in Narkose in seiner Praxis eintragen lassen. Dr. Finger erhielt auf explizite Nachfrage bei ihrer Versicherung die Antwort, dass ihre Hausbesuchstätigkeit mit ihrer bisherigen Haftpflichtpolice abgedeckt sei (► 4). ZA Hünnebeck hat seine Versicherung über die Behandlung pflegebedürftiger Menschen im ausgelagerten Praxisraum in einer Pflegeeinrichtung ebenfalls schriftlich informiert (► 7), und auch ZÄ Ramm hat die Behandlung demenziell erkrankter Menschen ihrer Versicherung angezeigt (► 8).

Zudem sollte in den Arbeitsverträgen der Angestellten, die an der zahnärztlichen Betreuung außerhalb der Praxis beteiligt sind, ausdrücklich die Häuslichkeit bzw. Pflegeeinrichtungen als Arbeitsort mit erwähnt werden (siehe §3, Absatz 3 der Muster-Arbeitsverträge unter www.lzkbw.de - Praxishandbuch).

Aufwand-Nutzen-Analyse

Neben der Sicherung des Patientenstamms wird die überwiegende explizite Wertschätzung und Dankbarkeit als positiver Aspekt für das Selbstverständnis und die Selbstmotivation in der täglichen Arbeit mit unterstützungsbedürftigen Menschen betont. Selbst Mitarbeiterinnen berichten von direkter positiver Ansprache außerhalb der Praxis. Angehörige und Pflegekräfte nehmen teilweise weite Fahrtstrecken auf sich, um auch als Patient in die Praxis kommen zu dürfen.

Hausbesuche sind eine Abwechslung im Praxisalltag. ZA Bleileven, ZÄ Ramm und ZA Wenz haben sich entschieden, im Bereich der Alterszahnmedizin zu promovieren und leisten mit ihrer langjährigen praktischen Erfahrung sehr wertvolle Beiträge für die Wissenschaft. Die interdisziplinäre Kooperation erweitert nicht nur den eigenen Horizont, sondern auch die

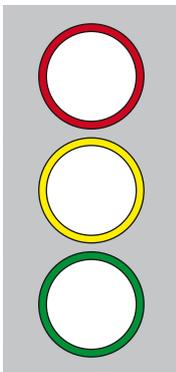
Name Bewohner/Bewohnerin		Kontaktdaten Zahnarzt/Zahnärztin	
	Mund-, Zähne-, Zahnersatz reinigen ...	Prothese Oberkiefer	
	... allein durch das Pflegepersonal	Prothese Unterkiefer	
	... mit Unterstützung	Prothese über Nacht im Mund	
	... selbstständig	Bemerkungen	
		Letzte Aktualisierung/Bonusheft	
© LZK BW			

Abb. 5 Die Pflegeampel – entwickelt von ZA Wenz (► 9) – für eine übersichtliche und allgemeinverständliche Festlegung des Mundhygieneplans bei Unterstützungsbedarf wird an geeigneter Stelle ausgehängt und hat sich im Praxis- und Pflegealltag über viele Jahre bereits gut bewährt. Die Pflegeampel wird gerade im Rahmen einer Studie evaluiert und danach auf der Homepage der Landesazahnärztekammer Baden- Württemberg unter »Flyer und Formulare« zum Download eingestellt.

medizinischen Fachkollegen zeigen sich dankbar für die Hinweise auf die Bedeutung der Mundgesundheit für die allgemeine Gesundheit.

Eine etablierte Struktur für Menschen mit Unterstützungsbedarf erlaubt es, Praxisabläufe effizienter zu gestalten. Kontrolluntersuchungen und kleinere Arbeiten vor Ort sind betriebswirtschaftlich nicht uninteressant, aber in einer Einzelpraxis auch unter Berücksichtigung der aktuellen Abrechnungsmöglichkeiten trotzdem eine Herausforderung. Umfangreiche invasive Behandlungen außerhalb der Praxis sind in den meisten Fällen betriebswirtschaftlich derzeit hoch defizitär, vor allem aber aufgrund der kompromittierten Gesundheit und Kooperationsfähigkeit der betroffenen Patienten in kompromittierter Umgebung (keine oder schlechte Absaugung, in der Regel kein Röntgen,...) sehr oft nicht sicher verantwortbar durchzuführen. Daher muss konsequent vorausschauend auf professionelle, kostenpflichtige präventive Maßnahmen in engeren Zeitabständen hingewiesen

werden – nicht alle Patienten haben dazu die finanziellen Möglichkeiten.

Epikrise

Keiner der besuchten Kolleginnen und Kollegen hat die Entscheidung bereut, das eigene Praxiskonzept dem demographischen Wandel anzupassen. Die Herausforderungen im Umgang von Menschen mit Unterstützungsbedarf sind in der Fortbildungslandschaft insgesamt weiter zu entwickeln. Bereits im Studium sollten Berührungspunkte abgebaut werden durch spezifische theoretische und praktische Veranstaltungen wie z. B. Vorlesungen, Seminare, Pflegepraktika, Besuch von Pflegeeinrichtungen ggf. mit Reihenuntersuchungen. Die Versorgungslandschaft wird auch in Zukunft durch eine Vielzahl verschiedener Bausteine gekennzeichnet sein. Barrierefreie Praxiskonzepte mit flexiblen und intelligenten Transportmöglichkeiten, mobile Versorgungsstrukturen bis hin zu Zahnmobilen sowie der Ausbau effizienter sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen mit angemessener



FRAGEBOGEN – ASPEKTE

- Beweggründe für AuB-Behandlung
- Ausstattung
- Fortbildung
- Patientenmanagement
- Finanzierungskonzepte
- Versicherung
- Aufwand-Nutzen-Analyse
- Epikrise

aufwandsorientierter Honorierung werden sich in der Zukunft dabei weiter entwickeln müssen.

Die zahnärztliche Praxisverwaltungssoftware sollte auf den Bedarf in Bezug auf Behandlungen von Menschen mit Unterstützungsbedarf innerhalb und außerhalb der Praxis angepasst werden, z. B.

- spezielle Anamnesemerkmale wie z. B. gesetzliche Betreuer: sonstige Ansprechpartner, Mobilität, Kooperationsfähigkeit,
- Organisationsblätter für Reihenuntersuchungen oder Akutbehandlungen,
- Einverständniserklärungen für Behandlungsmaßnahmen,
- Datenbank für zahnärztlich relevante Informationen zu Medikamenten,
- Schnittstellen für Datenzugriff außerhalb der Praxis.

In der Abrechnung müssen die Weggeldpauschalen weiter angehoben werden. Individuelle Zuschläge (wie im AuB-Konzept der Zahnärzteschaft vorgeschlagen) müssen die pauschalen Zuschläge der Besuchsgebühren aus dem Versorgungsstrukturgesetz flankieren, um den Aufwand der Behandlung außerhalb der Praxis zusätzlich leistungsbezogen zu würdigen. Die Richtlinien für Parodontalbehandlungen müssen die eingeschränkte Kooperationsfähigkeit und eingeschränkte Selbststeuerung der Mundhygiene insofern berücksichtigen, dass auch eine Pflegekraft oder pflegende Angehörige instruiert und motiviert werden können. In erster Linie aber müssen die Präventionsleistungen – egal ob innerhalb oder außerhalb der Praxis durchgeführt – abhängig vom Grad der notwendigen Unterstützung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen werden, um mittelfristig aufwendige und damit risikoreiche Behandlungen von vornherein zu vermeiden.

▶ 1



Bleileven, Wolfgang, ZA – Bad Laer (Niedersachsen)

- Land
 - Einzelpraxis barrierefrei
 - zugehende Betreuung mit mobiler Behandlungseinheit
 - Vertrag mit Krankenhaus im Fall von Narkosebehandlung
- Kontakt:** za_bleileven@yahoo.de

▶ 2



Drechsel, Alexander, ZA – Schriesheim (Baden-Württemberg)

- Stadt & Land
 - Einzelpraxis nicht barrierefrei
 - zugehende Betreuung mit mobiler Behandlungseinheit
 - Behandlungsraum in Einrichtung
- Kontakt:** ZADrechsel@aol.com

▶ 3



Elsaesser, Guido, Dr. – Kernen (Baden-Württemberg)

- Stadt & Land
 - Praxis voll barrierefrei, 1 angestellte ZÄ
 - OP-Tage in Praxis mit Anästhesie
 - Praxis in Gesundheitszentrum der Pflegeeinrichtung
 - zugehende Betreuung i.d.R. ohne mobile Behandlungseinheit
 - Schulung Pflegepersonal strukturiert
 - Schwerpunkt Behindertenbehandlung
- Kontakt:** praxis@dr-guido-elsaesser.de

▶ 4



Finger, Kerstin, Dr. – Templin (Brandenburg)

- Land
 - Einzelpraxis nicht barrierefrei
 - zugehende Betreuung mit mobiler Behandlungseinheit
 - Fahrzeug für Ausrüstung speziell ausgebaut
- Kontakt:** zahnath@gmx.de

▶ 5



Göbel, Volkmar, Dr. – Gössenheim (Bayern)

- Land
 - Praxis nicht barrierefrei, 2 angestellte ZÄ
 - zugehende Betreuung mit mobiler Behandlungseinheit
 - zusätzlich barrierefreie Zweigpraxis mit OP-Möglichkeit in Klinik mit Geriatrie
 - mobiles Röntgen
- Kontakt:** praxis@zahnarzt-goebel.de

▶ 6



Hoppe, Clemens, ZA – Bad Harzburg (Niedersachsen)

- Stadt mit sehr hohem Durchschnittsalter
 - Einzelpraxis nicht barrierefrei
 - zugehende Betreuung ohne mobile Behandlungseinheit
- Kontakt:** clemens_hoppe@t-online.de

Schlussfolgerungen & Ausblick

Nach dem Zahnheilkundegesetz ist die zahnärztliche Tätigkeit dem „Gemeinwohl verpflichtet“. Ziel war es, die vielen guten Ideen, die es schon gibt, zusammenzufassen und die jeweiligen Strukturen herauszuarbeiten. Allen Konzepten ist gemein, dass sie von Menschen mit einer hohen sozialen Kompetenz entwickelt wurden. Vor allem aber sind es Menschen, die als freiberuflich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte ihre ärztliche und unternehmerische Verantwortung wahrnehmen, indem sie auf die demographischen Veränderungen in ihrer Region reagieren und so ihre Praxis auf die Zukunft vorbereiten.

Wir haben in Deutschland bundesweit große Schwierigkeiten, Menschen mit Unterstützungsbedarf sektorenübergreifend medizinisch gut und kostendeckend zu versorgen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflegeneuaustrichtungsgesetz werden wir jetzt mehr und mehr in Pflegeeinrichtungen und in die Häuslichkeit gehen. Einfache Behandlungen können wir vielleicht vor Ort oder in der Praxis durchführen. Selbst mit Augenmaß und Zurückhaltung werden aber auch aufwendige chirurgische Sanierungen unter stationären Bedingungen notwendig sein.

Noch wichtiger aber ist es, die Kompetenz der Pflegekräfte hinsichtlich einer zeitgemäßen Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege zu stärken. Erst dann wird die zahnärztliche Arbeit von nachhaltigem Erfolg geprägt sein. Deshalb wurde in Baden-Württemberg seit 2007 in Kooperation mit privaten Pflegeschulen ein „schlüsselfertiges“ Konzept für die Altenpflegeaus- und Fortbildung entwickelt und bereits evaluiert. Dieses Konzept erhielt im Jahr 2012 den Wrigley-Prophylaxepreis und wurde in der Zwischenzeit weiter überarbeitet.

▶ 7



Hünnebeck, Peter, ZA – Wiesbaden (Hessen)

- Stadt
- Einzelpraxis nicht barrierefrei
- zugehende Betreuung
- Behandlungsraum in Einrichtung
- fahrbare Behandlungscarts in der Einrichtung
- Fahrzeug für Ausrüstung speziell ausgebaut

Kontakt: huennebeck@wiesbadent.de

▶ 8



Ramm, Claudia, ZÄ, (rechts), Kropf-Nimtz, Maren (links) – Kiel (Schleswig-Holstein)

- Stadt
- Einzelpraxis bedingt barrierefrei
- zugehende Betreuung mit mobiler Behandlungseinheit
- Behandlung in Sedierung in der Praxis
- Schwerpunkt Demenzsprechstunde

Kontakt: cl_ramm@yahoo.de

▶ 9



Wenz, Torben, ZA – Pforzheim (Baden-Württemberg)

- Stadt
- Einzelpraxis barrierefrei (Erdgeschoss)
- Praxis in direkter Nachbarschaft zur Pflegeeinrichtung
- zugehende Betreuung ohne mobile Behandlungseinheit

Kontakt: info@zahnarzt-wenz.de

Der Gesetzgeber hat in der zahnärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen neue Möglichkeiten geschaffen. Trotzdem muss die zentrale Forderung weiterhin die Einführung zusätzlicher präventiver Maßnahmen für alle erwachsenen Menschen sein, die ihre Zähne nicht selbständig pflegen können – unabhängig davon, ob diese Menschen in die Praxis kommen können oder aufgesucht werden müssen. Verbesserung der Pflegekompetenz und zusätzliche präventive zahnärztliche Betreuung – erst diese beiden

Maßnahmen werden die Mundgesundheit der betroffenen Menschen nachhaltig verbessern. Ein Erfolgskonzept, das wir aus der Jugendzahnpflege schon kennen!

SZM

Der Autor dankt allen Kolleginnen und Kollegen, die er im Rahmen dieses Projektes besuchen durfte, von ganzem Herzen für ihre außerordentliche Gastfreundschaft und für die sehr guten aufschlussreichen Einblicke, Ideen, Gedanken und Gespräche.

Autor

Dr. Elmar Ludwig

DGAZ-Landesbeauftragter für Baden-Württemberg
Neue Straße 115
89073 Ulm
elmar_ludwig@t-online.de

