

Wolf Rommel, Stephan Held

## Medizinassistentz/Physician Assistance – ein neuer Beruf kann zur Förderung der Zahngesundheit bei geriatrischen Patienten beitragen

**Bei geriatrischen Patienten stellt die Mangelernährung das kritische Zusammentreffen multipler negativer Faktoren dar. Insbesondere die Mundgesundheit wird durch die etablierten Gesundheitsberufe in der Geriatrie und Altenpflege oft nachrangig beachtet. Im Rahmen der Prävention fehlt bisher eine spezialisierte Berufsgruppe, die zwischen Pflege, Human- und Zahnmedizinern qualifiziert Schnittstellen ausfüllt und die beteiligten Fachberufe entlastet. Mit dem international etablierten Beruf der Medizinassistenten/Physician Assistants setzt sich in Deutschland zunehmend ein auf Bachelorniveau akademisierter Beruf durch, der diese Voraussetzungen erfüllt. In diesem Zusammenhang ergibt sich ein entsprechender Bedarf an interdisziplinärer Versorgungsforschung.**

### Ursachen der Malnutrition

Mehrere Untersuchungen belegen die schlechte Zahn- und Mundgesundheit pflegebedürftiger Menschen in Deutschland.<sup>4,9,10</sup> Es gibt zahlreiche Gründe, die bei Bewohnern einer Pflegeeinrichtung zu einer Mangelernährung führen können. Nicht selten stellt sich irgendwann dem behandelnden Hausarzt und den Angehörigen die kontroverse Frage einer Intervention durch das Legen einer PEG-Sonde. Doch gerade die Prävention einer vermeidbaren Malnutrition sollte Schwerpunkt der vorbeugenden Behandlung sein.

Häufig ist eine Mangelernährung die gemeinsame Endstrecke einer Vielzahl von einzelnen Faktoren, die zusammen dazu beitragen, dass sich der Ernährungszustand stetig verschlechtert. Neben zahlreichen internistischen Erkrankungen, die durch regelmäßige Visiten des Hausarztes überwacht werden, spielen soziale und psychische Faktoren sowie die allgemeine körperliche Verfassung eine Rolle für eine ausreichende Ernährung (Tab. 1).

### Stellenwert der Zahngesundheit für die Malnutrition

Viel zu wenig Beachtung in diesem multifaktoriellen Geschehen der Malnutrition findet der Zustand der

oralen Gesundheit und hier insbesondere der Zahngesundheit. Nicht zuletzt durch strukturierte Prophylaxeprogramme konnte die Zahn- und Mundgesundheit der Bevölkerung in den letzten 20 Jahren insgesamt verbessert werden. Allerdings zeigt sich, dass dies auf pflegebedürftige Senioren nur unzureichend zutrifft und dieser Personenkreis in nicht annähernd demselben Umfang von der allgemeinen Entwicklung zu einer besseren Zahngesundheit profitiert.<sup>3</sup> Auch die Einführung des zahnmedizinischen Bonussystems in der GKV konnte die Zahngesundheit pflegebedürftiger nicht verbessern.<sup>7</sup>

Schon 2011 konnten Nitschke und Kaschke in einer Zusammenfassung vieler nationaler und internationaler zahnmedizinischer Studien zeigen, dass die Zahngesundheit bei stationär Pflegebedürftigen schlechter ist als bei zu Hause lebenden Senioren. Aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität und ihrer teilweise herabgesetzten kognitiven Leistungsfähigkeit zeigt sich im stationären Bereich häufiger eine schlechte Mundhygiene und damit verbunden im Vergleich eine höhere Kariesrate. Die Anzahl der überhaupt noch vorhandenen Zähne war ebenfalls bei zu Hause lebenden Senioren höher.<sup>8</sup>

Die Bedeutung der Zahngesundheit, auch in Bezug auf Mangelernährung, ist in der Geriatrie unumstritten: Es fehlt jedoch in der Praxis an sachkun-

Tab. 1 Ursachen und Risikofaktoren der Unterernährung aus Kolb/Leischker (Thomas 1999).<sup>5</sup>

<b>Soziale Faktoren</b>	<p>Armut, Hilfe bei Mahlzeiten, Einkauf, fehlende Sozialisierung</p> <p>Mechanische und esskulturelle Hindernisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlechte Zahn- und Mundhygiene, schlechter Zahnstatus, Sehkraft, motorische Koordination, Veränderungen des Geschmackssinnes, z. B. bei rheumatoider Arthritis oder Morbus Parkinson;</li> <li>• Langsamer Essrhythmus, der dazu führt, dass das Essen unappetitlich wird oder dass das Pflegepersonal den Teller wegräumt, bevor der Heimpensionär die Mahlzeit beendet hat;</li> <li>• Missachtung ethnisch bedingter Nahrungsvorlieben und fehlender Zugang zu kulturell akzeptablen Speisen;</li> <li>• Therapeutische oder mechanische veränderte Nahrung (andicken/pürieren).</li> </ul>
<b>Medizinische Zustände</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• obstruierende Krebserkrankungen</li> <li>• Infektionen (akut oder chronisch)</li> <li>• Hyperthyreoidismus und Hyperparathyreoidismus</li> <li>• Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung</li> <li>• Stauungsherzinsuffizienz</li> <li>• Malabsorptionssyndrome</li> <li>• Diabetische Gastroparese</li> <li>• Erhöhter Nährstoff-/Kalorien-Bedarf im Zusammenhang mit Druckgeschwüren und Wundheilung</li> <li>• Schwere Immundefekte</li> </ul>
<b>Psychiatrische Zustände</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression</li> <li>• Demenz</li> <li>• Altersparanoia</li> <li>• Anorexia nervosa</li> </ul>

suchungen an 1.240 Altenheim- und Pflegeheimbewohnern in 74% aller Fälle Zahnschäden und/oder gingivale Inflammationen. 38% der geriatrischen Patienten wiesen Weichgewebeläsionen auf und bei 2,7% der Heimbewohner ließen sich Präkanzerösen oder kanzeröse Läsionen feststellen. Ein Drittel der herausnehmbaren Prothesen war schlecht sitzend bzw. von mangelnder Qualität.<sup>11</sup> Gleichzeitig veranlassen allenfalls akute Probleme wie Zahnschmerzen, floride Entzündungen oder defekte Prothesen die Verantwortlichen, eine Zahnarztkonsultation der Pflegebedürftigen herbeizuführen (Abb. 1).<sup>4</sup>

### Überlastung der zuständigen Fachberufe und unzureichende Vergütung aufsuchender zahnärztlicher Leistungen

Momentan ist das Personal in Pflegeeinrichtungen schon mit den bisher gestellten umfangreichen Aufgaben häufig überlastet. Präventionsmaßnahmen, die über die normale Zahnpflege hinausgehen, sind dementsprechend auf das Pflegepersonal nicht mehr zu übertragen. Der betreuende Arzt, in der Regel der Hausarzt, fühlt sich für den Zahnstatus seiner Patienten nur in zweiter Linie zuständig und regelmäßige zahnärztliche Reihenuntersuchungen in Pflegeheimen scheinen derzeit illusorisch, zumal es nicht ausreichen dürfte, akute Erkrankungen aufzudecken, sondern auch im täglichen Ablauf auf die richtige Pflege und eine individuelle Prävention zu achten.

Um diese Missstände zu ändern, bedarf es eines zunehmenden Problembewusstseins und eines Umdenkens bei allen Beteiligten.

„Ziel einer zukünftigen Gesundheitsversorgung sollte es sein, dass Pflegebedürftige und Menschen mit

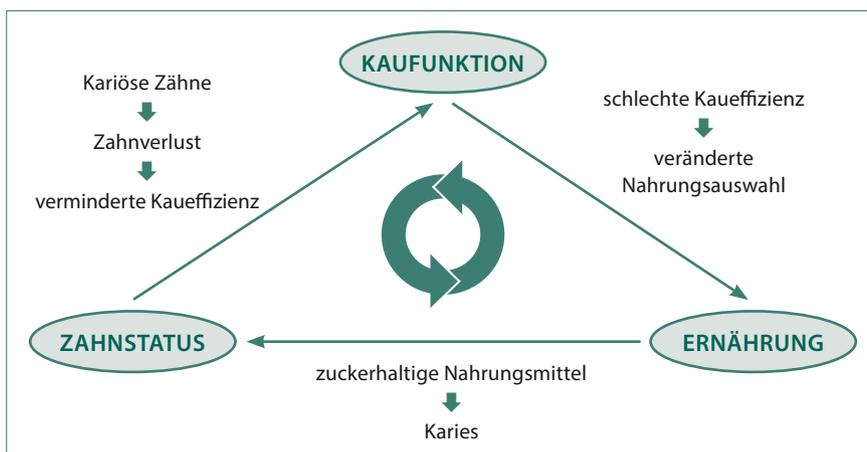


Abb. 1 Wechselwirkung zwischen Ernährung, Zahnstatus und Kaufunktion am Beispiel Karies aus: Müller, Nitschke.<sup>6</sup>

digem Personal, welches die Probleme nicht nur rechtzeitig erkennt, sondern auch in der Lage ist, Gegenmaßnahmen einzuleiten.

„Gegenwärtig genießt die Notwendigkeit der Dentalhygiene bei

geriatrischen Patienten weder beim ärztlichen noch beim pflegerischen Personal hohe Priorität.“ Hintergrund dieser Aussage von Seemann sind Untersuchungsergebnisse aus dem Jahr 2013. Demnach fanden sich in Unter-

Behinderung eine gleich gute Mundgesundheit wie Personen ohne diese Einschränkungen aufweisen.<sup>8</sup>

Auch die KZBV hat erkannt, dass man mit den bisherigen Abrechnungskonzepten dem besonderen Behandlungsbedarf von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung nicht gerecht wird. Spezielle Bedürfnisse dieser Patientengruppen seien im GKV-Leistungskatalog nicht abgebildet. Um diese Versorgungslücke zu schließen, sei es dringend erforderlich, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen und bedarfsadäquate, präventive Leistungen in den GKV-Katalog für diesen Personenkreis aufzunehmen.<sup>2,3</sup> Auch wenn nun mit der Schaffung neuer EBV-Abrechnungspositionen erste Voraussetzungen in Richtung der aufsuchenden Zahnmedizin geschaffen worden sind, fehlt es an wachsamem, spezifisch verantwortlichen Mitarbeitern im interdisziplinären Pflege- und Behandlungsprozess, die einen zahnärztlichen Versorgungsbedarf verlässlich detektieren können. Darüber hinaus wäre ein Gesundheitsberuf wünschenswert, der die zahnärztliche Therapie fortgesetzt vor Ort begleitet und als Compliance-Manager die Patienten zahnmedizinisch wie auch geriatrisch unterstützt.

In Kenntnis der gegenwärtigen Situation muss die Forderung nach besonders geschultem, den multiplen Anforderungen der Zahn-/Mundhygiene in Prävention und Behandlung gerecht werdendem Fachpersonal laut werden. Zusammenfassend lässt sich postulieren: Es fehlt ein Generalist, der die individuellen stomatologischen Defizite aus Behinderung, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit erkennen und ausgleichen kann, der zielsicher den Zahnarzt oder Hausarzt zu Rate zieht und der dann dem Pflegepersonal entsprechende Hilfestellung leisten und bei der Umsetzung der Maßnahmen zur Seite stehen kann.

## Notwendigkeit der Delegation ärztlicher und zahnärztlicher Aufgaben

Noch mehr als vielen anderen medizinischen Fachgebieten mangelt es der Allgemeinmedizin sowie der Geriatrie an Nachwuchs und Personal. Es müssen zunehmend Konzepte entwickelt werden, in denen der ärztliche Geriatrie-Spezialist konsiliarisch oder in geteilter Tätigkeit mehrere Einrichtungen mit geriatrischen Patienten betreut. Denkbar ist nicht nur die Versorgung stationärer Patienten, sondern auch ambulante Besuche in Tageseinrichtungen oder regelmäßige Betreuungen in Wohneinrichtungen für betagte Menschen. Letztere Bereiche werden jedoch auch in Zukunft mehrheitlich in hausärztlicher Verantwortlichkeit bleiben. Problematisch ist hierbei, dass sowohl spezialisierte wie auch hausärztliche-geriatriische Behandlungskonzepte eine kontinuierliche Betreuung oder Therapiebegleitung vor Ort erfordern. Dies ist vor dem Hintergrund der wenigen verfügbaren Ärzte nur im Rahmen der Delegation anstehender ärztlicher Aufgaben denkbar. Da die Geriatrie oft lediglich einen Teilbereich der Tätigkeit verschiedener Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtung ausmacht und da die Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen bereits mannigfaltige genuine Arbeitsverpflichtungen haben, stellt sich in der täglichen Praxis die Frage, wer kontinuierlich vor Ort als Verantwortlicher für die oft komplexen Aufgaben zur Verfügung steht.

## Etablierung des Berufsbildes Medizinassistent/Physician Assistant

Neuerdings etabliert sich für derartige Aufgaben der aus dem angloamerikanischen Bereich oder auch aus den

Niederlanden teils seit Jahrzehnten bewährte Beruf des „Physician Assistant“. Die Angehörigen dieser Berufsgruppe sind auf Fachhochschulniveau ausgebildet und verfügen in der Regel über eine mehrjährige Berufserfahrung in klassischen Gesundheitsberufen.

Der sich in Deutschland entwickelnde Beruf des Physician Assistant (PA) ist im angloamerikanischen Raum seit über 40 Jahren etabliert. Mitte der 1960er Jahre wurde der Studiengang an der Duke University in Durham/North Carolina initiiert. Die ersten Absolventen nahmen 1967 ihren Dienst im US-amerikanischen Gesundheitswesen auf. Physician Assistants übernehmen in den USA vielfältige Aufgaben in allen Bereichen der klinischen Versorgung, arbeiten aber auch im Bereich der Gesundheitsprävention. So unterstützen sie unter anderem als Compliance Manager Patienten bei der Einhaltung ihrer Behandlungspläne. Bis zu einem Drittel der Berufsgruppe ist in der allgemeinmedizinischen Versorgung eingesetzt. Physician Assistants arbeiten auch als wissenschaftliche Studienassistenten oder im chirurgischen Bereich.<sup>13</sup>

Nachdem der Beruf in Europa unter anderem in Großbritannien und in den Niederlanden langjährig eingeführt ist, gibt es inzwischen auch in Deutschland erste Absolventen. Derzeit arbeiten bereits über 100 PAs mit Bachelorqualifikation im deutschen Gesundheitswesen. Mehrere deutsche Hochschulen bieten entsprechende Studiengänge für Angehörige eines anerkannten Gesundheitsfachberufes als Aufbaustudium an. Auch in der DDR gab es seit den 1950er Jahren einen vergleichbaren Beruf, den „Medizinischen Assistenten“. Dieser ist jedoch nach der Wiedervereinigung weitgehend in Vergessenheit geraten.



**Tab. 2** Bildungsweg Physician Assistants am Beispiel der Mathias Hochschule Rheine.

<b>Bestehender Bildungsweg</b>				
Zugangsberechtigung	Abitur/Fachabitur		Abgeschlossene Berufsausbildung	2–3 Jahre
	Abgeschlossene Berufsausbildung*	2–3 Jahre	Dreijährige Tätigkeit nach Berufsabschluss	3 Jahre
Grundstudium	Bachelorstudium, Abschluss B.Sc.	3 Jahre	Bachelorstudium, Abschluss B.Sc.	3 Jahre
<b>Zukünftige Konzepte</b>				
Spezialisierung	Zusatzqualifikation Geriatrie		1 Jahr berufsbegleitend	
	Zusatzqualifikation Alterszahnmedizin		1 Jahr berufsbegleitend	
Aufbaustudium	Masterstudium Altersmedizin und Alterszahnmedizin		2 Jahre	

\* Zugelassen sind staatlich anerkannte Gesundheitsberufe mit unmittelbarem Patientenkontakt wie Gesundheits- und Krankenpflege, Physiotherapie, Notfallsanitäter, Medizinische Fachangestellte, Zahnmedizinische Fachangestellte usw.

## Expertenmeinungen zur Akademisierung nichtärztlichen Personals

Aktuelle Expertenaussagen erkennen die Notwendigkeit der Etablierung entsprechender Berufsbilder ausdrücklich an. Der Wissenschaftsrat spricht sich dafür aus, komplexe Inhalte für Gesundheitsfachberufe an Hochschulen zu definieren und neue wissenschaftliche Karrierewege zu schaffen.<sup>14</sup> Auch ein Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts stellt nichtärztlichen Gesundheitsberufen auf akademischem Niveau ein gutes Zeugnis aus.<sup>12</sup> Zudem gibt es international allgemeine Forderungen bezüglich der Standardisierung und Akademisierung von Gesundheitsfachberufen. Unter anderem die Experten der Lancet-Kommission fordern eine Abkehr von den nationalen Bildungs- und Versorgungssystemen und eine Neuorientierung unter Berücksichtigung der Verflechtungen der globalisierten Welt. Der bislang vorherrschende nationale Fokus sei aufgrund der Globalisierung ungenügend. Die Neuausrichtung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen sei notwendig und müsse auch in Bezug auf nichtärztlich-akademisierte Fachberufe zügig be- gangen werden.<sup>1</sup>

## Einsatz von Medizinassistenten/Physician Assistants im Bereich der Zahngesundheit und Mangelernährungsprävention

Physician Assistants sind im medizinischen Ausbildungsspektrum breit aufgestellt und haben die Aufgabe, nach Einarbeitung und Anleitung durch einen Facharzt, spezielle Aufgaben in Delegation und enger kommunikativer Zusammenarbeit mit dem delegierenden Arzt durchzuführen. Von besonderem Vorteil ist die hochwertige formale Bildungsqualifikation auf DQR Stufe 6. Die besondere Kompetenz der neuen Berufsgruppe besteht auch im Schnittstellenmanagement und der organisatorischen Vermittlung zwischen den sich teils überschneidenden Tätigkeiten unterschiedlicher ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsberufe. Aufgabe eines Physician Assistant ist aber auch, zusammen mit den ärztlichen bzw. zahnärztlichen Experten Versorgungslücken aufzudecken. Während die klassischen Berufsgruppen durch zunehmende Arbeitsverdichtung kaum Kapazitäten für die Übernahme neuer Verantwortungsbereiche zur Verfügung haben, soll der neue Beruf gerade diese Bereiche zwischen nichtakademischen

und akademischen Gesundheitsberufen abdecken und kooperativ vermitteln. Vor diesem Hintergrund bieten sich ergänzende curriculare Qualifikationen im Bereich Zahngesundheit an. Kaum eine andere Berufsgruppe erscheint geeigneter, derartige Kompetenzen zu erlernen und entsprechende Aufgaben verantwortlich zu übernehmen (Tab. 2).

## Notwendigkeit neuer Konzepte und Modellprojekte

Im Rahmen erster Modellprojekte gilt es, in der Geriatrie sowie in der Allgemeinmedizin eingesetzte PAs in Hinblick auf die Zahngesundheit sowie weitere Prädiktoren für Ernährungsdefizite im Alter zu qualifizieren und entsprechende organisatorische wie auch therapeutische Aufgaben konkret zu übertragen. Die Verfasser bitten interessierte zahnärztliche, geriatrische sowie hausärztliche Kollegen, sich an derartigen Versorgungsforschungsprojekten zu beteiligen. Es wäre wünschenswert, wenn es durch optimale Verzahnung aller Berufsgruppen mit Hilfe der Medizinassistenten/Physician Assistants gelänge, die Mangelernährung nicht nur zu dokumentieren, sondern häufiger als bisher präventiv tätig werden

zu können und damit einen Beitrag zur Vermeidung bzw. zur Therapie von Mangelernährung und Mundgesundheitsdefiziten im Alter leisten zu können. **SZM**

## Literatur

1. Frenk J, Lincoln C, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376: 1923-1958.
2. GKV-Spitzenverband. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung. Berlin 2012.
3. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Anmerkungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zum Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung. Berlin: KZBV, 2012.
4. Knabe C, Kram P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. *J Oral Rehabil* 1997;24:909-912.
5. Kolb GF, Leischker AH (Hrsg.) *Medizin des alternen Menschen*. Stuttgart: WVG, 2009.
6. Müller F, Nitschke I. Mundgesundheit, Zahnstatus und Ernährung im Alter. *Z Gerontol Geriat* 2005;38:334-341.
7. Nitschke I, Bär C, Hopfenmüller W. et al. Hilft das zahnmedizinische Bonussystem den stationär Pflegebedürftigen? *Z Gerontol Geriat* 2011;44:181-186.
8. Nitschke I, Kaschke I. Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung. *Bundesgesundheitsbl* 2011;54:1073-1082.
9. Nitschke I, Vogl B, Töpfer J. Orale Status von Altenheimbewohnern in den neuen Bundesländern. *Dtsch Zahnärztl Z* 2000;55:707-713.
10. Robert-Koch-Institut. *Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI, 2009.
11. Seemann O. Mundgesundheit von Pflegepatienten. *Stomatologie* 2013;110:32-33.
12. Blum K, Offermanns M, Damerau M. (2013) *Chirurgie- und Anästhesie-Assistenz – Perspektiven für neue Berufsbilder im OP – Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft*. URL: [www.dki.de/sites/default/files/downloads/nicht-aerztliche\\_chirurgie\\_und\\_anaesthesie-assistenz.pdf](http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/nicht-aerztliche_chirurgie_und_anaesthesie-assistenz.pdf) / Stand 10.02.2014.
13. Duke University School of Medicine (2014) *PA-Program*. URL: <http://paprogram.mc.duke.edu/PA-Program/> / Stand 10.02.2014.
14. Wissenschaftsrat des Bundes und der Länder (2012) *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. URL: [www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf](http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf) / Stand 10.02.2014.

### Autor

**Prof. Dr. med. Wolf Christian Rommel, LL.M.**

Mathias Hochschule Rheine

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Frankenburgstraße 31

48431 Rheine

E-Mail: [w.rommel@mhrheine.de](mailto:w.rommel@mhrheine.de)

