

Der mobile Einsatz – vier unterschiedliche Praxiskonzepte

Oft erscheint für Außenstehende die mobile Behandlung konzeptlos und unorganisiert. Gerade wenn beim Patienten noch Zähne vorhanden sind, ergibt sich häufig ein therapeutisch schwer zu fassendes Bild (Abb. 1). Viele Faktoren spielen bei der Therapiewahl eine Rolle: In welchem gesundheitlichen Stadium befindet sich der Patient? Gehört er noch zu den Senioren, die „fit“ sind, oder ist er bereits funktionell eingeschränkt? Befindet er sich in der palliativen Endphase des Lebens? Keine Altersgruppe ist dabei so inhomogen wie die der Senioren (Abb. 2).

Zu jeder Praxis passt ein unterschiedliches Betreuungskonzept, das sich im Laufe der Zeit aufgrund zunehmender Erfahrung des Behandlungsteams weiterentwickelt.

In der folgenden Übersicht wird über vier verschiedene Ansätze der aufsuchenden Betreuung berichtet, die Kolleginnen und Kollegen etabliert haben (siehe Kasten unten). Im direkten Vergleich ist zu erkennen, dass sich die Ziele der Betreuung außerhalb der Praxisräumlichkeiten unterscheiden und daher auch unterschiedliche Ausstattungen vorhanden sind. Jedes Konzept hilft auf seine Art und Weise bei der zahnmedizinischen Betreuung von ambulant und stationär Pflegebedürftigen.

Die Abbildungen auf den folgenden Seiten sind so durchnummeriert, dass durch die erste Ziffer die Zuordnung zum entsprechenden Konzept ersichtlich ist (z. B. Abb. 4.2: das zweite Bild aus dem Versorgungskonzept 4).



Abb. 1 Befunde wie dieser sind in der aufsuchenden Betreuung häufig.



Abb. 2a und b Senioren sind eine heterogene Patientengruppe – von fitten und aktiven Patienten bis zum Patienten mit Pflegebedarf.

Versorgungskonzept 1 = ohne mobile Behandlungseinheit

Versorgungskonzept 2 = mit mobiler Behandlungseinheit

Versorgungskonzept 3 = mit mobiler Behandlungseinheit und Behandlungsmöglichkeit in Allgemeinanästhesie (mit stationärer Aufnahme)

Versorgungskonzept 4 = mit mobiler Zahnarztpraxis

Die vier verschiedenen Konzepte der aufsuchenden Betreuung auf einen Blick.



1. Angaben zur Praxis

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>Die Gemeinschaftspraxis (zwei Praxiseigentümer, eine angestellte Zahnärztin, ca. zehn zahnmedizinische Fachangestellte; 225 m², sechs Behandlungszimmer, davon zwei als Prophylaxezimmer ausgestattet) liegt in der Stadtmitte von Ulm (ca. 120.000 Einwohner). Es gibt keine eigenen Parkplätze für Patienten, aber direkt vor dem Haus ist ein breiter Bürgersteig, sodass PKW, Rollstuhltaxi oder Krankentransportwagen halten und Patienten direkt ins Haus kommen können (Abb. 1.1). Die Praxis liegt im ersten Stock. Um zum Aufzug zu gelangen, sind im Treppenhaus sechs Stufen zu überwinden, der Aufzug verfügt nicht über die heute typischen barrierearmen Merkmale und ist für normale Rollstühle nur mit Mühe nutzbar. Patienten im Rollstuhl werden bei Bedarf in eine Treppensteighilfe, das kompakte Scalamobil der Firma Alber, umgesetzt (Abb. 1.2). Es gibt keine automatischen oder mechanischen Türöffner und der Rezeptionsbereich ist nicht abgesenkt. Die Bodenbeläge in der gesamten Praxis sind rutschfest (Teppich und Parkett mit Oberflächenstruktur). Die Toilette ist nicht rollstuhlgerecht, aber mit Rollator oder Gehhilfen gut nutzbar; ein Haltegriff am WC erleichtert das Hinsetzen bzw. Aufstehen (Abb. 1.3). Lesebrillen unterschiedlicher Stärke, Lagerungskissen und ein Speitrichter, der auf den großen Absaugschlauch montiert wird, runden das gerostomatologische Wohlfühlprogramm ab (Abb. 1.4 bis 1.6). Bettlägerige Patienten können in der Praxis nicht behandelt werden.</p>	<p>Die Gemeinschaftspraxis (zwei Praxiseigentümer, zwei angestellte Zahnärztinnen, 14 zahnmedizinische Fachangestellte, davon zwei Dentalhygienikerinnen, drei zahnmedizinische Prophylaxeassistentinnen, eine Verwaltungshelferin; 300 m², neun Behandlungszimmer, davon drei Prophylaxezimmer) liegt in Rheinbreitbach (ca. 4.500 Einwohner, im Einzugsbereich von Bonn), im nördlichsten Teil von Rheinland-Pfalz. Es gibt eigene Parkplätze für Patienten direkt vor dem Haus. Auch können PKW, Rollstuhltaxi oder Krankentransportwagen problemlos vor der Praxis halten. Die Praxis selbst erstreckt sich über vier Etagen, wobei zwei Behandlungsräume barrierefrei und ebenerdig liegen. Es gibt einen automatischen Türöffner; der Rezeptionsbereich ist nicht abgesenkt. Die Bodenbeläge in der gesamten Praxis sind rutschfest und, soweit Treppen vorhanden, mit doppeltem Handlauf versehen. Die Toilette ist nicht rollstuhlgerecht, aber mit Rollator oder anderen Gehhilfen gut nutzbar. Lesebrillen unterschiedlicher Stärke sowie Lagerungskissen sind vorhanden. Bettlägerige Patienten können in der Praxis nicht behandelt werden.</p>



Abb. 1.1 Im Außenbereich der Praxis ermöglicht ein breiter Bürgersteig das Ein- und Aussteigen direkt vor dem Praxiseingang.



Abb. 1.2 Die Treppensteighilfe Scalamobil (Fa. Alber, Alberstadt-Tailfingen) ermöglicht das Überwinden von Treppenstufen, wenn der Rollstuhl für den Aufzug zu groß ist.



Abb. 1.3 Der Haltegriff am WC ist für viele in der Mobilität eingeschränkte Patienten ausreichend und sehr hilfreich, um selbstständig auf die Toilette gehen zu können.

Versorgungskonzept 3

Die Einzelpraxis (ein Praxiseigentümer, zwei angestellte Zahnärzte, mehrere zahnmedizinische Fachangestellte für die Assistenz, eine zahnmedizinische Verwaltungsassistentin, drei Auszubildende) liegt am südlichen Berliner Stadtrand (Einwohnerzahl ca. 3,47 Mio.). Eine gemischte Bebauung aus Mehr- und Einfamilienwohnhäusern prägt den Stadtteil.

Bereits beim Bau des Hauses, in dem sich die 140 m² große Praxis über einem Supermarkt befindet, wurden viele Aspekte im Sinne eines barrierearmen Zugangs und einer rollstuhlgerechten Nutzung der Räume beachtet. Zwei gleichwertige Behandlungszimmer und ein Prophylaxezimmer stehen zur Verfügung. Dazu gibt es die notwendigen Räume für Sterilisation, Röntgen, Verwaltung, Büros sowie die Sozialbereiche. Die Räumlichkeiten sind über den schwellenlosen Hauseingang via Fahrstuhl zu erreichen. Somit ist die Zugänglichkeit für alle Personen möglich, die mit Gehhilfen, Rollatoren und Rollstühlen (auch elektrisch) in die Praxis kommen. Patienten in Pflegebetten können nicht behandelt werden.

Versorgungskonzept 4

Die mobile Zahnarztpraxis (mobiDent) ist an der Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin (KABS) des Zentrums für Zahnmedizin der Universität Zürich in Zürich (Einwohnerzahl: 402.762) beheimatet. Diese Klinik hat einen großen Dienstleistungsauftrag und ist auch für die Durchführung der aufsuchenden Betreuung zuständig. Die Gerätschaften und Kraftfahrzeuge gehören dem gemeinnützigen Verein altaDent (Verein zur Förderung der Alters- und Behindertenzahnmedizin); (Abb. 4.1 und 4.2). Zwischen altaDent und der Universität besteht ein Kooperationsvertrag.



Abb. 1.4 Lesebrillen werden gerne einmal zu Hause vergessen und von den Patienten dankbar angenommen.



Abb. 1.5 Speitrichter sind vor allem für ältere Menschen eine große Hilfe, nicht nur, wenn die Spritze wirkt.



Abb. 1.6 Mit der richtigen Lagerung sind auch immobile Patienten ganz entspannt.



2. Angaben zu den Patienten der aufsuchenden Betreuung

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>Die Praxis behandelt viele Familien, also alle Altersgruppen; das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei 50 Jahren, der Anteil der über 60-jährigen Patienten liegt bei 36 %.</p> <p>Die Rekrutierung der Patienten mit Unterstützungsbedarf erfolgt zum einen über den Hinweis einer möglichen zahnärztlichen Betreuung gegenüber den Angehörigen bzw. Betreuern pflegebedürftiger Menschen bei Aufnahme in die Einrichtungen/bei konkretem Behandlungsbedarf. Zum anderen wird das Angebot der zugehenden Betreuung auch innerhalb der Praxis gegenüber den Patienten kommuniziert, sodass diese bei Bedarf für sich selbst oder für Angehörige eine Betreuung in der Häuslichkeit oder in einer Pflegeeinrichtung nachfragen können.</p> <p>Die Praxis betreut aktuell etwa zehn Patienten zu Hause und darüber hinaus seit dem Jahr 2009 zwei Pflegeeinrichtungen. Die Patienten mit Unterstützungsbedarf sind zum größten Teil ältere Patienten mit allen Pflegegraden und allen körperlichen, seelischen und kognitiven Einschränkungen.</p>	<p>Eine Einteilung der Patienten erfolgt nach ihrer funktionellen Kapazität entsprechend den Ampelfarben: Bei „grünen“, fitten Patienten ist eine Überführung der Behandlung in die Praxis angebracht. Hier ist das gesamte Therapiespektrum der Praxis abrufbar.</p> <p>Bei „gelben“, immobilen Älteren stellt der Transport in die Praxis oft eine sehr hohe physische und psychische Belastung für den Patienten dar. Ist ein Transport in die Praxis möglich? Aufwendige Restaurationen, Präparationen und damit lange Behandlungssitzungen erfordern eine stabile Adhärenz sowie ausreichende Belastbarkeit des Patienten. Ist dem Patienten dies zuzumuten, dann ist in aller Regel auch ein Transport in die Praxis machbar (Abb. 2.1). Eine Behandlung vor Ort kann bei unzureichender Belastbarkeit zielführender sein. Hier steht die Therapie zur Erhaltung vorhandener Strukturen in Vordergrund. Dabei sollte sie grundsätzlich sicher, einfach und solide sein. Die Belastbarkeit der Senioren nach dem Schema der funktionellen zahnmedizinischen Kapazität (Tab. 1) ergibt Hinweise für die Planung der Therapie und des Behandlungsortes.</p> <p>Beim geriatrischen Lebensabschnitt der Pflege, den „roten“ Patienten, ist das Krankheitsbild oft gezeichnet durch Polypharmazie und Multimorbidität. Hier ist regelmäßig nur noch ein palliativer, rein symptomatischer Ansatz möglich. Ein Transport in die Praxis findet in aller Regel nicht mehr statt. Es geht in erster Linie um Schmerzbesitzigung und Schleimhautkonditionierung. Die Entfernung von Borken durch rückfettende oder schäumende Lösungen, Spülungen mit Fencheltee, das Glätten von Wurzelresten oder die Beseitigung von Druckstellen sind häufige Behandlungsmaßnahmen.</p>



Abb. 2.1 Bei diesem Patienten muss sorgfältig abgewogen werden, ob ein Transport in die Praxis möglich oder eine Behandlung vor Ort zielführender ist.

Tab. 1 Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität wird in vier Belastbarkeitsstufen angegeben (Aus: Nitschke I, Hopfenmüller W. Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 1996).

Belastbarkeit	Therapiefähigkeit	Mundhygienefähigkeit	Eigenverantwortlichkeit
BS 1	normal	normal	normal
BS 2	leicht reduziert	leicht reduziert	normal
BS 3	stark reduziert	stark reduziert	reduziert
BS 4	keine	keine	keine

Versorgungskonzept 3

Die Patienten, die aufsuchend betreut werden, sind häufig schon aufgrund der Tatsache, dass sie in der Regel Unterstützung durch die Pflegeversicherung (eingestuft nach Pflegegraden) erhalten, eine sehr inhomogene Gruppe. Charakterisiert durch Multimorbidität und Polypharmazie ist der Aufwand, um mit einer Behandlung beginnen zu können, groß.

Im Versorgungskonzept finden sich Patienten in allen Gesundheits- und Mobilitätsphasen. Die zahnmedizinische Betreuung findet sowohl in der Praxis, in der stationären Pflegeeinrichtung als auch in der Demenz-Wohngemeinschaft statt. Patienten, die durchaus sportlichen Tätigkeiten nachgehen und mit den neuen Medien vertraut sind, sind genauso vertreten wie auch Apalliker und Tetraplegiker. In manchen Pflegeeinrichtungen wohnen betamete Patienten, für die dann die zahnmedizinischen Behandlungen in besonderer Weise angepasst werden müssen.

Versorgungskonzept 4

Patienten in der Stammklinik haben, wie an einer Universität üblich, unterschiedliche Wege der Kontaktaufnahme. Die Patienten der mobilen Zahnarztpraxis (mobiDent) rekrutieren sich aus den Einrichtungen, welche die zahnmedizinische Betreuung durch mobiDent als Ergänzung zu ihrer eigenen Dienstleistung am Wohnort des Pflegebedürftigen anbieten.

Unter den etwa 35 durch die mobile Praxis betreuten Einrichtungen befinden sich sehr unterschiedliche Arten von Senioreneinrichtungen, von Alterszentren bis hin zu Pflegeeinrichtungen. Die Patienten bzw. deren Angehörige möchten teils eine vollständige zahnmedizinische Betreuung teils nur einen Befund, um dann ggf. zur Behandlung zu ihrem bisherigen Zahnarzt zu gehen. Die betreuten Einrichtungen haben eine sehr unterschiedliche Bewohneranzahl, wobei zwischen 10 % und 90 % der Bewohner das Angebot der zahnärztlichen Dienstleistung mobiDent in ihrer Einrichtung in Anspruch nehmen. Hier spiegelt sich das unterschiedliche zahnmedizinische Problembewusstsein der verantwortlichen Einrichtungsleiter wider.



Abb. 4.1 Erstes Fahrzeug: Ein Transporter mit Anhänger und ein Mehrpersonenzug transportieren Praxis und Personal an den Einsatzstandort.



Abb. 4.2 Zweites Fahrzeug: Personentransporter für das Einsatzteam. Links: das Einsatzteam mit zwei Zahnärzten und zwei zahnmedizinischen Fachangestellten. Rechts: das Verwaltungsteam in der stationären Klinik mit zwei zahnmedizinischen Fachangestellten, einer Mitarbeitenden zum Kontaktaufbau, einer Mitarbeitenden zur Personalorganisation und der Leiterin des mobiDents.



3. Charakterisierung des Konzeptes zur aufsuchenden Betreuung

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>Insgesamt wird eine zurückhaltende Betreuung mit Augenmaß umgesetzt. Untersuchungen, Beratungen und kleinere Behandlungsmaßnahmen, wie z. B. das Entfernen von Druckstellen, das Abrunden scharfer Kanten an Zähnen oder Prothesen (ohne Wasser bzw. Spray!) bzw. das Aktivieren einer Klammer, Unterfütterungen, Erweiterungen, Bruchreparaturen, Verblendabplatzungen oder sogar Neuanfertigungen von Prothesen erfolgen zu Hause bzw. in der Pflegeeinrichtung im jeweiligen Bewohnerzimmer. Kariös zerstörte Zähne bzw. Wurzelreste werden nur behandelt (meistens entfernt), wenn Schmerzen erkennbar sind. Etwa ein Jahr lang wurden auch konservierende bzw. chirurgische Eingriffe in Zusammenarbeit mit einer anästhesiologischen Tagesklinik organisiert und durchgeführt. Aufgrund vieler, vom Gesetzgeber und den Krankenkassen bis heute nicht geklärter Fragen und Umstände wurde dies aber in der Zwischenzeit eingestellt. Notwendige größere chirurgische Sanierungen werden seitdem in ein Krankenhaus der Maximalversorgung am Ort überwiesen, allerdings werden hier in der Regel leider keine konservierenden Maßnahmen durchgeführt.</p> <p>In dieser Zeit wurde zudem der Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit getestet und diese wieder abgeschafft. Trotz der seit April 2013 abrechenbaren Zuschläge für den instrumentellen, personellen und zeitlichen Mehraufwand bei einem Hausbesuch wird die Anschaffung, Wartung sowie die benötigte Zeit für Aufbau bzw. Abbau und für die eigentliche Behandlung unter schwierigen ergonomischen Umständen nicht abgedeckt – auch dann nicht, wenn die mobile Behandlungseinheit in der Praxis (z. B. in der PZR oder in einem nachrangigen Behandlungszimmer) eingesetzt wird und so der Umgang aller Beteiligten mit der Einheit von Routine geprägt ist.</p>	<p>Eine Behandlung in der gewohnten Umgebung des Patienten erschließt sich regelmäßig: aufwendige, risikobehaftete Transporte entfallen somit. Gerade die Behandlung von multimorbiden Patienten in der Praxis stellt eine hohe Belastung in der Routine dar. Vor Ort ist die medizinisch-pflegerische Infrastruktur meist besser als in der Zahnarztpraxis, insbesondere bei möglichen Zwischenfällen.</p> <p>Mobile Einsätze haben jedoch einen gewissen „Camping-Charakter“ mit zwangsläufiger Reduktion des Behandlungsspektrums. Die Grundstruktur stellt aber vor, dass jeder Patient die für seine Situation bestmögliche Versorgung erhält: Standard beim Besuch sind die Befundaufnahme, die Diagnosestellung und Basics wie Druckstellenentfernung, Mundbehandlungen oder Mundhygieneanweisungen unabhängig vom Gesundheitszustand des Aufgesuchten. Darüber hinaus sind weitere therapeutische Maßnahmen möglich, insbesondere wenn die voraussichtliche Behandlungsdauer pro Fall nicht mehr als 30 Minuten übersteigt. Einfache Füllungen, unkomplizierte chirurgische Sanierungen und prothetische Maßnahmen sind regelmäßig möglich. Bei zeitlich und therapeutisch aufwendigeren Sitzungen bleibt im Einzelfall abzuwägen, ob eine Behandlung am Praxisstandort durchgeführt werden sollte, oder gar eine Überstellung zur Behandlung in Vollnarkose bzw. Sedierung indiziert ist.</p>



Abb. 3.1 Das Klinikum bietet die Möglichkeit der stationären Aufnahme. (Foto: V. Hönighaus)



Abb. 3.2 Im Klinikum sind u. a. Behandlungen in Vollnarkose möglich. (Foto: V. Hönighaus)

Versorgungskonzept 3

Das Konzept sieht vor, dass neben der Behandlung in einer Senioreneinrichtung oder Wohngemeinschaft (Konzeptteil A) auch Patienten in einem nahegelegenen Krankenhaus weiterbehandelt werden können (Konzeptteil B).

Konzeptteil A (aufsuchende Betreuung)

Erste Einrichtung: Die Aufsuchende Betreuung wurde schrittweise aufgebaut, um die Bewohner des in unmittelbarer Nähe liegenden Seniorenheims systematisch zu versorgen. Da die dortigen Bewohner anfangs unkoordiniert nur als Notfallpatienten in die Praxis gebracht wurden, entstand die Idee, regelmäßige Besuche in dieser Einrichtung durchzuführen. Nach ausführlichen Gesprächen wird regelmässig einmal pro Woche eine dreistündige Sprechstunde angeboten. Die Einrichtung hat ca. 180 Betten, etwa 120 Bewohner haben ihr Einverständnis zur zahnärztlichen Betreuung gegeben (schriftlich; Wahrung des Rechts der freien Arztwahl).

Zweite Einrichtung: Hier werden vier Demenz-Wohngemeinschaften (WGs), die sich in einem Haus befinden, betreut (keine stationäre Einrichtung nach SGB XI § 71 Abs. 2). Diese WGs sind ca. 1,5 km von der Praxis entfernt. Recall-Untersuchungen finden dort zweimal pro Jahr statt. Notwendige Behandlungen werden nach Bedarf koordiniert. Von ca. 30 Bewohnern werden etwa 15 zahnärztlich betreut.

Konzeptteil B (Behandlung in einem übergeordneten Versorgungszentrum)

Es besteht die Möglichkeit, die Pflegebedürftigen in einem übergeordneten Versorgungszentrum durch den Zahnarzt selbst weiter zu behandeln. Dort können alle Behandlungen durchgeführt werden (Abb. 3.1 und 3.2).

Versorgungskonzept 4

Die mobile Zahnarztpraxis mobiDent gliedert sich in ein maxi-mobiDent zur regelmässigen Versorgung in Senioreneinrichtungen (mind. 20 Patienten pro Einsatztag) und ein mini-mobiDent (ähnlich Konzept 2) zur Versorgung einzelner Patienten (z. B. Notfallversorgung oder Behandlungen im Nachgang des maxi-mobiDent-Einsatztages).

Das Konzept ermöglicht die Betreuung fast aller geriatrischer Patienten unabhängig ihres Aufenthaltsortes, aktuellen Gesundheitszustandes und ihrer zahnmedizinischen Therapiebedürfnisse. Es werden zurzeit ca. 35 Einrichtungen im Kanton Zürich betreut.

Das maxi-mobiDent ist eine Versorgungsform, die wie eine eigenständige zahnärztliche Praxis ausserhalb der ortsgebundenen Praxiswände funktioniert. Nicht nur drei praxisübliche zahnärztliche Behandlungseinheiten und -stühle sowie die zahnärztlichen Instrumente werden transportiert, sondern auch der Instrumentenaufbereitungsprozess, die Röntgentechnik und ein Teil der Administration werden an den Aufenthaltsort des Patienten verlagert (Abb. 4.3 und 4.4). Es ist eine eigenständige, mobile Zahnarztpraxis, die meistens nach zwei oder drei Behandlungstagen, den Einsatzort wechselt oder zur Stammklinik zurückfährt um Materialien aufzunehmen, neue Patientendokumentationen und Einsatzpläne zu erhalten und Reparaturen vornehmen zu lassen.

Aktuell werden jährlich rund 1.500 Patienten im Rahmen von ca. 100 Einsatztagen betreut (Daten aus 2017). Bei den Einsätzen findet auch die Ausbildung von Zahnmedizinierenden der Universität Zürich, Studierenden der Dentalhygiene (Dentalhygiene-Schule Careum AG) und Dentalassistentinnen (KABS) statt. Die Ausnahme bilden zeitlich sehr aufwendige Behandlungen (z. B. Sanierungen, die den zeitlichen Rahmen eines Einsatzes in einer Einrichtung sprengen) würden, weil sie mehr als zwei bis



Abb. 4.3 Das Einsatzteam des mobiDents betreut die angemeldeten Patienten in einem Mehrzweckraum der Einrichtung auf zwei bis drei Behandlungsstühlen.



Abb. 4.4 Ein Teil der mobiDent-Ausrüstung: Eine Behandlungseinheit mit Behandlungsstuhl, zahnärztlicher Einheit mit integriertem Ultraschallgerät sowie Absauganlage mit integriertem Amalgamscheider und Speitrichter.



3. Charakterisierung des Konzeptes zur aufsuchenden Betreuung

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>Vor allem aber werden dann eher Behandlungen nachgefragt und durchgeführt, die ein hohes Risiko bei gebrechlichen Menschen mit sich bringen (Schluckstörungen mit Aspirationsrisiko, Würgereiz, Abwehr, Verletzungsgefahr mit Blutungsrisiko). Außerdem wird den Angehörigen, Betreuern oder Pflegern signalisiert, dass gute Zahn- und Mundpflege wichtig ist, da es Grenzen und Risiken in der zahnärztlichen Behandlung gibt.</p> <p>Mobile Behandlungseinheiten waren ursprünglich für belastbare fitte Menschen in einer infrastrukturschwachen Lebenswelt gedacht, wo kein Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung besteht. Nicht die Maschine ist das Problem, sondern die eingeschränkte Belastbarkeit sowie schlecht beherrschbare Komplikationen mit vitaler Bedrohung bei Hochrisikopatienten.</p>	
<p>Behandlungsmöglichkeiten der vier Konzepte in Kürze</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Erstuntersuchung ● Entfernung von weichen und harten Belägen ● Anleitung von Mundpflegemaßnahmen ● Überleitung von Patienten in die eigene Praxis: <ul style="list-style-type: none"> ○ bei gut belastbaren und nur geringfügig in der Mobilität eingeschränkten Patienten – Reinigung der Zähne/Prothesen sowie sinnvolle/notwendige Behandlungsmaßnahmen in der Praxis (Augenmaß) ○ bei wenig/nicht belastbaren bzw. immobilen Patienten – wenn nötig einfache Behandlungsmaßnahmen vor Ort und umfangreiche invasive Maßnahmen (nach strenger Indikationsstellung, z. B. bei Schmerzen) nach Rücksprache mit dem Hausarzt stationär 	<ul style="list-style-type: none"> ● Erstuntersuchung ● Entfernung von weichen und harten Belägen ● einfache Füllungstherapien ● prothetische Maßnahmen ● unkomplizierte chirurgische Sanierungen ● die Überleitung von Patienten in die eigene Praxis

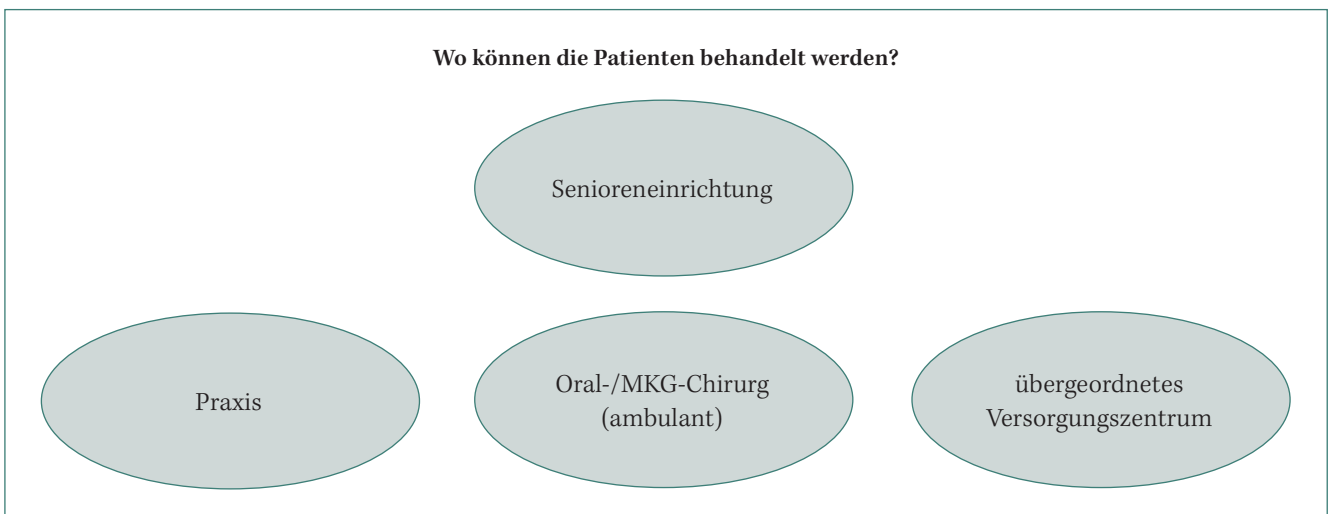


Abb. 3.3 Möglichkeiten der Behandlungsortlichkeit pflegebedürftiger Patienten, die in einer Senioreneinrichtung leben.



Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Die Versorgung der Patienten kann sowohl mit Lokalanästhesie als auch in Allgemeinanästhesie erfolgen. Die besondere Konstellation (niedergelassene MKG-Praxis in einem Klinikum der Maximalversorgung) ermöglicht postoperative Überwachung bis hin zu einer notfallmäßigen stationären Aufnahme. Sollte eine ambulante Allgemeinanästhesie nicht möglich sein, kann auch eine präoperative stationäre Aufnahme erfolgen (Abb. 3.3). Allerdings sind die gesetzlichen Bestimmungen für die Abrechnung und die Bedingungen zur stationären zahnärztlichen/mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Behandlung sehr komplex.</p>	<p>drei Sitzungen in Anspruch nehmen) und komplexe chirurgische Eingriffe (z. B. chirurgische Im- und Explantation, Wurzelspitzenresektion). Hier stehen alle Bereiche einer Universitätsklinik (Oralchirurgie, MKG-Chirurgie) mit Maximalversorgung und stationärer Aufnahmemöglichkeit zur Verfügung. Die mobile Zahnklinik überweist dann den Patienten an die anderen Kliniken.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Erstuntersuchung ● Entfernung von weichen und harten Belägen ● einfache Füllungstherapien ● prothetische Maßnahmen ● unkomplizierte chirurgische Sanierungen ● Überleitung von Patienten in die eigene Praxis ● Weiterbehandlung von Patienten in einem übergeordneten Versorgungszentrum an einem Krankenhaus der Maximalversorgung (Abb. 3.4) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Erstuntersuchung ● Entfernung von weichen und harten Belägen ● Füllungstherapien ● prothetische Maßnahmen ● chirurgische Sanierungen ● umfassende Versorgung, wie in einer üblichen Zahnarztpraxis am Wohnort ● ggf. die Überleitung von Patienten an die Stammklinik (Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin mit Möglichkeit der ambulanten Narkose oder Überleitung zu Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie mit Möglichkeit der stationären Narkose) ● sehr selten die Überweisung an andere Universitätskliniken

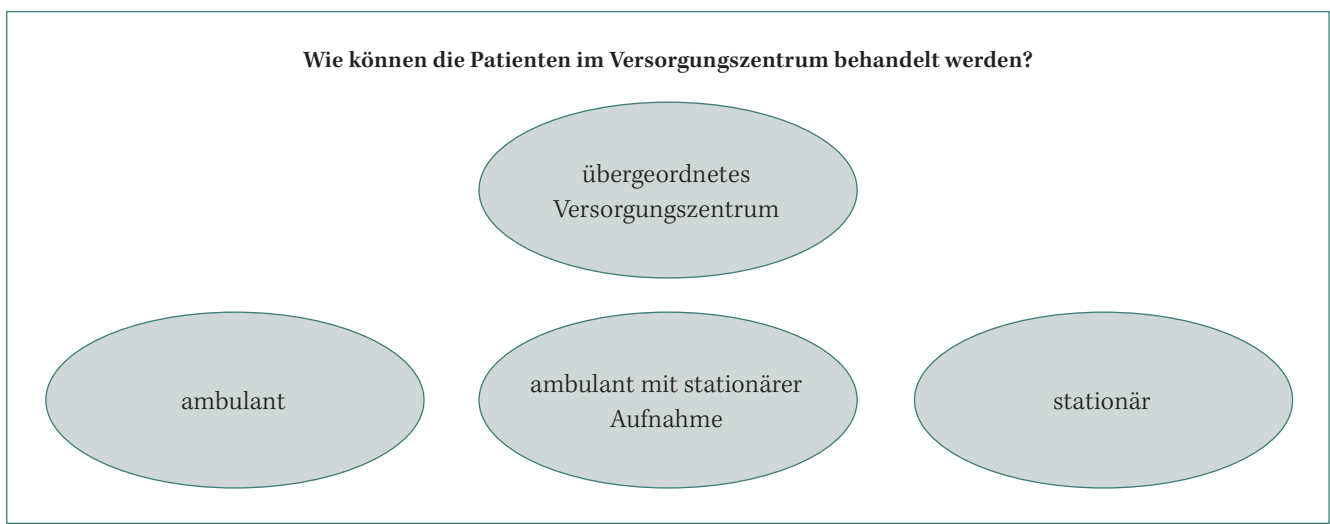


Abb. 3.4 Möglichkeiten der zahnmedizinischen Weiterbetreuung im Versorgungszentrum.



4. Kooperationsvertrag	
Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>Erste Pflegeeinrichtung (135 Bewohner; direkt gegenüber der Praxis). Diese Einrichtung wünscht bis heute keinen Kooperationsvertrag. Hier werden die Bewohner auf Wunsch beschwerdeorientiert betreut.</p> <p>Zweite Pflegeeinrichtung (ca. fünf Autominuten entfernt): Hier besteht seit dem 01.04.2014 ein Kooperationsvertrag. Im Rahmen des Vertrages werden aktuell etwa 100 der insgesamt 145 Bewohner zweimal im Jahr kontrollorientiert und zusätzlich bei Bedarf beschwerdeorientiert betreut. Zu Beginn der Kooperation waren es etwa 40 Bewohner.</p> <p>In beiden Pflegeeinrichtungen steht – bewusst gewollt – kein eigenes Behandlungszimmer zur Verfügung.</p>	<p>Im Praxisort selbst gibt es keine Pflegeeinrichtung. Die Pflegeeinrichtung (120 Bewohner) im Nachbarort schien bisher nicht sehr motiviert, einen Kooperationsvertrag abzuschließen.</p> <p>Mit einer ca. sieben Autominuten entfernten Pflegeeinrichtung besteht seit dem 01.06.2014 ein Kooperationsvertrag. In dessen Rahmen werden etwa 70 der insgesamt 110 Bewohner betreut. Zu Beginn waren es etwa 30 Bewohner. In der Pflegeeinrichtung steht ein Gruppenraum als „Behandlungszimmer“ zur Verfügung.</p>

5. Behandlungsspektrum in der aufsuchenden Betreuung	
Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>Einerseits ist das Spektrum der möglichen Behandlungen ohne mobile Behandlungseinheit von vornherein stark eingeschränkt. Andererseits sind die behandlungsbedingten Risiken in der Praxis geringer. Zum Einsatz kommt ein mobiler Motor für Hand- und Winkelstücke, z. B. für das Entfernen von Druckstellen oder scharfen Kanten. Alle Behandlungsmaßnahmen werden durch den Zahnarzt selbst erbracht, da die Arbeit bei pflegebedürftigen Patienten in ungewohnter Umgebung mit größeren Risiken verbunden ist.</p>	<p>Prinzipiell sind aufgrund der mobilen Behandlungseinheit präventive, chirurgische, konservierende und prothetische Interventionen außerhalb der Praxis möglich, wobei der Grundsatz einfach, sicher und solide (g3S-Konzept: „save, simple, solide“) einzuhalten ist.</p>
Prophylaxeleistungen	
<p>Die Entfernung harter und weicher Beläge erfolgt mit Handinstrumenten und Kompressen, nur in Ausnahmefällen auch mit dem mobilen Behandlungsmotor und Einmalaufsätzen. Zur chemischen Plaquekontrolle kommen Gele und Lacke zum Einsatz, da bei Spülflüssigkeiten die Aspirationsgefahr steigt. Zudem erfolgen die Leistungen außerhalb der Praxis in aller Regel zuzahlungsfrei, denn die Kooperationsfähigkeit schränkt die Reinigungsmaßnahmen zeitlich meist sehr ein.</p>	<p>Mit der mobilen Behandlungseinheit können Zahnbeläge und Zahnstein entfernt und die Zahnflächen poliert werden.</p>



Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Mit der stationären Pflegeeinrichtung gab es für ein Jahr einen Kooperationsvertrag (nach § 119b Abs. 1 SGB V). Dieser musste aufgrund mehrfachen Wechsels der Pflegeleitung und der daraus resultierenden Fluktuation beim Pflegepersonal gekündigt werden, da es der Einrichtung nicht möglich war, die vertraglichen unterstützenden Maßnahmen für die Patienten zu erfüllen. Dennoch wird das Konzept mit einer wöchentlichen Sprechstunde weitergeführt (Abrechnung nach BEMA 153 [Bs3] zu vorher vereinbarten Zeiten und bei regelmäßiger Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung).</p> <p>Mit der Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz ist es nicht möglich, einen Kooperationsvertrag abzuschließen, da es sich nicht um eine stationäre Einrichtung nach SGB XI § 71 Abs. 2 handelt (Abrechnung nach BEMA 151 [Bs1] bzw. 152 [Bs2] und auf Anforderung).</p>	<p>Im Schweizerischen Gesundheitssystem bestehen keine gesetzlich geregelten Kooperationsverträge wie in Deutschland. Dies liegt daran, dass in der Schweiz in der Regel jeder Patient seine Kosten für eine zahnärztliche Behandlung selber tragen muss.</p> <p>Durch Angleichung des Leistungsangebotes an jenes einer ortsgebundenen Praxis (z. B. Füllung, Reparatur von Zahnersatz, Wurzelbehandlung) ist die Akzeptanz der Dienstleistung in den Einrichtungen wesentlich gewachsen und bedarf bisher keiner gesonderten Verträge.</p>

Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Wenn möglich und sinnvoll, werden präventive, chirurgische, konservierende und prothetische Maßnahmen auch außerhalb der Praxis durchgeführt. Der Grundsatz der Gerostomatologie: einfach, sicher und solide (g3S-Konzept) ist dabei nicht nur für die prothetische Versorgung, sondern auch für alle anderen Bereiche ein Maßstab.</p>	<p>Leitgedanke der Versorgung ist, dass jeder Bewohner einen Zugang zu regelmässiger prophylaxeorientierter Betreuung und bei Bedarf auch Behandlung erhält.</p> <p>Grundsätzlich sind sämtliche, in einer ortsgebundenen Praxis mögliche Behandlungen mit der mobilen Zahnarztpraxis maxi-mobiDent durchführbar.</p>
<p>Mit der mobilen Behandlungseinheit werden weiche und harte Beläge entfernt. Wird eine weitergehende professionelle Zahnreinigung notwendig und gewünscht, wird nach Einholung einer schriftlichen Zustimmung zur Kostenübernahme ein weiterer Termin in der Einrichtung vereinbart.</p>	<p>Grundsätzlich werden weiche Beläge und Zahnstein entfernt, sowie anschließend eine Politur der Zahnoberflächen und die Reinigung der Prothesen durchgeführt. Ein Ultraschallgerät steht der mobilen Zahnarztpraxis zur Verfügung.</p>



5. Behandlungsspektrum in der aufsuchenden Betreuung

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
Chirurgische Maßnahmen	
<p>Nach sorgfältiger Risikoabwägung und in Absprache mit dem Hausarzt lassen sich bis auf Osteotomien nahezu alle sinnvollen und notwendigen chirurgischen Leistungen auch ohne mobile Behandlungseinheit vor Ort oder in der Praxis durchführen. Die Indikation zur Extraktion wird sehr streng gestellt. Wurzelreste und auch tief zerstörte Zähne werden meist im Mund belassen. Im Fokus zur Extraktion stehen vor allem sehr stark gelockerte Zähne mit Gefahr der Aspiration oder schmerzhaftes Zähne.</p> <p>Der Einsatz von Hämostyptikum, Naht, Verbandplatten und Antibiotikum wird vom Einzelfall abhängig gemacht. Röntgenbilder können leider nicht in allen Fällen angefertigt werden.</p> <p>Aufwendige Sanierungen sind sehr selten notwendig und erfolgen nach Einweisung in die Klinik.</p>	<p>Gerade blutige Eingriffe erfordern zwingend eine gründliche Vorbereitung: Anamnese, Hausarzt- oder internistisches Konsil, Medikamentencheck und Abstimmung mit Betreuung oder Bevollmächtigten sind unverzichtbar.</p> <p>Zahnextraktionen sind dabei die häufigste chirurgische Therapie. Entsprechend der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität können sich zum Beispiel Hinweise ergeben, ob Wurzelreste entfernt werden sollten oder nicht (Abb. 2.2).</p> <p>Bei „grünen Patienten“ unterscheidet sich nach Zustimmung, eines möglicherweise vorhandenen Betreuers, nichts vom Vorgehen in der Praxis.</p> <p>Bei „gelben Patienten“ ist das Belassen eines klinisch symptomfreien Wurzelrestes ggf. tolerierbar. Eine Abdeckung mit einer prothetischen Versorgung ist möglich. Eine Extraktion erfolgt eher bei Beschwerden mit entsprechender Symptomatik oder Gefährdungspotenzial.</p> <p>Bei „roten Pflegebedürftigen“ verbleiben Wurzelreste regelmäßig in situ, wenn nicht mit einem bevorstehenden Spontanverlust mit Aspirationsgefahr gerechnet werden muss.</p>
Konservierende Maßnahmen	
<p>Konservierende Maßnahmen in der Häuslichkeit oder im Heim werden selten durchgeführt und beschränken sich auf den Einsatz von Exkavator und Cavit.</p> <p>Scharfe Zahnkanten beispielsweise aufgrund von Absplitterungen oder kariösen Läsionen werden mit dem mobilen Motor mit angepasster Drehzahl und Speichelkühlung gerundet, um die Verletzungsgefahr zu reduzieren.</p>	<p>Im Rahmen der Füllungstherapie ist eine relative Trockenlegung Standard und auch bei mobilen Einsätzen nötig. Damit kann nur in Ausnahmen, wie zum Beispiel bei provisorischen Füllungen, auf eine mobile Einheit mit Kompressor und Saugmaschine verzichtet werden.</p>
Parodontologische Maßnahmen	
<p>Systematische PAR-Behandlungen erfolgen außerhalb der Praxis in aller Regel nicht, da die Voraussetzungen für eine richtlinienkonforme Behandlung bei den meisten betroffenen Patienten aktuell nicht erfüllt werden können. Daher beschränken sich notwendige parodontologische Maßnahmen auf Exzisionsbehandlungen (Exz2) nach strenger medizinischer Indikation und guter Dokumentation.</p>	<p>Parodontalerkrankungen sind bei den bezahnten Pflegebedürftigen häufig zu finden. Durch einfaches Screening (PSI-Sonde) kann auch in der Pflegesituation der parodontale Handlungsbedarf festgestellt werden.</p> <p>Es können in der Regel alle Maßnahmen der nichtchirurgischen parodontalen Therapie durchgeführt werden. Abrechnungstechnisch ist eine parodontale Therapie nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenkasse mit allen Auflagen in einer Pflegesituation jedoch schwer durchzuführen. Hieraus ergibt sich im Bereich der parodontalen Behandlung eine Versorgungslücke. Mit der hohen Inzidenz der Parodontalerkrankungen sind ebenfalls eine unterstützende Parodontitistherapie (UPT) und professionelle Zahnreinigungen (PZR) indiziert. Diese Maßnahmen können, wie in der Praxis, an die geschulte zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) delegiert werden. Ausdrücklich sei dabei auf die Stellungnahme der DGAZ zur Delegation verwiesen.</p>



Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Vorbereitend ist immer eine genaue Anamnese sowie das Auseinandersetzen mit der Diagnose- und Medikationsliste durchzuführen. In den meisten Fällen empfiehlt es sich, ein hausärztliches (oder ggf. fachärztliches) Konsil zu erbitten. Auch müssen für Personen, die einen gesetzlichen Betreuer (für medizinische Angelegenheiten) haben, die entsprechenden Einverständnisse eingeholt werden.</p> <p>Häufig ist zu entscheiden, ob ein Zahn oder ein Wurzelrest bei einem Patienten mit einer komplexen Anamnese entfernt werden sollte. Es ist durchaus vertretbar, Wurzelreste zu belassen, wenn das Risiko für eine nicht beherrschbare Komplikation größer ist als der Nutzen für den Patienten. Sehr kritisch sollte abgewogen werden, wenn ein Spontanverlust mit Gefahr des Verschluckens oder der Aspiration besteht. Eine Abdeckung des belassenen Restes und auch eine eventuelle Versorgung mittels Deckprothese ist möglich und kann für den Patienten eine Verbesserung der Lebensqualität bedeuten.</p>	<p>Mit der mobilen Röntgenausstattung können viele oralchirurgische Eingriffe vor Ort mit dem Wissen aus den radiologischen Befunden durchgeführt werden. Extraktionen vor Ort, sind durch die Absaugleistung der zahnärztlichen Behandlungseinheiten auch möglich. Es werden hier keine mobilen Behandlungsgeräte wie in den anderen Konzepten genutzt, sondern Behandlungseinheiten, wie sie im Praxisalltag zur Verfügung stehen.</p> <p>Medizinisch risikoreichere Eingriffe bei instabilen Patienten können nur unter Wahrung der Vorsichtsmassnahmen umgesetzt werden. So ist vor solchen Eingriffen (z. B. bereits eine Lokalanästhesie beim kreislaufinstabilen Patienten) in Einrichtungen ohne einen anwesenden Arzt vor Ort dringend abzuraten.</p>
<p>Konservierende Maßnahmen sind durchaus möglich. Die modernen mobilen Behandlungseinheiten zeigen eine gewisse Leistungsstärke, sind aber nicht vergleichbar mit den Bedingungen in der Praxis, da die Saug- und Kompressorleistungen deutliche Grenzen haben.</p>	<p>Im Rahmen der Füllungstherapie sind, aufgrund der guten Lagerung der Patienten und einer regelhaften Trockenlegung, alle üblichen Behandlungen möglich. Die Möglichkeit der röntgenologischen Kontrolle lässt auch Wurzelkanalbehandlungen zu.</p>
<p>Die Prävalenz für Erkrankungen des Parodonts ist bei Betagten und Hochbetagten hoch. Infrage kommende Maßnahme ist die klassische Zahnsteinentfernung, die jedoch mehrmals im Jahr durchzuführen wäre. Eine Finanzierung im Bereich der gesetzlichen Krankenkasse steht dafür noch aus.</p> <p>Auch eine systematische Parodontaltherapie ist nach GKV-Richtlinien in der Regel bei dieser Patientengruppe ausgeschlossen, da die geforderten Vorbehandlungen und die Mitwirkung des Einzelnen häufig nicht erbracht werden können.</p> <p>Ersatzweise könnte die Behandlung mit den BEMA-Ziffern der Exzision abgerechnet werden – was in manchen KZV-Bereichen mit einer gesonderten Begründung in gewissen Grenzen möglich ist. Letztendlich ist es sinnvoll, die Patienten/deren Betreuer zu motivieren, eine professionelle Zahnreinigung (PZR) durchführen zu lassen. Gemäß dem Delegationsrahmenplan der Bundeszahnärztekammer ist dies, wie in der Praxis auch, durch entsprechend geschultes zahnärztliches Fachpersonal unter der Aufsicht des Zahnarztes vor Ort möglich.</p>	<p>Parodontale Erkrankungen sind bei Pflegebedürftigen häufig vorhanden. Eine Therapie kann im Rahmen des maxi-mobiDent-Einsatzes begonnen werden, zieht aber dann weitere Behandlungen mit dem mini-mobiDent nach sich. Die instrumentelle Ausstattung ist im maxi-mobiDent die gleiche wie in der Praxis.</p> <p>Die Finanzierung muss gesondert mit dem Patienten/Beistand vereinbart werden.</p>



5. Behandlungsspektrum in der aufsuchenden Betreuung

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
Prothetische Maßnahmen	
<ul style="list-style-type: none"> ● Reinigung und Instandsetzung vorhandener Prothesen ● Entfernung scharfer Kanten ● Klammeraktivierung ● Austausch von Retentionselementen ● Erweiterung ● Unterfütterung ● Herstellung von Interims- und Immediatprothesen sowie im Einzelfall von definitiven Totalprothesen/Duplikatprothesen <p>Für alle diese Maßnahmen werden dieselben Materialien eingesetzt wie in der Praxis.</p> <p>Knirscherschienen sind eine absolute Ausnahmeleistung. Bei Knirsch-/Pressgewohnheiten kommen in Absprache mit dem Hausarzt bzw. Neurologen eher medikamentöse Therapiestrategien zum Einsatz.</p>	<p>Zur mobilen zahnmedizinischen Routine sollten in erster Linie Wiederherstellungsmaßnahmen des vorhandenen prothetischen Ersatzes gehören. Dazu zählen Unterfütterungen, Reparaturen oder Erweiterungen.</p> <p>Folgende weitere prothetische Maßnahmen sind Bestandteil des mobilen Einsatzes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verbesserung der Hygienefähigkeit des Zahnersatzes (Abb. 2.3) ● Prothesenbeschriftung (Abb. 2.4) ● Prothesenreinigung ● verbessertes Prothesenhandling (Abb. 2.5 und 2.6; Komplizierte Riegelarbeiten und schwergängige Teleskopversorgungen sollten hierbei umgearbeitet werden: z. B. durch Ausschleifen der Außenteleskope zur Retentionsverminderung, Anbringen von Metallknöpfen oder nachträglich angebrachte Kerben auf den Vestibulärflächen in Höhe der Prämolaren. Auch Prothesenabzieher haben sich bewährt.) ● Doublieverfahren (Neuanfertigungen von Zahnersatz sind aufgrund von Adaptationsschwierigkeiten oft nicht möglich. Hier können die verschiedenen Doublieverfahren helfen.) ● Konditionierung der Prothesenlager/-basis (Beseitigung von Passungenauigkeiten der Basis, Okklusions- oder Artikulationshindernissen, Bürstenbiopsie zur Infektionsspezifizierung, weichbleibende Unterfütterung) ● Prothesenkarenz (z. B. hochgradige Demenz, palliatives Endstadium oder massive Druckstelle)

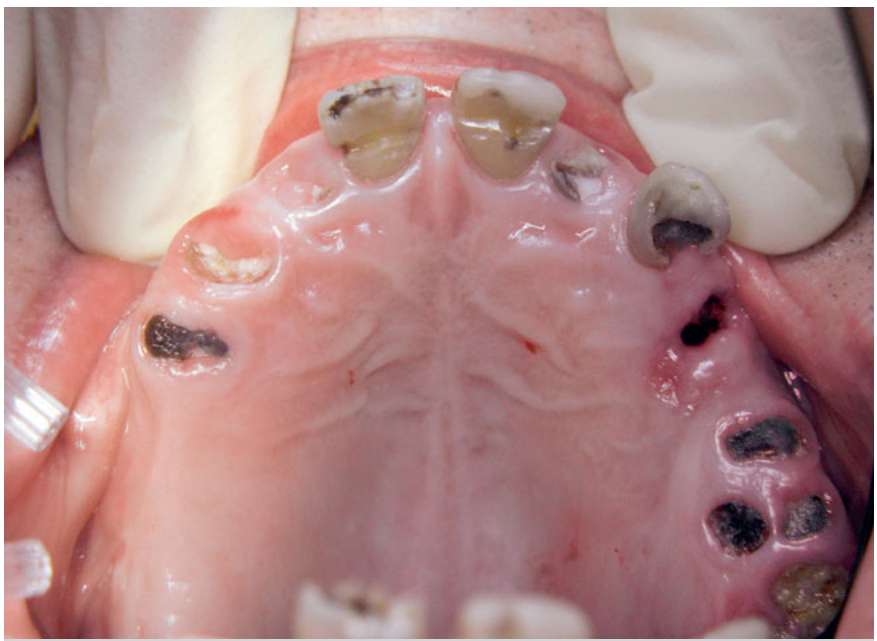


Abb. 2.2 Wurzelreste entfernen oder belassen?

Versorgungskonzept 3

- Wiederherstellungsmaßnahmen der vorhandenen Prothese (Von intensiven Reinigungen mit anschließender Versiegelung ungünstiger Übergänge mittels transparentem Kunststoff oder dem Austausch abgebrochener Zähne bis zum Ansetzen abgebrochener Kunststoffschilde gibt es viele solcher Kleinreparaturen, die von großer Wirkung sein können.)
- Prothesenbeschriftungen (s. Abb. 2.4; Dies stellt eine große Hilfe für Pflegekräfte dar. So kann beim Auffinden von Prothesen eine schnelle Zuordnung erfolgen und Verwechslungen können vermieden werden.)
- Neuanfertigungen von Zahnersatz (Muss neuer Zahnersatz angefertigt werden, so sollte eine einfache Konstruktion gewählt werden [g3S-Konzept]. Drahtklammerprothesen, Einstückgussprothesen oder Totalprothesen lassen sich mit den bewährten Techniken oftmals gut anfertigen.)

Grundsätzlich wird der vorhandene Zahnersatz, den der Patient gut adaptiert hat, erhalten (Cave: geringere Adaptationsfähigkeit). Auch wenn die Optik der Prothetik manchmal zu einer Neuanfertigung auffordert, sind die Patienten meist damit zufrieden und der Erhalt, bzw. kleine Schönheitsreparaturen, lassen den Patienten wieder strahlen.

Cave – Abformung bei Schluckstörung:

Bei der Abformung sollte immer eine mögliche Dysphagie als limitierender Faktor in Betracht gezogen werden. In Einzelfällen

Versorgungskonzept 4

- Wiederherstellungsmaßnahmen oder Umarbeitung der vorhandenen Prothesen
- Verbesserungen der Hygienefähigkeit des Zahnersatzes
- Prothesenbeschriftungen
- Prothesenreinigungen
- Herstellung von Zahnersatz im Doublierverfahren
- Rebasierungen von Prothesen
- Aufbissschienen
- Neuanfertigung von festsitzendem und abnehmbarem Zahnersatz in Kombination mit mini-mobiDent-Einsätzen

Generell gilt: Limitierende Faktoren im Behandlungsangebot ergeben sich aus zeitlichen und medizinischen Gründen sowie den pflegerischen Möglichkeiten. Faktoren sind komplexe Behandlungen, die einer zeitlichen Koordination bedürfen (z. B. Absetzung einer Antikoagulation), chirurgische Maßnahmen (z. B. Bedarf einer Panoramaschichtaufnahme), komplexe Sanierungen über mehrere Sitzungen und Narkosesanierungen, hoher administrativer Aufwand (z. B. Abstimmung der Behandlungsplanung mit dem gesetzlichen Vertreter, Einholung von Kostenplan-Bewilligungen, Abklärung medizinisch relevanter Parameter) und medizinisch risikoreiche Eingriffe (nach Ermessen des verantwortlichen Behandlers).

Nicht nur die apparativen Möglichkeiten vor Ort entscheiden über die zahnärztliche Betreuung. In Einrichtungen mit hoher Organisationsfähigkeit kann eine Behandlung umgehend



a



b

Abb. 2.3 a und b Wichtig: Hygienefähige Gestaltung, konvexe Flächen und fließende Übergänge zur Minimierung der Belagsanhaftung. (Fotos: ZTM Gerhard Maass)



5. Behandlungsspektrum in der aufsuchenden Betreuung

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
Prothetische Maßnahmen	
	Mögliche prothetische Therapien in Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit und dem Ort der Behandlung sind in Abb. 2.7 zusammengefasst.



Abb. 2.4 Dieser Patient hat seine häufig erweiterte Prothese seit 20 Jahren. Die Adaptation an neuen Zahnersatz fällt den Menschen mit Pflegebedarf häufig schwer, daher werden Umbauprothesen mit Erweiterungen und Unterfütterungen bevorzugt. Durch die Beschriftung ist eine eindeutige Zuordnung des vorhandenen Zahnersatzes möglich.



Abb. 2.5 Knöpfe als Ausgliederungshilfen.



Abb. 2.6 Prothesenabzieher nach Johnki. (Foto: Johnki)



Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>empfiehlt es sich, zuvor einen Logopäden zu konsultieren, um mögliche Komplikationen zu vermeiden. Ansonsten kann in gewohnter Weise vorgegangen – und im Zweifelsfall auch ein Kompromiss akzeptiert werden.</p>	<p>stattfinden, wenn Absprachen zur Behandlung und Kostenplan-Bewilligungen (in der Schweiz werden die Kosten für eine zahnärztliche Behandlung durch den Patienten oder das Amt getragen) rasch eingeholt werden können. Pflegerisches Können und Interesse im Umgang mit den Patienten bestimmen oft auch die Länge und Intensität einer Behandlung. Im Umkehrschluss bringt nicht jede Einrichtung die Voraussetzungen mit, um die mobile Zahnklinik maximal zu nutzen.</p>

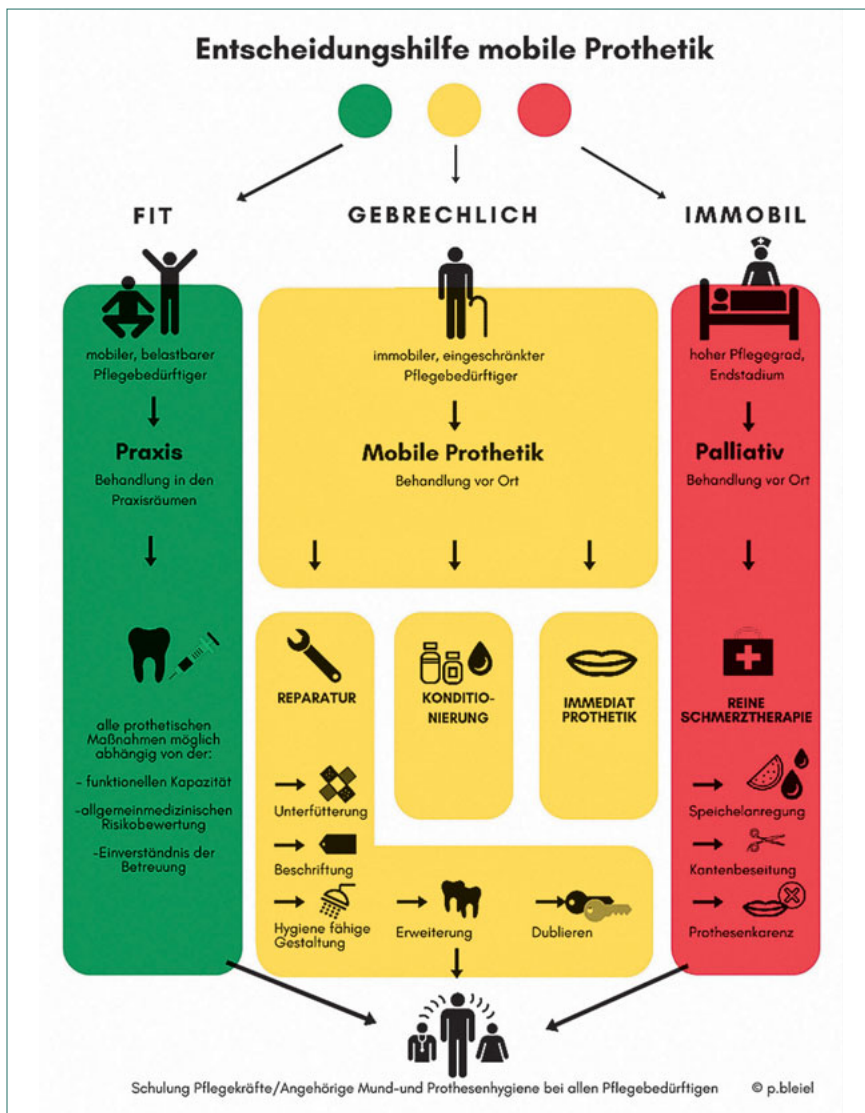


Abb. 2.7 Entscheidungshilfe zur prothetischen Versorgung in der aufsuchenden Betreuung.



6. Behandlungsorganisation innerhalb der Praxis

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>Barrierefreiheit beginnt im Kopf. Die eingangs beschriebenen Hindernisse (Stufen, Türen, Rezeption, Toilette) werden durch das Praxisteam mit entsprechenden Verfahrensanweisungen überwunden. Bei immobilen Patienten wird darum gebeten, am Hauseingang zu klingeln, damit diese dort abgeholt und begleitet werden können. Die Mitarbeiterinnen sind geschult im Umgang mit Pflegebedürftigen (z. B. Validation, Anbahnung, Transfer, Lagerung, medizinische Aspekte). Zum Umgang mit Medikationsplänen wird das MIZ-Programm (Medikamenten-Info für Zahnärzte) von ZA Ulrich Pauls, M.A. eingesetzt. Zur Ausstellung von Transportscheinen wird der „Leitfaden zur Verordnung einer Krankentransportbeförderung“ der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK BW) genutzt. In der Praxis kennen die Mitarbeiterinnen den Leitfaden der LZK BW zum „Behandlungsverhältnis bei Pflegebedürftigen und bei Menschen mit Behinderung – rechtliche Aspekte“. Zunächst aber kommt kein pflegebedürftiger Mensch in die Praxis, bevor er nicht zu Hause gesehen worden ist. Erreicht ein entsprechender Anruf die Praxis, werden lediglich Name und Telefonnummer notiert und der Rückruf durch einen Behandler vereinbart – Zeitaufwand maximal eine Minute. Beim Rückruf durch den Behandler werden die wichtigsten Fragen geklärt und ein Termin für den Hausbesuch abgestimmt – Zeitaufwand maximal fünf Minuten. Das Telefonat wird später als Beratung über die Position ÄI abgerechnet. Im Hausbesuch selbst gilt es, sich neben der Versorgungsdiagnose vor Ort kurz einen Überblick zu</p>	<p>Für jeden Patienten wird eine Inventarliste erstellt und das benötigte Instrumentarium und Material in eine Tasche gepackt (Abb. 2.8; z. B. verschweißte Sterilguttüte, RKI-Richtlinien finden Berücksichtigung). So wird weniger vergessen! Prophylaxemaßnahmen und einfache Therapie sind auch mit einem aufladbaren Mikromotor mit Universalkupplung zur Aufnahme eines Technikhandstückes oder Winkelstückes ausreichend durchführbar (z. B. Bravo Marathon Portable 3, Fa. Hager & Werken, Duisburg). So reicht ein Handstück mit Fräse, um Druckstellen zu beseitigen. Moderne Silikone in Mischpistolen mit Universalkolben machen Spatel und Anmischblock überflüssig (Abb. 2.9). Silikone sollten dabei gleichzeitig für funktionelle Ausformungen, Überabformungen und Bisregistrature geeignet sein. Oft kann auf einen klassischen Alginatabdruck verzichtet werden und mühsame Anmischvorgänge bleiben erspart. Ohne Absaugvorrichtung können Spülflüssigkeiten auch mit Nierenschale aufgefangen werden (Abb. 2.10). So viel wie möglich sollte dabei als „Einwegmaterial pro Patient“ vorbereitet werden. So können Spülflüssigkeiten wie Chlorhexidin oder Wasserstoffperoxid schon gebrauchsfertig in Spritzen aufgezogen und Salben wie Dynexan oder Dontosilon in Einzeldosen in Spritzen vorgepackt werden. Selbst bei Primer-Adhäsiven gibt es Single-Dosierungen (z. B. Adper prompt L-pop; Fa. 3M Espe, Seefeld).</p>



Abb. 2.8 Material und Instrumente werden für jeden Patienten einzeln verpackt: Das ist hygienisch und es wird nichts vergessen.



Abb. 2.10 Handtuch und Nierenschale können schwere Absauggeräte ersetzen.



Abb. 2.9 Mit einer Doppelkolbenmischpistole sind unterschiedliche Silikone nutzbar.

Versorgungskonzept 3

Vorbereitend für die Erstuntersuchung wird dem Behandler von der Einrichtungsverwaltung eine vom Patienten/Betreuer unterschriebene Einverständniserklärung zur „Teilnahme an der zahnärztlichen Betreuung“ zur Verfügung gestellt (Berücksichtigung des Gebots der freien Arztwahl). Darüber hinausgehende Unterlagen werden vor dem Erstkontakt mit dem Patienten nicht angefordert. Alle weiteren Informationen (Stammblatt mit Diagnoseliste, Medikationsliste, Versichertenkarte) werden dann unmittelbar am Tag der Erstuntersuchung entgegengenommen. Die Daten werden vor Ort via Mini-Scanner in die Praxissoftware aufgenommen (Abb. 3.5).

In den Einrichtungen werden sowohl Untersuchungen als auch Behandlungen durchgeführt. Für Maßnahmen, die den Einsatz von rotierenden Instrumenten bzw. Ultraschall und einer Absaugung benötigen, steht eine mobile Einheit (Dentalone Fa. NSK; Abb. 3.6) sowie ein mobiler Technomotor zur Verfügung (SMT K-38, Fa. Saeyang, Dakseo-gu, Korea).

Das benötigte Instrumentarium sowie die Materialien befinden sich permanent gepackt in verschiedenen Kunststoffboxen (TANOS Medical Systainer Abb. 3.7). Lediglich chirurgische Instrumente werden individuell separat für geplante Extraktionen mitgeführt. Das Instrumentarium wird grundsätzlich nach jedem Einsatz aufgearbeitet und sofort wieder aufgefüllt, sodass die Ausrüstung, und damit die „mobile Praxis“, jederzeit einsatzbereit ist.

Versorgungskonzept 4

Die Logistik/Organisation der mobilen Zahnarztpraxis ist, im Vergleich zu einer ortsgebundenen Versorgung, komplex.

Konzeptionell werden in der mobilen Zahnarztpraxis klinische und administrative Aufgaben getrennt bearbeitet: Das klinische Team soll administrativ möglichst entlastet werden, um sich intensiv der Betreuung des medizinisch hochkomplexen Patienten widmen zu können.

Das administrative mobiDent-Team gliedert sich in zwei Bereiche auf:

1. mobiDent-Sekretariat: Dieses übernimmt alle Funktionen, welche mit der Einrichtungsbetreuung verbunden sind (Neuaufnahme von Einrichtungen, Jahresterminplanung, Personalplanung, Inventur, Organisation von Neu- und Ersatzanschaffungen, Organisation von Pflegefortbildungen, ökonomische Abwägungen und Statistik).
2. Einsatz-Administration: Diese betreut die Vorbereitungen des klinischen Einsatzes „Zahnarzt – Patient – Einrichtung“ (Terminplanungen für den jeweiligen Einsatztag inkl. Tagesplanerstellung, Vorbereitung der Patientendokumentation, Abrechnung, Bearbeitung von patientenbezogenen Fragestellungen/Reklamationen/Mahnwesen).
3. Administration in der Einrichtung: Einverständniserklärungen werden gesondert in den Einrichtungen geklärt und am Einsatztag dem Einsatzleiter gesammelt mit den Diagnose- und Medikamentenlisten übergeben.

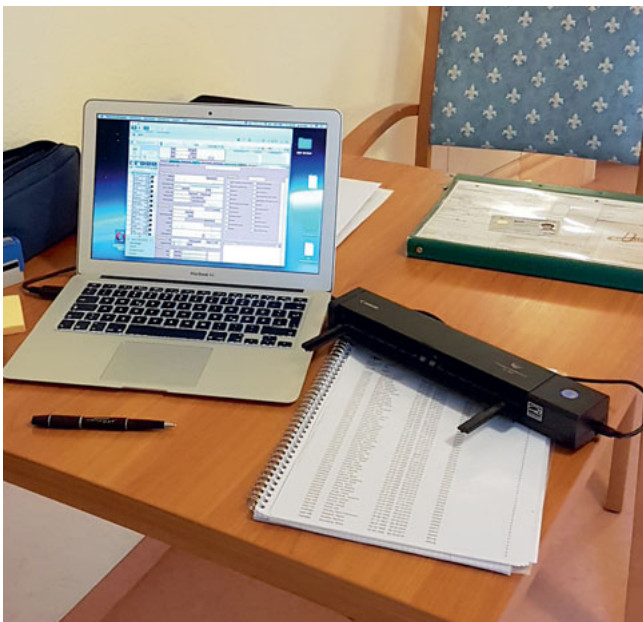


Abb. 3.5 Ein Mini-Scanner (P-20811, Fa. Canon) ist immer dabei.



Abb. 3.6 Die mobile Behandlungseinheit (Dentalone) und die gepackten TANOS Systainer Kunststoffboxen.



6. Behandlungsorganisation innerhalb der Praxis

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>verschaffen, ob und wenn ja, welche Behandlung notwendig bzw. sinnvoll ist und wo diese am besten durchgeführt werden kann. Dasselbe gilt für Bewohner der Pflegeeinrichtungen. Hier erfolgt die Anforderung mittels spezieller Aufnahme- bzw. Überleitungsbögen) per Fax. Ein zeitnaher Rückruf durch den Behandler erlaubt auch ggf. notwendige Informationen zu ergänzen und einen Termin für den Besuch zu vereinbaren (wird als ÄI abgerechnet).</p> <p>Wenn Patienten zwar gebrechlich aber gut belastbar sind, wird versucht, das Umfeld zu motivieren, professionelle Zahnreinigungen in kurzen Zeitabständen (ca. alle drei Monate, manchmal auch alle sechs Wochen) mit verkürzter Dauer (ca. 15–30 min) in der Praxis zu realisieren, um die tägliche Mundpflege zu unterstützen und die Mundgesundheit professionell aufrechtzuerhalten. Sind umfangreichere Füllungsmaßnahmen geplant, werden die betroffenen Patienten an Tagen einbestellt, an denen viele OI-Patienten kommen. Dann ist es kein Problem, wenn der Patient, aufgrund von Krankheit nicht oder bedingt durch den Transport, verspätet kommt. Zudem kann man jederzeit die Behandlung beenden oder aber mit kleinen Pausen gleich weitere Füllungen legen, ohne die Patienten zu überfordern.</p> <p>Alle pflegebedürftigen Patienten werden mit dem Kürzel „AuB“ in der Praxisverwaltungssoftware gekennzeichnet. Patienten aus Pflegeeinrichtungen erhalten zudem eindeutige Zusätze (z. B. „AuB-E“).</p> <p>So lässt sich diese Patientengruppe mit ihren Untergruppen effizient verwalten und auch statistisch ohne großen Aufwand auswerten.</p> <p>Da die Praxis noch doppelt dokumentiert (Papierkarten und digital), werden die Karten der Einrichtungsbewohner in separaten Karteikartenboxen geführt – vor allem für die Reihenuntersuchungstermine sind sie so direkt verfügbar und müssen nicht aufwendig aus der Gesamtkartei herausgesucht werden.</p>	<p>Beispielhaft ergeben sich so folgende Einwegtaschen oder Tüten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Beratung und Untersuchung: Spiegel, Sonde, Pinzette, PSI-Sonde, Untersuchungshandschuhe ● PZR oder UPT: Patientenumhang, Handtuch, portable eBite Lichtkeil (Fa. Dentzone, Irving, Texas, USA), Aufbisskeil (z. B. Open Wide Mouth Rest, Fa. Specialized Care Comp., Hampton, USA), Spiegel, Sonde, Pinzette, Universalkürette, Universalscaler, Chlorhexidin-Spray 0,2 %, Chlorhexidin-Gel 1 %, Wasserstoffperoxid-Lösung 3 %, Chlorhexidin-Spüllösung 0,2 % (abgefüllt in Einmalspritzen mit stumpfen Aufsätzen), Nierenschale aus Hartpappe, Polierkelche und Bürsten, Prophyl Angles mit Prophylaxehandstück (Fa. Hager & Werken, Duisburg), Polierpasten, tragbarer Mikromotor mit Universalkupplung, Interdentalbürsten verschiedener Stärken, Dr. Barman's Superbrush (Fa. Dentaco, Haukeland, Niederlande), Duraphat 5 mg (Fa. CP GABA, Hamburg), Tooth Mousse/Dry Mouth Gel (Fa. GC, Bad Homburg), Saliva Natura (Fa. Medac, Wedel) ● Füllungstherapie: Patientenumhang, Handtuch, portable eBite, Aufbisskeil, Spiegel, Sonde, Pinzette, Nierenschale aus Hartpappe, Watterollen, Pellets, Dyract (Fa. Dentsply DeTrey, Konstanz), Tetric Ivoclar in Karpulen mit Applikatorpistole (Fa. Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein), Adper prompt L-pop, Polierkelche und Bürsten, Rosenbohrer, Diamanten, Tofflemire-Matrize, Zahnhalsmatrize, Holzkeile, Grünring, Rotring ● Extra-Mehrwegmaterial: UV Licht und mobile Einheit ● Extraktion OK/UK: OK-Prämolarenzange, Silbersonde, Tupfer Bein'scher Hebel, Ampullen-Anästhetikum, Einwegspritze, Kanüle, Nahtmaterial ● Prothetik: Silikone mit Mischaufsätzen, Fräsen, Technikhandstück, Gummipolierer, Blaupapier, Dynexan in Einmalspritze (Fa. Kreussler Pharma, Wiesbaden), Einwegplastiklöffel für Teilabformung, Alginat (eingeschweißt in Einzeldosen) <p>Extra-Mehrwegmaterial: Pistole zur Aufnahme der Silikone, akkubetriebener Mikromotor (mit Universalkupplung)</p> <p>Einige Instrumente müssen bei mehreren Patienten benutzt werden. Diese „Mehrwegsysteme“ sind Instrumente wie die UV-Lampe, die Kartuschenpistole sowie der akkubetriebene Mikromotor oder das Kartenlesegerät. Zur Verringerung der Keimexposition und Übertragung sind feuchte Desinfektions- und Reinigungstücher zur Wischdesinfektion nach jeder Benutzung indiziert.</p> <p>Zum Transport haben sich stapelbare Plastik-Containersysteme durchgesetzt (z. B. Systainer, Fa. Tanos, Illertissen), die gut flächendesinfizierbar und in „rein“ und „unrein“ oder Abwurfcontainer getrennt werden können.</p> <p>Mit der tragbaren Absaug- und Kompressoreinheit Aseptico (Metis Dental, Stegaurach) oder mit der Dentalone (NSK, Tokio, Japan) bestehen gute Erfahrungen.</p>

Versorgungskonzept 3

Versorgungskonzept 4

Das klinische mobiDent-Team konzentriert sich auf die Patientenbetreuung. Administrativ übernimmt das Team einige Vorbereitungsaufgaben (z. B. Verbrauchsmaterialbestellungen, Instrumentierung des mobiDents, Nachbearbeitung des Einsatzes, Abklärung mit den Angehörigen und Ärzten zum weiteren Vorgehen).

Auch die Sicherstellung der weiteren Einsatzfähigkeit der mobilen Praxis ist Aufgabe des klinischen Teams (z. B. Einleitung notwendiger Reparaturen vor Ort oder an der Stammklinik). Die Ausstattung der mobilen Praxis ist ähnlich der einer ortsgebundenen Zahnarztpraxis. Aufgrund des sich fast täglich abwechselnden klinischen Personalteams ist eine strukturierte Vorgehensweise mit geregelten Abläufen und Zuständigkeiten Basis der Zusammenarbeit innerhalb des zahnmedizinischen Teams.



Abb. 3.7a und b Der TANOS Medical Systemarbeitsgerät bietet viel übersichtlichen Stauraum. Eine individuelle Zusammenstellung der Boxen ist möglich (Höhe, Größe und Aufteilungen der Boxen).



7. Behandlungsorganisation außerhalb der Praxis durch Schulung des Pflegepersonals und der Angehörigen

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>Grundsätzlich wird versucht, jedes Jahr ein bis zwei Schulungen des Pflegepersonals durchzuführen. Für die Fortbildung hat sich die Zeit nach dem Schichtwechsel am sinnvollsten erwiesen, da die Pflegeeinrichtungen hier die meisten Pflegekräfte dafür mobilisieren können. Auf diese Weise sollen nach und nach Mundmanager als Multiplikatoren entwickelt werden. Für Pflegegeschüler bieten sich Mentoreneinheiten an. Diese sind zeitlich flexibel planbar. Inhalte der Schulungen sind die Schulungsmittel der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (Vorträge, Diashow zu Pathologien der Mundhöhle, Pflegeritual, Mundpflegestandard, Pflegefilm, Phantomkopf mit Übungsmodellen). Besonders bewährt hat sich eine Kombination aus theoretischer Wissensvermittlung und praktischen Pflegeübungen, wie gegenseitiges Zähneputzen, Inspektion der Mundhöhle und Ein- und Ausgliedern von Zahnersatz am Phantomkopf.</p> <p>Vor allem bei den Mentoreneinheiten mit Pflegegeschülern werden im Anschluss an ausgewählten Einrichtungsbewohnern die praktischen Kompetenzen vertieft. Zum Abschluss der Schulung erhalten die Teilnehmer eine Teilnahmebescheinigung – ebenfalls ein Formular der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg. Im Rahmen des Kooperationsvertrages kann darüber hinaus die Pflege – wo es nötig ist – für den einzelnen Bewohner angeleitet werden.</p> <p>In der Häuslichkeit beschränkt sich die Schulung auf notwendige Pflegemaßnahmen – entweder vor Ort oder im Rahmen der Prophylaxesitzung in der Praxis.</p>	<p>Alle zahnärztlichen Maßnahmen, unabhängig von Belastbarkeit und Pflegegrad der Senioren, sollten in ein Konzept der Mund- und Prothesenhygiene eingebettet sein. Selbst bei Prothesen, die unter gerontologischen Gesichtspunkten optimal hygienisch gestaltet sind, verbleibt am Zahnersatz eine massive Keimbelastung – insbesondere an der schleimhautzugewandten Seite (Abb. 2.11).</p> <p>Viele Pflegekräfte und Angehörige sind überfordert und oft unwissend. Sie haben Scheu, die Prothesen aus dem Mund zu nehmen und fürchten, die Patienten zu verletzen. Oft besteht hier auch ein mangelndes Problembewusstsein (Abb. 2.12). Bei der Fülle der Aufgaben, gerade bei schwerwiegenden Pflegefällen, erscheint die Mundhygiene verständlicherweise marginal. Zusammenhänge zur Allgemeingesundheit sind darzustellen, aber auch der deutliche Benefit an konkreten Beispielen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bei passendem Zahnersatz und einer schmerzfreien Mundhöhle lässt sich schneller die Nahrung anreichen, sodass sogar Zeit in der Pflege gewonnen werden kann. ● Mit welchen Handgriffen und welchen Hilfsmitteln wird die Mund- und Prothesenhygiene bei demenziell veränderten Pflegebedürftigen machbar? Oft wird die Machbarkeit bestritten und ein Versuch mit „Gewalt in der Pflege“ betitelt, sodass hier einfühlsam aber bestimmt Überzeugungsarbeit geleistet werden muss. <p>Zur besseren Umsetzung gibt es gute Unterstützung durch Schulungsmaterialien.</p>



Abb. 2.11 Entscheidend für die Hygienefähigkeit ist die Prothesenbasis.



Abb. 2.12 Mangelndes Problembewusstsein oder die Sorge, etwas falsch zu machen, erschweren die Übernahme der Mundhygiene durch das Pflegepersonal.



Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Zur Schulung von Pflegekräften und Angehörigen gibt es kein spezielles Konzept. Aufgrund der bereits beschriebenen äußerst schwierigen und fragilen Kommunikation in der Einrichtung wurden diese Maßnahmen auf ein sehr bedarfsmäßiges Minimum reduziert. Für Situationen und Fälle, in denen es doch unabdingbar ist Informationen zur Mundpflege weiterzugeben, stehen verschiedene Demonstrationshilfsmittel zur Verfügung. Der ebenfalls immer einsatzbereite „PZR-Systemer“ enthält Schulungsmodelle und verschiedene Mundhygieneartikel, sodass im Bedarfsfall und auf Wunsch Pflegekräfte oder auch interessierte Angehörige direkt am Patienten unterwiesen werden können.</p>	<p>Als Schnittstelle zur Einrichtung hat sich die Einführung eines Oral Health Care Managers (OHCM), eine für die Koordination „Zahnarztteam – Einrichtung“ zuständige und durch die Einrichtung bestimmte Ansprechperson, bewährt. Dieser bildet die Schnittstelle für Bedürfnisse im Rahmen der Zusammenarbeit. Der OHCM oder idealerweise mehrere OHCMs der Einrichtung (z. B. einer pro Pflege-/Funktionsabteilung) koordinieren die innerhalb der Einrichtung anfallenden Aufgaben vor, während, nach und zwischen den einzelnen Zahnarztbesuchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aufnahme der Patienteneinwilligungen zur zahnmedizinischen Versorgung inkl. Verwaltung der An-/Abmeldungen, ● Einholung der erforderlichen Unterlagen und Daten des Patienten, ● Termin- und Raumorganisation sowie ● interne und externe Koordination. <p>Für ein mobiles Zahnarztpraxisteam bedeutet die tageweise Eingliederung der eigenen Arbeitsabläufe in eine fremde Arbeitsumgebung eine erhebliche Anpassungsleistung. Am Einsatztag entlastet der OHCM das zahnmedizinische Team durch seine Anwesenheit mit Übernahme von Aufgaben, z. B. koordiniert er den Patientenfluss, vermeidet unnötige Wartezeiten für Patient und Begleitperson und begleitet den Zahnarzt zu Patienten auf deren Zimmer.</p> <p>Angehörige werden zur Mundpflege angeleitet, wenn sie bei der Behandlung am Einsatztag den Patienten begleiten.</p>



8. Hilfsmittel zur Kommunikation

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>Die Praxis nutzt keinen speziellen Anamnesebogen für gebrechliche Patienten. Besondere Merkmale und Kontaktdaten (z. B. Betreuer) werden im Rahmen des ersten Besuches vor Ort oder im Patientengespräch persönlich erhoben/aktualisiert und auf der Karte vermerkt.</p> <p>Neben Flyern zur Aufklärung und Einverständniserklärung wird ein zahnärztlicher Aufnahmebogen genutzt. Von Anfang an ist bekannt, ob es einen Hauszahnarzt gibt, welche Pflegemittel Patienten gewohnt sind und ob eventuell vorhandene Prothesen bisher immer nachts getragen wurden oder nicht. Für den Fall einer akuten Behandlungsnotwendigkeit wird ein zahnärztlicher Überleitungsbogen ausgefüllt und in die Praxis gefaxt. Hier sind die wichtigsten Informationen für die konkrete Behandlungssituation zusammengefasst: Um wen geht es? Was ist passiert? Wer ist Ansprechpartner? Wer der Hausarzt? Wer der aktuelle gesetzliche Betreuer? Eine Auflistung aller Erkrankungen sowie ein detaillierter Medikationsplan werden hier nicht abgefragt. Diese Informationen werden eingeholt, wenn die konkrete Behandlungssituation dies erfordert – nicht z. B., wenn nur eine Klammer aktiviert, eine scharfe Kante entfernt oder eine Prothese unterfüttert werden soll. Die „Pflegeampel“ stellt als Mundhygieneplan alle wichtigen Informationen zur täglichen Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege übersichtlich dar und wird z. B. im Bad des Bewohners aufgehängt, um die Angehörigen/Pflegekräfte an die Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege zu erinnern bzw. dabei zu unterstützen.</p> <p>Diverse Formulare dienen dem Zahnarztteam zur effizienten Erfassung aller zahnärztlich relevanten Befunde und der Materialvorbereitung. So ist der zeitliche Aufwand für die Dokumentation vor Ort und auch später in der Praxis auf ein notwendiges Minimum reduziert.</p>	<p>Der Erstkontakt mit Patienten, welche die Zahnarztpraxis nur schwer aufsuchen können, erfolgt regelmäßig am Telefon. Meist rufen betreuende Angehörige, ambulante Pflegedienste oder Mitarbeiter einer stationären Einrichtung (Seniorenheim) an und bitten um Hilfe. Dabei ist es sinnvoll, eine Checkliste für den Erstkontakt vorzubereiten (Tab. 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wer ruft an? Hier kann gleich die Anforderung dokumentiert werden, die später bei der Abrechnung des Zuschlages wichtig ist. ● Hat der Patient einen Betreuer oder Bevollmächtigten? Davon muss in aller Regel ausgegangen werden. Der Kontakt zu diesen ist unabdingbar, da die Behandlung ohne Einwilligung den Straftatbestand der Körperverletzung darstellen kann.

Tab. 2 Checkliste beim telefonischen Erstkontakt.

Name des Anrufers	<i>Hr. Mustermann</i>
Tel.-Rückrufnummer	<i>00123456</i>
Name des Patienten	
Wohnung, Ort, Einrichtung	
Problem	
Hauszahnarzt	
Versicherung (gesetzlich/privat)	
Befreiung Zahnersatz ja/nein	
Bevollmächtigter? Tel.-Nummer	
Hausarzt	
Möglicher Termin	

**Versorgungskonzept 3**

Es werden keine speziellen Hilfsmittel zur Kommunikation eingesetzt. Alle Anrufe, die in der Praxis eingehen, werden in gleicher Weise bearbeitet und entsprechend den geäußerten Wünschen des Anrufenden zugeordnet. Bei Fragen, die nicht unmittelbar von der Mitarbeiterin am Telefon beantwortet werden können, erfolgt eine umgehende Rücksprache mit dem Zahnarzt, der in der Praxis für die Seniorenbehandlung und die aufsuchende Betreuung zuständig ist. Somit werden Kommunikationsprobleme und -verluste auf ein Mindestmaß beschränkt.

Es werden auch keine Checklisten benutzt. Die „mobile Praxis“ ist ein vollintegrierter, selbstständiger Teil der gesamten Praxis, sodass alle Instrumente und Materialien immer parat sind und sofort nach jedem Einsatz wiederaufbereitet und aufgefüllt werden. Für spezielle geplante Behandlungen werden nach Rücksprache zwischen begleitender Assistenz und Behandler die benötigten Utensilien gepackt.

Einzig benutztes Kommunikationsmittel zwischen Praxis und Pflegeeinrichtung ist das Formular zur Patientenmeldung für die wöchentliche Visite.

Versorgungskonzept 4

Die Kommunikation läuft über den OHCM und ist auch ausschlaggebend für den Erfolg der zahnmedizinischen Betreuung in Zusammenarbeit mit den Einrichtungen. Dadurch, dass viele Partner mit zum Teil unterschiedlichen Interessen involviert sind, wird versucht, ein einheitliches Vorgehen in allen Einrichtungen zu etablieren. Die Interessen und Spezialitäten der Einrichtungen werden frühzeitig erfasst. Bei der Aufnahme einer neuen Einrichtung werden beeinflussende Parameter abgefragt, Ziele, Mittel und Rahmenbedingungen festgehalten. Dies verhindert Reibungsverluste, wenn die Kooperation bereits begonnen hat.

Jeder OHCM wird im Rahmen einer eintägigen Schulung zu den wichtigsten zahnmedizinischen Fachbegriffen und zum Informationsbedarf des Zahnarztteams ausgebildet. Während der Einsätze lernt das Praxisteam vom OHCM die unterschiedlichen Kommunikationsstile und -muster in den Einrichtungen kennen, z. B. auch die Präferenzen der Einrichtung im Umgang mit den Angehörigen (Information der Angehörigen bevorzugt durch Pflegekräfte, Arzt oder Präferenz durch Zahnarzt).

Zur gezielten Informationsvermittlung werden im Rahmen des mobilen Praxiskonzeptes mehrere standardisierte Formulare angewendet:

- Anmeldebogen
- Kombi-Formular (Vorderseite: Problemmeldung, Mundhygieneanamnese und Mundhygieneempfehlung; Rückseite: Behandlungsempfehlung)
- Notfall-Anmeldeformular für mini-mobiDent

Dies ermöglicht standardisierte Kommunikationsprozesse für das Zahnarztteam in den Einrichtungen.



9. Der Hausbesuch

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
Vorbereitung des Hausbesuchs	
<p>Grundlage der Instrumentierung ist eine Materialcheckliste für die zugehende Betreuung. Sie gliedert sich in die Teile:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Administration, ● Grundsätzliches & Hygiene, ● Konservierend 1 (01/Zahnstein/Kürettage), ● Konservierend 2 (Füllungen/Entfernung scharfer Kanten), ● Zahnersatz und ● Chirurgie. <p>Für den Transport kommen Systainer (Festool, Wendlingen a. N.) zum Einsatz. Zur Aufbewahrung der sterilen bzw. benutzten Instrumente werden verschließbare Kassetten genutzt. Als mobiler, universell einsetzbarer Behandlungsmotor wurde SMT-K-38 (Typ Zahnmedizin) der koreanischen Firma Saeyang angeschafft. Zur Vorbereitung des Einsatzes dienen das orientierende Telefongespräch und der erste Besuch des Patienten in der Häuslichkeit. Der erste Besuch erfolgt allein, das heißt ohne Begleitung einer Mitarbeiterin. Hier wird die Krankenversichertenkarte mit dem mobilen Kartenlesegerät eingelesen, die Situation im Sinne einer Versorgungsdiagnose vor Ort erfasst und es erfolgt eine Fotodokumentation von Zähnen, Zahnersatz, Pflegebescheid und Medikationsplan. Sind nach Beratung und Abstimmung weitere Behandlungsmaßnahmen angezeigt, werden anschließend von der Mitarbeiterin die für die jeweilige Behandlung notwendigen Materialien patientenbezogen in eine gesonderte Kassette bzw. Labortüte gepackt. Die Medikamente werden – wenn nötig – im Hinblick möglicher Neben- bzw. Wechselwirkungen ggf. unter Einbeziehung des Hausarztes abgeklärt. Im Falle einer Betreuung wird bezüglich Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit des Patienten durch Aufklärung und Einverständniseinholung Rechtssicherheit hergestellt.</p>	<p>Alte und sehr alte Patienten nehmen regelmäßig viele Medikamente ein, die dem Behandler oft unbekannt oder für ihn nicht einschätzbar sind. Ein interdisziplinärer Kontakt, insbesondere mit dem Hausarzt, ist sinnvoll; hat er doch in aller Regel den Überblick über die verordneten Medikamente. Auch hier hat sich eine Checkliste bewährt (Tab. 3). Per Fax als Konsil ergibt sich schnell ein erster Überblick. Sehr hilfreich, gerade zur Einschätzung der Wechselwirkung der Medikamente und Berücksichtigung der zahnärztlichen Therapie, hat sich das von Kollegen Pauls speziell für Zahnärzte entwickelte Programm MIZ bewiesen: Zusammenfassend kann hier eine Beurteilung der Medikation vor dem zahnärztlichen Therapiebeginn vorgenommen werden (www.mizdental.de; Abb. 2.13).</p> <p>Wirtschaftlich tragbar werden mobile Einsätze, wenn Synergien genutzt werden können. Angeforderte Besuche und Kontrolluntersuchungen sollten gebündelt und immer am gleichen Wochentag zur gleichen Zeit „einbestellt“ werden. Lediglich akute Notfälle wie Nachblutungen oder Abszesse, die keinen Aufschub erlauben, sind davon ausgenommen.</p>

Tab. 3 Checkliste für das interdisziplinäres Konsil mit dem Hausarzt.

Internistische/neurologische/psychiatrische Diagnosen mit zahnmedizinischer Relevanz?	
<p>Ist der Patient immunsupprimiert oder nimmt er folgende Medikamente?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bisphosphonate ● Antikoagulantien ● Antibiotika, inkl. Unverträglichkeit ● andere <p>Braucht der Patient spezielle Maßnahmen oder bestehen Kontraindikationen für Eingriffe?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● antibiotische Abschirmung ● Allergien/Unverträglichkeiten ● Kontraindikationen für Extraktionen ● Kontraindikationen für Behandlung in allgemeiner Anästhesie 	



Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Bitten für einzelne Hausbesuche kommen weniger häufig vor und werden immer individuell bearbeitet. Dies bedeutet, dass der Zahnarzt nach Dringlichkeit entscheidet. Notfallpatienten, die nach der Schilderung des Anrufenden nicht aufschiebbar sind, werden umgehend, in der Regel am Ende des Behandlungstages, besucht. Dafür steht dann die „mobile Praxis“, je nach Bedarf komplett oder in Teilen, startklar bereit.</p>	<p>Ein mobiles Praxiskonzept wie mobiDent erfüllt Anforderungen der lückenlosen Versorgung, wozu auch Hausbesuche bei ambulant Pflegebedürftigen zählen. Diese werden mit dem mini-mobiDent – der kleinen Variante der aufsuchenden mobilen Zahnarztpraxis durchgeführt (Abb. 4.5 und 4.6). Neben den Besuchen bei ambulant Pflegebedürftigen, werden aber auch mit dem mini-mobiDent die Nachbehandlungen des maxi-mobiDents durchgeführt.</p> <p>Die häufigsten Gründe für einen kleineren mobilen Einsatz sind z. B. Nachbehandlungen nach einem maxi-mobiDent-Besuch (Wundkontrolle post extractionem, Mundschleimhautnachkontrollen etc.), eigentliche Therapiemaßnahmen bei einem ortsgebundenen Patienten (z. B. Anfertigung von neuem Zahnersatz), Neueintrittsuntersuchungen und/oder Notfalltherapien.</p> <p>Als mobile Einheit zum mini-mobiDent wird die Behandlungseinheit Dentalone mitgenommen. Das benötigte Instrumentarium sowie die Materialien befinden sich gepackt in verschiedenen Kunststoffboxen (TANOS Medical Systainer). Es wird im Zimmer des Bewohners behandelt.</p>

Abb. 2.13 Das Medikamenten-Interaktion-Programm (MIZ) zur Einschätzung der zahnmedizinischen Relevanz verordneter Medikamente (www.mizdental.de).



9. Der Hausbesuch

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
Ablauf des Hausbesuchs	
<p>Der eigentliche Ablauf des Einsatzes erfolgt in der Regel ebenfalls allein und nur in Ausnahmefällen mit Begleitung einer Mitarbeiterin. Bei der Behandlung selbst werden die Hygienegrundsätze, wie sie auch in der Praxis üblich sind, eingehalten. Die Gelegenheit, Zahn- und Mundpflegemaßnahmen zu überprüfen und im Sinne der Nachsorgekompetenz ggf. anzupassen, wird zudem genutzt.</p>	<p>Viele Kollegen beschreiben das Auf- und Abbauen des Instrumentariums, sowie weite Wege und Treppen am Einsatztag außerhalb der Praxis als besonders mühsam. Ein fester Ablaufplan erspart unnötiges Laufen. Nicht jeder Besuch erfordert das gesamte Instrumentarium. Weniger zu tragen ist, auch eine deutliche Erleichterung. So reichen bei der großen Zahl der Kontroll- und Erstuntersuchungen das Grundbesteck und eine Taschenlampe aus. Oft wird das erwartete Behandlungsziel nicht erreicht. Neuropathien, Dysphagien und nachlassende Muskelkraft – auch der Mundöffner – führen nicht selten zu mangelhafter Compliance. Kompromisse und vorzeitiges Beenden der Behandlung sind Standard, kleinschrittige, kurze Sitzungen die Regel. Die Therapie ist selten gespiegelt zur Praxis. Unergonomische Haltung des Behandlers, schlechte Sicht- und Absaugverhältnisse kommen erschwerend hinzu (Abb. 2.14).</p>
Nachbereitung des Hausbesuchs	
<p>Die gebrauchten Instrumente werden fachkundlich aufbereitet und der Koffer anhand der Materialcheckliste auf Vollständigkeit überprüft. Die Behandlungsdokumentation wird aktualisiert und bei Vorliegen einer Betreuung bzw. Vollmacht erfolgt die Berichterstattung und die Vereinbarung weiterer kontrollorientierter Maßnahmen, nicht zuletzt, um die Nachsorgekompetenz auch zu überprüfen und zu gewährleisten.</p>	<p>Mit der Rückkehr in die Praxis sollte das komplette Instrumentarium ausgepackt werden. So wird vermieden, dass sich gebrauchtes und ungebrauchtes Material in den Containern ansammelt. Nach RKI-Richtlinien aufbereitet und gepackt steht es dann wieder zur Verfügung und wird nicht im Koffer vergessen. Die Betreuer oder Angehörigen wollen über das Behandlungsergebnis und die weitere Planung informiert werden. Laborauftrag, Rezept und Rücksprache mit dem Zahntechniker oder Apotheker sind erforderlich, genauso wie die Absprache mit der Pflege zur Terminierung der nächsten Sitzung. In diesen Gesprächen sollte auch ein Präventionskonzept erörtert und festgelegt werden: Wie oft sollte ein Zahnarztbesuch, eine unterstützende Parodontistherapie oder sogar eine Behandlung durchgeführt werden? Dies ist in erster Linie von der klinischen Situation abhängig. Ein Vollprothesenträger hat einen potenziell deutlich geringeren Aufsuch- und Handlungsbedarf als ein vollbezahnter Patient.</p>



Abb. 2.14 Mobile Behandlung: oft unergonomisch unter wechselhaften Arbeitsbedingungen.



Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Für den Ablauf gibt es kein festgelegtes Protokoll. Es erfolgt die Anfahrt und eine Untersuchung des Patienten am Ort. Im Folgenden werden nötige Behandlungen, wenn möglich, durchgeführt (z. B. Druckstellenentfernung, Behandlung von Mundschleimhautläsionen, Entgegennahme defekter Prothesen). Sollten weitere Behandlungen nötig werden, erfolgt eine entsprechende Planung. Dafür stehen dann die Wege offen, die im Praxiskonzept implementiert sind. Diese sind, je nach Möglichkeit für den Patienten und die Situation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbehandlung vor Ort an einem nachfolgenden Termin, • Termin und Transfer in die Praxis, • Überweisung zum Oralchirurgen oder in das „übergeordnete Versorgungszentrum“. 	<p>Mit dem mini-mobiDent ausgerüstet wird der Patient an seiner Örtlichkeit oder in einer der betreuten Einrichtungen aufgesucht. In der Einrichtung steht der OHCM zur Verfügung, bringt die notwendigen Informationen und begleitet den Zahnarzt zum Patientenzimmer. Dort beginnt das Team mit dem Aufbau und dann mit der Behandlung. Der OHCM vermerkt den Inhalt des zahnärztlichen Besuches in der dortigen Patientenakte.</p>
<p>Nach der Rückkehr in die Praxis werden die Instrumente im üblichen Vorgehen wiederaufbereitet, die verbrauchten Materialien aufgefüllt und somit ist die „mobile Praxis“ für den nächsten Einsatz erneut komplett.</p> <p>Nach den individuellen Hausbesuchen sind „Backoffice-Arbeiten“ nötig, da bei diesen Einsätzen keine digitale Verbindung zur Praxis besteht. Erbrachte Leistungen und Befunde sind in der Abrechnungssoftware zu dokumentieren (unter Verwendung von softwaretypischen Abrechnungs- und Dokumentationskomplexen). Wenn nötig müssen Informationen an Angehörige/Betreuer erfolgen, eventuell sind Heil- und Kostenpläne zu erstellen.</p>	<p>Die Nachbearbeitung eines mini-mobiDent-Einsatzes, z. B. eines Hausbesuches, ist überschaubar. Patientenakten werden bearbeitet und Rechnungen geschrieben. Weitere Behandlungsmaßnahmen werden registriert und wieder neu terminiert. Materialien und Instrumente werden versorgt und die mobile Ausrüstung wieder aufgefüllt.</p>



Abb. 4.5 Mini-mobiDent-Einsätze werden durch einen Zahnarzt und bei Bedarf durch eine zusätzliche Assistenz absolviert.



Abb. 4.6 Ausgerüstet mit einer tragbaren Einheit, einem mobilen Röntgengerät und dem Instrumentarium werden Notfälle oder einzelne Patienten in der Häuslichkeit besucht.



9. Der Hausbesuch		
Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2	
Nachbereitung des Hausbesuchs		
	<p>Weitere Hilfestellung bieten die Evaluation der Risikoparameter und die zahnmedizinische funktionelle Kapazität, welche die Therapie- und Mundhygienefähigkeit sowie die Eigenverantwortlichkeit einordnet. So sollte z. B. ein zahnloser Bewohner mit starkem Nikotin- und Alkoholabusus und erhöhtem Malignomrisiko durchaus mehrmals im Jahr kontrolliert werden. Weitere Risikoparameter, wie Zuckerimpulse, Mundhygieneverhalten und Schmerzen der Patienten, können durch den Teamwerk-Index erfasst werden. Die angefertigten Bilder (Deckblatt Pflegedokumentation/Frontalbild Mund) sind nach der Behandlung den Patientenakten in der Praxissoftware zuzuordnen. Sie bieten Übersicht und Nachweis der Behandlung, des Mundhygienezustandes und des Pflegegrades.</p> <p>Die Abrechnungssynopse ist über jede KZV erhältlich und unterscheidet grundsätzlich zwischen Einsätzen als Hausbesuch und in stationären Einrichtungen mit und ohne Kooperationsvertrag.</p>	

10. Besuch in der Senioreneinrichtung		
Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2	
Vorbereitung des Einsatztages		
<p>In der Einrichtung mit Kooperationsvertrag werden für Reihenuntersuchungen pro Jahr jeweils im April und Oktober Termine vereinbart. Das ist nicht nur klimatisch vorteilhaft, sondern erfordert für ggf. notwendige weitergehende Behandlungsmaßnahmen kein erneutes Einlesen der Krankenversicherungskarte. Die Termine für die Untersuchung mit vorheriger Entfernung der harten und weichen Beläge sowie für die Festlegung der Mundhygienepläne und Pflegeanleitungen werden geteilt und folgen in kurzer Zeit aufeinander – dies optimiert den Einsatz der Ressourcen sowohl für die Praxis als auch für die Senioreneinrichtung.</p> <p>Im Vorfeld der Reihenuntersuchungstermine werden die Pflegeschüler für ca. einen halben Tag in Theorie und Praxis – gegenseitig und an ausgesuchten Bewohnern – geschult. Diese Mentoreinheiten werden im Rahmen der einrichtungsinternen Qualitätssicherungsprogramme vereinbart und gesondert vergütet. Die Einrichtung bezahlt für diese Fortbildungen 200 Euro. Allgemein erlerntes Wissen und Kompetenzen bei der Schulung können so bei den Terminen zur Festlegung der Mundhygienepläne und Pflegeanleitungen am einzelnen Bewohner individuell vertieft und damit die Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege in der Senioreneinrichtung nachhaltig entwickelt werden (Abb. 1.7).</p>	<p>Am Vortag des Einsatzes in Einrichtungen ist eine Liste per Fax für die Pflege hilfreich. So können alle Bewohner auf den Zahnarztbesuch vorbereitet und zusammengeführt werden: Vor dem Behandlungsraum ist dann quasi das „Wartezimmer“ der Praxis, sofern die Bewohner das Bett verlassen können.</p> <p>Unmittelbar vor dem Einsatz können alle Voraussetzungen mit einer finalen Checkliste nochmals überprüft werden (Abb. 2.15).</p>	



Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Sollten weitere, vor allem chirurgische, Behandlungen geplant sein, müssen Konsile an die Haus- bzw. Fachärzte versendet werden. Für Überweisungen zum Oralchirurgen bzw. in das übergeordnete Versorgungszentrum muss das vorhandene, für alle Patienten verwendete, praxisindividuelle Überweisungsformular ausgefüllt werden.</p> <p>Für Briefe bzw. Einverständniserklärungen an gesetzliche Betreuer stehen in der Praxissoftware Textbausteine zur Verfügung. Eine der Situation oder Anforderung entsprechende Individualisierung ist schnell und unkompliziert möglich.</p> <p>Alle notwendigen Anschlusstermine werden im digitalen Terminbestellbuch erfasst, um einen Überblick über noch ausstehende Maßnahmen für den Patienten zu behalten.</p>	

Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Es werden in die bereits vorgestellte Faxliste alle für die Vor-Ort-Sprechstunde vorgesehenen Patienten eingetragen. Ca. zwei Tage vor dem Einsatz in der Einrichtung wird diese versandt, mit der Bitte um Ergänzungen bzw. Korrekturen. Dadurch könnte eigentlich eine möglichst taggenaue Struktur geschaffen werden. Unpässliche Patienten sollten markiert, bzw. Umzüge/ Auszüge oder Änderungen bei den Pflegegraden angezeigt werden. Leider wird dieses Tool aufgrund der beschriebenen einrichtungsimmanenten Probleme nicht genutzt.</p> <p>Weitere allgemeine Vorbereitungen sind nicht vonnöten, da die mobile Praxis parat ist. Lediglich am Morgen des Einsatztages wird die Patientenliste vom Behandler und der Assistenz überprüft und es werden behandlungsspezifische, nicht in der Grundausstattung vorhandene Instrumente oder Materialien nachgepackt. Vor allem sollte gewährleistet sein, dass alle prothetischen Laborarbeiten mitgenommen werden.</p>	<p>Mindestens zwei Mitarbeitende wurden durch die Einrichtung bestimmt und zum OHCM geschult. Mittels Einwilligungserklärung, die der OHCM vom Patienten einholt, teilt der Patient seine Bereitschaft, den Kostenrahmen (in der Schweiz sind Zahnarztbesuche keine Kassenleistungen) und weitere Bedingungen zum ersten Zahnarztbesuch in der Einrichtung mit. Alle Anmeldungen werden vom OHCM gesammelt und dem mobiDent-Team spätestens drei Wochen vor dem geplanten Einsatztag zugesendet. Ein Terminplan für den Einsatztag wird vom administrativen mobiDent-Team erstellt. Erforderliche Dokumente (Stammdatenblatt, aktuelle Medikamenten- und Diagnoseliste, schriftliche Mundpflegeanamneseerhebung) werden durch die Einrichtung für den ersten Einsatztag bereitgestellt.</p> <p>Des Weiteren organisiert der OHCM den Raum, die Parkplatzreservierung, die Bereitschaft des technischen Dienstes für Anfragen, die Verpflegung des Praxisteam, ein Telefon inkl. Telefonliste zur Patientenkoordination und seine eigene ganztägige Anwesenheit sowie die der Ärzte (zur Fallbesprechung) und des Pflegepersonals (während des zahnärztlichen Besuchs des Bezugsbewohners). Weitere Abläufe in der Zusammenarbeit Einrichtung – Praxisteam erfolgen vor Ort.</p> <p>In der Klinik werden vor dem Einsatz die Patientenakten, die Verbrauchsmaterialien und die Fahrzeuge vorbereitet.</p>



10. Besuch in der Senioreneinrichtung

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
Vorbereitung des Einsatztages	
<p>Reihenuntersuchung Eine speziell geschulte Mitarbeiterin in der Praxis ist für die Terminkoordination verantwortlich. Dazu gehört auch, eine Liste mit Patienten zu führen, bei denen größere geplante Behandlungsmaßnahmen durchzuführen sind und die am Einsatztag kurzfristig einbestellt werden können. So entsteht kein Leerlauf in der Praxis, wenn die Einrichtung z. B. wegen gehäufter akuter Krankheitsfälle (Grippe, Darmerkrankung etc.) am Einsatztag keine Besuche wünscht. Die Termine für die Reihenuntersuchungen werden schon Monate im Voraus vereinbart. Etwa eine Woche vor dem Einsatztag wird eine Liste nach Wohnbereichen geordnet an die Senioreneinrichtung geschickt. Diese aktualisiert die Liste, trägt neue Bewohner ein, streicht Verstorbene und markiert, ob und welche Bewohner innerhalb der Einrichtung umgezogen oder gerade im Krankenhaus sind. Zwei Tage vor dem Einsatztag werden die Wohnbereiche gebeten, nach der aktualisierten Liste, die Stammdatenblätter der zu besuchenden Bewohner auszudrucken. Dies erinnert an den bevorstehenden Besuch und die Praxis erhält aktuelle Informationen zu Betreuern, Hausärzten sowie Allgemeinerkrankungen. Einen Tag vor dem Einsatz packt die Mitarbeiterin die Karteikartenbox sowie alle, nach der Materialcheckliste notwendigen Materialien für die zu besuchenden Bewohner ein.</p>	

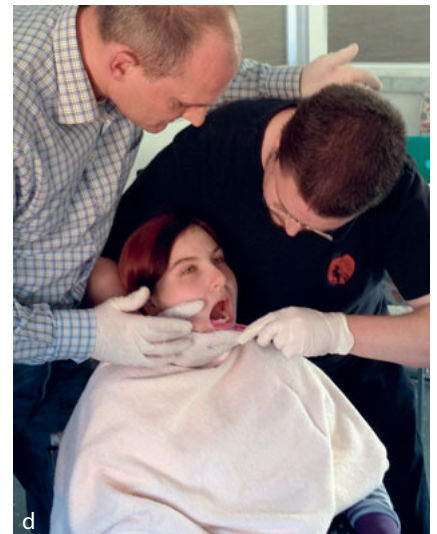
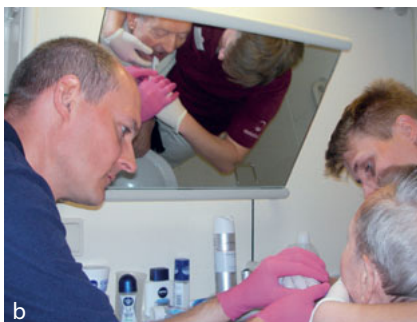


Abb. 1.7a bis d Das Mentorentraining: Pflegeschüler werden in Fragen der Zahn-, Mund- und Zahnersatzhygiene fortgebildet – erst theoretisch, dann gegenseitig praktisch und schließlich bei ausgewählten Bewohnern. (Abb. a, b und d aus: Ludwig E. Alterszahnheilkunde – ein erfolgreiches Praxiskonzept. wissen kompakt 2016;10:159–172)



10. Besuch in der Senioreneinrichtung

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
Ablauf des Einsatzes/Einsatztages	
<p>Einsätze werden von 08:30 bis 11:30 Uhr und von 13:30 bis 16:30 Uhr eingeplant. Am Einsatztag sind zwei Praxismitarbeiterinnen dabei. Bei Ankunft in der Einrichtung wird ein Servierwagen mit den Untersuchungsmaterialien beschickt (Dauer ca. 5 min; Abb. 1.8). Nach kurzer Vorstellung auf den einzelnen Wohnbereichen, Einlesen der Krankenversichertenkarten und Nachfrage zu aktuellen Besonderheiten bezüglich der Bewohner werden Zähne und Zahnersatz von Belägen befreit, die Bewohner untersucht und eine Fotodokumentation durchgeführt. Dabei wird das Besuchsdocumentationsblatt ausgefüllt und ggf. notwendige Behandlungsbedarfe notiert. Diese werden dann zu einem späteren Zeitpunkt nach und nach abgearbeitet.</p> <p>Meist findet die Untersuchung im Zimmer der Bewohner statt, im Notfall aber auch da, wo sie gerade sind – immer aber unter Wahrung der Privatsphäre; wichtig ist vor allem, immer auf eine möglichst rückschonende Arbeitshaltung zu achten (Abb. 1.9).</p>	<p>Routinemäßig sollten zu Beginn der Behandlung die Krankenversicherungskarten mit dem mobilen Kartenleser eingelesen und das Deckblatt der Karteikarte durch ein Foto erfasst werden (Abb. 2.16).</p> <p>Alle patientenbezogenen Informationen, wie Betreuer, Angehörige, ärztliche Kollegen und Pflegegrad sind so übersichtlich dargestellt und müssen nicht extra abgeschrieben werden. Ein einfaches Frontalbild der geöffneten Mundraumregion zu Behandlungsbeginn ergibt einen guten Überblick des Zahnstatus, des Versorgungsgrads und der Mundhygiene. Es bietet auch Hilfestellung bei der Bearbeitung des ZIP-Bogens im Rahmen des Kooperationsvertrages.</p>



Abb. 1.8 Der Servierwagen der Pflegeeinrichtung wird mit allen notwendigen Untersuchungsmaterialien beschickt. (Aus: Ludwig E. Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen – Mehr Chancen als Risiken. DFZ 2016;6:58–69)

Daten der Einrichtung	Kassendaten	Datum Kostform				
<p>Bewohner-Nr. []</p> <p>enthalt ab 16.10.2013 bis []</p> <p>Bereich: gmn (Cunert Kastane)</p> <p>Telefon: 266</p> <p>Persönliche Daten <input checked="" type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr</p> <p>Nachname: []</p> <p>Geburtsname: []</p> <p>Datum: 08.11.1927 Geb.-Ort: Andernach</p> <p>Stand: ledig Konfession: r.l.</p> <p>Muttersprache: Deutsch</p> <p>geb. Anschrift: 53572 Linthal-Schwehen</p> <p>gebrachte Dokumente (Eigentum <input type="checkbox"/> siehe Anlage)</p> <p>Personalausweis gültig bis: []</p> <p>Scheinerbehindertenausweis gültig bis: []</p> <p>Versichertenkarte (Zimmer) gültig bis: []</p> <p>gehörige [] zu benachrichtigen am [] in die Tag Nacht <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>sonstige []</p> <p>Gesundheitsfürsorge <input checked="" type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/></p> <p>ärztliche Betreuung Betreuer: A. Weber Tel.: 50</p> <p>Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/></p>	<p>Kassendaten</p> <p>DAK AOK LKK BKK RIK VIGK AEV Knapp-schaft UV</p> <p>Anschrift []</p> <p>Tel.-Nr. []</p> <p>KV Nr. [] PV Nr. []</p> <p>Kostenträger []</p> <p>Rezeptgebühr befreit ab Eigenanteil von <input type="checkbox"/> 1% oder <input type="checkbox"/> 2%</p> <p>Fahrtkostenbefreiung für das Jahr: []</p> <p>Datum Pflegestufe</p> <table border="1"> <tr> <td>16.09.13</td> <td>A</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input checked="" type="checkbox"/> Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (im Sinne des § 45a SGB XI) mit erheblichem allgemeinem</p> <p>Betreuungsbedarf nach § 87b ab: 01.12.2013</p> <p>Inkontinenzbescheinigung:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI</p> <p><input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI</p> <p>Pflegedaten</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahmen <input checked="" type="checkbox"/> seitens der Pflegekräfte (Einverständnis vom Betreuer/der Antr.)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> mit Einwilligung des Bewohners, vom []</p> <p><input type="checkbox"/> mit Entscheidung des Gerichtes, bis []</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Brille / Kontaktlinsen <input checked="" type="checkbox"/> Zahnpfropfen <input checked="" type="checkbox"/> Kloben <input checked="" type="checkbox"/> Kuntent</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Arm-/Beinprothesen <input type="checkbox"/> Hörapparate <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links</p> <p><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/></p> <p>Allergien/Unverträglichkeiten/krankheitsbedingte Besonderheiten z. B. Hepatitis</p>	16.09.13	A			<p>Datum Kostform</p> <p>Normalstationäre bedarfsorientierte</p> <p>Ärzte Notarzt Tel. 112</p> <p>Behandelnde Ärzte []</p> <p>Zahnarzt (Gerontodontische Vorstufe) []</p> <p>Kontraktärzte []</p> <p>Hilfsmittel (Leihgeräte) []</p> <p>Seelsorge []</p>
16.09.13	A					

Abb. 2.16 Die Kopie des Stammblasses verschafft schnelle Übersicht über den Bewohner.



Versorgungskonzept 3

Die Einrichtung wird wöchentlich immer zur selben Zeit aufgesucht, jeden Freitag von 09:00 bis 12:00 Uhr. Dieses Festhalten an einer fixen Zeit hat sich für die Praxis, aber auch für die Bewohner, als äußerst positiv herausgestellt. Es gewährleistet ein hohes Maß an Kontinuität, spezielle Angaben zu Ort und Zeit entfallen. Darüber hinaus ist dieser regelmäßige Rhythmus auch im Alltag der Bewohner vorteilhaft. Patienten, die keine oder geringe kognitive Einschränkungen haben, wissen von der Präsenz des zahnärztlichen Teams und können selbständig ohne Aufforderung jederzeit Ihre Fragen oder Wünsche vortragen. Das entlastet das Pflegepersonal und den Behandler. Da für die Visite ein festgelegter, eigener Raum zur Verfügung steht, werden auch Orientierungsprobleme minimiert. Am Einsatztag wird von der Einrichtung ein Haustelefon zur Verfügung gestellt, sodass mit den einzelnen Wohnbereichen Kontakt aufgenommen werden kann. Entsprechend der Patientenliste informiert die begleitende Zahnmedizinische Fachangestellte die Pflegekräfte auf den Stationen, welche Bewohner gebracht oder geschickt werden sollen. Als Wartebereich steht der Flur vor dem Behandlungszimmer mit entsprechend zu nutzender Bestuhlung zur Verfügung. Patienten, die aufgrund von Immobilität das Zimmer nicht verlassen können oder nicht gebracht werden möchten, werden am Ort ihres Aufenthaltes besucht. Hier ist es besonders wichtig, auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen einzugehen. Vor Behandlungsbeginn erfolgt der Aufbau des Praxiszimmers, dies ist innerhalb weniger Minuten getan. Die Systainer-Boxen werden aufgestellt, die mobile Einheit vorbereitet, der Stromanschluss gewährleistet und die Wassertanks befüllt. Es ist gerne gesehen, wenn Pflegekräfte oder Angehörige der Behandlung beiwohnen, leider wird dieses Angebot sehr selten genutzt. Zur Kommunikation mit der Praxis wird ein mobiler Hotspot genutzt. Dieser ermöglicht einen direkten Zugang zum Praxisserver. Alle Dokumente werden direkt vor Ort via Mini-Scanner in die Praxissoftware aufgenommen (s. Abb. 3.5). So kann auch unmittelbar die Leistungserfassung und die erneute Terminvergabe bzw. die Terminorganisation mit der Praxis erfolgen. Spontane Neuansmeldungen sind auch sofort möglich. Weiterhin kann unkompliziert auf die gesamte Patientendokumentation zugegriffen werden. Es wird grundsätzlich im Anschluss an jede Untersuchung/Behandlung ein neuer Termin vergeben. Zum Beispiel für weitere Behandlungen, für die Erstellung eines Heil- und Kostenplanes, für Besprechungen mit Angehörigen, für Abklärungen oder den nächsten turnusmäßigen Recall. Damit ist ein großer Teil der administrativen Arbeit umgehend erledigt. Eine Nacharbeit im Backoffice der Praxis reduziert sich auf wenige Fälle.

Versorgungskonzept 4

Der Einsatz in den Einrichtungen folgt einem standardisierten Ablauf mit festgelegten Zeiten, Aufgaben, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Kommunikationskanälen. Am Standardeinsatztag startet das mobile Team in Zürich von der Klinik nach der Frühbesprechung um 08:00 Uhr. Die Anfahrtszeit beträgt meistens 30 bis 40 Minuten, je nach Entfernung der Einrichtung. Bei Ankunft erfolgt das Entladen und Aufstellen der Ausrüstung innerhalb von etwa 20 bis 30 Minuten. Im Anschluss findet das tägliche Teamgespräch mit dem OHCM statt: Absagen, Terminverschiebungen, Todesfälle, Isolierung einzelner Patienten/Abteilungen aufgrund von Infekten, besondere Behandlungsumstände oder Zimmerbesuche werden dem Team mitgeteilt. Der OHCM koordiniert den Patientenfluss mit kurzen Wartezeiten, Übergabe von Informationen und Überwachung des Patientenwartebereiches. Die Anwesenheit der Pflegekräfte wird durch das Zahnarztpraxisteam genutzt, um den Patiententransfer durchführen zu lassen und Informationen und Mundhygienetipps auszutauschen. Parallel zur Patientenbehandlung findet im Sterilisationsbereich die Wiederaufbereitung des Instrumentariums statt. Im Röntgenbereich erfolgt die Herstellung angeordneter Röntgenbilder durch die Dentalassistentin, im Bürobereich die Verarbeitung der Patientendokumentation und die Fallabklärung durch die Zahnärzte, im Wartebereich die Betreuung der Patienten durch den OHCM und die anwesenden Pflegekräfte. Werden Besuche am Pflegebett notwendig, begibt sich ein Teil des Zahnarztteams auf die Abteilungen (z. B. Patienten mit schwerer Demenz, Wachkoma-Patienten, Patienten mit herausforderndem/verweigerndem Verhalten). Wie in einer ortsgebundenen Praxis werden zahn-technische Arbeiten beim Labor angemeldet, in der Einrichtung abgeholt und wieder zurückgebracht. Standardmässig werden bei jedem durch maxi-mobiDent betreuten Patienten ein zahnärztlicher Befund, ein Parodontalstatus, ein Hygienebefund und die Behandlungsumstände (Mobilität, zahnmedizinische funktionelle Kapazität, Möglichkeiten der Behandlung) aufgenommen. Ausserdem erfolgt eine Zahn- und Prothesenreinigung mit anschliessenden intensivfluoridierenden Maßnahmen. Bei Bedarf erfolgt die Zusatzdiagnostik und eine erste provisorische Behandlungsplanung. Steht der definitive Behandlungsplan, kann eine weitergehende Therapie eingeleitet werden oder es wird ein Zweitermin vereinbart. Jeder Patient erhält zum Abschluss eine Behandlungsempfehlung. Diese umfasst:

- die Art der durchgeführten Behandlungen,
- den weiteren Behandlungsbedarf,
- Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen,
- Risiken bei Nichtbehandlung,
- die allgemeinen Risiken und
- eine groborientierende Kostenschätzung.



10. Besuch in der Senioreneinrichtung

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
Ablauf des Einsatzes/Einsatztages	
<p>Dies vermeidet Aufwand und Zeitverzögerung durch den Transfer der Bewohner und bei infektiösen Patienten müssen keine Karenzzeiten für das Behandlungszimmer eingehalten werden. Bei den Untersuchungen und Reinigungen ist die Anwesenheit von Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung weder notwendig noch erwünscht. Hier kann die Einrichtung ihre Ressourcen schonen. Für den zweiten Termin der Mundhygienepläne und Pflegeanleitungen ist die Instrumentierung auf die persönliche Schutzausrüstung (Handschuhe, ggf. Mundschutz und Brille) sowie die Karteikartenbox, die Mundhygienepläne und die Pflegeampeln reduziert. Im Gegensatz zum Untersuchungstermin ist jetzt die Anwesenheit einer Pflegekraft, welche die Bewohner und ihre Gewohnheiten kennt, erwünscht. Gemeinsam werden die Mundhygienepläne festgelegt bzw. aktualisiert und im Bedarfsfall die Zahn-, Mund- und Prothesenpflege praktisch geübt (Abb. 1.10).</p>	<p>Grundsätzlich sollte eine Pflegekraft oder ein Angehöriger die Behandlung begleiten. So können während der Behandlung Tipps und Informationen sowie Mundhygieneinstruktionen gleich demonstriert werden.</p>



Abb. 1.9a bis d Haltung bewahren: Gerade bei Reihenuntersuchungen ist es besonders wichtig, auf den eigenen Rücken zu achten. (Abb. a, b und d aus: Ludwig E. Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen – Mehr Chancen als Risiken. DFZ 2016;6:58–69)



Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Wichtig für die Dokumentation ist, dass für jeden Patienten die Kardex-Akte zur Verfügung steht. Einerseits können dadurch die Einträge für das Pflegepersonal sofort gemacht werden, andererseits kann die zahnmedizinische Fachangestellte auf alle notwendigen Dokumente unmittelbar zugreifen.</p> <p>Am Ende der Visite in der Einrichtung werden alle Kardex-Akten am Empfang abgegeben und von den Verwaltungsmitarbeiterinnen wieder auf die Stationen gebracht.</p>	<p>Abschliessend sorgt die Mundhygieneempfehlung für relevante Informationen an das medizinisch-pflegerische Fachpersonal (Informationen zum Zahn- und Prothesenstatus, Pflegezuständigkeit und -häufigkeit, Pflegehilfsmittel und der nächste Zahnarzt-Termin).</p> <p>Der OHCM vermerkt den Inhalt des zahnärztlichen Besuches in der dortigen Patientenakte.</p> <p>Am Tagesende erfolgt die Patientenfallbesprechung. Dies setzt voraus, dass alle Patientenakten geschrieben sind und der Behandler weiss, was die folgenden Notwendigkeiten für die Patienten sind. Das Abschlussgespräch wird durch den OHCM organisiert und je nach Verfügbarkeit nehmen daran Ärzte, Stationsleitungen, die OHCMs und das Zahnärzteteam teil. Inhalte der Abschlussgespräche sind meistens:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Bedarfsabklärungen (z. B. Bedarf eines Zahnersatzes), ● medizinisch-pflegerische Beobachtungen (weitergehende Abklärung der Behandelbarkeit potentieller Schmerzherde), ● medizinische Möglichkeiten, ● Narkoseabklärungen, ● Abstimmungen zur Behandlungsplanung und -örtlichkeiten sowie zum weiteren Informationsfluss mit den Angehörigen. <p>Je nach Anzahl der Anmeldungen werden zwei oder mehr Tage eingeplant. Am letzten Tag werden alle Geräte, Schränke, Behandlungseinheiten etc. wieder eingeladen, sodass alles für den nächsten Einsatz wieder bereit ist.</p>



10. Besuch in der Senioreneinrichtung

Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
Nachbereitung des Einsatztages	
<p>Die gebrauchten Instrumente werden fachkundig aufbereitet und der Koffer anhand der Materialcheckliste auf Vollständigkeit überprüft. Die Behandlungsdokumentation wird aktualisiert und bei Vorliegen einer Betreuung bzw. Vollmacht erfolgt die Berichterstattung, ggf. auch die Einleitung notwendiger Behandlungsmaßnahmen. Nach erfolgter Festlegung der Mundhygienepläne und Pflegeanleitungen wird für jeden Bewohner zusätzlich das Formblatt 2 des Kooperationsvertrages vervollständigt und der Senioreneinrichtung nach Unterschrift durch den Behandler übergeben.</p>	<p>Prinzipiell ergeben sich die gleichen Aufgaben und Überlegungen wie bei Hausbesuchen. Zusätzlich sollte der nächste turnusmäßige Besuch mit der für die Koordination verantwortlichen Pflegekraft abgestimmt werden.</p>



Abb. 1.10a bis d Mundhygieneplan und Pflegeanleitung: Kooperativ werden die Maßnahmen festgelegt und bei Bedarf nochmals praktisch geübt. (Aus: Ludwig E. Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen – Mehr Chancen als Risiken. DFZ 2016;6:58–69)



Versorgungskonzept 3

Versorgungskonzept 4

Da durch die digitale Vernetzung mit der Praxis bereits viel administrative Arbeit direkt in der Einrichtung erfolgt, bleibt nur die Nacharbeit im Rahmen des entsprechend üblichen Aufwandes, der auch für Patienten in der Praxis anfällt.

Es erfolgen darüber hinaus ebenfalls die Maßnahmen, die auch für die Nacharbeiten des Einsatztages bei einem Hausbesuch gelten.

Konzeptteil B:**Besonderheit – Möglichkeit zur Überweisung in ein übergeordnetes Versorgungszentrum**

Das vorgestellte Konzept versucht, so viele Behandlungen wie möglich vor Ort (in der Einrichtung bzw. in der Demenz-WG oder zu Hause) vorzunehmen, da die personellen Reserven in den Institutionen (und auch in der häuslichen Umgebung) sehr knapp sind. Entscheidet der Behandler, dass Untersuchungen oder Behandlungsmaßnahmen nicht aufsuchend durchgeführt werden können, stehen drei Optionen zur Verfügung (s. Abb. 3.4):

- Die eigene Praxis – Diese Option wird bei entsprechend mobilisierbaren Patienten vor allem für röntgendiagnostische Maßnahmen, (umfangreichere) chirurgische Therapien, aufwändige Füllungen oder ggf. die Versorgung mit festsitzendem Zahnersatz genutzt.

Ohne Übernahme der Behandlungsverantwortung für die notwendige Versorgung eines Patienten weder vor Ort noch in der Praxis stehen zwei weitere Möglichkeiten zur Verfügung:

- Eine oralchirurgische Praxis – Dort werden allerdings keine konservierenden oder prothetischen Maßnahmen durchgeführt.
- Ein übergeordnetes Versorgungszentrum – Hier sind auch umfassende Behandlungen von externen Behandlern durchführbar. Es handelt sich um ein Zentrum für die zahnärztliche und kieferchirurgische Behandlung von Menschen mit Behinderung in einem Krankenhaus mit Maximalversorgung (s. Abb. 3.1 und 3.2). Das Zentrum zeichnet sich dadurch aus, dass eine Versorgung der Patienten sowohl mit Lokalanästhesie als auch, wenn nötig, in Allgemeinanästhesie machbar ist. Durch die besondere Konstellation (niedergelassene MKG-Praxis in einem Klinikum der Maximalversorgung) ist eine umfangreiche postoperative Überwachung bis hin zur notfallmäßigen stationären Aufnahme möglich (s. Abb. 3.3 und 3.4).

Kehrt das mobiDent an die Stammklinik zurück, werden die Rechnungen für den Patienten geschrieben, weitere Behandlungen (z. B. für das mini-mobiDent) terminiert und nicht mehr benötigte Akten (z. B. von verstorbenen Bewohnern) ins Archiv sortiert.

Außerdem werden Verbrauchsmaterialien neu aufgefüllt, Reparaturen von Instrumenten und Geräten in Auftrag gegeben und andere Notwendigkeiten, wie z. B. die Wartung des Lasters, organisiert.

Vorbereitend und abschliessend tauscht sich das mobiDent-Einsatzteam mit dem administrativen und koordinativen Team in der Stammklinik aus.



II. Zusammenfassung der vier Konzepte	
Versorgungskonzept 1	Versorgungskonzept 2
<p>Im ersten Konzept wird aufgrund des erhöhten Risikos für Komplikationen bei gebrechlichen Menschen (z. B. Schluckstörungen mit erhöhter Aspirationsgefahr, eingeschränkte Kooperationsfähigkeit, Blutungsrisiko) bewusst auf eine mobile Behandlungseinheit verzichtet. Prävention (Reinigung und Unterweisung) sowie risikoarme Behandlungsmaßnahmen (z. B. Entfernung von Druckstellen und scharfe Kanten, Unterfütterungen sowie im Ausnahmefall das Entfernen eines einzelnen Zahnes) werden in der Häuslichkeit oder in der Einrichtung durchgeführt. Mobile und belastbare Patienten kommen für notwendige aufwendigere Behandlungen in die Praxis. Bei diesem Konzept steht im Vordergrund, dass das Risiko für Patienten geringer ist, wenn der Zahnarzt in seiner Praxisumgebung tätig ist. Außerdem ist es ressourcenschonender für alle Praxismitarbeitenden.</p>	<p>Das zweite Konzept einer aufsuchenden Betreuung bietet vor allem aufgrund der mobilen Behandlungseinheit und des gut sortierten Instrumentariums bei hoher Flexibilität ein breites Behandlungsspektrum am Ort des Pflegebedürftigen. Am Wohnort des Pflegebedürftigen sollte die Therapie sicher, einfach und solide sein. Dabei wird versucht mit Augenmaß und unter Berücksichtigung der medizinischen Voraussetzungen, wirtschaftlich vertretbar möglichst vielen Bewohnern eine gute zahnmedizinische Versorgung zu ermöglichen. Neben dem Befund können auch zahnmedizinische Therapieleistungen aus allen Bereichen der Zahnmedizin (außer Kieferorthopädie) angeboten werden. Aufwändige und sehr risikoreiche Therapien werden entweder in der Praxis durchgeführt oder an einen Kollegen mit Narkosemöglichkeit abgegeben. Das Konzept beinhaltet auch die Einbeziehung der Angehörigen und der Pflegekräfte in die zahnärztliche Betreuung.</p>

Zu Konzept 3: Allgemeinanästhesie im übergeordneten Versorgungszentrum

Patienten, die umfangreiche oralpathologische Befunde und komplexe Behandlungsvoraussetzungen durch Multimorbidität, Polypharmazie und/oder eine stark eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit aufweisen, erschweren die Therapieentscheidungen und Therapiemöglichkeiten für den Zahnarzt in der aufsuchenden Betreuung erheblich.

Die Behandlung in Allgemeinanästhesie kann dann der letzte Versuch sein, um für den Patienten weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen abzuwenden. Allerdings ist diese Behandlungsform vielen Einschränkungen unterworfen. Einerseits sind dies die (allgemein-)medizinischen Voraussetzungen des Patienten, auf der anderen Seite sind gesetzliche, administrative, organisatorische und häufig auch innerfamiliäre Hürden zu berücksichtigen. Die Narkosefähigkeit eines Patienten sollte konsiliarisch mit dem Hausarzt und den betreuenden Fachärzten abgeklärt werden und muss dann schlussendlich vom Anästhesisten befürwortet sein.

Um dem Zahnarzt, der sich intensiv mit multimorbiden Patienten auseinandersetzt und sich die Frage „Narkose ja – nein“ stellt, eine Hilfe für die Entscheidungsfindung zu geben, wurde auf der Jahrestagung der DGAZ 2016, im Rahmen eines Workshops, ein Diagramm mit den wichtigsten zu berücksichtigenden Parametern ausgearbeitet (Abb. 3.8).

Darüber hinaus wurde eine Checkliste entwickelt, die eine Erleichterung für das prä-, peri- und postoperative Management einer Narkosebehandlung bietet (Abb. 3.9).

Aufgrund dieser Komplexität und der strikten Indikationsstellung zur Behandlung in Narkose erscheint es sinnvoll für diese Patienten, mit einem speziell ausgestatteten übergeordneten Versorgungszentrum zusammenzuarbeiten.

Ein übergeordnetes Versorgungszentrum zur umfassenden (chirurgischen, konservierenden und ggf. prothetischen) Versorgung von Patienten sollte idealerweise über folgende Möglichkeiten verfügen:

- Behandlung in Lokalanästhesie – ambulant
- Behandlung in Lokalanästhesie – ambulant mit „standby“ eines Anästhesisten / Notfallmediziners
- Behandlung in Allgemeinanästhesie – ambulant
- Behandlung in Allgemeinanästhesie – ambulant mit postoperativer Überwachung für 24 h
- Behandlung in Allgemeinanästhesie - stationäre Aufnahme

Im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Art und Ort für eine Behandlung (stationär, ambulant etc.) geregelt. Damit werden auch die abrechnungsrelevanten Bestimmungen in Deutschland vorgegeben.



Versorgungskonzept 3	Versorgungskonzept 4
<p>Die Besonderheit des dritten Konzepts sind die sehr weitgehenden Möglichkeiten für eine Patientenversorgung. Es können, wie im zweiten Konzept, Behandlungen am Aufenthaltsort des Patienten, durchgeführt werden. Darüber hinaus werden auch komplette Sanierungen in Allgemeinanästhesie ambulant oder nach stationärer Aufnahme im Krankenhaus (übergeordnetes Versorgungszentrum) ausgeführt.</p> <p>Patienten aus den verschiedensten Unterbringungssituationen können demnach umfassend von ein und demselben Behandler zahnmedizinisch betreut werden. Diese Möglichkeit führt zu einem optimalen zahnmedizinischen Angebot und zur Zufriedenheit für alle Beteiligten (Patienten, Pflege, Angehörige, Zahnarzt und sein Team), da alles in einer Hand liegt.</p>	<p>Das vierte Konzept ist als größeres Versorgungskonzept mit zwei Teilen angelegt. Zum einen gibt es einen kleinen Bereich, das mini-mobiDent, welches mit seinen Aufgaben dem zweiten Konzept und dem Konzeptteil A des dritten Konzepts nahekommt. Ambulante Hausbesuche und kleine Einsätze in den Senioreneinrichtungen, z. B zur Nachbearbeitung eines großen Einsatzes, sind möglich. Das maxi-mobiDent ist eine ortsungebundene Praxis, die so ausgestattet ist, wie eine Zahnarztpraxis: Drei Behandlungseinheiten und -stühle, rollende Schränke, Röntgengerät, Sterilisation und Administration werden vor Ort in einem Zimmer der Senioreneinrichtung aufgebaut. Es fährt in der Regel zweimal im Jahr die Einrichtung an. Nach dem Aufbau der Praxis wird dann mehrere Tage behandelt (mind. 20 Patienten am Tag), wobei die von der Einrichtung gestellten und vom mobiDent-Team ausgebildeten OHCMs die Einsätze vor Ort organisieren. Das Konzept existiert seit 1996, betreut 35 Senioren- und Behinderteneinrichtungen im Kanton Zürich, und hat einen hohen logistischen Aufwand.</p>

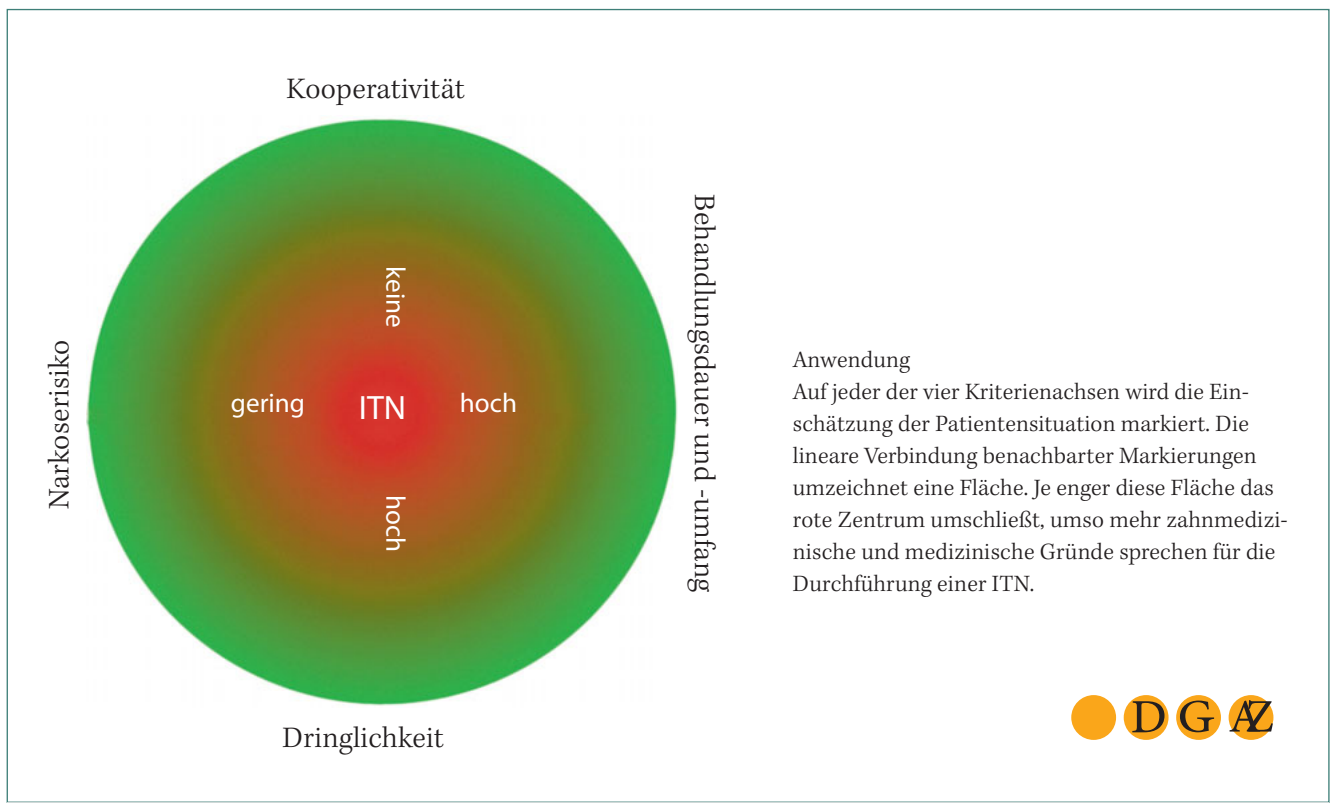


Abb. 3.8 Hilfe zur Narkose-Entscheidungsfindung.



Checkliste: Zahnmedizinische ITN bei Pflegebedürftigen

Patient

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse (PLZ, Ort, Straße) _____ Telefon _____

Betreuer _____ Telefon _____

Pflegegrad _____ besondere Risiken _____
 zahnmedizinische Dringlichkeit _____

A OP wird geplant

- Anamnese aktuell
- Betreuernachweis vorhanden
- EKG + Laborwerte vorhanden
- Unterlagen Anästhesist vorgelegt und Narkosefähigkeit gegeben
- OP-Termin bestätigt

Unterschrift _____ **ZFA**

- Befund und Bildgebung soweit möglich
- Aufklärung vorgenommen
- Besonderes Instrumentarium

Unterschrift _____ **ZA**

B vor der OP

- Patient identifiziert
- Versicherungskarte eingelesen
- Zahnmedizinische Geräte einsatzbereit

Unterschrift _____ **ZFA**

- Befund und Bildgebung soweit möglich
- Prämedikation ggf. eingenommen

Unterschrift _____ **ZA**

- Narkoseeinheit geprüft
- Patient narkosefähig

Unterschrift _____ **AnÄ**

C nach der OP

- Transport bestellt (Rollstuhl ?)
- Nachsorgetermin vereinbart
- Kühlpad mitgegeben
- Labormaterialien und -proben beschriftet und weitergeleitet

Unterschrift _____ **ZFA**

- Postoperative Information/Aufklärung
- postoperative Medikation ggf. verordnet
- Transportschein ausgestellt

Unterschrift _____ **ZA**

- Patient transportfähig

Unterschrift _____ **AnÄ**

Praxis

Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin

Abb. 3.9 Checkliste zur zahnmedizinischen Intubationsnarkose bei Pflegebedürftigen.

Die Checkliste zur zahnmedizinischen Intubationsnarkose steht Ihnen unter www.quintessenz.de/szm118_s64 zum Download zur Verfügung.



Autoren

Dr. med. dent. Dirk Bleiel
Schatzmeister
der Deutschen Gesellschaft für
AlterszahnMedizin
E-Mail: dirk.bleiel@dgaz.org



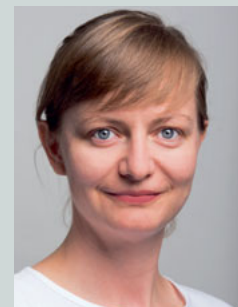
Dr. med. dent. Elmar Ludwig
Landesbeauftragter
für Baden-Württemberg
der Deutschen Gesellschaft für
AlterszahnMedizin
E-Mail: elmar.ludwig@dgaz.org



ZA Hansmartin Spatzier
Schriftführer
der Deutschen Gesellschaft für
AlterszahnMedizin
E-Mail: h.spatzier@gmx.net



Dr. med. dent. Angela Stillhart
Klinik für Allgemein-, Behinderten- und
Seniorenzahnmedizin, Universität Zürich
E-Mail: angela.stillhart@zzm.uzh.ch



Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH
Präsidentin
der Deutschen Gesellschaft für
AlterszahnMedizin
E-Mail: ina.nitschke@dgaz.org

