

Shirin El-Sayed, Hanna Hieronymus, Cornelia Frese, Diana Wolff

Zahnmedizinische Versorgung vulnerabler Gruppen: Aktuelle Versorgungssituation und Strategien für die Zukunft

Die Zahl vulnerabler Patienten, zu denen Kinder, Jugendliche und Menschen mit schweren Allgemeinerkrankungen, mit Behinderungen und medizinischem Unterstützungsbedarf, als auch geriatrische und multimorbide Patienten gehören, nimmt sowohl weltweit als auch in Deutschland kontinuierlich zu. Die medizinische und zahnmedizinische Versorgung von vulnerablen Gruppen ist deutlich komplexer, variabler und zeitintensiver als die regelhafte Versorgung gesunder Menschen. Trotz des rechtlich festgelegten Anspruchs der Betroffenen auf eine angemessene Gesundheitsversorgung, gibt es nach wie vor zahlreiche Barrieren entgegen einer gleichberechtigten Teilnahme an der zahnmedizinischen (und auch medizinischen) Versorgung. In diesem Beitrag wird eine Verteilungsmatrix vorgestellt, die eine bedarfsgerechte Versorgung vulnerabler Patienten ermöglichen soll.

Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Einleitung

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) leben aktuell etwa 1,3 Milliarden Menschen mit einer Behinderung, dies entspricht 16 % der Weltbevölkerung¹. Gemäß Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, Destatis, Stand 11.09.2023) belief sich der Anteil von Menschen mit Schwerbehinderung in Deutschland Ende 2021 auf circa 7,8 Millionen. In den Altersgruppen bis 65 Jahren waren circa 3,3 Millionen Kinder, Jugendliche und Menschen zu verzeichnen, die aufgrund einer schweren Allgemeinerkrankung und/oder Behinderung eine Schwerbehinderungsstatus aufweisen. In den Altersgruppen ab 65 Jahren ist in den kommenden Jahren und Dekaden mit weiter steigenden Zahlen an Senioren mit Pflege- und Unterstützungsbedarf zu rechnen. Die UN-Behindertenrechtskonvention legte das Recht von Menschen mit Behinderungen auf adäquate und gleichberechtigte Versorgung 2008 fest². Auch im Deutschen Grundgesetz ist die Förderung verankert, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf (Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland I, Art. 3).

Grundsätzlich muss und soll die medizinische und zahnmedizinische Versorgung aller Patienten auf Basis wissenschaftlicher Evidenz und vorhandener Leitlinien erfolgen. Es ist jedoch

festzustellen, dass nicht für alle individuellen Patientengruppen evidenzbasierte Richtlinien bzw. Behandlungspfade verfügbar, anwendbar und auch geltend sind. Bei der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung von vulnerablen Gruppen ist insbesondere auf ein patientenzentriertes Vorgehen zu achten, um individuelle Unterschiede und Voraussetzungen der Patienten berücksichtigen zu können. An die besonderen Erfordernisse von vulnerablen Gruppen adaptierte bzw. für diese Gruppen entwickelte Versorgungspfade im Sinne von Standard Operating Procedures (SOPs) oder ähnlichem sind aktuell kaum verfügbar. Die Betreuung und Behandlung dieser Patientengruppen ist deutlich komplexer, variabler und zeitintensiver als die regelhafte Versorgung gesunder Menschen. Behandler, Patienten und Betreuende sehen sich mit großen und teilweise unüberwindbaren Hürden bei Therapiefähigkeit, Kommunikation, Transport und Lagerung sowie der Nachsorge konfrontiert. Trotz der deutlich erschwerten Gesamtsituation müssen die vier medizinethischen Prinzipien der Autonomie, Schadensvermeidung (Non-Malefizien), Fürsorge (Benefizienz) und Gerechtigkeit auch in der Betreuung dieser Menschen prioritär sein³. Als Behandler muss Klarheit über den subjektiven (falls dieser aktiv geäußert werden kann) und objektiven Behandlungsbedarf bestehen, um bedarfsgerechte



Therapieziele wählen, kommunizieren und durchführen zu können.

Trotz des rechtlich festgelegten Anspruchs der Betroffenen auf eine angemessene Gesundheitsversorgung und dem allgemein vorhandenen Bewusstsein über die Wichtigkeit einer angemessenen zahnmedizinischen Versorgung für Gesundheit und Lebensqualität, gibt es nach wie vor zahlreiche Barrieren entgegen einer gleichberechtigten Teilnahme an der zahnmedizinischen (und auch medizinischen) Versorgung. Neben ökonomischen und sozialen Gründen gehören hierzu auch ein Mangel an Aufklärung, an bedarfsgerechten präventiven Maßnahmen sowie die erschwerte Zugänglichkeit zu den geeigneten Versorgungseinrichtungen. Daraus resultiert letztendlich eine deutlich höhere Prävalenz von oralen Erkrankungen und deren Folgen (Karies, Parodontitis, Zahnfehlstellungen, dentale Traumata) in dieser Patientengruppe⁴. Weiterführend ist der Zugang zur Versorgung dadurch erschwert, dass zahnmedizinische Behandlungen teilweise im Wachzustand nicht möglich sind und zahnärztliche Eingriffe im Rahmen ganzer Gebissanierungen in Narkose erfolgen müssen. Ein signifikanter Anteil der Patienten in den vulnerablen Gruppen benötigt derartige Eingriffe in Narkose. Der tatsächliche Versorgungsbedarf kann hierfür aktuell nur geschätzt werden. So weisen die Autoren Schulte und Schmidt im Bundesgesundheitsblatt 2021 darauf hin, „dass vor allem ein Teil der Menschen mit geistiger Behinderung darauf angewiesen ist, zumindest einmal im Leben eine zahnärztliche Therapie unter Allgemeinanästhesie zu erhalten. Bei Menschen mit Down-Syndrom beträgt dieser Anteil ca. 40 %“⁵. Weitere Expertenschätzungen gehen davon aus, dass ein Drittel der Kinder und zwei Drittel der Erwachsenen mit Behinderung mindestens einmal im Leben eine zahnmedizinische Behandlung in Narkose benötigen, sodass sich eine grobe Schätzung von circa 30.000 Eingriffen pro Jahr in Deutsch-

land daraus ableiten lassen. Diese Zahl inkludiert nicht die Eingriffe bei eriatrischen Patienten, allgemeinmedizinisch gesunden Patienten wie beispielsweise zahnmedizinische Narkosen bei unkooperativen Kindern, Patienten mit Behandlungsangst oder für chirurgische Eingriffe (z. B. Weisheitszahnentfernung).

Besorgniserregend muss dabei zur Kenntnis genommen werden, dass sich zwischen 2012 und 2021 die ICD-10-Fälle „Zahnkaries“, die in Krankenhäusern in Allgemeinanästhesie behandelt wurden und die ein Kennwert für die unter Narkose stationär behandelten zahnmedizinischen Patienten ist, um gut 40 % reduziert haben (von 6.675 auf 3.809, gemäß Statistisches Bundesamt, Destatis, Stand 11.09.2023). Repräsentative Zahlen aus der ambulanten Versorgung der vulnerablen Patienten in ITN sind nicht verfügbar, was eine plausible Gegenüberstellung der geleisteten Versorgung und des aktuellen Bedarfs unmöglich macht. Bereits die wenigen stationären Fälle illustrieren, dass deutlich weniger Eingriffe durchgeführt werden, als anhand des Versorgungsbedarfs geschätzt erforderlich wären und die Kapazitäten in den Krankenhäusern zurückgehen. Insofern ist davon auszugehen, dass eine deutliche Unterversorgung vulnerabler Patientengruppen vorliegt und voraussichtlich zukünftig weiter ansteigen wird. Die Gründe dafür liegen in Kapazitätsengpässen, hohen Kosten und unzureichender Vergütung der Maximalversorger und Kliniken, die in der Lage sind, derartig komplexe Eingriffe anzubieten. Eine ausführliche Beschreibung der Situation, der Gründe für die Versorgungslücke sowie von Lösungsansätzen findet sich in dem Artikel „Große Versorgungslücke bei der Behandlung in Vollnarkose“⁶. Unterstrichen wird der Aspekt der mutmaßlich deutlichen Unterversorgung durch die in dem Artikel präsentierten Zahlen zu Wartezeiten und abgewiesenen Patienten. Über 90 % der Universitätskliniken/Maximalversorger müssen mehr als die

Hälfte der Anfragen für zahnmedizinische ITN-Behandlungen aus Kapazitätsgründen abweisen. Die durchschnittliche Wartezeit für zahnmedizinische Behandlungen in Vollnarkose an Universitätsklinika betrug im Sommer 2022 4,5 Monate. Die Situation hatte sich im Vergleich zu einer vorherigen Analyse aus dem Jahr 2009 deutlich verschärft.

Kapazitätsengpässe bei den Maximalversorgern und nicht annähernd kostendeckende Vergütungen durch die Kostenträger verhindern aktuell, dass zügig ambulante und stationäre Kapazitäten geschaffen und die Versorgungsengpässe verkleinert werden können. Möglichkeiten für eine Verbesserung der Situation finden sich allerdings auch in einer Optimierung der Patientenverteilung und Allokation der Ressourcen in den verschiedenen Versorgerstufen. Diese gilt es aktuell zu beleuchten und zukünftig neu zu strukturieren. Hochwertige und teure Ressourcen dürfen und müssen für die Patienten vorgehalten werden, die diese dringend benötigen. Grund- und Regelversorgung bzw. spezialisierte Versorgung muss durch die daneben angeordneten, weiteren zahnmedizinischen Versorgerstufen geleistet werden. Bisher fehlt eine machbare und effiziente Gruppierung vulnerabler Patientengruppen, die als Grundlage für ein standardisiertes Vorgehen dienen kann. Unsere Autorengruppe entwickelte hierfür eine Verteilungsmatrix anhand der „Modifizierten Zahnmedizinischen funktionellen Kapazität“ (MZKap). Sie soll eine effiziente und machbare Gruppierung von vulnerablen Patientengruppen ermöglichen, um eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten und eine verbesserte Zuweisung in die entsprechenden Versorgungsstufen sicherstellen zu können.

Problem Versorgungslücke und Versorgungsgerechtigkeit

Die zahnmedizinische Versorgung von Kindern und Erwachsenen mit schwe-

ren Krankheiten und/oder Beeinträchtigungen ist in Deutschland wie oben beschrieben nicht ausreichend sichergestellt und verschlechterte sich vor allem in den letzten 13 Jahren deutlich (siehe Datenvergleich Statistisches Bundesamt, Destatis, Stand 11.09.2023). Als Versorger kommen prinzipiell alle Zahnarztpraxen, Praxen mit Behandlungsschwerpunkt für vulnerable Gruppen, Medizinische Versorgungszentren, kommunale Krankenhäuser und Maximalversorger wie beispielsweise Universitätsklinika infrage. Insbesondere für Erwachsene mit Beeinträchtigungen fehlt eine ausreichende Zahl an sogenannten „Medizinischen Versorgungszentren für Erwachsene mit Beeinträchtigungen“ (MZEBS). Bislang existieren in ganz Deutschland weniger als hundert solcher Zentren. Generell gilt, dass Patienten mit Beeinträchtigungen aller Altersstufen oftmals lange Anfahrtswege sowie Wartezeiten auf Behandlungen in Kauf nehmen müssen, um überhaupt zahnmedizinisch versorgt zu werden. Ist eine zahnmedizinische Behandlung in Vollnarkose indiziert, muss diese aus allgemeinmedizinischen Gründen möglicherweise mit einer stationären Aufnahme in einem Krankenhaus durchgeführt werden. Die Krankenhäuser, die diese Versorgungen anbieten, weisen durchgehend sehr lange Wartezeiten auf. Die anschließende präventive Erhaltungstherapie, welche für diese Patienten dringend angezeigt ist, um zukünftige Eingriffe möglichst zu vermeiden, wird derzeit ebenfalls nicht konsequent genug umgesetzt. Ein weiteres Problem, das an dieser Stelle zu benennen ist, sind die anfallenden Kosten, die die Angehörigen und Menschen mit Beeinträchtigungen für die zahnmedizinische Betreuung zu tragen haben. Während bei Kindern zahlreiche Positionen für präventive und restaurative Leistungen existieren (IP 1-5, FUs, BEMA 13 e-h bis zum 15. Lebensjahr), tragen Erwachsene mit Beeinträchtigungen vermehrt Mehrkosten für zahnärztliche Leistungen

selbst. Zu nennen sind hier professionelle Zahnreinigungen (GOZ 1040), Zahlung zu Kompositrestaurationen und der Eigenanteil bei Zahnersatz. Als Härtefall mit doppeltem Festzuschuss bei der Regelversorgung werden Menschen mit Beeinträchtigungen nur mit einem Nachweis über das gesamte Einkommen der im Haushalt lebenden Personen eingruppiert. Zur Verbesserung dieser Situation sind mehr MZEBS mit regelhafter und finanzierter zahnmedizinischer Beteiligung sowie zusätzliche bzw. andersartige Vergütungen für Versorger mit hohem und höchstem Aufwand dringend erforderlich. Ausstehend sind zudem evidenzbasierte Versorgungspfade, die die zahnmedizinische Versorgung dieser sehr heterogenen Patientengruppe besser strukturieren und bedarfsgerechter durchführbar machen lassen.

Kategorisierung der Kooperationsfähigkeit in der Kinder- und Senioren Zahnmedizin

In der Kinder- und Jugendzahnheilkunde gibt es zahlreiche Skalen zur Bewertung der Kooperation. Eine der am häufigsten verwendeten Skalen ist die „Frankl Behaviour Rating Scale“ (FBRS), die gleichermaßen bei Kindern mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen angewendet werden kann⁷. Sie stammt aus dem Jahr 1962 und klassifiziert das Verhalten von Kindern anhand von vier Kategorien. Die ersten beiden Kategorien beschreiben ein komplett unkooperatives Kind sowie ein unkooperatives Kind mit Tendenzen zur Adaptation. Die Kategorien 3 und 4 klassifizierten kooperative aber noch nicht vollständig adaptierte Kinder sowie vollständig adaptierte und positiv motivierte Kinder. Die Schwere der Erkrankung und die damit verbundenen Faktoren wie Lagerung, Transport, Kommunikationsfähigkeit werden hier jedoch nicht erfasst.

In der Altersmedizin wird die funktionelle Kapazität bewertet. Sie be-

schreibt die Fähigkeit, alltägliche Aktivitäten ohne Beeinträchtigungen durchführen zu können. Dabei spielen verschiedene Aspekte wie Ausdauer, Stärke, Kommunikation und Mobilität eine Rolle. Die funktionelle Kapazität kann von Faktoren wie dem Gesundheitszustand und dem Alter beeinflusst werden. In der Senioren Zahnmedizin bezieht sich die funktionelle Kapazität auf die Fähigkeit Mundhygienemaßnahmen durchführen zu können und auf die Compliance bei zahnmedizinischen Therapiemaßnahmen. Kenntnisse über die Belastbarkeit der einzelnen Patienten ermöglichen dem Behandlungsteam eine individuelle Planung und entsprechende Adaptation der Therapiemaßnahmen an die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Patienten. Hierfür haben Nitschke et al. ein strukturiertes Bewertungssystem mit vier Belastbarkeitsstufen anhand der Parameter Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit entwickelt. Die Belastbarkeit wird in Stufen von 1 bis 4 eingeteilt, wobei der am schlechtesten bewertete Parameter den Gesamtscore bestimmt⁸.

Modifizierende Faktoren bei Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf

Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit der Praxis

Die Schwierigkeiten für vulnerable Patientengruppen können bereits bei der Mobilität und Transportfähigkeit beginnen. Je nach Art und Schweregrad der Beeinträchtigung haben die Patienten möglicherweise nur eingeschränkte oder überhaupt keine Möglichkeit, die Praxis oder Klinik zu erreichen. In solchen Fällen können Krankentransportdienste oder Begleitpersonen unterstützen, jedoch kann der Aufwand für bettlägerige Patienten ein großes bis schwer zu überwindendes Hindernis darstellen. Einige Zahn-



arztpraxen sind möglicherweise nicht ausreichend ausgestattet, um den spezifischen Bedarfen von Patienten mit Behinderungen gerecht zu werden. Es mangelt oft an barrierefreien Einrichtungen, spezieller Ausrüstung oder geschultem Personal.

Kommunikation

In der Einteilung der funktionellen Kapazität bei geriatrischen Patienten ist der Parameter der Kommunikationsfähigkeit im Bereich der Eigenverantwortlichkeit berücksichtigt. In der hier vorgestellten modifizierten Version wird die Kommunikation jedoch als eigenständige Kategorie betrachtet, weil dies speziell für die Patientengruppe mit besonderen Bedürfnissen einen entscheidenden Einfluss auf ihre Therapiefähigkeit haben kann.

Im Vergleich zu alltäglichen Aktivitäten wie der Mundhygiene oder der Belastbarkeit bei zahnmedizinischen Therapiemaßnahmen kann die Fähigkeit zur Kommunikation bei bestimmten Patientengruppen einen gesonderten Schwerpunkt darstellen. Insbesondere Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen können Schwierigkeiten haben, Anweisungen zu verstehen und ihre Mundhygiene angemessen durchzuführen. Bei Patienten mit körperlichen Einschränkungen kann die Durchführung einer zahnärztlichen Untersuchung oder Behandlung aufgrund von Schwierigkeiten bei der Mundöffnung problematisch sein. Es können Kommunikationsprobleme bei vorhandener Sprachbehinderung auftreten. Diese spezifischen Herausforderungen erfordern ein hohes Maß an Sensibilität,

Fachwissen und individuell angepasste Behandlungsstrategien, seitens des zahnmedizinischen Teams.

Modifizierte zahnmedizinische funktionelle Kapazität

Die hier vorgestellte Modifizierte Zahnmedizinische funktionelle Kapazität (MZKap) soll zur Ermittlung der Fähigkeiten und Beurteilung der Einschränkungen des Patienten dienen, auf deren Grundlage der Behandlungsplan, der Ort der Behandlung und alternative Behandlungsmethoden festgelegt werden können. Folgende Aspekte finden Berücksichtigung: 1) die Therapiefähigkeit, 2) die Kommunikation, 3) die Mundhygienefähigkeit sowie 4) die Transportfähigkeit bzw. Lagerung an der zahnärztlichen Behandlungseinheit (Tab. 1).

Tab. 1 Bewertung der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität von Patienten mit Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf modifiziert nach Nitschke et al.⁸.

Belastbarkeitsstufen	Therapiefähigkeit	Kommunikation	Mundhygienefähigkeit	Transportfähigkeit/Lagerung
Hoch	Ambulante Behandlung in Zahnarztpraxis möglich, ggf. Begleitperson, vollständig behandelbar	Verbal oder non-verbal Kommunikation möglich	Normale Mundhygienefähigkeit	keine Einschränkung: vollständig transportfähig und auf zahnärztlicher Behandlungseinheit lagerbar
Leicht reduziert	Ambulante Behandlung in Zahnarztpraxis oder Praxis mit Behandlungsschwerpunkt möglich, ggf. Begleitperson, zahnärztliche Behandlung mit leichten Einschränkungen (Pausen, Adaptationstechniken, etc.)	Verbal oder non-verbal Kommunikation leicht eingeschränkt, Unterstützung durch Begleit-/Pflegerperson	Leichte senso-motorische und / oder psycho-motorische Einschränkungen Unterstützung der Mundhygiene durch Pflegerperson (Nachputzen, o.ä.)	leichte Einschränkung: vollständig transportfähig und mit Hilfsmitteln auf zahnärztlicher Behandlungseinheit lagerbar
Stark reduziert	Ambulante Behandlung in Zahnarztpraxis oder oder Praxis mit Behandlungsschwerpunkt möglich, zahnärztliche Behandlung reduziert, wenige und kurze Sitzungen (Pausen, Adaptationstechniken) ggf. größere Interventionen in ITN	Verbal oder non-verbal stark eingeschränkt, Kommunikation erfolgt zum Großteil durch Begleit-/Pflegerperson	Stark ausgeprägte senso-motorische und / oder psycho-motorische Einschränkungen Mundhygiene hauptsächlich durch Pflegerperson	mittelschwere Einschränkung: transportfähig mit hohem Aufwand und nur eingeschränkt oder nicht auf zahnärztlicher Behandlungseinheit lagerbar. Behandlung im Bett oder Rollstuhl, ggf. stationäre Aufnahme erforderlich
niedrig	Keine ambulante Behandlung möglich. Hausbesuch, zahnärztliche Behandlungen in ITN	Kein Feedback, keine Kontaktaufnahme möglich	Mundhygiene nur unter stark erschwerten Bedingungen möglich, z.B. Abwehrrhaltung	Schwere Einschränkung: keine Transportfähigkeit für ambulante Behandlung vorhanden, stationäre Aufnahme erforderlich



Die Einteilung erfolgt anhand von vier Stufen: hoch, leicht reduziert, stark reduziert und niedrig und folgt farblich dem Ampelprinzip. Insgesamt bestimmt der am schlechtesten bewertete Parameter die abschließende Einstufung. Der Ansatz ermöglicht eine differenzierte Bewertung der Belastbarkeit, indem die individuellen Schwächen oder Einschränkungen berücksichtigt und ihre Auswirkungen auf die Gesamtschätzung reflektiert werden. Im nächsten Schritt bahnt die Gesamtschätzung die Zuordnung zur zahnärztlichen Versorgungsstufe (Tab. 2).

Kritische Einordnung von Kategorisierungen

Die hier genannten Bereiche der MZKap stellen in erster Linie ein theoretisches Modell dar, das bislang nicht hinreichend validiert ist. Diese strukturierte Betrachtung der einzelnen Bereiche kann zwar in Einzelfällen für eine zielgerichtete Zuordnung von Patienten hilfreich sein, allerdings nur dann, wenn sie konsequent in das übergeordnete System einer präventionsorientierten Behandlung vulnerabler Gruppen, die den

besonderen ethischen und rechtlichen Voraussetzungen dieser Menschen Rechnung trägt, eingeordnet wird. Eine Systematisierung schafft zunächst eine theoretisch plausible Struktur, allein damit dürfte man in der täglichen Praxis allerdings kaum den Abbau der aktuellen Versorgungslücke erzielen können. Anzuführen sind – unabhängig von „Belastbarkeitsstufen“ – unter anderem folgende (zahn-)medizinische Kernpunkte, die individuell unterschiedlich gewichtet sind und die Dringlichkeit einer zeitnahen und barrierearmen Versorgung, egal ob bei einer Wach- oder Narkosebehandlung, unterstreichen:

- Erhaltung oder Wiederherstellung von Schmerzfreiheit
- Entzündungsfreie Verhältnisse schaffen
- Kaufähigkeit stabilisieren oder wiederherstellen
- Sprach- und Ausdrucksfähigkeit begleiten

Diskussion

Der ungehinderte Zugang zu zahnärztlicher Versorgung ist ein entscheidender Aspekt der allgemeinen Gesundheits-

pflege und mit hohem Wert für die Lebensqualität jedes Einzelnen verbunden. Für Patienten mit besonderen Bedarfen stellt dies jedoch eine zum Teil unüberwindbare Herausforderung dar. Diese beginnt bereits bei der Suche nach einer geeigneten zahnärztlichen Einrichtung oder Beratungsstelle. Die fehlenden Informationen über versorgende Zahnärzte, Spezialisten, Praxen mit Behandlungsschwerpunkt für vulnerable Gruppen und Kliniken sowie über die verschiedenen Behandlungsoptionen führt dazu, dass Patienten und ihre betreuenden Familienmitglieder oder Betreuungspersonen zahlreiche Anläufe unternehmen und lange Wege sowie Wartezeiten auf sich nehmen müssen, um versorgt zu werden. Die Versorgungslücke ist evident. Die Beteiligten im Gesundheitssystem, Zahnärzteschaft, Körperschaften, Krankenkassen und Gesundheitspolitik, sollten koordiniert arbeiten, um diese Versorgungslücke in Zukunft zu verkleinern.

Lösungsansätze können neu zu schaffende interdisziplinäre Beratungsstellen und/oder Steering Boards/Accountable Care Boards sein, die Patienten und ihre Familien beim Zu-

Tab. 2 Zuordnung der Patienten gemäß zahnmedizinischer funktioneller Kapazität in die Versorgerstufen.

MZKap (Modif. Zahnm. Funkt. Kapazität)	Zahnmedizinischer Eingriff	Behandler		Versorgungsstufe
HOCH	Wachbehandlung ¹	Zahnarzt		Zahnarztpraxis
LEICHT REDUZIERT	Wachbehandlung ¹	spezialisierter Zahnarzt		Praxis mit Behandlungsschwerpunkt
STARK REDUZIERT	Wachbehandlung ¹	<u>Präventiv-zahnerhaltende Therapie:</u> spezialisierter Zahnarzt	<u>Chirurgische Therapie:</u> MKG-Chirurg / Oralchirurg	Praxis mit Behandlungsschwerpunkt
	Narkose (ambulant/stationär)			a) Praxis mit Behandlungsschwerpunkt b) Ambulantes Operationszentrum oder (über)regionales Krankenhaus
NIEDRIG	Narkose (ambulant/stationär)	<u>Präventiv-zahnerhaltende Therapie:</u> spezialisierter Zahnarzt	<u>Chirurgische Therapie:</u> MKG-Chirurg / Oralchirurg	Universitätsklinik / Maximalversorger

¹ Behandlungsversuch unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten wie Verhaltensführung, Anxiolyse, leichte/moderate Sedierung, wenn medizinisch möglich.

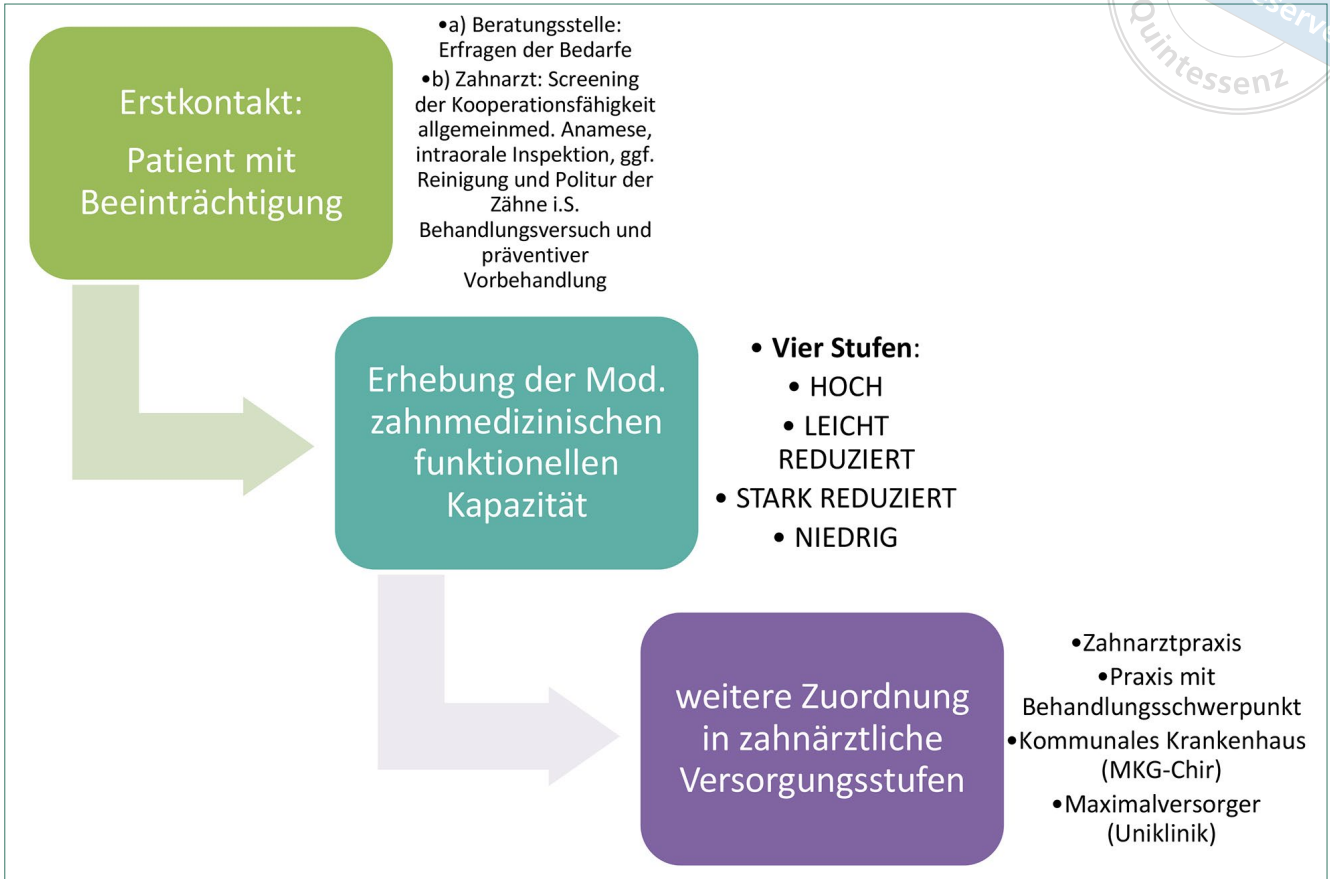


Abb. 1 Vorschlag für Verteilungsmatrix in Anlehnung an eine Standard Operating Procedure (SOP).

ordnen zu den Versorgerstufen und Anlaufstellen unterstützen. Aspekte der MZKap können vorab abgefragt und die Patienten hinsichtlich ihrer Belastbarkeit bzw. der besonderen Bedürfnisse klassifiziert werden (Abb. 1). Weiterhin müssen die versorgenden Einrichtungen in eine Netzwerkstruktur integriert sein. Zahnarztpraxen, Praxis mit Behandlungsschwerpunkt und Kliniken/Maximalversorger müssen ihren Versorgungsauftrag, ihren Platz und ihre Funktion im Netzwerk kennen und die erforderliche Patientenversorgung leisten. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass Maximalversorger und Kliniken limitierte Kapazitäten aufweisen. Es gilt zu vermeiden, dass Patienten mit hoher funktioneller Kapazität und Belastbarkeit in Versorgerstufen landen, die eigentlich für hochvulnerable Patienten vorgesehen sind und damit die

dortigen Kapazitäten unnötig binden. Ebenfalls muss nach Inanspruchnahme von hochspezialisierten Leistungen, wie beispielsweise einer zahnmedizinischen Behandlung in Narkose bei einem Maximalversorger, die Rückführung der Patienten an die nachsorgenden Zahnärzte (Hauszahnarzt) sichergestellt sein, damit dort die präventive Weiterbehandlung gewährleistet werden kann.

Fazit

Die hier vorgestellte, modifizierte zahnmedizinische funktionelle Kapazität (MZKap) soll als Instrument dienen, individuelle Belastbarkeit und Einschränkungen vulnerabler Patienten zu beurteilen und darauf basierend individuelle Behandlungswege in der zahnärztlichen Versorgungslandschaft effizienter bahnen zu können. Große Anstrengungen

auf allen Ebenen des Gesundheitswesens sind erforderlich, um die Lebensqualität und Mundgesundheit vulnerabler Patientengruppen zu verbessern und die besorgniserregend angewachsene Versorgungslücke wieder zu verkleinern. Durch klar organisierte Netzwerkstrukturen muss die Patientenverteilung und -aufklärung optimiert und damit die Betreuung vulnerabler Gruppen verbessert werden. Krankenhäuser und Maximalversorger können bei aktuell nicht gedeckter Finanzierung für zahnmedizinische Behandlungen in Narkose keine erweiterten Kapazitäten schaffen, so dass es primäres Ziel sein muss, kostenintensive und hochspezialisierte Leistungen in den Krankenhäusern für die Patienten vorzuhalten, die diese dringend benötigen. Gesundheitspolitik und Krankenkassen müssen ihrer Verantwortung nachkommen, eine aus-

kömmliche Finanzierung dieser hochspezialisierten Leistungen vor allem für Maximalversorger verfügbar zu machen.

Danksagung

Das Autorenteam dankt ausdrücklich Prof. Dr. Andreas Schulte (Universität Witten/Herdecke, Abteilung für Behindertenorientierte Zahnmedizin) und Dr. Guido Elsäßer (Niedergelassener Zahnarzt und Mitglied im Arbeitskreis Alterszahnheilkunde und Behinderterbehandlung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg) für die konstruktive Zusammenarbeit in der Expertengruppe und die wertvollen fachlichen Eingaben bei der Entwicklung des Konzeptes.

Literatur

1. World Health Organization fact sheets: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (abgerufen am 18.05.2024).
2. Die UN-Behindertenrechtskonvention Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=8 (abgerufen am 18.12.2023).
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, USA; 2001.
4. Hieronymus H. Dental Treatment of children with special healthcares needs: A retrospective study of 10 years of treatment [manuscript in preparation]. University Hospital Heidelberg, Department of Conservative Dentistry and Clinic for Anesthesiology.
5. Schulte AG, Schmidt P. Mundgesundheit bei Menschen mit Behinderung in Deutschland – eine Literaturübersicht. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2021;64:793–801.
6. Schulte A, Wolff D. Große Versorgungslücke bei der Behandlung in Vollnarkose. ZM-Online 2023;15:16:32–33.
7. Frankl S. Should the parent remain with the child in the dental operator? J Dent Child 1962;29:150–163.
8. Nitschke I, Kunze J, Hopfenmüller W, Reiber T. Die zahnmedizinische funktionelle Kapazität – ein Instrument in der Gerostomatologie. Quintessenz 2012;63:207–210.
9. RD D. New classification of physical status. Anesthesiology 1963;24:111.



Shirin El-Sayed

Dr. med. dent.

E-Mail: shirin.el-sayed@med.uni-heidelberg.de

Hanna Hieronymus

Dr. med. dent.

Cornelia Frese

Prof. Dr. med. dent.

Diana Wolff

Prof. Dr. med. dent.

alle

Universität Heidelberg, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten, Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg