

Ina Nitschke, Julia Kunze, Klaus-Peter Wefers, Mohammad Houshmand

Besserer Kontakt zu den Hausärzten! Was können Gerostomatologen tun?

Patienten hören oft auch im Bereich der Mundgesundheit auf ihre Hausärzte. Wohlüberlegte zahnärztliche Therapieplanungen, die der Facharzt für Zahn- und Mundkrankungen, also der Zahnarzt, entwickelt hat, werden vom Hausarzt, der vom Patienten dazu befragt wird, vom Tisch gefegt. Zum Ärger der Zahnärzte und auch zum Nachteil der Patienten, denn die Arzt-Patienten-Beziehung hat für beide Seiten eine Einbuße erlitten. Die Ursachen für dieses ärztliche Verhalten sind vielschichtig. Um solche Erlebnisse zu minimieren, sollten die Zahnärzte versuchen, mit den Hausärzten – meistens handelt es sich um Ärzte für Innere Medizin oder für Allgemeinmedizin – verstärkt in Kontakt zu treten. Mit etwas Aufbauarbeit kann sich lokal ein Netzwerk soweit entwickeln, dass es Zahnärzte und Ärzte regelmäßig zusammenführt. Dies kann sowohl die gegenseitige Wertschätzung als auch das Wissen um das Tätigkeitsgebiet der jeweils Anderen positiv beeinflussen.



Abb.1 Die verbesserte Kooperation von Haus- und Zahnarzt ist für den Patienten in vielerlei Hinsicht wünschenswert. (© iStockphoto)

Eine gute Kooperation zwischen Haus- und Zahnärzten unterstützt, dass auch die älteren Patienten unabhängig von ihrer Gebrechlichkeit zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Betreuung von beiden Seiten motiviert werden. Zahnärztliche partizipative Therapieentscheidungen werden mit mehr Wissen dann auch von den Hausärzten unterstützt. Beide Berufsgruppen können sich dafür einsetzen, dass die Senioren einen kontinuierlichen Zugang zu einer hohen mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität besitzen.

Die Gerostomatologen müssen sich verstärkt mit der Multimorbidität und Multimedikation ihrer älteren Patienten auseinandersetzen. Dies bringt

mit sich, dass sich die Zahnärzte mehr mit den Hausärzten der gemeinsamen Patienten auseinandersetzen müssen. Oft kennen sich die Ärzte und Zahnärzte gar nicht und haben nur aufgrund der Patienten miteinander zu tun. Die ärztlichen Kollegen, die in der Regel keine oral-medizinische Ausbildung besitzen, vermitteln manchmal das Gefühl, sich durch Anfragen der Zahnärzte gestört zu fühlen. Manchmal werden auch zahnärztliche Therapieentscheidungen von den Hausärzten den Patienten gegenüber widerrufen. Es wäre somit wünschenswert, wenn die Kontakte zwischen den beiden Fächern im Alltag vertrauensvoller und damit auch

reibungsloser verlaufen könnten. Da bisher oft kein persönlicher Kontakt zwischen den Akteuren vorhanden ist, sollten Wege gefunden werden, sich gemeinsam besser zu begegnen.

Heutige Zusammenarbeit Hausarzt und Zahnarzt

In Deutschland haben Zahn- und Medizinstudenten oft nur in der vor-klinischen Ausbildung in einigen Vorlesungen sowie Praktika, z. B. Biologie und Biochemie, Kontakt. Ein gemeinsames Grundstudium, welches dann in die verschiedenen Facharztdisziplinen, z. B. Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde oder Facharzt für Zahn- und Munderkrankungen, mündet, gibt es nicht. Innerhalb des Medizinstudiums wird die Mundhöhle noch im Anatomiesaal thematisiert, später aber kaum noch beachtet. Die Vorlesung Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für Mediziner war meistens wenig besucht und ist nun von den Vorlesungsplänen fast ganz verschwunden. Nicht nur hier zeigt sich, dass im Bereich der Medizin dem Zahnmediziner nur wenig Beachtung, Wichtigkeit und teilweise auch Wertschätzung entgegengebracht wird – diese Grundhaltung bleibt dann zumeist erhalten. So verwundert es auch nicht, dass Mediziner nichts über die Ausbildungsinhalte von Zahnmedizinern wissen, z. B. welches medizinische Grund- und Fachwissen (z. B. Dermatologie, Pharmakologie, HNO, Innere Medizin etc.) den Zahnmedizinern schon während des Studiums abverlangt wird.

Nach dem Studium arbeiten viele Ärzte vor der Eröffnung einer eigenen Praxis im Krankenhaus. Dies trifft für Zahnärzte nicht zu, da es in Deutschland in der Regel keine angestellten Krankenhaus-Zahnärzte gibt. Die unterschiedlichen Studiengänge sowie Arbeitsbedingungen der Ärzte und

Zahnärzte führen dazu, dass die beiden Berufsgruppen häufig im Alltag kaum Kontakt miteinander haben, Kooperationen selten sind und oft nur mühsam entstehen.

So überrascht es den einen oder anderen Arzt, wenn der Zahnarzt die Medikation eines gemeinsamen Patienten besprechen möchte, da er eine Mundtrockenheit festgestellt hat. Der Arzt empfindet diese Nachfrage u. U. als Einmischung in seine Therapie und übersieht, dass die Fürsorge des Zahnarztes für seinen Patienten bei festgestellter Mundtrockenheit dazu führt, mit dem Arzt darüber zu sprechen. Vielleicht kann ein anderes Medikament verabreicht werden, welches nicht so eine starke Wirkung auf die Speichelproduktion hat, aber dennoch den gewünschten pharmakologischen Effekt für das medizinische Problem zeigt? Die Ärzte sind in ihrem Alltag mit sehr vielen Patienten belastet und empfinden jedes Anliegen, egal von welcher Seite, häufig als störend. Pharmareferenten, die einfach in der Praxis auftauchen, gehören genauso zu den Störern wie ein Anruf eines zahnärztlichen Kollegen, mit dem, so meint der Arzt, gar kein Gesprächsbedarf besteht. Zudem wird häufig von Seiten der Mediziner vermutet, dass der Zahnarzt nicht das erforderliche Fachwissen besäße. Der eine oder andere Gerostomatologe hat solche Erfahrungen schon gemacht, sodass teilweise nur noch schriftlich mit den Ärzten bezüglich der gemeinsamen Patienten kommuniziert wird. Doch besonders Gerostomatologen, welche aufgrund ihres Patientenklintels mehr Erfahrung und Wissen in medizinischen Bereichen mitbringen, können und sollten den Ärzten hier auf Augenhöhe begegnen.

Der Zahnarzt hingegen wundert sich, wenn die mit dem Patienten besprochene und im Rahmen eines ausführlichen partizipativen Therapieentscheidungsprozesses aus-

gewählte Zahnersatzplanung vom Patienten beim nächsten Termin abgelehnt wird. Der Hausarzt, so berichtet der Patient bei Nachfrage des Zahnarztes, findet die Therapie nicht gut. Der Zahnarzt ist darüber überrascht, befremdet und auch ärgerlich, da gerade eine Therapieplanung mit einem betagten oder hochbetagten Menschen sehr zeitaufwändig sein kann sowie auch oft viel Geduld vom Zahnarzt und vom gesamten Team erfordert. Der ärztliche Kollege, der in der Regel keine oral-medizinische Ausbildung besitzt und lediglich aus der Darstellung des Patienten heraus die zahnärztliche Therapie gut zu überblicken und zu beurteilen glaubt, irrt oft. Zahnärzte haben schon öfter erleben müssen, dass der fachunkundige Patient dem Hausarzt mehr als dem „Facharzt für Zahn- und Munderkrankungen“, also dem Zahnarzt, vertraut – die Kontaktrate der Senioren zu ihren Hausärzten ist oft höher als zu Zahnärzten. Ein Grund, warum der Arzt die zahnärztliche Therapie nicht gutheißt, kann von Seiten des Patienten oft nicht benannt werden. Auch werden manchmal Dritte, Familie oder Freunde in das Therapiegespräch einbezogen, sodass die Verwunderungen des Zahnarztes über die ärztliche Ablehnung des schon ausführlich besprochenen Behandlungsplanes groß ist. Woher die Ablehnung des Hausarztes rührt, ist oft nicht ergründbar, vielleicht spielen auch eigene, persönliche Erfahrungen mit der Zahnmedizin eine Rolle. Ziel sollte jedoch sein, den Austausch zwischen den Zahnärzten und Ärzten zu verbessern.

Ziele der Zusammenarbeit Hausarzt – Zahnarzt

Bei der Strukturierung der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Zahnarzt sind vier Ziele anzustreben:



- Wissen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität im Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit gemeinsam sammeln
- Erkennen von allgemeinmedizinischen Erkrankungen mit zahnmedizinischen Fragestellungen und Beteiligung
- gegenseitiger Respekt für die Fachkenntnisse des Anderen (ärztlicher/zahnärztlicher Alltag)
- Netzwerke aufbauen

Wissen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität im Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheit gemeinsam sammeln

Ärzte wissen oft wenig über die Mundgesundheit und die Krankheitsbilder der Mundhöhle. Der Blick in den Pharynx erfolgt oft ohne Berücksichtigung der Mundhöhle, Zähne und Mundschleimhaut. In der alltäglichen Routine ist dafür auch selten Zeit und bei Nachfrage bei den Ärzten wird oft berichtet, dass im Studium beim Erlernen der Anamnese-Erhebung und der Durchführung einer körperlichen Untersuchung die Mundhöhle meistens kein Thema war.

Es wäre anzustreben, bei Kongressen der ärztlichen Fachgesellschaften auch zahnmedizinische Themen aufzunehmen. Hierbei hat sich gezeigt, dass ein zahnmedizinischer Block, z. B. mit drei zahnmedizinischen Referaten, bei Kongressen mit Parallelveranstaltungen nicht ausreichend besucht wird. Bei der Wahl zwischen den Blöcken „Schlaganfall“ und „Mundgesundheit“ auf einer ärztlichen Fortbildung gehen die Ärzte in der Regel eher zum Block „Schlaganfall“. Der Block „Mundgesundheit“ hat mindestens die Referenten als Teilnehmer vor Ort. Dies hat die Deutsche Gesellschaft

für Alterszahnmedizin e. V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. schon in der Vergangenheit erfahren müssen. Es wäre hier von Vorteil, dass einzelne zahnmedizinische Referate in die vorhandenen Themenblöcke integriert werden. Zum Beispiel sollte in einem Fortbildungsblock zum Diabetes mellitus auch ein Zahnmediziner Hinweise zum Zusammenhang mit der Parodontitis bringen dürfen. Und bei einem Block zur Sprach-Rehabilitation nach Schlaganfall sollte auch ein Zahnarzt über die Notwendigkeit von passendem Zahnersatz sprechen. Spezielle „Lunch and Learning“-Angebote zum Thema „Medizin meets Zahnmedizin“ sind auch denkbar. Dies setzt aber voraus, dass die Leiter von geriatrischen Kliniken die Wichtigkeit dieser Thematik erkennen und ihre jungen Mitarbeiter zu dieser Fortbildung schicken, um die Mundgesundheit auf ihren Stationen zu thematisieren.

Erkennen von allgemeinmedizinischen Erkrankungen mit zahnmedizinischen Fragestellungen und Beteiligung

Bei vielen Krankheitsbildern würden Patienten von der engen Zusammenarbeit zwischen den Ärzten, den Therapeuten und den Zahnärzten zusätzlich profitieren. Krankheitsbilder und die Folgen einer Erkrankung sind teilweise auch im Mund sichtbar bzw. sollten therapiert werden. Ein Patient mit einem Apoplex, dessen Zahnprothesen nicht passen, kann kaum von der Mühe des Logopäden profitieren, wenn der Zahnarzt vorher nicht die Prothesenbasis dem Prothesenlager, z. B. durch eine Unterfütterung der Prothese, angepasst hat. Die Kooperationsmöglichkeiten gehen in alle Richtungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen (Tab. 1).

Gegenseitiger Respekt für die Fachkenntnisse des Anderen

Es fällt immer wieder auf, dass Zahnärzte und Ärzte im eigenen Berufsverständnis verharren. Die Begriffe „Arzt“ und „Zahnarzt“ machen die Beziehung nicht einfacher. Der eine ist für den Zahn, wovon es 32 gibt, zuständig und der andere ist für die Augen, Ohren, das Herz oder die Nieren im Einsatz. Jeder ist Spezialist für sein Fachgebiet und hat zusätzliche Kenntnisse zum gesamten Körper. Auch der Zahnarzt muss in seinem Staatsexamen allgemeinmedizinische Kenntnisse, z. B. in HNO, allgemeiner Chirurgie, Innerer Medizin, Pharmakologie, Mikrobiologie und Hygiene etc., nachweisen. Ärzte wissen oft nicht, dass die Zahnärzte neben den zahnmedizinischen Fächern auch medizinisches Wissen bereithalten müssen. Die Diskussionen, ob das Zahnmedizinstudium an einer Fachhochschule zu erlernen sei, wird den Arzt nicht dazu führen, zu erkennen, dass der „Facharzt für orale Erkrankungen“ auch ein breitgefächertes Fachwissen mit Verknüpfungen zur Humanmedizin aufweisen muss. Hier sollten alle gemeinsam daran arbeiten, dass die Humanmedizin die 10 Zentimeter im Kopf, die die Mundhöhle ausmachen, nicht vergisst. Die Augen nehmen auch nicht mehr Platz im Kopf ein.

Netzwerke aufbauen

Mikro-Ebene – Einzeltreffen

Um eine bessere Kommunikation zwischen Ärzten für den Alltag aufzubauen, ist zu empfehlen, dass sich die Ärzte und Zahnärzte im Praxisumfeld kennenlernen.

Es ist somit wünschenswert, wenn beide Berufsgruppen im kollegialen Miteinander zum Wohle der Patienten kooperieren. Es ist ebenso zu empfehlen, dass sich am Anfang der Zusammenarbeit die Partner zusammenfinden, um das Spektrum beider Praxen

Tab. 1 Mögliche Interaktionen zwischen den verschiedenen ärztlichen Disziplinen mit den Zahnärzten. (Die Tabelle erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.)

Krankheitsbilder und diagnostische Zusammenarbeit	Denkbare Kooperationen mit Zahnärzten, Ärzten und Therapeuten
Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit, Arthritis und Parodontitis	Internist – Allgemeinmediziner – Kinderarzt
Bildgebung	Radiologe
Rücken- und Nackenschmerzen, Cranio-mandibuläre Dysfunktionen	Orthopäde – Psychologe, Psychosomatiker – Physiotherapeut – Osteopath
Chemotherapie	Internist – Onkologe
Bestrahlung	Facharzt für Strahlentherapie – Physiker – Radiologe
Rehabilitation – Schlaganfall	Internist – Geriater – Logopäde
Malnutrition	Internist – Geriater – Ernährungsberater
Adipositas	Neurologe/Nervenarzt – Viszeralchirurg – Psychologe – Psychosomatiker
andere Essstörung wie z. B. Anorexia nervosa, Bulimie	Psychiater – Psychologe – Psychosomatiker – Ernährungsberater – verschiedene Therapeuten
Bluthochdruck, Antikoagulation	Internist, Kardiologe
Allergien	Dermatologe
Halitosis	Internist
Apnoe	Schlafmediziner – HNO-Arzt
Pneumonie	Internist – Geriater – Pneumologe
Demenz	Internist – Geriater – Neurologe
Sprachentwicklung	Kinderarzt – HNO-Arzt – Logopäde
Trigeminusneuralgien	Neurologe
Kopfschmerzabklärung	Neurologe – HNO-Arzt – Psychologe – Psychosomatiker
Osteoporose/Tumorthherapie und Bisphosphonate	Onkologe – Orthopäde – Internist

kennen zu lernen. Organisatorische Absprachen können dann getroffen werden, welche die Kooperation im Alltag für beide Seiten reibungslos machen. Bei dieser Zusammenkunft können auch individuelle fachliche Inhalte, die in beiden Praxen auftreten, angesprochen werden. Dies könnte dazu beitragen, dass Patienten nicht mehr von fachlich eingeschränkten Ärzten zu Therapieempfehlungen eines anderen Arztes beraten werden.

Was früher immer getan wurde, ist heute jedoch etwas in Vergessenheit geraten: das Vorstellen der eigenen Person, Fachrichtung und möglichen

speziellen Ausrichtungen, wenn durch den jungen Zahnarzt eine Praxis übernommen wird. Die umliegenden Kollegen, egal welcher Fachrichtung sie angehören, sollten untereinander bekannt sein.

Meso-Ebene – lokale Treffen der sich umgebenden Ärzte und Zahnärzte

In beiden Fachgebieten sind die Entwicklungen so rasant, dass es schwierig sein dürfte, fachlich in ausreichendem Maß für beide Gebiete (die ärztliche und die zahnärztliche Fachrichtung) kompetent zu sein.

Der Zahnarzt könnte die umliegenden Fachärzte einmal zu sich in die Praxis zu einem kollegialen Austausch bitten. Die Anamnesebögen der Patienten geben Aufschluss darüber, welche Fachärzte von den Patienten besucht werden. Laden Sie die 10 meistgenannten Ärzte ein.

Auch wäre es denkbar, dass der Zahnarzt mit dem nächsten Kieferorthopäden und dem lokal ansässigen Oralchirurgen zusammen eine Einladung an die ärztlichen Kollegen aussprechen. Ein gemeinsamer Workshop, der bei der ansässigen Ärztekammer angemeldet sein kann, zum

Thema „Gesund im Alter fängt im Mund an“, „Zahnmedizin 2go2 Medizin“, „Mundgesundheit als Teil der allgemeinen Gesundheit“ oder „Orale Implantate – warum nicht? Aber für welche Patienten?“ wäre denkbar. Die einladenden Kollegen übernehmen die Organisation, stellen ein paar Getränke, halten einen halbstündigen Vortrag, leiten die Diskussion und stellen dann die Teilnahmebescheinigung aus. Die Veranstaltung sollte auf zwei Stunden begrenzt und für alle Mediziner in der Nähe offen sein.

Auch wenn beim ersten Workshop nicht viele Ärzte aus der Umgebung teilgenommen haben, sollten die Gastgeber nicht gleich verzagen. Ein Schreiben mit einem kurzen Bericht und drei guten Bildern von den Teilnehmern und Gastgebern machen neugierig. Der nächste Workshop sollte mit einem Thema schon im Schreiben angekündigt werden, es sollten maximal vier Monate bis zum nächsten Termin verstreichen.

Makro-Ebene – Zusammenarbeit in den Kammerbereichen

Ärzte und Zahnärzte sind in den Kammern organisiert, die in großen Bundesländern teilweise noch lokale Bezirksstellen haben. In jeder Kammer ist eine Person im Vorstand benannt, die für den Bereich Seniorenzahnmedizin zuständig ist. Diese wäre anzusprechen, wenn eine gemeinsame Veranstaltung für Ärzte und Zahnärzte angeboten werden soll. Die Zahnärztekammer könnte sich dann mit der Vertreterin der lokalen Ärztekammer zusammenschließen.

Jedes Bundesland hat auch einen Landesbeauftragten der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e. V., der eine gerostomatologische Veranstaltung dann auch eine Veran-

staltung unterstützen kann (weitere Informationen unter www.dgaz.org). Gemeinsame Veranstaltungen werden zum Teil schon durchgeführt und sollten auch weiterhin, auch wenn aller Anfang schwer ist, eingefordert und organisiert werden.

Fazit

Zusammenfassend sollte allen Ärzten und Zahnärzten klar sein, dass die Patienten alle Fachrichtungen benötigen. Der Alltag in einer deutschen Praxis, egal, welcher Fachrichtung sie angehört, ist von vielen Patienten und von gesundheitspolitischen Entscheidungen geprägt, die aufgrund endlicher finanzieller Ressourcen oft anstrengend im Praxisalltag umzusetzen sind. Daher sollte der Austausch zwischen Ärzten verschiedenster Fachrichtun-

gen, auch der zahnmedizinischen, nicht belastend sein. Entlastend sollte die Kommunikation sein, die die Behandlungen sicherer macht und auch Freude an gemeinsamen erfolgreichen Behandlungen bringt. Jeder kann in seinem ärztlichen „Biotop“ einen Beitrag zum besseren Miteinander leisten.

Es ist festzuhalten, dass die genannten Wege zur Verbesserung der Interaktion zwischen Zahnärzten und Hausärzten nur die Kommunikationsebene zwischen diesen Akteuren betreffen. Es wäre jedoch hilfreich, wenn bereits im Rahmen des Studiums der Medizin und der Zahnmedizin ein anderes Bild vom jeweils anderen Berufsstand gezeichnet werden würde. Hier sollte zukünftig darauf geachtet werden, dass die gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung der jeweils anderen Fachspezifität einen besonderen Stellenwert genießt. **SZM**

Autoren

Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH^{1,2}
E-Mail: ina.nitschke@zzm.uzh.ch

Dr. med. dent. Julia Kunze²

Dr. med. dent. Klaus-Peter Wefers²

Dr. med. dent. Mohammad Houshmand, MSc²



¹ Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde • Universitätsklinikum Leipzig
Liebigstraße 12, Haus 1 • 04103 Leipzig

² Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin
Zentrum für Zahnmedizin • Universität Zürich
Plattenstraße 11 • CH-8032 Zürich Schweiz
Tel: +41 44 634 33 41 • Fax: +41 44 634 43 19