

Fabian Hüttig, Fadi M. Said, Khira Sippli

Der alte Patient und die Kooperation von Haus- und Zahnärzten

Ausgehend von den Zusammenhängen der Mund- und Allgemeingesundheit – insbesondere bei alterskorrelierten Erkrankungen – erfordert eine holistische Patientenversorgung die Kooperation von Allgemein- und Zahnmedizinern. Neben der kurativen Versorgung sind dabei auch Aspekte der Prävention berührt. Beide Arztgruppen sind administrativ getrennt, weshalb keine Überweisungsmöglichkeit existiert. Wie sich Zuweisung und Kooperation gestalten war Gegenstand einer explorativen Interviewstudie in Baden-Württemberg. Obwohl die Zusammenhänge zwischen Mund- und Allgemeingesundheit beiden Arztgruppen teilweise bekannt sind, gibt es keine vielfältigen Kontakte oder Konzepte. Für Hausärzte ist vornehmlich ein desolater Zahnstatus Anlass zur Zuweisung; für Zahnärzte sind es Nachfragen zur Medikation und zum Gerinnungsstatus. Präventive gerostomatologische Aspekte wurden nicht thematisiert, auch wenn ein wesentliches Kontaktfeld beider Arztgruppen der multimorbide Patient und die Betreuung von Patienten in Altenheimen ist.

Die präventive zahnärztliche Versorgung als generelle Herausforderung

Der alte/geriatrische Patient fordert den Zahnarzt und sein Team in vielfältiger Weise^{10,19}: Zum einen sind praktische Anforderungen und Erfordernisse während der Behandlung zu nennen. Dazu zählen die Verständigung (Schwerhörigkeit, Denk- und Merkfähigkeit) und Bewegung (Gangunsicherheit, Sehschwäche) in der Praxis sowie Dauer und Durchführung der Behandlung selbst (muskelskeletale Erkrankung, Schmerzen, Tremor).⁵ Zum anderen müssen Grunderkrankungen und die Pharmakotherapie in der Behandlung und den Behandlungskonzepten berücksichtigt werden.⁸ Letztlich ist auch die momentane sowie mittelfristig zu erwartende Veränderung im sozialen Umfeld des Patienten (Übergang aus der Selbstständigkeit in Pflegesituation) ein wesentlicher Aspekt für die weitere zahnärztliche Versorgung. Für institutionalisierte Patienten in Pflegeheimen oder Hospizen gilt dies umso mehr.^{9,24} Daher ist häufig, neben dem Kontakt zu Pflegenden und Angehörigen, auch eine Rücksprache mit betreuenden Haus- und Fachärzten notwendig.

Selbige Forderung kann jedoch auch an betreuende Hausärzte gestellt werden, sofern man eine holistische Patientenversorgung anstrebt.⁴ Hierbei

wäre es etwa wünschenswert, wenn Hausärzte maßgebliche gesundheitliche Veränderungen (Diagnose neurodegenerativer Erkrankungen, Zustand nach Schlaganfall) an den Zahnarzt zeitnah rückmelden.^{5,6} Allgemein gesprochen betrifft dies jegliche systemische Erkrankung, die zur Reduktion von kognitiven und/oder motorischen (insbesondere manuellen) Fähigkeiten führt. Eine rechtzeitige Vorstellung beim Zahnarzt ermöglicht den Einsatz angepasster Mundgesundheitsstrategien (Prophylaxe, Pflegeprotokolle, Veränderungen am Zahnersatz) für den Patienten.^{8,20,21}

Eine routinierte Kooperation von Hausärzten und Zahnärzten könnte bei geriatrischen Patienten vorrangig die Lebensqualität und Ernährungssituation verbessern, aber auch chronische und akute Inflammationen verringern. Letztlich könnten diese Effekte das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko der Patienten senken.^{9,14,25}

Interviews mit Zahnärzten und Hausärzten: eine Exploration

Zur Kooperation von Haus- und Zahnärzten liegen derzeit in Deutschland keine hinreichenden Informationen vor. Da keine formelle Überweisungsmöglichkeit zwischen Allgemeinmedizinern sowie Fachärzten und Zahn-

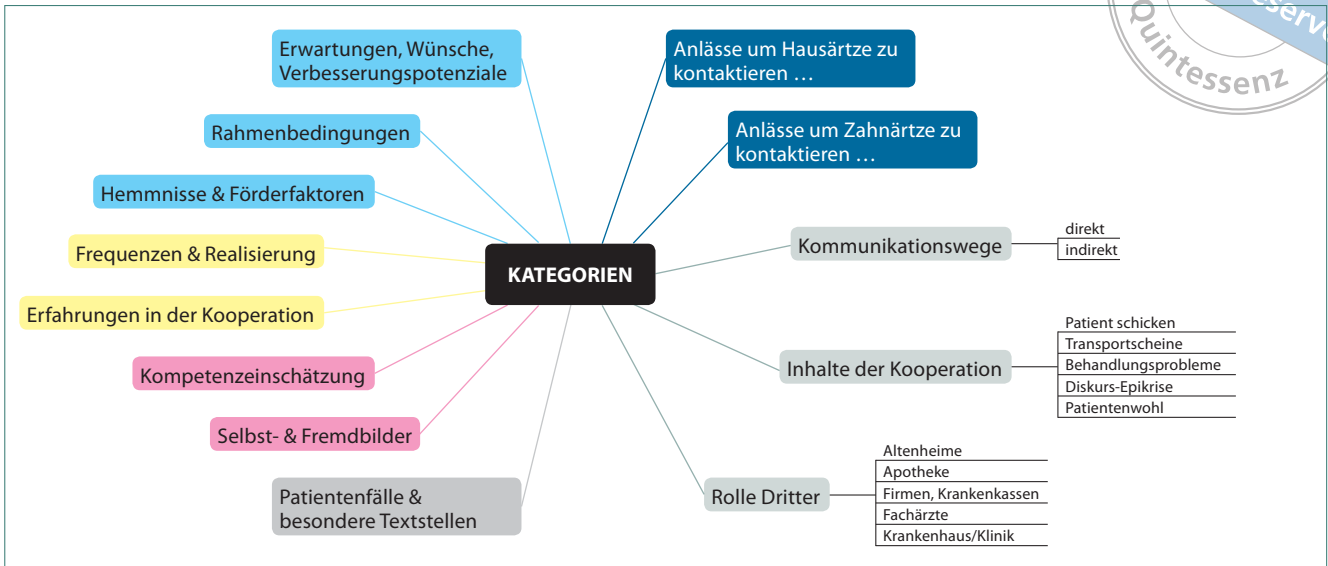


Abb. 1 Übersicht zum Kategoriensystem der Inhaltsanalyse. Zu Gunsten der Übersicht sind nur für die Hauptkategorien „Rolle Dritter“, „Kommunikationswege“ und „Inhalte der Kooperation“ jeweils die ersten Unterkategorien aufgeführt.

ärzten besteht, sind diese nicht über Sekundärdaten erfassbar.¹² Auch die Erfassung des Überweisungsverhaltens in allgemeinärztlichen Praxen konnte keine Hinweise auf Zuweisungen oder Kooperationen mit Zahnärzten liefern.⁷ Weiter ist der Wissenstransfer zu Zusammenhängen von Mund- und Allgemeingesundheit vornehmlich in der zahnmedizinischen Literatur verortet und findet sich nicht in der gängigen Literatur der Allgemeinmedizin wieder.¹¹

Deshalb zielte eine qualitative Studie darauf ab, Zuweisungsanlässe und Kooperations- sowie Kommunikationsformen offen zu legen. Haus- und Zahnärzte wurden zufällig aus den Registern der Kammern sowie aus Listen von QM-Zirkeln gewählt, telefonisch kontaktiert und um einen Interviewtermin gebeten. Als Anreiz wurden 40 Euro Aufwandsentschädigung angeboten. Bei Interesse wurde ein Besuchstermin in der Praxis des Interviewpartners vereinbart. Auswahlkriterien waren die Tätigkeit als Hausarzt bzw. Zahnarzt und die Lage der Praxis in einer Großstadt (Stuttgart, Kürzel G), Metropolregion (Reutlingen, Kürzel M) oder ländlichen Region (Landkreis

Sigmaringen, Kürzel L). Sechs Frauen sowie 22 Männer sagten zu; davon 15 Hausärzte (Kürzel HA) (G = 4, M = 6, L = 5) sowie 13 Zahnärzte (ZA) (G = 4, M = 5, L = 4) – darunter jedoch nur eine Zahnärztin. Die Gespräche wurden unter Verwendung eines teilstrukturierter Interviewleitfadens durchgeführt, mit einem Audiogerät aufgezeichnet und durch ein externes Schreibbüro nach den üblichen Transkriptionsregeln für Inhaltsanalyse transkribiert sowie wenn notwendig anonymisiert. Die Transkripte wurden durch zwei Zahnärzte und zwei Sozialwissenschaftler mit Inhaltsanalyse nach Mayring mit einem konsentierten Kategoriensystem (Abb.1) ausgewertet. Nähere Informationen zu Vorgehen und Auswertung finden sich im frei zugänglichen Methoden-Report der Studie.¹³

Routine-Kontakte beider Arztgruppen bedeuten keine Kooperation

Generell ist festzuhalten, dass die Interviewten nicht oder kaum von einer weitergehenden Kooperation beider Arztgruppen berichteten.

Zahnärzte kontaktieren Hausärzte vorwiegend aus Gründen der Rückversicherung vor einem invasiven zahnärztlichen Eingriff – insbesondere bei der Therapie mit Antikoagulanzen, aber auch Antibiotikaphylaxe einer Endokarditis und Medikation des Patienten führen zu Rückfragen. Der kontaktierende Zahnarzt möchte sich etwa beim Hauptthema „Antikoagulation“ auf die Einschätzung des Hausarztes verlassen können. Wenn nicht der Patient den Zuweisungsgrund selbst berichtet, fließen die Informationen via Anruf des Zahnarztes oder der Zahnarthelferin. Zahnarzt ZA-M-01: „Mit Marcumar [...] findet gar kein Gespräch mehr statt, weil das so routiniert ist, mit den Hausärzten. Da genügt sogar von Helferin zu Helferin dieses Gespräch.“

Genannt werden auch schriftliche Anforderungen. So erhält etwa Hausarzt HA-L-03 von einem chirurgisch tätigen Zahnarzt ein Formblatt: „Es [gibt] einen Bogen, [den] der operierende Zahnarzt schickt und verlangt ein kleines Blutbild, Quick, PTT usw. Und das schreibe ich dort rein.“

Notfallsituationen in der Zahnarztpraxis (z. B. Bewusstlosigkeit) können

auch ein Grund zum Kontakt des Hausarztes sein, sofern der Zahnarzt nicht die Unterstützung durch einen Rettungsdienst für notwendig erachtet.

Hausärzte veranlassen bei Feststellung eines desolaten Zahnstatus – teilweise auch bei Veränderung von Mundschleimhaut und Zahnfleisch – die Zuweisung zum Zahnarzt. Dazu äußert HA-M-03: „Im Rahmen von Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen schaue ich auch immer den Zahnstatus mit an. [...] Ich schicke immer wieder Patienten zum Zahnarzt.“ Interessanterweise stellen Zahnärzte die reguläre Inspektion der Zähne und Mundhöhle durch den Hausarzt in Frage. Der Zahnarzt G-04: „Es gibt schon Hausärzte, die auch mal dem Patienten in die Mundhöhle schauen und ihm raten zum Zahnarzt zu gehen und das Gebiss sanieren zu lassen. Das kommt schon mal vor. Aber jetzt spezifisch, [...] das eigentlich weniger.“

Allgemeinerkrankungen und Mundgesundheit – Bewusstsein aber keine gemeinsamen Konzepte

Mit Blick auf die Allgemeingesundheit nennen Zahnärzte vereinzelt als Zuweisungsgrund zum Hausarzt den Verdacht auf eine beginnende Demenz oder Veränderungen der Mundschleimhaut, wie auch Auffälligkeiten in Panoramaschichtaufnahmen des Kiefers. Zahnarzt L-03: „Man sieht es an der Mundschleimhaut doch schon, ob es gesundheitliche Probleme gibt.“

Der Zahnarzt G-04 hebt hervor, „dass wir in der Praxis Patienten antreffen, wo wir vermuten, dass sie in die Richtung Demenz gehen. Und da fragen wir immer beim Hausarzt nach. Manche Hausärzte sind ganz froh über den Hinweis, weil sie es selber noch gar nicht bemerkt haben.“

Hauptsächlich fordern Hausärzte die Patienten auf, sich beim Zahnarzt vorzustellen. Eine vom Hausarzt ausgehende direkte Kommunikation mit dem Zahnarzt wird auf beiden Seiten als „sehr selten“ angegeben. So resümiert Hausarzt M-06: „Den Kontakt nimmt meistens der Zahnarzt auf. Er ruft an und fragt, was für Medikamente der Patient nimmt und ob er ihn jetzt behandeln darf oder nicht.“ Zahnarzt ZA-L-03 meint: „Ein Arzt ruft selten mal beim Zahnarzt an.“ und ZA-G-03 konkretisiert dazu: „Höchst selten. Also einmal im Jahr bekomme ich einen Anruf von einem Internisten, allerdings ist das ein sehr guter Bekannter von mir.“ Die Zuweisung eines Patienten resultiert also aus einer Routineuntersuchung heraus. Der Gedanke einer ganzheitlichen Betrachtung des Patienten im Kontext von Mund- und Allgemeingesundheit, etwa bei Kopf- und Gesichtsschmerzen oder auch Diabetes, wurde nur vereinzelt und vorwiegend bei Hausärzten mit ganzheitlichen Schwerpunkten (z. B. Naturheilverfahren) geäußert.

Zahnarzt G-03: „Es ist fast nicht machbar, einem Hausarzt den Unterschied zwischen einer Pulpitis und einer Gingivitis zu erklären. Das sind einfach Spezialbereiche, die sich der Hausarzt zwar erklären lässt, sie aber in aller Regel nicht versteht oder sich nicht merkt. Genauso wie ich mir nicht sämtliche Blutwerte merke.“

Die Medikation des Patienten – Scheideweg und Kontaktanker

Wie oben ausgeführt führt die Medikation zu Rückfragen seitens der Zahnärzte. Hier schreiben sich die interviewten Zahnärzte überwiegend fachliche Unsicherheit in der Pharmakotherapie zu. ZA-G-03 sieht es als: „Ein Grundproblem. Das hat nichts

mit den Ärzten an sich zu tun, sondern liegt sicherlich daran, dass wir als Zahnärzte kaum wissen, was die Patienten schlucken.“ ZA-L-01 holt sich im Zweifelsfall Hilfe beim Hausarzt oder der Apotheke: „Wir müssen oft Wechselwirkungen von Medikamenten klären. Wenn ich nicht genau Bescheid weiß, rufe ich auch mal den Apotheker und Hausarzt an.“ Konträr dazu äußert sich ZA-M-01 kritisch zu den medikamentösen Wechselwirkungen mit Blick auf die Zahnmedizin: „Über manche speziellen Probleme wissen einige Hausärzte nicht Bescheid. Sie wissen nicht, was die Medikamente, die sie verschreiben, für Folgen in der Zahnmedizin haben können.“

Hausärzte erwarten von Zahnärzten allerdings eine Kompetenz im Umgang mit Medikamenten – auch neuen. Die Hausärztin G-01 fordert: „Wir versuchen unseren Patienten immer Medikamentenpläne mitzugeben. Da steht dann z. B. Xarelto® drauf. Das muss der Zahnarzt dann schon einzuordnen wissen, ja.“ Diese Medikamentenpläne werden seitens der Zahnärzte begrüßt, aber vor dem Hintergrund der Entwicklungen in der Pharmakotherapie und den Verschreibungswechseln als häufig nicht ausreichend betrachtet. So befindet das Zahnarztteam M-05: „Was sehr hilfreich wäre, wenn zum Beispiel die Hausärzte so ein Medikamentenausweis konsequenter machen würden. Weil kaum ein Patient kriegt auch nur halbwegs seine Medikamente zusammen. Viele besitzen bereits einen Medikamentenausweis. Wir müssen dann oft die Medikamente stundenlang googeln. Das ist eigentlich auch nicht unsere Aufgabe. Da wäre es vielleicht hilfreich, wenn nicht nur der Markenname da stehen würde, sondern auch für was das ist.“

Erstaunlicherweise betrachten beide Arztgruppen das Thema „Medikation mit Bisphosphonaten“ als unkritisch bzw. in der täglichen Rou-

tine vernachlässigbar. Deshalb bedingt eine bekannte Therapie keinen Anlass für Zuweisungen bzw. Rücksprachen.

Der Stellenwert der Zahnmedizin

Aus Perspektive der Hausärzte scheint der Stellenwert der Zahnmedizin gegenüber anderen Fachärzten geringer. Das zeigt sich am Beispiel von Kopf- und Gesichtsschmerz: Hier wird der Zahnarzt als den HNO-Ärzten und Neurologen nachgeordnet angegeben. HA-M-02: „Wenn jemand unklare Gesichtsschmerzen hat, wird immer auch eine zahnärztliche Abklärung dazu gehören. Der Zahnarzt ist aber nicht unbedingt der erste Ansprechpartner, wenn es keinen Hinweis auf ein Zahnproblem gibt. Ich würde den Patienten nicht zuerst zum Zahnarzt, sondern erst einmal zum Neurologen oder zum MRT schicken.“

Sehen Zahnärzte Patienten mit Gesichtsschmerzen, geben auch sie selbst an, in nachgeordneter Reihenfolge zu anderen Fachkollegen zu stehen. Zahnarzt G-03 schildert: „Das gibt es natürlich immer wieder, vor allem bei CMD. Wenn der Patient über Kopfschmerzen klagt, dann geht er vielleicht zum HNO und der schickt ihn dann zu mir. Oder der Orthopäde, der sagt, er kann an der Halswirbelsäule ohne vorherige Schienentherapie nichts machen.“

Die Zahnmedizin wird von den Hausärzten als „weiter weg“ empfunden. HA-M-04: „Der Onkologe muss mit uns zusammenarbeiten und wir müssen mit dem Onkologen zusammenarbeiten, das geht gar nicht getrennt. Der Zahnarzt und Hausarzt liegen doch weiter auseinander.“ Der Hausarzt M-01 befindet eine Kooperation für wichtig, „weil die Zähne ja eigentlich schon dazugehören.“

Kooperation im Pflegeheim – institutionalisierte Patienten

Patienten in Pflegeheimen führen zum Kontakt beider Arztgruppen. Jedoch besteht in der Zusammenarbeit Unsicherheit zu Fürsorgeaufgaben beider Arztgruppen. Die Hausärztin G-01 merkt an: „Problem Nummer eins sind die Transportscheine. [...] Wir haben immer das Gefühl, der Zahnarzt schiebt den Transportschein auf uns ab. Da ist uns die Rechtslage nie ganz klar.“ Auf der anderen Seite gibt es für die Pflegeeinrichtung zuständige Zahnärzte, bei denen das Vorgehen in gemeinsam mit den Hausärzten erstellten QM-Handbüchern soweit etabliert ist, dass die Helferinnen etwa den Transport abwickeln können. ZA-L-02: „Die [Helferinnen] gehen kurz zu ihrem Chef rein, sagen wer transportiert werden soll und er setzt den Stempel darunter. Das muss dann hin und zurück gefaxt werden. Das funktioniert eigentlich ganz gut.“ Selbiger Zahnarzt berichtet auch, dass die Fürsorge bereits mit Aufnahme im Pflegeheim beginnt: „Wenn die Patienten in den Altenheimen aufgenommen werden, werden wir automatisch informiert und sie schicken uns unseren Aufnahmebogen gleich mit, den wir dort hinterlegt haben.“ Allerdings gibt ZA-G-04, der ein Altersheim zahnärztlich betreut, auch an: „Wir haben viele Demenz- und Alterspatienten, weil wir hier ein Altersheim mit betreuen. Da habe ich manchmal das Gefühl, dass sie im Heim auch nicht so hundertprozentig vom Arzt betreut werden, wie das eigentlich sein sollte, z. B. in Bezug [auf] Mundtrockenheit, Ernährung oder Trinkverhalten. Also da könnten alle noch ein bisschen mehr tun.“

Hürden der Kommunikation und Kooperation

Fernmündliche Rückfragen sind für Zahnärzte am gängigsten – hier treffen diese allerdings häufig auf Erreichbarkeitsprobleme bei den Hausärzten. Positiv besetzt sind für beide Gruppen eine schnelle und reibungslose Abwicklung von Zuweisungen. Als problematisch werden Schriftstücke gesehen aufgrund des Aufwands und – interpretativ aus dem Material abgeleitet – forensischer Bedenken. Neben Zeitknappheit fällt es beiden Arztgruppen auch schwer, die Informationen in den Versorgungskontext einzuordnen. Daher beschränkt sich der Austausch auf wenige, aktuell relevante Inhalte und nutzt vorrangig den Patienten als Informationsträger. Hierbei wurde als problematisch identifiziert, dass durch Patienten getragene Informationen (z. B. Zuweisungsgrund) durch diesen selbst verändert werden oder auch verloren gehen – letzteres kann auch auftreten, wenn der Vorstellungsgrund von der Anmeldung nicht an den (Zahn-) Arzt übergeben wird. Grundsätzlich wird der Patient von beiden Arztgruppen ambivalent wahrgenommen: „kompetent“ in Sachen seiner Gesundheit, aber auch „überfordert“ in der Vielschichtigkeit seiner Erkrankung.

Wie aus den Ankerbeispielen ersichtlich, prägen Unsicherheiten beide Arztgruppen über die ärztliche Tätigkeit des jeweils anderen. Dies wurde zuvor auch bei Haus- und Betriebsärzten beschrieben.¹⁶ Beide hier untersuchten Arztgruppen attribuieren sich Kompetenzen auf ihrem jeweiligen Gebiet – stellen jedoch gleichzeitig die Kompetenz des anderen auf dem eigenen Gebiet in Frage.^{16,17} Die identifizierten Unsicherheiten könnten auch den Wunsch beider Arztgruppen nach einer „schnellen Abwicklung ohne große Rückfragen“ erklären.

Allerdings erschweren die Arbeitsbelastung sowie die hohe Zahl an Patienten und möglichen Kooperationspartnern (verschiedene Zahn- bzw. Hausärzte im Patientenstamm) die Ansprache von Kollegen in dem Maße, dass sich keine regelmäßigen Kontakte etablieren könnten.¹⁶ Wohl deshalb wählen beide Arztgruppen vornehmlich „persönlich bekannte“ Kollegen für einen konsiliarischen Kontakt aus. Hier scheint die Erreichbarkeit unproblematischer zu sein. Dieser Stellenwert des persönlichen Kontakts wurde für Hausärzte bereits ebenso beschrieben¹, wie auch der große Stellenwert telefonischer Kontaktaufnahmen¹⁵. Die im ländlichen Raum häufigeren Kontakte durch persönliches Kennen, können durch die geringere Arztdichte bei gleichem Patientenaufkommen und einer damit höheren Kommunikationswahrscheinlichkeit (auch über größere Distanzen) erklärt werden.

Ansatzpunkte für Verbesserungen – der Wissenstransfer

Im Ergebnis ist die Kooperation durch bestehende Selbst- und Fremdbilder beeinflusst. Allerdings konnte keine Literatur gefunden werden, die Auskunft über das Selbstverständnis von Hausärzten hinsichtlich zahnmedizinischer Fürsorge bzw. von Zahnärzten hinsichtlich allgemeinmedizinischer Fürsorge ihrer Patienten gibt. Die Literatur gibt jedoch Anhalt dazu, dass Ursachen für die Attribuierung von Kompetenz bereits in der Sozialisation während des Studiums zu suchen sind.^{2,3}

Daher sind Ansätze, gerostomologische Themen in die zahnmedizinische Lehre zu integrieren – vor allem im Zuge der Umsetzung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin und Zahnmedizin (NKLM/NKLZ) – zu begrüßen.¹⁸ Die

Medizinischen Fakultäten sollten jedoch auch die zahnmedizinischen Aspekte stärker im Curriculum der Allgemeinmedizin anbinden.

Beide Arztgruppen zeigten sich offen für mehr Wissenstransfer in Form von gemeinsamen Fortbildungen der Ärzte- und Zahnärztekammern. Dazu müssen allerdings insbesondere die Präferenzen der jüngeren Arztgeneration, die Anforderungen durch die Feminisierung beider Berufsgruppen und die Veränderung in der Versorgungsstruktur berücksichtigt werden.^{22,23}

Förderung und Danksagung

Das Forschungsprojekt wurde innerhalb des Nachwuchsprogramms des Netzwerks „Versorgungsforschung Baden-Württemberg“ durchgeführt, das vom baden-württembergischen Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst und dem Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gefördert wird.

Literatur

1. Berendsen AJ, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2007;7:4.
2. Bowers DF. Doctors and dentists. *Ohio Dent J* 1990;64:6-7.
3. Erikson CE, Danish S, Jones KC, Sandberg SF, Carle AC. The role of medical school culture in primary care career choice. *Acad Med* 2013;88:1919-1926.
4. Ford PJ, Raphael SL, Cullinan MP, Jenkins AJ, West MJ, Seymour GJ. Why should a doctor be interested in oral disease? *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2010;8:1483-1493.
5. Friedlander AH, Mahler M, Norman KM, Ettinger RL. Parkinson disease: systemic and orofacial manifestations, medical and dental management. *Journal of the American Dental Association* 2009;140:658-669.
6. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc* 2006;137:1240-1251.
7. Gröber-Grätz D, Gulich M, Zeitler H-P. Überweisungspraxis zwischen niedergelassenen Allgemeinärzten und Gebietsärzten in Baden-Württemberg vor Einführung der Hausarztverträge. *Z Allg Med* 2011;87:415-421.

8. Gueiros LA, Soares MS, Leao JC. Impact of ageing and drug consumption on oral health. *Gerodontology* 2009;26:297-301.
9. Haumschild MS, Haumschild RJ. The importance of oral health in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2009;10:667-671.
10. Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkeley DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom, and Germany. *J Dent Educ* 2005;69:987-997.
11. Huettig F. Impact of oral health: knowledge transfer towards German physicians. *J Dent Res* 2013;92:199.
12. Huettig F, Jordan AR, Listl S, Schwedicke F, Dörfer CE. Versorgungsforschung in der Zahnmedizin: Positionsschrift des Arbeitskreises Epidemiologie, Public Health und Versorgungsforschung in der DGZMK. *Dtsch Zahnärztl Z* 2015;70:293-301.
13. Huettig F, Sippli K, Said F, Rieger MA. Methods and Dataset of the HAZA-1 Study. Method: researchgate.net; 2016, DOI: 10.13140/RG.2.1.4796.3927.
14. Liljestrand JM, Havulinna AS, Paju S, Mannisto S, Salomaa V, Pussinen PJ. Missing Teeth Predict Incident Cardiovascular Events, Diabetes, and Death. *J Dent Res* 2015;94:1055-1062.
15. Mosshammer D, Michaelis M, Mehne J, Wilm S, Rieger MA. General practitioners' and occupational health physicians' views on their cooperation: a cross-sectional postal survey. *Int Arch Occup Environ Health* 2016 Apr;89(3):449-59. doi: 10.1007/s00420-015-1084-4. Epub 2015 Aug 11.
16. Mosshammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger MA. [Deficiencies and barriers of the cooperation between German general practitioners and occupational health physicians? A qualitative content analysis of focus groups]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2012;106:639-648.
17. Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Campbell S, Roos M, Joos S. Does GPs' self-perception of their professional role correspond to their social self-image?--a qualitative study from Germany. *BMC Fam Pract* 2010;11:10.
18. Nitschke I, Kunze J, Reiber T, Sobotta BA. Development of undergraduate gerodontology courses in Austria, Switzerland, and Germany from 2004 to 2009. *J Dent Educ* 2013;77:630-639.
19. Patil MS, Patil SB. Geriatric patient - psychological and emotional considerations during dental treatment. *Gerodontology* 2009;26:72-77.
20. Preshaw PM, Walls AW, Jakubovics NS, Moynihan PJ, Jepson NJ, Loewy Z. Association of removable partial denture use with oral and systemic health. *J Dent* 2011;39:711-719.
21. Saunders MJ, Statmiller SP, Kirk KM. Oral health issues in the nutrition of institutionalized elders. *J Nutr Elder* 2007;26:39-58.

22. Scheidt LR, Joos S, Szecsenyi J, Steinhauser J. [Oversupplied? Undersupplied? - The Perspective of Local Governments of the Federal State of Baden-Württemberg: A Contribution to the Discussion of Close-to-Home Health Care]. Gesundheitswesen. 2015, Dec;77(12):e179-83. doi: 10.1055/s-0034-1398592. Epub 2015 Mar 23.
23. Vollmar HC, Ostermann T, Hinz A, Rieger MA, Butzlaff ME. [Primary care physicians, internet and educational media. Preferences, usages and appraisal in a 6-year comparison]. Medizinische Klinik 2008;103:425-432.
24. Zenthofer A, Rammelsberg P, Cabrera T, Hassel AJ. Increasing dependency of older people in nursing homes is associated with need for dental treatments. Neuropsychiatr Dis Treat 2014;10:2285-2290.
25. Zenthofer A, Rammelsberg P, Cabrera T, Schroder J, Hassel AJ. Determinants of oral health-related quality of life of the institutionalized elderly. Psychogeriatrics 2014;14: 247-254.

Autoren

OA Dr. med. dent. Fabian Hüttig
E-Mail: fabian.huettig@med.uni-tuebingen.de

Dr. med. dent. Fadi Said

Khira Sippli



Poliklinik für Zahnärztliche
Prothetik mit Propädeutik
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. H. Weber)
Universitätsklinik für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde
Osianderstr. 2-8, 72076 Tübingen

NACHRICHTEN AUS DEM VORSTAND

Stellungnahme der DGAZ stellt Notwendigkeit der persönlichen Begleitung durch den Zahnarzt heraus

Pflegebedürftige Menschen sind Hochrisikopatienten und setzen aufgrund Multimorbidität, Polymedikation sowie eingeschränkter Kooperationsfähigkeit in besonderem Maße medizinisch-wissenschaftliche Kenntnisse und Fähigkeiten voraus – insbesondere, weil die Tätigkeit im Hochrisikogebiet der Mundhöhle im Fall einer Komplikation schnell lebensbedrohliche Situationen mit sich bringen kann (z.B. Aspiration mit Gefahr der Erstickung oder Blutungsrisiko unter Antikoagulantientherapie). Ge-

rade bei diesen Hochrisikopatienten sind die Grundsätze der Delegation in besonderem Maße zu beachten – in der Praxis und vor allem in der aufsuchenden Betreuung.

Delegierbar sind Teile von Leistungen, die nicht zum Kernbereich der (zahn-)ärztlichen Behandlung gehören, also vorbereitende, unterstützende, ergänzende oder allenfalls mitwirkende Tätigkeiten. Wesentlich ist dabei eine umfassende persönliche Begleitung durch den Zahnarzt, also die Anordnung, Aufsicht, und Verantwortung.

Art, Inhalt und Umfang der Leistungsassistenz der nicht-zahnärztlichen Mitarbeiter/innen hängen zudem nicht nur von der Qualifikation der Fachangestellten, sondern auch von der Einwilligung des Patienten ab.

Der Zahnarzt muss jederzeit für Rückfragen, Korrekturen oder bei Komplikationen zur Verfügung stehen (unmittelbare Eingriffsmöglichkeit). Außerdem muss er im Rahmen seiner Überwachungspflicht stichprobenhaft Kontrollen, in jedem Fall aber eine Endkontrolle durchführen. *DGAZ*