

„Zahnheilkunde mobil“

Ethisch-kulturelle Überlegungen zur Alterszahnheilkunde

Die häufige Diskrepanz von „offensichtlichen“ Befunden und subjektivem Befinden zieht sich durch mein ganzes Berufsleben wie die Erfahrung, dass (Mund-)Gesundheit immer auch in einem kulturellen und sozialen Umfeld entsteht und von ihm mit bedingt ist. Mein Anspruch, in meiner ärztlichen Tätigkeit nicht nur Ratgeber, Begleitender und Helfender zu sein, um damit zu Wohlbefinden und Sinnfindung beizutragen, führte mich neben der eigenen fachlichen Entwicklung zur Einbeziehung und Gestaltung des jeweiligen soziokulturellen Umfeldes meiner Tätigkeit sowie zu einer verantwortungsvollen wertschätzenden Rückgabe der jeweiligen Verantwortung an die Beteiligten. Aus diesem Ansatz heraus entstand das Projekt „Zahnheilkunde mobil“ in der Uckermark.

Dr. Kerstin Finger/Templin

■ „Es ist notwendig, die älteren, auch zahnlosen Menschen für regelmäßige, zeitlich individuell abgestimmte Kontrolluntersuchungen zu gewinnen, um negative Folgen einer unzureichenden oder fehlenden zahnmedizinischen Versorgung zu vermeiden bzw. einen guten Ge-

bisszustand auf dem Status quo zu halten. Um eine Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung zu erreichen, müssen nicht neue Techniken entwickelt, sondern Konzepte erarbeitet werden, die sicherstellen, dass die moderne Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde auch dem

älteren Menschen zur Verfügung stehen kann. Dazu ist die Entwicklung und Umsetzung eines Betreuungskonzepts notwendig, dass allen älteren Menschen, unabhängig vom Ausmaß ihrer physischen und psychischen Einschränkungen, einen Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung ermöglicht.“¹

Diese bereits 1996 erhobene Forderung besitzt auch heute noch uneingeschränkte Aktualität. Dies gilt nicht nur für Ältere, sondern genauso für Menschen mit zeitweiliger bzw. dauerhafter Einschränkung der Mobilität sowie anderen Behinderungen. Zusätzliche Aktualität gewinnt dieses Anliegen in Anbetracht der demografischen Entwicklung der vergangenen 15 Jahre in Deutschland und vor allem in Hinblick auf die absehbare zukünftige Entwicklung.

In den vergangenen Jahren sind verschiedene zahnärztliche Konzepte erarbeitet worden, welche sowohl die Versorgung der Bewohner als auch die Schulung des Pflegepersonals in den Pflegeheimen verbessern sollten. Für die Gruppe der in der Häuslichkeit gepflegten Menschen (65–80 Prozent der Personen mit einer



▲ Abb. 1: Für das Projekt „Zahnheilkunde mobil“ erwarb Dr. Kerstin Finger einen Kleintransporter, um die mobile Behandlungseinheit besser verstauen zu können.

Pflegestufe) gab und gibt es nach wie vor in der Regel nur eine häufig mit erheblichem Aufwand verbundene Akutversorgung durch einzelne engagierte zahnärztliche Kollegen. Eine solche Versorgungsform stellt nicht nur hohe Anforderungen an die Flexibilität der Praxisorganisation der angeforderten Praxis, sondern ist für den Betroffenen, die Pflegekräfte bzw. Angehörigen und das finanzielle Budget außerordentlich belastend.

Holm-Pederson et al.² konstatieren im Jahr 2005 nach wie vor eine unzureichende Lösung des Problems nicht nur in Deutschland, sondern auch in den untersuchten Versorgungssystemen Skandinaviens und Großbritanniens. Neben der Tatsache, dass gebrechliche und funktionell abhängige Menschen Schwierigkeiten beim Zugang zu zahnärztlicher Betreuung haben, stellen sie eine zögerliche Behandlung dieses Personenkreises durch niedergelassene Zahnärzte fest. Die Ursache vermuteten sie unter anderem in den niedrigen Behandlungsgebühren bei vergleichsweise hohen Praxiskosten, aber auch in Problemen im Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Menschen. Dies gipfelte nicht nur in der Frage, ob eine unzureichende Ausbildung in geriatrischer Zahnheilkunde, die Hemmschwelle im Umgang mit älteren Menschen erhöht, sondern führt vor allem zu der Schlussfolgerung, dass die Organisation des zahnmedizinischen Leistungssystems und die Kostenerstattung zentrale Fragen der Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung für ältere Menschen darstellen.

Zusätzlich zu diesen Herausforderungen galt es für die Entwicklung eines zahnärztlichen Hausbesuchsdienstes für den ländlichen Bereich der Uckermark zu berücksichtigen, dass die Mehrheit der infrage kommenden Nutzer nicht nur der älteren und zum Teil multimorbiden Generation angehören, sondern darüber hinaus in einem extrem dünn besiedelten Raum mit deutlich reduzierter Infrastruktur leben.

Bei ihnen stehen Allgemeinerkrankungen und Fragen der Alltagsbewältigung im Vordergrund. Aus diesem Grund ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt sowie den Pflegenden nicht nur wünschenswert, sondern unbedingt erforderlich, um die funktionelle Kapazität des Einzelnen zu ermitteln, welche sich in den drei Parametern Therapie-

fähigkeit, Mundhygienefähigkeit sowie der Fähigkeit zur selbstständigen Entscheidung im Rahmen einer zahnärztlichen Konsultation niederschlägt.

Selbst wenn ein Patient kognitiv noch dazu in der Lage ist, sind vorhandene Mobilitätseinschränkungen ein nicht zu unterschätzender Verhinderungsgrund. Dies ist umso bedeutsamer, als Borchelt et al. körperliche Multimorbidität und Mobilitätseinschränkungen als Risikofaktoren für depressive Störungen im Alter ausmachen konnten.³ Eine besondere Herausforderung stellen in diesem Zusammenhang Demenzerkrankte und Patienten im Wachkoma dar. Damit wird klar, dass für Menschen mit eingeschränkter funktioneller Kapazität eine spezielle Art der Versorgung erforderlich ist. Diese muss nicht nur den organisatorischen Aufwand berücksichtigen, sondern vor allem die zusätzliche physische und mentale Belastung für den Betroffenen im Blick haben.

Lebensqualität als Ziel

„Bisher gibt es keine nominelle Definition des Begriffs der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, jedoch einen Konsens in Bezug auf vier bis fünf Dimensionen, anhand derer sie operational definiert werden kann. Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird als multidimensionales, latentes Konzept verstanden, dessen körperliche, psychische (emotionale und mentale), soziale und alltagsbezogene Dimension aus der Sicht des Individuums und/oder eines Beobachters (z. B. im Falle einer schweren Demenz, assoziiert mit starken kognitiven Störungen) in Bezug auf das Wohlbefinden und die Funktionsfähigkeit beurteilt wird. Nur wenige Autoren berücksichtigen bisher religiöse oder spirituelle Faktoren, eine Dimension, die insbesondere für ältere Personen und solche, die an tödlichen Krankheiten leiden, von großer Bedeutung sein kann. Die WHOQOL-Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation ergänzte die Definition der subjektiven Lebensqualität um die Bedeutung der sozialen Rolle, des kulturellen Kontexts, des individuellen Wertesystems sowie persönlicher Ziele und Erwartungen, Maßstäbe und Interessen. [...] Der Begriff der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität beinhaltet sowohl Wohlbefinden als



▲ Abb. 2: Dr. Kerstin Finger mit der mobilen Behandlungseinheit.

auch Zufriedenheit bezüglich der vier bis fünf oben genannten Dimensionen.“⁴

Projektbeschreibung

Die Möglichkeit der Entwicklung von Projekten, die inhaltlich eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende zahnärztliche Versorgung der Menschen mit Einschränkung der Mobilität und anderen dauerhaften oder zeitweisen Behinderungen zum Ziel haben, ist in allen Ländern bzw. kulturellen Systemen eng an die vorhandenen allgemeinen Strukturen der sozialen Sicherungssysteme und der Gesundheitsversorgung gebunden.

Die aufsuchende kurative Betreuung ist die Ausnahme, obwohl gerade sie für eine zunehmende Zahl von Bürgern die einzig praktikable Form der zahnärztlichen Versorgung darstellt. Eine solche Betreuung stellt besondere Anforderungen an die Behandler, was apparative Ausstattung, Kommunikation und Dokumentation sowie die Arbeitsorganisation betrifft.

Personelle Umsetzung

Unser Projekt „Zahngesundheit mobil“ wird von der gesamten Praxis getragen. Während der aufsuchenden Behandlung ist in der Regel neben der Zahnärztin eine Prophylaxeassistentin und gleichzeitig eine Zahnarzthelferin vor Ort. Das Praxisteam am Ort der Niederlassung übernimmt die telefonischen Vorabgespräche und koordiniert die Routenpläne



Abb. 3a



Abb. 3b

▲ **Abb. 3a und b:** Dr. Kerstin Finger fährt regelmäßig 1 x wöchentlich halbtags zu den Patienten.

für die geplanten Einsatzzeiten des Fahrzeugs. Wir erfassen vorab mittels Fragebögen den zuständigen Hausarzt, die Kontaktdaten der Angehörigen und des Pflegedienstes sowie die Kontaktdaten des zuständigen Betreuers, Pflegestufe, Grunderkrankungen, Medikamentepläne sowie Lagerungsbesonderheiten.

Apparative Voraussetzungen

Um im Zweifelsfall am Bett eines Kranken zahnärztlich behandeln zu können, wird eine robuste mobile Behandlungseinheit benötigt. Diese muss folgende Kriterien erfüllen:

- ▶ geringes Gewicht bei tragbarer Kompaktheit
- ▶ schnelle Auf- und Abbaufähigkeit
- ▶ niedrige Betriebslautstärke
- ▶ geschlossener Kreislauf von Brauch- und Abwasser
- ▶ maximale Hygienefähigkeit
- ▶ geringe Temperatur- und Stoßanfälligkeit
- ▶ geringe Reparaturanfälligkeit

Solch eine Behandlungseinheit ist mittlerweile von unterschiedlichen Firmen erhältlich. Für ausreichendes Licht im Arbeitsfeld ist ein Kopflicht vorhanden. Das Instrumentarium befindet sich in einem transportablen Werkstattwagen, der während der Behandlung gleichzeitig als Ablagetisch dienen kann. Für den Transport der gesamten Einrichtung haben wir einen Kleintransporter erworben, welcher den Ladevorgang der Einrichtung erleichtert. Gleichzeitig benötigten wir aufgrund unserer regelmäßigen Fahrten die Möglichkeit, im Fahrzeug einen geringen Vorrat an Verbrauchsmaterialien mitzuführen. Im Fahrzeug ist daher ein geschlossenes Regalsystem fest installiert.

Wir fahren regelmäßig 1 x wöchentlich halbtags zu den Patienten und haben auf diesem Weg in den letzten fünf Jahren bei ca. 2.200 Besuchen rund 500 unterschiedliche Personen aufgesucht. Das Behandlungsspektrum umfasste dabei die zahnärztliche Grundversorgung aus

Füllungstherapie, Zahnsteinentfernung, Extraktionen und kleineren prothetischen Arbeiten bis hin zur Versorgung mit Einzelkronen.

Bisherige Schlussfolgerungen

2011 wurde das Projekt in einer qualitativen Pilotstudie untersucht. In allen Interviews wurde von den Befragten die Erleichterung des Transports mit seinen physisch-psychischen Belastungen für den Betroffenen einerseits sowie die zeitliche und finanzielle Entlastung der Angehörigen und Pflegehilfssysteme auf der anderen Seite zentral hervorgehoben. Auch konnten die bekannten und erwarteten Effekte auf die Funktionen von Phonetik, Ästhetik und Mastikation herausgearbeitet werden.^{5f} Die Projektgestalter haben sowohl die Fragen der Praxisausstattung und -organisation als auch die Zusammenarbeit mit Pflegekräften und Angehörigen gelöst. Sie sind fachlich speziell geschult und motiviert.

Jedoch lässt eine Aufzählung von Quantitäten und Effekten nur bedingt Aussagen über die Qualität des Projekts zu, welche aus unserer Sicht vor allem durch die Qualität der hergestellten Beziehungen begründet wird. Interessanterweise wurde die Frage nach der eingeschränkten freien Arztwahl im Projekt von fast allen Beteiligten als entweder noch nicht durchdacht oder als akzeptabel beantwortet. Aufsuchende Versorgungssysteme zu gestalten, heißt Beziehungen zu gestalten. Vor allem für die würdige Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und Patienten im Wachkoma sind biografische Aspekte essenziell und häufig nur durch nächste Angehörige erfahrbar. Im Kontakt mit den Angehörigen sind Bedeutungserteilungen erkennbar und mit eigenen Wahrnehmungen abgleichbar. Dadurch kann den Grundbedürfnissen der Betroffenen besser entsprochen werden und es zu ethisch fundierten Entscheidungen im Einzelfall kommen.

Die entscheidende Komponente erfolgreicher Beziehungsgestaltung ist jedoch die sich verändernde Rollenzuschreibung in aufsuchenden Systemen. Um Misserfolgen und Frustrationen vorzubeugen, scheint es sinnvoll, sich vorab darüber im Klaren zu sein, dass in dem Moment, wo man die Praxis verlässt, zu der zahnärztlichen Fachperson zum Bei-

spiel die Rolle des Konsiliars im Krankenhaus, des mitgestaltenden „Dienstleisters“ im Pflegeheim und des Gastes in der Häuslichkeit hinzukommt.

Die Rolle des „Fachgastes“ erfordert und erzwingt geradezu eine veränderte Haltung dem Bedürftigen gegenüber, der aufgesucht wird. Die in der eigenen Praxis normalerweise verdeckte, unechte, dialogische Beziehung von Patient, Arzt und Krankenkasse wird durchbrochen, weil in ihr nur jeweils zwei Partner aktiv an der Gestaltung der Versorgung beteiligt werden, der jeweils dritte jedoch in Passivität und damit einer entwerteten Position verharrt. Offener echter Dialog aller Beteiligten im Betreuungssystem der häuslichen Pflege bedeutet Beratung miteinander, im Gegensatz zum Reden übereinander. Er zieht dienende, auf Vertrauen gegründete Systeme und damit veränderte Entscheidungsalgorithmen nach sich.

Zusammenfassung

Aufsuchende zahnärztliche Betreuungsangebote bedürfen der Beachtung vorgenannter qualitativer Kriterien der Kommunikation und ärztlichen Haltung und sind nachrangig ein technisches Problem. Bei ausschließlicher Betrachtung quantitativer Kriterien und alleiniger Forderung nach finanzieller Honorierung des Mehraufwandes nur einer Seite, werden solche Projekte nicht flächendeckend umsetzbar sein, wenn sie nicht auch ressourcenorientiert von der Basis, vom anderen, vom Bedürftigen her gestaltet werden. ◀◀

Die Literaturliste finden Sie unter www.dentalzeitung.info



KONTAKT

Dr. med. Kerstin Finger M.A.
Dargersdorfer Str. 11
17268 Templin
Tel.: 03987 6218
Fax: 03987 409645
E-Mail: zahnath@gmx.de
www.zahnath.net

KENNZIFFER 0211 ▶

ENAMEL^{plus} HRI[®] Function



**ÄSTHETIK
FUNKTION
HALTUNG**

Enamel plus HRI Function – Das Schmelz-Komposit zur mikroinvasiven Restauration der Funktion mit exzellenter ästhetischer Integration und unter Berücksichtigung des neuromuskulären Systems. Schmelzmassen mit geringer Abrasion, vergleichbar mit natürlichem Schmelz. Hervorragend für die direkte oder indirekte Technik im Seitenzahnbereich oder für prothetische Sanierungen geeignet.

esthetica M GRUPPO MICERIUM

LOSER & CO
after mal was Gures...



tel.: 021 71/70 66 70 • e-mail: info@loser.de • www.loser.de