

# AUFSUCHENDE ZAHNMEDIZIN FÜR PFLEGEBEDÜRFTIGE



Ein Ratgeber für zahnmedizinische Praxisteams, die in ihrer Mobilität eingeschränkte pflegebedürftige Patienten zu Hause oder in Pflege-Einrichtungen aufsuchen und betreuen möchten

# Inhalt

## Einleitung

1. **Vorwort**
2. Alters-Zahnmedizin: Fehl-Urteil „Lohnt nicht“

## Konzeption der aufsuchenden Zahnmedizin

3. Was zu beachten ist, wenn Zahnärzte für die aufsuchende Zahnmedizin die „sichere Praxis“ verlassen
4. Ein Anruf erreicht die Praxis:  
Immobilier pflegebedürftiger Patient benötigt Zahnarzthilfe
5. Hausbesuch oder „Dazwischenschieben in den Praxisbetrieb“?
6. Was für den Hausbesuch in der Mittagspause, nach der Sprechstunde oder vor der Praxiszeit am nächsten Morgen spricht
7. Welche Fragen und Problemkreise müssen geklärt werden?
8. MRSA – Keine Panik
9. Der unbekannte Patient wird zur Person mit Geschichte
10. Befunderhebung
11. Stellt sich weiterer Bedarf an Diagnostik wie z.B. Röntge+n heraus, muss geklärt werden, wo geröntgt werden kann
12. Problematik mobiles Röntgengerät
13. Einzel-Hausbesuch? Wohngruppe? Ambulante-Tages-Gruppe? Stationäre Einrichtung? Es gibt Variationen einer aufsuchenden Betreuung...
14. Ohne die gute tägliche Mund- und Zahnersatzpflege geht es nicht – Aufklärung für Pflegende
15. „Mobile“ Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen/ Beeinträchtigungen

## Übersicht über Medikamente für multimorbide gebrechliche Patienten

16. Medikamenten-Liste:  
wie werde ich daraus schlau?
17. MIZ - Medikamenten-Info für Zahnärzte:  
Ein einfaches Hilfsmittel – perfekt für den Praxiseinsatz

## Rechtliche Absicherung und Haftungsfragen

18. Therapie-Aufklärung:  
Der nächste Schritt nach der Anamnese, Medikamenten-Identifikation und Diagnostik

19. Gefahr im Verzug?
20. Die Einwilligung

## Tipps für die praktische Behandlung

21. Erheblicher Behandlungsbedarf: Anpassung vorhandener Prothesen oder „Sanierung“? Die Erhaltung mittels Prävention und Früherkennung ist das Ziel
22. Problemlösung: Halte es einfach – keep it simple
23. ZE- Anpassung statt Erneuerung?
24. Kennzeichnung von herausnehmbaren Zahnersatz bei Neuanfertigung oder Reparatur
25. Welche Geräte und Instrumente zum Besuch mitnehmen?
26. Erste Kontaktaufnahme
27. Fotografische Dokumentation:  
Ein Bild sagt mehr als tausend Worte
28. Untersuchung ergibt Behandlungsbedarf
29. Mobile Einheiten

## Transport von Patienten

30. Transport des Patienten
31. Krankenfahrten
32. Probleme bei Transporten
33. Krankenbeförderung zur Zahnarztpraxis

## Kooperation und Prävention

34. Kooperationsvertrag mit stationärer Pflegeeinrichtung. Eckdaten
35. Kooperationsvertrag: „Berichtserstattung“ und „Regelungen zur Rufbereitschaft“
36. Kooperationsvertrag „praktisch“
37. Kooperationsvertrag und Behandlungsraum/ stationäre Einheit
38. Abrechnung
39. Nach Problembeseitigung: Präventionskonzept
40. Delegation? Was darf die ZFA?
41. Zahnmedizin für Palliativ-Patienten
42. Seniorengerechte Praxis
43. Typische Komplikationen: Schluckstörung nach Schlaganfall – Aspirationsgefahr
44. Berufshaftpflicht-Versicherung

Titel-Foto: © Golek Duwek - stock.adobe.com

# Aufsuchende Zahnmedizin für Pflegebedürftige

Ein Ratgeber von Dr. Thomas Einfeldt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Statistiker wissen es schon länger: Die Leute genießen länger ihre Renten, bleiben dank des guten Lebens und des medizinischen Fortschritts länger munter – aber werden dann häufiger doch gebrechlich, und können die alten Wege zu ihren Zahnärzten nicht mehr problemlos bewältigen. Die Anfragen nach Hausbesuchen oder Besuchen in Pflegeeinrichtungen werden mehr. Rund 21% der Bevölkerung in Deutschland sind älter als 60 Jahre! Hatten wir im Jahr 2016 2,6 Millionen Pflegebedürftige, wird für 2030 mit 3,4 Millionen Betroffenen gerechnet.



Dr. Thomas Einfeldt  
Vizepräsident ZÄK Hamburg

Dieses Druckwerk ist ein Ratgeber für Praktiker, die Patienten aufsuchen wollen, weil diese Patienten Schwierigkeiten haben, die Praxis aufzusuchen. Der Text gibt Ratschläge für Zahnärzte, die noch wenig Erfahrung mit Hausbesuchen oder der Betreuung von Pflegeeinrichtungen haben oder ihr erstes Konzept überprüfen und ergänzen möchten. Pflegebedürftige Patienten sind oft fragile Patienten – ihr Gesundheitszustand schwankt, manchmal täglich. Pflegebedürftige Patienten können auch sehr dankbar sein – die ethische Pflicht des Helfenden wird so belohnt. Und zum Glück hat es auch bei den Gebühren für die aufsuchende Zahnmedizin Verbesserungen gegeben.

Der Leser erhält Checklisten und Hinweise auf weiterführende Informationsquellen.

Das Buch ist keine wissenschaftliche Analyse, kein Geschäftsmodell. Es erhebt nicht den Anspruch der Vollständigkeit. Alles ist im Fluss, ständig gibt es neue Geräte, neue Materialien und Medikamente. Deswegen weist dieser Ratgeber insbesondere auf vorhandene und einer Aktualisierung zugängliche Homepages hin.

Vorbildlich sind die Informationen der Zahnärztekammer Baden-Württemberg, an der sich viele Kammern orientieren. Eine weitere Quelle für Informationen und Fortbildung zur AltersZahnMedizin ist die Deutsche Gesellschaft für Alters-ZahnMedizin [www.dagz.org](http://www.dagz.org)

Auch die Bundeszahnärztekammer bietet Informationsschriften oder Videos/ YouTube-Filme <https://www.bzaek.de/fuer-zahnaerzte/praevention-und-gesundheitsfoerderung/alters-und-behindertenzahnmedizin.html> und z.B. einen „Ratgeber zur Mundgesundheit für pflegende Angehörige“ sowie <https://www.bzaek.de/fuer-medien/medienarchiv/video-audio.html> .

Ein weiteres Anliegen dieses Ratgebers besteht darin, dass Zahnärzte und Praxisteams die Pflegebedürftigen als „normale“ Gruppe unter allen Patienten erkennen. Die Familien-Zahnarztpraxis bietet Früherkennung, Vorsorge und Beratung für Schwangere, Eltern, Kleinkinder, Jugendliche, Erwachsene, fitte „Best-Ager“ und eben auch Personen, die nicht mehr allein und ohne Hilfe die Praxis aufsuchen können. Dabei wäre es am einfachsten, wenn möglichst viele Familien-Zahnärzte Pflegebedürftige in unmittelbarer Praxisnähe betreuen....

Üben wir jetzt eine neue Betreuungskultur ein – damit wir später auch davon profitieren.

Das Autoren-Team

**Allgemeiner Hinweis:** Dieser Text wendet sich an alle interessierten Menschen und verwendet aus Gründen der Lesbarkeit bei den beschriebenen oder genannten Personen nicht immer den Hinweis, dass sowohl Frauen wie auch Männer oder Menschen, die sich nicht einem Geschlecht zuordnen wollen, gemeint sind (z. B. Zahnärzte = Oberbegriff; männliche und weibliche Personen und Personen ohne Geschlechtsfestlegung mit bestandener Zahnmedizinischer Examen).

## 2. Aufsuchende Zahnmedizin: Fehl-Urteil „Lohnt nicht“

Der Leser hat sich diesen Ratgeber vorgenommen, um mehr zu erfahren: Eine gute Entscheidung, denn es gibt die weit verbreitete Meinung, dass sich eine aufsuchende Betreuung Pflegebedürftiger nicht lohnt. Ganz abgesehen davon, dass diejenigen, die solches behaupten, offenbar nicht bedenken, dass sie selbst einmal ganz plötzlich durch eine Laune des Schicksals pflegebedürftig werden können: Dieses Urteil stimmt nicht.

Zahnarztpraxen sind kleine Unternehmen, die wirtschaftlich handeln müssen, damit sie funktionieren können und nicht insolvent werden. Sicher haben Sozialpolitiker, Gesetzgeber und die Spitzenvertreter der Sozialversicherung dafür gesorgt, dass aufsuchende Zahnmedizin nicht lukrativer als die stationäre Praxis sein kann – denn Hausbesuche sind eine sozial- und gesundheitspoli-



Pflegebedürftige Patienten müssen vielfach vor Ort zahnmedizinisch betreut werden  
Foto: © Halfpoint - stock.adobe.com

tische Aufgabe und nicht zu vergleichen mit Handwerker-Dienstleistungen: Der berühmte Besuch und die Anfahrt des Waschmaschinen-Mechanikers ist oftmals teurer als ein Arztbesuch sein darf.

Ein Hausbesuch des Zahnarztes löst die BEMA-Position 151 aus: Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehender Untersuchung, 36 Punkte. Ist der Patient pflegebedürftig, weist eine Behinderung i.S. des Schwerbehindertenrechtes oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz auf, wird der Zuschlag 171a/PBA1a ausgelöst mit 35 Punkten. Zusammen ergeben sich also schon 71 Punkte; je nach Punktwert und KZV-Bereich sind dies unterschiedliche Euro-Beträge, aber über den Daumen gepeilt kommen dabei 70 € heraus. Dazu ggf. das Wegegeld und ggf. weitere Maßnahmen wie ViPr, sK, Mu, Zst.

Über die Abrechnung wird im Verlauf dieses Ratgebers noch mehr informiert. Wenn man aber das richtige Konzept hat, nicht kilometerweit durch die Stadt und Staus fährt, falsch parkt und dafür ein Ticket kassiert, dann sind die 70 € zumindest eine gewisse Entschädigung. Die gute Tat aber und die Dankbarkeit, die lohnt sich allemal, spricht sich herum und dient der Praxis.

Für die Betreuung einer Pflegeeinrichtung mit einem Kooperationsvertrag mag dieses Beispiel sprechen: Ein Zahnarzt besucht „seine“ Einrichtung an einem Mittwoch in der Zeit von 14 bis 18 und sucht dort 10 Patienten auf. Pro Patient fallen folgende BEMA-Positionen an: 154, 155, 172a, 172b, 174a und 174b, zusammen über 1.000 Punkte.

## 3. Was zu beachten ist, wenn Zahnärzte für die aufsuchende Zahnmedizin die „sichere Praxis“ verlassen oder „unbekannte unsichere Patientenandidaten“ in die Praxis gebracht werden.

Junge Zahnärztinnen und Zahnärzte haben Vorstellungen, wie sie ihre Praxen einrichten und führen möchten, und welche Materialien, Instrumente und Geräte sie benutzen wollen. Nach der Niederlassung konsolidiert sich das Gefühl: Das ist meine Praxis. Man gewinnt Routine, fühlt sich sicher, hofft, dass medizinische Notfälle ausbleiben und hat aber einen Plan für den eventuellen Notfall.

Die Patienten, die freiwillig und selbstständig in die Praxis kommen können, sind dazu fähig, also fit, eher keine Risikopatienten.

Pflegebedürftige Patienten, die die Praxis nicht mehr selbstständig aufsuchen können, stellen von vorneherein ein größeres Risiko für Komplikationen dar. Sind diese pflegebedürftigen Patienten der Praxis unbekannt, so steigert dies das Risiko unvorhersehbarer Schwierigkeiten im Praxisbetrieb.

## 4. Ein Anruf erreicht die Praxis:

### Immobilier pflegebedürftiger Patient benötigt Zahnarztthilfe

Angehörige geben telefonisch bekannt, ein der Praxis unbekannter, pflegebedürftiger und immobiler Patient in der Nachbarschaft der Praxis hat ein zahnmedizinisches Problem „im Mund“. Es bestehen offenbar Schmerzen und eine sichtbare Schwellung der Wange.

Will man einen unbekanntem pflegebedürftigen Patienten in die Praxis „gebracht“ bekommen, durch die Verwandtschaft oder einen Krankentransport? Oder will man lieber den potentiellen Patienten erst einmal in seiner gewohnten Umgebung „in Augenschein“ nehmen, kennen lernen, Kontakt knüpfen und das tatsächliche Problem eingrenzen?

Sind die Mitarbeiter am Praxistelefon auf derartige Anfragen vorbereitet und wissen, was der Teamchef möchte?



Zahnärztliche Hausbesuche werden nach festgelegten BEMA-Positionen abgerechnet  
Foto: © visivasnc - stock.adobe.com

### 5. Hausbesuch oder „Dazwischenschieben in den Praxisbetrieb“?

Beide Vorgehensweisen sind möglich. Es spricht aber viel dafür, dass der Zahnarzt in der Mittagspause oder nach der Sprechstunde zunächst den Patienten aufsucht – denn so dringend kann der geschilderte Fall nicht sein, dass ein unmittelbares Erscheinen nötig wäre: Der Patient kann atmen, ist ansprechbar – für lebensbedrohliche Schmerzen und Schwellungen wäre ein Rettungswagen und der Transport in ein Krankenhaus zuständig.

### 6. Was für den Hausbesuch in der Mittagspause, nach der Sprechstunde oder vor der Praxiszeit am nächsten Morgen spricht:

- Die Anrufer bestätigen, dass der Patient noch so lange warten kann.
- Die Anrufer signalisieren, dass sie weder Fax noch Internetanschluss haben und somit auch vorher keinen Anamnesebogen ausfüllen und zurücksenden können.
- Die Anrufer müssen keinen Transport organisieren, es entsteht kein Stress für den immobilen Patienten.
- Der Zahnarzt muss nicht in der Praxis feststellen, dass der Weg für den Patienten/ der Transport vergebens war, weil das Problem nicht gleich in der Praxis gelöst werden kann.
- Der Zahnarzt kann beim Hausbesuch einen Anamnesebogen mitnehmen und ihn entweder gemeinsam mit dem Patienten ausfüllen oder aber dort zum Ausfüllen lassen, damit offene Fragen geklärt werden können: Grund des Pflegebedarfs, Pflegegrad, Grunderkrankungen, Medikationsliste, ist der Patient orientiert, kann er Auskunft geben, aufgeklärt werden, einwilligen oder muss ein Bevollmächtigter oder Betreuer eingeschaltet werden?
- Ist das Problem zahnmedizinischer Natur oder ist der Hausarzt oder der HNO-Arzt zuständig?
- Ein Hausbesuch kann kurz und prägnant sein, bringt weniger Unruhe in den Praxisbetrieb als ein „dazwischengeschobener unbekannter mobiler Patient mit unbekanntem Begleiter“.

- Ein erster Befund wird erhoben und ggf. auch fotografisch dokumentiert.
- Der Hausbesuch kann abgerechnet werden (Abrechnung siehe entsprechendes Kapitel).
- Der Zahnarzt kann auch leichter entscheiden: Nein, hier möchte ich nicht lange bleiben, der ganze Fall ist mir suspekt – einen „Behandlungsvertrag“ möchte ich nicht schließen, sondern einen anderen Zahn-/Arzt oder eine Klinik empfehlen.

Wenn der Zahnarzt weiß, um welches zahnmedizinische Problem es geht, kann er den nächsten Termin besser einplanen, Instrumente oder Geräte und ggf. eine ZFA mitbringen. Der Anamnesebogen kann von Angehörigen/ dem Pflegedienst vervollständigt und dann in die Praxis gebracht/ geschickt werden. Erst dann kann ein abschließender Untersuchungs- und Therapieplan mit Alternativen erstellt und erläutert werden, um eine Einwilligung zu erreichen.

Und dann geht’s los mit der Behandlung – vielleicht in der Praxis, vielleicht auch wieder in der gewohnten häuslichen Umgebung oder im Pflegeheim.

Oder der Zahnarzt organisiert zusammen mit dem Hausarzt die Überweisung eines multimorbiden „Hochrisikopatienten“ (künstliche Herzklappe, Osteoporose-Medikation, beginnende Demenz) in die kieferchirurgische Abteilung eines Krankenhauses, damit nach der kombiniert chirurgisch-konservierenden Therapie in Narkose durch eine stationäre Aufnahme die Nachsorge gewährleistet ist.

### 7. Welche Fragen und Problemkreise müssen geklärt werden? Checkliste/ Anamnesebogen/ Überleitbogen (in ausreichender Schriftgröße/ Lesbarkeit)

Man kann vom Hundertsten zum Tausendsten kommen. Es gibt viele interessante Fragen. Patienten und Angehörige geben sich meist mehr Mühe mit der Beantwortung, Pflegedienstmitarbeiter unter Zeitstress sind weniger geduldig und wünschen sich kurze Fragebögen. Insofern

sollte jeder Zahnarzt prüfen, ob und welche Fragen für eine erste Diagnostik und Therapie beantwortet werden müssen. Nachfolgend ist die ausführliche Variante beschrieben – kürzen kann dann jeder selbst. Der ausführliche Fragebogen befindet sich im Anhang, hier folgen nur die Überschriften, als erste Aufzählung wichtiger Bereiche:

- A) Stammdaten
- B) Soziale Patientendaten und soziales Umfeld
- C) Ärzte/ Pflegedienst
- D) Fragen zur allgemeinen Gesundheit/ bekannte Diagnosen/ OP`s/ Befunde
  - Raucher/ Nichtraucher
  - Allergien
  - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
  - Erkrankungen des Blutes oder Immunsystems
  - Knochen- und Gelenkerkrankungen
  - Erkrankungen der Leber
  - Lungenerkrankungen
  - Neurologische Erkrankungen/ Beeinträchtigung
  - Stoffwechselstörungen
  - Krebs- und andere Tumor-Erkrankungen
  - Weitere wichtige Erkrankung/en oder körperliche Beeinträchtigung/en, die bislang nicht aufgeführt ist/sind, insbesondere ansteckende und/ oder meldepflichtige Erkrankungen
- E) Medikamente, die regelmäßig oder häufig eingenommen werden/ Medikations-Plan
- F) Gibt es Dinge, die der Zahnarzt und sein Team wissen sollten? Oder die der Zahnarzt gesondert ansprechen sollte? Offene Frage an Patient/ Angehörige/ Betreuer:
- G) Fragen zur zahnmedizinischen Patientengeschichte

Vergleiche auch Aufnahmebogen der DGAZ (DGAZ-Homepage)

### 8. MRSA – Keine Panik

Stellt sich bei der Anamnese heraus, dass bei dem Patienten ein MRSA-Befund festgestellt wurde, sollte niemand in Panik verfallen, auch wenn im Internet unter dieser Abkürzung sehr viele Einträge zu finden sind, die bedrohliche Szenarien beschreiben. Zunächst die Erklärung: MRSA ist ein gegen das Antibiotikum Methicillin resistenter Keim, der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus. Das bedeutet, dass z.B. Wunden, die mit diesem Keim befallen sind, schwer zu therapieren sind. Der Keim an sich ist aber nicht desinfektionsmittelresistent; Desinfektions- und Sterilisationsmaßnahmen sind ganz normal durchzuführen.

In der Regel sind Patienten, bei denen eine MRSA-Besiedelung vom behandelnden Arzt festgestellt wurde,

versorgt und es sind ein Therapieplan und Verhaltensanweisungen vorhanden. Diese sollten die Kontaktpersonen kennen. Akut befallene Wunden (z.B. ein diabetischer Fuß) sind in der Regel verbunden, also abgedeckt und weit vom oralen Einsatzort des Zahnarztes entfernt. Bei Befall der Lunge z.B. COPD (chronic obstructive pulmonary disease) und Patienten mit Atemhilfen (Sauerstoffzufuhr über Masken/ Nasensonden) sieht es schon anders aus; aber auch hier sind die üblichen Verhaltensweisen vorgegeben: Handschuh, Mund-Nasen-Maske ggf. Einmal-Kittel.

Empfehlenswert sind die Desinfektion der Mundhöhle mit CHX-Spülung und die Desinfektion des herausnehmbaren Zahnersatzes. Weitere Hinweise geben Internetseiten z.B. <https://www.multiresistente-erreger.de/massnahmen-bei-einer-infektion.html>

Oder die Homepage des „MRE-Netzwerk Hamburg“ (bitte in Suchmaschine eingeben).

Nebenbei bemerkt: symptomlos sind MRSA-Keime oft bei Berufstätigen in Pflegeberufen und Krankenversorgung im Nasenschleim-Abstrich nachzuweisen. Eine spezielle antibiotische Nasensalbe kann MRSA-Keime beseitigen. Krankenhäuser bestimmen zunehmend bei elektiven Eingriffen vorher mit mikrobiologischen Tests, ob die zu operierenden Personen symptomlose Keimträger sind – und verschieben bei positiver Testung den Eingriff, um eine „Sanierung“ abzuwarten.



Ob innerhalb oder ausserhalb der Praxis: Die Anamnese ist Pflicht  
Foto: © wladimir1804 - stock.adobe.com

### 9. Der unbekannte Patient wird zur Person mit Geschichte

Nachdem der Patient allein oder mit Hilfe von Angehörigen, Freunden, Betreuern und Pflegern diese Fragen zum Teil oder vollständig beantwortet hat, kann der aufsuchende Zahnarzt sich schon ein besseres Bild machen.

Liefert der Patient/ mit Hilfe von ..... die Antworten auf die Fragen, ist davon auszugehen, dass der

mündliche Untersuchungs- und Behandlungsvertrag geschlossen ist.

Zur Dokumentation ist dies festzuhalten:

Der Patient ..... nebst Betreuer/ Bevollmächtigten .....stimmt der Untersuchung und weiteren Befragungen zu. Sie erfolgt am ..... in der Wohnung/ Pflegeeinrichtung

Bei Betreuung/Vollmacht: Betreuerausweis (mit Aufgabenkreis Gesundheitsorge) /Vollmacht & Personalausweis lagen vor

Datum, Unterschrift Versicherter bzw. Betreuer/Bevollmächtigter

## 10. Befunderhebung

Nach der subjektiven Problemschilderung des Patienten lassen sich vor Ort dann die Befunde erheben:

- Schmerzen: wo, anatomische Lage, Art der Schmerzen
- Zahnschema
- Zahnstellung/ Kieferrelation
- PAR-Befund/ Lockerung
- Mundschleimhaut
- Kiefergelenk/ Muskulatur
- Äußerliche oder intraorale Entzündungszeichen/ Schwellungen/ Fisteln
- Speichelfluss
- Extraoraler Befund
- Mundhygiene-Zustand
- Patient pflegt allein/ mit Hilfestellung
- Zustand herausnehmbarer Prothesen

Bei der Befunderhebung können folgende Hilfsmittel dienen:

Stirnlampe/ Taschenlampe/ evtl. Bitewing-LED-Lamp/ Foto-Kamera/ Situ-Abdruck

## 11. Stellt sich weiterer Bedarf an Diagnostik wie z.B. Röntgen heraus, muss geklärt werden, wo Röntgenaufnahmen gemacht werden können

- In der Praxis
- Im Krankenhaus/ Op-Zentrum (liegend?); bei starkem Parkinson-Schütteln sind gesonderte Fixiermöglichkeiten erforderlich; bei Dementen sind ggf. helfende Begleitpersonen nötig

Wer veranlasst und organisiert den Krankentransport? Sitzend, begleitet? (siehe dazu Kapitel Transport des Patienten)

Wann am Tag ist der beste Zeitpunkt? Z.B. falls morgens aufgrund von „Entwässerungstabletten“ häufiger Harn-

drang besteht, oder „Schwindel“ nach dem Aufstehen = daher lieber nachmittags

## 12. Problematik mobiles Röntgengerät

Grundsätzlich gibt es Genehmigungen für tragbare Geräte; praktisch ist die Einstellung jedoch schwierig, weil gesetzlich vorgeschriebene mobile Stative derzeit noch sehr sperrig und schwer zu handhaben/ einzustellen sind. Es ist auch eine Kosten-Nutzen-Abwägung zu stellen, ebenfalls sind die zusätzlichen Kontrollkosten nach RÖV zu bedenken. Nach Recherche der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin DGAZ haben nur sehr wenige aufsuchende Zahnmediziner ein mobiles Röntgengerät angeschafft und regeln den Bedarf an Röntgendiagnostik durch Transport in die Praxis oder in eine Klinik.



Foto: © HNFOTO - stock.adobe.com

## 13. Einzel-Hausbesuch? Wohngruppe? Ambulante-Tages-Gruppe? Stationäre Einrichtung? Es gibt Variationen einer aufsuchenden Betreuung....

Neue Betreuungskonzepte bieten auch für Zahnärzte neue Anknüpfungspunkte: Es muss nicht gleich ein Pflegeheim mit 259 Bewohnern sein....

Früher gab es für Pflegebedürftige nur die Wahl: Zu Hause oder Altenheim. Sozialpolitiker haben erkannt, dass der Wunsch der Menschen, möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu bleiben, gepaart werden kann mit einer möglichst personalarmen und kostengünstigen Betreuung: Mit einer Betreuung durch die eigenen unbezahlten Angehörigen, die sich durch ambulante Dienste unterstützen lassen. Das ist nicht immer die beste Pflege, da eben nicht so professionell, aber eine recht menschliche Lösung. Sie ist auch kostengünstiger als eine 24-Stunden-Betreuung in einer stationärer Einrichtung. Und „das Altersheim“ war früher eben auch eine Massenaufbewahrungsanstalt mit kargen Mehrbettzimmern; das hat sich geändert.

Der Trend geht heute zu mehr unterschiedlichen Angeboten verschiedener Träger (Dienste und Einrichtungen

der Diakonie (z. B. Johanniter), der Arbeiterwohlfahrt, des Paritätischen (z. B. Arbeiter-Samariter-Bund), des Roten Kreuzes oder private Einrichtungen und Dienste, usw.):



Die richtige Pflege des Zahnersatzes muss gelernt werden  
Foto: © proDente e.V./Johann Peter Kierzkowski

- Ambulante Tagespflege; Pflegebedürftige werden einen oder mehrere Tage/ Woche durch Bring- und Hol-Dienste zu kleinen oder größeren Zentren gebracht, wo sie tagsüber professionell betreut werden. Das entlastet die Angehörigen zu Hause, die aber die nächtliche Betreuung sicherstellen. In dem Zentrum kann auch eine zahnmedizinische Früherkennungsuntersuchung angeboten werden, wenn die Einrichtungsleitung dies anbieten will und die Betroffenen, Angehörige oder Betreuer zustimmen;

das Recht auf freie Arztwahl bleibt bestehen. Größe der Tagesstätten: Unterschiedlich; nachfragen!

- Wohngruppe; demente Pflegebedürftige werden häufiger in kleineren Wohngemeinschaften von 10 - 12 Personen betreut. Größe der Wohngruppen: Unterschiedlich; nachfragen!
- Betreutes Wohnen in Wohnanlagen mit spezieller Infrastruktur, Haushaltshilfe, ambulanter Pflege, Bistro, Mahlzeiten-Lieferung usw.; Ehepaare, Paare und Singles wohnen in „eigenen“ kleinen Wohnungen und buchen nach Bedarf Dienstleistungen von der Zentralverwaltung
- Stationäre Pflegeeinrichtung; die klassische Betreuung in Ein- oder Mehrbettzimmern in den Wohnbereichen mit Pflegepersonal in Schichtdienst

#### 14. Ohne die gute tägliche Mund- und Zahnersatzpflege geht es nicht – Aufklärung für Pflegendende

Ob Angehörige allein pflegen, ambulante Pflegedienste helfen oder eine stationäre „Rund-um-Betreuung“ bereitsteht: Ein zahnmedizinisch-präventiver Effekt und der Erhalt der Mundgesundheit ist nur möglich, wenn die Mund- und Zahnersatz-Pflege gewährleistet ist. Der gute Wille reicht nicht, die Pflegenden müssen auch wissen, mit welcher Technik, mit welcher Arbeitshaltung, mit welchen Hilfsmitteln Mundpflege sinnvoll zu leisten ist.

Der betreuende aufsuchende Zahnarzt oder seine fortgebildete zahnmedizinische Fachangestellte können aufklären, zeigen, überzeugen, motivieren. Die Bundeszahnärztekammer und die DGAZ sowie die Landes Zahnärztekammern bieten Info-Material, Erklär-Videos und auch Kurse, wie man pflegenden Laien und professionell Pflegenden eine zweckmäßige Mundpflege näher bringen kann.

#### 15. „Mobile“ Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen/ Beeinträchtigungen

Ja – es gibt auch Pflegebedürftige, die nicht an die Wohnung oder an die Pflegeeinrichtung „gefesselt“ sind. Z. B. sind Patienten, die dementiell erkrankt sind, in Begleitung durchaus in der Lage, die Zahnarztpraxis aufzusuchen. Auch Personen mit geistigen oder körperlichen Beeinträchtigungen können Zahnarztpraxen aufsuchen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19. Oktober 2017 die Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) beschlossen. Diese Richtlinie regelt Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten.

Bei Patienten, die einen nachgewiesenen Pflegegrad haben oder Wiedereingliederungshilfe erhalten, dürfen seit dem 1. Juli 2018 folgende präventive Leistungen angeboten und ggf. abgerechnet werden:



BEMA-Nr.	Name	Punkte	Berechnung
174a (PBa)	Erhebung eines Mundhygienestatus, individueller Mundgesundheitsplan	20	einmal je Kalenderhalbjahr
174b (PBb)	Mundgesundheitsaufklärung	26	einmal je Kalenderhalbjahr
107a (PBZst)	Entfernung harter Zahnbeläge	16	einmal je Kalenderhalbjahr

Sicher – nicht jeder, der Wiedereingliederungshilfe bezieht, macht beim Praxisbesuch darauf aufmerksam. Sollten das Praxisteam aber Kenntnis vom Pflegegrad oder Wiedereingliederungshilfe erhalten, dann sollten die präventiven Leistungen auch niemanden vorenthalten werden...

#### 16. Medikamenten-Liste: wie werde ich daraus schlau?

Existiert ein Medikationsplan, sollte im Zweifel durch Rücksprache mit dem verordnenden Arzt geklärt werden, ob der Plan noch aktuell ist. Seit Oktober 2016 ist ein Medikationsplan gesetzlich vorgeschrieben, wenn drei oder mehr systematisch wirksame Medikamente über einen Zeitraum von mehr als 28 Tagen verordnet werden. In Zukunft soll die elektronische Gesundheitskarte ja diese Daten liefern, aber auch diese Technik steckt noch in den Kinderschuhen und muss zunächst erprobt werden – wir werden sehen, wie verlässlich diese Chipkarte ist. Und: Ob der Patient die dort genannten Medikamente auch erhält und einnimmt.

Die Anamnese klärt, an welchen Erkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen der pflegebedürftige Patient leidet. Die Medikamentenliste ist auch eine Möglichkeit der Überprüfung dieser Anamnese, denn wenn z.B. Zustand nach CA-OP/-Metastasen, Diabetes, Osteoporose und Schlaganfall angegeben wurden, werden wahrscheinlich auch Medikamente zur Blutzuckerregulierung, Bisphosphonate (antiresorptive Therapie) und Antikoagulantien eingenommen.

Zahnmediziner fürchten bei pflegebedürftigen Patienten, bei denen chirurgisch interveniert werden muss, dass schwer stillbare und spät auftretende Nachblutungen, Wundheilungsstörungen im Weichgewebe oder Knochen sowie Schmerzen auftreten können.

Falls bei chirurgischen Maßnahmen Antibiotika gegeben werden müssen, sollen diese keine negativen Wechselwirkungen zur allgemeinen Medikation auslösen. Nun ist es für den allgemeinen niedergelassenen Zahnarzt schwierig, routinemäßig alle internistisch oder haus- und fachärztlich verordneten Substanzen, Wirkgruppen oder Handelsnamen zu kennen.

Der Praxischef kann eine versierte ZFA beauftragen, mit der Hausarztpraxis Kontakt aufzunehmen – noch sicherer ist es aber, wenn der Zahnarzt direkt mit dem Hausarzt telefoniert, das Vorhaben (infizierten entzündeten Zahn entfernen bei medikamentöser Diabetes-, Osteoporose- und Antikoagulations-Therapie) schildert und abklärt, welche möglichen Folgen zu bedenken sind. Doch was ist, wenn der Hausarzt nicht da ist, im Urlaub ist oder den Rückruf vergisst? Der Patient hat Schmerzen und die Schwellung und das Wochenende steht vor der Tür oder ein Urlaub des Zahnarztes naht.... Dann hat der letzte Behandler/ Zahnarzt die moralische Verantwortung, für eine Klärung der Fragen zu sorgen:

Per Internetrecherche und Roter Liste lässt sich ermitteln, was sich in der Medikamentenliste befindet. Die Bundeszahnärztekammer gibt die Informationen über Zahnärztliche Arzneimittel (IZA)

(ggf. Begriff in die Suchmaschine eingeben oder als langer Link: <https://www.bzaek.de/fuer-zahnaerzte/arzneimittelkommission/informationen-zahnaerztliche-arzneimittel-iza.html>)

heraus, und überarbeitet und aktualisiert sie stetig. Es ist jedem Zahnarzt anzuraten, sich hier immer wieder auf den neuesten Stand zu bringen – aber die „IZA“ sind eben keine „Rote Liste“ und verraten nicht in jedem Fall, was sich hinter Handelsnamen auf einer mitgebrachten Medikamenten-Liste verbirgt.

#### 17. MIZ – Medikamenten-Info für Zahnärzte: Ein einfaches Hilfsmittel – perfekt für den Praxiseinsatz

Wenn es nicht schon erfunden wäre, müsste man sich sofort daran machen. Der Zahnarzt Ulrich Pauls, Ahaus, hat sich über die Unübersichtlichkeit des „Roten Liste“ für den Zahnarzt geärgert – denn die Mehrzahl der dort gespeicherten Informationen sind für den Zahnarzt nicht so von direktem Interesse; man muss viel lesen und die Informationen filtern. Der Kollege hat getüftelt und sich mit Fachleuten beraten und schließlich ein Programm entwickelt: **MIZ**

Das MIZ – Medikamenten-Info für Zahnärzte ist ein Programm, das Zahnmedizinern dabei hilft, die Medikation ihrer Patienten ohne großen Aufwand beurteilen zu können. MIZ filtert die für Zahnärzte interessanten Informationen heraus und fasst sie für den jeweiligen Patienten in einem einzigen Dokument übersichtlich zusammen: In kürzester Zeit wird über das Wichtigste am Bildschirm oder im ausgedruckten Dokument in der Karteikarte informiert. Natürlich ist die Pflege dieses Programms mit Aufwand verbunden – und es ist verständlich, wenn die Nutzer eine Lizenz erwerben sollen. Derzeit ist es aber

problemlos möglich, eine kostenlose Testversion eine Zeit lang auszuprobieren.

<https://mizdental.de/>  
MIZdental GmbH - Zahnarzt Ulrich Pauls, Ahaus

Falls es eine vergleichbare Plattform gibt – bitte dem Autorenteam dieser Zeilen melden!

#### 18. Therapie-Aufklärung:

##### Der nächste Schritt nach der Anamnese, Medikamenten-Identifikation und Diagnostik

Es ist wiederholt schon bemerkt worden: Pflegebedürftige Patienten sind fragile Patienten. Ihr Gesundheitszustand schwankt. Schmerzen, Stress, Schmerzmittel – all das kann einen Einfluss haben. Der Zahnarzt muss sich einen Eindruck verschaffen, ob der Patient „orientiert“ ist und eine Kommunikation möglich ist. Kann der Patient den Erklärungen bzw. der Kommunikation folgen, ist eine Aufklärung und Einwilligung in eine Therapie im Prinzip möglich?

Pflegebedürftigkeit entsteht selten von heute auf morgen. Meist sind Angehörige informiert und ggf. sogar eingeweiht, handlungsbevollmächtigt. Es kann sehr sinnvoll sein, wenn der Zahnarzt den Patienten um Zustimmung bittet, dass ein Zeuge (Angehöriger, Freund, Nachbar, Pfleger, Betreuer) beim Aufklärungsgespräch anwesend ist und die Erklärungen und Alternativen ebenfalls hört.

Im Zweifel nützt die Dokumentation (der Patient war orientiert, stimmte der Anwesenheit von ... beim Aufklärungsgespräch zu) dem Zahnarzt, damit nicht später der Vorwurf auftaucht, der Zahnarzt hätte leichtfertig einen Zahn entfernt und eine nicht wieder herstellbare Lage geschaffen.

Ist der Patient nicht orientiert, muss ein Betreuer informiert werden bzw. sollte eine Betreuung über die Angehörigen oder den Hausarzt angeregt werden. Das kann dauern! Der Zahnarzt muss entscheiden, ob ein Aufschub der Behandlung zu verantworten ist – meist ist das ja so.

#### 19. Gefahr im Verzug?

Ist eine bedrohliche Schwellung eingetreten (Logen-Abszess-Entwicklung?), sollte der Zahnarzt diese Verantwortung nicht allein übernehmen. Vielleicht muss der Patient in ein Krankenhaus eingewiesen werden – das wiederum kann der Zahnarzt nicht, sondern kann nur durch einen Hausarzt oder einen Notarzt erfolgen.

Ist der entzündete und infizierte Zahn so gelockert, dass eine Spontan-Eigen-Extraktion und Aspiration (z.B. im Schlaf) droht? Auch das kann bedrohlich sein, ist allein

aber kein Grund, den Notarzt zu rufen und ins Krankenhaus einzuweisen – oder? Ggf. kann der Zahnarzt dann so verantwortungsvoll handeln und den Zahn entfernen, aber es sollte gut dokumentiert sein (vielleicht auch fotografisch/ per Video die deutliche Lockerung sichtbar machen) und eine Einverständnis-Erklärung muss vorliegen.



Immer der Reihe nach: Therapie-Aufklärung sollte der der nächste Schritt nach  
Foto: © beeboys - stock.adobe.com

Es geistern immer wieder Geschichten durch Kollegen-Gruppen, die davon berichten, dass Zahnärzte von Angehörigen wegen Zahnentfernung angezeigt und von Gerichten zur „Wiedergutmachung“ durch Übernahme der Implantationskosten verurteilt wurden. Ob die Urteile Bestand hatten – die Fälle vergleichbar sind? Wer weiß das schon – aber Vorsicht ist die Mutter der Porzellankiste.

Wie immer gibt es Alternativen zum Therapieplan – und wenn es eben Nichtstun ist. Der Plan und die Alternativen müssen erklärt, Folgen erläutert werden; dann folgt die Einwilligung und Entscheidung des Patienten.

#### 20. Die Einwilligung

Sollte dokumentiert werden; zwar sind auch mündliche Verträge gültig und in den Praxen werden täglich tausende Einwilligungen ohne Unterschrift gegeben: Der Patient

macht den Mund auf und lässt die Karies entfernen und erhält die Füllung. Und trotzdem ist die Situation bei Pflegebedürftigen eben besonders, und eine Zahntfernung ist endgültig. Am besten ist es, wenn der Patient selbst einwilligen kann. Mindestens sollte in die Patientenakte eingetragen werden: Der Patient war orientiert und willigte ein, dass der Zahn XY entfernt werden soll.



der Anamnese, Medikamentenidentifikation und Diagnostik sein

Manchmal ist es schwierig, die Einwilligung zu bekommen: Wenn Betreuer nicht erreichbar sind oder nicht zurückrufen und auf Anschreiben nicht reagieren, dann muss man sich letztlich über sie beim zuständigen Betreuungsgericht beschweren, was den bürokratischen Aufwand erhöht. Die Hauptsache, man kennt Namen und Adresse des Betreuers und das zuständige Gericht. Zum Glück aber sind dies Ausnahmen – in der Regel funktioniert die Betreuung.

Eine laienverständliche Erläuterung zu den Themen Einwilligung- und Geschäftsfähigkeit mit vielen guten Tipps für die zahnärztliche Praxis bietet auch der Leitfaden „Das Behandlungsverhältnis bei Pflegebedürftigen und bei Menschen mit Behinderung – rechtliche Aspekte“ der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg. Bitte

den Titel in Suchmaschine eingeben, dann ist eine PDF-Version des Leitfadens herunterladbar.

#### 21. Erheblicher Behandlungsbedarf:

**Anpassung vorhandener Prothesen oder „Sanierung“? Die Erhaltung mittels Prävention und Früherkennung ist das Ziel**  
Der immobile Patient war früher mobil und regelmäßig zur Früherkennung beim Zahnarzt. Dann tritt häufig eine Phase ein, in der gesundheitliche Probleme auftreten und die zahnmedizinische Prävention und Früherkennung in den Hintergrund tritt. Es hilft nicht, Vorhaltungen zu machen – es ist eine Situation eingetreten, in der Behandlungsbedarf besteht. Nach Diagnostik, Beratung Aufklärung und Einwilligung soll die Behandlung erfolgen – und danach soll wieder die Erhaltung mittels Prävention und Früherkennung das Ziel sein.

#### 22. Problemlösung: Halte es einfach – keep it simple

Wenn keine Schmerzsignale erkennbar sind und keine Entzündungszeichen vorliegen, kann dennoch die Mundgesundheit aufgrund von Parodontitis, Karies, Abrasion, abgebrochenen Zähnen, Wurzelresten, und Zahnverlust objektiv negativ bewertet werden. Die Lebenserfahrung zeigt, dass ältere Patienten oft eine psychologische Strategie des „Angepasst-seins“ verfolgen, geradezu eine paradoxe Zufriedenheit an den Tag legen: Trotz des objektiv negativen Zustands antworten sie, dass es ihnen eigentlich ganz gut ginge. Mit dieser seelischen Strategie wird eine Depression und Verzweiflung vermieden.

Es ist dann für den Zahnarzt sinnvoll, diese Strategie aufzugreifen und die Therapie daran auszurichten, wenn es geht, den vorhandenen Zahnersatz anzupassen, statt ganz zu erneuern. Auch ist die Belastbarkeit des oft multimorbiden Patienten einzubeziehen und ggf. mit dem Hausarzt zu beraten.

#### 23. ZE- Anpassung statt Erneuerung?

**Teil-Prothese:** Ist herausnehmbarer Zahnersatz (Teil-Prothese) vorhanden und wird auch getragen, kann er repariert, erweitert, unterfüttert, verbessert werden. Vorteil: Der Patient hat den Zahnersatz getragen und adaptiert, wünscht lediglich eine Verbesserung (z.B. Erweiterung, neue Klammer). Die Zunge und die Wangen- und Lippenmuskulatur kennen den Zahnersatz, die Veränderung wird nicht groß sein.

**Voll-Prothesen:** Achtung! Wenn eine mangelhafte aber tolerierte Vollprothese unterfüttert wird, kann sie sich sehr ändern, insbesondere Unterkiefer-Vollprothesen. Möglicherweise entstehen als Folge gravierende Druckstellen, die Prothese wird nicht mehr getragen, der Wunsch nach „Rücknahme der Unterfütterung“ geäußert – aber dies wird unmöglich sein.

Bei jeglicher Veränderung muss der Patient diese Änderung auch adaptieren und auch die Angehörigen müssen bei der Eingewöhnung unterstützen, statt Fehler in der Zahntechnik zu vermuten.



Foto: © proDente e.V./Johann Peter Ki

Alternativ zur „Verbesserung“ der alten Unterkiefer-Prothese kann auch an eine Neuanfertigung im Stil der alten, an eine „Doublierung“ der Unterseite/Prothesenbasis gedacht werden; die doublierte Basis ist dann Ausgangspunkt der neuen Prothese, die verbessert werden kann, z.B. durch maßvolle Bisshebung, Umstellung der Front usw. Vorteil dieser Methode ist der Erhalt der „alten Unterkiefer-Prothese“ für den Fall, dass der Patient die neue Unterkiefer-Vollprothese nicht adaptieren kann.

Defekte Verblendung an festsitzender Versorgung: vielleicht nur störenden Kanten abrunden? Wenn möglich reparieren, denn es ist immer fraglich, ob das Abnehmen der Brücke komplikationslos funktioniert und ob die Brückenpfeiler-Zähne wirklich eine Neuanfertigung (er-)tragen oder plötzlich pulpitische Beschwerden entstehen.

#### 24. Kennzeichnung von herausnehmbarem Zahnersatz bei Neuanfertigung oder Reparatur

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit kann es aufgrund von akuten zusätzlichen Problemen zur ärztlichen Einweisung in Krankenhäuser kommen. Von dort kann ggf. versucht werden, einen Kurzzeitpflegeplatz nach Krankenhausaufenthalt vermittelt zu bekommen. Leider ist es eine alte Erfahrung, dass in derartigen Fällen herausnehmbarer Zahnersatz nicht zugeordnet werden kann, falls er versehentlich bei einer Untersuchung/ beim Essen auf dem Tablett abgelegt und dann „abgeräumt“ wird.

Reparatur und Neuanfertigung sind gute Gelegenheiten, den Namen des Patienten in den Zahnersatz einzupolymerisieren! Wer übernimmt die entstehenden Kosten – das muss vorher geklärt sein.

Eine einfache Vor-Ort-Lösung kann auch das Einfräsen der Initialen des Bewohners in den Prothesensattel sein, das Auffüllen mit einem Flow-Kunststoff, anschließend lichtpolymerisieren und überpolieren.

#### 25. Welche Geräte und Instrumente zum Besuch mitnehmen?

Das Karten-Lesegerät! Stift und Papier für Befund und Notizen (Achtung! Nach einer Untersuchung sind Stifte besonders häufig mit Keimen belastet, weil sie im Eifer des Gefechts mit kontaminierten Handschuhfingern angefasst werden...)

Die RKI-Richtlinien für Hygiene gelten auch für den aufsuchenden Zahnarzt. Der „Einzel-Hausbesuch“ ist unproblematischer als eine Reihenuntersuchung im Pflegeheim oder mehrere Behandlungen unterschiedlicher Patienten hintereinander – denn es dürfen keine Keime verschleppt werden.

Händedesinfektion und Handschuhe (ggf. latexfrei) sind nötig; Entnahme der sauberen Instrumente aus dem einen Koffer/ der Box – nach Benutzung die Ablage der Instrumente in dem zweiten Koffer/ der Box für „Gebrauchtes“, und zwar so, dass nach dem Transport zurück in der Praxis keine Verletzungen bei der Entnahme des gebrauchten spitzen Instrumentariums vorkommen.

Es gibt auch Einmal-Instrumente – die kann man bei den Patienten zurücklassen, wobei sichergestellt sein muss, dass diese auch entsorgt werden. Verwirrte Patienten

dürfen in den Abfall geworfene Instrumente nicht wieder entnehmen können (Verletzungsgefahr).

Eine gute Materialliste findet sich auf der Homepage der Zahnärztekammer Baden-Württemberg unter „Zahn-ärzte“, dann „Barrierefreiheit“ und dann als PDF „Materialcheckliste für zugehende Betreuung“.

<http://www.lzk-bw.de/zahnaerzte/alters-und-behinder-tenzahnheilkunde/barrierefreiheit/>

Soll eine Einrichtung besucht und mehrere Patienten be-  
treut/untersucht/ behandelt werden, so ist vorab zu klä-  
ren, ob nicht ein „Servierwagen“ der Einrichtung genutzt  
werden kann, auf dem die Utensilien/ Boxen/ Kästen des  
Zahnarztes abgelegt und sicher bewegt werden können.

#### 26. Erste Kontaktaufnahme

Bei einer ersten Kontaktaufnahme reichen Spiegel, Son-  
de und Pinzette oder vielleicht einfach zwei Tee- oder  
Esslöffel aus dem Haushalt zum Abhalten von Zunge und  
Wange; es muss nicht ein ganzer Koffer mit Abdruck-  
materialien und Löffeln mitgeschleppt werden. Eine Ta-  
schenlampe kann ein Angehöriger/ ein Pfleger/ die ZFA  
halten und ausrichten; Taschenlampe und ggf. die Stirn-  
lampe spenden das nötige Licht – Wisch-desinfizierbar  
sollten die Lampen und die Kopfhalterung sein, denn  
möglicherweise fasst man sie doch mit kontaminierten  
Handschuhen an (daher: angenähte Gummizüge an der  
Stirnlampe sind bequem, aber eben nicht wirklich einfach  
hygienefähig).

#### 27. Fotografische Dokumentation: Ein Bild sagt mehr als tausend Worte

Das Erfassen von Befunden beim Patienten, der Zustand  
von herausnehmbarem Zahnersatz, Listen, Medikamen-  
tenschachteln – eine Kamera erleichtert und ergänzt die  
Dokumentation, kürzt ggf. auch die „Besuchs-Situation“  
ab, und ermöglicht später die weiteren Schritte zu planen.  
Welche Kamera dafür in Frage kommt – das hängt vom  
Anwender und seinen technischen Bedürfnissen ab. Aus  
datenschutzrechtlichen Gründen ist es nicht sinnvoll, Fo-  
tos aus der Betreuungssituation per Mobiltelefon und öf-  
fentlicher App oder mittels ähnlichen Messenger-Diensten  
an die Praxis zu übermitteln, denn meist muss im Klein-  
gedruckten dieser Dienstleister zugestimmt werden,  
dass die so übermittelten Daten auch vom Dienstleister  
gespeichert und weiter benutzt werden. Das will kein Pa-  
tient und kann für den Zahnarzt erhebliche juristische Da-  
tenschutz-Probleme erzeugen, sollte es bekannt werden.

#### 28. Untersuchung ergibt Behandlungsbedarf

Behandlung vor Ort oder in der Praxis? Die vorherigen  
Kapitel haben es eigentlich schon vermittelt: Der Zahnarzt

entscheidet, was er sich zutraut, er hat die Verantwortung  
und muss für Hygiene, Durchführung und Nachsorge  
zahnmedizinisch und juristisch gerade stehen.

Wo liegt das höhere Risiko für den Patienten? Muss ein  
dementer Patient lange (Verkehrsstau?) in eine unge-  
wohnte Umgebung „per Krankentransport mit unbe-  
kannten Begleitpersonen“ gebracht werden, kann schon  
daran die eigentliche Behandlung scheitern, weil der Pa-  
tient unruhig und aggressiv reagiert – obwohl er zu Haus  
zugänglich und tolerant war.

Wo liegt das höhere Risiko für den Zahnarzt? Eine schein-  
bar einfache Extraktion kann ohne Röntgendiagnostik  
einen größeren chirurgischen Aufwand nach sich ziehen,  
z.B. weil eine abgeknickte Wurzel abbricht.

Extrem selten kann ein extraktionswürdiger Zahn mit  
einem Tumor/ einer Metastase/ einem Aneurysma in  
Verbindung stehen – ohne vorherige Röntgen-Diagnostik  
ist dies nicht erkennbar.

Das Risiko der Nachblutung muss bei chirurgischen Be-  
handlungen bedacht werden; eine Nachsorge und nächt-  
liche Kontrolle durch Angehörige sollten möglich sind,  
Verhaltensmaßregeln eingehalten werden.

Eine einfach zugängliche Zahnhalskaries kann möglich-  
weise mit einem Akku-Winkelstück oder ggf. mit einem  
Exkavator und ohne Absaugung (Spülung/ Kühlung per  
Spritze, abtupfen und aufsaugen der Flüssigkeit mit tro-  
ckenen Kompressen, Ausspucken in Nierenschale) kon-  
servierend versorgt werden.

Scharfe Füllungs- und Zahnkanten können auch ohne  
Kühlung mit langsam rotierenden Instrumenten abgerun-  
det werden.

Je invasiver und weiter intraoral gehandelt werden muss,  
desto eher ist die Frage zu lösen: Vor Ort oder Transport?  
Bleibt zu überlegen, was für die mobilen Einheiten spricht.

#### 29. Mobile Einheiten

Zum Thema „Mobile Einheiten“ liefert die Zahnärzte-  
kammer Baden-Württemberg (wieder das Vorbild) eine  
kritische Stellungnahme und einige Beispiele für nutzbare  
Geräte; man klicke an „Zahnärzte“ – „Alters- und Behin-  
dertenzahnheilkunde“ – „Barrierefreiheit“ – „Ausarbeitung  
mobile Behandlungseinheiten“.

An der gleichen Stelle auf der Homepage findet sich ein  
Artikel über verschiedene „Praxiskonzepte zur Betreuung  
von Menschen mit Unterstützungsbedarf“.

Die Hamburger Zahnärztekammer hat 2018 eine neue mobile Einheit angeschafft, damit Hamburger Kolleginnen und Kollegen diese Einheit ausprobieren können. Es ist nötig, sich mit der Handhabung ein wenig zu befassen, den Leitfaden zu lesen und den nötigen Utensilien (Winkelstücke, Sauger usw.) zu kennen.

Auch muss bei der Übergabe und der Rücklieferung auf Vollständigkeit der Teile geachtet werden – dazu gibt es eine Checkliste bei der Ausgabe in der Kammergeschäftsstelle.

### 30. Transport des Patienten

Am schönsten ist es, wenn der Zahnarzt nicht verordnen und organisieren muss. Der Zahnarzt weiß, anders als ein betreuender Hausarzt, nicht unbedingt, welcher Pflegegrad vorliegt bzw. welche akuten/ chronischen allgemeinen Erkrankungen Probleme bereiten und welches Krankentransportmittel mit welcher technischer Ausstattung und ggf. welche medizinisch-fachliche Begleitperson nötig ist. Auch eine Übersicht, welcher Transportdienst welche Kosten verursacht – welcher wirtschaftlich ist – fehlt Zahnärzten häufiger.

### 31. Krankenfahrten zur ambulanten(zahnärztlichen) Behandlung

Ab dem 01.01.2019 gilt, dass Krankenfahrten zu einer ambulanten Behandlung nicht mehr einer Vorab-Genehmigung durch die Krankenkassen unterliegen, sofern denn der Versicherte in seinem Schwerbehinderten-Ausweis

- entweder ein Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (Blind), oder „H“ (Hilflosigkeit) besitzt;
- oder eine Einstufung in den Pflegegrad 3 (mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung), 4 oder 5 aufweist.

Krankentransporte, also ein Transport mittels eines Krankentransportwagen (KTW) mit besonderer Einrichtung und/oder ein Transport unter fachlicher Betreuung (durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal) bleiben weiterhin vor Durchführung genehmigungspflichtig.

Die Verordnung von Beförderungsleistungen ist in der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie)“ geregelt.

Seit dem 05.05.2016 ist die Krankentransport-Richtlinie nicht mehr nur für den vertragsärztlichen, sondern auch für den vertragszahnärztlichen Bereich einheitlich und verbindlich geregelt. Mit Wirkung vom 01.01.2019 wurde eine Genehmigungsfiktion für bestimmte Fälle geschaffen.

Am besten und übersichtlichsten ist diese Richtlinie für Vertragszahnärzte im Leitfaden der Zahnärzteschaft Baden-Württemberg hingewiesen – hier wird das Verordnungsverfahren verständlich dargestellt:

Man klicke an <https://lzk-bw.de> dann „Zahnärzte“ – „Alters- und Behindertenzahnheilkunde“ – „Barrierefreiheit“ – „Leitfaden zur Verordnung einer Krankenbeförderung“



Krankenfahrten und Krankentransporte - ein wichtiger Unterschied, der immer i  
Foto: © Kzenon - stock.adobe.com

Oder man verfolge die langen Links: [https://lzk-bw.de/fileadmin/user\\_upload/1.Zahn%C3%A4rzte/110.Alters-\\_und\\_Behindertenzahnheilkunde/40.Barrierefreiheit/Leitfaden\\_Krankenbefoerderung.pdf](https://lzk-bw.de/fileadmin/user_upload/1.Zahn%C3%A4rzte/110.Alters-_und_Behindertenzahnheilkunde/40.Barrierefreiheit/Leitfaden_Krankenbefoerderung.pdf)

bzw.

[https://lzk-bw.de/fileadmin/user\\_upload/1.Zahnärzte/110.Alters-\\_und\\_Behindertenzahnheilkunde/40.Barrierefreiheit/Leitfaden\\_Krankenbefoerderung.pdf](https://lzk-bw.de/fileadmin/user_upload/1.Zahnärzte/110.Alters-_und_Behindertenzahnheilkunde/40.Barrierefreiheit/Leitfaden_Krankenbefoerderung.pdf)

Auf 10 Seiten ist detailliert alles erklärt – nur die Formulare müssen eben vor Ort ggf. bei der zuständigen KZV beschafft werden (z. B. KZV Hamburg).

Ist sich ein Zahnarzt/eine Zahnärztin trotzdem unsicher in der Wahl des Beförderungsmittels, sollte nach wie vor unbedingt der Hausarzt kontaktiert werden (und die Position Ksl abgerechnet werden).

Regressen wegen „falscher/ unwirtschaftlicher Verordnung“ sind bei den Hausärzten in der Vergangenheit nicht vorgekommen. Die für zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen notwendigen Transportleistungen sind in der Re-



Im Vorgang einer Beförderung geklärt werden sollte

gel genehmigungspflichtig, so dass auch hier hoffentlich keine entsprechenden Probleme zu erwarten sind.

### 32. Probleme bei Transporten

Hinsichtlich der Planung/ Organisation sei bedacht, dass der Patient aufgrund z.B. Verkehrsstau oder Verzögerungen durch den Transportdienst nicht pünktlich kommt; Konsequenz: alle nachfolgenden Behandlungen geraten in Stress.

Vorgehensweise: Pufferzeiten einplanen bzw. diese Patienten an einem Tag einbestellen, wo viele Kontrollen geplant sind – dann sind Verspätungen besser zu managen und die pflegebedürftigen Patienten können zwischendurch

sowieso Pausen ganz gut gebrauchen. Eine kurze telefonische Erinnerung ein paar Stunden vor dem Termin hat sich in der Praxis ebenfalls sehr bewährt.

Weiteres Problem: Für den vom Transport-Dienstleister gebrachten Patienten ist kein Abholtermin vereinbart - er wird nicht abgeholt.... Konsequenz: Warten, ggf. Assistenz bei Toilettengang nötig, „Hinterhertelefonieren“, Fehlersuche, es muss Personal in der Praxis bleiben. Vorgehensweise: Gleich bei Patienten-Übergabe klären, ob die Abholung gesichert ist und wer zuständig ist.

### 33. Krankentransport zur Zahnarztpraxis

von Dr. Jürgen Holtz (Artikel aus dem *Hamburger Zahnärzteblatt* August 2017, also nicht komplett aktuell!)

*Kollegen, die Hausbesuche für Patienten anbieten, kennen die im Folgenden beschriebene Problematik: Manche Patienten können auf Grund verschiedener Behinderungen nicht ohne weiteres unsere Praxen aufsuchen. Andererseits können wir manche Behandlungen in Wohnung oder Pflegeheim nicht vornehmen, seien es die Anfertigung von Röntgenaufnahmen oder auch chirurgische Maßnahmen. Wie bekommen wir diese Patienten patienten- und kasernenrichtliniengerecht in unsere Praxis? Oft höre ich z.B. von den Pflegekräften in den Seniorenheimen oder den Hausärzten der betroffenen Patienten: da muss ein Krankentransportwagen (KTW) oder wahlweise ein Rettungstransportwagen (RTW) bestellt werden. Diese Aussage ist so undifferenziert schlicht falsch! Der Krankentransport ist – seit Mai 2016 auch explizit für den vertragszahnärztlichen Bereich – durch eine Richtlinie geregelt. Die einzelnen Beförderungsmittel reichen von Taxi, Mietwagen mit Rampe für Patienten im Rollstuhl (nicht umsetzbar) über Liegendtaxi, Krankentransportwagen bis zum Rettungswagen (bei Notfall) oder sogar Notarztwagen. Es ist schließlich ein Unterschied, ob der Patient nur nicht gehfähig ist, liegend transportiert werden muss oder zusätzlich beim Transport eine unterschiedlich qualifizierte Betreuung braucht. In unserer Praxis bevorzugen wir bei reinen Rollstuhlpatienten eine Mietwagenorganisation, die uns die Patienten nicht nur bringt, sondern nach der Behandlung auf unseren Anruf hin kurzfristig (!) wieder abholt. Auf KTWs muss man wegen anderer dringender Einsätze oft lange warten. Außerdem transportieren KTWs evtl. vorhandene Rollstühle der Patienten nicht und setzen die Patienten umgehend auf einen Behandlungsstuhl, womit das Zimmer dann auch nach Behandlungsende bis zum Rücktransport blockiert ist. Die KZV Hamburg empfiehlt, entsprechend der Krankentransport-Richtlinie (§9), die von uns auszustellende Verordnung zur Krankentransport-Beförderung („Transportschein“) vorher, sofern es die Zeitabläufe erlauben, von der jeweiligen Kasse genehmigen zu lassen, gegebenenfalls auch per Fax. An dieser Stelle sei auf einen Leitfaden zu*

dieser Thematik verwiesen. Er ist von der KZV sowie der LZK Baden-Württemberg herausgegeben worden und enthält alle Informationen inkl. Ausfüllbeispielen für das Verordnungsformular von Krankenbeförderungen, eine sehr übersichtliche Tabelle für die einzelnen Indikationen und viele weitere Hinweise. (Hinweise zur Homepage siehe weiter oben)

#### 34. Kooperationsvertrag mit stationärer Pflegeeinrichtung; Eckdaten

Informationen über die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte

zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 119b Abs. 2 SGB V finden sich auf acht Seiten, die von der KZBV herausgegeben wurden.

(Wer das Original studieren möchte, bemühe eine Suchmaschine mit den Stichworten: Kooperationsvertrag mit stationärer Pflegeeinrichtung; Eckdaten, KZBV)

Ziele sind im Wesentlichen:

- Erhalt und Verbesserung der Mundgesundheit einschließlich des Mund- und Prothesenhygienestandards und damit Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität (unter anderem Schmerzfreiheit, Essen, Sprechen, soziale Teilhabe)
- Vermeiden, frühzeitiges Erkennen und Behandeln von Erkrankungen des Zahn-, Mund und Kieferbereichs
- Regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen
- Zeitnahe, den Lebensumständen des Pflegebedürftigen Rechnung tragende Behandlung bzw. Hinwirken auf eine solche Behandlung
- Verminderung der beschwerdeorientierten Inanspruchnahme
- Vermeiden von zahnmedizinisch bedingten Krankentransporten und Krankenhausaufenthalten
- Stärkung der Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen den an der Pflege sowie der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen, den Bewohnern/gesetzlichen Vertretern sowie deren Angehörigen

Unter anderem kann dies durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Reihenuntersuchung
- Mundhygieneplan/ Pflegeanleitung

Ein weiterer Link zum Thema Muster-Kooperationsvertrag: [https://www.kzv-lsa.de/files/KZV-SA/Inhalte/Dokumente/Aeltere%20und%20Immobilie%20Patienten/bpa\\_Muster\\_Kooperationsvereinbarung.pdf](https://www.kzv-lsa.de/files/KZV-SA/Inhalte/Dokumente/Aeltere%20und%20Immobilie%20Patienten/bpa_Muster_Kooperationsvereinbarung.pdf)

#### 35. Kooperationsvertrag: „Berichtserstattung“ und „Regelungen zur Rufbereitschaft“

Sorge bereiteten interessierten Zahnärzten bei der Vorstellung der Kooperationsverträge nach § 119b Abs. 2 SGB V die Begriffe „Berichtserstattung“ und „Regelungen zur Rufbereitschaft“. Die Berichtserstattung ist aber kein Bürokratiemonster, sondern betrifft nur ein „Formblatt Anlage 1“, auf dem neben dem Namen des Zahnarztes, der Pflegeeinrichtung auch noch die Zahl der betreuten Patienten genannt wird. Weiter gibt es ein „Formblatt Anlage 2 Zahnärztliche Information und Pflegeanleitung“, auf dem mit wenigen Häkchen pro Patient der Status, der Bedarf und die Koordination zwischen Zahnarzt und Einrichtung dokumentiert werden.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Mitarbeiter/innen in den Pflegeeinrichtungen wissen, wann es sinnvoll ist, den Zahnarzt zu rufen und bei welchen „Notfällen“ besser gleich der Haus- oder Notarzt gerufen werden sollte.

Eine einfach weiter zu bearbeitende Worddatei eines Kooperationsvertrages findet sich im Internet unter

<https://www.kzv-bremen.de/abrechnung/Kooperationsvertrag.docx>

#### 36. Kooperationsvertrag „praktisch“

Es ist nicht nötig, dass jeder Autor zum Thema Alterszahnmedizin das Rad neu erfindet. Empfehlenswert ist die Homepage der Zahnärztekammer Baden-Württemberg; klickt man unter „Zahnärzte“ die Rubrik „Alters- und Behindertenzahnheilkunde“ und dort „Kooperationsverträge“ an, gelangt man auf die Seite „Kooperationsverträge“; dort findet sich eine PDF-Datei mit einem Artikel (veröffentlicht 6/2016) unter dem Titel „Kooperationsverträge mit Pflegeeinrichtungen - mehr Chancen als Risiken“ von dem Kollegen Dr. E. Ludwig, Ulm. Hier findet sich eine kompakte Einführung zum Thema auf sechs Seiten. Der Artikel lässt sich ausdrucken und diesem Ratgeber hinzufügen.

Der Artikel befasst sich hauptsächlich mit der organisatorischen Umsetzung der präventionsorientierten Inhalte des Kooperationsvertrages

- Reihenuntersuchung
- Mundhygieneplan
- Pflegeanleitung

Empfehlenswert ist ein Blick auf die Formulare der Zahnärztekammer Baden-Württemberg

<http://www.lzk-bw.de/zahnaerzte/alters-und-behinder-tenzahnheilkunde/flyer-formulare/>



z.B. das Dokumentationsblatt für Besuche in Einrichtungen, der zahnärztliche Überleitungsbogen, die Pflegeampel usw..

### 37. Kooperationsvertrag und Behandlungsraum/ stationäre Einheit

Grundsätzlich wäre es einerseits schön, wenn Pflegeeinrichtungen Behandlungsräume mit Behandlungsstühlen und -einheiten zur Verfügung stellten. Jedoch werfen diese Räume mit Ausstattung neue Fragen auf. Wer führt den Transport der Bewohner durch? Wer nutzt sie? Wer wartet sie? Wie ist die hygienische Beschaffenheit und MedGV-Prüfung geregelt? Wie ist bei Patienten mit besonderen Infektionen (z.B. MRSA) zu verfahren? Handelt es sich um eine Zweigpraxis, die bei Kammer und KZV angemeldet werden muss? Muss die Gesundheitsbehörde den Betrieb genehmigen? Ist der Preis für Anschaffung / Miete wirtschaftlich zu rechtfertigen? Wenn die Räume und Gegenstände der Pflegeeinrichtung gehören – wie ist die Nutzung vertraglich zu regeln?

In der Regel erfüllen diese multifunktionalen Untersuchungs-Räume nicht im Ansatz die technischen Anforderungen an eine normale Zahnarztpraxis, obwohl gerade bei multimorbiden Patienten mit Aspirationsgefahr keine Kompromisse gemacht werden sollten.

Im Zweifel: Wenn technisch aufwendige zahnmedizinische Maßnahmen notwendig und sinnvoll sind, dann sollte der Transport in die Praxis oder in eine Klinik überlegt werden.

### 38. Abrechnung

Abrechnungspositionen in der aufsuchenden/zugehenden Betreuung:  
Wieder gibt es bereits Texte zum Thema. Empfehlenswert ist erneut die Homepage der Zahnärztekammer

Baden-Württemberg; klickt man unter „Zahnärzte“ die Rubrik „Alters- und Behindertenzahnheilkunde“ und dort „Recht und Abrechnung“ findet sich an dieser Stelle eine PDF-Datei „Synopsis Abrechnungspositionen in der zugehenden Betreuung“.

Diese Übersicht mit den Bema-Positionen liefert die Punktezahl, die man mit dem jeweilig gültigen KZV-Punktwert multiplizieren muss, wenn man kalkulieren will, was diese Tätigkeiten an Honorar bringen. Neben dieser Tabelle sollte der Interessierte allerdings auch die definierten Bema-Leistungsbeschreibungen anschauen und kennen, um richtig abrechnen zu können.



Foto: © O.K. - stock.adobe.com

Eine weitere gut lesbare 11-seitige Broschüre hat die KZV Sachsen-Anhalt unter dem Titel:

„Übersicht der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt – Leistungen zur zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen; Stand Juni 2015“ als PDF ins Internet gestellt:

<https://www.kzv-lsa.de/files/KZV-SA/Inhalte/Dokumente/Aeltere%20und%20Immobilien%20Patienten/Uebersicht%20-%20Leistungen%20Pflegebeduerftige.pdf>

### 39. Nach Problembeseitigung: Präventionskonzept

Wenn der neue pflegebedürftige Patient von seinen akuten Beschwerden befreit ist, sollte die Praxis ein Präventionskonzept anbieten. Wahrscheinlich müssen Angehörige oder ein ambulanter Pflegedienst einbezogen sowie der Hausarzt informiert werden, wenn der Pflegebedürftige eine optimale häusliche Mundhygiene nicht mehr selbst ausüben kann. Einfache Rezepte zur Mundhygiene gibt es nicht – es müssen individuelle Pläne auf den Patienten und seine Bedürfnisse und finanzielle Möglichkeiten zugeschnitten werden. Super-Brush /drei-Flächengleichzeitig, elektrische Zahnbürsten, Interdentalraum-Pflege, Hilfsmittel, Mundspüllösungen, Reinigungsmittel für Zahnersatz, Fluoridierungsmaßnahmen, CHX-Lacke für Wurzeloberflächen, eine „Pflege-PZR“; dies sind die Stichworte für das Aufklärungsgespräch und für eine schriftliche Fixierung der Ratschläge.

Nicht nur die Patienten, auch die Angehörigen und Pflegekräfte sollten remotiviert werden. Eine wiederkehrende Beratung und telefonische Erinnerung ggf. mit Hausbesuch sollte vereinbart werden (zur Sicherheit schriftlich).

### 40. Delegation? Was darf die ZFA?

Der Delegationsrahmen laut BZÄK ist nachlesbar unter <https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/grafiken/Delegationsrahmen.pdf>

„Meine ZMF/ DH/ ZMP / ZFA mit Prophylaxe-Zertifikat hat schon so lange Erfahrung mit PZR, die kann das auch bei alten Patienten...“. Grundsätzlich darf der Zahnarzt präventive Tätigkeiten delegieren. Laut Zahnheilkundengesetz ist der Zahnarzt für die delegierte Leistung in gleicher Weise persönlich verantwortlich und haftet für diese in gleicher Weise wie für eine persönlich erbrachte Leistung (Verantwortung). Der Zahnarzt muss sich davon überzeugen, dass der Mitarbeiter qualifiziert und in der aktuellen Verfassung ist, die angeordnete Tätigkeit auszuführen.

Der Zahnarzt muss aber auch die aktuelle Verfassung des Patienten kennen. Pflegebedürftige Patienten sind fragil – die Verfassung kann schwanken, wache und orientierte Phasen wechseln sich mit „dämmrigen“ Zuständen ab. Ist der Mitarbeiter in der Lage zu erkennen, ob eine Verschlechterung des Zustandes eingetreten ist, ob ggf. ein Schlaganfall vorliegt?

Nicht selten treten bei multimorbiden Menschen mit Pflegebedarf Schluckstörungen auf; insbesondere nach Schlaganfällen ist zu beobachten, dass aufgrund von Sensibilitätsausfällen in der Mundhöhle Speisereste verbleiben und nicht bemerkt werden. Auch der Kehldeckel schließt nicht verlässlich, Patienten „verschlucken“ sich leicht. Ist die tägliche Nahrung darauf abgestellt (breiige,

gut schluckbare Konsistenz), kann der Patient damit umgehen. Auch die tägliche Mundhygiene wird bewältigt. Bei einer PZR kann die Situation aber eskalieren. Ein Hustenanfall bei einem multimorbiden Patienten kann sehr bedrohlich ausfallen; selbst wenn er beherrscht wird, der Patient sich wieder beruhigt, kann es infolge einer geringfügigen Aspiration von PZR-Polier-Material/ Speichel/ Zahnstein zu einer Lungenentzündung kommen.

„Meine Mitarbeiterin hat einen Notfall-Kurs mit Reanimation absolviert, einen Notfall-Koffer dabei...“; das mag auch so sein. Und trotzdem ist der Zahnarzt verantwortlich, auch gegenüber seinen Mitarbeitern, die er in diese Situation bringt.

Im Falle von rechtlichen Streitigkeiten wird nachgeprüft:

- Der Zahnarzt hat den Patienten zuvor untersucht, sich von dem Zustand des Patienten überzeugt und die Maßnahme individuell angeordnet.
- Der/Die Mitarbeiter(in) war in der Lage, die delegierbare Leistung zu erbringen.
- Bei Tätigkeiten von dafür qualifizierten, nichtzahnärztlichen Mitarbeiterinnen außerhalb der Praxisräume z.B. in Pflegeheimen im Rahmen prophylaktischer Maßnahmen insbesondere bei immobilen Patienten muss der Zahnarzt jederzeit für Rückfragen, Korrekturen oder bei Komplikationen zur Verfügung stehen.

Kann der Zahnarzt bei Komplikationen „zur Verfügung stehen“, wenn er nicht im selben Raum oder auf dem gleichen Flur ist? Diese Frage muss jeder Zahnarzt für sich selbst beantworten.

Wenn der Ehepartner dem multimorbiden Pflegebedürftigen die Zähne putzt, und der sich dabei verschluckt, werden andere rechtliche Maßstäbe angesetzt. Selbst bei dem Pflegedienst gilt eine andere Auffassung, wenn eine Mundhygienemaßnahme wie „Hilfestellung beim Zähneputzen“ erfolgt – aber die PZR ist eine zahnmedizinische Leistung.

Dieser Text soll nicht zu abschreckend wirken, er soll nur eine Leichtfertigkeit im Zusammenhang mit der Delegation vermeiden. ZFA sollten vorbereitet auf diese besondere Klientel sein; dazu gibt es Kurse, wenn der Zahnarzt dies nicht selbst vermitteln kann/will (z.B. bei der DGaz [www.dgaz.org](http://www.dgaz.org)). Zahnärzte sollten die Patienten vor der zu delegierenden Maßnahme gesehen haben und vor Ort sein. Das Münchner Betreuungskonzept „Zahnmedizin in der Pflege – das Teamwerk-Projekt“ hat auf diese Weise eindrucksvoll statistisch bewiesen, dass Prävention sehr erfolgreich bei Senioren wirken kann.

Multimorbide, dement, pflegebedürftig, mit erheblichem chirurgisch-konservativen Behandlungsbedarf im Mund: Hochrisiko-Patient – muss jeder Patient durch niedergelassene Zahnärzte behandelt werden? Wo sind die OP-Zentren mit stationärer Nachsorge?

Muss jeder Zahnarzt alles können? Natürlich nicht. Hat der hochgradig demente Patient auch noch Herzrhythmusstörungen und eine medikamentöse Antikoagulations-Therapie? Ist der stark zitternde Parkinson-Patient auch noch an Diabetes erkrankt und dazu schlecht einstellbar? Wie ist die Sauerstoffsättigung bei dem COPD-Patienten mit hohen Blutdruckwerten, der akut erkältet ist und Zahnschmerzen hat?

Ein guter Zahnarzt kennt seine Grenzen. Es ist genau zu überlegen, ob die eigene Praxis räumlich geeignet ist, um mit ambulant tätigen Anästhesisten zusammen pflegebedürftige multimorbide Menschen in Narkose zu behandeln. Wie sollen „Aufwach-Räume“ und eine Nachsorge bei Komplikationen geregelt werden? Außerdem gibt es für Anästhesisten immer wieder „Budget-Probleme“ – auch über diese Problematik sollte man sich vor der Ausrichtung seiner Praxis informieren.

Leider hat die Kommerzialisierung/ Privatisierung des Krankenhauswesens und die Konzentration auf bestimmte wirtschaftlich attraktive Behandlungsmethoden dazu geführt, dass zahnmedizinische Abteilungen in Allgemein-Krankenhäusern geschlossen wurden, in denen früher kombiniert chirurgisch-konservierend behandelt wurde, ggf. in Narkose und mit einer stationären Aufnahme von Risiko-Fällen. Zahnärzte, die sich um Vermittlung bemühen, berichten von langen Wartelisten. Eine verlässliche Statistik zu diesem Thema gibt es nicht, und „irgendwie“ regelt sich das Problem offenbar auch, denn in der Presse tauchen diese Fälle von lange unbehandelten Patienten auch nicht auf (ist aber auch kein attraktives Schlagzeilen-Thema).

Was bekannt ist, sind die Erhebungen von Befunden bei in Pflegeheimen Verstorbenen, die vor der Einäscherung obduziert werden müssen (Krematoriumsleichenschau durch das Institut für Rechtsmedizin Hamburg). Es liegt auf der Hand, dass die zahnmedizinische Versorgungslage bei diesen Menschen in der allerletzten Lebensphase nicht mehr im Fokus der Bemühungen stand. Für Interessierte: Gafari K (2015) Mundhygienestatus und zahnmedizinische Versorgung von 1231 Verstorbenen ab dem 50. Lebensjahr im Krematorium Hamburg-Öjendorf. Diss Zahnmedizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.

Gleichzeitig ist zu erwarten, dass die „aufsuchende Zahnmedizin“ bei der Früherkennung und Vorsorge mehr

Fälle erkennen wird, die in OP-Zentren mit stationärem Hintergrund behandelt werden sollten. Kollegen, die hier Kenntnisse erlangen und Fälle dokumentieren, sollten ihre Zahnärztekammern informieren, damit berufspolitisch die Bedarfsdeckung bei solchen OP-Zentren oder die Wiedereröffnung derartiger Abteilungen in Krankenhäusern gefordert werden kann.

#### 41. Zahnmedizin für Palliativ-Patienten

Seltener wird der aufsuchende Zahnmediziner zu Patienten im Endstadium des Lebens gerufen. Meist sind diese Patienten durch Medikamente von Schmerzen abgeschirmt und ggf. auch sediert. Es liegt auf der Hand, dass in diesen Fällen die Regeln der normalen Zahnmedizin der Situation angepasst werden müssen. Schmerzen beseitigen, mechanische Störungen ausschalten, Infektionen und Abszesse des Mundes, der Kiefer und Zähne behandeln, Zahnersatz wieder funktionsfähig machen oder eine „Interimslösung“ anstreben, weil eine langfristige durable Lösung nicht planbar ist.

#### 42. Seniorengerechte Praxis

Zahnärzte und ihre Teams sollten sich in die Lage ihrer gebrechlichen Patienten versetzen, und dann die eigene Praxis „begehen“. Wie kommt man in die Räume? Wenn Stufen zu überwinden sind, gibt es beiderseits Treppengeländer? Ist der Beschriftung des Klingelschildes lesbar? Kann eine Hilfe beim Überwinden des Treppenhauses und der Türöffnung angefordert werden? Haben die Wartezimmerstühle Armlehnen und sind stabil (oder sind es „Freischwinger“)? Geht die WC-Tür nach außen auf und ist im Notfall von außen zu öffnen? Ist der WC-Sitz in akzeptabler Höhe und existiert ggf. ein Haltegriff? Sind die Konturen von Fußleisten und Türen farblich kontrastreich, so dass sie auch bei Sehbehinderung / Grauem Star erkannt werden?

Noch besser ist es, wenn vom Team ein tatsächlich gebrechlicher Patient bei einer Praxisbegehung begleitet werden kann und als „Ratgeber“ fungieren kann.

Neben den rein baulichen Fragen gilt es immer wieder zu betonen, dass die Barrierefreiheit im Kopf des Praxisteams beginnt: Nimmt das Team bei der Terminvergabe Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse der Patienten? Oder sollten immobile Patienten vielleicht zuerst besser zu Hause besucht werden? Werden gebrechliche Menschen innerhalb der Praxis begleitet? Versucht das Praxisteam z.B. bei der PZR alles präventive Wissen über die Patienten auszuschütten oder konzentriert sich das Team auf einige wenige Maßnahmen und übt diese mit den Patienten bzw. mit den Angehörigen.

Es gibt eine Vielzahl von Fragestellungen und Ideen zum Thema, die im Internet behandelt werden. Eine Praxis-Team-Sitzung kann sich damit beschäftigen, Aufgaben verteilen, Literatur-Recherche betreiben, Lösungsvorschläge erarbeiten. Hier einige Informationsquellen:

<http://www.prodente.de/erkrankungen/einzelansicht/alters Zahnheilkunde/die-seniorengerechte-zahnarztpraxis.html>

<https://www.zm-online.de/archiv/2012/08/titel/behandeln-ohne-stolperfallen/>  
<http://dgaz.org/praxissiegel>

#### 43. Typische Komplikationen: Schluckstörung nach Schlaganfall – Aspirationsgefahr

Der Autor dieser Zeilen hat schon einmal eine sehr bedrohliche Situation in Zusammenhang mit einer Schluckstörung nach Schlaganfall erlebt. Es ist schließlich alles gut gegangen und es hat auch keine Lungenentzündung gegeben. Aber trotzdem sollte diese Komplikation bekannter gemacht werden. Praxisteams, die sich hierzu noch keine Gedanken gemacht haben, sollten das Thema recherchieren und bearbeiten. Unter dem Punkt Delegation in diesem Ratgeber sind Teilaspekte behandelt.

#### 44. Berufshaftpflicht-Versicherung

Sicher ist es nicht falsch, wenn man die eigene Berufshaftpflicht-Versicherung darauf hinweist, dass auch Hausbesuche vorkommen und vielleicht eine regelmäßige Betreuung einer Pflegeeinrichtung durchgeführt wird. Die rechtliche Lage vermag der Autor dieser Zeilen nicht zu beurteilen – im Zweifel wende man sich an seine Zahnärztekammer.

[http://www.lzkbw.de/fileadmin/user\\_upload/1.Zahnärzte/110.Alters-\\_und\\_Behindertenzahnheilkunde/40.Barrierefreiheit/2012-12\\_Merkblatt-Versorgung-Patienten-auserhalb-Praxisraeume.pdf](http://www.lzkbw.de/fileadmin/user_upload/1.Zahnärzte/110.Alters-_und_Behindertenzahnheilkunde/40.Barrierefreiheit/2012-12_Merkblatt-Versorgung-Patienten-auserhalb-Praxisraeume.pdf)

Eine laienverständliche Erläuterung zu den Themen Einwilligung- und Geschäftsfähigkeit mit vielen guten Tipps für die zahnärztliche Praxis bietet auch der Leitfaden „Das Behandlungsverhältnis bei Pflegebedürftigen und bei Menschen mit Behinderung – rechtliche Aspekte“ der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg. (Titel in Suchmaschine eingeben oder:

[https://lzk-bw.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Schriftenreihen/akabe-bw-rechtliche-aspekte-behandlungsverhaeltnis\\_03-2014.pdf](https://lzk-bw.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Schriftenreihen/akabe-bw-rechtliche-aspekte-behandlungsverhaeltnis_03-2014.pdf) )

## Fragen und Datensammlung für Anamnesebogen/ Überleitbogen

### A) Stammdaten

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon, Fax, Email, Versicherung GKV/PKV/ Zusatz- , Pflegegrad \_\_\_ mit Pflegebescheid , Schwerbehindertenausweis Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ , ggf. alternativ Eingliederungshilfe mit Bescheid

### B) Soziale Patientendaten und soziales Umfeld

Angehörige, Nachbarn, Bevollmächtigte, Betreuer finanzielle Belange / Betreuer gesundheitlicher Belange (Name, Adresse, Erreichbarkeit) / sozialer Dienst

- Ansprechpartner Pflege (Name, Telefon)
- Angehöriger bzw. Kontaktperson (Name, Telefon)
- Biografie d. Patienten: ehemaliger Beruf / Hobbys
- Mobilität ohne Einschränkung O/ Rollator O/ Rollstuhl O/ liegend O
- Kommunikationsfähigkeit ( + / O / - )
- Kooperationsfähigkeit ( + / O / - )
- Demenz nein O beginnend O schwer/ausgeprägt O
- Größe \_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_
- Bei Betreuung/Vollmacht Betreuerausweis/Vollmacht & Personalausweis

Datum, Unterschrift Versicherter bzw. Betreuer/Bevollmächtigter

### C) Ärzte / Pflegedienst

Hausarzt/ Kardiologe / Neurologe/ Geriatrie/ Krankenhaus/ ambulanter Pflegedienst

### D) Fragen zur allgemeinen Gesundheit/ bekannte Diagnosen/ OP`s / Befunde

Raucher / Nichtraucher

Allergien

- Latex
- Medikamente: .....
- Zahnmed. Materialien: .....
- Metalle: .....
- Es gibt einen Allergiepass!

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Hoher Blutdruck
- Infarkt
- Angina Pectoris
- Thrombose
- Embolie
- Schlaganfall/Apoplex
- Herzklappen-Defekte / Klappenersatz
- Aneurysma
- Bypässe; Stents, Herzschrittmacher

Erkrankungen des Blutes oder Immunsystems

- Gerinnungsstörungen
- Leukämie/ Lymphom

- HIV +
- Autoimmun-Erkrankung: .....
- Knochen- und Gelenkerkrankungen
- Osteoporose
- Arthrose/ Arthritis
- Rheuma
- Künstliche Gelenke/ Gelenk-Ersatz (wo?).....

Erkrankungen der Leber

- Hepatitis A/B/C
- Leberzirrhose
- Fettleber

Lungenerkrankungen

- Asthma
- Tuberkulose
- Chron. Bronchitis / COPD

Neurologische Erkrankungen / Beeinträchtigung

- Zustand nach Schlaganfall (Parästhesie, Lähmung, Taubheit, Schluckstörung .....
- Parkinson
- Parkinson-Hirn-Schrittmacher
- Multiple Sklerose
- Epilepsie
- Gedächtnisprobleme, Verdacht auf Formen der Demenz

Stoffwechselstörungen

- Diabetes
- Schilddrüsen-Störungen
- Nierenfunktionsstörung
- Gicht

- .....

Krebs- und andere Tumor-Erkrankungen

- ..... (plus Datum der Diagnose / Therapie)
- Chemo- oder Strahlentherapie (wann zuletzt.....?)
- Metastasen

Weitere wichtige Erkrankung/en oder körperliche Beeinträchtigung/en, die bislang nicht aufgeführt ist/ sind, insbesondere ansteckende und/ oder meldepflichtige Erkrankungen:

- .....
- MRSA
- Offene Tb
- o.ä.

Medikamente, die regelmäßig oder häufig eingenommen werden / Arzneimittel-Liste bzw. Medikations-Plan:

.....

Gibt es Dinge, die der Zahnarzt und sein Team wissen sollten? Oder die der Zahnarzt gesondert ansprechen sollte? z.B.:

- Höreinschränkungen-Hörgerät
- Seheinschränkungen-Brille

- Gehhilfe (Stock)/ Rollator/ Rollstuhl
- Schwindel / Tinnitus
- Suchterkrankung Alkohol/ Medikamente/ Betäubungsmittel/ Drogen
- chronische Schmerzen (wo im Körper?) .....
- Ängste / Stimmungsschwankungen / Depression
- Verdauungsprobleme / Inkontinenz
- .....

#### E) Fragen zur zahnmedizinischen Patientengeschichte

- Wann war der letzte Zahnarztbesuch? .....
- Wer war der letzte Zahnarzt, bei dem Unterlagen angefordert werden könnten? (Name/ Adresse/ Telefon) .....
- Gibt es ein Bonusheft?
- Gibt es einen Röntgen-Pass?
- Wann wurde zuletzt eine Röntgenaufnahme der Zähne/ des Kiefers angefertigt?
- Gab es schon einmal Probleme/ Zwischenfälle (z.B. Ohnmacht) bei der Zahnbehandlung z.B. nach einer Betäubungsspritze?
- Haben Sie künstliche Zahnwurzeln/ Implantate?
- Gibt es dazu einen Implantat-Pass?
- Tragen Sie eine herausnehmbare Teilprothese? Oberkiefer/ Unterkiefer
- Tragen Sie eine Vollprothese? Oberkiefer/ Unterkiefer

Was ist das zahnmedizinische Problem (Schilderung in kurzen Worten)?

- an den Zähnen
- an feststehendem Zahnersatz
- an herausnehmbarem Zahnersatz
- am Kiefer
- am Zahnfleisch
- am Kiefergelenk / der Muskulatur
- beim Kauen
- Speichelfluss (vermindert / vermehrt)

#### Register/ Begriffe- und Adressen-Sammlung:

DGAZ Deutsche Gesellschaft für AltersZahnmedizin  
<https://dgaz.org/>

Zeitschrift für Senioren-Zahnmedizin  
<https://szm.quintessenz.de/>

Links zur Pflegeheim-/dienstsuche, der Pflegeverbände in Hamburg sowie der BGV mit dem Schwerpunkt Pflege sowie Vertragspartnerlisten der Pflegekassen: stationär und ambulant (wird pro Quartal aktualisiert):

<https://www.hpg-ev.de/Service/default?fid=36805>

AWO Hamburg:  
<https://www.awo-hamburg.de/pflege/>

bpa Hamburg:  
<https://www.bpa.de/index.php?id=hamburg>

CV Hamburg:  
<https://www.caritas-hamburg.de/hilfe-und-beratung/senioren/alter>

DRK Hamburg:  
<https://www.drk-hamburg.de/angebote/alltagshilfen/pflege.html>

DW Hamburg:  
<https://www.diakonie-hamburg.de/de/rat-und-hilfe/pflege/>

Parität Hamburg:  
<https://www.paritaet-hamburg.de/fachinformationen/altenhilfe-und-pflege.html>

ZHP Hamburg:  
<https://www.zhp-ev.de/ZHP.htm>

BGV Hamburg:  
<https://www.hamburg.de/pflege/>

BGV Hamburg:  
<https://www.hamburg.de/fachinformationen-pflege/>

BGV Hamburg:  
<https://www.hamburg.de/pflegestuetzpunkte/1077200/pflegestuetzpunkte/>

### Überleitungsbogen:

Zitat aus dem „Pflege-Wiki“ : Der Pflegeüberleitungsbogen wird bei der Verlegung eines Patienten in eine andere ambulante oder stationäre Einrichtung mitgegeben. Er enthält in der Regel die Stammdaten und einen groben Überblick über den aktuellen Allgemeinzustand des Patienten. Neben den Namen der Therapeuten, der Bezugsperson und deren Anschriften sind darauf auch kurze, krankheitsbezogene Hinweise zur Vorgeschichte, Aufnahmegrund und -dauer vermerkt. Hinweise auf Kontakt- oder Wahrnehmungseinschränkungen, lebenspraktische Fertigkeiten und Besonderheiten im Sozialverhalten erleichtern dem Patienten und der aufnehmenden Einrichtung den Übergang und die Versorgung in den ersten Tagen.

Für Rückfragen steht die bisherige Versorgungseinrichtung über die Station oder einen verantwortlichen Mitarbeiter (zum Beispiel Pflegefachkraft, Sozialarbeiter, Brückenschwester) mit Telefonnummer und Sprechzeiten zur Verfügung.

Medizinische Besonderheiten, wie die Medikation, nächste Untersuchungstermine etc. sind nur erforderlich, wenn der Arztbrief oder ähnliches nicht zeitgleich ausgehändigt werden kann.

Der Pflegeüberleitungsbogen ersetzt keine Pflegeplanung, sondern ist Teil der Informationssammlung. Die darauf enthaltenen Angaben können aber zum Teil in die Pflegeanamnese eingebracht werden.

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Ueberleitungsbogen>

### Überleitungsbogen Hamburg:

<https://www.hpg-ev.de/Service/default?fid=36804>

[http://www.versorgungsnetz-gesundheit.de/dokumente/Ueberleitung\\_vom\\_Pflegedienst.pdf](http://www.versorgungsnetz-gesundheit.de/dokumente/Ueberleitung_vom_Pflegedienst.pdf)

### Pflegeakte:

Siehe <https://de.wikipedia.org/wiki/Pflegedokumentation>; Abkürzung Kardex ist ein Markenname wie Leitz-Ordner

### Pflegedienst oder Pflegeheimsuche:

<https://www.hpg-ev.de/Service/default?fid=36805>

### Checkliste: Zusammenarbeit mit ambulantem Pflegedienst (Fehlt noch)

#### Weitere interessante Informationen/ Beschaffungsquellen/ Werbung finden sich unter:

<http://blog.zahnputzladen.de/?s=senioren>

<http://www.safaridental.com/> mobiler Untersuchungsstuhl

<http://www.bpr-swiss.com/dental-mobile-einheiten.html>

<http://www.bpr-swiss.com/anwendungsgebiete/besuch-altenheime.html>

#### METIS-DENTAL

Lerchenweg 30

D-96135 Stegaurach

Tel: 0951-296 85 24

Fax: 0951-296 85 23

Mobil: 0172 219 77 07

[kontakt@metis-dental.de](mailto:kontakt@metis-dental.de)

[www.metis-dental.de](http://www.metis-dental.de)

#### Dent-Medi-Tech

Im Redder 58 a

21339 Lüneburg

Tel.: 04131- 26 38 730.

[www.dent-medi-tech.de](http://www.dent-medi-tech.de)

#### Hinweis:

Diese Liste ist nicht vollständig und es gibt selbstverständlich mehrere Anbieter. Die oben genannten Firmen sind nicht mit der Zahnärztekammer geschäftlich verbunden.

**Eine Vervielfältigung des Ratgebers ist nur nach vorheriger Absprache und mit Erlaubnis des Autors Dr. Thomas Einfeldt möglich. Anfragen bitte an:**

Dr. Thomas Einfeldt  
Zahnärztekammer Hamburg, Weidestraße 122 b, 12. Stock in der AlsterCity, 22083 Hamburg  
Postanschrift:  
Postfach 76 12 67, 22062 Hamburg  
Tel.: (040) 73 34 05-0  
Fax: (040) 73 34 05 99 99  
info@zaek-hh.de  
thomas.einfeldt@zaek-hh.de



Dieser Ratgeber befindet sich noch im Erprobungsstadium. Kritik, Ergänzungsvorschläge und Feedback sind ausdrücklich erwünscht.