

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

**Bachelorstudiengang Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung
und Management**

Interdisziplinärer Versorgungspfad zur Mund-
und Zahngesundheit Pflegebedürftiger

Bachelor Thesis

Tag der Abgabe: 04.09.2018

Vorgelegt von: Alena Köhler

████████████████████

████████████████

████████████

Betreuender Prüfender:

Prof. Dr. Peter Stratmeyer

Zweite Prüfende:

Prof. Dr. Petra Schmage

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Problemhintergrund	2
1.2 Fragestellung und Ziel	4
1.3 Struktur der Bachelor Thesis.....	4
1.4 Methodik	5
2 Hausärztliche, pflegerische und zahnmedizinische Versorgung von Pflegerbedürftigen	5
2.1 Sozialrechtliche Grundlagen der mund- und zahnmedizinischen Versorgung	6
2.2 Hausärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen	7
2.3 Zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen	8
2.3.1 <i>Ethik in der zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger</i>	9
2.3.2 <i>Barrierefreiheit als Aspekt der zahnmedizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen</i>	10
2.3.3 <i>Krankentransportrichtlinie</i>	10
2.4 Pflegerische Versorgung im ambulant-häuslichen Setting durch professionell Pflegerische	11
2.5 Pflegerische Versorgung im ambulant-häuslichen Setting durch Angehörige	13
2.6 Mund- und Zahngesundheit bei Pflegebedürftigen	14
2.7 Wechselwirkungen von Mund- und Zahnerkrankungen mit Allgemeinerkrankungen	15
3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der mund- und zahngesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen	16
3.1 Sozialpolitische Initiativen zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit.....	17
3.2 Case und Care Management	17
3.2.1 <i>Case Management in der Altenpflege</i>	18

3.2.2 Case Management in der Krankenversorgung.....	19
3.3 Integrierte Versorgung	19
3.4 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	20
3.5 Interdisziplinäre Versorgungspfade	20
4 Entwicklung eines interdisziplinären mund- und zahngesundheitlichen Versorgungspfades für Pflegebedürftige	22
4.1 Rahmenmodell.....	22
4.1.2 Anforderungen an den interdisziplinären Versorgungspfad zur Zahn- und Mundgesundheit Pflegebedürftiger in Anlehnung an das Rahmenmodell	24
4.2 Aufbau	27
4.3 Inhalt.....	27
4.4 Aufnahmebogen der ambulanten Pflegedienste.....	30
4.5 Einschätzung des zahnmedizinischen Versorgungsbedarfs.....	31
4.5.1 Pflegeassessment: An oral health and function screening tool for nursing personnel.....	31
4.6 Problemstellen des interdisziplinären Versorgungspfades zur zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger	32
5 Diskussion	34
5.1 Umsetzbarkeit und Restriktionen	35
5.2 Chancen und Risiken.....	37
5.3 Ausblick	39
6 Reflexion.....	39
7 Fazit.....	40
8 Literaturverzeichnis	41
9 Anhang	46
9.1 Anhang 1: Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg (2018): Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen.	46

9.2: Anhang 2: Tsukada, S., Ito, K., Stegaroiu, R., Shibata, S., Ohuchi, A. (2017): An oral health and function screening tool for nursing personnel of long- term care facilities to identify the need for dentist referral without preliminary training. In: Gerodontology. Jahrgang 34. Seite 234.	47
9.3: Anhang 3: Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) (2007b): Stammblatt.....	48
9.4: Anhang 4: Interdisziplinärer, zahngesundheitlicher Versorgungspfad	49
10 Eidesstaatliche Erklärung	50

Gender Verweis

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit vorwiegend die männliche Schreibweise verwendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die männliche Schreibweise geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suchstrategie	5
Abbildung 2: Phasen des interdisziplinären Versorgungspfades	26

Abkürzungsverzeichnis

DMS V	fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HA	Hausarzt
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
SGB V / XI	Sozialgesetzbuch fünf / elf
ZA	Zahnarzt

1 Einleitung

In § 14 Absatz 1 Satz 2 und 3 des elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) wird die Pflegebedürftigkeit als Umstand einer Person beschrieben, welche aufgrund einer körperlichen, kognitiven, psychischen oder gesundheitlichen Einschränkung auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate, hilfsbedürftig ist. „Im Dezember 2015 waren knapp 2,9 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); die Mehrheit (64 %) waren Frauen. 83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 85 Jahre und älter waren 37 %“ (statistisches Bundesamt, 2017: 7).

Das statistische Bundesamt (2017: 9) offenbarte mit der Pflegestatistik des Jahres 2015, dass in Deutschland 692.000 Pflegebedürftige durch 13.300 ambulante Pflegedienste betreut wurden. Dabei zeigte die Verteilung der Pflegestufen, dass die meisten der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen (409.191) der Pflegestufe 1 zugeordnet waren (vgl. statistisches Bundesamt, 2017: 9). Auf die Pflegestufe 2 entfielen 215.121 Pflegebedürftige und auf die Pflegestufe 3 67.961 (vgl. statistisches Bundesamt, 2017: 9). Bis zum Jahr 2030 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland voraussichtlich auf 3,48 Millionen erhöhen (vgl. Rothgang et al., 2016: 6). Im Januar 2017, mit Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes, wurde der oben beschriebene überarbeitete Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2016: 4). In diesem Zuge wurde auch ein neues Begutachtungsinstrument erstellt, welches den Grad der Selbständigkeit als Maßstab zur Feststellung des Hilfebedarfs betrachtet (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2016: 4). Im Vergleich zum Jahr 2016 gab es 2017 303.661 mehr neue Leistungsempfänger, die mit dem neuen Begutachtungsinstrument eingestuft wurden (vgl. Pick, 2018: 20). Gleichzeitig fand auch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade statt (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2016: 22). „Statt der bisherigen drei Pflegestufen wird es ab dem 1. Januar 2017 fünf Pflegegrade geben, was eine differenziertere Einschätzung des benötigten Pflegeaufwandes ermöglicht“ (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2016: 22). Menschen, die bereits als pflegebedürftig aufgrund eingeschränkter Mobilität eingestuft waren, wurden in den nächsthöheren und Menschen, die als pflegebedürftig aufgrund einer

eingeschränkten Alltagskompetenz eingestuft waren, in den übernächsten Pflegegrad eingeordnet (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2016: 24).

Der demografische Wandel und das damit verbundene vermehrte Auftreten von Pflegebedürftigkeit führen gemeinsam zu einem zunehmenden Auftreten chronischer Erkrankungen und Multimorbidität, das heißt dem Vorliegen von Mehrfacherkrankungen bei einer Person (vgl. Nowossadeck, 2012: 1).

Laut der fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (2016: 23) wächst mit dem Anstieg der Pflegebedürftigkeit auch die Anforderung an eine Strategie der zahnmedizinischen Therapie. Diese muss „[...] den besonderen Ansprüchen der Menschen mit Pflegebedarf bei der präventiven und zahnärztlichen Versorgung sowie der Unterstützung beim Erhalt der Mundgesundheit durch die pflegenden Personen Rechnung [...] [tragen]“ (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 23, Auslassungen und Einfügung: A.K.).

1.1 Problemhintergrund

„Sobald ein Patient immobil oder pflegebedürftig wird, läuft er Gefahr, vom „Radarschirm seiner Zahnarztpraxis zu verschwinden“, mit den entsprechenden negativen Auswirkungen auf seinen Mundgesundheits- und damit Gesamtgesundheitszustand“ (Michel, 2010: 40).

Das Ergebnis einer Befragung innerhalb eines institutionalisierten Wohnbereichs in der Geriatrie ergab, dass die Arztbesuche aufgrund der Multimorbidität ansteigen, die Zahnarztbesuche jedoch seltener werden (vgl. Baumgartner et al., 2015: 463). Die Auswirkungen von schlechter Zahn- und Mundgesundheit können weitreichend sein (vgl. Baumgartner et al., 2015: 457). „Die Literatur gibt an, dass einer von zehn Todesfällen durch Pneumonie in der Geriatrie mit einer regelmässigen [sic!] und gründlichen Mundhygiene verhindert werden könnte. Dieses Risiko ist zunehmend, da immer mehr alte und bettlägerige Patienten über zumindest einige natürliche Zähne verfügen und gleichzeitig im Alter vermehrt Schluckstörungen auftreten“ (Baumgartner et al., 2015: 457).

Eine häufig genannte Problemstelle ist, dass für die Personengruppe der Pflegebedürftigen meist nur eine Notfallbetreuung, welche überwiegend beim Auftreten von

Beschwerden eingeleitet wird, besteht (vgl. Kretsch, 2016: 74; vgl. Baumgartner et al., 2015: 465). Die daraus resultierende Unterversorgung durch Zahnärzte ist ein massives Problemfeld, welches sich noch erweitert, da es kaum mobil arbeitende Zahnärzte gibt und das Therapiespektrum von Dentalhygienikern beschränkt ist, welche eine mögliche Entlastung der Zahnärzte darstellen könnten (vgl. Baumgartner et al., 2015: 465). „Die Dentalhygienikerin ist die Prophylaxefachkraft [...]“ (Five-T Communication GmbH, o.J.: 13, Auslassung: A.K.). Dentalhygieniker können durch die Betreuung von parodontal erkrankten Menschen zu einer erheblichen Entlastung der Zahnärzte beitragen (vgl. Five-T Communication GmbH, o.J.: 15).

Eine weitere Problemstelle stellt die mangelnde Kooperation zwischen den medizinischen Disziplinen dar, welche gemeinsam an den auftretenden allgemeinen und speziellen Herausforderungen des Alters beteiligt sind und grundsätzlich dasselbe Ziel verfolgen (vgl. Besimo & Besimo-Meyer, 2015: 48). „Es mehren sich die Hinweise darauf, dass eine enge Wechselwirkung zwischen dem allgemeinmedizinischen Zustand und der oralen Gesundheit besteht“ (Baumgartner et al., 2015: 491). Die Interaktion zwischen den verschiedenen Disziplinen der Ärzteschaft gewinnt zunehmend an Bedeutung, um eine adäquate Behandlung der Menschen gewährleisten zu können (vgl. Baumgartner et al., 2015: 459).

Seit 2014 gibt es die Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), wo Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen definiert werden. Dieser Kooperationsvertrag legt wichtige Schritte, wie einen regelmäßigen Besuchsturnus und Sicherstellung einer Rufbereitschaft, fest (vgl. *Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen*: § 1 Abs. 2 Satz 4). Dadurch ist der zahnmedizinischen und pflegerischen Versorgungssituation in stationären Pflegeeinrichtungen in höherem Umfang Rechnung getragen worden.

Für ambulant versorgte Pflegebedürftige ist der Zugang zu zahnmedizinischen Leistungen insbesondere bei Einschränkungen durch Immobilität erschwert (vgl. Kretsch, 2016: 95). Die ambulanten Pflegedienste, welche die Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit versorgen, haben nur sehr selten Kontakte zu nahe gelegenen

Zahnärzten und auch nur vereinzelt Listen über mobil arbeitende Zahnärzte (vgl. Baumgartner et al., 2015: 466).

„Um eine systematische Betreuung anbieten zu können, wären neue, flächendeckende Versorgungskonzepte [...] wichtig“ (Kretsch, 2016: 109, Auslassung: A.K.).

1.2 Fragestellung und Ziel

Im Rahmen dieser Bachelor Thesis soll ein beispielhaftes Grundkonzept eines interdisziplinären Versorgungspfades zur Erhaltung beziehungsweise Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit bei Pflegebedürftigen, welche ambulant in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, entwickelt werden. „Interdisziplinäre Versorgungspfade legen bei einer bestimmten Diagnose oder Versorgung die optimale Vorgehensweise bezüglich der Schlüsselinterventionen für alle Disziplinen fest, die konzipiert wurden, um die angestrebten Resultate beim Patienten zu erzielen“ (Dykes et al., 2002: 19). Durch eine interdisziplinäre Planung der Versorgung kann von allen beteiligten Disziplinen gemeinsam in umfassender Weise für die Patienten gesorgt werden (vgl. Dykes et al., 2002: 27). Die Zielgruppe des interdisziplinären Versorgungspfades sind ambulant versorgte Pflegebedürftige. Ausgeschlossen davon sind Pflegebedürftige, die beispielsweise dauerhaft beatmet werden müssen, da diese Pflegebedürftigen eine noch komplexere, zum Beispiel durch spezielle Beatmungszentren etc., Versorgung erhalten. Der Versorgungspfad zielt vor allem auf die Versorgung von dementiellen und immobilen Patienten ab und soll die dort bestehenden Schnittstellenproblematiken und die damit einhergehende Unterversorgung beheben.

Die zu bearbeitende Fragestellung lautet: Welche Anforderungen muss ein interdisziplinärer Versorgungspfad zur Verbesserung der mund- und zahngesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen im ambulant-häuslichen Setting aufweisen?

1.3 Struktur der Bachelor Thesis

Der Hauptteil wird in drei Abschnitte gegliedert. Im ersten Abschnitt liegt der Schwerpunkt auf der hausärztlichen, pflegerischen und zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen. Der zweite Abschnitt handelt von der interdisziplinären Zusammenarbeit in der mund- und zahngesundheitlichen Versorgung Pflegebedürftiger. Im letzten Abschnitt des Hauptteils wird ein interdisziplinärer mund- und zahngesundheitlicher Versorgungspfad für Pflegebedürftige entwickelt. Nach einer

darauffolgenden Diskussion werden abschließend die Ergebnisse der Arbeit und das Konstrukt reflektiert und ein Fazit formuliert.

1.4 Methodik

Um die erforderliche Literatur zu den oben beschriebenen Themen zu erhalten wurde sowohl eine quick and dirty, als auch eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Hierzu wurden die Suchmaschinen Google, Google Scholar, PubMed sowie beluga als Literaturkatalog der wissenschaftlichen Hamburger Bibliotheken genutzt. Dabei wurden folgende Suchbegriffe verwendet:

Deutsch	Englisch
Interdisziplinäre Versorgungspfade	Clinical/ Critical pathways
Zahnarzt	Dentist
Pflegebedürftige, ältere	Care-dependent/ in need of care/ elderly
Ambulante Pflege/ ambulanter Pflegedienst	Mobile nursing service/ nurse/ nursing service
Versorgung	Treatment/ medical care

Abbildung 1: Suchstrategie

Die Auswahl der verwendeten Artikel und wissenschaftlichen Ausarbeitungen erfolgte durch Sichtung der Titel, der meist abrufbaren Abstracts sowie dem Themenzusammenhang.

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Februar bis Juli 2018 statt.

2 Hausärztliche, pflegerische und zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen

In den nachfolgenden Kapiteln werden die aktuellen Versorgungssituationen von Pflegebedürftigen mit den Unterpunkten sozialrechtliche Grundlagen der mund- und zahnmedizinischen Versorgung, pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit durch professionell Pflegende und Angehörige sowie die hausärztliche und zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen beschrieben. Die zahnmedizinische Versorgung behandelt auch die Themen Ethik in der Zahnmedizin, Barrierefreiheit und Transport. Ebenfalls werden die Punkte Mund-

und Zahngesundheit bei Pflegebedürftigen und Wechselwirkungen von Mund- und Zahnerkrankungen mit Allgemeinerkrankungen dargestellt.

2.1 Sozialrechtliche Grundlagen der mund- und zahnmedizinischen Versorgung

Die sozialrechtlichen Grundlagen für die mund- und zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen sind sowohl im SGB V als auch im SGB XI verankert.

Aus dem § 27 SGB V Absatz 1 Satz 1 (Auslassung: A.K.) ergibt sich für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch auf eine Krankenbehandlung „[...]“, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern“. Hierzu zählt auch die zahnärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (vgl. *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch*, 2017: § 27 Abs. 1, Satz 2).

§ 22a des SGB V in Verbindung mit der, auf Grundlage dieses Paragraphen entstandenen, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) präzisiert den Anspruch auf Zahnbehandlung für Pflegebedürftige (vgl. *Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*, 2018: § 1 Satz 1; *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch*, 2017: § 22a Abs. 2). „Die Richtlinie definiert Art und Umfang der folgenden Leistungen: die Erhebung des Mundgesundheitsstatus (§ 4), den individuellen Mundgesundheitsplan (§ 5), die Mundgesundheitsaufklärung (§ 6) sowie die Entfernung harter Zahnbeläge (§ 7)“ (*Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*, 2018: § 1 Satz 2). All diese Leistungen sollen einmal im Kalenderhalbjahr durchgeführt und dokumentiert werden, wobei die Dokumentation zur Überprüfung der Durchführung und eventuellen Anpassung der Maßnahmen genutzt werden sollen (*Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*, 2018: § 3 ff.). Die Erhebung des Mundgesundheitsstatus ist in den Vordruck (siehe Anhang 1) nach § 8 der GBA Richtlinie einzutragen (vgl. *Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*, 2018: § 4 Abs. 2). Im Anschluss an diese Erhebung wird ein individueller Mundgesundheitsplan erstellt, welcher sowohl Angaben des Versicherten als auch der Pflege- und Unterstützungspersonen berücksichtigt (vgl. *Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen*

bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, 2018: § 5 Abs. 1). Der individuelle Mundgesundheitsplan umfasst dabei empfohlene Maßnahmen und Mittel zur Förderung der Mundgesundheit, die empfohlene Anwendungsfrequenz dieser Maßnahmen und Mittel, die Festsetzung der Durchführung durch den Pflegebedürftigen oder die Pflege- und Unterstützungsperson sowie die Angaben für eine gegebenenfalls bedarfsorientierte und notwendige Rücksprache mit weiteren an der Behandlung beteiligten Personen (vgl. *Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*, 2018: § 5 Abs. 2). Der individuelle Mundgesundheitsplan wird ebenfalls in den Vordruck nach § 8 der GBA Richtlinie eingetragen (vgl. *Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*, 2018: § 5 Abs. 3). Die Mundgesundheitsaufklärung umfasst die Leistungen Aufklärung, Demonstration und praktische Anleitung zur Reinigung sowohl der Zähne, des festsitzenden Zahnersatzes als auch der Prothese und des herausnehmbaren Zahnersatzes sowie die Erläuterung der genannten Maßnahmen (vgl. *Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*, 2018: § 6 Abs. 1). Die Entfernung harter Zahnbeläge ist in § 7 der Richtlinie nach § 22a SGB V des GBA festgelegt.

Die Richtlinie des GBA ist zum 1. Juli 2018 in Kraft getreten (vgl. *Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen*, 2018: Abschnitt II).

2.2 Hausärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen

91 % der Deutschen erachten es als wichtig einen Hausarzt (HA) in der näheren Umgebung zu haben, um diesen bei gesundheitlichen Problemen kontaktieren zu können (vgl. Deutscher Hausärzteverband e.V., 2016: 1). „Für 88 Prozent ist darüber hinaus die Rolle des Hausarztes als erster Ansprechpartner im Gesundheitswesen entscheidend“ (Deutscher Hausärzteverband e.V., 2016: 1).

Ab einem Alter von 65 Jahren wird jährlich durchschnittlich 6,39 mal Kontakt zum HA aufgenommen (vgl. Bergmann et al., 2005: 1366). Im Vergleich zu den 40-49-Jährigen wird der HA durch die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren fast doppelt so häufig in Anspruch genommen (vgl. Bergmann et al., 2005: 1366). Wichtige Einflussfaktoren für das Aufsuchen des HA in dieser Altersgruppe sind zum einen das

Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen und zum anderen die subjektive Einschätzung der Gesundheit (vgl. Bergmann et al., 2005: 1367). Innerhalb des telefonischen Gesundheitssurveys aus dem Jahr 2003 wurde nach der ambulanten Inanspruchnahme der letzten drei Monate gefragt, wobei sowohl Männer als auch Frauen über 65 Jahre zu ca. 80 % angaben, ärztlichen Kontakt in den letzten drei Monaten gehabt zu haben, wobei diese Inanspruchnahme nicht nur auf hausärztlichen Kontakt begrenzt war (vgl. Bergmann et al., 2005: 1370).

2.3 Zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen

Der Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung wird für pflegebedürftige Menschen durch mehrere Faktoren erschwert (vgl. Nitschke und Kaschke, 2011: 1077). Einerseits sind Pflegebedürftige durch erhöhte Immobilität oft auf einen aufsuchenden Zahnarzt (ZA) oder eine Begleitung beziehungsweise einen Transportschein angewiesen, um die zahnmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen zu können (vgl. Nitschke und Kaschke, 2011: 1077). „Daher wird oft auf einen kontrollorientierten Zahnarztbesuch verzichtet, obwohl ein beschwerdeorientierter Besuch meistens aufwendiger ist“ (vgl. Nitschke und Kaschke, 2011: 1077). Andererseits ist für ZA die aufsuchende Tätigkeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen betriebswirtschaftlich kaum umsetzbar und die generelle Versorgung Pflegebedürftiger in Praxen oder Kliniken würde zu erhöhten Transportkosten führen (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2010: 10). Aufgrund dieser Problemstellen besteht die Gefahr, dass nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit keine zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen oder Behandlungen stattfinden, die eine kontinuierliche Beobachtung des Verlaufs gewährleisten würden (vgl. Michel, 2010: 40).

Durch die LUCAS-Telefonbefragung, einer bundesweiten Erhebung, konnte festgestellt werden, dass die über 65-Jährigen die Zahnvorsorgeuntersuchungen weniger angenommen haben (72 %) (Hamburg, 2011: 35 f.). Diese Analyse und deren Ergebnisse sind für die ältere Bevölkerung repräsentativ, jedoch nicht für pflegebedürftige und/oder demente Ältere, da sie in dieser Befragung nicht vertreten sind (vgl. Hamburg, 2011: 17). Nitschke und Kaschke (2011: 1074) untersuchten die Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen durch Pflegebedürftige stationärer Pflegeeinrichtungen. Dabei stellten sie fest, dass „Pflegebedürftige, die einen Zahnarzt als den ihrigen angaben, [...] den letzten Zahnarztkontakt im Mittel vor sechs Monaten [hatten]“ (Nitschke und Kaschke, 2011: 1074, Auslassung und Einfügung:

A.K.). Bei Pflegebedürftigen, die laut eigener Angabe keinen ZA hatten, lag die Zeitspanne zum letzten zahnärztlichen Kontakt bei 48 Monaten (vgl. Nitschke und Kaschke, 2011: 1074).

2.3.1 Ethik in der zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger

Die Ethik ist die grundlegende Voraussetzung für das Vertrauen von Patienten und der Bevölkerung in die Medizin und Pflege (vgl. Wehkamp et al., 2017: 5).

Dass der Anteil der behandlungsbedürftigen Senioren in der Zahnmedizin zunimmt, „[...] nimmt nicht nur Einfluss auf die Praxisabläufe, sondern auch auf die eigentliche Behandlung“ (Nitschke et al., 2017: 74, Auslassung: A.K.). Dabei kommt es häufiger zu einem negativen Einfluss auf die zahnmedizinische Therapiefähigkeit, die Mundhygienefähigkeit und die Eigenverantwortlichkeit, welche dazu führen, dass die Ethik vermehrt in den Vordergrund rückt (vgl. Nitschke et al., 2017: 74 f.). Durch den Rückgang der drei genannten Aspekte wird die zahnmedizinische Behandlung komplexer, da nicht mehr nur die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt werden müssen, sondern ebenfalls die Erwartungen Dritter (z.B. Pflege, Angehörige, Ärzte), welche eventuell nicht mit den Vorstellungen des Patienten oder denen des ZA übereinstimmen (vgl. Nitschke et al., 2017: 75). Durch die Einbindung Dritter erhöht sich sowohl der zeitliche Aufwand als auch der Bedarf zur Abstimmung der Vorgehensweise, wobei die Patientenautonomie oder der mutmaßliche Wille des Patienten weiterhin berücksichtigt werden müssen (vgl. Nitschke et al., 2017: 75). Zudem muss dem Umstand der häufig vorliegenden Multimorbidität und der Möglichkeit der zunehmenden Gebrechlichkeit bei der Therapieplanung Rechnung getragen werden (vgl. Nitschke et al., 2017: 76). „Besser noch: Die gewählten Behandlungsmaßnahmen sollten mögliche Einschränkungen bereits antizipieren und so ausgestaltet sein, dass sie auch bei einer Zunahme der Einschränkungen des Patienten tragfähig bleiben“ (Nitschke et al., 2017: 76).

Geriatrisch tätige Zahnärzte müssen eine erhebliche Kompromissbereitschaft mitbringen und der Schwierigkeit dem mutmaßlichen Patientenwillen zu entsprechen gewachsen sein (vgl. Nitschke et al., 2017: 76). Das bedeutet auch, dass sie sich möglicherweise gegen eine, wie in § 630a Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches geregelte Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden,

allgemein anerkannten fachlichen Standards entscheiden müssen, um stattdessen eine patientenadaptierte Behandlung vorzunehmen (vgl. Nitschke et al., 2017: 76).

2.3.2 Barrierefreiheit als Aspekt der zahnmedizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen

„Barrierefreiheit oder Barrierearmut bedeutet nicht allein eine schwellenlose Praxis im Erdgeschoss mit großzügig dimensionierten Parkplätzen vor der Tür, elektrischen Türöffnern, rollstuhlgerechter Toilette, Handläufen in den Gängen, rutschfesten Böden, einer teilweise abgesenkten Rezeption und Wartezimmerstühlen mit Armlehnen“ (Ludwig, 2016: 160). Es geht vordergründig um die Bereitschaft zur Betreuung von Menschen, welche eine eingeschränkte Mobilität und Kooperationsfähigkeit haben, wodurch Barrierefreiheit zuallererst im Kopf beginnt, nämlich durch die Bereitwilligkeit sich auf die veränderten Bedürfnisse dieser Menschen einzustellen (vgl. Ludwig, 2016: 160). Hausbesuche sind barrierefrei, da sich der ZA zunächst in der Häuslichkeit des Patienten ein Bild über die Versorgungssituation macht, um daraus notwendige Behandlungen abzuleiten (vgl. Ludwig, 2016: 160). Es gibt mobile Behandlungseinheiten, welche für den Einsatz bei Hausbesuchen konzipiert wurden (vgl. Ludwig, 2016: 161). Deren Einsatz sollte jedoch „[...] kritisch hinterfragt werden, da sie dazu verleiten, unter schwierigen Bedingungen aufwendigere Behandlungen mit entsprechenden Risiken durchzuführen“ (Ludwig, 2016: 161). Sollte es bei einer Behandlung in der Häuslichkeit des Patienten zu Komplikationen kommen, bestehen keine mindernden Umstände, denn es gelten dieselben hygienischen Standards wie in der Zahnarztpraxis (vgl. Ludwig, 2016: 161). Deshalb sollte für aufwendigere Therapiemaßnahmen ein Transport in die Praxis oder in eine geeignete Einrichtung erfolgen (vgl. Ludwig, 2016: 161).

2.3.3 Krankentransportrichtlinie

„Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen o.ä. sind keine Krankenkassenleistung“ (Maier, 2017: 2). Es gibt verschiedene Beförderungsmittel, wobei die Entscheidung, welches in Anspruch genommen werden soll, abhängig vom aktuellen Gesundheitszustand und der Gehfähigkeit des Patienten ist (vgl. Maier, 2017: 3). Krankenfahrten werden ohne medizinisch-fachliche Betreuung und mit einem Taxi oder einem Mietwagen

durchgeführt (vgl. Maier, 2017: 3). Krankentransporte werden verordnet, wenn die Betreuung durch ein nicht-ärztliches Personal während der Fahrt oder ein Krankentransportwagen mit besonderer Einrichtung von Nöten ist (vgl. Maier, 2017: 3). Rettungsfahrten hingegen sind notwendig, wenn der Patient aufgrund zum Beispiel notwendiger Erste-Hilfe-Maßnahmen mit einem Rettungsmittel befördert werden muss (vgl. Maier, 2017: 3). Anspruchsberechtigt für eine Krankenförderung sind Versicherte, welche in die Pflegerade 3,4 oder 5 eingestuft wurden oder eine Mobilitäts-einschränkung und gleichzeitig einen zwingenden zahnärztlichen Behandlungsbedarf aufweisen (vgl. Maier, 2017: 4). Die Verordnung über den Krankentransport wird vor der Behandlung bei der Krankenkasse zur Genehmigung eingereicht (vgl. Maier, 2017: 4). Wird die Verordnung genehmigt und der Transport findet statt, entstehen für den Versicherten Kosten für den Krankentransport in Höhe von zehn % des Fahrpreises, mindestens allerdings fünf € und höchstens zehn € pro Fahrt (vgl. Maier, 2017: 4).

2.4 Pflegerische Versorgung im ambulant-häuslichen Setting durch professionell Pflegende

„Fast alle ambulanten Pflegedienste (97 %) boten neben den Leistungen nach SGB XI auch häusliche Krankenpflege oder Hilfe nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) an“ (statistisches Bundesamt, 2017: 10).

Bei den Leistungen nach SGB XI, § 36 handelt es sich um Pflegesachleistungen und bei den Leistungen nach SGB V, § 37 um häusliche Krankenpflege.

Auf Pflegesachleistungen (körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung) haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch (vgl. *Sozialgesetzbuch Elftes Buch*, 2017: § 36 Abs. 1, Satz 1). Der jeweilige Anspruch bezieht sich auf die eingeschränkten Bereiche des Pflegebedürftigen, welche mittels des neuen Begutachtungsinstruments zur Pflegegradeinstufung festgestellt wurden (vgl. *Sozialgesetzbuch Elftes Buch*, 2017: § 36 Abs. 1, Satz 2). Das Ziel der Pflegesachleistungen ist es, „[...] Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern“ (*Sozialgesetzbuch Elftes Buch*, 2017: § 36 Abs. 2, Satz 1, Auslassung: A.K.).

Häusliche Krankenpflege erhalten Versicherte in ihrem Haushalt neben der ärztlichen Behandlung durch geeignete Pflegekräfte, wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann (vgl. *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch*, 2017: § 37 Abs. 1 Satz 1). Eine Verordnung zur häuslichen Krankenpflege erfolgt durch Vertragsärzte bei medizinischer Notwendigkeit und kann nur dann ausgestellt werden, wenn die erforderliche Verrichtung nicht durch die hilfsbedürftige Person selbst oder durch eine Unterstützungsperson durchgeführt werden kann (vgl. GBA, 2017: § 1 Abs. 1 Satz 1; § 1 Abs. 4 Satz 1). Auch Versicherte, die nicht nach § 14 SGB XI pflegebedürftig sind, haben Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn sie sich in Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen befinden und die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen notwendig ist (GBA, 2017: § 1 Abs. 2, Satz 4). Die häusliche Krankenpflege umfasst „[...] Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können [...], Grundverrichtungen des täglichen Lebens [...] und Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind [...]“ (GBA, 2017: § 2 Abs. 1, Auslassungen: A.K.).

Die Pflegekassen schließen mit dem Träger der Pflegeeinrichtung einen Versorgungsvertrag, welcher Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen über die Dauer des Vertrages festlegt (vgl. *Sozialgesetzbuch Elftes Buch*, 2017: § 72 Abs. 1, Satz 1; § 72 Abs. 2, Satz 1). Zwischen dem Versicherten und dem ambulanten Pflegedienst wird ein Versorgungsvertrag geschlossen, da der ambulante Pflegedienst „[...] spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung [übernimmt], diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 zu versorgen (Pflegevertrag)“ (*Sozialgesetzbuch Elftes Buch*, 2017: § 120 Abs. 1, Satz 1, Auslassung und Einfügung: A.K.). Dieser Pflegevertrag hält Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen fest (vgl. *Sozialgesetzbuch Elftes Buch*, 2017: § 120 Abs. 3, Satz 1). Zu diesen Leistungen zählt auch die Mund- und Zahnpflege (vgl. Medizinischer Dienst

des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2018: 66).

Je nach Trägerschaft versorgt ein ambulanter Pflegedienst zwischen 40 (privater Pflegedienst) und 74 (freigemeinnützige Trägerschaft) Pflegebedürftige und beschäftigt im Schnitt 26,7 Angestellte, wobei die Hälfte der Angestellten teilzeitbeschäftigt sind (vgl. statistisches Bundesamt, 2017: 11 ff.).

2.5 Pflegerische Versorgung im ambulant-häuslichen Setting durch Angehörige

Von insgesamt 2,9 Millionen Pflegebedürftigen wurden 2,08 Millionen Ende des Jahres 2015 in der eigenen Häuslichkeit durch ambulante Pflegedienste und/oder Angehörige versorgt (vgl. statistisches Bundesamt, 2017: 7). Davon sind 1,385 Millionen Menschen reine Pflegegeldempfänger, was darauf schließen lässt, dass diese Pflegebedürftigen allein durch ihre Angehörigen versorgt werden (vgl. statistisches Bundesamt, 2017: 7). Das Pflegegeld wird für die Sicherstellung der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung verwendet (vgl. statistisches Bundesamt, 2017: 7). Angehörige können in diesem Zusammenhang Personen aus dem familiären Kreis oder auch Freunde, Bekannte oder Nachbarn sein (vgl. Wetzstein et al., 2015: 4). Somit werden insgesamt 47,76 % aller Pflegebedürftigen in Deutschland von Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit gepflegt (vgl. statistisches Bundesamt, 2017: 7).

Durch die Pflegestärkungsgesetze wird die Unterstützung der pflegenden Angehörigen verbessert, indem unter anderem mehr Geld für die Verhinderungspflege, aber auch für die Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege bereitgestellt wird (vgl. statistisches Bundesamt, 2017: 7). Außerdem haben „Die Pflegekassen [...] für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln“ (*Sozialgesetzbuch Elftes Buch*, 2017: § 45 Abs.1, Satz 1-2, Auslassung: A.K.). Zusätzlich zu den Schulungskursen wird auch eine Pflegeberatung von den Pflegekassen angeboten, wonach Pflegebedürftige „Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater [...] bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich

vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten [haben], die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung) [...]“ (*Sozialgesetzbuch Elftes Buch*, 2017: § 7a Abs.1, Satz 1, Auslassungen und Einfügung: A.K.).

2.6 Mund- und Zahngesundheit bei Pflegebedürftigen

Die häufigsten Problemfelder der Mund- und Zahngesundheit von Pflegebedürftigen stellen Karies, Parodontitiserkrankung sowie die damit einhergehenden Nebenerscheinungen wie zum Beispiel Zahnverlust oder Zahnfleischbluten, dar (vgl. Sax und Bodenwinkler, 2016: 19). „War noch im Jahr 1997 [...] jeder vierte jüngere Senior zahnlos (24,8 %), so ist es heute nur noch jeder achte (12,4 %)“ (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 18, Auslassung: A.K.). Im Vergleich besitzt die Gruppe der 65-74-Jährigen heute durchschnittlich mindestens fünf eigene Zähne mehr als im Jahr 1997 (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 18). Auch „[...] verfügen Patienten heute zehnmal häufiger über Implantate als noch im Jahr 1997“, wodurch sich ein Trend zum festsitzenden Zahnersatz abzeichnet (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 20, Auslassung: A.K.).

„Die Parodontitis ist eine komplexe multifaktorielle entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontium). Induziert wird sie durch Bakterien, die sich in einem subgingival gelegenen Biofilm befanden“ (Jepsen et al., 2011: 1). Innerhalb der DMS V aus dem Jahr 2016 wurde festgestellt, dass jeder zweite jüngere Senior eine parodontale Erkrankung aufwies, wobei etwa jeder fünfte junge Senior eine schwere Parodontitis hatte (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 16). Bei den älteren Senioren (75-100-Jährigen) waren bereits neun von zehn Menschen an einer moderaten beziehungsweise schweren Parodontitis erkrankt (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 16). Pflegebedürftige ältere Menschen wiesen grundsätzlich eine schlechtere Mund- und Zahngesundheit auf als ältere Menschen ohne Pflegebedarf (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 21). Diese zeigt sich zum einen darin, dass eine völlige Zahnlosigkeit im Vergleich bei älteren Senioren nur bei 32,8 %, bei älteren Senioren mit Pflegebedarf jedoch bei 53,7 % vorlag, zum anderen auch durch eine höhere Karieserfahrung der älteren Senioren mit Pflegebedarf (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 21). Karieserfahrung beschreibt die „Gesamtheit der durch Karies oder Kariesfolgen (Füllungen oder andere Restaurationen, Zahnverluste) betroffenen

Zähne eines Gebisses“ (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 40). Im Vergleich der Kohorten der Erwachsenen (35-44 Jahre) und der älteren Senioren (65-74 Jahre) weisen die Erwachsenen 14,5 und die älteren Senioren 22,1 Zähne mit Karieserfahrung auf (vgl. Micheelis, 2011: 1024).

Zahnfleischbluten tritt bei älteren Senioren mit Pflegebedarf mit 64,3 % ebenfalls deutlich häufiger auf als bei älteren Senioren ohne Pflegebedarf (46,5 %) (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 21).

2.7 Wechselwirkungen von Mund- und Zahnerkrankungen mit Allgemeinerkrankungen

Erkrankungen des Zahn- und Mundraumes können Auswirkungen auf den Gesamtorganismus jedes Menschen haben und dadurch zum Beispiel das Risiko für Diabetes Mellitus, Atemwegsinfektionen und kardiovaskuläre Erkrankungen erhöhen (vgl. Besimo, 2008: 406).

Besimo (2008: 406) beschreibt vier grundsätzlich mögliche Wechselwirkungen zwischen oralen und systemischen Erkrankungen. Zum einen können allgemeinmedizinische Erkrankungen durch pathologische Veränderungen im Mundraum oder aber durch zahnärztliche Interventionsmaßnahmen beeinflusst oder gar ausgelöst werden, andererseits können aber auch allgemeinmedizinische Erkrankungen zu direkten Veränderungen oder zu negativen Auswirkungen im Mundraum führen (vgl. Besimo, 2008: 406). „Zudem können internistische Erkrankungen zu Komplikationen bei der zahnärztlichen Therapie führen (z. B. hypertensive Krisen bei arterieller Hypertonie)“ (Besimo, 2008: 406). Auch zahnmedizinische Werkstoffe können, ähnlich wie Medikamente, Nebenwirkungen hervorrufen (vgl. Besimo, 2008: 406).

Als eine wichtige allgemeinmedizinische Erkrankung wurde der Diabetes Mellitus behandelt (vgl. Besimo, 2008: 2). Der Diabetes Mellitus nimmt auf die Parodontitis Einfluss und die Parodontitis ihrerseits auf den Diabetes Mellitus (vgl. Besimo, 2008: 2; vgl. Hierse, 2015: 10; Jepsen et al., 2011: 1089). „Insgesamt entstehen durch den Diabetes mellitus [sic!] besondere Bedingungen, die zu einer Zunahme von Entzündungen im Mundraum führen“ (Besimo, 2008: 2). Diese Entzündungen wiederum führen vor allem durch die Überproduktion von gewebeabbauenden Enzymen zu einem erheblich schnelleren Fortschreiten der parodontalen Erkrankung (vgl. Besimo, 2008: 2). Nachgewiesen werden konnte durch die Behandlung der

parodontalen Erkrankung eine bessere Kontrolle des Blutzuckerspiegels bei Diabetes Mellitus Typ II Patienten (vgl. Besimo, 2008: 2).

Der Autor leitet daraus ab, dass „Die erfolgreiche medizinische und zahnärztliche Langzeitbetreuung des älteren Menschen [...] eine mehrdimensionale und somit multidisziplinäre Erfassung des Alterns [erfordert]“ (Besimo, 2009: 1, Auslassung und Einfügung: A.K.). Hierbei wäre eine interdisziplinäre Vernetzung sowie umfassende Kenntnis der angeordneten Therapiemaßnahmen, Medikamente sowie der gesundheitlichen Situation des Patienten von hoher Wichtigkeit, um die Wechselwirkungen zwischen systemischen und oralen Erkrankungen rechtzeitig erkennen und behandeln zu können (vgl. Besimo, 2009: 1). Auch die Richtlinie des GBA zu § 22a SGB V empfiehlt in § 2 Absatz 2 bedarfsorientiert eine konsiliarische Erörterung mit Ärzten und Zahnärzten, um eventuellen Wechselwirkungen, Veränderungen oder negativen Auswirkungen entgegenzuwirken.

3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der mund- und zahngesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen

„Pflegebedürftigen ein gutes Leben zu ermöglichen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ (KBV, KZBV, BAGFW, 2015: 4). Die demografischen Veränderungen und das damit einhergehende vermehrte Auftreten von Multimorbidität, Mobilitätseinschränkungen und Demenz stellen die medizinischen, zahnmedizinischen und pflegerischen Disziplinen gleichermaßen vor Herausforderungen und erfordern ein enges und aufeinander abgestimmtes Handeln aller Akteure. Aufgrund eines zu hohen Aufwandes entstehen oftmals Unter- oder Fehlversorgungen der Pflegebedürftigen, da sie notwendige Besuche bei Ärzten oder Zahnärzten nicht wahrnehmen, obwohl diese Behandlungen erforderlich wären. Deshalb bedürfen Pflegebedürftige einer umfassenden medizinischen Versorgung, welche nur durch vernetzte Lösungen und gesetzlich geschaffene Rahmenbedingungen zu leisten ist (vgl. KBV, KZBV, BAGFW, 2015: 4).

In diesem Kapitel wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der mund- und zahngesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen thematisiert. Dabei werden die Unterpunkte sozialpolitische Initiativen zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit, Case und Care Management, mit Betrachtung der Bereiche Case Management in der Altenpflege und in der Krankenversorgung sowie die Punkte

integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und interdisziplinäre Versorgungspfade behandelt.

3.1 Sozialpolitische Initiativen zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit
„Die Gesundheitspolitik erhofft sich durch die Öffnung des Marktes für neue Versorgungsformen im Wesentlichen entweder eine verbesserte Versorgung zu gleichen Kosten, eine vergleichbare Versorgung zu niedrigeren Kosten oder im Sinne des klassischen Managed Care-Anspruches eine Versorgungsform, die sowohl verbessert als auch gleichzeitig kostengünstiger ist“ (Weatherly und Beckmann, 2007: 7). Mit Hilfe dieser Versorgungsformen sollen Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem erzielt werden, wobei sowohl eine möglichst gute medizinische Versorgung als auch die wirtschaftspolitische Dimension berücksichtigt werden sollen (vgl. Weatherly und Beckmann, 2007: 7). Wichtige Bestandteile neuer Versorgungsformen sind unter anderem geeignete Kommunikations- und Koordinierungsstrukturen für bereits bestehende medizinische Leistungen, wodurch eine Prozessoptimierung vorgenommen werden kann (vgl. Weatherly und Beckmann, 2007: 8). Außerdem sollen die neuen Konzepte nachhaltig und zukunftsorientiert ausgelegt sein, um so auch die Versorgung von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen gewährleisten zu können (vgl. Weatherly und Beckmann, 2007: 9). „Die klassische Akutversorgung (z.B. einen Beinbruch schienen) wird mehr und mehr durch das komplexe und interdisziplinäre Versorgungsmanagement über Zeitabläufe hinweg (z.B. Versorgung von Diabetikern) verdrängt“ (Weatherly und Beckmann, 2007: 9). Auch besteht eine gewisse Einigkeit über den Zusammenhang zwischen den starren Sektorgrenzen des Gesundheitswesens, welche eine Kommunikation und Zusammenarbeit erheblich erschweren, und den entstandenen Ineffizienzen in Bezug auf Qualität und Kosten (vgl. Weatherly und Beckmann, 2007: 11 f.). Mit Hilfe neuer Versorgungsformen soll versucht werden diesen Diskrepanzen entgegenzutreten (vgl. Weatherly und Beckmann, 2007: 11 f.).

3.2 Case und Care Management

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Sozial- und Gesundheitsdiensten, mit der im Einzelfall die nötige Unterstützung, Behandlung, Förderung und Versorgung von Menschen rational bewerkstelligt wird und nach der sich Versorgungsprozesse in vielen Fällen und über Sektorgrenzen und fachliche Zuständigkeiten hinweg organisieren lassen“ (Wendt, 2015: 17). Dabei beinhaltet Case Management

sowohl ein methodisches Konzept zur Durchführung an der Person als auch ein Organisationskonzept in administrativer Funktion, wodurch die Leistungserbringung bestmöglich realisiert werden soll (vgl. Wendt, 2015: 18). Care Management hingegen wird als Management der Versorgung zum Beispiel über einen Pflegestützpunkt oder ein Krankenhaus verstanden und differenziert sich in ein Case Management, also eine Versorgung der Fälle, aus (vgl. Wendt, 2015: 106 f.). Somit geht es grundsätzlich „[...] um die wirksame Handhabung und Gestaltung von Prozessen“ (Wendt, 2015: 18, Auslassung: A.K.). Diese Prozesse regeln das einwandfreie Miteinander und Nacheinander aller beteiligten Akteure, wenn es um einen ressourcen- und zeitorientierten Einsatz geht, um das gemeinsam festgelegte Ziel zu erreichen (vgl. Wendt, 2015: 127 f.). Es gibt sechs Dimensionen des Case Managements (vgl. Wendt, 2015: 133). Zum einen die Reichweite und Veranlassung, in welcher die Personengruppen und die zu bedienenden Problemlagen definiert werden, zum anderen ein Assessment zur Einschätzung des Ist-Zustandes, woraus sich anschließend der individuelle Bedarf ableiten lässt (vgl. Wendt, 2015: 134 ff.). Darauf folgt die Zielvereinbarung und die Erstellung eines Hilfeplans, welcher die individuelle Lebensplanung ergänzt (vgl. Wendt, 2015: 154). Die anschließende kontrollierte Durchführung wird vom Case Management überwacht (vgl. Wendt, 2015: 160). „Es erschließt sie, führt sie zusammen, koordiniert sie in individueller Fallführung und lenkt ihren Ablauf in der Phase der Umsetzung (Implementation) des Hilfeplans“ (Wendt, 2015: 160). Es folgt die Evaluation der durchgeführten Leistungen und deren Wirkungen (vgl. Wendt, 2015: 164). Abschließend sind die Gesundheitsdienste verpflichtet eine Rechenschaftslegung vorzunehmen, die durchgeführten Aktivitäten und deren Ergebnisse darzulegen sowie die dafür verwendeten Mittel nachzuweisen (vgl. Wendt, 2015: 169).

3.2.1 Case Management in der Altenpflege

Die Hauptaufgabe des Case Managements in der ambulanten Altenpflege besteht aus der Abstimmung professioneller Dienstleistungen mit der Selbstpflege der Pflegebedürftigen und der Pflege durch Angehörige, wobei diese in den Dimensionen des Assessments, der Zielvereinbarung und dem Hilfeplan verankert sind (vgl. Wendt, 2015: 217 f.). Die Pflege in der eigenen Häuslichkeit, also „[...] die von fachlicher Seite angebotene Unterstützung wird in die Bewältigungsweise selbständigen Lebens und Haushaltens eingefügt“ (Wendt, 2015: 218). Maßnahmen zur

Hilfestellung entstammen unterschiedlichen fachlichen Ursprungs für das alltägliche Leben und werden an die sich entwickelnden oder länger bestehenden Bedarfe angepasst (vgl. Wendt, 2015: 218).

3.2.2 Case Management in der Krankenversorgung

Das Case Management in Bezug auf die Versorgung von erkrankten Menschen ist deutlich erschwert, da es sich meist um die Behandlung akuter Problemsituationen handelt und die Lebensumstände der Menschen dort wenig wahrgenommen werden und somit kaum Einfluss nehmen können (vgl. Wendt, 2015: 262). Die Lebensumstände nehmen jedoch grundsätzlich einen immensen Einfluss vor allem auf den Verlauf chronischer Erkrankungen und können somit auch das Gesundheitssystem außerordentlich belasten (vgl. Wendt, 2015: 262). „Mit Prozesssteuerung wird versucht, Abläufe effizient zu gestalten, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden und die Krankenversorgung insgesamt zu optimieren“ (Wendt, 2015: 262). Durch das Case Management kann eine Regulation der Wechselwirkungen zwischen der Beanspruchung des Gesundheitssystems und der Lebensführung der Patienten vorgenommen werden, wobei dieses Verfahren in den genannten Funktionen mit denen einer Integrierten Versorgung übereinstimmt (vgl. Wendt, 2015: 262). „Ein Case Management begleitet Patienten durch das System medizinischer Versorgung, das sich seinerseits strukturell auf einem *continuum of care* einstellt“ (Wendt, 2015: 262 f.). Es wird zum Beispiel ein Praxisnetz gebildet, in welchem die Kooperation der Behandler organisiert und der Ablauf der Wege koordiniert werden (vgl. Wendt, 2015: 263).

3.3 Integrierte Versorgung

„Die Krankenkassen können Verträge [...] über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge“ (*Sozialgesetzbuch Fünftes Buch*, 2017: § 140 a Abs. 1, Satz 1-2, Auslassung: A.K.). Diese Verträge können mit Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen, pharmazeutischen Unternehmen, Herstellern von Medizinprodukten, kassenärztlichen Vereinigungen, Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und sonstigen in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern, unter anderem Heil- und

Hilfsmittelerbringer, Haushaltshilfen, häuslicher Krankenpflege oder spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, geschlossen werden (vgl. *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch*, 2017: § 140 a, Abs. 3 ; § 132; §132 a; § 132 d). Bei der Versorgungsform der Integrierten Versorgung handelt es sich um ein Organisationsmodell in welchem medizinische Leistungserstellung erfolgt (vgl. Weatherly und Beckmann, 2007: 11). „Dies bedeutet allerdings auch, dass die Art der medizinischen Leistungserstellung (Schulmedizin, alternative Heilmethoden etc.) an sich nicht zu den neuen Versorgungsformen gehört, sondern lediglich der Rahmen, in denen diese erbracht werden“ (Weatherly und Beckmann, 2007: 11). Allerdings kann ein so strukturierter Rahmen einen großen Einfluss auf die Resultate der Versorgung haben (vgl. Weatherly und Beckmann, 2007: 11).

3.4 Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Im Modernisierungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) aus dem Jahr 2003 wurden MVZ für die ambulante vertragsärztliche Versorgung zugelassen, um eine verzahnte Versorgung der Versicherten anbieten zu können (vgl. Brandhorst et al., 2017: 25). „Diese Einrichtungen zeichnen sich durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen aus, die den Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten“ (Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 2003: 74). Seit dem Inkrafttreten des GKV Versorgungsstärkungsgesetzes 2015 ist es zudem rechtens ein arztgruppen gleiches MVZ zu gründen (vgl. Fügner, 2016: 18). Das heißt, dass auch ein rein zahnmedizinisches Versorgungszentrum gegründet werden kann (vgl. Fügner, 2016: 18). Auch hierbei handelt es sich lediglich um einen neuen Versorgungsrahmen, in welchem die medizinischen Leistungen unverändert bleiben, jedoch die Strukturierung jener einen positiven Einfluss auf die Ergebnisse der Versorgung erzielen kann (vgl. Weatherly und Beckmann, 2007: 11).

Insgesamt gab es im Jahr 2014 bundesweit 2073 fachübergreifende MVZ, wobei bei 30 MVZ eine zahnärztliche Beteiligung vorlag (vgl. Fügner, 2016: 19).

3.5 Interdisziplinäre Versorgungspfade

Interdisziplinäre Versorgungspfade werden synonym auch oft als integrierte Versorgungspfade, Versorgungspfade, die den Genesungsprozess antizipieren, Multidisziplinäre Versorgungspfade oder Versorgungsprotokolle bezeichnet (vgl. Johnson

und Müller, 2002: 24). Unter all diesen Begriffen wird ein Werkzeug verstanden, welches, nach benötigter Anpassung, als geeignetes Mittel in bestimmten Situationen angewendet werden kann (vgl. Johnson und Müller, 2002: 25). „Als Werkzeug eingesetzt, werden interdisziplinäre Versorgungspfade die kontinuierliche Qualitätsverbesserung bei der Pflege von Patienten erleichtern“ (Johnson und Müller, 2002: 26). Die möglichen Vorteile von interdisziplinären Versorgungspfaden sind vielfältig, denn sie können sowohl auf die Qualität als auch auf die entstehenden Kosten der Pflege der Patienten Auswirkungen haben (vgl. Johnson und Müller, 2002: 27).

Es können bessere Ergebnisse beim Patienten erzielt werden, da die Versorgung so koordiniert wird, dass alle beteiligten Akteure dasselbe Ziel oder Resultat verfolgen (vgl. Johnson und Müller, 2002: 28). Aufgrund der Stärkung des Teams ergibt sich eine verbesserte Zusammenarbeit der Leistungserbringer (vgl. Johnson und Müller, 2002: 29). Durch die Festlegung eines bestimmten Personenkreises oder einer bestimmten Diagnosegruppe können allgemeingültige Erfordernisse im interdisziplinären Versorgungspfad umschrieben werden, der Orientierung dienen und somit eine größere Einheitlichkeit der Versorgung ermöglichen (vgl. Johnson und Müller, 2002: 29 f.). Der schriftlich fixierte Versorgungspfad begleitet den Patienten während des gesamten Versorgungsprozesses und führt dadurch zu einer verstärkten Einbindung des Patienten in die eigene Versorgung (vgl. Johnson und Müller, 2002: 30). Mit der kontinuierlichen Gewinnung von Daten, die in den interdisziplinären Versorgungspfaden für jeden Fall spezifisch angegeben sind, ist eine klinische Überwachung zur Qualitätssicherung möglich (vgl. Johnson und Müller, 2002: 31). Außerdem stellen sie sicher, dass Labor- und Röntgenuntersuchungen nur durchgeführt werden, wenn sie klinisch indiziert oder unentbehrlich sind (vgl. Johnson und Müller, 2002: 32). Sie stellen eine Richtlinie dar, da sie auf der Übereinkunft des interdisziplinären Teams beruhen und sind deshalb zweckdienlich für die angemessene Versorgung und Behandlung (vgl. Johnson und Müller, 2002: 34). Durch die Berücksichtigung möglicher Gefahren und dagegen entwickelter Strategien, die in den Versorgungspfad implementiert werden, kann auch das Risikomanagement unterstützt werden (vgl. Johnson und Müller, 2002: 35). Damit die Versorgungsqualität für den Patienten maximiert wird, werden alle am interdisziplinären Versorgungspfad beteiligten Akteure in die kontinuierliche Qualitätssicherung eingebunden und

nehmen teil an den Erfolgen der erbrachten Leistungen (vgl. Johnson und Müller, 2002: 36).

4 Entwicklung eines interdisziplinären mund- und zahngesundheitlichen Versorgungspfades für Pflegebedürftige

„Interdisziplinäre Versorgungspfade verknüpfen alle antizipierten Elemente der Versorgung und Behandlung durch alle Mitglieder des interdisziplinären Teams für einen Patienten oder Klienten einer bestimmten Fallgruppe oder Auswahl innerhalb einer festgelegten Zeitspanne, um vereinbarte Ziele zu realisieren“ (Johnson und Müller, 2002: 40).

In diesem Kapitel wird ein interdisziplinärer mund- und zahngesundheitlicher Versorgungspfad für Pflegebedürftige entwickelt. Dabei werden die Unterpunkte Rahmenmodell, Anforderungen an den interdisziplinären Versorgungspfad zur Zahn- und Mundgesundheit von Pflegebedürftigen in Anlehnung an das Rahmenmodell, Aufbau, Inhalt, Aufnahmebogen der ambulanten Pflegedienste, Einschätzung des zahnmedizinischen Versorgungsbedarfs, ein Pflegeassessment: An oral health and function screening tool for nursing personell, sowie Problemstellen des interdisziplinären Versorgungspfades behandelt.

4.1 Rahmenmodell

Der interdisziplinäre Versorgungspfad gehört, genau wie die integrierte Versorgung, zu der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V Absatz 1, Satz 1. Aus diesem Grund bezieht sich der geografische Raum für dieses Modell auf Deutschland und ist nur in Verbindung mit den Sozialgesetzbüchern rechtens. Einen Anspruch auf solch eine besondere Versorgung haben alle gesetzlich versicherten Personen, die sich freiwillig für die Teilnahme entscheiden und diese schriftlich fixieren (vgl. *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch*, 2017: 140a, Abs. 4, Satz 1).

Interdisziplinäre Versorgungspfade werden von Behandlungsteams, die aus Vertretern mehrerer fachlicher Disziplinen bestehen, erstellt (vgl. Johnson und Müller, 2002: 39). Diesen nehmen sich der Situation an und gestalten das Vorgehen gemeinsam (vgl. Johnson und Müller, 2002: 39). Somit ist jeder interdisziplinäre Versorgungspfad für eine Gruppe Patienten erstellt und kann wegen seiner vielfältigen Betrachtungen und Möglichkeiten individuell eingesetzt werden (vgl. Johnson und Müller, 2002: 39).

Aufgrund der bestehenden unterschiedlichen Versorgungsformen und deren Anforderungen an die jeweiligen Akteure des Gesundheitswesens ist eine spezifizierte und an die Erfordernisse angepasste Vorgehensweise wichtig (vgl. Johnson und Müller, 2002: 39). Deshalb sollten alle Mitglieder des Behandlungsteams an der Entwicklung des endgültigen, interdisziplinären Versorgungspfades beteiligt sein, um so ein hilfreiches Werkzeug für den gesamten Behandlungsprozess entstehen zu lassen (vgl. Johnson und Müller, 2002: 39). Da es sich hierbei um einen grundsätzlichen Entwurf eines solchen Pfades handelt, sind die Mitglieder des Behandlungsteams an der Entwicklung nicht beteiligt.

Zuerst wird der Falltypus oder die Gruppe der Klienten, derer sich der Versorgungspfad annehmen soll, so spezifisch wie möglich definiert, damit die Skizzierung der zu erwartenden Interventionen und der durchzuführenden Versorgung unkomplizierter ist (vgl. Johnson und Müller, 2002: 41). Daraufhin wird ein zeitlicher Rahmen bestimmt, welcher die Start- und Endpunkte des Versorgungspfades enthält, wodurch die Kerngebiete der Versorgung präzisiert werden (vgl. Johnson und Müller, 2002: 43). Zielführend ist es, „[...] die Versorgung in Bezug auf Phasen oder Stadien zu konzipieren, die sich nicht auf einen vorher festgelegten Zeitraum beziehen [...]“ (Johnson und Müller, 2002: 43). Hierbei ist es wichtig, die in dem genannten Zeitraum stattfindende Versorgung zu organisieren und die Stadien oder Phasen zu benennen (siehe Abbildung 2) (vgl. Johnson und Müller, 2002: 43 f.). Danach werden die zu erreichenden Resultate und Ergebnisse der Versorgung definiert (vgl. Johnson und Müller, 2002: 44). „Bei diesen Resultaten kann es sich um solche handeln, die der Patient erreichen muss, die das Personal für den Patienten erzielen sollte oder bei denen es sich um Ergebnisse von Prozessen handelt, die realisiert werden müssen“ (Johnson und Müller, 2002: 44). Anschließend erfolgt die Bestimmung der einzelnen Interventionen und die Vorgehensweise aller fachlichen Disziplinen (vgl. Johnson und Müller, 2002: 45). Wichtig dabei ist das Erkennen von möglichen Dopplungen in den Tätigkeiten oder Einschätzungen, um die Komplexität der Versorgung weitestgehend zu entzerren (vgl. Johnson und Müller, 2002: 45). Interdisziplinäre Versorgungspfade bieten die Möglichkeit Varianzen, also Abweichungen von der vorgesehenen Versorgung, darzustellen (vgl. Johnson und Müller, 2002: 46). „Diese Möglichkeit ist ein wesentlicher Bestandteil des Werkzeugs der interdisziplinären Versorgungspfade“ (Johnson und Müller, 2002: 46). Beim

Auftreten von Varianzen werden sowohl die Ursachen, der Zeitpunkt sowie die Reaktionen aufgrund der Varianz dokumentiert, wobei es sich nicht um Versorgungsfehler, sondern um Abweichungen vom Versorgungspfad handelt (vgl. Johnson und Müller, 2002: 46 f.). Aus den Varianzen und deren Analysen können Modifikationen an dem interdisziplinären Versorgungspfad vorgenommen werden, um eine Optimierung zu bewirken (vgl. Johnson und Müller, 2002: 46).

4.1.2 Anforderungen an den interdisziplinären Versorgungspfad zur Zahn- und Mundgesundheitspflegebedürftiger in Anlehnung an das Rahmenmodell

Die an dem interdisziplinären Versorgungspfad beteiligten Akteure sind die ambulanten Pflegedienste, Zahnärzte, Hausärzte oder andere allgemeinmedizinisch tätige Ärzte sowie Dentalhygieniker. Um den Versorgungsprozess vollständig beschreiben zu können sind auch die Krankenkassen, die Transportunternehmen und die Angehörigen Teil des Prozesses, jedoch keine Mitglieder. Die Zielgruppe dieses Versorgungspfades ist die Gruppe der Pflegebedürftigen, welche in der eigenen Häuslichkeit durch ambulante Pflegedienste versorgt werden. Als Einschlusskriterien gelten die Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI sowie die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst. Dieser Versorgungspfad richtet sich an Pflegebedürftige, welche durch Immobilität und/oder Demenz eingeschränkt oder verhindert sind an der regulären ambulanten Versorgung durch Zahnärzte teilzunehmen, die nicht in die zahnmedizinische Regelversorgung eingebunden oder aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit aus der vorangegangenen Regelversorgung ausgeschlossen sind. Als Startpunkte gelten die Aufnahme in die ambulante pflegerische Versorgung oder die Implementierung eines Pflegeassessments (siehe Anhang 2) sowie einer überarbeiteten Version des Stammdatenblattes (siehe Anhang 3) zur Gewährleistung der Mund- und Zahngesundheit aller im Pflegedienst eingebundenen pflegebedürftigen Personen. Das übergeordnete Ziel dieses Konzeptes ist die Erhöhung der Inanspruchnahme und damit verbunden die Garantie der Durchführung regelmäßiger zahnmedizinischer Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Ein Teilziel ist die Verbesserung der Kommunikation unter den verschiedenen fachlichen Disziplinen und dadurch die besser aufeinander abgestimmte und strukturiertere Vorgehensweise aller beteiligten Akteure. Daraus resultieren patientenorientierte Absprachen, wodurch die Versorgung ganzheitlich gestaltet wird. Ebenfalls sollen feste Ansprechpartner seitens der Zahnärzte und der ambulanten

Pflegedienste geschaffen werden, welche die Versorgungssituation koordinieren. Dadurch wird eine Arbeitserleichterung der Zahnärzteschaft ohne gleichzeitigen Verlust der Versorgungsqualität erzielt. Außerdem soll durch die Regelmäßigkeit und die erhöhte Inanspruchnahme ein Schulungseffekt für die Pflegebedürftigen, die Pflegekräfte und die Angehörigen erzielt werden, damit die Bedeutung der Zahn- und Mundgesundheit im Gesamtgesundheitszusammenhang zunimmt. Das Ergebnis des interdisziplinären Versorgungspfades von Patienten sollte in diesem Zusammenhang die Verbesserung der Ist-Situation sein, welche sich ganz individuell gestalten kann. So eine Verbesserung kann beispielsweise die funktionierende Nahrungsaufnahme, Schmerzfreiheit oder eine funktionierende Kommunikation darstellen. Ein Resultat, welches das Personal erzielen sollte, ist zum Beispiel die funktionierende Kommunikation unter allen beteiligten Akteuren zur Gewährleistung des Ziels des interdisziplinären Versorgungspfades und somit die Garantie der Möglichkeit einer interdisziplinären Versorgung. Das Ergebnis des Prozesses wiederum ist die Einbindung in die regelhafte zahnmedizinische Versorgung. Im interdisziplinären Versorgungspfad zur Zahn- und Mundgesundheit Pflegebedürftiger könnte eine auftretende Varianz zum Beispiel das unkooperative Verhalten des Pflegebedürftigen sein, weshalb das Pflegeassessment nicht durchgeführt werden kann.

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5	Phase 6	Phase 7	Phase 8	Phase 9	Phase 10	Phase 11
Aktivität	Aufnahme in die ambulant pflegerische Versorgung	Zahnmedizinischer Versorgungsbedarf	Kontaktstellen ZA/ neuer ZA	Behandlungsort	Transport	Behandlung in Praxis/Klinik	Einbettung in Versorgung nach § 22a SGB V	Erstellung Bericht und Mundgesundheitsplan	Private Nachsorge	Ethik	Nächster Termin
Pflegedienst	Aufnahmebogen, Feststellung der Versorgungssituation, zahnhygienische Routine	Pflegeassessment, letzte zahnmedizinische Versorgung zu lange her, kein ZA	/	HB Praxis Klinik	Bei Bedarf Begleitung durch PD während des Transports	Terminabsprache Begleitung	Unterstützungsperson, Anleitung	Erhält ZA Bericht und Mundgesundheitsplan	koordinierend	Beratende Tätigkeit	koordinierend
Hausarzt (HA)	Evtl. Verordnung über HKPF	/	/	Indikation/ Ausstellen der Transport Verordnung	/	/	Konsiliarische Beratung	Erhält ZA Bericht	Hinweis auf Wechselwirkungen	Beratende Tätigkeit	Evtl. Indikation für Transportschein
Zahnarzt (ZA)	/	/	Weiterbehandlung trotz PB? HB? Evtl. Übersenden Befunde/Berichte an NZA	Indikation/ Ausstellen der Transport Verordnung HB Praxis Klinik	Terminabsprache	Behandlung	Aufklärung und Notwendigkeit verdeutlichen	Erstellung Bericht und Mundgesundheitsplan	Hinweis auf Wechselwirkungen, Erklären der Vor- und Nachteile	Beratende Tätigkeit	Evtl. Indikation für Transportschein, Terminabsprache
Dentalhygieniker	/	/	/	/	/	Behandlung	Aufklärung	/	Durchführen der Nachsorge/koordinierend	Beratende Tätigkeit	koordinierend
Transportunternehmen	/	/	/	/	Terminabsprache	Bei Bedarf Transport hin und zurück	/	/	/	/	Terminabsprache bei Bedarf
Krankenkasse	Evtl. Genehmigung der VO zur HKPF	/	/	/	Evtl. Genehmigung des Transportscheins	/	/	/	/	/	Evtl. Genehmigung des Transportscheins

Abbildung 2: Phasen des interdisziplinären Versorgungspfades

4.2 Aufbau

Der grundsätzliche Entwurf des interdisziplinären Versorgungspfades zur Zahn- und Mundgesundheit Pflegebedürftiger wird mit Hilfe eines Prozessdiagramms dargestellt. Dabei stellt die Richtlinie des GBA zu § 22a SGB V, ebenfalls als Prozessdiagramm abgedruckt, die regelhafte Versorgung Pflegebedürftiger dar in welche es zu münden gilt. Diese ist parallel zu dem Prozesspfad ohne Einbindung in die regelhafte Versorgung nach § 22a SGB V abgebildet.

Innerhalb des Prozessdiagramms werden verschiedene Instrumente verwendet, welche jeweils eine bestimmte Aktivität und Rolle im Diagramm einnehmen. Der Start der regelhaften Versorgung sowie der Start ohne Einbindung in die regelhafte Versorgung werden mit einem blauen, liegenden Oval dargestellt. Das negative Ende wird mit einem roten, liegenden Oval gekennzeichnet. Da das Ziel des Pfades ohne Einbindung in die regelhafte Versorgung die Einmündung in die regelhafte Versorgung nach § 22a SGB V darstellt, ist dieses Ende mit einem blauen, liegenden Oval dargestellt, da es gleichzeitig der Start der regelhaften Versorgung ist. Grüne Rechtecke bezeichnen einen Prozess während des Pfades und orangefarbene Rauten eine Entscheidung, welche getroffen werden muss. Von den Entscheidungsrauten führt jeweils ein Weg mit „Nein“ und ein Weg mit „Ja“ zu unterschiedlichen Verzweigungen des Pfades. Hinterlegte Dokumente, welche für den jeweiligen Prozessschritt notwendig sind, werden mit einem grauen Lochstreifen dargestellt. Zur Verbindung der einzelnen Schritte werden rechteckige, schwarze Pfeile verwendet, eine Verbindung, welche über einer anderen liegt ist pink. Eine grüne Verbindungslinie wird verwendet, um einen dauerhaft parallellaufenden Prozessschritt in seinem Prozessrahmen zu begrenzen. Rote Ausrufezeichen, die entweder neben einem Prozess oder einer Entscheidungsraute platziert sind, verweisen auf eine vorliegende Problemstelle an diesem Bereich des Versorgungspfades.

4.3 Inhalt

Die regelhafte Versorgung nach § 22a SGB V ist bereits im Kapitel „Sozialrechtliche Grundlagen der mund- und zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger“ beschrieben und im Prozessdiagramm (siehe Anhang 4) als solches dargestellt. Dieses Diagramm enthält darüber hinaus noch einen zusätzlichen Prozess, in welchem die Möglichkeit der privaten Nachsorgebehandlung für zum Beispiel eine Parodontitis durch Dentalhygieniker erläutert wird, welche via Telemedizin

zahnärztlich begleitet wird. Außerdem läuft der Prozessschritt der bedarfsorientierten Konsultation von Ärzten oder Zahnärzten im Prozessrahmen der regelhaften Versorgung durchgehend parallel zu jedem anderen Prozessschritt. Somit kann in jedem einzelnen Prozess die konsiliarische Erörterung in Anspruch genommen werden.

Der Prozesspfad der Versorgungssituation ohne Einbindung in die regelhafte zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger beginnt mit der Einbindung eines neuen Patienten in die ambulant pflegerische Versorgung oder mit der Implementierung eines überarbeiteten Stammdatenblattes (hinterlegtes Dokument), in dem die Kontaktdaten des HA und des ZA, sowie die jeweils letzte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung vermerkt werden. Die pflegebedürftige Person erhält zurzeit keine regelhafte zahnärztliche Versorgung und die zahnhygienische Routine wird entweder durch den Pflegebedürftigen selbst, den ambulanten Pflegedienst oder die Angehörigen durchgeführt. Es folgt die Entscheidungsraute, ob ein zahnmedizinischer Versorgungsbedarf vorhanden ist. Zur Feststellung des zahnmedizinischen Versorgungsbedarfs wird ein Pflegeassessment des ambulanten Pflegedienstes verwendet (hinterlegtes Dokument). Wenn ein zahnmedizinischer Versorgungsbedarf festgestellt wurde, das heißt es liegt ein besonderer Befund in Form von zum Beispiel Schmerzen, Blutungen, harter Zahnbeläge etc. vor, wird, ähnlich dem Fall in dem kein besonderer zahnmedizinischer Versorgungsbedarf vorliegt, jedoch die Routine Versorgung nicht gewährleistet ist, der Kontakt zum Hauszahnarzt durch entweder den Pflegebedürftigen, den ambulanten Pflegedienst oder die Angehörigen aufgenommen. Wenn der Kontakt zum Hauszahnarzt hergestellt ist, steht die Entscheidungsraute mit der Frage, ob trotz vorhandener Pflegebedürftigkeit eine Weiterbehandlung des Hauszahnarztes möglich ist, im Vordergrund. Besteht diese Möglichkeit nicht, wird ein neuer ZA durch den Pflegebedürftigen, den ambulanten Pflegedienst oder die Angehörigen kontaktiert, der die Versorgung übernimmt. Wenn die Kontaktaufnahme zu einem neuen ZA erfolgt ist, werden die älteren Röntgenbilder und Behandlungsberichte des Hauszahnarztes an den neuen ZA übersendet (hinterlegtes Dokument), um die Entwicklung des Mund- und Zahnstatus beurteilen zu können. Falls die Weiterbehandlung trotz Pflegebedürftigkeit des Hauszahnarztes möglich ist oder der Kontakt zu einem neuen ZA hergestellt wurde, ergibt sich die Entscheidungsraute, ob eine Behandlung in der Zahnarztpraxis umsetzbar ist,

wobei es vor allem um die Barrierefreiheit dieser geht. Ist die Versorgung in der Zahnarztpraxis nicht möglich, setzt die Entscheidungsraute mit der Frage, ob ein Hausbesuch des ZA in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen möglich ist, um eine Ersteinschätzung für den weiteren Verlauf der Behandlung vorzunehmen, an. Wenn der Hausbesuch möglich ist wird dieser durchgeführt, die Ergebnisse der Untersuchung dokumentiert (hinterlegtes Dokument) sowie der nachfolgende Behandlungsaufwand eingeschätzt, um den weiteren Verlauf planen zu können. Dabei schließt im Anschluss die Entscheidung, ob eine Weiterbehandlung in der Zahnarztpraxis möglich ist, an. Falls diese nicht möglich ist, ergibt sich die Entscheidung, ob die Weiterbehandlung in einer Notfallklinik weitergeführt werden muss. Ebenfalls an der Raute zur Weiterbehandlung in einer Notfallklinik endet der Teilpfad, bei welchem sowohl die Zahnarztpraxis, als auch der Hausbesuch nicht zur Versorgung des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden können. Ist die Behandlung in einer Notfallklinik nicht umsetzbar, so endet der Teilpfad damit, dass die zahnmedizinische Versorgung nicht gewährleistet oder indiziert ist. Wenn die Behandlung in einer Notfallklinik durchführbar ist, folgt, genau wie bei der Behandlung in der zahnärztlichen Praxis und die Weiterbehandlung in der zahnärztlichen Praxis nach dem Hausbesuch zur Ersteinschätzung der Versorgungssituation, die Entscheidung, ob ein Transport zur Praxis oder in die Notfallklinik über die Angehörigen gewährleistet werden kann. Kann der Transport nicht von den Angehörigen umgesetzt werden, gilt es zu klären, ob eine medizinische Indikation zum Ausstellen eines Transportscheins besteht, um den Transport zum Behandlungsort durch ein Transportunternehmen durchführen zu lassen. Besteht die medizinische Indikation nicht, so endet dieser Teilpfad, da die zahnmedizinische Versorgung nicht gewährleistet oder indiziert ist. Wenn jedoch die medizinische Indikation zum Transport besteht, wird entweder vom HA oder vom ZA eine Verordnung für einen Krankentransport ausgestellt (hinterlegtes Dokument). Diese wird bei den Krankenkassen zur Genehmigung eingereicht. Die Krankenkassen prüfen, ob die medizinische Indikation ausreichend zur Genehmigung des Transports ist. Ist die medizinische Indikation unzureichend und die Genehmigung wird von der Krankenkasse abgelehnt, so endet der Teilpfad ebenfalls damit, dass die zahnmedizinische Versorgung nicht gewährleistet oder indiziert ist. Reicht die medizinische Indikation zur Genehmigung durch die Krankenkasse aus oder ist der Transport über die Angehörigen gewährleistet, so findet die Behandlung in der Zahnarztpraxis oder in der Notfallklinik statt.

Es folgt der Übergang in die regelhafte zahnmedizinische Versorgung nach § 22a SGB V und das Ausfüllen des Vordrucks nach § 8 der GBA Richtlinie „Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung“ (2017: § 8). Ebenso erfolgt die Mitgabe des Vordrucks für die Pflegeplanung des ambulanten Pflegedienstes, für die privaten Unterlagen des Pflegebedürftigen oder seiner Angehöriger und die Mitgabe des Berichts für den HA, damit eine ganzheitliche Versorgung stattfinden kann (hinterlegtes Dokument). Anschließend wird die Möglichkeit der privaten Nachsorgebehandlung zum Beispiel einer Parodontitiserkrankung durch Dentalhygieniker erläutert, welche via Telemedizin zahnärztlich begleitet wird. Es ergibt sich die Entscheidungsraute, ob ein ethisches Fallgespräch bei Bedarf geführt werden soll, in welchem den Fragen, wie und in welchem Umfang die Behandlung fortgesetzt werden soll, nachgegangen werden kann. Soll die Behandlung nicht fortgesetzt werden endet der Teilpfad, da die zahnmedizinische Versorgung nicht gewährleistet oder indiziert ist. Wenn die zahnmedizinische Behandlung fortgesetzt werden soll, wird ein Termin für die nächste zahnmedizinische Behandlung ausgemacht und eine Austauschmöglichkeit zwischen Dentalhygienikern (im Auftrag des Zahnarzt handelnd) und dem ambulanten Pflegedienst eingerichtet, um eine koordinierte Versorgung zu ermöglichen. Der Versorgungspfad endet mit der endgültigen Einbettung in die regelhafte zahnmedizinische Versorgung nach § 22a SGB V.

4.4 Aufnahmebogen der ambulanten Pflegedienste

Jeder Klient eines ambulanten Pflegedienstes erhält eine Patientenkartei bei der Aufnahme in die ambulante Pflege (vgl. AOK, 2007: 1). Neben vielen speziellen Dokumenten wie der Dekubitus-Risiko-Erfassung oder der Überwachung des Blutzuckers werden dort auch die Stammdaten aufgenommen (vgl. AOK, 2007: 1 ff.).

Innerhalb der Stammdaten werden die Daten des behandelnden Arztes sowie die Kontaktdaten eines Notarztes aufgenommen, es befindet sich jedoch kein Posten über einen behandelnden ZA innerhalb des Stammdatenblattes (vgl. AOK, 2007: 1). Dieser Posten könnte in das Stammdatenblatt integriert werden, wodurch eine erste Übersicht geschaffen und ein Ansprechpartner für mund- und zahnmedizinische Problemsituationen vorhanden wäre. Außerdem könnte sowohl beim behandelnden Arzt als auch beim behandelnden ZA eine Zeile „letzter Kontakt“

implementiert werden, sodass ein Überblick über den Besuchsturnus erzielt und eine weitere Planung vorgenommen werden kann.

4.5 Einschätzung des zahnmedizinischen Versorgungsbedarfs

Eine Studie die im Rhein-Neckar-Kreis 2011 durchgeführt wurde „[...] offenbart [...], dass zwar bei der Aufnahme eines neuen Heimbewohners bestimmte zahnmedizinische Befunde erfasst werden, beispielsweise die Art des Zahnersatzes oder Erkrankungen der Mundhöhle, dies aber in der Mehrzahl von Pflegern vorgenommen wird“ (Niekusch, 2012: 12 f., Auslassungen: A.K.). Das Pflegepersonal ist für so eine Beurteilung jedoch nicht oder nur unzureichend ausgebildet (vgl. Niekusch, 2012: 13). Um dieser unzureichenden Fähigkeit entgegenzuwirken, muss das Pflegepersonal auf die Aufgabe ausreichend vorbereitet werden (vgl. Niekusch, 2012: 13). Eine Möglichkeit diese Vorbereitung zu leisten ist nachfolgend dargestellt. Hierbei wird mit Hilfe eines Pflegeassessments eine Einschätzung für die Notwendigkeit eines zahnmedizinischen Konsils von Pflegekräften innerhalb einer stationären Pflegeeinrichtung vorgenommen. Die Ergebnisse der Studie lassen sich auch auf das ambulante Pflegesetting übertragen, da die Einführung des Assessments mit geringer Erfahrung und keiner Unterweisung verbunden war.

4.5.1 Pflegeassessment: An oral health and function screening tool for nursing personnel

Tsukada et al. (2017: 233) evaluierten ein Pflegeassessment in seiner Wirksamkeit zur Einschätzung eines zahnmedizinischen Konsils durch Pflegenden. Das Assessment „Oral Health Screening Tool for Nursing Personnel (OHSTNP)“ ist eine Verbindung aus dem „Oral Health Assessment Tool (OHAT)“ und dem „New Oral Screening Sheet of Tsukada et al.“ und wurde ohne vorherige Unterweisung der Pflegenden in der Anwendung getestet (vgl. Tsukada et al., 2017: 233). Hierbei wurden die oralen funktionsbezogenen Kategorien aus dem „New Oral Screening Sheet of Tsukada et al.“ und die gesundheitsbezogenen Kategorien des OHAT modifiziert und in einer Checkliste zusammengeführt (siehe Anhang 2) (vgl. Tsukada et al., 2017: 233). In der Checkliste werden Einschätzungen für die Bereiche Lippen, Zunge, Zahnfleisch und umliegendes Gewebe, Speichel, natürliche Zähne, Zahnprothese und der oralen Sauberkeit sowie Funktionstests zur oralen Funktion (Artikulation, Aufblähung der Wangen) vorgenommen als auch Fragen zur täglichen Nahrungsaufnahme und Husten während der Mahlzeiten beantwortet (vgl. Tsukada

et al., 2017: 234). Abschließend wurde der Durchführende gefragt, ob der Pflegebedürftige seiner Einschätzung nach ein zahnärztliches Konsil benötigt und wenn ja, welche Kategorien für diese Beurteilung ausschlaggebend waren (vgl. Tsukada et al., 2017: 234).

Die durchschnittliche Dauer der Durchführung des Assessments lag zwischen 108 Sekunden (1,8 Minuten) und 202 Sekunden (3,4 Minuten), wobei die Ergebnisse durch einen Assistenten festgehalten wurden (vgl. Tsukada et al., 2017: 235). Es stellte sich heraus, dass die Durchführung eines oralen Screening Assessments für professionell Pflegende wichtig ist, dabei jedoch Wert auf eine Erstunterweisung gelegt werden sollte, auch wenn diese zu zeitlichen Problemen führt (vgl. Tsukada et al., 2017: 237). Bei der Einschätzung der Notwendigkeit, ob ein zahnmedizinisches Konsils notwendig ist, ergab sich eine hohe Spezifität, aber eine geringe Sensitivität (vgl. Tsukada et al., 2017: 238).

„When used by nurses and caregivers of a long-term care facility without preliminary training, the OHSTNP was a reliable and valid pre-diagnostic tool for assessment of the condition of natural teeth and dentures and oral function” (Tsukada et al., 2017: 239). Ohne eine unterweisende Anleitung sind Pflegende nicht in der Lage, die Notwendigkeit einer zahnmedizinischen Behandlung festzustellen, weshalb ein zusätzlicher Leitfaden zur besseren Einschätzung mitgegeben werden sollte (vgl. Tsukada et al., 2017: 239).

Die Anwendung dieses Pflegeassessments innerhalb des interdisziplinären zahnmedizinischen Versorgungspfades führt sowohl zu einer Entlastung der Zahnärzte, da diese sich auf eine kompetente Einschätzung durch die Pflegenden verlassen können, als auch zu einer Antizipation und Qualifizierung der Pflegenden.

4.6 Problemstellen des interdisziplinären Versorgungspfades zur zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger

Die durch rote Ausrufezeichen gekennzeichneten Problemstellen des interdisziplinären Versorgungspfades sind vielfältig.

Im Verlauf des Versorgungspfades ohne Einbindung in die regelhafte Versorgung nach § 22a SGB V ist die erste Problemstelle der Prozess zur Implementierung eines neuen Stammdatenblattes zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung bei neu aufgenommenen und bei bestehenden Klienten des ambulanten

Pflegedienstes. Die Änderung des Stammdatenblattes sowie die Unterweisung der Pflegekräfte in der Anwendung bedeuten einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand. Die nächste Problemstelle besteht bei der zahnhygienischen Routine, welche entweder durch den Pflegebedürftigen selbst, die professionellen Pflegekräfte oder durch die Angehörigen vorgenommen wird. Da noch keine praktische Unterweisung der zahnhygienischen Maßnahmen, welche an die individuellen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen angepasst wurden, vorgenommen wurde, kann es zu einer mangelhaften Zahnhygiene kommen. Zudem besteht die Möglichkeit, dass Schwierigkeiten bei der Durchführung der Zahnhygiene, entweder verursacht durch den Pflegebedürftigen selbst (z.B. eingeschränkte Mobilität bei selbständigem Durchführen) oder durch die Pflegekräfte oder die Angehörigen (z.B. Kommunikationsschwierigkeiten oder fehlende Kooperation des Pflegebedürftigen), auftreten. Der interdisziplinäre Versorgungspfad beinhaltet ein pflegerisches Assessment, mit welchem die Notwendigkeit eines zahnmedizinischen Konsils eingeschätzt wird. Auch dies ist eine Problemstelle, da für die korrekte Durchführung dieses Assessments die Pflegekräfte angelernt und unterwiesen werden müssen und es zudem einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand während des Pflegealltags bedeutet. Wird mit Hilfe des pflegerischen Assessments ein zahnmedizinischer Versorgungsbedarf festgestellt oder ist die Routineversorgung durch einen ZA nicht gewährleistet, folgt die Problemstelle der Kontaktaufnahme zum Hauszahnarzt und der Frage, ob eine Weiterbehandlung trotz Pflegebedürftigkeit möglich ist. Diese Problemstelle ist facettenreich, denn es geht vor allem darum, ob und wie die Versorgung fortgeführt werden kann (zum Beispiel Barrierefreiheit, ZA in Alterszahnmedizin ausgebildet etc.). Ebenso entsteht eine Problemstelle, wenn die Versorgung nicht mehr über den Hauszahnarzt gewährleistet werden kann und ein neuer ZA in die Versorgung eingebunden wird (zum Beispiel Barrierefreiheit, ZA in Alterszahnmedizin ausgebildet etc.). Die nächsten Problemstellen sind die des Behandlungsortes (Zahnarztpraxis, Hausbesuch oder Notfallklinik). Aufgrund von nicht vorhandener Barrierefreiheit der Zahnarztpraxis kann eine Behandlung eventuell nicht in dieser stattfinden. Wenn ein Hausbesuch durchgeführt wird, kann hierbei nur eine Erstbegutachtung vorgenommen werden, aus welcher sich die weiteren Versorgungsschritte ergeben, da die hygienischen und materiellen Ressourcen eingeschränkt sind. Zudem bedeutet ein Hausbesuch für einen ZA einen erheblich höheren Zeitaufwand. Es entsteht folglich die Problemstelle des Transportes (Angehörige oder

Transportunternehmen). Wenn der Transport nicht von den Angehörigen durchgeführt werden kann, besteht die Möglichkeit, dass zahnärztlicher- oder ärztlicherseits eine Verordnung über einen Krankentransport mit einer medizinischen Indikation ausgestellt wird. Hierbei ist das Problem der Ort, an dem die medizinische Indikation festgestellt wird, wenn es dem Pflegebedürftigen nicht möglich ist in einer Arztpraxis vorstellig zu werden oder seine Ärzte keine Hausbesuche durchführen. Ist die Verordnung mit einer medizinischen Indikation ausgestellt, wird diese bei der Krankenkasse zur Genehmigung eingereicht. Ist die medizinische Indikation nicht ausreichend, kann die Verordnung abgelehnt werden und die Kosten sind vom Pflegebedürftigen und/oder seinen Angehörigen zu tragen. Auch wenn die Verordnung genehmigt wird, entstehen für den Pflegebedürftigen Kosten, da er sich mit mindestens fünf € und maximal zehn € an den Gesamtkosten jedes Transportes (sowohl für die Hin- als auch für die Rückfahrt) beteiligen muss. Findet eine zahnärztliche Behandlung statt (Zahnarztpraxis oder Notfallklinik), birgt auch diese Situation Problemstellen, da es zu Komplikationen und daraus resultierenden langen Wartezeiten kommen kann. Zudem ist es wichtig, dass eine Pflege- oder Unterstützungsperson bei der zahnärztlichen Behandlung vor Ort ist, da mit einer eventuellen Verschlechterung des Zustandes des Pflegebedürftigen zu rechnen ist und somit auch eine eventuelle Übernahme der täglichen Zahn- und Mundhygiene. Im Anschluss an die Versorgung durch den ZA besteht die Möglichkeit eine private Nachsorge, zum Beispiel bei einer Parodontitiserkrankung, in Anspruch zu nehmen. Hierbei bestehen die Problemstellen, ob die Versorgung durch einen Dentalhygieniker vorgenommen und via Telemedizin zahnärztlich begleitet werden kann, sowie die erheblichen Kosten, welche durch die private Nachsorge für den pflegebedürftigen entstehen können.

5 Diskussion

Baumgartner et al. (2015: 463), Kretsch (2016: 109), sowie Besimo und Besimo-Meyer (2015: 48) stellen fest, dass große Veränderungen für die Zahnärzteschaft bevorstehen, um den Versorgungsauftrag unter der demografischen Entwicklung und dem Anstieg an pflegebedürftigen Personen erfolgreich gewährleisten zu können. Der Versorgungsauftrag vergrößert sich auch, da Pflegebedürftige aufgrund der gut entwickelten prophylaktischen Versorgung selbst im hohen Alter noch viele ihrer eigenen Zähne aufweisen, womit jedoch gleichzeitig das Risiko einer

Parodontitis- oder Karieserkrankung steigt (vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2016: 18; Baumgartner et al., 2015: 460). Aufgrund des erhöhten Risikos einer Parodontitis- oder Karieserkrankung ist der Austausch zwischen den allgemeinmedizinischen und zahnmedizinischen Disziplinen enorm wichtig, da Wechselwirkungen zwischen dem oralen und dem allgemeinen Gesundheitszustand bestehen (vgl. Besimo, 2008: 1). Ein Großteil aller pflegebedürftigen Personen wird in der eigenen Häuslichkeit durch ambulante Pflegedienste oder Angehörige versorgt (vgl. statistisches Bundesamt, 2017: 9). Dabei übernehmen die Pflege- oder Unterstützungspersonen bei Bedarf auch die Zahn- und Mundhygiene (vgl. Baumgartner et al., 2015: 467). Die zahnmedizinische Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen kann grundsätzlich zum Beispiel durch bestehende Immobilität erschwert sein, weshalb viele potentielle Patienten keine oder nur eine geringfügige Versorgung durch Zahnärzte erhalten, da diese kaum Hausbesuche anbieten und der Transport in die Zahnarztpraxis erhebliche Kosten verursachen würde (vgl. Baumgartner et al., 2015: 465; Nitschke und Kaschke, 2011: 1077; Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2010: 10)

Um den Versorgungsauftrag leisten zu können, steht also vor allem die Interaktion der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Akteure des Gesundheitswesens im Vordergrund (vgl. Kretsch, 2016: 109). Dafür werden neue flächendeckende Versorgungsformen benötigt, um eine systematische Versorgung des Personenkreises der Pflegebedürftigen im ambulanten Setting anbieten zu können (vgl. Kretsch, 2016: 109). So eine neue Versorgungsform zur systematischen, ganzheitlichen und fachübergreifenden Versorgung Pflegebedürftiger stellen interdisziplinäre Versorgungspfade dar (vgl. Johnson und Müller, 2002: 29 f.). Der grundlegende Entwurf, der hier erarbeitet wurde, beschreibt das notwendige Behandlungsteam, die Gruppe der Klienten, den zeitlichen Rahmen, die zu erzielenden Resultate und die dafür notwendigen Interventionen und Tätigkeiten. Zudem zeigt er die interdisziplinären Schnittstellen, die Zuständigkeiten sowie die noch bestehenden Problemstellen auf, denen sich ein endgültiger Versorgungspfad annehmen muss.

5.1 Umsetzbarkeit und Restriktionen

Die Ausarbeitung eines grundlegenden Entwurfs eines interdisziplinären Versorgungspfades der vorliegenden Arbeit legt den Grundstein, um einen interdisziplinären Versorgungspfad für die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger

Menschen entwickeln zu können. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine interdisziplinäre Versorgung wurden bereits mit § 140a Absatz 1, Sätze 1-2 des SGB V geebnet. Als grundsätzlicher Wegweiser ist die im Jahr 2018 in Kraft getretene Richtlinie des GBA anzusehen, welche Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung festlegt. In dieser Richtlinie des GBA und in mehreren wissenschaftlichen Texten wird auf die Notwendigkeit des konsiliarischen Austauschs zwischen den medizinischen Disziplinen hingewiesen, um eine ganzheitliche Versorgung anbieten zu können (vgl. Besimo & Besimo-Meyer, 2015: 48; vgl. Balzer et al., 2013: 110; vgl. Bundesministerium für Gesundheit and Kommunikationsstab (Öffentlichkeitsarbeit), 2012: 88).

Umsetzbar sind sie vorerst nur durch ein festgelegtes Behandlungsteam aus Zahnärzten, Dentalhygienikern, ambulanten Pflegediensten und Hausärzten. Das Team bestimmt dabei das Ziel, die Vorgehensweise und die jeweiligen Zuständigkeiten. Die Entwicklung eines interdisziplinären Versorgungspfades durch ein Behandlungsteam könnte innerhalb eines Modellvorhabens die Effektivität und Effizienz erproben und erste Modifikationen vornehmen, um im Anschluss einen allgemeingültigen interdisziplinären Versorgungspfad zu entwickeln, welcher, je nach örtlichen Gegebenheiten oder vorliegenden Ressourcen, an die Bedarfe angepasst werden kann. Die interdisziplinären Versorgungspfade sind auf die freiwillige Teilnahme von Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen angewiesen, da sie eine zusätzliche Versorgungsform darstellen, für die man sich aktiv entscheiden muss (vgl. *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch*, 2017: § 140a Abs. 4, Satz 1).

In der Richtlinie „Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ des GBA (2017) gibt es keinen Verweis auf die Möglichkeit die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen durchzuführen. Diese Einschränkung würde zu erheblichen Kosten und Mehraufwand führen, da viele Pflegebedürftige zwei Mal im Jahr auf einen Transport in die zahnärztliche Praxis angewiesen wären.

Eine erhebliche Restriktion für die evidenzbasierte Ausarbeitung eines interdisziplinären Versorgungspfades für die Zahn- und Mundgesundheit Pflegebedürftiger in Deutschland ist der Mangel an vorliegender Literatur, die sich mit Versorgungspfaden im ambulanten Bereich beschäftigt. Interdisziplinäre Versorgungspfade finden

vor allem im akut-stationären Bereich oder im Übergang aus der stationären in die ambulante Versorgung Anwendung (vgl. Johnson and Müller, 2002: 23). Im europäischen Raum werden sie vor allem in Großbritannien verwendet, jedoch gibt es „Trotz Zunahme der Nutzung von interdisziplinären Versorgungspfaden in der letzten Zeit [...] so gut wie keine wissenschaftlichen Untersuchungen [...], mit denen sich der Einsatz dieser Methode begründen oder widerlegen ließe“ (Johnson and Müller, 2002: 24, Auslassungen: A.K.).

5.2 Chancen und Risiken

Die schlechte zahnmedizinische Versorgungssituation pflegebedürftiger Personen ist allgemein bekannt (vgl. Nitschke und Kaschke, 2011: 1076 f.). Wissenschaftliche Beiträge nehmen sich dieser Situation an und beschreiben die vielfältigen Facetten, die durch die Unterversorgung entstehen können (vgl. Nitschke und Kaschke, 2011: 1073 ff.). Dass sich der Situation angenommen werden muss und es einer systematischen Herangehensweise bedarf um diesen Zustand zu verbessern, stellt Kretsch (2016: 109) dar.

Die Anforderung an eine neue Strategie der zahnmedizinischen Versorgung, die den besonderen Ansprüchen der Pflegebedürftigen gerecht wird, kann mit einem interdisziplinären Versorgungspfad erreicht werden. „Interdisziplinäre Versorgungspfade bieten einer Organisation im Gesundheitswesen eine Reihe wertvoller Vorteile, die sich auf die Qualität und die Kosten der Pflege von Patienten beziehen“ (Johnson und Müller, 2002: 27).

Durch die ganzheitliche Betrachtung des Pflegebedürftigen und die Zusammenarbeit in einem Behandlungsteam können die Rollenverständnisse und die Zuständigkeiten verdeutlicht werden, woraus für jede Disziplin ein Wissenszuwachs entsteht, der sich positiv auf die Gesundheitssituation des Pflegebedürftigen auswirkt (vgl. Johnson and Müller, 2002: 27). Chronische Erkrankungen und Multimorbidität, die viele der Pflegebedürftigen aufweisen (vgl. Nowossadeck, 2012: 1), werden erfasst und anhand der Struktur des erarbeiteten Versorgungspfades für das weitere Vorgehen berücksichtigt, sodass eine ganzheitliche Versorgung ermöglicht wird.

Durch die Einführung des überarbeiteten Stammdatenblattes und der Implementierung des Pflegeassessments zur Einschätzung der Notwendigkeit eines zahnmedizinischen Konsils wird dem beschriebenen selteneren Besuch des ZA

entgegengewirkt (vgl. Baumgartner et al., 2015: 463), sodass die Versorgung rechtzeitig eingeleitet werden kann, Notfallbetreuungen (vgl. Kretsch, 2016: 74) weniger werden und die Versorgungskomplexität abnimmt.

Aufgrund der klaren Struktur und der Verbindlichkeit der gemeinsam abgestimmten Vorgehensweise wird die Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren erleichtert und führt zu einer schnelleren Entscheidungsfindung. Dadurch können Verzögerungen innerhalb der Versorgung des Patienten sowie doppelte Arbeitsschritte des Behandlungsteams vermieden werden (vgl. Johnson und Müller, 2002: 45). Außerdem wird die mangelnde Kooperation der fachlichen Disziplinen (vgl. Besimo und Besimo-Meyer, 2015: 48) aufgelöst, da sie gemeinsam an der Versorgung arbeiten. Durch die interdisziplinäre Versorgung können Wechselwirkungen zwischen allgemeinmedizinischen und oralen Erkrankungen (vgl. Baumgartner et al., 2015: 491) schneller erfasst und die notwendige Versorgung effizienter eingeleitet werden.

Um notwendige Verbesserungen am interdisziplinären Versorgungspfad vornehmen zu können, wird die Qualität der Patientenversorgung regelmäßig überprüft (vgl. Johnson und Müller, 2002: 31). Da jede Versorgung jedoch sehr individuell und von vielen Faktoren abhängig ist, kann dies dazu führen, dass aus einem generellen interdisziplinären Versorgungspfad zur Mund- und Zahngesundheit von Pflegebedürftigen im ambulant-häuslichen Setting, mehrere Teilpfade abgeleitet werden, die sich differenzierter mit bestimmten Diagnosen oder Gruppen von Klienten beschäftigen, um den gebotenen Versorgungsauftrag vollständig erfüllen zu können.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2010: 10) verweist bereits auf enorm hohe Transportkosten, welche durch die Versorgung von Pflegebedürftigen entstehen können. Mit Einführung eines an das in dieser Arbeit vorgestellte Grundkonzept angelehnten, interdisziplinären Versorgungspfades wird die Inanspruchnahme von Transporten zum ZA vermutlich steigen. Allerdings könnten durch die beständige Versorgung, die Möglichkeit der Hausbesuche zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs, die Delegation zahnärztlicher Tätigkeiten auf Dentalhygieniker mit telemedizinischer Betreuung sowie der Anleitung der individuellen Zahn- und Mundpflege Risikosituationen minimiert und in der Konsequenz Kosten eingespart werden. Grundsätzlich werden die Kosten für die Versorgung der Pflegebedürftigen

steigen. Diese werden zum einen über die GKV und zum anderen über die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige getragen. Wie hoch diese Ausgaben sein werden, lässt sich nicht abschätzen, da keine genauen Zahlen über die zurzeit nicht versorgten Pflegebedürftigen im ambulant-häuslichen Setting vorliegen.

5.3 Ausblick

Mit einem interdisziplinären Versorgungspfad, welcher die Zuständigkeiten jeder beteiligten Disziplin und die Kommunikationswege untereinander festlegt, kann eine effektive Herangehensweise zur Beseitigung der Unterversorgung erstellt werden. Für die weitere Vorgehensweise ist es entscheidend, dass sich ein Behandlungsteam aus den an der Versorgung beteiligten Disziplinen zusammenfindet und eine klare Struktur erstellt. Sie stehen im direkten Kontakt mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, sodass sie die Bedarfe und Bedürfnisse zutreffender einschätzen und direkt in der Entwicklung des Versorgungspfades berücksichtigen können. Ein Modellvorhaben könnte die Effektivität und Effizienz erproben, sodass sich diese Versorgungsform als zielführend erweisen könnte.

Mit einer erfolgreichen Implementierung der Versorgungsform der interdisziplinären Versorgungspfade zur Erhaltung beziehungsweise Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit Pflegebedürftiger könnte eine große Unterversorgung des deutschen Gesundheitssystems beseitigt werden. Sich der aktuellen Unterversorgung anzunehmen ist zwingend notwendig, da in den nächsten Jahren die Zahl der Pflegebedürftigen weiter zunehmen und sich die Versorgungssituation somit weiter zuspitzen wird.

Für die wissenschaftliche Anerkennung ist es zudem notwendig, die Evidenz des Versorgungskonzeptes zu überprüfen. Diese könnte, ähnlich wie bei dem Integrierten Versorgungsmodell Kinzigtal (vgl. Brandhorst et al., 2017: 180), mit der Auswahl einer Modellregion, der Einführung der Versorgungsform durch ein Behandlungsteam und der Erfassung der Auswirkungen auf die Mund- und Zahngesundheit erhoben werden.

6 Reflexion

Das festgelegte Ziel der Thesis, ein beispielhaftes Grundkonzept eines interdisziplinären Versorgungspfades zur Erhaltung beziehungsweise zur Verbesserung der Mund- und Zahngesundheit Pflegebedürftiger, die durch ambulante Pflegedienste

in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, zu entwickeln, wurde erreicht. Das Grundkonzept, welches mit Hilfe eines Prozessdiagramms dargestellt ist, die inhaltliche Beschreibung und der Aufbau des Konzepts vervollständigen den Entwurf zur Erhaltung beziehungsweise Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgungssituation von pflegebedürftigen Menschen.

Die Fragestellung, welche Anforderungen ein interdisziplinärer Versorgungspfad zur Verbesserung der mund- und zahngesundheitlichen Versorgung von Pflegebedürftigen in der ambulant-häuslichen Versorgung aufweisen muss, konnte grundlegend beantwortet werden. Hierzu wurde ein Rahmenmodell beschrieben, an Hand dessen der interdisziplinäre Versorgungspfad entwickelt wurde. Für eine angemessene und auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen angepasste Entwicklung eines solchen Versorgungspfades bedarf es jedoch Experten der jeweiligen Disziplinen, um eine vollständige und ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen.

7 Fazit

Aufgrund der Resultate dieser vorliegenden Arbeit ist anzunehmen, dass interdisziplinäre Versorgungspfade wegen ihrer positiven Effekte auf die Qualität der Behandlung und die Kosten zur Pflege ein effizientes und zielführendes Versorgungskonzept für die zahnmedizinische Versorgung ambulant versorgter Pflegebedürftiger darstellen können.

8 Literaturverzeichnis

Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) (2007a): Erläuterungen Musterdokumentation.

Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) (2007b): Stammblatt.

Balzer, K., Butz, S., Bentzel, J., Boulkhemair, D., Lüthmann, D. (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. 1. Auflage. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Baumgartner, W., Schimmel, M., Müller, F. (2015): Zur Mundgesundheit und zahnärztlichen Betreuung pflegebedürftiger Betagter. In: Swiss Dental Journal. Jahrgang 125 (2015).

Bergmann, E., Kalcklösch, M., Tiemann, F. (2005): Inanspruchnahme des Gesundheitswesens: Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Jahrgang 48 (2005).

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)) (2018).

Besimo, C.E. (2008): Orale und systemische Erkrankungen. Teil 1: Eine auf Evidenz basierende Übersicht ihrer Wechselwirkungen. Schweizerische Zeitschrift für GanzheitsMedizin / Swiss Journal of Integrative Medicine. Jahrgang 20 (2008). Basel: Verlag für GanzheitsMedizin.

Besimo, C.E. (2009): Orale und systemische Erkrankungen. Teil 2: Interdisziplinäres Assessment des alternden Menschen. Schweizerische Zeitschrift für GanzheitsMedizin / Swiss Journal of Integrative Medicine. Jahrgang 21 (2009). Basel: Verlag für GanzheitsMedizin.

Besimo, C.E., Besimo-Meyer, R.H. (2015): Orale Gesundheit von Menschen mit Demenz. Schweizerische Zeitschrift für GanzheitsMedizin / Swiss Journal of Integrative Medicine. Jahrgang 27 (2015). Basel: Verlag für GanzheitsMedizin.

Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe, E.-W. (Hrsg.) (2017): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Deutscher Hausärzteverband e.V. (2016): forsa-Studie: 88 Prozent halten Rolle des Hausarztes als erster Ansprechpartner im Gesundheitswesen für entscheidend. Berlin: Deutscher Hausärzteverband e.V..

Dykes, P.C., Müller, T., Dykes, P.C., Wheeler, K. (Hrsg.) (2002): Critical pathways - interdisziplinäre Versorgungspfade: DRG-Management-Instrumente. 1. Auflage. Programmbereich Pflege. Bern: Huber.

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) (2003).

Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) (2011): Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II. 1. Auflage. Berichte und Analysen zur Gesundheit. Hamburg: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg.

Fügner, M. (2016): MVZ — ein Markt ist eröffnet. In: Der Freie Zahnarzt. Jahrgang 60 (5/2016).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.

Jepsen, S., Kepschull, M., Deschner, J. (2011): Wechselwirkungen zwischen Parodontitis und systemischen Erkrankungen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Jahrgang 54 (2011).

Johnson, S., Müller, T. (Hrsg.) (2002): Interdisziplinäre Versorgungspfade - Pathways of care, 1. Auflage. Berlin: Huber.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) - Kurzfassung. Berlin: KZBV und BZÄK.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2010): Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter: Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Berlin: KZBV und BZÄK.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V. (Hrsg.) (2015): Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen weiterentwickeln.

Kretsch, M. (2016): Zahnärztliche Hausbesuche bei Patienten ≥ 62 Jahren im häuslichen Setting unter besonderer Berücksichtigung internistischer Erkrankungen und wirtschaftlicher Aspekte (Dissertation). Universität München, München.

Ludwig, E. (2016): Alterszahnheilkunde – ein erfolgreiches Praxiskonzept. In: Wissen Kompakt. Jahrgang 10 (4). Berlin: Springer Verlag.

Maier, B. (2017): Leitfaden zur Verordnung einer Krankenförderung Krankentransport-Richtlinie, § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGBV. Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg; Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2016): Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung - Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. 1. Auflage. Essen: Koffler DruckManagement GmbH.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS); Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (Hrsg.) (2018): Qualitätsprüfungs-Richtlinien Transparenzvereinbarung Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI Teil 1 – Ambulante Pflege.

Micheelis, W. (2011): Zur Mundgesundheit in Deutschland: Ein oralepidemiologischer Umriss. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Jahrgang 54 (2011).

Michel, H. (2010): Zahnärztliche Versorgung immobiler Patienten in Senioreneinrichtungen. In: Bayrisches Zahnärzteblatt. Jahrgang 10 (10/2010).

Niekusch, U. (2012): Zahnmedizinische Betreuung in Senioren- und Pflegeheimen unter Einbeziehung niedergelassener Zahnärzte und der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter. In: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst. Jahrgang 42 (3/2012). Wuppertal: Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Nitschke, I., Kaschke, I. (2011): Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Jahrgang 54 (2011). Berlin: Springer Verlag.

Nitschke, I., Groß, D., Kunze, J. (2017): Spezifische Bedarfe bei zahnärztlichen Patienten mit Demenz und ihre ethischen Implikationen. In: Ethik Med. Jahrgang 2016 (29). Berlin: Springer Verlag.

Nowossadeck, E. (2012): Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen (Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes). In: GBE Kompakt. Jahrgang 3 (2/2012). Berlin: Robert Koch Institut.

Pick, P. (2018): Pflegebedürftigkeitsbegriff aus Sicht des MDS. Berlin.

Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen nach § 119b SGB V.

Rothgang, H., Kalwitzki, T., Unger, R., Amsbeck, H. (2016): Pflege in Deutschland im Jahr 2030 – regionale Verteilung und Herausforderungen. In: wegweiser-kommune.de. Jahrgang 2015 (4).

Sax, G., Bodenwinkler, A. (Hrsg.) (2016): Mundgesundheit der älteren Bevölkerung - Herausforderungen, Konzepte, Maßnahmen. In: Dokumentation der Tagung vom 17. November 2015. Wien: Gesundheit Österreich.

Sozialgesetzbuch Elftes Buch (2017).

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2017).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. 1. Auflage. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Tsukada, S., Ito, K., Stegaroiu, R., Shibata, S., Ohuchi, A. (2017): An oral health and function screening tool for nursing personnel of long-term care facilities to identify the need for dentist referral without preliminary training. In: Gerodontology. Jahrgang 34.

Weatherly, J.N., Beckmann, H.-J. (Hrsg.) (2007): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren: innovative Modelle der Praxis. 1. Auflage. Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Wehkamp, K., Wehkamp, K.-H., Lohmann, H. (2017): Ethikmanagement im Krankenhaus: Unternehmens- und Wertekultur als Erfolgsfaktor für das Krankenhaus. 1. Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

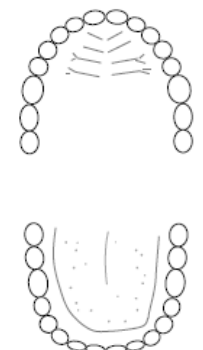
Wendt, W.R. (2015): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: eine Einführung. 6. überarbeitete und erweiterte Auflage. Pädagogik und Ethik. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Wetzstein, M., Rommel, A., Lange, C. (2015): Pflegende Angehörige - Deutschlands größter Pflegedienst. In: GBE kompakt. Jahrgang 6 (3/15).

9 Anhang

9.1 Anhang 1: Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg (2018): Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen.

Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
(auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Status Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/> Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> rechts links Beläge links <input type="checkbox"/> <i>Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein</i> 	Mundgesundheitsplan Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Fluoridgelee (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____	Koordination Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Anderorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt _____
Zustand Pflege Zähne 😊 😐 ☹️ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch 😊 😐 ☹️ Zahnersatz 😊 😐 ☹️	Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahntfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>	

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

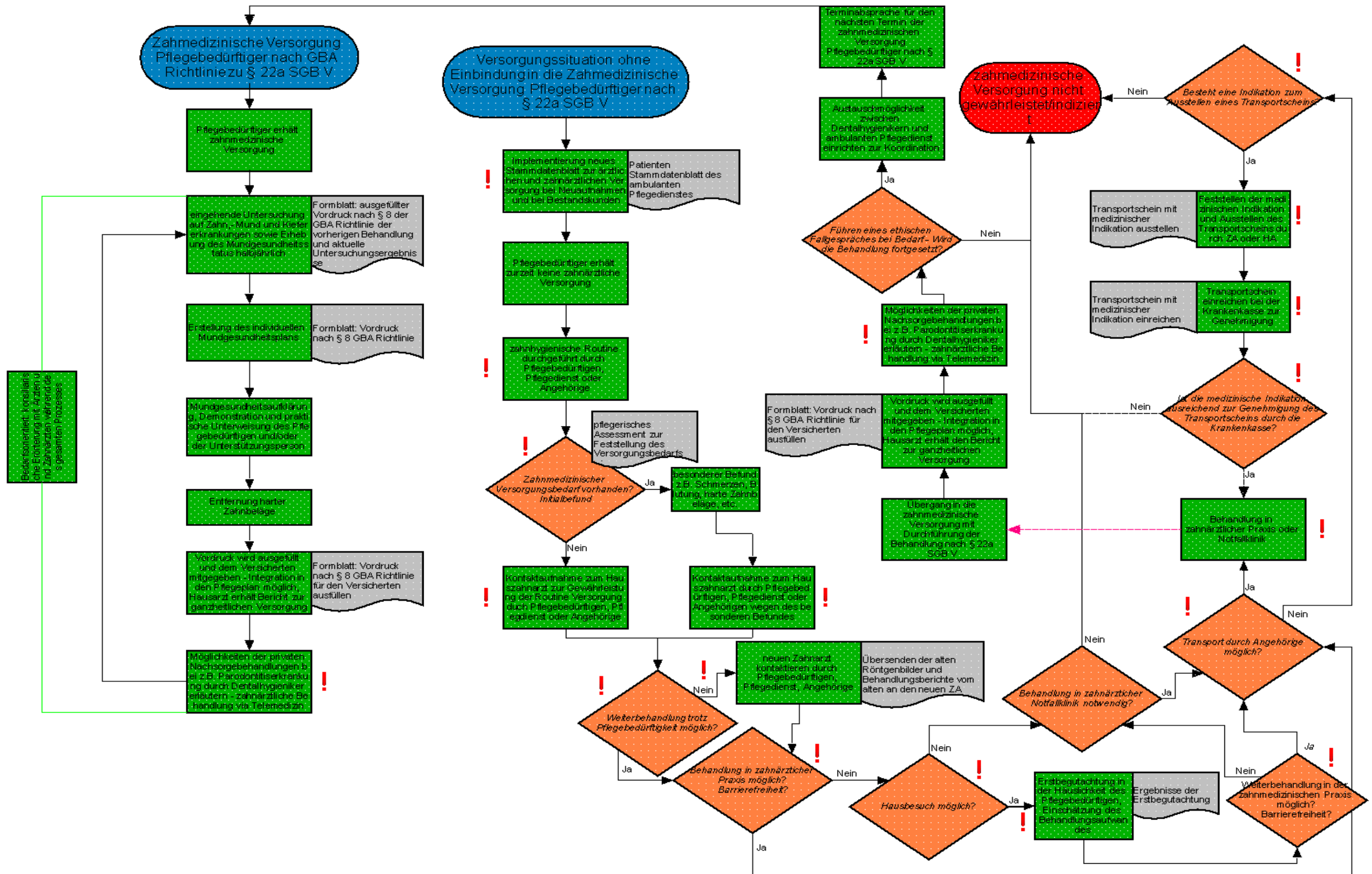
9.2: Anhang 2: Tsukada, S., Ito, K., Stegaroiu, R., Shibata, S., Ohuchi, A. (2017): An oral health and function screening tool for nursing personnel of long-term care facilities to identify the need for dentist referral without preliminary training. In: Gerodontology. Jahrgang 34. Seite 234.

Oral Health Screening Tool for Nursing Personnel (OHSTNP)				
ID:		Resident Name:		Gender: Male/Female
Completed by:		Date: Year	Month	Day
Occupation: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Caregiver <input type="checkbox"/> Dental Hygienist <input type="checkbox"/> Dentist <input type="checkbox"/> Other ()		Length of Examination: min		
Number of teeth:		Wearing dentures: <input type="checkbox"/> Upper <input type="checkbox"/> Lower <input type="checkbox"/> Not worn		
Please give a score (0, 1, or 2) for each category (A-L) and enter it in the Category Score column. Alternatively, please circle individual words (findings) marked with a-f. (Multiple answers possible)				
Categories	0 = Good	1 = Fair	2 = Poor	Category Score
A. Lips	a Smooth b Pink c Moist	a Dry b Chapped c Red at corners	a Swelling b White/red/ulcerated patch c Bleeding/ulcerated at corners	
B. Tongue	a Pink b Moist c Roughness	a Fissured b Red c Coated	a Patch that is red and/or white, ulcerated b Swollen	
C. Gums and tissues	a Pink b Moist c Smooth d No bleeding	a Dry b Shiny c Rough d Red e Swollen f One ulcer/sore spot under dentures	a Swollen b Bleeding c Ulcers d White/red patches e Generalized redness under dentures	
D. Saliva	a Moist tissues b Watery and free flowing saliva	a Dry b Sticky tissues c Little saliva present	a Red tissues b Very little saliva present c Saliva is thick	
E. Natural teeth condition	a No decayed teeth b No broken teeth c No decayed/broken roots	a 1-3 decayed or broken teeth/roots	a Four or more decayed or broken teeth/roots	
F. Denture condition	a Not broken b Regularly worn	a One broken area b Only worn for 1-2 h daily c Loose	a More than one broken area b Missing or not worn c Loose and comes off easily	
G. Oral cleanliness	a Clean mouth/ dentures b No food particles c No tartar	a Food particles/tartar/plaque in 1-2 areas of the mouth or on small area of dentures b Halitosis (bad breath)	a Food particles/tartar/plaque in most areas of the mouth or dentures b Sever halitosis (bad breath)	
H. Tongue protrusion beyond the lower lip	a Possible	a Tongue protrusion cannot surpass the lower lip	a Impossible b Impossible because of communication difficulties	
I. Cheek puffing test (Closing the lips and puffing out the cheeks)	a Possible	a Incomplete closing of lips	a Impossible b Impossible because of communication difficulties	
J. Articulation (Pronounce "Pa-n-da-no-ta-ka-ra-mo-no")	a Possible	a Unclear	a Impossible b Impossible because of communication difficulties	
K. Oral intake (as reported by resident/staff)*	a Possible (3 meals per day)	a 1 meal per day or just some spoonfuls	a Impossible	
L. Coughing during meals (as reported by resident/staff)*	a Impossible	a Sometimes	a Often	
* Please circle the respondent.			Total score	/24
Do you think the resident needs to be referred to a dentist ?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Please circle the categories (A-L) that led you to determine need for dentist referral.		A B C D E F G H I J K L		
Categories A-G and their descriptors were adapted from the first 7 items of the Oral Health Assessment Tool (OHAT) by Chalmers et al (2004) ⁵ (with author permission); categories H-L and their descriptors are the translation into English, with modifications, of the last 5 items from the New Oral Screening Sheet by Tsukada et al ⁸ (with permission from J Jpn Soc Dent Hyg)				

9.3: Anhang 3: Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) (2007b): Stammblatt.

Stamm-Blatt		Krankenkasse/Pflegekasse	Stempel des Pflegedienstes
Nr.			
		Versicherungs-Nr.:	
Name:		PV-Antrag gestellt am:	
Vorname:		Pflegestufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Straße:		<input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Kombi.-Leistung	
PLZ / Ort:		Härtefallregelung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wer hat den Pflegedienst gerufen?
Telefon:		Selbstzahler <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geburtsdatum: Familienstand:		Beihilfe berechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	behandelnde/r Ärztin/Arzt:
Staatsangehörigkeit: Religion:		sonstige Kostenträger:	Name:
Behandlungsort: (falls abweichend vom Wohnort)			gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> lebt allein <input type="checkbox"/> in Gemeinschaft		Wirkungskreis:	Name:
<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung			Betreuer(in):
<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Etage		Haustiere:	Notarzt – Telefon:
			pflegerelevante Diagnosen / Besonderheiten
wird versorgt durch:			
<input type="checkbox"/> Ehepartner(in) <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin(in)			
<input type="checkbox"/> Kind(er)			
Name:			
Straße:			
PLZ / Ort:		Behandlungspflege – SGB V, § 37	ergänzende Hilfen:
Telefon:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Hausnotruf
<input type="checkbox"/> private Pflegeperson		Kostenvoranschlag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> Ergotherapie
Name:		aktualisiert am:	<input type="checkbox"/> sonstiges
Straße:		aktualisiert am:	
PLZ / Ort:		Pflegevertrag abgeschlossen am:	Datenaufnahme am:
Telefon:			durch:
Hausschlüssel erhalten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Patienten-Testament vorhanden:	Pflegebeginn:
Datum:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beendigung der Pflege:

9.4: Anhang 4: Interdisziplinärer, zahngesundheitlicher Versorgungspfad



10 Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht

Ort, Datum

Hamburg, 04.09.2018

Unterschrift