

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Schnittstellen von hausärztlicher und zahnärztlicher Versorgung –
eine qualitative Expertenbefragung zur interdisziplinären
Zusammenarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Lisanna Gräfin von Einsiedel
geb. Dahlendorf
aus Erfurt

Datum der Promotion: 16.06.2018

Abkürzungsverzeichnis

PZR	= Professionelle Zahnreinigung
BMV	= Bundesmantelvertrag
KHK	= Koronare Herzkrankheit
pAVK	= periphere arterielle Verschlusskrankheit
HA	= Hausarzt
ZA	= Zahnarzt
ZFA	= Zeitschrift für Allgemeinmedizin
DEGAM	= Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DGKMZ	= Deutsche Gesellschaft für Mund- und Kieferheilkunde
NOAK	= neue orale Antikoagulantien
GOZ	= Gebührenordnung für Zahnärzte
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Nr.	Titel	Seite
1	Kategoriensystem „Einschätzung der bisherigen Zusammenarbeit“	30
2	Kategoriensystem „Gegenseitige Kritik beider Fachdisziplinen“	34
3	Kategoriensystem „Schnittstellen, Krankheitsbilder und Therapien“	37
4	Kategoriensystem „Patientengruppen“	55

Tabellen

Nr.	Titel	Seite
1	Zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen	7
2	Beispiel 1	25
3	Beispiel 2	25
4	Beispiel 3	26
5	StudienteilnehmerInnen	27

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

1	Abstract	1
2	Einleitung.....	4
2.1	HausärztInnen und ZahnärztInnen im Deutschen Gesundheitssystem	4
2.1.1	Aufgabenfelder von HausärztInnen	5
2.1.2	Aufgabenfelder von ZahnärztInnen.....	5
2.1.3	Prävention – eine gemeinsame Aufgabe	6
2.2	Gesetzliche Rahmenbedingungen der Kooperation.....	8
2.2.1	Gesetzliche Sektorentrennung.....	8
2.2.2	Fächertrennung in der Ausbildung.....	8
2.3	Aktuelle Forschungslage zur interdisziplinären Zusammenarbeit	9
2.4	Mögliche Schnittstellen zwischen Allgemein- und Zahnmedizin	10
2.4.1	Chronische Erkrankungen	10
2.4.2	Schnittstellen in der Pharmakotherapie	11
2.4.3	Akute Krankheitsgeschehen	12
2.4.4	Patientengruppen.....	12
3	Fragestellungen dieser Arbeit	14
4	Material und Methoden.....	15
4.1	Qualitative Forschungsmethodik	15
4.2	Ablauf der Studie	19
4.3	Konzeption und Vorbereitung der Datenerhebung	20
4.3.1	Das Leitfadeninterview als Instrument der Datenerhebung	20
4.3.2	Der Interviewleitfaden dieser Arbeit	21
4.3.3	Festlegung des Samples.....	22
4.3.4	Rekrutierung von InterviewpartnerInnen	22

4.4 Datenerhebung	23
4.5 Auswertung der Daten	24
4.5.1 Vorbereitung der Auswertung	24
4.5.2 Auswertung der Interviews.....	24
5 Ergebnisse	27
5.1 StudienteilnehmerInnen.....	27
5.2 Einschätzung der Zusammenarbeit zwischen Haus- und ZahnärztInnen ...	28
5.2.1 Gegenseitige Kritik und Erwartungen beider Fachdisziplinen.....	30
5.2.2 Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit	34
5.3 Schnittstellen, Krankheitsbilder und Therapien	37
5.3.1 Chronische Erkrankungen	37
5.3.2 Pharmakotherapie.....	42
5.3.3 Akute Krankheitsbilder	48
5.4 Mundgesundheit bei einzelnen Patientengruppen	50
5.4.1 Kinder und Jugendliche	50
5.4.2 Schwangere	52
5.4.3 Ältere PatientInnen	53
5.5 Präventive Maßnahmen zur Erhaltung der Mundgesundheit	56
6 Diskussion	59
6.1. Reflexion und kritische Betrachtungen dieser Arbeit.....	59
6.2 Bewertung der Zusammenarbeit zwischen Haus- und ZahnärztInnen.....	62
6.2.1 Bewertung der Kritik beider Fachgruppen aneinander.....	62
6.2.2 Bewertung der bisherigen Zusammenarbeit und Vorschläge zu deren Verbesserung.....	63
6.3. Bewertung der identifizierten Schnittstellen.....	67
6.3.1 Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und Parodontitis.....	67
6.3.2 Weitere Einflüsse von Parodontitis auf chronische Erkrankungen.....	69

6.3.3	Medikamentennebenwirkungen.....	70
6.3.4	Akute Krankheitsgeschehen.....	74
6.3.5	Mundgesundheit bei einzelnen Patientengruppen.....	75
6.3.6	Prävention - ein guter Ansatzpunkt für mehr Zusammenarbeit.....	80
6.4	Resümee und Ausblick.....	82
7	Zusammenfassung.....	85
8	Literaturverzeichnis	88
9	Eidesstattliche Versicherung	97
10	Lebenslauf.....	99
11	Publikationsliste	101
12	Danksagung	102

1 Abstract

Schnittstellen von hausärztlicher und zahnärztlicher Versorgung – eine qualitative Expertenbefragung zur interdisziplinären Zusammenarbeit

1. Hintergrund

Hausärzte und Zahnärzte sind wichtige Akteure für die ambulante Gesundheitsversorgung. Beide sind häufig erste Ansprechpartner bei ganz unterschiedlichen Gesundheitsanliegen. Insbesondere Patienten mit chronischen Erkrankungen können von einer guten Abstimmung beider Fachgebiete profitieren. Inwieweit Patienten im gegenseitigen Austausch behandelt werden und welche Themen bei der Kooperation zwischen den Arztgruppen wichtig sind, ist bisher allerdings kaum untersucht.

2. Studienfrage

Wo werden von beiden Fachgruppen Schnittstellen gesehen und welche Erkrankungen und Versorgungssituationen werden für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit als wichtig erachtet?

3. Methoden

Es wurden qualitative Experteninterviews durchgeführt. Je acht Haus- und Zahnärzte wurden anhand eines selbst entwickelten teilstrukturierten Interviewleitfadens befragt. Die aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert. Die Auswertung erfolgt nach der Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach P. Mayring.

4. Ergebnisse

Beide Facharztgruppen benennen übereinstimmende Schnittstellen. Neben der oralen Antikoagulation („*bridging*“) und der Versorgung von Patienten in Pflegeheimen, wird die Betreuung von Patienten mit Diabetes bzw. anderen chronischen Erkrankungen genannt. Weitere Schnittstellen werden bei der Parodontoseprophylaxe, bei Kopfschmerzen und bei Verspannungen im Schulter-Nacken-Bereich gesehen. Beide Berufsgruppen beklagen allerdings das Fehlen standardisierter Vorgehensweisen, beispielsweise auch in Leitlinien. Bestehende

Kooperationen werden lediglich informell geschlossen. Es besteht aber bei beiden Arztgruppen der Wunsch nach mehr fachübergreifendem Austausch.

5. Schlussfolgerung

Hausärzte und Zahnärzte sind über die Maßnahmen des jeweils anderen Fachs häufig nur partiell informiert. Eine intensivere Zusammenarbeit könnte dazu beitragen, die Versorgung bei einzelnen Krankheitsbildern zu verbessern. Hier ist die Entwicklung und Evaluation entsprechender Modellprojekte zur fachübergreifenden Kooperation wünschenswert.

Overlapping fields of primary care between general practitioners and dentists – a qualitative study on interdisciplinary cooperation

1. Background

General practitioners (GPs) and dentists are important protagonists of primary care in the German health care system. Members of both groups are consulted by patients with a wide variety of health problems, often as the first health care provider. Especially patients with chronic diseases could benefit from a better coordination between the two specialties. However, little is known about the daily cooperation of dentists and GPs in primary care.

2. Study question

Which areas of interdisciplinary concern are identified by members of the two specialties and which diseases and care situations are regarded as important for inter-professional cooperation?

3. Methods

Sixteen qualitative interviews were conducted with GPs (n=8) and dentists (n=8). The interviews were guided by a semi-structured interview guideline. All recorded interviews have been transcribed. The analysis was conducted with qualitative content analysis of P. Mayring.

4. Results

Both groups of health care providers agreed upon the overlapping fields between the two specialties. Problems with oral anticoagulation (“bridging”) and the care for elderly people living in nursing homes are among the topics discussed. Additionally, the prophylaxis of periodontitis and the treatment of patients with diabetes and other chronic diseases like chronic head pain and tension in neck and shoulder muscles are identified as further areas of common concern. GPs as well as dentists complain about a lack of standardized care procedures, the non-existence of interdisciplinary guidelines is criticized. Cooperation in daily practice is mostly due to informal relations. Both groups would appreciate more interdisciplinary exchange.

5. Conclusion

GPs as well as dentists are often only partially informed about the care provided and procedures performed by the other specialty. A more intensive cooperation could be valuable for improving care for patients with a variety of diseases. The development and evaluation of pilot-projects on interdisciplinary cooperation is desirable.

2 Einleitung

2.1 HausärztInnen und ZahnärztInnen im Deutschen Gesundheitssystem

ÄrztInnen der ambulanten medizinischen Versorgung sind eine wichtige Institution im deutschen Gesundheitssystem. Die niedergelassenen ÄrztInnen sind bei verschiedenen gesundheitlichen Problemen für viele PatientInnen die ersten AnsprechpartnerInnen.(1) Eine besondere Funktion haben in diesem Rahmen die ÄrztInnen, welche die Primärversorgung der PatientInnen sicherstellen. Zu diesen gehören die niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und hausärztlich tätigen InternistInnen und die KinderärztInnen. HausärztInnen gewährleisten eine kontinuierliche und möglichst ganzheitliche Behandlung ihrer PatientInnen.(2) Sie übernehmen die Diagnostik und Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen und leisten einen großen Beitrag zur Prävention von Krankheiten. Ähnliches gilt für die niedergelassenen ZahnärztInnen, auch sie sind wichtige Akteure bei der Primärversorgung. Durch die regelmäßige zahnärztliche Untersuchung unterschiedlicher Patienten- und Altersgruppen ist es möglich auch in der zahnärztlichen Praxis den Beginn von Allgemeinerkrankungen wie Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie zu erkennen und über Gesundheitsrisiken aufzuklären.(3)

Im Vergleich zu anderen FachärztInnen sind es innerhalb eines Jahres vor allem die Haus- und die ZahnärztInnen, die am häufigsten von den PatientInnen aufgesucht werden.(4) Eine Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Vereinigung aus dem Jahr 2014 zeigt, dass mehr als ein Drittel aller Befragten zwischen drei und fünf Mal im Jahr die HausärztIn aufsuchen.(5) Mehr als 70 Prozent der Erwachsenen und Kinder in Deutschland nehmen laut der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie regelmäßig zahnärztliche Kontrolluntersuchungen wahr. Die Betreuung erfolgt dabei in der überwiegenden Zahl der Fälle stets bei derselben ZahnärztIn.(6) Somit findet sich auch in der Zahnmedizin häufig langjährige Arzt- Patienten- Beziehungen.

Inwieweit PatientInnen im gegenseitigen Austausch behandelt werden und welche Themen bei der Kooperation zwischen den Arztgruppen wichtig sind, ist bisher in Deutschland wenig wissenschaftlich untersucht worden. Ebenso ist unklar, welche Themen beide Arztgruppen für jeweils relevant halten.

Einleitung

Die vorliegende Arbeit möchte die möglichen Schnittstellen in der Patientenversorgung beider Fachgebiete in Deutschland wissenschaftlich untersuchen. Insbesondere sollen hierbei die Perspektiven beider Fachgruppen berücksichtigt werden.

2.1.1 Aufgabenfelder von HausärztInnen

Die Hauptaufgabe von AllgemeinmedizinerInnen bzw. von hausärztlich tätigen InternistInnen ist die Primär- und Grundversorgung der PatientInnen. Erste diagnostische Schritte werden meist durch die HausärztIn eingeleitet und die Empfehlung zur Weiterleitung der PatientIn an einen Fachspezialisten besprochen. Das kann auch die Mundgesundheit und das Weiterleiten an ZahnärztInnen betreffen. Eine langfristige Arzt- Patienten- Beziehung und die „erlebte Anamnese“ sind dabei die Grundlage hausärztlichen Handelns und Entscheidens.(7)

Häufig suchen PatientInnen bei somatischen und psychosomatischen Gesundheitsproblemen zunächst ihre behandelnde HausärztIn auf.(7) Eine besondere Herausforderung stellt hierbei ein unselektiertes Patienten Klientel aller Altersstufen dar.(8) Neben der Akut- und Langzeitversorgung der PatientInnen steht vor allem die Betreuung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen im Vordergrund der Tätigkeit einer AllgemeinmedizinerIn.(9) Die Prävention und Früherkennung von Krankheiten und die gezielte Wahrnehmung und Behandlung von Risikofaktoren ist eine weitere zentrale Aufgabe der HausärztInnen. Gerade auf der Grundlage einer stabilen und vertrauensvollen Arzt- Patienten- Beziehung unter Einbeziehung der Anamnese und der sozialen und psychischen Gesamtsituation kann der Entstehung und Progredienz von chronischen Erkrankungen entgegengewirkt werden.(9)

2.1.2 Aufgabenfelder von ZahnärztInnen

ZahnärztInnen behandeln PatientInnen bei akuten und chronischen Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates und des Zahnfleisches. Sie nehmen prophylaktische Maßnahmen wie die Fluoridierung der Zahnoberflächen, die Versiegelung von Fissuren und die Professionelle Zahnreinigung (PZR) vor. Chirurgische, implantologische und prothetische Leistungen werden ebenfalls von

Einleitung

den ZahnärztInnen durchgeführt. Durch technische Fortschritte in der Zahnmedizin und durch ein gesteigertes Mundgesundheitsbewusstsein der Bevölkerung in Deutschland sind Prävention und Krankheitsfrüherkennung als Aufgabe der ZahnärztInnen in den vergangenen Jahren immer bedeutsamer geworden.(10) Mehr als 95 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind noch immer von Zahnkaries oder entzündlichen Erkrankungen des Zahnhalteapparates betroffen.(11)

Durch gruppenpräventive Ansätze konnte die Zahngesundheit im Kindes- und Jugendalter in den letzten Jahren erfolgreich verbessert werden.(12) Behandlungsbedarf besteht jedoch weiterhin bei der Gruppe älterer PatientInnen und Senioren und bei PatientInnen mit Behinderungen. Durch individuelle oder risikogruppenorientierte Ansätze kann die Zahnmedizin einen wichtigen Beitrag zur Prävention der Allgemeingesundheit leisten.(11)

2.1.3 Prävention – eine gemeinsame Aufgabe

Ein möglicher Schwerpunkt bei der täglichen Patientenbetreuung beider Fachdisziplinen ist die Aufklärung und Durchführung präventiver Maßnahmen.(11,13) Unter dem Oberbegriff Prävention versteht man die Durchführung verschiedener Interventionen zur gesundheitlichen Vorsorge zu unterschiedlichen Zeiten. Es werden Maßnahmen der Primärprävention (Verhinderung der Entstehung von Krankheiten), Sekundärprävention (Früherkennung von Erkrankungen) und Tertiärprävention (Milderung von Krankheitsverläufen, Verhinderung von Krankheitsrückfällen oder –progress) unterschieden.(14) Heintze (2014) beschreibt die Besonderheit der hausärztlichen Prävention. Durch eine meist langjährige Arzt-Patienten- Beziehung können präventive Maßnahmen individuell auf eine PatientIn abgestimmt werden. Gleichzeitig besteht ein ganz unterschiedlicher Bedarf jeder PatientIn an Beratung und Aufklärung über mögliche präventive Interventionen.(13) Angesichts des steigenden Lebensalters der Bevölkerung in den Industrienationen wird die Behandlung und Betreuung von chronisch kranken PatientInnen eine zunehmende Herausforderung für ÄrztInnen der Primärversorgung. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, dass die ZahnärztInnen die chronischen Erkrankungen ihrer PatientInnen eigenständig überwachen und mögliche Risikofaktoren erkennen.(15)

Einleitung

Art der Prophylaxe	Akteure	Beispiele
Bevölkerungsprophylaxe	Staatliche Institutionen	Trinkwasser- und Speisesalzfluoridierung
Gruppenprophylaxe	ZahnärztInnen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, gesetzliche Krankenkassen, niedergelassene ZahnärztInnen in Kitas, Schulen	Aufklärung über Ernährung und Mundpflege in Kindergärten und Schulen
Individualprophylaxe	Niedergelassene ZahnärztInnen in der Praxis	Professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelung

Tabelle 1: Zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen

Neben den etablierten Maßnahmen zur Prävention von Zahn- und Zahnfleischerkrankungen werden derzeit ergänzende präventive Interventionen zum Erhalt der Allgemeingesundheit durch ZahnärztInnen diskutiert. Dabei werden Maßnahmen der Bevölkerungsprophylaxe, der Gruppenprophylaxe oder der Individualprophylaxe unterschieden (vgl. Tabelle 1).(11)

Die Bedeutung der Prävention an der Schnittstelle der zahnärztlichen- und der hausärztlichen Versorgung wird aktuell insbesondere berufspolitisch geführt: Eine gemeinsame Initiative der Landeszahnärztekammern und der Bundeszahnärztekammer (2015) fordert zur Vorsorge auch der allgemeinen Gesundheit eine zunehmend präventionsorientierte Zahnmedizin. In allen Altersgruppen ist zudem die Prävention der Zahn- und Mundgesundheit weiterhin eine Herausforderung. Geeignete Themen für eine gemeinsame Beratung von beiden Fachdisziplinen sind beispielsweise die Aufklärung über eine gesunde Ernährung und der Verzicht auf Tabakwaren bzw. die Unterstützung zur Entwöhnung die Kontrolle des Alkoholkonsum sowie die Früherkennung maligner Prozesse in der Mundhöhle.(16)

2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen der Kooperation

2.2.1 Gesetzliche Sektorentrennung

Die Vertretung der niedergelassenen ÄrztInnen in Deutschland erfolgt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Bundesebene und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer auf Landesebene. Die Vertretung der niedergelassenen ZahnärztInnen erfolgt analog durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Länder.

Beide Körperschaften übernehmen die Interessenvertretung der Mitglieder gegenüber den Krankenkassen und gewährleisten den flächendeckenden Sicherstellungsauftrag, sowie die gebietsbezogene Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung.

Die gesetzliche Grundlage bildet der Bundesmantelvertrag (BMV), der zwischen Kassenärztlicher bzw. Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkasse geschlossen wird.⁽¹⁷⁾ Hier ist auch geregelt, wie und in welcher Form eine Überweisung von den HausärztInnen zu den FachärztInnen erfolgen soll. Im §3 Absatz 2.2 des BMV sind Zahnerkrankungen explizit von der ärztlichen Versorgung ausgenommen. Des Weiteren findet sich in im §24 Absatz 9 der Hinweis, dass „Überweisungen an Zahnärzte nicht zulässig sind“. Eine formlose Überweisung einer VertragszahnärztIn an eine VertragsärztIn kann jedoch als Anspruchsnachweis im Sinne des BMV angesehen werden.

Wird eine Vorstellung bei der Haus- bzw. ZahnärztIn von der jeweiligen FachkollegIn als sinnvoll erachtet, kann dies formal als eine Empfehlung direkt an die PatientInnen erfolgen. Behelfsweise kann informell eine kurze schriftliche Mitteilung festgehalten werden, um KollegInnen des anderen Faches über patientenrelevante Aspekte zu informieren. Der gesetzliche Rahmen sieht also insgesamt keinerlei formalisierte Kooperation zwischen den beiden Fachgruppen vor.

2.2.2 Fächertrennung in der Ausbildung

Die Separierung der beiden Fachdisziplinen ist schon in der Ausbildung angelegt. Das Studium der Humanmedizin und der Zahnmedizin erfolgt nach einem getrennten Curriculum. Vergleicht man die beiden Curricula des Regelstudienganges Humanmedizin und Zahnmedizin an der Charité Universitätsmedizin Berlin

Einleitung

miteinander fällt auf, dass die Vermittlung von Grundkenntnissen in der Inneren Medizin, Dermatologie und Allergologie sowie Hals- Nasen- Ohren- Heilkunde fester Bestandteil des zahnmedizinischen Curriculums ist.(18–20)

Entsprechende Basiskenntnisse zu zahnmedizinischen Fragestellungen oder der Bedeutung der Mundgesundheit sind im Lehrplan des Regelstudienganges Humanmedizin nicht enthalten.

Auch im aktuellen Gegenstandskatalog über den Zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung finden sich derzeit keine interdisziplinären Ausbildungsinhalte oder fächerübergreifende Themen zur Mundgesundheit zwischen Human- und Zahnmedizin.(21)

2.3 Aktuelle Forschungslage zur interdisziplinären Zusammenarbeit

Eine Recherche in PubMed mit den Schlüsselbegriffen „*interdisciplinary healthcare*“ und „*cooperation AND dentist AND general AND practitioner*“ ergab 9227 bzw. 22 Treffer. Darunter war jedoch keine Studie, die die aktuelle Situation der Zusammenarbeit von Allgemein- und ZahnmedizinerInnen beschreibt.

Die Zusammenarbeit von AllgemeinmedizinerInnen und ZahnärztInnen in Deutschland ist bisher ebenfalls kaum untersucht worden. Erst in jüngster Zeit wird das Thema in einzelnen Forschungsarbeiten fokussiert: Wissenschaftler aus dem Zentrum für Zahn, Mund- und Kieferheilkunde und dem Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Versorgungsforschung der Universität Tübingen haben zwischen September 2013 und Juni 2015 eine qualitative „explorative Studie zur Zusammenarbeiten von Hausärzten und Zahnärzten“ durchgeführt. Erste Ergebnisse wurden im September 2015 auf dem „14. Deutschen Kongress zur Versorgungsforschung“ in Berlin vorgestellt. Auf diese Ergebnisse wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit genauer eingegangen werden.

Auch eine Forschungsgruppe der Universität Greifswald führt derzeit eine Studie zu dieser Thematik durch, genaue Ergebnisse liegen jedoch aktuell nicht vor.

2.4 Mögliche Schnittstellen zwischen Allgemein- und Zahnmedizin

In Bezug auf medizinische Schnittstellen zwischen der Allgemeinmedizin und der Zahnheilkunde sind Krankheitsbilder, bei denen eine Interaktion von systemischen und lokal-oralen Erkrankungen wichtig ist, von besonderer Relevanz

2.4.1 Chronische Erkrankungen

Als **Diabetes mellitus** bezeichnet man eine Gruppe von Stoffwechselstörungen, deren gemeinsames Leitsymptom eine chronische Hyperglykämie ist. Man unterscheidet Diabetes mellitus Typ 1 und 2 von anderen spezifischen Diabetesformen mit unterschiedlichen Ursachen und dem Gestationsdiabetes.(22) Zahlreichen makro- und mikrovaskulären Komplikationen können im weiteren Krankheitsverlauf entstehen, darunter die diabetische Retinopathie, die diabetische Nephropathie und die diabetische (Poly)neuropathie sowie ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse.(23,24) Auswirkungen auf die Mundgesundheit und die bidirektionale Beziehung zu Parodontalerkrankungen sind seit einigen Jahren ein Schwerpunkt in der zahnmedizinischen Forschung.(25–29)

So konnten Wang et al (2014) nachweisen, dass die Behandlung einer Parodontitis einen positiven Einfluss auf die Blutzuckereinstellung hat.(30) In einem systematischen Review verweisen Negrato et al. (2013) auf die wechselseitigen Wirkungen einer chronischen Entzündung durch Parodontitis und dem Einfluss von Entzündungsmediatoren wie TNF- α , IL6 oder IL1 auf den Glukosestoffwechsel.(28) Bei PatientInnen mit einem schlecht eingestellten Diabetes mellitus komme es häufiger zu Zahnfleischbluten auf der Grundlage einer Zahnfleischentzündung als bei einem gut kontrollierten Diabetes mellitus mit einer guten Stoffwechsellage.(27,31)

Als **Kardiovaskuläre Erkrankungen** wird zusammenfassend eine Gruppe von Krankheitsbildern unterschiedlicher Ursachen mit Beteiligung des Herzen und weiterer Gefäße bezeichnet. Relevant sind insbesondere die arterielle Hypertonie, die koronare Herzkrankheit (KHK) mit ihren unterschiedlichen Manifestationen (u.a. Myokardinfarkt, Angina pectoris, akutes Koronarsyndrom), die Herzinsuffizienz, einzelne Herzrhythmusstörungen sowie der Schlaganfall und die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK).(32) In aktuellen Studien werden Assoziationen mit Parodontalerkrankungen beschrieben: So konnte zum Beispiel eine japanische

Einleitung

Studie bei Studierenden eine Korrelation von Parodontitis und der Entstehung einer arteriellen Hypertonie zeigen.(33)

Badran und Kollegen (2015) vertreten die These, dass eine chronische Entzündung im Bereich der Mundhöhle im Rahmen einer Parodontitis unterschätzte Auswirkungen auf systemische Erkrankungen haben kann, so beispielsweise auch bei PatientInnen, die an einer Krankheit aus dem **rheumatischen Formenkreis** leiden.(34) Ähnliche Zusammenhänge werden auch bei Autoimmunerkrankungen, wie zum Beispiel dem Morbus Crohn, diskutiert. Die durch die Grunderkrankungen hervorgerufenen Läsionen sollten laut Mays et al. (2012) auch von ZahnärztInnen behandelt und beobachtet werden.(35)

Auch **Infektionskrankheiten** wie Hepatitis oder **HIV** zeigen häufig orale Manifestationen. Aškinytė et al (2015) beschreiben in einem systematischen Review das Auftreten von oralen Candidosen, Leukoplakien, Kaposi-Sarkom des Gaumens und weiteren Läsionen der Mundschleimhaut, zum Beispiel durch bakterielle Infektionen.(36)

2.4.2 Schnittstellen in der Pharmakotherapie

Cumarinderivaten stellen für die Einschätzung zahnmedizinischer Prozeduren eine relevante Substanzgruppe dar.

Bei zahnärztlichen Eingriffen an PatientInnen, die eine antikoagulierende Therapie erhalten, ist eine gegenseitige Absprache zwischen Haus- und Zahnärzten wichtig. Dieser Gesichtspunkt wird in der Literatur vielfach diskutiert. Fialka und Kramer (2006) fassen hier die aktuellen Leitlinien zu zahnärztlichen Eingriffen bei oral antikoagulierten PatientInnen zusammen und benennen Herausforderungen für die Zusammenarbeit beider Fachgruppen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass ein Absetzen der Medikamente und die Fortführung der Antikoagulation durch so genanntes „*bridging*“ (= überbrückende Gabe von Heparinderivaten) nur noch in wenigen Ausnahmefällen nötig sei. Ein solches Vorgehen stelle vielmehr ein Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse dar. Mögliche Blutungskomplikationen sollten nach Möglichkeit lokal behandelt werden.(37)

Der Umgang mit möglichen **Nebenwirkungen von Medikamenten** könnte ebenfalls ein Ansatzpunkt für eine Zusammenarbeit zwischen Haus- und ZahnärztInnen sein. Studien beschreiben die Auswirkungen von **antihypertensiven Medikamenten** auf

das Zahnfleisch oder die Entstehung von Kiefernekrosen durch **Bisphosphonate**.(6,38,39)

Bei der Verordnung von **Antibiotika** konnten Anderson et al. (2000) bei Haus- und ZahnärztInnen in Wales (Großbritannien) unterschiedliche Herangehensweisen bezüglich der Indikationsstellung und der Auswahl des Präparates feststellen. In der besagten Stichprobe wurden vor allem bei akuten Problemen mit den Zähnen durch die HausärztInnen wesentlich häufiger Antibiotika verordnet als durch die ZahnärztInnen.(40) Äquivalente Erhebungen aus dem Kontext des deutschen Gesundheitswesens existieren nicht.

2.4.3 Akute Krankheitsgeschehen

Mögliche Schnittstellen für eine Zusammenarbeit im Rahmen von akuten Krankheitsgeschehen könnten **Infektionen im Bereich der Mundhöhle, Zahn- und Kieferschmerzen** und **Karzinome im Mund- und Rachenraum** sein. Jiménez et al (2004) geben einen guten Überblick über mögliche systemische Komplikationen von oralen Infektionen. Aus lokal begrenzten, meist entzündlichen Prozessen in der Mundhöhle können bei ungenügender Behandlung schwerwiegende systemische Krankheitsbilder wie zum Beispiel eine Mediastinitis, ausgedehnte bakterielle Entzündungen der umliegenden Weichteile im Rahmen einer nekrotisierenden Fasiitis oder intracranielle Abszesse entstehen.(41)

Ein Anstieg der Inzidenz von bösartigen Neubildungen der Mundschleimhaut wird von HausärztInnen und ZahnärztInnen als Problem wahrgenommen.(42,43) Inwiefern diesbezüglich Ansätze für eine Zusammenarbeit gesehen werden, ergibt sich aus der aktuellen Literatur jedoch bisher nicht.

2.4.4 Patientengruppen

Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys zeigen, dass die Mundgesundheit bereits in frühen Lebensjahren eine wichtige Rolle spielen sollte.(11) Zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen der vergangenen Jahrzehnte haben große Erfolge bei der Eindämmung der Karies erzielen können.(44) Die Betreuung von **Kindern und Jugendlichen** erfolgt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in der Regel durch die KinderärztInnen. Gerade in ländlichen Gebieten mit geringer

Einleitung

zahnärztlicher Dichte werden HausärztInnen zunehmend vor Herausforderungen gestellt, wenn es um das Wissen und die Einordnung von zahnärztlichen Fragestellungen bei Kindern und Jugendlichen geht.

Ähnliches gilt für die Betreuung von **alten und älteren PatientInnen**. Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrnehmung von regelmäßigen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen ab, die HausärztIn ist meist die einzige, die von dieser Patientengruppe aufgesucht wird bzw. Hausbesuche vornimmt.

3 Fragestellungen dieser Arbeit

Im vorherigen Kapitel wurden die Rolle der Haus- und ZahnärztInnen im deutschen Gesundheitssystem und deren Bedeutung für die Primärversorgung von PatientInnen vor dem Hintergrund einer strengen Sektorentrennung beider Fachbereiche dargestellt. Ebenso wurde die Bedeutung von präventiven Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit geschildert. Eine bessere Kenntnis über die Schnittstellen von Allgemein- und Zahnmedizin bei bestimmten Erkrankungen und Patientengruppen von Haus- und ZahnärztInnen könnte zu einer Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Daher scheint es zielführend durch die qualitative Befragung von VertreterInnen beider Fachbereiche durch eine ergebnisoffene Herangehensweise ein möglichst umfassendes Bild von der aktuellen Situation zu erhalten. Die vorliegende Arbeit geht folgenden Fragestellungen nach:

1. Beurteilung der aktuellen Zusammenarbeit

- Welche Erfahrungen haben die Haus- und ZahnärztInnen mit der Zusammenarbeit mit dem jeweils anderen Fach gemacht?
- Welche Problemfelder werden daraus ggf. identifiziert?

2. Vorschläge zu einer möglichen Verbesserung der Zusammenarbeit

- Welche Erwartungen und Wünsche bestehen bei beiden Fachgruppen bezüglich einer interdisziplinären Kooperation?

3. Identifikation möglicher Schnittstellen

- Wo werden von HausärztInnen und ZahnärztInnen Schnittstellen der beiden Fachgebiete gesehen?
- Welche Rolle spielen diese Schnittstellen für die Patientenbetreuung?
- Bei welchen akuten oder chronischen Erkrankungen und Patientengruppen spielen fachübergreifende Fragen eine Rolle?

4. Bedeutung der Prävention

- Gibt es Situationen, in denen beide Fächer bei der Prävention von Erkrankungen eine Rolle spielen bzw. wo gibt es Überschneidungen?
- Welche Möglichkeiten für gemeinsame präventive Ansätze gibt es?

4 Material und Methoden

4.1 Qualitative Forschungsmethodik

Das Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, durch die Befragung beider Expertengruppen ein möglichst differenziertes Bild der aktuellen Zusammenarbeit von Haus- und ZahnärztInnen zu erhalten. Das qualitative Vorgehen ermöglicht die Integration ganz unterschiedlicher Sichtweisen und Wahrnehmungen auf die benannten Forschungsfragen.⁽⁴⁵⁾ Dabei wird sich dem Forschungsgegenstand nach dem Prinzip der Offenheit seitens des Untersuchers möglichst unvoreingenommen genähert. Dadurch können auch unerwartete Informationen erfasst werden. Der qualitative Forschungsansatz ermöglicht jedoch eine Ergänzung von weiteren Forschungsfragen auch während des Auswertungsprozesses. Die initialen Überlegungen zu Beginn des Forschungsprozesses können dadurch immer wieder überprüft und ergänzt werden. Ziel ist es, eine vor Beginn der Materialauswertung entwickelte Forschungsfrage mithilfe des Materials zu beantworten.

Dabei ermöglicht qualitative Forschung eine Art „Momentaufnahme“ in Form einer Zustandsanalyse zum Zeitpunkt der Befragung. Als Expertenwissen wurden dabei die Erkenntnisse der Haus- und ZahnärztInnen zu den einzelnen Themen gewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein hilfreiches Auswertungsverfahren, mit dem das gegenwärtige Verständnis beider Arztgruppen vertieft beschrieben werden kann. Für die Beantwortung der Fragestellungen ist ein qualitativer Ansatz als besonders vielversprechend anzusehen, um ein facettenreiches Bild zu erhalten.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach P. Mayring

Die qualitative Forschung als Gegenentwurf zu einem rein quantitativen Denken in der Wissenschaft etablierte sich in Deutschland zunehmend seit den 1970er Jahren. Nach dem Vorbild der amerikanischen Feldforschung wurde vor allem in der Soziologie und den Erziehungswissenschaften unter dem Begriff der „qualitativen Sozialforschung“ begonnen, sich einem Forschungsgegenstand beobachtend und interpretativ zu nähern.^(46,47)

Philipp Mayring entwickelte 1988 ein Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse, welches die methodische Grundlage dieser Arbeit darstellt.

Die Analyse des vorliegenden Materials erfolgt dabei anhand einer formulierten Fragestellung, die zuvor theoriegeleitet entwickelt wurde. Umfangreiches Textmaterial

kann dadurch auf einen bestimmten Sachverhalt hin untersucht und gebündelt werden.(48,49)

Mayring unterscheidet drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse.

Die **zusammenfassende Inhaltsanalyse** versucht ein zugrundeliegendes Material so zu reduzieren, dass am Ende eine überschaubare Kurzversion entsteht, die wesentlichen Inhalte und Aspekte eines Textes jedoch erhalten bleiben. Im Gegensatz dazu ist das Ziel der **explizierenden Inhaltsanalyse** durch Hinzuziehen von zusätzlichem Material zu einzelnen Textstellen und – auszügen diese besser verständlich und einer weiteren Interpretation zugänglich zu machen.(47,50)

Für die Analyse des dieser Arbeit zugrundeliegenden Materials wurde die **strukturierende Inhaltsanalyse** verwendet. Sie dient zur Einschätzung eines Materials unter bestimmten, zuvor definierten Kriterien. Vor Beginn der Materialanalyse werden das Analyseziel durch die Formulierung einer Forschungsfrage und das zu analysierende Textmaterial festgelegt. Durch die Entwicklung eines Kategoriensystems aus dem festgelegten, vorliegenden Material heraus soll eine präzise, möglichst lückenlose Strukturierung von umfangreichem Textmaterial erfolgen.(50) Ziel der strukturierenden Inhaltsanalyse ist es, das vorliegende Material durch die Bildung von Kategorien in Hinblick auf die festgelegte Fragestellung und ein zuvor definiertes Abstraktionsniveau (wie nah soll durch die Formulierung von Kategoriebezeichnungen am Material geblieben werden) zu systematisieren. Des Weiteren bietet die strukturierende Inhaltsanalyse nach P. Mayring beim Auswerten eines umfangreichen Datensatzes die Möglichkeit, stets neue Kategorien aus dem Material heraus zu bilden und dadurch das Forschungsmaterial zu strukturieren ohne inhaltlich bedeutsame Aspekte zu reduzieren. Somit kann das Material flexibel und stets offen für neu gewonnene Erkenntnisse während des Auswertungsprozesses bearbeitet werden.

Das entstandene Kategoriensystem kann im Anschluss weiter hinsichtlich der Fragestellung analysiert und interpretiert werden, es ist jedoch ebenso möglich quantitative Aussagen z.B. zur Häufigkeit des Auftretens einzelner Kategorien zu treffen.(49).

Die strukturierende Inhaltsanalyse wird in vier Formen (die inhaltliche, die formale, die typisierende und die skalierende Inhaltsanalyse) unterschieden. Für diese Arbeit wurde die inhaltliche Strukturierung gewählt.(45) Sie erlaubt es, thematische

Material und Methoden

Schwerpunkte und bestimmte Themenbereiche aus dem Material zu extrahieren und zusammenzufassen.(45,46)

Die inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse folgt einem definierten Ablauf.(47)

Das Material wird zunächst systematisch, wie bereits oben beschrieben, Zeile für Zeile durchgesehen. Sobald eine zur Fragestellung passende Textstelle gefunden wurde, wird eine Kategorie definiert. Um möglichst nah am zu bearbeitenden Material zu bleiben, dient ein Wort oder ein Satz aus dem Material als Kategorienbezeichnung. Jedes Mal, wenn beim weiteren Materialdurchgang eine zu einer bereits bestehenden Kategorie passende Textpassage gefunden wird, wird diese Textstelle der Kategorie zugeordnet. Diesen Vorgang bezeichnet man als Subsumption. Nach diesem Prinzip erfolgt der Durchgang eines Teils des zu analysierenden Materiales, je nach Umfang ca. 10-50% des Gesamtmateriales. Das somit entstandene Kategoriensystem wird nun überarbeitet, in dem geprüft wird, ob die formulierten Kategorien zu der zuvor festgelegten Fragestellung und dem Abstraktionsniveau passen. Außerdem werden Kategoriedoppelungen und – überlappungen überarbeitet. Mittels des überarbeiteten Kategoriensystems wird nun das gesamte Material durchgearbeitet. Das für die Auswertung der Interviews benötigte Kategoriensystem wurde im Grundprinzip induktiv, d.h. aus dem vorliegenden Material heraus entwickelt. Mayring betont bei diesem Vorgehen, dass damit „eine systematische Ableitung von Auswertungsgesichtspunkten aus dem Material“ gewährleistet wird.(47) In seiner Grundstruktur orientiert sich das Kategoriensystem an dem deduktiv erarbeiteten Interviewleitfaden. Letztlich ist das Kategoriensystem also das Ergebnis eines kombiniert sowohl induktiven (durch Kategorienbildung aus dem vorliegenden Material heraus) als auch deduktiven (durch theoretische Vorüberlegungen aus dem Interviewleitfaden) Vorgehens. Die Kombination beider Methoden bei der Bearbeitung eines umfangreichen Textmaterials ist laut Flick (2010) eine häufig angewandte Methode.(51)

Das folgende schematische Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse zeigt das systematische Vorgehen dieser Methode. Die Schritte 1 bis 3 beziehen sich auf die Kategorienbildung und das Erstellen des Kategoriensystems (vgl. oben), die Schritte 4 bis 8 auf das Durcharbeiten des Materials anhand der zuvor definierten Kategorien.

Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse(49)

- Schritt 1: Bestimmung der Analyseeinheiten (des Materials)
- Schritt 2: Festlegung der Strukturierungsdimension (Fragestellung, Abstraktionsniveau)
- Schritt 3: Bestimmung der Ausprägung, Zusammenstellung des Kategoriensystems
- Schritt 4: Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien
- Schritt 5: Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung
- Schritt 6: Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen
- Schritt 7: Überarbeitung, ggf. Revision von Kategoriensystem und Kategoriendefinition
- Schritt 8: Ergebnisaufbereitung

Nach einem kompletten Durchgang des Materials erfolgt eine weitere Zusammenfassung von herausgefilterten Textstellen innerhalb einer Unterkategorie bzw. einer Hauptkategorie. Nach den Prinzipien der Zusammenfassung können Kategorien so durch Generalisierung, Selektion und Bündelung zu Themenkomplexen und inhaltlichen Schwerpunkten zusammengefasst werden.(47)

Qualitative Inhaltsanalyse vs. Grounded Theory

Ein weiteres etabliertes Verfahren der Text- und Materialanalyse im Bereich der qualitativen Forschung ist die Grounded Theory. Dieses Verfahren wurde maßgeblich von Glaser und Strauss seit Ende der 1960er Jahre entwickelt.(52) Im Rahmen dieser Methode sollen Theorien aus dem vorliegenden Material heraus entstehen. Dabei soll ihre Entwicklung nicht durch bereits bestehende Theorien eingeschränkt werden. Während der Materialanalyse und Theoriengenerierung wird kein zuvor definiertes Abstraktionsniveau eingehalten, vielmehr wird der Forschungsprozess fortwährend durch das Einbeziehen von neuen Ideen und Hypothesen während der Materialanalyse, Überlegungen zu zugrundeliegenden sozialen Phänomenen und Vergleiche mit bereits bestehenden Theorien beeinflusst und erweitert. Das Ziel der Grounded Theory ist die Entwicklung einer empirisch fundierten Theorie, durch die ein Sachverhalt möglichst umfassend und unter Einbeziehung möglichst vieler beeinflussender Faktoren ergründet werden kann.

Im Vergleich zur Grounded Theory wird das zu analysierende Material bei der qualitativen Inhaltsanalyse während des gesamten Auswertungsprozesses stets durch die Bezugnahme zur initialen, theoriegeleiteten Forschungsfrage betrachtet. Es werden nur Textstellen in das Kategoriensystem integriert, die in engem Bezug zur Forschungsfrage stehen. Das vor der Auswertung festgelegte Abstraktionsniveau wird eingehalten, die Analyse erfolgt eng am Text und dient der Beantwortung der Forschungsfrage. Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist das Strukturieren von Informationen eines umfangreichen Textmaterials und Formulierung von Thesen zur Beantwortung einer zuvor entwickelten Fragestellung. Da in dieser Arbeit ein sehr umfangreiches Textmaterial hauptsächlich von nur einer Person analysiert wurde und das Ziel dieser Arbeit die inhaltliche, informationsgeleitete Erschließung eines bisher nur wenig untersuchten Forschungsfeldes war, wurde sich bewusst für die strukturierende Inhaltsanalyse entschieden.

4.2 Ablauf der Studie

Alle teilnehmenden HausärztInnen und ZahnärztInnen wurden anhand eines teilstrukturierten Interviewleitfadens, der zuvor von der Doktorandin selbst entwickelt wurde, befragt. Die Befragung erfolgte in den Praxen der InterviewpartnerInnen durch die Doktorandin nach den regulären Sprechzeiten. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet. Zuvor hatten alle Teilnehmenden schriftlich ihr Einverständnis zur Aufzeichnung, Speicherung und anonymisierten Auswertung des Audiomaterials sowie weiterer erhobener Daten im Einklang mit der geltenden Datenschutzgesetzgebung und den Prinzipien guter wissenschaftlicher Praxis erklärt. Auf das Einholen eines Ethikvotums wurde auch auf Empfehlung des Erstbetreuers verzichtet, da es sich um Interviews mit medizinischen ExpertInnen zu ihrer Rolle und Tätigkeit als ÄrztIn handelte und keine PatientInnen befragt oder Informationen über einzelnen PatientInnen erfragt wurden. Zudem orientierten wir uns an methodisch vergleichbaren Arbeiten, bei denen ebenfalls auf ein Ethikvotum verzichtet wurde.(53,54)

Gemäß dem Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) §(5) wurden die TeilnehmerInnen über das Wesen der Studie und potentielle Risiken aufgeklärt.(55) Die Auswertung der Studiendaten erfolgte pseudonymisiert. Die Anonymität der

Befragten wurde nach bestem Wissen und Gewissen gewahrt. Die Namen der TeilnehmerInnen wurden während der Aufzeichnung nicht genannt bzw. bei der wörtlichen Transkription nicht aufgeführt. Die Audiodateien wurden mit einem Code aus Buchstaben und Zahlen benannt.

Es erfolgten die wörtliche Transkription sowie die Auswertung der Interviews anhand eines Kategoriensystems durch die Doktorandin.

4.3 Konzeption und Vorbereitung der Datenerhebung

4.3.1 Das Leitfadeninterview als Instrument der Datenerhebung

Als Instrument für die Erhebung der Daten wurde das Leitfadeninterview gewählt. Diesem liegen die Formulierung von Forschungsfragen zu Beginn des Forschungsprozesses und die Entwicklung eines auf theoretischer Grundlage deduktiv konzipierten Leitfadens zu Grunde.

Strübing (2013) beschreibt den Vorteil eines Leitfadeninterviews im Vergleich zu einem nur schwach strukturierten Gespräch damit, dass der Interviewleitfaden zwischen den beiden gegensätzlichen Anforderungen an ein Interview- Offenheit und Strukturiertheit- vermittele, (...) denn er „... enthält eine Reihe relevanter Themen und Fragerichtungen, ohne aber in den Frageformulierungen und (...) in der Themenabfolge restriktiv zu sein“. (56) Dadurch werde gewährleistet, das Forschungsthema umfangreich zu erschließen. Das Formulieren von ergänzenden Fragen und das Notieren von Stichworten auf dem Leitfaden seien bei einem versierten Umgang mit dem Leitfaden zulässig. Bei der Durchführung der Interviews soll es der Leitfaden ermöglichen, ein Gespräch „von Frage zu Frage zu moderieren, dabei den Gesprächsfluss zu erhalten und zugleich die möglichst vollständige Bearbeitung aller geplanten Themen im Blick zu behalten“. (56)

Gläser und Laudel (2009) formulieren vier Anforderungen an einen Interviewleitfaden wie folgt. (45)

1. **Reichweite:** Der Interviewleitfaden soll ein möglichst breites Spektrum von Problemen ansprechen und „Erzähleregungen“ für die Befragten bieten.
2. **Spezifität:** Themen und Fragen sollen in spezifischer Form behandelt werden, „der Interviewleitfaden muss das Erkenntnisinteresse in den Kontext des Erfahrungshintergrundes des Befragten setzen.“

3. **Tiefe:** Durch den Leitfaden sollen die Befragten bei der Darstellung ihrer Antworten und deren Bedeutung unterstützt werden.
4. **Personaler Kontext:** Der Leitfaden soll es ermöglichen, den persönlichen und sozialen Kontext der Befragten und deren Antworten zu erfassen.

4.3.2 Der Interviewleitfaden dieser Arbeit

Für die Erhebung der Daten wurde in einem Zeitraum von drei Monaten ein teilstrukturierter Interviewleitfaden erstellt.

Während der Erstellung des Leitfadens erfolgte im Sinne einer Qualitätssicherung zu mehreren Zeitpunkten die gemeinsame Überarbeitung der Themen, Formulierungen und Abfolge der Fragen mit drei wissenschaftlichen MitarbeiterInnen des Institutes für Allgemeinmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Der Interviewleitfaden beinhaltet die Themenkomplexe „bisherige Erfahrungen mit der Zusammenarbeit“, „Fallbeispiele aus der Praxis“, „Krankheitsbilder“, „Patientengruppen“ und „Prävention“ sowie „Ideen zur Verbesserung der Zusammenarbeit“.

Folgende Fragen wurden den InterviewpartnerInnen während der Interviews gestellt (angepasst an das jeweilige Fachgebiet):

1. Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit der Zusammenarbeit mit ZahnärztInnen/ mit HausärztInnen gemacht?
2. Können Sie sich an einen Fall erinnern, bei dem die Zusammenarbeit mit einer zahnärztlichen KollegIn/ einer hausärztlichen KollegIn besonders gut war?
3. Können Sie sich an einen Fall erinnern, bei dem die Zusammenarbeit mit einer zahnärztlichen/ einer hausärztlichen KollegIn besonders schlecht war?
4. Wie beziehen Sie die ZahnärztIn/ die HausärztIn einer PatientIn gegebenenfalls in Überlegungen zur Behandlung ein?
5. Welche Rolle spielt die hausärztliche Betreuung für die Zahngesundheit?
6. Wann ist es für Sie von Bedeutung, über die Zahngesundheit Ihres Patienten informiert zu sein? bzw. Welche Informationen über die allgemeine gesundheitliche Situation sind für Sie als ZahnärztIn bedeutsam?
7. Welche Rolle spielt die zahnärztliche/ die hausärztliche Versorgung ihrer Meinung nach für Patienten mit chronischen Erkrankungen?

8. Bei welchen akuten Krankheitsbildern ist Ihrer Meinung nach eine Zusammenarbeit mit der ZahnärztIn/ der HausärztIn sinnvoll?
9. Für welche Patientengruppen ist eine regelmäßige zahnärztliche Betreuung aus Ihrer Sicht besonders wichtig?
10. Stichwort Prävention: Wo sehen Sie dabei die Rolle der ZahnärztIn/ der HausärztIn?
11. Gibt es Situationen, in denen beide Fächer bei der Prävention eine Rolle spielen bzw. wo gibt es Ihrer Meinung nach Überschneidungen?
12. Wie beurteilen Sie (zusammenfassend) eine regelmäßige Zusammenarbeit von Hausarzt und Zahnarzt?
13. Sehen Sie die Notwendigkeit einer verstärkten Kooperation mit den zahnärztlichen/ den hausärztlichen KollegInnen?

4.3.3 Festlegung des Samples

Bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen wurden verschiedene Samplingverfahren kombiniert, die laut Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) in der qualitativen Forschung angewandt werden.⁽⁵⁷⁾ Am Anfang des Forschungsprozesses erfolgte die Auswahl der InterviewpartnerInnen vorwiegend durch das *snowball* - Sampling. Dabei orientiert sich die Auswahl der Befragten an den im Forschungsfeld vorhandenen Kontakten: InterviewpartnerInnen empfehlen weitere Personen, mit denen sie vernetzt sind. Dieses Verfahren ist laut Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) vor allem vorteilhaft, wenn ein Zugang zu einem bisher unerforschten Forschungsfeld geschaffen wird. Im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses wurde die Auswahl geeigneter InterviewpartnerInnen anhand weiterer Kriterien festgelegt, unter anderem das Alter und Geschlecht der Befragten betreffend (qualitatives Sampling).⁽⁵⁷⁾

4.3.4 Rekrutierung von InterviewpartnerInnen

Zunächst wurde mit der Rekrutierung von HausärztInnen begonnen. Während des regelmäßig stattfindenden Lehrärztetreffens des Institutes für Allgemeinmedizin der Charité Berlin erfolgte die Vorstellung des Forschungsvorhabens und der grundsätzlichen Fragestellungen. Die teilnehmenden ÄrztInnen betreuen

Medizinstudierende im Rahmen des Studiums während des Blockpraktikums im sechsten klinischen Semester. Interessierte ÄrztInnen konnten im Anschluss Namen und Kontaktdaten in eine ausliegende Liste eintragen. So konnten fünf InterviewpartnerInnen gewonnen werden. Im Verlauf konnten drei weitere HausärztInnen aus dem Lehrpraxennetzwerk der Charité rekrutiert werden.

Zur Rekrutierung von ZahnärztInnen wurden zum einen persönliche Kontakte zu behandelnden ZahnärztInnen von FreundInnen und Angehörigen genutzt. Dadurch konnten sechs InterviewpartnerInnen aus der Gruppe der ZahnmedizinerInnen gewonnen werden. Zwei weitere ZahnärztInnen erklärten sich nach Anfrage von zwei zuvor befragten HausärztInnen zur Teilnahme an einem Interview bereit.

4.4 Datenerhebung

Beide Fachgruppen wurden anhand desselben Interviewleitfadens befragt. Bei den Interviews waren nur die zu befragende Haus- bzw. ZahnärztIn und die Untersucherin anwesend. Vor Beginn des Interviews wurden die Befragten mit wenigen Sätzen in die Problematik der Studie eingeführt. Dabei wurden jedoch weder genaue Fragestellungen noch Erwartungen an die Befragten formuliert. Das persönliche Erleben und individuelle Erfahrungen der Befragten standen während der Interviews im Vordergrund. Bei der Durchführung der Interviews wurde zu Beginn stets eine offene Frage zu den bisherigen Erfahrungen der Zusammenarbeit mit KollegInnen des anderen Fachgebietes formuliert. Häufig wurden bei der Beantwortung schon verschiedene Schwerpunkte benannt, auf die dann im weiteren Gesprächsverlauf eingegangen wurde. Es wurde darauf geachtet, alle im Interviewleitfaden formulierten Themen anzusprechen und damit eine Vergleichbarkeit der Interviews zu gewährleisten. Bei der Durchführung der Interviews wurde stets nach dem teilstrukturierten Interviewleitfaden vorgegangen, es erfolgten jedoch individuelle Abweichungen bezüglich der Reihenfolge der Themen während des Gesprächsverlaufes.

Während der Interviews wurde darauf geachtet, offene Fragen zu formulieren und so wenig wie möglich wertend auf die Antworten der Befragten einzugehen.

Die durchgeführten Interviews wurden digital aufgezeichnet.

Während der Durchführung der Interviews zeigte sich eine zunehmende inhaltliche Sättigung bzw. stetige Wiederholung von Themenkomplexen, was eine Begrenzung von acht InterviewpartnerInnen pro Fachgebiet rechtfertigt.(58)

4.5 Auswertung der Daten

4.5.1 Vorbereitung der Auswertung

Die aufgezeichneten Interviews wurden mittels des Programmes „f4transkript“ wörtlich transkribiert. Dabei wurden umgangssprachliche Formulierungen getreu dem Wortlaut im Interview übernommen. Außerdem wurden Lachen, längere Gesprächspausen und nonverbale Äußerungen, wie zum Beispiel Gesten, die zur Verdeutlichung einer Aussage von den Interviewpartnern gemacht wurden, in den Transkripten aufgeführt. Ziel ist es, die Aussagen der Interviewpartner durch Zusatzinformationen zur Situation besser einordnen zu können.

4.5.2 Auswertung der Interviews

Entwicklung des Kategoriensystems

Anhand des Leitfadens und der daraus abgeleiteten Kategoriendefinitionen erfolgte zunächst ein erster Durchgang eines Teils des Textes zur ersten Erarbeitung des Kategoriensystems anhand von sechs Interviews (jeweils drei Interviews mit HausärztInnen und ZahnärztInnen), was 37,5% des Gesamtmaterials entspricht.

Gemäß dem Vorgehen der strukturierenden Inhaltsanalyse (vgl. oben) folgte dann anhand dieses Kategoriensystems ein Durchgang des kompletten Materials. Bei der Sichtung von Textstellen, die keiner der bisher vorhandenen Kategorien zuzuordnen waren, wurde eine neue Kategorie erstellt. Dabei wurde zunächst darauf verzichtet, Kategorien zu entfernen, da so eine spätere Bearbeitung bzw. Diskussion von Diskrepanzen theoretischer Überlegungen und zum vorliegenden Material auch zu einem späteren Zeitpunkt möglich ist.(59)

In kontinuierlichem Austausch mit einem wissenschaftlichen Mitarbeiter des Institutes für Allgemeinmedizin erfolgte eine mehrfache Überarbeitung des Kategoriensystems.

Zuordnung der Textstellen zu Kategorien

Nach dem Erstellen einer endgültigen Version des Kategoriensystems folgten ein zweiter Materialdurchgang und eine Extraktion von Textstellen sowie deren Zuordnung zu einer Kategorie.

Für jede Kategorie wurde eine Zahl vergeben. Anhand einer Tabelle, wurden die ausgewählten Textstellen der einzelnen Interviews jeweils einer Kategorie zugeordnet.

Die Zuordnung der einzelnen Textstellen zu einer Kategorie erfolgte zum einen anhand der Benennung spezifischer Begriffe und Schlüsselwörter (vgl. Beispiel 1), aber auch kontextgebunden nach inhaltlichen Schwerpunkten einer Aussage. Dadurch ergaben sich auch Neuzuordnungen einzelner Aussagen zu einer anderen Kategorie, die sich bei Betrachtung des Kontextes der Aussage als passender darstellte (vgl. Beispiel 2). Dabei konnten einige Textstellen auch mehreren Kategorien zugeordnet werden.

Beispiel 1:

„Ja, natürlich Schwangere. Die gehören natürlich besonders intensiv betreut, (...) ja, keine Frage. (ZA 4, Z291-292)

enthaltene Begriffe	Mögliche Kategorien ggf. Unterkategorien	Kontext	Zugeordnete Kategorie ggf. Unterkategorie
Betreuung von Schwangeren	Patientengruppen <i>Schwangere</i>	Frage nach möglichen gemeinsamen Patientengruppen	Patientengruppen <i>Schwangere</i>

Tabelle 2: Beispiel 1

Beispiel 2:

(...) aber eine Zahn-OP ist ja trotzdem etwas unglaublich Belastendes für den Patienten. Also reagiert er auch mit dem Herzen, meist mit `nem schnelleren Herzschlag. Und wenn er sowieso schon `ne absolute Arrhythmie hat und bekommt dann noch dazu so `ne Tachykardie, das ist einfach u n g e s u n d fürs Herz, ja, oder auch für den Kopf!“ (...) (HA 3, Z474-478)

Material und Methoden

enthaltene Begriffe	Mögliche Kategorien Unterkategorien	Kontext	Zugeordnete Kategorie Unterkategorie
Zahn- OP, Herz, absolute Arrhythmie, Tachykardie	Chronische Erkrankungen <i>Herz- Kreislaufkrankungen</i> akute Krankheitsgeschehen <i>operative zahnärztliche Eingriffe</i>	Frage nach möglichen Problemen bei Medikamenteneinnahme, Befragte kommt auf <i>bridging</i> zu sprechen, erläutert dann die möglichen Komplikationen bei einem Absetzen der antikoagulierenden Therapie zu sprechen	<i>bridging</i> <i>Allgemeinerkrankungen</i> <i>beachten</i>

Tabelle 3: Beispiel 2

Bei der endgültigen Auswertung der Ergebnisse erfolgte im Sinne der Zusammenfassung als Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. oben) eine Bündelung verschiedener Unterkategorien zu einem inhaltlichen Themenkomplex. Dadurch konnten Aussagen zu interessanten Teilaspekten eines Problemfeldes berücksichtigt werden, die nur von einer InterviewpartnerIn benannt und als einzige Aussage einer Unterkategorie zugeordnet wurden. Damit wurde ein facettenreiches Bild der analysierten Transkripte ermöglicht.

Beispiel 3

Übergeordnete Kategorie	Unterkategorien	Zusammenfassung zu Themenkomplex
Diabetes mellitus	30. Mundhygiene 31. schlechte Wundheilung 32. regelmäßige Kontrollen notwendig 33. Probleme bei Zahnbehandlung durch Blutzuckerentgleisung	Herausforderungen und Probleme bei der Behandlung von Diabetikern

Tabelle 4: Beispiel 3

5 Ergebnisse

5.1 StudienteilnehmerInnen

An den Interviews nahmen jeweils vier weibliche und vier männliche HausärztInnen sowie drei weibliche und fünf männliche ZahnärztInnen teil. Ein Interview wurde mit einem Zahnarztehepaar geführt, beide beteiligten sich mit gleichem Redeanteil an dem Gespräch.

Der Altersdurchschnitt lag bei 51 Jahren. Die HausärztInnen waren im Durchschnitt 20,2 Jahre und die ZahnärztInnen durchschnittlich 17,8 Jahre ärztlich tätig. Die Scheinzahl betreuter PatientInnen der HausärztInnen lag durchschnittlich bei 1300 pro Quartal, bei den ZahnärztInnen bei ca. 1150 pro Quartal.

Nur ein Befragter aus der Gruppe der HausärztInnen nahm durch seinen Praxisstandort an der ländlichen Versorgung teil, alle anderen HausärztInnen hatten ihre Praxen in Berlin. In der Gruppe der ZahnärztInnen wurden drei Teilnehmer aus Berlin, zwei aus Erfurt (Thüringen) und zwei aus dem Kreis Weimarer Land (Thüringen) befragt.

Drei der Befragten HausärztInnen verfügten über die Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und „Homöopathie“ und ein Teilnehmer über die Zusatzbezeichnungen „Geriatric“, „Suchtmedizin“ und „Psychotherapie“. In der Gruppe der ZahnärztInnen gab es keine Zusatzbezeichnungen.

Die folgende Tabelle beschreibt die teilnehmenden HausärztInnen und ZahnärztInnen nach Geschlecht, Alter, Ort und eventuellen Zusatzbezeichnungen.

	Geschlecht	Alter	Bundesland/ Landkreis	Zusatzbezeichnung/ spezielle Fachkenntnis
HA 1	weiblich	52	Berlin	keine
HA 2	männlich	46	Berlin	keine
HA 4	weiblich	45	Berlin	Naturheilverfahren. Homöopathie
HA 3	weiblich	65	Berlin	Naturheilverfahren, Homöopathie

Ergebnisse

	Geschlecht	Alter	Bundesland/Kreis	Zusatzbezeichnung/ spezielle Fachkenntnisse
HA 5	weiblich	51	Berlin	Naturheilverfahren, Akupunktur
HA 6	männlich	49	Berlin	Hypertensiologie
HA 7	männlich	67	Landkreis Oberhavel/ Brandenburg	Psychotherapie, Geriatric, Suchtmedizin
HA 8	männlich	56	Berlin	keine
ZA 1	männlich	36	Berlin	keine
ZA 2	weiblich	52	Erfurt	keine
ZA 3	weiblich	63	Kreis Weimarer Land/ Thüringen	keine
ZA 4	männlich	63	Kreis Weimarer Land/ Thüringen	keine
ZA 5	männlich	53	Berlin	Implantologie/ Endodontologie
ZA 6	weiblich	49	Berlin	keine
ZA 7	männlich	48	Erfurt	keine
ZA 8	männlich	56	Erfurt	keine

Tabelle 5: StudienteilnehmerInnen

5.2 Einschätzung der Zusammenarbeit zwischen Haus- und ZahnärztInnen

Die bisherige Zusammenarbeit wurde von den InterviewteilnehmerInnen unterschiedlich bewertet.

Fünf der teilnehmenden HausärztInnen und vier der ZahnärztInnen berichteten von einer großen Offenheit der Kollegen, wenn diese mit spezifischen Fragestellungen an sie herantreten.

„Sie funktioniert, wenn die Kommunikation aufgenommen wird, funktioniert sie im Prinzip gut. Ich denke, wir verstehen, was die Kollegen wissen wollen und die Kollegen scheinen auch zufrieden zu sein mit der Rückantwort.“ (HA 3, Z15-17)

Ergebnisse

Sowohl die mündliche Kommunikation am Telefon als auch ein schriftlicher Austausch funktionierten nach Ansicht der Befragten gut. Häufig erfolge auch die Kommunikation indirekt über PatientInnen, das heißt die behandelnden HausärztInnen informieren sich bei Ihren PatientInnen über den Stand einer zahnärztlichen Behandlung. Von Vorteil sei insbesondere die Kommunikation mit KollegInnen, die im Umkreis der eigenen Praxis arbeiten und zu denen dadurch ein persönlicher Kontakt besteht. Ein „lokales Netzwerk“ aus persönlichen Kontakten vereinfache laut einem Großteil der Befragten die Interaktion.

Nur eine Hausärztin beklagte explizit eine generell ungenügende Zusammenarbeit und fehlende Kommunikationsbereitschaft seitens der zahnärztlichen KollegInnen. Ein Großteil der befragten HausärztInnen sah allerdings nur wenige Überschneidungen der beiden Fachgebiete und beurteilte die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit daher als gering.

„Mh, ja, also eigentlich relativ wenig Erfahrungen. Das liegt aber daran, dass die Arbeitsgebiete wahrscheinlich ziemlich weit auseinander liegen.“ (HA 7, Z15-16)

Vier ZahnärztInnen gaben an, bisher vor allem positive Erfahrungen mit der Zusammenarbeit mit HausärztInnen gemacht zu haben. Nur ein Zahnarzt berichtete von einer ungenügenden Kooperation. Kritik wurde eher im Zusammenhang mit Einzelaspekten des interdisziplinären Kontaktes geäußert (siehe Kapitel 5.2.1.). Seitens eines Zahnarztes war eine Zusammenarbeit mit HausärztInnen in seiner Praxis bisher noch nie erfolgt.

Drei ZahnärztInnen gaben an, dass sich in ihrer Tätigkeit mehr Gelegenheiten und Gründe zur Interaktion mit anderen Fachgebieten wie der Hals- Nasen- Ohrenheilkunde und eher nicht mit HausärztInnen ergäben.

„Die Schnittstelle aus ´ner anderen Sicht ist tatsächlich doch schon hin und wieder mal da gewesen, dass von HNO - aber eben nicht Hausärzten (...).“ (ZA 1, Z 31-32)

Als Problem für eine nur geringe Zusammenarbeit im alltäglichen Praxisbetrieb wurden von einigen Befragten beider Seiten eine schwierige telefonische Erreichbarkeit der KollegInnen während der Sprechzeiten und eine mangelnde Rückrufbereitschaft gesehen. Auch eine mangelnde Information über die

Ergebnisse

Neuerordnung von Medikamenten und dadurch mögliche Interaktionen mit der vorbestehenden medikamentösen Therapie der PatientIn wurden von beiden Fachdisziplinen kritisiert.

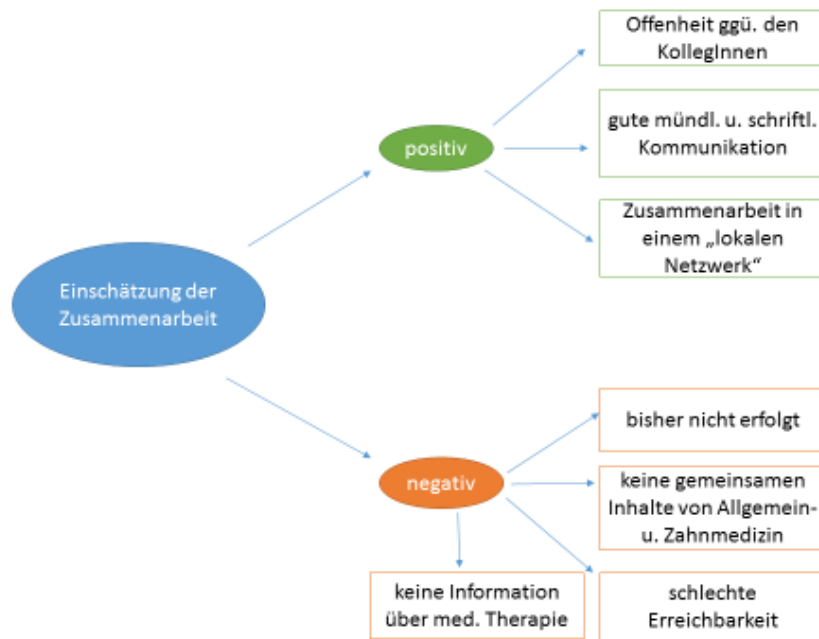


Abbildung 1: Kategoriensystem „Einschätzung der bisherigen Zusammenarbeit“

5.2.1 Gegenseitige Kritik und Erwartungen beider Fachdisziplinen

5.2.1.1 Kritik und Erwartungen der HausärztInnen

Informationsaustausch

Mehrere der befragten HausärztInnen gaben an, häufig nicht über eine erfolgte zahnmedizinische Behandlung informiert zu sein. Sie wünschten sich darüber mehr Informationen von der behandelnden ZahnärztIn. Laut Aussage eines Hausarztes genüge schon eine kurze mündliche oder schriftliche Rückmeldung.

„(...) prinzipiell sage ich natürlich, mehr Austausch, Information, ganz kurz schriftlich oder per Email oder so wäre wünschenswert.“ (HA 8, Z204-205)

Besonders bei auffälligen Befunden bzw. Diagnosen, die auch für die allgemeinmedizinische Behandlung einer PatientIn von Bedeutung seien, wünschte sich eine Hausärztin eine Information von den ZahnärztInnen.

Ergebnisse

Eine Hausärztin betonte, dass sie sich besonders dann eine Information über die weitere Behandlung seitens der zahnärztlichen KollegInnen wünsche, wenn eine Vorstellung einer PatientIn auf ihre Initiative hin erfolgt sei.

„(...) zumindest wenn ich einen Patienten hingeschickt habe oder geraten hab, hinzugehen, wäre ein Feedback, find ich, dann immer gut. Weil der Patient manchmal gar nicht so genau weiß, was jetzt ist oder was gemacht werden soll (...).“ (HA 3, Z171-174)

Kontinuität der Betreuung

Einige HausärztInnen bemängelten, dass PatientInnen nach einem zahnärztlichen Eingriff häufig nicht ausreichend weiterbetreut würden. Das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder die Verordnung von Schmerzmitteln seien dann meist Aufgabe der HausärztInnen.

„(...) die bekommen nicht genügend Schmerzmittel, dann kommen sie immer. (...) So kann ich doch nicht mehr arbeiten gehen, (...) Ich geb´ Ihnen nicht nur für die Nacht ein Schmerzmittel, sondern ich rezeptier sie. Die können ja auch Rezepte ausstellen.“ (...) (HA 4, Z146-156)

Eine Hausärztin verwies darauf, dass auch ZahnärztInnen Rezepte für eine physiotherapeutische Behandlung, zum Beispiel bei Verspannungen im Schulter-Nacken-Bereich ausstellen könnten, was jedoch nur wenig genutzt werde.

„(...) auch mit der Krankengymnastik, also da muss man auch dazu sagen, der Zahnarzt schreibt die Krankengymnastik auf, das geht ja nicht auf das Budget vom Hausarzt. Das wissen die meisten nicht, dass der Zahnarzt auch ein Kontingent hat (...).“ (HA 3, Z511-513)

Eine andere Hausärztin kritisierte die mangelhaften Kenntnisse der ZahnärztInnen im Hinblick auf Schmerzmedikamente. Sie plädierte diesbezüglich für Fortbildungen, die auch durch die AllgemeinmedizinerInnen erfolgen könnten.

„(...) Wenn ich das lese, die benutzen zum Teil (...) Analgetika, die etwas überholt sind. Sie kennen, glaub ich, nur eine Sorte oder zwei und da denke ich da könnte auch mal ´ne Fortbildung stattfinden, dass man ihnen noch Tipps gibt, was es vielleicht noch für Analgetika, noch für andere Schmerzmittel gibt.“ (HA 5, Z290-293)

Ergebnisse

Berücksichtigung von Allgemeinerkrankungen

Laut Ansicht einiger HausärztInnen komme es vor, dass eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt werde, ohne den Allgemeinzustand bzw. die Vorerkrankungen von PatientInnen zu berücksichtigen.

So war ein Hausarzt darüber verärgert, dass eine seiner Patientinnen in hohem Alter und in mangelhaftem Ernährungszustand bei Tumorerkrankung noch einem langwierigen und nebenwirkungsreichen zahnärztlichen Eingriff unterzogen wurde.

„(...) ich (...) schaudere, wenn eine untergewichtige ältere Patientin, die zwei Tumorkrankheiten durch hat, über achtzig ist, vom Zahnarzt eine Implantation angeboten bekommt, deswegen etwa sechs Monate bis zu zwölf Monaten nicht richtig kauen kann, noch weiter Gewicht abnimmt, bis dann endlich die Implantate eingewachsen sind, die neuen Zähne gesetzt werden, die Patientin sozusagen glücklicher Weise überlebt hat. Da hab ich mich schon sehr geärgert und da war auch typischer Weise keinerlei Kontaktaufnahme im Vorfeld mit dem Hausarzt.“ (HA 8, Z23-28)

Eine weitere Hausärztin bemängelte, dass ihrer Meinung nach ZahnärztInnen vor allem auf das Gelingen eines zahnärztlichen Eingriffes fokussiert seien, ohne mögliche Auswirkungen der Behandlung auf die allgemeine Gesundheit der PatientInnen zu bedenken.

*„Und da hab ich bisher noch nicht erlebt, dass ein Zahnarzt selber auf die Idee gekommen ist, es könnte am Zusatz vom Adrenalin liegen mit den Herz- Kreislauf- Beschwerden, (...). Da scheinen die Zahnärzte in meinen Augen nicht besonders sensibilisiert zu sein. Ja, vielleicht bis ihnen der erste Patient mal zusammenklappt in der Praxis. Ansonsten sind die da ziemlich arglos und freuen sich eben eher über ´ne Extraktion, die nicht doll blutet, als dass es dem Patienten dabei gut geht.“
(HA 5, Z240-254)*

5.2.1.2 Kritik und Erwartungen der ZahnärztInnen

Informationsaustausch

Die gegenseitige Information über Behandlungsprozeduren wird auch von den ZahnärztInnen gegenüber den HausärztInnen angemahnt. So würde sich eine Zahnärztin eine Rückmeldung von der behandelnden HausärztIn über eine erfolgte Therapie wünschen, wenn sie selbst aufgrund auffälliger Befunde im Mundraum eine PatientIn zur Vorstellung bei der HausärztIn motiviert habe.

Ergebnisse

Viele der interviewten ZahnärztInnen waren der Meinung, dass zum Wohle der PatientInnen eine verbesserte Kommunikation mit den HausärztInnen wünschenswert sei. So könne es durch eine beiderseitige Rücksprache mit den allgemeinmedizinischen KollegInnen vermieden werden, die PatientInnen bei suspekten Befunden unnötig zu verunsichern.

„Aber wir können immer nur ´nen Verdacht äußern. Man muss auch vorsichtig sein. Denn wenn der Patient keine Beschwerden hat, darf man ihm auch keine einreden. Also das ist ´ne zweischneidige Sachen zwischen Hausärzten und Zahnärzten. Man müsste mehr zusammenarbeiten. Aber intern, ohne den Patienten zu verunsichern (...) Denn es ist ja, so wie nicht alles ´ne Herzerkrankung ist, ist nicht alles ´ne Zahnerkrankung, da muss man zusammenarbeiten.“ (ZA 5, Z140-143, Z221-223)

Berücksichtigung zahnmedizinischer Differentialdiagnosen

Von den befragten ZahnärztInnen wurde geäußert, dass HausärztInnen zu selten die Mundschleimhaut und den Zustand von Zähnen und Zahnhalteapparat als Ursache für Erkrankungen wahrnehmen würden und auch die Bedeutung entzündlicher Prozesse unterschätzten. Dies könne laut Ansicht einer Zahnärztin zu einer unnötigen Verlängerung der Beschwerden führen.

„(...) neulich, da hatte auch ein Patient massive Entzündungen im Mund, richtig so Abszesse und der Hausarzt hat da ewig rumgedoktert, hat ihn noch zum Hautarzt geschickt anstatt ihn zum Zahnarzt zu schicken. Auf die Idee ist der gar nicht gekommen. Das war ein Abszess, der musste inzidiert werden. Und der Hautarzt hat irgendwelche Salbe aufgeschrieben und war da scheinbar auch ein bisschen überfordert (...)“ (ZA 2, Z291-300)

Ein Zahnarzt bemängelte zudem fehlendes Wissen über Auswirkungen von Infektionskrankheiten und chronischen Erkrankungen auf die Mundgesundheit.

„Das ist im Prinzip ´ne Sache, dass die Hausärzte dort im Mundbereich auch zu wenig Bescheid wissen. Es geht vor allen Dinge um Infektionskrankheiten. Also nicht um Karies, das ist auch ´ne Infektion, sondern um solche Sachen, die den Allgemeinorganismus letztendlich nachher beeinflussen werden (...)“ (ZA 1, Z90-94)

Untersuchung des Mundes ist keine hausärztliche Routine

Viele ZahnärztInnen waren der Meinung, dass die Untersuchung des Mundes bei der körperlichen Untersuchung durch die HausärztIn meist nicht oder nur flüchtig durchgeführt werde. Sie betonten die Vorteile, die eine Untersuchung des Mundes

Ergebnisse

und das Erheben eines Zahnstatus als Teil der körperlichen Untersuchung in der hausärztlichen Praxis haben könnten. So könne man frühzeitig Erkrankungen im Mundraum und einen schlechten Zahnstatus erkennen und eine zahnärztliche Behandlung veranlassen.

„Man braucht nur in den Mund gucken, dann sieht man, ob das Zahnfleisch entzündet ist oder nicht oder ob da kranke Zähne drin sind mit großen Löchern. Also ich denke, das ist ´ne Sache von ein paar Sekunden, mal mit dem Mundspatel einfach mal rumzugucken.“ (ZA 8, Z374-377)

Die gegenseitigen Kritikpunkte von Haus- und ZahnärztInnen aneinander fasst die folgende Abbildung zusammen.



Abbildung 2: Kategoriensystem „Gegenseitige Kritik beider Fachdisziplinen“

5.2.2 Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit

Ein großer Teil der Befragten beider Fachgruppen war der Ansicht, dass durch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen HausärztInnen und ZahnärztInnen langfristig eine bessere Versorgung der PatientInnen zu gewährleisten sei. Es wurden von beiden Seiten zahlreiche Vorschläge für mögliche Maßnahmen genannt, die eine stärkere Vernetzung beider Fachdisziplinen und ein Bewusstsein für gemeinsame Problemfelder bewirken könnten. Eine frühzeitige Sensibilisierung für interdisziplinäre Konzepte müsse jedoch schon im Rahmen der Ausbildung erfolgen. Gemeinsame

Ergebnisse

Qualitätszirkel und Stammtische, mehr Informationen durch die Kammern und Bundesverbände in den Fachzeitschriften und gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen für Allgemein- und ZahnmedizinerInnen wurden als weitere mögliche Ansatzpunkte benannt.

Interdisziplinäre Ausbildung

Der Wunsch nach mehr interdisziplinärem Austausch schon während der Ausbildung wurde von beiden Fachgruppen geäußert. Beide thematisierten, dass die Trennung von Humanmedizin und Zahnmedizin bereits im Studium beginne und so eine inhaltliche Separierung von Beginn an gefördert werde. Die Inhalte des jeweils anderen Fachgebietes und mögliche Schnittstellen würden laut Ansicht vieler InterviewteilnehmerInnen kaum vermittelt.

Eine Hausärztin war der Meinung, dass die zahnärztlichen KollegInnen bereits von Beginn an ausschließlich auf den Kopf und den Mundraum fokussiert seien.

„Zahnärzte sind ja im Studium doch relativ begrenzt auf den Kopf anatomisch und eben die Zusammenhänge werden ihnen in Einzelfällen offensichtlich nicht klar genug dargelegt.“

(HA 5, 258-260)

Durch verstärkte Hinweise auf gemeinsame Inhalte könne jedoch einer Distanz zu einander im späteren Praxisalltag entgegengewirkt werden, hoffte ein Hausarzt.

Ein besseres Verständnis für die Zusammenhänge von Allgemeinerkrankungen und der Mundgesundheit könne sich nur entwickeln, wenn dafür schon im Rahmen des Studiums sensibilisiert und auf aktuelle gemeinsame Themen in der Forschung hingewiesen werde, so eine der ZahnärztInnen.

Gemeinsame Qualitätszirkel, Gesprächskreise und Stammtische

HausärztInnen berichteten von positiven Erfahrungen, die sie im Rahmen von gemeinsamen Stammtischen mit zahnärztlichen KollegInnen sammeln konnten.

Ein Hausarzt hob positiv hervor, dass man sich dabei über schwierige Fälle austauschen und dadurch einen guten Einblick in den Alltag der jeweils anderen Fachdisziplin gewinnen könne. Dadurch könnten Vorurteile abgebaut und das gegenseitige Verständnis für Arbeitsabläufe und Schwerpunkte im Alltag der jeweiligen FachkollegInnen gefördert werden.

Ergebnisse

Auch eine Zahnärztin fand die Idee gut, gemeinsame Stammtische mit HausärztInnen und ZahnärztInnen zu veranstalten. Ihrer Meinung nach gäbe es diese jedoch bisher nur sehr selten.

„Ich schätze mal, es gibt auch kaum gemischte Stammtische. Es gibt kaum gemischten fachübergreifenden Austausch zwischen Ärzten und Zahnärzten, muss man ganz ehrlich sagen.“

(ZA 4, Z254-257)

Mehr Informationen über Schnittstellen durch die Fachgesellschaften

Ein Hausarzt war der Meinung, man solle vermehrt in vielgelesenen allgemeinmedizinischen Fachzeitschriften auf die Schnittstellen mit der Zahnmedizin aufmerksam machen.

„Das ist gut, weil die ZFA [Zeitschrift für Allgemeinmedizin] ist verbreitet, DEGAM [Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin]-Mitglieder gibt es auch genug Verbreitung, oder Sie schreiben in diesem Deutschen Ärzteblatt (...), das ist ja was, was breitflächig interessant ist. (...).“ (HA 2, Z524-

529)

Auch ein Zahnarzt sah in den Fachzeitschriften eine wichtige Informationsquelle über Zusammenhänge der Zahnmedizin und der Allgemeinmedizin.

Einige Befragte beklagten ein mangelndes wissenschaftliches Interesse an Schnittstellen beider Fachgebiete und das Fehlen von interdisziplinären Studien. Sie seien in den wissenschaftlichen Fachzeitschriften sowie in den Publikationen der jeweiligen Fachgesellschaften und Landesorganisationen bisher kaum über mögliche Schnittstellen in der Patientenversorgung informiert worden.

Einige der HausärztInnen schlugen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen HausärztInnen und ZahnärztInnen vor, gemeinsame Fortbildungen zu spezifischen Themen zu veranstalten. Als geeignete Themen wurden von einigen Befragten die Aufklärung zu gesunder Ernährung und Genussmittelkonsum und deren Bedeutung für die Mundgesundheit, Verhalten bei der Betreuung von PatientInnen, die blutverdünnende Medikamente einnehmen oder die Herausforderungen in der Betreuung älterer PatientInnen genannt. Von den ZahnärztInnen wurde an dieser Stelle wieder das Wissensdefizit auf hausärztlicher Seite zum Zusammenhang von Diabetes mellitus und Parodontitis betont.

Ergebnisse

Ein Zahnarzt wies darauf hin, dass hierfür auch die Initiative der Berufsverbände und Kammern beider Fachbereiche nötig sei. VertreterInnen beider Fachdisziplinen sollten seiner Meinung nach in interdisziplinären Fortbildungsveranstaltungen zu gemeinsamen Themen sprechen und dadurch beide Gruppen auf den gleichen Wissensstand bringen.

5.3 Schnittstellen, Krankheitsbilder und Therapien

Die folgende Abbildung stellt die genannten Schnittstellen und angesprochenen Themenfelder dar, die in den folgenden Kapiteln weiter ausgeführt werden.

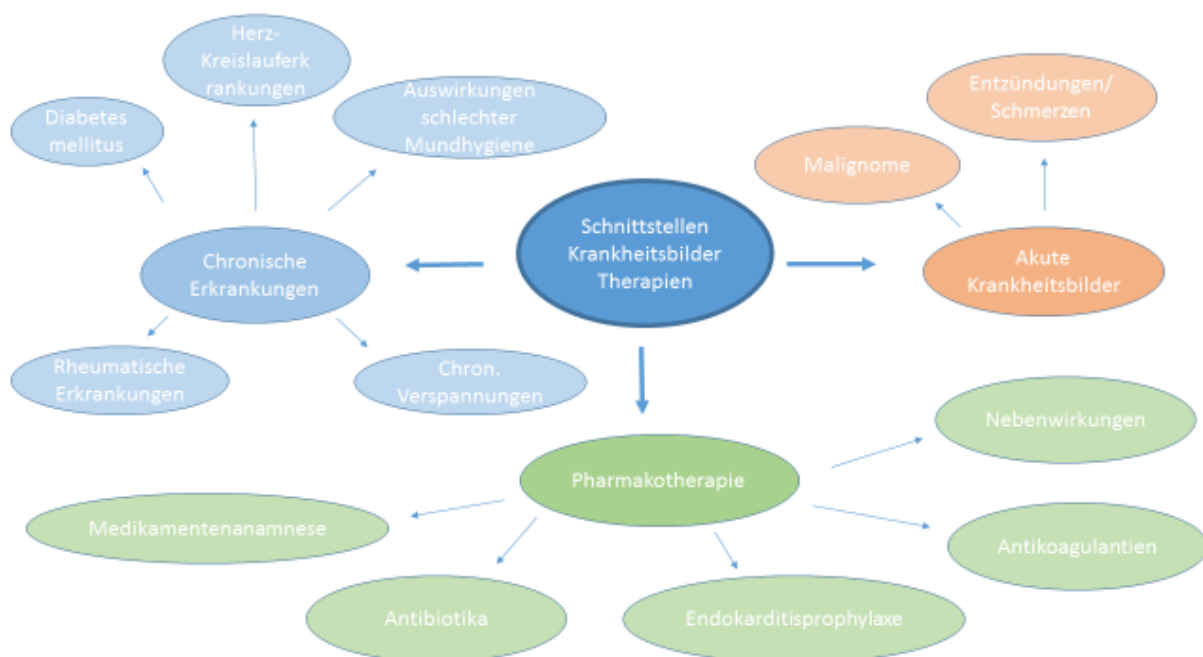


Abbildung 3: Kategoriensystem „Schnittstellen, Krankheitsbilder und Therapien“

5.3.1 Chronische Erkrankungen

Als mögliche Schnittstellen in der Patientenversorgung wurde von allen InterviewteilnehmerInnen die Betreuung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen geschildert. Die Befragten nannten zahlreiche Krankheitsbilder und erläuterten deren Auswirkungen auf die Mundgesundheit.

Schwerpunktmäßig wurde seitens der Befragten beider Fachdisziplinen auf Diabetes mellitus, Herz- und Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, eine Suppression des Immunsystems unterschiedlicher Ursachen

Ergebnisse

und die Auswirkung einer mangelhaften Mundhygiene allgemein und auf chronische Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich eingegangen.

Diabetes mellitus

Angehörige beider Fachgebiete waren sich darüber bewusst, dass es in Folge von Diabetes mellitus im Verlauf zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Mundgesundheit kommen kann.

Seitens der HausärztInnen wurde dies insbesondere mit einer allgemeinen Suppression des Immunsystems durch Diabetes mellitus und einer damit assoziierten gestörten Wundheilung bei Läsionen im Mund- und Rachenraum in Zusammenhang gebracht. Nur eine Hausärztin benannte explizit ein vermehrtes Auftreten von Zahnfleischerkrankungen und –entzündungen bei PatientInnen mit Diabetes mellitus.

Von allen ZahnärztInnen wurde das gehäufte Auftreten von Parodontitis und eine Beeinträchtigung der Mundgesundheit bei Diabetes mellitus hervorgehoben. Zahnfleischentzündungen und Zahnfleischbluten seien häufige und zum Teil schwer behandelbare Symptome bei dieser Patientengruppe. Dies könne wiederum zu einer ungenügenden Einstellung der Blutzuckerwerte führen. Viele PatientInnen mit Diabetes mellitus seien sich der Bedeutung der Mundgesundheit für ihre Grunderkrankung jedoch nicht bewusst, was aus Sicht der ZahnärztInnen auch an einer zu geringen Aufklärung der PatientInnen durch die HausärztInnen liege.

„Auch bei Diabetes, das ist ja nun sehr verbreitet. Es ist ja erwiesen, dass Diabetes und Zahnfleischerkrankungen, dass das zusammenhängt. Eigentlich müssten uns die Allgemeinmediziner sämtliche Diabetikerpatienten schicken.“ (ZA 3, Z 153-155)

PatientInnen mit Diabetes mellitus sollten daher regelmäßige zahnärztliche Kontrollen wahrnehmen. Seitens der allgemeinmedizinischen KollegInnen sollte diesbezüglich eine Beratung und Aufklärung erfolgen.

„Dass die ständig unter Kontrolle bleiben, zahnmedizinisch. Es ist ja erwiesen, dass sich die beiden Krankheiten gegenseitig beeinflussen. (...). Manchmal sehen wir durch Zufall Leute, die wirklich schlimmes Zahnfleisch haben und erfahren dann die sind zuckerkrank, sind eingestellt, alles ok, aber auf die Mundhygiene achtet keiner.“ (ZA 4, Z 161-166)

Ergebnisse

Nach Meinung der ZahnärztInnen spielt das Krankheitsbild der Parodontitis und dessen Behandlung auch für weitere chronische Erkrankungen eine entscheidende Rolle. Diese Problematik werde von den HausärztInnen bisher zu wenig wahrgenommen und die Bedeutung der Mundgesundheit für die allgemeine Gesundheit nicht ausreichend beachtet.

„Wenn die Hausärzte mehr Ahnung hätten, zum Beispiel über Parodontitis, dann würden Sie öfter mit den Zahnärzten zusammenarbeiten. Weil (...) Parodontitis ist ´ne Infektion (...) und das zieht sich ja letztendlich durch das gesamte gesundheitliche Geschehen von Patienten, ist ´ne chronische Erkrankung, da wäre die Zusammenarbeit von Hausärzten und Zahnärzten gut.“ (ZA 5, Z 46-52)

Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems

PatientInnen, bei denen eine Schädigung der Herzklappen oder des Herzmuskels vorliegt, eine Herzklappenprothese eingesetzt oder eine Bypassoperation am Herzen durchgeführt wurde, sind nach Meinung beider Fachdisziplinen durch chronische Entzündungen bei Parodontitis oder zahnmedizinische Routineeingriffe, wie zum Beispiel der Professionellen Zahnreinigung (PZR), gefährdet und sollten daher von beiden medizinischen Professionen betreut werden.

„(...) Herzklappenpatienten (...), natürlich alle Patienten mit einem deutlich eingeschränkten Immunsystem sollten eigentlich motiviert werden oder nachgefragt werden, ob sie beim Zahnarzt auflaufen.“ (HA 8, Z 117-119)

Zudem sollte auf eine gute Mundhygiene geachtet werden, was sowohl durch die betreuende HausärztIn als auch die ZahnärztIn unterstützt werden sollte.

Laut drei ZahnärztInnen würden die Gefahren einer chronischen bakteriellen Besiedelung im Mund von den betreuenden HausärztInnen unterschätzt.

„Und was auch, finde ich, für meine Begriffe, ein bissl mehr gefördert werden müsste, dass wäre die Mundhygiene. Gerade bei Herzpatienten, die haben fast alle ´ne Parodontitis und da achtet eben keiner drauf und es ist aber wichtig.“ (ZA 3, Z 144-150)

Rheumatische Erkrankungen

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und der Zusammenhang mit Entzündungen im Bereich der Mundschleimhaut wurden von beiden Fachdisziplinen thematisiert. Drei HausärztInnen sahen im Zusammenhang mit der Erkrankung und

Ergebnisse

der medikamentösen Therapie eine Beeinträchtigung des Immunsystems durch eine chronische Entzündung und die immunsuppressive medikamentöse Therapie als problematisch an.

Drei ZahnärztInnen verwiesen darauf, dass eine starke Besiedelung mit Bakterien im Rahmen einer chronischen Entzündung des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut jedoch auch ein Auslöser einer rheumatischen Erkrankung sein könne. Durch eine medikamentöse Therapie mit immunsuppressiver Wirkung könne eine bakteriell bedingte Entzündung der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches zudem auch als Verlaufskomplikation auftreten. Andererseits seien die positiven Auswirkungen eines intakten und entzündungsfreien Zahnfleisches auf den Verlauf einer rheumatischen Erkrankung nachgewiesen worden und aktuell Thema in den zahnmedizinischen Fachzeitschriften. Um die Mundgesundheit vor allem dieser Patientengruppe zu fördern, müssten jedoch laut Meinung eines Zahnarztes auch die AllgemeinmedizinerInnen ausreichend darüber informiert werden.

„(...) Ja, ich frag mich eben, ob die Allgemeinmediziner das auch lesen in ihren Fachzeitschriften, dass es auch Zusammenhänge zu den Zähnen bzw. zum Zahnfleisch gibt in Richtung Parodontitis marginale, (...) und dass sie dann halt eben Patienten gezielt auch zum Zahnarzt überweisen, damit der eben diese Parodontitis marginale mit behandelt.“ (ZA 8, Z213-218)

Auswirkungen einer mangelhaften Mundhygiene

Einige der HausärztInnen berichteten davon, dass ihnen bei der körperlichen Untersuchung von PatientInnen eine mangelhafte Mundhygiene und ein zum Teil starker Mundgeruch auffallen. Drei Ärztinnen gaben an, eine PatientIn daraufhin aktiv auf eine Vorstellung beim Zahnarzt hingewiesen zu haben. Auch andere Ursachen für Mundgeruch, vor allem im Bereich des Gastrointestinaltraktes, würden in diesen Fällen mit den PatientInnen erörtert.

Eine Hausärztin verwies darauf, dass bei beeinträchtigter körpereigener Abwehr im Rahmen von Autoimmunerkrankungen, immunsupprimierenden medikamentösen Therapien oder einer Chemotherapie sowie bei Krankheitsbildern, die zu einer Immunsuppression führen, im Mundraum lokalisierte Entzündungsprozesse von beiden Fachdisziplinen erkannt und behandelt werden sollten. Sie berichtete, dass sie ihre PatientInnen in diesem Fall besonders auf eine Vorstellung beim Zahnarzt hinweise.

Ergebnisse

Von den ZahnärztInnen wurde die Exazerbation einer bakteriellen Besiedelung im Mundraum bei immunsupprimierenden Prozessen als ernstzunehmende Gefahr für die allgemeine Gesundheit gesehen. Bei der Diagnose einer Autoimmunerkrankung sollte daher dringend eine Vorstellung bei einer zahnärztlichen KollegIn erfolgen.

„(...) wenn da noch parodontalpathogene Keime dazu kommen, die den Körper auch noch belasten, und er kriegt dann noch ´ne andere Erkrankung- was weiß ich- wird immunsupprimiert wegen irgendwelcher Dinge, bei diesen ganzen Autoimmunerkrankungen(...) (ZA 1, Z317-321)

Chronische Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich

Zahlreiche HausärztInnen gaben an, dass chronische Rückenschmerzen und Verspannungen im Bereich der Schultern und des Nackens ein häufiges Problem ihrer PatientInnen seien. Als Ursache dafür werden seitens der HausärztInnen vor allem Stress und belastende Ereignisse gesehen. Zähneknirschen und ein zunehmender Abrieb der Zähne veranlassten die HausärztInnen dann häufig zu einer Weiterleitung der PatientInnen an eine ZahnärztIn.

„(...) dann die Knirscher halt, es gibt ja viele Menschen, die heute mit den Zähnen so sehr knirschen, und dann eine (...) Behandlung bekommen mit so ner Aufbisschiene, das geht ja nicht ans Problem, nicht wirklich aber es hilft, dass die Zähne nicht so sehr abgeschliffen werden. Also das sind auch Schnittpunkte.“ (HA 5, Z72-75)

Auch von den befragten ZahnärztInnen wurde die Thematik des häufigen Auftretens von Zähneknirschen und daraus resultierenden Verspannungen bis hin zu Fehlstellungen der gesamten Wirbelsäule angesprochen. Auch Kopfschmerz seien laut Ansicht eines Zahnarztes häufig auf Zähneknirschen zurückzuführen.

„Also es gibt ganz viele Kopfschmerzpatienten, die ´ne riesen Kaskade an Diagnostik hinter sich haben, (...) keine vernünftige Therapie erfolgt, weil sie nichts Richtiges gefunden haben und dann ist es mal doch auch mal ne Zahnschiene gewesen, (...), Kieferstellung mit Einfluss in Körperstatik oder zumindest mit Einfluss auf Kopfschmerzen ist nicht ganz so selten (...).“ (ZA 1, Z65-72)

Die Befragten beider Fachdisziplinen waren sich über die multifaktorielle Genese des Zähneknirschens und dessen Begleitbeschwerden bewusst. Es bedürfe laut beiden Facharztgruppen neben einer symptomatischen Therapie mit einer Aufbisschiene

Ergebnisse

auch einer physiotherapeutischen, psychotherapeutischen und logopädischen Behandlung, um die Beschwerden betroffener PatientInnen langfristig zu beheben.

5.3.2 Pharmakotherapie

Allgemeine Medikamentenanamnese

Einige HausärztInnen berichteten darüber, bei jeder neuen PatientIn nach der Einnahme von Medikamenten zu fragen. Die Kenntnis über die aktuelle Medikation der PatientInnen sei Basis der hausärztlichen Tätigkeit und die Grundlage für weitere Therapieentscheidungen. Ein Hausarzt stellte in diesem Zusammenhang die Frage, ob dies auch bei den zahnärztlichen KollegInnen der Fall sei.

„Aber (...) guckt ein Zahnarzt auf den Medikamentenplan eines Patienten, bevor er den behandelt?

Weiß ich nicht. Macht das Sinn?“ (HA 2, Z433-435)

Ein Großteil der ZahnärztInnen gab an, anhand eines Anamnesebogens die Einnahme von Medikamenten der PatientInnen zu erfragen. Von großem Interesse waren für die ZahnärztInnen die Einnahme blutverdünnender Medikamente und das damit verbundene Blutungsrisiko bei operativen Eingriffen im Mundraum. In diesem Zusammenhang berichteten einige ZahnärztInnen davon, dass PatientInnen manchmal erstaunt darüber seien, dass die eingenommenen Medikamente auch für die ZahnärztIn von Bedeutung sind. Auch die Einnahme von Psychopharmaka, Schilddrüsenhormonen und Antihypertensiva seien für die ZahnärztInnen von Interesse.

Mindestens einmal im Jahr erfolge eine Erhebung möglicher Neuverordnungen und Änderungen der Medikation. Auch vor größeren zahnärztlichen Eingriffen fragten viele noch einmal nach den aktuellen Medikamenten.

„Und wenn jetzt zum Beispiel irgendein Zahn zu ziehen ist und das liegt jetzt ein bisschen zurück, dann kommen natürlich noch mal die Fragestellung: Nehmen Sie Medikamente ein?“

(ZA 7; Z137-139)

Wahrnehmung der Antibiotikaverordnung

Bei der Verordnung von Antibiotika nach zahnärztlichen Eingriffen wünschten sich die HausärztInnen eine Verbesserung der Aufklärung über Art, Dauer der Einnahme

Ergebnisse

und mögliche Nebenwirkungen des Antibiotikums. Nach operativen Eingriffen in der Mundhöhle verordneten ZahnärztInnen häufig Antibiotika, deren Nebenwirkungen müssten jedoch häufig von den HausärztInnen behandelt werden. Durchfallerkrankungen nach Antibiotikaeinnahme oder allergische Reaktionen seien dann häufige Gründe für eine Vorstellung bei der HausärztIn. Es wurde jedoch von mehreren der befragten HausärztInnen bezweifelt, ob auch die ZahnärztInnen von den PatientInnen über das Auftreten von Nebenwirkungen im Rahmen einer durch die ZahnärztIn veranlassten antibiotischen Therapie informiert würden.

Drei HausärztInnen kritisierten die häufige Verordnung von Clindamycin durch die ZahnärztInnen und thematisierten die bei diesem Antibiotikum oft auftretenden gastrointestinalen Nebenwirkungen.

„Ja, na klar, Clindamycin. Das Lieblingsmedikament der Zahnärzte, weil es halt so gut gewebeängig ist. Das ist, ja, schwierig. Die meisten Patienten kriegen Durchfall darauf.“

(HA 6, Z190-200)

Nur ein Zahnarzt berichtet davon, sich bei einer notwendigen Verordnung von Antibiotika in einigen Fällen mit der behandelnden HausärztIn zu beraten.

„Ähm, da ging es aber nur um ein Antibiotikum, da kann ich mich an einen Fall erinnern, wo multiple Allergien waren gegen Antibiotika und wir mussten ein Antibiotikum finden - haben wir dann auch - was unser Spektrum abdeckt, was aber für den Patienten nicht gefährlich ist.“

(ZA 5, Z166-169)

Von den ZahnärztInnen wurde nicht thematisiert, ob sie bei der Verordnung von Antibiotika die PatientInnen auch über mögliche Nebenwirkungen aufklärten. Auch auf eine Kommunikation mit den HausärztInnen zu einer besseren Abstimmung bezüglich des Beginns einer antibiotischen Therapie oder der Wahl des Antibiotikums wurden von den ZahnärztInnen nicht weiter eingegangen.

Bedeutung der Endokarditisprophylaxe

Uneinigkeit wurde in beiden Ärztegruppen bei der Frage über die Notwendigkeit einer Endokarditisprophylaxe bei PatientInnen mit Herzklappenprothesen sichtbar.

Zwei Hausärzte verwiesen auf aktuelle Empfehlungen zur Endokarditisprophylaxe, die eine vorbeugende Gabe von Antibiotika im Rahmen von zahnärztlichen Eingriffen nur in Ausnahmefällen als notwendig ansehen. Sie bemängelten, dass PatientInnen

Ergebnisse

ungenügend von ZahnärztInnen über die Indikationen für eine prophylaktische Antibiotikagabe aufgeklärt würden.

„(...) also die meisten schreiben ein Antibiotikum auf, es gibt auch welche, die kommen schon vor der Zahnbehandlung und sagen "Ich hab aber das und das am Herz, ich brauche ein Antibiotikum" und ich sage "Nein, das brauchen Sie nicht.“ (HA 4, Z157-160)

Ein Zahnarzt stellte den Nutzen einer Antibiotikastößtherapie vor zahnärztlichen Eingriffen in Frage. Nur selten würde mit einer einmaligen oralen Antibiotikagabe eine signifikante Reduktion pathogener Keime im Mundraum erfolgen.

„(...) ob man damit mehr Nutzen erreicht als Schaden anrichtet, in dem man jedem Herzklappenpatienten vorm Zahnstein entfernen ´nen Antibiotikum gibt, wage ich zu bezweifeln. Weil dann wird ´ne Stoßantibiotikatherapie gegeben und nicht etwa ´ne ausreichende Dosierung, wo man wirklich alle Keime, die dagegen empfindlich sind, platt macht.“ (ZA 6, Z71-82)

Es sollte stattdessen direkt vor einer zahnärztlichen Maßnahme mit möglichen Blutungsrisiko und der Gefahr der Verschleppung pathogener Keime in die Blutbahn eine lokale Desinfektion der Mundhöhle mit einer Mundspülung erfolgen.

Abstimmung bei Antikoagulantien

Das größte Potential für eine bessere interdisziplinäre Patientenversorgung wurde von allen befragten HausärztInnen und ZahnärztInnen bei der Therapie mit Antikoagulantien und dem damit verbundenen Blutungsrisiko bei möglichen operativen Eingriffen gesehen. Dabei gaben beide Fachgruppen an, eine allgemeine Unsicherheit bei KollegInnen des jeweils anderen Fachgebietes im Umgang mit oralen Antikoagulantien vor operativen Eingriffen im Mund wahrzunehmen. Befragte beider Fachdisziplinen wünschten sich ein gemeinsames standardisiertes Vorgehen im Rahmen von Leitlinien. Dabei äußerten VertreterInnen beider Gruppen Zweifel daran, ob die KollegInnen des anderen Faches überhaupt über die Existenz von Leitlinien zu dieser Thematik informiert seien.

Laut Aussage vieler der befragten HausärztInnen gebe es die meisten Rückfragen von ZahnärztInnen bezüglich des Absetzens einer blutverdünnenden Medikation vor geplanten Zahnextraktionen bzw. dem *bridging* mit Heparinen.

Ergebnisse

*„Also es ist wirklich die Kooperation wenn es um die Umstellung geht, ums bridging geht, Zahnextraktionen oder überhaupt ein größerer zahnärztlicher Eingriff, operative Versorgung(...).“
(HA 2, Z191-193)*

Dabei gebe es laut Aussage eines Hausarztes seitens der ZahnärztInnen einen sehr variablen Umgang mit der Einstellung der Blutgerinnung vor operativen Eingriffen. Von den HausärztInnen wurde das als allgemeine Unsicherheit der ZahnärztInnen im Umgang mit oralen Antikoagulantien gewertet.

„ Wobei da übrigens auch interessant ist, dass die Zahnärzte anscheinend auch mit der Gerinnungsfähigkeit sehr verschieden umgehen, manche sind extrem vorsichtig vor einer Extraktion beim Marcumarisierten Patienten und andere sagen eben an, also 1,5er INR- Wert reicht Ihnen völlig aus.“ (HA 8, Z54-59)

Einige HausärztInnen bemängelten außerdem, dass sich bei der Frage eines notwendigen *bridgings* einer oralen antikoagulierenden Therapie noch kein standardisiertes Vorgehen etabliert habe, obwohl es dazu aktuell eine große Anzahl an Studien und Handlungsempfehlungen gäbe. Sie bezog sich dabei auch auf eine aktuelle Leitlinie, in der das Absetzen von Vitamin K- Antagonisten bei einer Zahnextraktion nicht mehr empfohlen werde.

Zudem seien sich einige Zahnärzte nur in geringem Umfang der allgemeinen Gesundheitsrisiken bewusst, die das Pausieren blutverdünnender Medikamente beinhalte. So sei die Wahrscheinlichkeit eines embolischen Ereignisses durch den Stress eines zahnärztlichen Eingriffs für viele PatientInnen nicht zu unterschätzen. Das individuelle Risiko müsse daher für jede PatientIn gesondert bestimmt werden. Es müsse abgewogen werden, wie hoch das zu erwartende Blutungsrisiko wirklich sei und ob das Pausieren einer blutverdünnenden Therapie wirklich gerechtfertigt sei.

„(...) ja, aber eine Zahn-OP ist ja trotzdem etwas unglaublich Belastendes für den Patienten. Also reagiert er auch mit dem Herzen, meist mit ´nem schnelleren Herzschlag. Und wenn er sowieso schon ´ne absolute Arrhythmie hat und bekommt dann noch dazu so ´ne Tachykardie, das ist einfach ungesund fürs Herz, ja, oder auch für den Kopf!“ (HA 3, Z474-478)

Ergebnisse

Ein Hausarzt gab an, in Fällen, in denen PatientInnen durch eine mögliche Blutung gefährdet werden könnten, von den Empfehlungen der Leitlinie abzuweichen und ein *bridging* vorzunehmen.

„(...) die möchte man nicht irgendwie in so ´ner Situation haben, wo man sie in die Rettungsstelle fahren muss, nur weil man vergessen hat, das Falithrom abzusetzen. Ja, also ich, es steht halt so in den Leitlinien und wir versuchen es dann bei denen, wo es geht, aber wenn man jetzt jemanden hat, der, sagen wir mal, deutlich krank ist, oder auch deutlich gebrechlich ist, dann ist das die Leitlinie so, aber dann werden die trotzdem gebrided.(...) (HA 6, Z296-307)

Auch bei den ZahnärztInnen gab es unterschiedliche Meinungen über das Fortführen oder Absetzen einer blutverdünnenden Medikation bzw. bei der Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern. So äußerte eine Zahnärztin, dass bei fehlender Indikation zum *bridging* oder Absetzen von oralen Antikoagulantien bei Zahnextraktionen eher die betreuenden Hausärzte das Pausieren der Medikamente wünschten.

„(...) Wobei da zwischen Zahnärzten und Internisten auch nicht immer einheitliche, wie soll ich sagen, Vorgaben bestehen. Wir wollen eigentlich, dass zum Beispiel ASS nicht mehr abgesetzt wird und der Allgemeinarzt sagt oft zehn Tage absetzen.“ (ZA 2, Z33-36)

Ein anderer Zahnarzt bemängelte ebenfalls das Fehlen eines einheitlichen Vorgehens und die Uneinigkeit über das Thema *bridging*.

„(...) Es ist nur eine Problematik, es ist immer so ´ne Diskrepanz zwischen dem, was die Hausärzte machen - grade mit diesen Blutverdünnern- und so Lehrmeinungen (...) Und das ist ja eigentlich sehr gefährlich. Also wir waren gerade letztens erst zu so ´ner Weiterbildung zu dieser Thematik und das wurde eben auch angesprochen, dass das wirklich ein großer Schwachpunkt ist.“ (ZA 4, Z45-54)

Mangels eines einheitlichen Vorgehens der hausärztlichen KollegInnen bestehe im Umgang mit Antikoagulantien auch eine Unsicherheit bei den ZahnärztInnen. So gab ein Zahnarzt an, dass er die Entscheidung über das Absetzen und Überbrücken blutverdünnender Medikamente grundsätzlich den HausärztInnen seiner PatientInnen überlasse.

„Weil ich will natürlich auch vermeiden, dass ich mir ein Problem einhandel. Wenn mir einer nachblutet, ohne Ende blutet und ich kann das nicht beheben, dann hab ich ein Problem. Und das

Ergebnisse

sichert sich der Zahnarzt grade eben auch aus dieser, ja, vielleicht auch hart besetzten medizinischen Wissen doch gerne mal ab und sagt: Hier, sagen Sie, wie viel brauchen wir?“ (ZA 1, Z505-511)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sowohl im Umgang mit Antikoagulantien als auch Thrombozytenaggregationshemmern wie ASS im Rahmen von Operationen im Mund noch viele Unstimmigkeiten auf beiden Seiten existieren. Handlungsempfehlungen und Leitlinien werden von beiden Gruppen angesprochen und eine verbesserte Umsetzung von Standards gefordert.

Nebenwirkungen von Medikamenten

Von VertreterInnen beider Fachgruppen wurden die möglichen Nebenwirkungen von Antihypertensiva auf die Mundschleimhaut thematisiert. Eine Hausärztin berichtete, dass es durch die Einnahme von Kalziumantagonisten nicht selten zu Hypertrophien des Zahnfleisches komme. Sie sensibilisiere daher ihre PatientInnen bei der Verordnung dieser Medikamentengruppe auf diese mögliche Nebenwirkung.

„(...) es gibt einen bestimmten Kalziumantagonist (...), das kann zu Zahnfleischwucherungen führen. Wenn ich das gebe, (...) dann weise ich aber gleich drauf hin, dass es Zahnfleischveränderungen geben kann und dass sie dann zu mir kommen, damit wir das Präparat wechseln und nicht denken, sie haben was am Zahnfleisch.“ (HA 5, Z186-191)

Dass die HausärztInnen Wirkungen einer antihypertensiven Therapie auch auf die Mundschleimhaut berücksichtigten, sei nach Ansicht eines Zahnarztes jedoch nur selten der Fall. Dabei könne eine medikamentöse Therapie zur Behandlung einer arteriellen Hypertonie unter Kenntnis der Nebenwirkungen im Mundraum häufig besser eingestellt werden bzw. unerwünschte Wirkungen für die PatientIn könnten vermieden werden.

„Aber das kann natürlich dann schon mal daraus hinauslaufen, weil manchmal die Patienten Medikamente nehmen, die man teilweise, vor allem Blutdrucksenker, anders kombinieren könnte, dann hätten die nicht diese Zahnfleischschwellungen und Pseudotaschen, wo sie gar nichts für können. (...) Ich denke, dass viele über die pharmakologischen Nebenwirkungen wenig Bescheid wissen. Die haben die positiven Sachen im Fokus (...).“ (ZA 5, Z55-56, Z81-83)

Von einzelnen TeilnehmerInnen beider Gruppen wurden jeweils auch andere einerseits systemisch wirksame Medikamente benannt, die mögliche

Ergebnisse

Nebenwirkungen auf die Mundschleimhaut haben können. Andererseits wurde auch auf die unerwünschte Wirkung von lokal verabreichten Medikamenten auf den gesamten Organismus hingewiesen. Beispiele waren eine mögliche Soorbildung bei der Einnahme inhalativer Steroide zur Behandlung von chronischen Atemwegserkrankungen und die möglichen Kreislaufreaktionen bei der lokalen Anwendung von Lokalanästhetika und Adrenalin bei Zahnextraktionen.

Auf die Nebenwirkungen bei einer Therapie mit Bisphosphonaten kam nur eine Hausärztin zu sprechen. Ihrer Meinung nach sei dies ein Thema, bei dem auf eine Zusammenarbeit von HausärztInnen und ZahnärztInnen Wert gelegt werden sollte.

„(...) so grundsätzlich wäre glaub ich auch so das Thema Bisphosphonattherapie eins wo man auch öfter mal in Kontakt gehen könnte (...)“. (HA 1, Z76-77)

Von anderen Befragten wurde dieses Thema jedoch nicht angesprochen. Es ist daher zu vermuten, dass die Haus- und ZahnärztInnen in der alltäglichen Praxis eher selten mit dem Problem der Entstehung von Kiefernekrosen unter der Einnahme von Bisphosphonaten konfrontiert werden.

5.3.3 Akute Krankheitsbilder

Entzündungen und Schmerzen im Mund- und Rachenraum

Eine Zusammenarbeit bei akuten Krankheitsgeschehen wurde vor allem im Bereich von Entzündungen, Aphten und Abszessen im Bereich der Mundhöhle gesehen.

Mehrere HausärztInnen gaben an, dass sie bei Vorliegen erhöhter Entzündungswerte die Mundhöhle als möglichen Fokus meist erst dann in Betracht zögen, wenn andere Ursachen ausgeschlossen worden seien.

„(...) wenn mal durch Zufall Entzündungswerte gesehen haben und wir selber auch keinen Fokus finden und fragen, Zahn, ist da ´ne Möglichkeit, ist da was?“ (HA 2, Z103-105)

Das Verhalten bei Abszessen oder anderen akuten entzündlichen Prozessen im Mund wurde von den befragten HausärztInnen nicht thematisiert.

Einige HausärztInnen berichteten, dass sich PatientInnen auch mit akuten Zahnschmerzen oder Schmerzen im Bereich des Gesichtes zunächst bei Ihnen vorstellten. Meist erfolge dann ein direktes Weiterschicken zu einer ZahnärztIn,

Ergebnisse

nachdem aus allgemeinmedizinischer Sicht eine andere Schmerzgenese ausgeschlossen worden sei.

„Die kommen zu mir mit Zahnschmerzen, da sage ich immer: `Sagen Sie, waren Sie denn schon beim Zahnarzt?` Und dann schicke ich die dahin.“ (HA 3, Z253-255)

Als Erklärung dafür, weshalb die PatientInnen in diesen Fällen nicht zuerst die ZahnärztInnen aufsuchten, nannten die meisten ein fehlendes Vertrauensverhältnis zur ZahnärztIn bzw. das Fehlen einer „HauszahnärztIn“. Meist wurde dann eine zahnmedizinische KollegIn in der Nähe der eigenen Praxis empfohlen.

Akute Entzündungen im Mund- und Rachenraum waren für viele der ZahnärztInnen ein häufiges Problem. Im Rahmen einer Parodontitis könnten beispielsweise entzündliche Zahnfleischtaschen entstehen, die dann schnell behandelt werden müssten.

Zahnabszesse würden aus Sicht einer Zahnärztin von den HausärztInnen häufig erst zu spät erkannt und einer zahnärztlichen Behandlung zugeführt. Zunächst erfolge in vielen Fällen eine antibiotische Therapie, die jedoch oft nicht zu einer Besserung der Beschwerden führe. Ein Großteil der befragten ZahnärztInnen beklagte ein mangelhaftes Wissen der HausärztInnen über akute entzündliche Prozesse im Bereich der Zähne und der Mundschleimhaut. Eine dentogene Ursache würde häufig zu spät in Erwägung gezogen und dadurch die Beschwerdedauer der PatientInnen verlängert.

Bei Schmerzen im Bereich des Kiefers würden dagegen häufig zu schnell die Zähne als Ursache gesehen. Zwei ZahnärztInnen gaben zu bedenken, dass die Symptome einer Sinusitis häufig als Zahnschmerzen fehlgedeutet würden und daraufhin eine unnötige Vorstellung bei der ZahnärztIn anstatt bei der Hals- Nasen- OhrenärztIn erfolge.

„(...) Patient sagt: Er hat Zahnschmerzen oder geht wegen ´ner Erkältung zum Hausarzt, der sagt: Ja, also hier könnte ´ne Nebenhöhlenentzündung sein. Aber er sagt: Ja, aber ich hab Zahnschmerzen.

Da weiß ich nicht, ob die immer sagen: Ja, das kommt von der Kieferhöhle. Weil das ist ganz klassisch. Dann kommt der Patient doch noch mal zu uns und dann schicken wir´s nochmal zum HNO (...).“ (ZA 1, Z268-275)

Malignome und deren Vorstufen im Mund- und Rachenraum

Ein Hausarzt äußerte, dass auch die HausärztInnen die Mundhöhle und – schleimhaut prinzipiell häufiger inspizieren sollten, um bereits frühzeitig mögliche maligne Prozesse im Mundraum zu erkennen.

„Auf der anderen Seite glaube ich, dass wir als Ärzte auch nicht immer so genau hinschauen, ob da irgendwelche Arten von Tumoren oder so etwas sind oder sehr frühe Formen entdecken. Aber auch da ist es wichtig, dann eben zu schauen.“ (HA 7, Z50-54)

Vor allem seitens einiger ZahnärztInnen wurde geäußert, dass ihnen nicht selten bei der Inspektion der Mundhöhle malignomverdächtige Veränderungen auffielen. Vor allem bei RaucherInnen oder PatientInnen mit chronischem Alkoholabusus wurde die Notwendigkeit einer regelmäßigen zahnärztliche Kontrolle thematisiert. Eine Aufklärung über Risiken und mögliche Folgen des Rauchens für Zähne und Mundschleimhaut sollte durch die behandelnden HausärztInnen erfolgen, um die PatientInnen zu einer Vorstellung bei der ZahnärztIn zu motivieren.

5.4 Mundgesundheit bei einzelnen Patientengruppen

5.4.1 Kinder und Jugendliche

Kontrolle des Zahnstatus

Zwei der befragten HausärztInnen thematisierten die Bedeutung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Eine Hausärztin berichtete, dass sie bei der körperlichen Untersuchung auch Wert auf den Zustand des Gebisses lege und ggf. auf eine notwendige Vorstellung bei der ZahnärztIn hinweise.

„Ja, also einmal bei Kindern und bei Jugendlichen, so wenn ich die untersuche und ich stelle fest, dass der Zahnstatus ziemlich marode ist, dann weise ich schon darauf hin, dass die den Zahnarzt aufsuchen müssen.“ (HA 7, Z108-110)

Auch eine andere Hausärztin gab an, großen Wert auf die regelmäßige Kontrolle des Zahnstatus und der Gebissentwicklung zu legen.

Ergebnisse

„Also bei Heranwachsenden zu gucken, sind die Zähne, kommen die alle, kommen die nicht irgendwie am Gaumen raus oder sind überhaupt alle nachgekommen, ist der Unter- oder Oberkiefer zu klein, Überbiss, Unterbiss, Kreuzbiss und dieses Ganze, (...) und ob die dann auch immer wirklich beim Zahnarzt waren, dass man da nochmal nachhakt.“ (HA 3, Z322-326)

Auch viele der interviewten ZahnärztInnen verwiesen auf die Wichtigkeit einer regelmäßigen Kontrolle des Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen. Auch die KinderärztInnen sollten nach Meinung zweier ZahnärztInnen routinemäßig auf eine Vorstellung bei der ZahnärztIn hinweisen.

„(...) oder einfach mal den Müttern signalisiert: "Ich bin Kinderarzt, aber ich will auch, dass Sie zum Zahnarzt gehen. Kümmern Sie sich darum!" Aber da kommt eben nichts. Einfach mal drauf aufmerksam machen. Weil erfahrungsgemäß hören die Mütter ja mehr auf den Kinderarzt als auf uns.“ (ZA 4, Z568-571)

Zahnpflege und Prophylaxe

Die Zahnpflege im Kindes- und Jugendalter wurden von den befragten HausärztInnen kaum thematisiert. Nur eine Hausärztin war der Meinung, dass die Zahnpflege frühzeitig zu beginnen sei, um von Anfang an ein Bewusstsein für die Bedeutung gesunder Zähne zu schaffen.

„Ja, also ich würde im Kindergarten, wenn der erste Milchzahn kommt, dann würde ich anfangen zu putzen. Ja, also dass das Bewusstsein irgendwann da ist.“ (HA 4, Z401-402)

Die ZahnärztInnen sahen die Aufklärung über die Bedeutung einer korrekten Zahnpflege und einer gesunden Ernährung schon für das Milchgebiss als einen Schwerpunkt ihrer Tätigkeit an. Einige ZahnärztInnen betonten, wie wichtig es sei, schon beim Durchbrechen der ersten Zähne mit dem Zähneputzen anzufangen.

„Ja und was die Kinder anbetrifft, da muss man eben sagen: Putzen ab dem ersten Zahn, das ist ganz wichtig und dass die eben auch kommen zur Kontrolle und so.“ (ZA 7, Z240-241)

Dadurch könne laut Meinung eines Zahnarztes frühzeitig eine mögliche Behandlung von Karies und damit auch die Entstehung der „Angst vor dem Zahnarztbesuch“ vermieden werden.

Viele ZahnärztInnen thematisierten auch die Problematik der Fluoridierung bzw. der prophylaktischen Gabe von Fluorid in Tablettenform.

Ergebnisse

Seitens der KinderärztInnen sei es immer noch üblich, Fluoridtabletten zu verordnen, obwohl deren Nutzen aus zahnärztlicher Sicht umstritten ist.

„Dann gibt es seit Jahren die Problematik, da waren sogar wir noch Studenten, da gab’s den schon, diesen Streit: Fluortabletten ja oder nein? Den gibt es heute noch, den Streit. Im Trinkwasser ist genug Fluor, mehr Fluor brauchen die Zähne nicht. Denn Fluor lagert sich auch im Knochen mit ein und das ist ja ein unerwünschter Effekt eigentlich. Aber die Kinderärzte- Schema F: Fluortabletten. Ja, und dann stehen die Mütter vor uns und wir sagen: Keine Fluortabletten. (...)“ (ZA 3, Z345-355)

Zudem komme es auch auf die Applikationsform an, um eine Wirkung des Fluorids zu gewährleisten. Ein Schlucken der Tabletten sei nach Meinung einer Zahnärztin unsinnig, da Fluorid lokal wirken müsse.

Drei ZahnärztInnen bedauerten es, dass es trotz genauer zahnmedizinischer Empfehlungen dazu nicht zu einer gemeinsamen Haltung mit den KinderärztInnen komme.

„Ja, also zwischen den Kinderärzten und uns gibt es nicht so einen richtigen Konsens, was die ersten Jahre angeht. (...) da bestehen sie quasi auf ihren Tabletten, wobei eben nachgewiesen ist, das die nicht viel bringen, wenn die nicht gelutscht werden. Tja, ich kann’s nicht sagen, obwohl von unserer Seite da viele wissenschaftliche Ergebnisse vorliegen. (...)“ (ZA 4, Z218-233)

5.4.2 Schwangere

Viele ZahnärztInnen sahen vor allem in schwangeren Frauen eine Patientengruppe, die von einer intensiven zahnärztlichen Betreuung profitieren könnte. Von den HausärztInnen wurde dies nicht thematisiert.

In der Schwangerschaft komme es laut einigen ZahnärztInnen häufiger zu Zahnfleischbluten. Um hier die Entstehung möglicher Entzündungen und chronischer Zahnfleischinfektionen zu verhindern, müsse bei schwangeren Patientinnen verstärkt auf Zahnpflege und Mundhygiene geachtet werden.

(...) weil durch die hormonelle Veränderung in der Schwangerschaft ist das Gewebe viel lockerer, also es blutet schneller. Und viele denken dann: Oh Gott, wenn es blutet, da machst du mal lieber gar nichts. Aber das ist eben genau verkehrt. (...) Also gerade Mundpflege ist ja da besonders wichtig oder so ´ne professionelle Zahnreinigung, grade in der Schwangerschaft, auch wenn’s blutet.“ (ZA 2, Z447-453)

Ergebnisse

Nach Aussage einiger ZahnärztInnen seien die Zähne durch die hormonelle Umstellung während der Schwangerschaft und eine vermehrte Säureexposition durch Erbrechen in diesem Zeitraum einer starken Belastung ausgesetzt. Eine gezielte Aufklärung der Patientinnen durch die behandelnde ZahnärztIn sei für den Erhalt der Zahngesundheit auch in dieser Situation sehr wichtig.

„Das ist eben wirklich mangelnde Pflege gerade so die ersten drei Monate, wer da mit Übelkeit zu tun hat und dann vielleicht noch da drauf putzt, weil er denkt gerade das ist richtig, aber das ist ja nun auch wieder verkehrt, weil die Zähne ja durch die Säure angegriffen sind und wenn man da noch drauf putzt, da putzt man ja noch mehr weg, das ist ja schlecht. (...“ (ZA 2, Z464-470).

Auch bei der Problematik eines unerfüllten Kinderwunsches und beim Auftreten von Frühgeburten sah eine der interviewten ZahnärztInnen einen Zusammenhang zur Mundhygiene und einer möglichen bakteriellen Fehlbesiedlung.

„Ach so, übrigens auch Frühgeburten hängen damit zusammen. Also man sagt, dass wohl Faktor drei oder Faktor vier, wenn nicht sogar Faktor fünf ist das Risiko erhöht, eine Frühgeburt zu erleiden, wenn das Zahnfleisch entzündet ist.“ (ZA 8, Z388-391)

5.4.3 Ältere PatientInnen

Zahnpflege, Zahnersatz und Mundhygiene

Beide Fachdisziplinen waren der Meinung, dass die Mundhygiene bei älteren PatientInnen häufig vernachlässigt werde. Prophylaxemaßnahmen würden im Alter nur noch von wenigen PatientInnen regelmäßig wahrgenommen. Dabei sollte den PatientInnen bewusst gemacht werden, welche Folgen für die allgemeine Gesundheit eine mangelhafte Mundgesundheit im Alter haben könne.

„(...) man könnte den Leuten natürlich sagen: „Sie sind über fünfzig, sechzig, achten Sie darauf, dass Sie gute entweder bleibende oder gute dritte Zähne haben, weil je später Sie sich drum kümmern, desto schwieriger wird es oder teurer oder je später Sie intervenieren, desto schlechter ist das Ergebnis - und wenn Sie ein schlechtes Kauwerkzeug haben, dann können Sie sich auch im Senium schlechter ernähren, (...“ (HA 8, Z160-166)

Eine Hausärztin berichtete, dass aus ihrer Sicht die Angst vor hohen Kosten zahnärztlicher Behandlungen ein Grund dafür sei, dass ältere PatientInnen die ZahnärztIn nur noch sehr selten oder gar nicht mehr aufsuchten.

Ergebnisse

„(...) und ich denke auch eben, dass manche Betroffene sich scheuen an das Thema ran zu gehen, weil sie fürchten automatisch, dass sie dann für gute dritte Zähne oder ähnliches oder Erhaltungsmaßnahmen eben tausende von Euro ausgeben müssen.“ (HA 3, Z184-189)

Ein häufiges Problem seien nach der Meinung einiger HausärztInnen der schlechte Sitz von Zahnprothesen und die damit verbundenen Einschränkungen beim Kauen und der Nahrungsaufnahme. Ein Hausarzt berichtete, dass es dadurch bei einer seiner PatientInnen sogar zu einer Mangelernährung gekommen sei.

„ (...) ich kann mich nur an ´ne Patientin entsinnen, wo die Prothese nicht gepasst hat, die wir dann irgendwie monatelang mit Eisen i.v. behandeln mussten, weil sie wahrscheinlich kein Fleisch mehr essen konnte und deswegen wirklich nen Eisenmangel hatte, was eigentlich eher ungewöhnlich ist.“ (HA 6, Z111-114)

Eine sorgfältige Nachsorge seitens der ZahnärztIn sei laut einer Hausärztin auch für PatientInnen mit Zahnersatz wichtig. Durch das dauerhafte Tragen einer Zahnprothese könne es zu Druckstellen und später zu Ulzerationen der Mundschleimhaut kommen.

Die ZahnärztInnen waren sich der Bedeutung einer guten prothetischen Versorgung bewusst. Nur wenige der befragten ZahnärztInnen sahen ein Problem durch eine mangelhafte Betreuung von PatientInnen mit Zahnersatz. Dies sei ein Schwerpunkt ihrer Tätigkeit und werde in der Regel gewissenhaft durchgeführt.

Betreuung von PatientInnen in Pflegeheimen

Defizite in der Betreuung wurden von beiden Gruppen vor allem bei PatientInnen in Pflegeheimen gesehen. Eine Hausärztin begründete dies mit fehlenden Hausbesuchen von ZahnärztInnen in Pflegeheimen.

„(...) Und ich würd mir auch wünschen, dass da auch mehr Hausbesuche stattfinden würden von Zahnärzten. Grad bei den chronisch Kranken oder bei Heimpatienten. Also da erleb ich schon ´ne ziemliche Unterversorgung.“ (HA 1, Z139-141)

Ein Hausarzt sah die Handlungsmöglichkeiten der zahnärztlichen KollegInnen außerhalb der Zahnarztpraxis jedoch als eingeschränkt. Die technischen Instrumente, die für eine suffiziente Zahnbehandlung benötigt werden, könne man bei Hausbesuchen nicht mitnehmen. Einige ZahnärztInnen gaben zu bedenken, dass

Ergebnisse

seitens der Pflegeeinrichtungen häufig wenig Interesse an einer zahnärztlichen Betreuung durch Hausbesuche bestehe. Der Mundgesundheits im Alter werde eine zu geringe Bedeutung beigemessen. So schätzte eine Zahnärztin vor allem die Zahn- und Prothesenpflege durch die Pflegekräfte als mangelhaft ein.

„Wobei die, was Zahnpflege angeht, wenig geschult werden. Dass man es auch mal sauber machen muss, mal schrubben muss, die hauen das mit so ´ner Tablette in ein Glas und dann war´s das. (...) Und Zähne putzen im Bett ist auch ein großes Problem für Pflegekräfte- Waschen im Bett komplett ja, aber hier der Bereich (zeigt in kreisenden Bewegungen auf den Mund, Anmerkung L.v.E.) der wird dann ein bisschen ausgespart.“ (ZA 2, Z252-261)

Zwei weitere Zahnärzte hoben die Entstehung von malignen Veränderungen im Mund bei älteren PatientInnen hervor, die häufig unterschätzt würden.

„Ja, was auch dort im Altersheim gar nicht ist, das ist die Krebsvorsorge, dass da mal jemand guckt. Wegen Kieferkrebs und das ist ja unheimlich im Kommen. (...) Ja, die meinen, die meisten sind zahnlos, da muss man nicht nachgucken. Aber grade bei den Zahnlosen, ja mit diesen ständigen Prothesen, die da im Mund sind, die Fremdkörper, da gibt´s so oft Entzündungen, das reibt mal oder, ja, das sind ja alles Stellen, die dann auch entarten können.“ (ZA 3/4, Z421-425)

Die genannten Patientengruppen sind in der folgenden Grafik übersichtlich dargestellt.

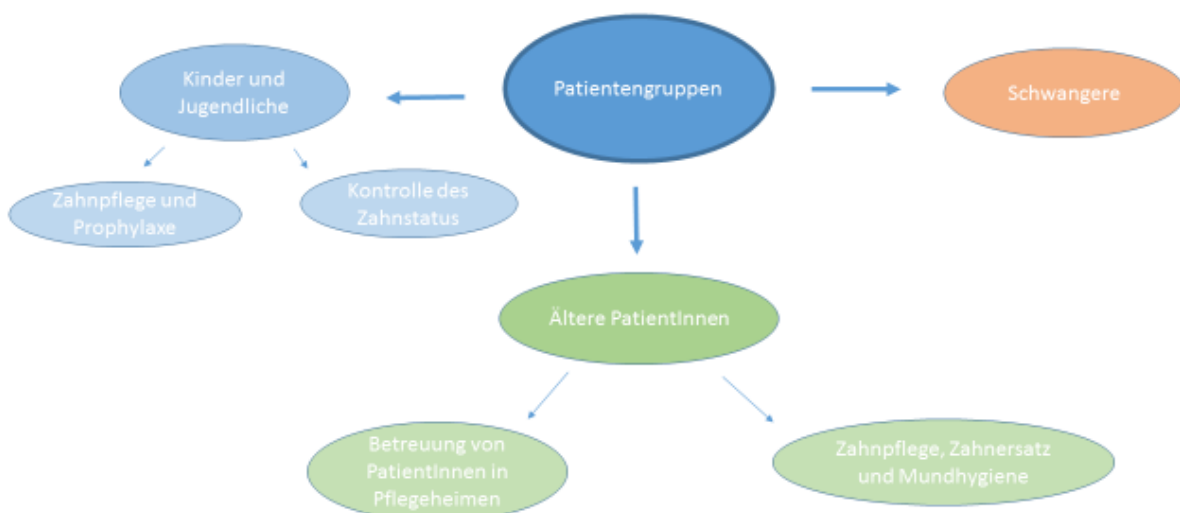


Abbildung 4: Kategoriensystem „Patientengruppen“

5.5 Präventive Maßnahmen zur Erhaltung der Mundgesundheit

Viele der HausärztInnen sahen es als einen wichtigen Beitrag zur Mundgesundheit, ihre PatientInnen nach einer regelmäßigen Vorstellung bei der ZahnärztIn zu fragen. Bei auffälligen Zahnbefunden bei der körperlichen Untersuchung erfolgte zudem von einigen HausärztInnen der direkte Hinweis an die PatientInnen, zeitnah eine ZahnärztIn aufzusuchen.

Viele sahen auch die im Abstand von zwei Jahren stattfindende „Check-Up 35-Untersuchung“ als eine geeignete Möglichkeit, den Zahnstatus einer PatientIn zu kontrollieren und nach erfolgten Vorsorgeuntersuchungen, auch bei der ZahnärztIn, zu fragen.

(...) den Patienten daran erinnern, dass er überhaupt mal zum Zahnarzt geht. Es gibt ja ´ne Gesundheitsvorsorgeuntersuchung so ab dem 35. Lebensjahr, die so alle zwei Jahre stattfindet, wo man ja per se ´nen Ganzkörperstatus erhebt, wo ja irgendwie der Zahnstatus jetzt nicht aufgeschrieben wird, aber wo man zumindest mal in den Mund reinguckt und sich das irgendwie anguckt und dann auch den Patienten drauf hinweist, dass da ein gewisser Handlungsbedarf bestehen könnte (...)“ (HA 6, Z89-94)

Durch ein konsequentes Hinweisen der behandelnden HausärztIn auf die Notwendigkeit eines regelmäßigen Zahnarztbesuches, könne auch ein stärkeres Bewusstsein für die Bedeutung der Mundgesundheit für den Erhalt der allgemeinen Gesundheit gefördert werden.

„Also ich denke, (...) es sind nicht nur die Zähne, sondern (...) Mundgesundheit ist ein wichtiges Problem und ich glaub, da braucht man die Zahnärzte zu. (...) jeder Patient (...) sollte ein bestimmtes Formular (...) haben wie Krankengeschichte, Medikamenteneinnahme, wo auch gleichzeitig draufsteht: "Bitte auch immer mit zum Zahnarzt nehmen." Oder er sollte das Bewusstsein haben: Ich gehe zum Zahnarzt und sollte nochmal bei meinem Hausarzt nachfragen, ob ich da nicht irgendwelche Befunde mitbringen sollte.“ (HA 7, Z30-34, Z188-194)

Einige HausärztInnen gaben jedoch auch zu bedenken, dass die Aufklärung über die richtige Zahnpflege die Aufgabe ihrer zahnärztlichen KollegInnen sei und nicht in der Verantwortung der HausärztInnen liege. Die ZahnärztInnen könnten den Mundraum und die Zähne, das Zahnfleisch und die Mundschleimhaut im Vergleich zu den HausärztInnen besser und gezielter untersuchen.

Ergebnisse

Ein Hausarzt verwies darauf, dass sich bisher nicht erkannte Allgemeinerkrankungen auch im Mundraum manifestieren könnten. So könne durch eine zahnärztliche Konsultation der Beginn einer Erkrankung festgestellt werden:

„Und ja, also ich glaube, dass der Zahnarzt natürlich in einem Bereich arbeitet, wo er relativ häufig auch Auswirkungen von Stoffwechselstörungen sieht, von eigentlich allgemeineren Erkrankungen, und vielleicht ist der Zahnarzt manchmal der erste, der es sieht. (...) wenn er genauso hergehen würde und seinen zahnärztlichen Patienten ´nen Zettel in die Hand drückt und sagt: Gucken Sie mal, ich hab hier das mal aufgeschrieben, ich hab auch ´ne Vermutung, gehen Sie doch mal zu Ihrem Hausarzt damit, dass Sie das nochmal nachkontrollieren (...).“ (HA 7, Z199-207)

Die wichtigste Maßnahme zum Erhalt der Mundgesundheit sahen die meisten ZahnärztInnen in der regelmäßigen Kontrolle des Zahnstatus und der professionellen Zahnreinigung. Für deren Durchführung seien zwar die ZahnärztInnen verantwortlich, die HausärztInnen sollten ihre PatientInnen jedoch regelmäßig daran erinnern, zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen zu nutzen.

Insgesamt sahen es beide Fachdisziplinen als eine gemeinsame Aufgabe, ihre PatientInnen über bestehende präventive Maßnahmen zu informieren und dazu zu motivieren, diese verstärkt wahrzunehmen.

Des Weiteren wurden von beiden Seiten Themen benannt, die sich für gemeinsame präventive Betreuungsansätze eignen.

Gemeinsame präventive Ansätze

Neben den spezifischen Aufgaben des jeweiligen Fachgebietes hoben beide Facharztgruppen die Förderung einer gesunden Ernährung, eine regelmäßige und richtige Mundpflege und die möglichen Folgen des Rauchens hervor.

Laut Meinung eines Hausarztes sei Prävention dann besonders effektiv, wenn viele Akteure gemeinsam handelten.

„Wenn ich Prävention mache, muss ich doch an allen Ecken, wo überhaupt der Kontakt stattfindet nachgucken, ist da irgendetwas, worauf ich den Patienten aufmerksam machen sollte. Das ist jetzt nicht nur die allgemeine Gesundheitsedukation, die natürlich auch oft fehlt, und da bin ich relativ offen, also die kann beim Zahnarzt stattfinden oder die kann bei mir stattfinden. Wenn man es zwei Mal sagt, ist es für den Patienten bestimmt nicht dramatisch.“ (HA 7, Z260-265)

Ergebnisse

Neben einer kontinuierlichen Aufklärung über eine ausgewogene und gesunde Ernährung wären auch fortlaufende Hinweise zur regelmäßigen Pflege der Zähne und des Zahnfleisches notwendig.

RaucherInnen sollten von beiden Fachgruppen auf die negativen Folgen des Zigarettenkonsums aufmerksam gemacht werden. Eine Hausärztin berichtete beispielsweise, sie erkläre ihren PatientInnen, dass Rauchen sowohl lokale als auch systemische Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann.

„(...) oder auch irgendwie Rauchen und Alkohol, was ja auch (...) zu Krebs führen kann, dass das nicht nur jetzt lokal im Mund oder Rachen Probleme macht, sondern auch systemisch zu Krankheiten führen kann. Ja, (...) sehe ich auch 'ne Möglichkeit, dass man das ansprechen kann.“

(HA 6, Z246-249)

Nach Meinung einiger ZahnärztInnen seien RaucherInnen eine Patientengruppe, die von einer kontinuierlichen Beratung durch beiden Fachdisziplinen profitieren könnte. Neben der Aufklärung über das individuelle Gesundheitsrisiko durch Rauchen könnten durch Aufklärungskampagnen auch langfristig große Einsparungen im Gesundheitssystem erfolgen.

6 Diskussion

6.1. Reflexion und kritische Betrachtung der vorliegenden Arbeit

Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Wahrnehmung der Zusammenarbeit von HausärztInnen und ZahnärztInnen im praktischen Kontext der ambulanten Patientenversorgung zu erfassen, um daraus wichtige Schnittstellen in der Patientenversorgung ableiten zu können. Diese Thematik wurde bisher wissenschaftlich kaum untersucht. Somit ist die Forschungsfrage dieser Arbeit nicht wesentlich theoriegeleitet entwickelt worden.

Die Entwicklung der Fragen des Interviewleitfadens erfolgte teilweise anhand von Einzelpublikationen, zum Beispiel zu einzelnen Krankheitsbildern und deren ggf. interdisziplinärer Behandlung (27,33,34,36,37,60,61), oder orientierte sich an Studien, in denen eine interprofessionelle Zusammenarbeit von AllgemeinmedizinerInnen und Angehörigen anderen Fachdisziplinen untersucht wurde.(62,63)

Methode

Durch die Befragung von insgesamt 16 TeilnehmerInnen wurde ein umfangreiches Forschungsmaterial zusammengetragen. Durch die Materialauswertung mittels der strukturierenden Inhaltsanalyse ist ein vielschichtiges Kategoriensystem erstellt worden. Dabei wurden jedoch vor allem Textstellen analysiert, die der Beantwortung der zuvor definierten Forschungsfrage dienten und dem vor der Auswertung des Materials definierten Abstraktionsniveau entsprachen. Bei der Auswertung der Daten wurden Faktoren, die die Antworten der InterviewteilnehmerInnen möglicherweise beeinflusst haben könnten (z.B. persönliche Motivationen zur gemeinsamen Zusammenarbeit, Ausbildungsumstände und Ausbildungszeitraum der Befragten, Praxisstandort, etc.) bei der Kategorienbildung nicht berücksichtigt, wie es bei der Materialanalyse mittels der Grounded Theory möglich gewesen wäre. Über beeinflussende Faktoren und deren Bedeutung kann die vorliegende Arbeit daher keine Aussage treffen.

Stichprobe

Bei der Auswahl der Stichprobe für diese qualitative Studie wurden die Methoden des *snowball*-Samplings und des qualitativen Samplings kombiniert angewendet (vgl. 3.3). Es wurde versucht, durch die ausgewogene Auswahl von männlichen und weiblichen Interviewpartnern unterschiedlichen Alters ein breites Teilnehmerfeld zu erfassen. Der Altersdurchschnitt der Befragten betrug 51 Jahre.

Durch die Auswahl der InterviewteilnehmerInnen bzw. die Rekrutierung einiger InterviewpartnerInnen im Rahmen des Lehrärztetreffens der Charité kam es bei den HausärztInnen zu einer Überrepräsentierung von städtischen bzw. großstädtischen Praxen (Berlin). Die Gruppe der ZahnärztInnen war hingegen bezüglich der Praxisstandorte heterogener, da drei TeilnehmerInnen aus einer Stadt mit 200.000 Einwohnern stammten und zwei TeilnehmerInnen eine Praxis in einem ländlichen Gebiet hatten.

Bei dem Lehrärztetreffen des Institutes für Allgemeinmedizin der Charité, bei dem ein Teil der teilnehmenden HausärztInnen rekrutiert wurde, war der Forschungsgegenstand durch die Doktorandin kurz erläutert worden. Da die InterviewpartnerInnen hier freiwillig ihre Bereitschaft zur Teilnahme erklärten, liegt vermutlich eine Selektion von an der Thematik speziell interessierten ÄrztInnen vor, was auch die Ergebnisse dieser Arbeit beeinflusst haben kann („self-selection bias“). Denkbar ist außerdem, dass es sich bei LehrärztInnen einer akademischen Institution außerdem um gegenüber Forschungsprojekten vergleichsweise aufgeschlossene ÄrztInnen handelt, die möglicherweise auch an interdisziplinären Themen interessiert sind.

Der Kontakt zu einigen der teilnehmenden ZahnärztInnen wurde durch HausärztInnen vermittelt, zwischen denen bereits ein interdisziplinärer Austausch und eine Zusammenarbeit bestand. Es ist denkbar, dass dadurch vor allem TeilnehmerInnen befragt wurden, die großen Wert auf eine interdisziplinäre Kommunikation legen.

Durch diese qualitative Studie ist es nicht möglich, ein repräsentatives Bild der Allgemeinheit von Haus- und ZahnärztInnen zur Zusammenarbeit beider Fachdisziplinen zu zeichnen, was jedoch auch nicht das Ziel qualitativer Forschung ist. Anhand der Befragung einer kleinen Stichprobe und deren Auswertung durch die strukturierende Inhaltsanalyse sollten mögliche Schnittstellen in der

Patientenversorgung eruiert und dadurch ein bisher nur wenig untersuchtes Forschungsgebiet ergründet werden.

Ergebnisse

Während der Interviews wurden die Fragen stets offen formuliert. Im Verlauf der Gespräche wurde stets auf die Äußerungen der Befragten eingegangen, wodurch jeweils die Reihenfolge der Themenkomplexe des Leitfadens als auch die Intensität der Erörterung verschiedener Themengebiete variierten. Dadurch sollte der Einfluss der Interviewerin auf die Äußerungen der Befragten so gering wie möglich gehalten werden. Einige der InterviewpartnerInnen bezogen sich bei der Beantwortung der Fragen vor allem auf die eigenen Erfahrungen und stellten dadurch immer wieder einen praktischen Bezug zu ihrer alltäglichen Tätigkeit her. Andere antworteten eher theoriegeleitet und entwickelten Ideen zu einer möglichen Zusammenarbeit auf der Grundlage von Informationen aus der eigenen Ausbildung, von Fortbildungen oder aus Fachzeitschriften.

Während der Befragung der TeilnehmerInnen und der Auswertung des Materials zeigte sich, dass es durchaus vom individuellen Interesse der jeweiligen InterviewpartnerIn abhing, ob und wie viele Schnittstellen gesehen und benannt wurden. Ebenso war es abhängig vom jeweiligen Interessenschwerpunkt der TeilnehmerInnen, ob während der Befragung von tatsächlichen Erfahrungen mit der Zusammenarbeit zwischen beiden Fachdisziplinen berichtet wurde, oder aber hypothetische Überlegungen zu möglichen Schnittstellen und gemeinsamen Aufgabenfeldern angestellt worden, obwohl diese im Alltag der Befragten bisher als nicht relevant erlebt wurden. Daher sind die Alltagsrelevanz der identifizierten Schnittstellen und die Bedeutung und Umsetzbarkeit von Vorschlägen der TeilnehmerInnen kritisch zu bewerten. Desweiteren hat sich gezeigt, dass bestimmte Themen, wie beispielsweise die zahnärztliche Versorgung von PatientInnen mit Diabetes mellitus, von der Gruppe der befragten ZahnärztInnen als sehr relevant eingestuft wurde, wohin gegen die Gruppe der HausärztInnen für diese Thematik bisher nur wenig sensibilisiert scheint.

Weitere beeinflussende Faktoren wie zum Beispiel Ausbildungszeitraum und –bedingungen der TeilnehmerInnen, Praxisstandort, persönliche Interessenschwerpunkte der Befragten etc., die diesen Beobachtungen zugrunde liegen, wurden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, da deren Untersuchung nicht

dem methodischen Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse entspricht. Daher wäre eine Untersuchung der Thematik mit der Methode der Grounded Theory sehr interessant, um durch die genauere Einbeziehung von beeinflussenden Faktoren ein noch umfassenderes und vielschichtigeres Bild der aktuellen Situation der Zusammenarbeit von Haus- und ZahnärztInnen zu erhalten.

6.2 Bewertung der Zusammenarbeit zwischen Haus- und ZahnärztInnen

6.2.1 Bewertung der Kritik beider Fachgruppen aneinander

In den Interviews wurde nicht direkt nach generellen Kritikpunkten an der jeweiligen Zusammenarbeit beider Fachgruppen gefragt, vielmehr sollten exemplarisch positive und negative Erfahrungen berichtet werden. Dennoch lässt sich aus den konkreten Fallbeispielen beider Arztgruppen ableiten, dass die Zusammenarbeit unzureichend wahrgenommen wird.

So ging ein Großteil der Haus- und Zahnärztinnen von einem Wissens- und Informationsdefizit bei den KollegInnen des jeweils anderen Faches aus. Viele HausärztInnen äußerten die Einschätzung, dass wichtige Allgemeinerkrankungen für ZahnärztInnen bei der Behandlung dieser PatientInnen unterschätzt würden, da insbesondere die zahnmedizinischen Belange im Vordergrund stünden. Gleichzeitig äußerten viele HausärztInnen aber auch den Wunsch nach mehr Informationen zur zahnärztlichen Behandlung Ihrer PatientInnen.

Hüttig et al. (2015) kommen in einer aktuellen Untersuchung zur Zusammenarbeit von Haus- und ZahnärztInnen zu ganz ähnlichen Ergebnissen. Der Kontakt zwischen beiden Arztgruppen erfolgt laut Hüttig et al. (2015) fast ausschließlich über die PatientIn. Dabei wird einem schriftlichen Austausch keine Bedeutung beigemessen. Persönliche Rücksprachen zwischen KollegInnen des jeweils anderen Fachgebietes erfolgen nur in den Fällen, in denen sich beide persönlich kennen.(64)

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Tenenbaum et al. (2008), die AllgemeinmedizinerInnen und KieferchirurgInnen in Frankreich zum aktuellen Stand des interdisziplinären Austausches befragten. Es zeigte sich, dass vor allem die AllgemeinmedizinerInnen an einem stärkeren Austausch über PatientInnen im Rahmen eines Netzwerkes interessiert sind.(49)

Andererseits äußerten viele der ZahnärztInnen, dass der Zahnstatus und die Mundgesundheit und deren Bedeutung für die PatientInnen von den betreuenden

HausärztInnen nicht erkannt würden. Einige äußerten sogar, dass sie sich von AllgemeinmedizinerInnen nicht als gleichwertige Kollegen angesehen fühlen. Beide Gruppen neigten stellenweise zu einer starken Verallgemeinerung und zu vorurteilsbehafteten Aussagen gegenüber dem jeweils anderen Fachgebiet. Nicht selten gingen VertreterInnen beider Fachgruppen von einem generellen Desinteresse der fachfremden KollegInnen aus. Als Gründe hierfür wurden wieder die frühe inhaltliche Trennung in der Ausbildung sowie ein mangelnder Austausch zu möglichen gemeinsamen Themen im Berufsalltag genannt. Laut Hüttig et al. (2015) existieren auf beiden Seiten „Fremdbilder“ über die praktische Tätigkeit der jeweils anderen FachkollegInnen, die einen Austausch behindern.(64)

6.2.2 Bewertung der bisherigen Zusammenarbeit und Vorschlägen zu deren Verbesserung

Persönlicher Kontakt ermöglicht eine direktere Kommunikation

Die bisherige Zusammenarbeit von HausärztInnen und ZahnärztInnen wurde von beiden Seiten unterschiedlich bewertet. Gleichzeitig wurden von den InterviewpartnerInnen viele Ideen geäußert, wie eine Zusammenarbeit zwischen Haus- und ZahnärztInnen etabliert bzw. bestehende Ansätze weiter ausgebaut werden könnten.

Dabei fiel auf, dass die Zusammenarbeit im Rahmen eines „lokalen Netzwerkes“ für beide Seiten oft als sehr zufriedenstellend bewertet wurde. Mehrere InterviewteilnehmerInnen verwiesen auf die guten Erfahrungen in der Betreuung von gemeinsamen PatientInnen, die sich vor allem auf einer direkten und unkomplizierten Kommunikation am Telefon oder per Email gründeten.

Die direkte Kommunikation zu spezifischen Fragen, die mit einer persönlich bekannten KollegIn erfolgt, wurde stets positiv bewertet. Ein persönlicher Kontakt zueinander und die örtliche Nähe der Praxen erleichterten dabei den Austausch mit dem jeweils anderen Fachgebiet. Rückfragen und Hinweise zum Stand der Behandlung einer PatientIn könnten häufig telefonisch ausgetauscht werden. ÄrztInnen, die das persönliche Gespräch zu einer KollegIn suchten, äußerten im weiteren Verlauf des Interviews selten den Wunsch, einen schriftlichen Befund erhalten zu wollen. Außerdem wurden von diesen InterviewteilnehmerInnen weniger

Diskussion

pauschale Annahme zu Denk- und Vorgehensweisen einer KollegIn des jeweils anderen Faches geäußert. Vielmehr wurden die bisher guten Erfahrungen in der Zusammenarbeit meist anhand konkreter Beispiele hervorgehoben. Diese Haltung wurde vor allem bei den HausärztInnen deutlich, die über die Zusatzweiterbildung „Naturheilverfahren“ verfügten. Sie betonten, dass sie ihre PatientInnen bei zahnmedizinischen Fragestellungen bewusst an ZahnärztInnen verwiesen, die ebenfalls naturheilkundliche Verfahren bei der Therapie anwendeten. Eine Zusammenarbeit gestaltete sich in diesen Fällen sehr zufriedenstellend, da meist ein gegenseitiger Austausch zwischen beiden FachärztInnen bestünde. Einige der naturheilkundlich arbeitenden HausärztInnen gaben zudem an, dass auch zahnärztliche KollegInnen an regelmäßigen Treffen im Rahmen von Arbeitskreisen im Bereich der Naturheilkunde teilnehmen und der persönliche Austausch dadurch gefördert werde.

Gemeinsame Ausbildungsinhalte

Im Rahmen der HEENOT- Studie in New York (USA) wurde versucht, zahnmedizinische Aspekte und Untersuchungstechniken in bestehende Untersuchungsroutinen von Studierenden der Human- und Zahnmedizin und angehenden KrankenpflegerInnen zu integrieren. Dadurch sollte ein größeres Bewusstsein für die Mundhöhle als möglichen Ort der Manifestation von Erkrankungen und der Wechselbeziehung von oraler und systemischer Gesundheit geschaffen werden. Anhand eines webbasierten Unterrichtsprogrammes wurden den Studierenden Basiskenntnisse der Munduntersuchung vermittelt, welche später im Rahmen einer Prüfung zur klinischen Untersuchung abgefragt wurden. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen ein großes Potential zur Verbesserung der Mundgesundheit und der Allgemeingesundheit durch die Kenntnis interdisziplinärer Untersuchungstechniken. Die Anzahl der Überweisungen zwischen den internistischen und zahnmedizinischen Abteilungen der teilnehmenden Ausbildungsinstitute war in den Folgejahren nach der HEENOT- Studie signifikant angestiegen.(65)

Erste Ansätze für eine stärkere Integration der Mundgesundheit in das Studium der Humanmedizin in Deutschland finden sich beispielsweise im Lernzielkatalog des Modellstudienganges Humanmedizin an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Im

Diskussion

aktuellen Lehrveranstaltungskatalog des Modelstudienganges wird im Modul „Erkrankungen des Kopfes, des Halses und des endokrinen Systems“ von der Klinik für Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie eine Vorlesung mit dem Thema „Vom Zahnarztstuhl auf die Lungentransplantationsliste - Überschneidungen von Zahn - und Humanmedizin“ angeboten.(66) Die Lernziele zu dieser Veranstaltung beinhalten grundlegende Kenntnisse zu den Zähnen und des Zahnhalteapparates sowie zum Aufbau des stomatognathen Systems. Anhand von Fallbeispielen sollen relevante Erkrankungen (z. B. dentogene Infektionen, Parodontopathien, Osteomyelitiden) diskutiert werden. Im gleichen Modul wird vom Institut für Allgemeinmedizin gemeinsam mit der Klinik für Dermatologie und Allergologie eine interdisziplinäre Vorlesung zu Erkrankungen der Mundschleimhaut gehalten. In den Lernzielen dieser Veranstaltung ist eine grundlegende Wissensvermittlung zu Effloreszenzen der Mundschleimhaut, Infektionskrankheiten mit Manifestation im Mundraum (z.B. Candida, Herpes), das Auftreten von Leukoplakien und mögliche Einflüsse von chronischen Erkrankungen auf die Mundschleimhaut (z.B. Diabetes mellitus) oder Medikamenten enthalten.

Eine weitere orientierende Recherche zeigte, dass es auch an anderen medizinischen Fakultäten in Deutschland Bestrebungen gibt, die Ausbildungsinhalte von Human- und Zahnmedizin stärker miteinander zu vernetzen. Auch hier sind es vor allem Vorlesungen, in denen gemeinsame Ausbildungsinhalte vermittelt werden. Beim Besuch einer Vorlesung erfolgt jedoch keine Kontrolle der Anwesenheit. Daher kann nicht gewährleistet werden, dass allen Studierenden eines Semesters die Inhalte der oben genannten Veranstaltungen in gleicher Weise vermittelt werden können.

Denkbar wären auch Seminare, die gemeinsam von Studierenden der Human- und Zahnmedizin besucht und von Dozenten beider Fakultäten geleitet werden. Krankheitsbilder und deren Auswirkungen auf die Mundgesundheit könnten so aus beiden Perspektiven praxisnah beleuchtet werden. Durch den gemeinsamen Besuch interdisziplinärer Lehrveranstaltung könnte die Wahrnehmung des jeweils anderen Fachbereiches als gleichberechtigter Teilbereich der Medizin gefördert werden.

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen

Bei einer Internet-Recherche im Januar 2016 nach bestehenden Qualifizierungsangeboten von Ärztekammern oder Kassenärztlichen Vereinigungen

Diskussion

einzelner Regionen Deutschlands konnten keine Angebote für gezielte Fortbildungsveranstaltungen zu Schnittstellen beider Fachdisziplinen identifiziert werden.

Aus den Ergebnissen der Interviews lässt sich ableiten, dass ein gemeinsamer Fortbildungsbedarf besteht, der sich aber in den Angeboten derzeit nicht widerspiegelt. Eine engere Kooperation zwischen zahnmedizinischen und humanmedizinischen Ärztekammern könnte hier ebenso unterstützend für eine Ausweitung des Angebots sein, wie eine engere Kooperation der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen auf Länderebene. In diesen Veranstaltungen könnten praxisrelevante Themen von VertreterInnen beider Fachrichtungen diskutiert und aktuelle Erkenntnisse aus der Forschung erörtert werden. Auch Inhalte von Leitlinien aus dem jeweils anderen Fachgebiet könnten anschaulich dargestellt werden.

Durch einen Austausch im Rahmen von Stammtischen und Qualitätszirkeln könnten das gegenseitige Verständnis für Abläufe und Routinen in der haus- bzw. zahnärztlichen Praxis gefördert werden. In diesem Rahmen könnten auch lokale Netzwerke und persönliche Beziehungen zu KollegInnen, die im Umfeld der eigenen Praxis arbeiten, geknüpft werden.

Information durch die Fachgesellschaften

Im Gegensatz zu einer positiven Bewertung der Zusammenarbeit im Rahmen von lokalen Netzwerken kritisierten viele der Befragten eine mangelhafte Information zu möglichen Schnittstellen durch die jeweiligen Fachgesellschaften. Interdisziplinäre Themen seien nur selten in den jeweiligen Fachzeitschriften zu finden und würden dadurch in der täglichen Routine kaum wahrgenommen. Vor allem die ZahnärztInnen hatten den Eindruck, dass die Auswirkungen einer schlechten Mundhygiene und eine mangelhafte Mundgesundheit auf chronische Erkrankungen in der allgemeinmedizinischen und internistischen Fachpresse kaum diskutiert werden.

Während der Recherche im Rahmen dieser Promotionsarbeit konnte festgestellt werden, dass sowohl in den allgemeinmedizinischen als auch zahnmedizinischen Fachzeitschriften sowie in den Ärzteblättern der Länder und dem Deutschen Ärzteblatt in den letzten Jahren mehrere Artikel erschienen sind, die im Rahmen von bestimmten Fragestellungen oder im Hinblick auf einzelne Krankheitsbilder auf die Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit aufmerksam machen.(24,32,67)

Auch Ergebnisse einer gemeinsamen Konsensbildung werden dort vereinzelt veröffentlicht, wie das Beispiel eines Konsenspapiers zu Fluoridierungsmaßnahmen bei Kindern zeigt.(67)

6.3 Bewertung der identifizierten Schnittstellen

Bei der Auswertung der Interviews konnten zahlreiche Schnittstellen identifiziert werden. Dabei wurden einige Themenfelder und Schwerpunkte sehr häufig benannt, andere nur von einzelnen angesprochen und ausgeführt. Wie ausführlich einzelne Schnittstellen in den Einzelinterviews thematisiert wurden, war vor allem von den Erfahrungen aus dem Praxisalltag und den individuellen Bewertungen der Befragten abhängig.

Es konnten jedoch einige Schwerpunkte herausgearbeitet werden, die sehr häufig thematisiert wurden und deren Relevanz und Potential für die Zusammenarbeit von Haus- und ZahnärztInnen nachfolgend diskutiert werden soll.

6.3.1 Zusammenhang von Diabetes mellitus und Parodontitis

Zahlreiche Veröffentlichungen der letzten Jahre beschreiben die wechselseitige Beziehung zwischen Diabetes mellitus und Parodontitis.(27,29,68)

Die Folgen und möglichen Komplikationen von Diabetes mellitus Typ 2 wurden auch von einem Großteil der Befragten beider Gruppen thematisiert. Es zeigten sich jedoch Unterschiede in der Bewertung der Bedeutung von Diabetes mellitus Typ 2 sowohl für die Mundgesundheit als auch für die allgemeine Gesundheit.

Die meisten HausärztInnen sahen vor allem die allgemeine Immunsuppression im Rahmen von Diabetes mellitus Typ 2 und die daraus resultierenden Wundheilungsstörungen bei Läsionen in der Mundschleimhaut als problematisch an. Nur in einem einzigen Interview wurde von einer Hausärztin der Zusammenhang von Diabetes mellitus und Parodontalerkrankungen angesprochen.

Dadurch kann auf eine Diskrepanz zwischen dem aktuellen Stand der Forschung zu dieser Thematik und dem Ausmaß, in dem den befragten HausärztInnen dieser Zusammenhang präsent ist, geschlossen werden. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesem Thema finden aufgrund des bestehenden Informationsdefizits nur unzureichend Eingang in die hausärztliche Praxis.

Diskussion

Auch in die aktuellen Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter“ hat der Aspekt des Zusammenspiels von Parodontalerkrankungen und Mundgesundheit nur in Form einer Empfehlung Eingang gefunden, die besagt, dass vor allem bei älteren PatientInnen mit Zahnersatz und manifestem Diabetes mellitus auf eine intensive zahnärztliche Kontrolle geachtet werden sollte, da es sonst zum gehäuften Auftreten von Candidosen kommen könne.(25) In der aktuellen „Nationalen Versorgungsleitlinie zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2“ von Bundeärztekammer, KBV und AWMF gibt es keine Empfehlung zum Screening auf Parodontalerkrankungen bzw. keinen Hinweis auf die Beachtung einer intakten Mundgesundheit bei PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2.(69)

Die beschriebene Thematik wird eher selten in humanmedizinischen wissenschaftlichen Zeitschriften diskutiert, es finden sich jedoch vereinzelte Publikationen. In einem aktuellen Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt wird die ungenügende Beachtung der Mundgesundheit von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 kritisiert und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ZahnärztInnen, DiabetologInnen, InternistInnen und HausärztInnen gefordert.(70)

Die niedergelassenen ZahnärztInnen scheinen sich dagegen des besonderen Behandlungsbedarf von PatientInnen mit Diabetes mellitus im Hinblick auf die orale Gesundheit bewusst zu sein. Dies spiegelt sich in den Aussagen der InterviewteilnehmerInnen wider. In allen Interviews thematisierten die befragten ZahnmedizinerInnen die große Bedeutung der Mundgesundheit bei einer Diabeteserkrankung und verwiesen in diesem Zusammenhang auf die Professionelle Zahnreinigung als wichtiges präventives Mittel, um parodontalen Entzündungsprozessen entgegenzuwirken und einen langfristigen Zahnerhalt zu sichern. Eine diesbezügliche Zusammenarbeit mit den betreuenden HausärztInnen der PatientInnen wird von den ZahnärztInnen jedoch kaum geschildert.

In zahnärztlichen Publikationen ist der Versorgungsbedarf bei Diabetes durchaus präsent: Österreich et al (2011) fordern, auch parodontale Erkrankungen als eine diabetische Komplikation ernst zu nehmen und verweisen auf das große Potential einer interdisziplinären Zusammenarbeit von DiabetologInnen und ZahnärztInnen.(29)

In der Leitlinie zur Parodontalbehandlung von Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie in

Informationsbroschüren für PatientInnen mit Diabetes mellitus(11) wird detailliert auf die Auswirkungen einer fortgeschrittenen Parodontitis bei einer Diabeteserkrankung eingegangen. Die PatientInnen werden dazu aufgefordert, auch die betreuende ZahnärztIn über eine Erkrankung an Diabetes mellitus zu informieren und dadurch eine problemorientierte Behandlung zu erhalten.

6.3.2 Weitere Einflüsse von Parodontitis auf chronische Erkrankungen

Neben Diabetes mellitus wurden von den Befragten beider Gruppen im Rahmen von chronischen Erkrankungen als Schnittstelle in der Versorgung auch Erkrankungen des Herz- Kreislauf- Systems und Krankheitsbilder des rheumatischen Formenkreises sowie Autoimmunerkrankungen thematisiert. Dabei wurde von beiden Fachdisziplinen eine chronische Entzündung im Bereich des Mundes als Hauptproblem angesehen. Eine mögliche Folge kann sein, dass Bakterien durch Mikrotraumata in die Blutbahn gelangen und sich am Gefäßendothel ablagern können. Dadurch kann es zur Entstehung von Thromben und im weiteren Verlauf zu einem Schlaganfall oder Herzinfarkt kommen.(11)

Von Seiten der HausärztInnen scheint eine Beratung und Aufklärung betroffener PatientInnen über Auswirkungen der Mundgesundheit auf ihre Grunderkrankung bisher vom Engagement jeder einzelnen HausärztIn abzuhängen, eine standardisierte Empfehlung dazu gibt es nicht.

Im Gegensatz dazu verwiesen die ZahnärztInnen in den Interviews wiederholt auf die große Bedeutung der Mundgesundheit für die allgemeine Gesundheit und negative Auswirkungen auf chronische Erkrankungen. Mit der Professionellen Zahnreinigung verfügen die ZahnärztInnen über ein Mittel zur Prävention von Parodontalerkrankungen. Als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gelten eine zweimal jährliche zahnärztliche Kontrolluntersuchung und die einmal jährliche Entfernung von Zahnstein.(71) Die PZR ist eine zusätzlich präventive und freiwillige Maßnahme zur Ergänzung dieser kassenärztlichen Leistungen und ist derzeit nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten. Seit 2012 wurde die Professionelle Zahnreinigung als medizinisch indizierte Leistung in den Katalog der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) aufgenommen.(72) Einige Krankenkassen wie die AOK PLUS oder die Techniker Krankenkasse erstatten ihren

Mitgliedern einen Teil der Kosten der Professionellen Zahnreinigung.(73) Der Nutzen der Professionellen Zahnreinigung wird kontrovers diskutiert.(74,75)

Problematisch ist, dass Zahnfleischbluten und entzündliche Prozesse im Bereich der Zahnhäse meist schmerzlos sind. Aufgrund des fehlenden Leidensdruckes werden Parodontalerkrankungen von vielen PatientInnen daher häufig nicht ernst genommen. Eine Diagnose erfolgt daher nicht selten als Zufallsbefund im Rahmen von zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Genetische Faktoren, eine ungesunde Ernährung, Rauchen und Stress können zusätzlich zur Verschlechterung einer bestehenden Parodontitis beitragen.(11)

Eine konsequente Aufklärung über die Folgen von Parodontitis sowohl für die Zähne als auch den Gesamtorganismus könnte einen entscheidenden Beitrag zur Gesundheitsvorsorge leisten. Vor allem die ZahnärztInnen sollten die PatientInnen über das Krankheitsbild, mögliche Symptome und präventive Maßnahmen informieren. Regelmäßiges Hinweisen auf den Zahnarztbesuch als Teil der Vorsorgeuntersuchungen durch die behandelnde HausärztIn könnte diese Bemühungen unterstützen. Es ist denkbar, dass auch in Hausarztpraxen durch das Auslegen von Informationsmaterialien auf eine regelmäßige Vorstellung und Prophylaxemaßnahmen bei den ZahnärztInnen hingewiesen werden könnte. Ein aktives Hinweisen durch die HausärztIn auf die Notwendigkeit regelmäßiger zahnärztlicher Kontrollen sowie einer gesunden Ernährung und den Verzicht von Tabakwaren vor allem bei RisikopatientInnen könnte ein weiterer Ansatzpunkt für eine interdisziplinäre Prävention von Parodontalerkrankungen sein.

6.3.3 Medikamentenwirkung

Antibiotikaverordnung

Bei der Frage nach einer Zusammenarbeit beider Fachdisziplinen im Rahmen der Verordnung von Medikamenten wurde vor allem der Umgang mit Antibiotika von beiden Fachgruppen kritisch bewertet. Dabei waren vor allem die HausärztInnen der Meinung, dass die ZahnärztInnen bei der Verordnung von Antibiotika die PatientInnen nur selten über mögliche Nebenwirkungen informierten. Wenn dann im Verlauf der Einnahme Nebenwirkungen wie zum Beispiel Durchfälle aufträten, seien dann die HausärztInnen die AnsprechpartnerInnen der PatientInnen und nicht die ZahnärztInnen. Außerdem wurde aus Sicht der HausärztInnen der einseitige Einsatz

nur weniger Antibiotika kritisiert. Bei der wissenschaftlichen Untersuchung der Frage der Antibiotikaauswahl im Bereich der Zahnmedizin konnten Isla et al (2005) zeigen, dass vor allem Amoxicillin/Clavulansäure, Clindamycin und in einigen Fällen auch Metronidazol eine ausreichende Wirksamkeit bzw. einen signifikanten Effekt auf die Zahl der Keime in der Mundhöhle haben.(76) Der vorrangige Einsatz vor allem dieser Antibiotika durch die ZahnärztInnen kann so erklärt werden. Allerdings bestehe laut Dar-Odeh et al (2010) Verbesserungsbedarf in Höhe der Dosierung und Dauer der Anwendung von Antibiotika durch ZahnärztInnen.(77) Häufig werde eine zu geringe Dosis über einen zu langen Zeitraum verabreicht. Dadurch komme es zum einen häufiger zum Auftreten von Nebenwirkungen, zum anderen begünstige dies die Entstehung von Resistenzen gegen Antibiotika und einen damit verbundenen Wirkungsverlust.(77,78)

Aus diesem Grund sollten alle VerordnerInnen stets eine strenge Indikation für den Einsatz von Antibiotika stellen. Studien zeigen, dass bei akuten Entzündungen im Mund oder an den Zähnen von HausärztInnen teilweise zu schnell eine antibiotische Therapie begonnen wird, häufig kommen auch Breitspektrumantibiotika zum Einsatz, die jedoch nachweislich keinen Einfluss auf das bakterielle Milieu im Mundraum haben.(40,77) Eine kontinuierliche Evaluation von Indikation, Substanzklasse und Wirkungsspektrum bei der Verordnung von Antibiotika durch beide Fachdisziplinen kann sowohl die individuelle Situation für die PatientIn verbessern als auch der zunehmende Entwicklung von Resistenzen entgegenwirken.

Endokarditisprophylaxe

Uneinigkeit zwischen beiden Fachgruppen herrschte ebenfalls bei der Frage nach der Notwendigkeit einer prophylaktischen Antibiotikagabe vor zahnärztlichen Eingriffen, um einer Bakteriämie und einer eventuell daraus folgenden infektiösen Endokarditis entgegenzuwirken. Eine standardisierte Gabe von Antibiotika vor zahnärztlichen Eingriffen wird aktuell nicht mehr empfohlen.(77) Zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen wie die Professionelle Zahnreinigung zeigen im Vergleich zum täglichen Zähneputzen als grundlegende Hygienemaßnahme kein signifikant erhöhtes Risiko für eine Bakteriämie.(79) Stattdessen ist die Gefährdung durch eine allergische Reaktion auf Antibiotika als höher einzustufen als die effektive Reduktion von Bakterien im Mundraum.(77)

Diskussion

Lediglich für RisikopatientInnen (alle PatientInnen mit erworbenen Herzklappenerkrankungen, bei Z.n. Herzklappenersatz, angeborenen strukturellen Herzfehlern, Z.n. infektiöser Endokarditis, hypertropher Kardiomyopathie) besteht aktuell eine Empfehlung zur präinterventionellen Gabe von Antibiotika.

Die von einem der befragten ZahnärztInnen vorgeschlagene Spülung mit Chlorhexidin zur Reduktion der Keimzahl im Mund kann die prophylaktische Antibiotikagabe für Risikopatienten jedoch nicht ersetzen.(79)

Die Einschätzung, ob eine PatientIn der Risikogruppe zugeordnet werden muss, sollte daher sowohl durch die behandelnde HausärztIn als auch durch die ZahnärztIn erfolgen, die einen interventionellen Eingriff vornehmen will. Unter Berücksichtigung der oben genannten Kriterien zur Einschätzung des individuellen Risikos kann eine genaue Indikation gestellt werden. Unnötige Antibiotikagaben könnten dadurch vermieden und eine indizierte Prophylaxe für die PatientIn nachvollziehbar verabreicht werden.

Orale Antikoagulantien und Thrombozytenaggregationshemmung

Die Herausforderungen im Umgang mit PatientInnen, die blutverdünnende Medikamente bzw. Thrombozytenaggregationshemmer wie ASS oder Clopidogrel einnehmen, wurden in den Interviews von VertreterInnen beider Fachgruppen ausführlich thematisiert. Unklar scheint, ob die Verantwortung über die Indikationsstellung zum Bridging bei den HausärztInnen oder den ZahnärztInnen liegt und von welcher Fachdisziplin die Entscheidung über ein notwendiges Bridging erfolgen sollte.

Bei der Analyse der aktuellen wissenschaftlichen Literatur sind folgende Studien interessant: Sowohl Gröbe et al (2014) als auch Bajkin et al (2014) untersuchten das Blutungsrisiko im Rahmen von zahnärztlichen chirurgischen Eingriffen von PatientInnen mit doppelter (Gruppe 1) bzw. einfacher Plättchenaggregationshemmung (Gruppe 2) im Vergleich zu PatientInnen, die keine Medikamente einnahmen, die die Blutgerinnung beeinflussen (Gruppe 3). In beiden Studien konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Gruppen gezeigt werden.(80,81) Kleinere oralchirurgische Eingriffe können daher ohne ein vorheriges Absetzen der genannten Medikamente durchgeführt werden.

Diskussion

In der S1- Leitlinie der DEGAM zum *bridging* wird das Absetzen blutverdünnender bzw. gerinnungshemmende Medikamente vor Zahnextraktionen (mit Ausnahme von mehreren Zähnen) ausdrücklich nicht empfohlen.(82) Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGKMZ) spricht sich gegen das eigenständige Absetzen einer blutverdünnenden bzw. gerinnungshemmenden Therapie durch die ZahnärztInnen aus, um die PatientInnen nicht einem unnötigen Risiko von Thromboembolien auszusetzen.(83)

Vielmehr bedürfe es einer realistischen präoperativen Einschätzung des Blutungsrisikos durch die ZahnärztInnen und möglicher Komplikationen während der Operation.(84) Lokale Blutstillungsmaßnahmen zur Blutungskontrolle seien in jedem Fall vorzuziehen und eine Blutung in den meisten Fällen durch diese beherrschbar.(37) Sollte das Blutungsrisiko einer PatientIn im Rahmen eines größeren oralchirurgischen Eingriffes als signifikant eingeschätzt werden, so dürfe auch dann ein Absetzen oder Umstellen der oralen Antikoagulation nur in Abstimmung mit der behandelnden HausärztIn erfolgen. Außerdem verweist die Empfehlung der DGZMK darauf, dass die Entscheidung über Fort- oder Absetzen einer blutverdünnenden Therapie der ÄrztIn obliegt, die die Einstellung des INR und damit das Monitoring der Therapie vornimmt.

Sowohl für Haus- als auch für ZahnärztInnen liegen klare Handlungsempfehlungen und Leitlinien zum Umgang mit oralen Antikoagulantien vor operativen Eingriffen im Mund seitens der Fachgesellschaften vor. Daher verwundert es, dass in der täglichen Praxis bei beiden Fachgruppen nach wie vor viele Unsicherheiten existieren. Es kann nur vermutet werden, dass die Dissemination und Implementation der bestehenden Leitlinienempfehlungen verbesserungswürdig ist – hier ist seitens der verantwortlichen Fachgesellschaften möglicherweise die Informationspolitik unzureichend. Von beiden Fachgruppen wurde immer wieder der Wunsch nach einem standardisierten Vorgehen, an dem sich beide Fachdisziplinen orientieren können, geäußert. Gemeinsame bzw. fachübergreifende Leitlinien existieren jedoch nicht.

Zusätzlich ist anzumerken, dass sich die meisten existierenden Empfehlungen aus beiden Fachbereichen auf eine orale Antikoagulation mit Vitamin K- Antagonisten beziehen. Die zunehmende Verbreitung von neuen oralen Antikoagulantien (NOAKs) ist hier noch nicht ausreichend präsent, eine zusätzliche weitere Verunsicherung

bezüglich des Blutungsrisikos bei zahnärztlichen Eingriffen bei den Anwendern in der Praxis ist für die Zukunft zu befürchten.

6.3.4 Akute Krankheitsgeschehen

Die Rolle von HausärztInnen beim Umgang mit schweren akuten Zahninfektionen beschreiben Robertson et al (2015) in einem Review.(85) Häufig werden HausärztInnen von PatientInnen mit akuten Zahnschmerzen oder Schwellungen im Gesicht aufgesucht, weil sie keine „ZahnärztIn des Vertrauens“ haben, die Zahnarztpraxis der Wahl schon geschlossen ist oder weil sie sich von der HausärztIn die Verschreibung eines Antibiotikums zur Behandlung der Beschwerden erhoffen. In den Interviews der hier vorliegenden Studie nannten die befragten HausärztInnen im Wesentlichen dieselben Gründe dafür, warum sich ggf. solche Patienten bei Ihnen vorstellen.

Die grundsätzliche Aufgabe der HausärztInnen ist es laut Robertson et al den Schweregrad einer akuten Zahninfektion zu beurteilen und daraufhin die nächsten Behandlungsschritte einzuleiten. Andere Autoren betonen die Bedeutung des Erkennens von Komplikationen von Zahninfektionen durch HausärztInnen.(41) Grundsätzlich ist jedoch das Weiterleiten an eine ZahnärztIn durch die HausärztIn zur fachgerechten Therapie (Abszessinzision, Zahnextraktion, lokale antibiotische Behandlung) von Zahninfektionen in den meisten Fällen das gebotene Vorgehen. Antibiotika sollten nach Ansicht von Robertson von der HausärztIn nur dann verschrieben werden, wenn eine dentogene Ursache von Schwellungen und Schmerzen im Gesicht sicher ausgeschlossen werden kann.(85)

Als Problem beschrieben Befragte beider Fachgruppen maligne Veränderungen in der Mundhöhle. Malignome im Mund- und Rachenraum können umso erfolgreicher behandelt werden, je früher verdächtige Läsionen erkannt und abgeklärt werden. Eine ZZQ- Leitlinie empfiehlt daher zweimal im Jahr eine gründliche Inspektion und ggf. Palpation der Mundschleimhaut.(43)

Es ist anzunehmen, dass dies in der Regel im Rahmen der zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen stattfindet. Zu überlegen ist jedoch, ob bei RisikopatientInnen (starke RaucherInnen, regelmäßiger Alkoholkonsum)(42) eine regelmäßige Inspektion der Mundhöhle auch durch die HausärztIn erfolgen könnte.

6.3.5 Mundgesundheit bei einzelnen Patientengruppen

Kinder und Jugendliche

Die Kontrolle des Zahnstatus von Kindern und Jugendlichen und die Bedeutung der Mundgesundheit für diese Patientengruppe wurden von einigen HausärztInnen thematisiert.

Dabei muss beachtet werden, dass hausärztliche Praxen sehr heterogen in Bezug darauf sind, in welchem Ausmaß Kinder und Jugendliche dort im Rahmen der Primärversorgung behandelt werden. Deren Versorgung wird in Deutschland zum großen Teil von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin geleistet, da diese in unserem Gesundheitswesen relativ flächendeckend verfügbar sind.(44) Potential für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit besteht daher aus theoretischer Sicht nicht nur in der Kooperation von HausärztInnen und ZahnärztInnen, sondern auch zwischen KinderärztInnen und Zahnmedizin. Besonders in den ersten Lebensjahren besteht in der Primärversorgung vor allem Kontakt zu den KinderärztInnen. Dela Cruz et al (2004) betonen die wichtige Stellung der KinderärztInnen für das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren für die Entstehung von Zahnkaries und einer schlechten Mundhygiene.(86) Dieser Ansicht waren auch viele der befragten ZahnärztInnen. Ein entscheidender Faktor ist hier der sozioökonomische Status, was sich sowohl in internationalen Forschungsergebnissen als auch in Arbeiten aus dem deutschen Setting zeigt.

In einer kanadischen Studie aus dem Jahr 2013 wurde eine nach wie vor hohe Inzidenzrate an Karieserkrankungen bei Kindern festgestellt. Der Zustand der Mundgesundheit zeigte sich hier vor allem vom sozioökonomischen Hintergrund eines Kindes abhängig. Um sicherzustellen, dass jedes Kind Zugang zu einer zahnmedizinischen Basisversorgung bekomme und über Zahnpflege und Mundgesundheit aufgeklärt werde, wurde eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ÄrztInnen, ZahnärztInnen, Krankenschwestern und Schulen gefordert.(87)

In Deutschland hat sich die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen in den vergangenen 20 Jahren durch kontinuierliche Präventionsbemühungen deutlich verbessert. Dies gilt jedoch nicht für Kinder und Jugendliche, die in schwierigen sozialen Verhältnissen oder in bildungsfernen Schichten leben. Die Karieslast in dieser Risikogruppe ist nach wie vor hoch. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung fordert daher, die Prävention von Karies vor allem im frühkindlichen Alter auszubauen. Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen werden in

Diskussion

Deutschland bisher erst ab dem 30. Lebensmonat von den Gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Gerade für Angehörige der Risikogruppe sei dieser Zeitpunkt zu spät. Eine Aufklärung über die Bedeutung der Mundgesundheit müsse so früh wie möglich und eine systematische zahnmedizinische Betreuung bereits mit dem Durchbrechen der ersten Milchzähne beginnen.(88) Dies könne beispielsweise durch die Einbindung zahnärztlicher Frühuntersuchungen in die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen der KinderärztInnen erzielt werden.

Ein weiteres in den Interviews thematisiertes Problem war die so genannte „Milchzahnkaries“ und der Stellenwert von Fluoridierungsmaßnahmen zu deren Prävention.

Von Angehörigen beider Fachdisziplinen wurden hier recht unterschiedliche Ansichten zur Verordnung von Fluoridtabletten und fluoridhaltigen Zahnpasten geäußert, auch die Literatur stellt sich heterogen dar: Von den ZahnärztInnen wird in entsprechenden Veröffentlichungen die vor allem topische Wirkung von Fluorid betont. Fluoridtabletten sollten daher langsam gelutscht werden. Eine Fortsetzung der Einnahme von Fluoridtabletten nach dem dritten Lebensjahr wird nicht empfohlen. In den Empfehlungen für KinderärztInnen wird dagegen die systemische Einnahme von Fluorid weiterhin präferiert. Es findet sich kein ausdrücklicher Hinweis dazu, dass Fluorettten nach Möglichkeit gelutscht werden sollten.(89)

Einigkeit zwischen Zahn- und KinderärztInnen und den entsprechenden Empfehlungen und Leitlinien besteht darin, dass einer Verordnung von Fluoridtabletten eine genaue Anamnese zur bereits bestehenden Fluoridaufnahme durch fluoridhaltige Zahnpasten, Mineralwasser, örtlicher Trinkwasserfluoridierung und Speisesalz erfolgen sollte, um den individuellen Fluoridbedarf zu bestimmen.

Zur Verwendung von fluoridhaltigen Zahnpasten gibt es ebenfalls unterschiedliche Empfehlungen von beiden Seiten. Von den Fachgesellschaften der ZahnärztInnen wird die Anwendung von Zahnpasten mit einem Fluoridgehalt von 500 ppm schon vom Säuglingsalter an empfohlen.

Diese Empfehlung wird von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin kritisiert. Die Gefahr einer Überdosierung mit Fluorid und dadurch entstehende Dentalfluorosen sei durch das Verschlucken von Zahnpasta vor allem bei Kindern unter vier Jahren hoch. Daher wird von der Verwendung von Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 500 ppm abgeraten. Stattdessen wird die Anwendung

von „Kinderzahnpaste“ (Fluoridgehalt max. 250 ppm) zur täglichen Zahnpflege und die Einnahme von Fluorettten weiterhin empfohlen.

Ein Update der AWMF- Leitlinien „Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe“ berücksichtigt die unterschiedlichen Empfehlungen zur Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasten von Kinder- und ZahnärztInnen.(89) Laut einer Veröffentlichung im Sächsischen Landesärzteblatt (Ausgabe 08/2015) werden diese unterschiedlichen Empfehlungen von allen Beteiligten jedoch als unbefriedigend empfunden und bieten keine klare Orientierung für die Familien.(67) Durch eine häufige Doppelfluoridierung mit Tabletten und Fluoridzahncreme sei die Gefahr der Ausbildung von Dentalfluorosen deutlich erhöht. Daher wurde in Sachsen ein Steuerungskreis zusammengestellt, der in zwei Sitzungen einen für alle befriedigenden Konsens erarbeiten sollte. Diesem Steuerkreis gehörten Mitglieder der medizinischen und pharmazeutischen Fakultäten der Universitäten in Sachsen, der Berufsverbände, der Fachgesellschaften, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Freistaates Sachsen e.V. und des Sächsischen Hebammenverbandes an. Wichtig war dabei, die „Kulturtechnik des Zähneputzens mit Zahncreme ab Durchbruch des ersten Zahnes zu vermitteln und zu leben“.(67)

Es wurden folgende Empfehlungen erarbeitet:

- Kinderzahnpaste (Fluoridgehalt 500 ppm) sei bei sparsamem Gebrauch als unbedenklich anzusehen, die Portionierung der Zahnpasta sollte möglichst durch einen Erwachsenen erfolgen (Eltern und Erziehungsberechtigte, in Kindertagesstätten ErzieherInnen)
- Empfehlung zur Fluoridapplikation, **Variante A** (bis zur Vollendung des 2. Lbj.): Einnahme eines Vitamin-D- Präparates (500 I.E. Vit. D) **ohne Fluoridzusatz**, ab Durchbruch des ersten Zahnes einmal täglich Zähneputzen mit einer „reiskorngroßen“ Portion **fluoridhaltiger Kinderzahncreme**
- Empfehlung zur Fluoridapplikation, **Variante B** (bis zur Vollendung des 2. Lbj.): Einnahme eines Kombinationspräparates Vitamin D **mit Fluoridzusatz**, ab Durchbruch des ersten Zahnes einmal täglich Zähneputzen mit einer „reiskorngroßen“ Portion **fluoridfreier Kinderzahncreme**

Diskussion

- Empfehlung zur Fluoridapplikation vom 2. Geburtstag bis zur Vollendung des 6. Lbj.: zweimal täglich Zähneputzen mit einer „erbsengroßen“ Portion fluoridhaltiger Kinderzahncreme, keine Einnahme von Fluoridtabletten (alle Varianten werden jeweils durch die sparsame Verwendung von fluoridhaltigem Speisesalz ergänzt).

Wünschenswert wäre, diese Empfehlungen durch die Fachgesellschaften und Landesorganisationen von Kinder- und ZahnärztInnen deutschlandweit auszusprechen und bereits bestehende Leitlinien diesbezüglich zu aktualisieren.

Dieses Vorgehen zur gemeinsamen Konsensbildung unter Einbeziehung aller Akteure scheint sehr sinnvoll und könnte exemplarisch für Einigungsprozesse auch zwischen anderen Fachgesellschaften stehen, wie zum Beispiel für den Austausch zwischen Haus- und ZahnärztInnen.

Eine ähnliche Konsensbildung unter Einbeziehung verschiedener Akteure des Gesundheitssystems zu Themenkomplexen „orale Antikoagulation“ oder „Antibiotikaverordnungen“ wäre nach diesem Vorbild in der Zukunft wünschenswert.

Schwangere

Der Nutzen einer intensiven zahnmedizinischen Betreuung in der Schwangerschaft wurde in den Interviews nur von den ZahnärztInnen thematisiert. Min Wu et al (2014) haben die aktuelle Studienlage zum Zusammenhang von Parodontalerkrankungen und Schwangerschaft in einem systematischen Review zusammengefasst.(61) Viele Studien der letzten Jahrzehnte beschreiben einen signifikanten Anstieg von Entzündungen des Zahnfleisches während der Schwangerschaft, vor allem im letzten Trimenon und den drei ersten Monaten post partum.(61,90) Als Grund dafür wird vor allem die Wirkung der Hormone Östrogen und Progesteron, deren Plasmakonzentrationen währen der Schwangerschaft stark ansteigen, auf die mikrobielle Standortflora im Mundraum gesehen.(61) Durch eine gute Mundhygiene und die zahnärztliche Behandlung einer bestehenden Parodontose könne der negative Effekt der Hormone jedoch verringert werden. Mukherjee et al (2002) fordern daher mehr Aufmerksamkeit bezüglich eines möglichen Progresses von Parodontalerkrankungen in der Schwangerschaft.(90)

Die Betreuung von schwangeren PatientInnen hinsichtlich ihrer Schwangerschaft gehört in der Regel nicht zu den engeren Aufgaben von HausärztInnen. Daher ist es

nachvollziehbar, dass diese Patientengruppe in den Interviews mit den HausärztInnen nicht speziell thematisiert wurde. Interessant ist jedoch, dass von den ZahnärztInnen hier eine Schnittstelle in der Zusammenarbeit mit GynäkologInnen als einem weiteren Fachgebiet der Humanmedizin gesehen wird. Hier könnten weitere Studien ansetzen, um den aktuellen Wissenstand der GynäkologInnen zu diesem Thema darzustellen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von ZahnmedizinerInnen und FachärztInnen aus verschiedenen Bereichen der Humanmedizin weiter zu fördern.

Ältere PatientInnen

Der demographische Wandel und die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und mit der dadurch steigenden Anzahl an älteren und alten PatientInnen stellen nicht nur für die Human- sondern auch für die Zahnmedizin eine große Herausforderung dar.(91) Der Erhalt der Mundgesundheit und des Gebisses bis ins hohe Alter sind die Grundvoraussetzungen für eine suffiziente Nahrungsaufnahme und damit einem allgemeinen Kräfteerhalt.(60) Dieser Meinung waren auch viele der befragten Haus- und ZahnärztInnen in den Interviews. Razak et al (2014) stellen in einem systematischen Review weitere Veränderungen im Alter, die Einfluss auf die Mundgesundheit haben, dar. Neben den strukturellen Veränderungen der Zahnschmelzsubstanz ist vor allem eine zunehmende Mundtrockenheit durch eine abnehmende Speichelproduktion oder als Nebenwirkung von im Alter häufig verabreichten Medikamenten problematisch.(60) Die hohe Zahl von Parodontalerkrankungen und die Gefahren, die eine bakterielle Fehlbesiedelung im Mundraum birgt, rechtfertigen nach Expertensicht zahnärztliche Prophylaxemaßnahmen bis ins hohe Alter.(60,92,93) Doch auch die tägliche Basiszahnpflege wird vor allem im hohen Alter häufig nicht mehr in ausreichendem Umfang vorgenommen. Wenn schon eine lange Zeit Zahnersatz in Form von Vollprothesen getragen wird, geht das Bewusstsein für die Pflege auch des zahnlosen Mundes verloren.(93) Zusätzlich können Ulzerationen durch schlecht sitzende Prothesen entstehen, was auch einige der HausärztInnen in den Interviews als Problem beschrieben haben. Besonders betroffen davon sind PatientInnen, die in Senioren- und Pflegeheimen leben.(93–95) Die Bundeszahnärztekammer hat daher ein Handbuch der Mundhygiene für Pflegekräfte herausgegeben, welches praktische Hinweise für die tägliche Routine zur Mundpflege von pflegebedürftigen PatientInnen

gibt.(96) Des Weiteren werden in einem „Leitfaden der Bundeszahnärztekammer zur präventionsorientierten Zahnmedizin unter den besonderen Aspekten des Alters“ besondere Voraussetzungen und Verhaltensweisen von ZahnärztInnen für die Betreuung von älteren und alten PatientInnen formuliert.

In der aktuellen Literatur wird für die Gewährleistung einer suffizienten Zahnpflege und des Erhalts der Mundgesundheit von vielen Autoren die Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit und des gegenseitigen Austauschs zwischen Haus- und ZahnärztInnen, Krankenschwestern und –pflegern, PflegerInnen in ambulanten und stationären Altenpflege sowie den Angehörigen hervorgehoben.(92,93) Nicht zu vernachlässigen ist nach der Ansicht von Razak et al (2014) außerdem die kontinuierliche Motivation der PatientInnen für den Erhalt ihrer Zähne und eine Anleitung zur richtigen Zahnpflege.(60) Hier könnten auch die HausärztInnen ansetzen und damit einen Beitrag zum Erhalt der Mundgesundheit ihrer älteren PatientInnen leisten.

6.3.6 Prävention- ein guter Ansatzpunkt für mehr Zusammenarbeit

Aus den Aussagen der Haus- und ZahnärztInnen im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit ergeben sich beim Thema Prävention besonders viele Hinweise auf interdisziplinäre Fragestellungen und denkbare Ansatzpunkte für eine stärkere Verzahnung der Versorgung durch beide Fachgruppen. So könnte beispielsweise ein aktives Hinweisen seitens der HausärztInnen auf den Erhalt der Mundgesundheit durch eine korrekte Zahnpflege sowie eine gesunde Ernährung und den Verzicht auf Tabakwaren für eine interdisziplinäre Prävention von Parodontalerkrankungen bedeutsam sein. Denkbar wäre auch ein Abfragen von erfolgten zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen im Rahmen der Check-up 35- Untersuchung oder den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen bei chronisch kranken PatientInnen. Beispielsweise könnte in das Disease-Management-Programm zu Diabetes mellitus Typ 2 neben der Frage nach der letzten Vorstellung bei der AugenärztIn auch die Frage nach dem letzten wahrgenommenen Zahnarzttermin folgen. Durch ein solches standardisiertes Vorgehen könnte die Frage nach einer zahnmedizinischen Behandlung fest in hausärztlichen Routinen verankert werden. Ein Beispiel hierfür ist die Überarbeitung der Check- up35- Untersuchung im Rahmen der „Neuen Gesundheitsuntersuchung“ in Bremen.(97) Anhand von Fragebögen für drei

Diskussion

verschiedene Altersgruppen (Gruppe 1: 18 bis 34 Jahre, Gruppe 2: 35 bis 69 Jahre, Gruppe 3: 70 plus Jahre) wird der aktuelle Gesundheitszustand anhand von „Triggerfragen“ erfasst. Im hausärztlichen Gespräch können dann beim Durchgehen des Fragebogens mögliche Problemfelder benannt und mögliche weitere diagnostische bzw. therapeutische Schritte mit der PatientIn diskutiert werden. In allen drei Gruppen wird auch nach „Problemen dem Zahnfleisch oder Mundgeruch“ (Gruppe 1), „Problemen mit Mundgeruch/ mit dem Zahnfleisch oder mit dem Kauen“ (Gruppe 2) bzw. „Schwierigkeiten mit dem Kauen“ (Gruppe 3) gefragt. Besonders erfreulich ist, dass schon im Fragebogen für die jungen PatientInnen (Gruppe 1) die Mundgesundheit thematisiert wird.

Durch Beachten möglicher Symptome von (chronischen) Erkrankungen in der Mundhöhle können auch ZahnärztInnen einen Beitrag zur Prävention von Allgemeinerkrankungen leisten. Gambhir et al (2015) weisen in einem Review auf das große Potential zahnärztlicher Präventionsmaßnahmen und Kontrolluntersuchungen für das Erkennen von einem bisher nicht diagnostizierten Diabetes mellitus und arteriellen Hypertonus, Symptomen eines Schlafapnoesyndromes, Screeningverfahren für Osteoporose und Arthritis, der Früherkennung einer möglichen HIV- Infektion, dem Umgang mit Übergewicht sowie die Aufklärung über die Folgen von Tabak- und Alkoholkonsum hin.(3)

Österreich et al (2006) betonen, dass eine zahnärztliche Therapie stets präventionsorientiert sein sollte, um „langfristig den Umfang restaurativer Maßnahmen v.a. im jüngeren und mittleren Lebensalter zu reduzieren und die Lebensqualität durch Erhalt der oralen Gesundheit in ihrer Wechselwirkung zum Gesamtorganismus positiv zu beeinflussen.(98)

Von zahnärztlicher Seite erfolgt bereits eine Aufklärung über die Bedeutung der Mundgesundheit, vor allem bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus durch Informationsbroschüren für PatientInnen. Es wäre denkbar, dass auch in Hausarztpraxen durch das Auslegen von Informationsmaterialien über die Notwendigkeit von regelmäßig wahrzunehmenden Prophylaxemaßnahmen bei den ZahnärztInnen informiert und damit Patienten für das Thema sensibilisiert werden könnten.

Aus wissenschaftlicher Sicht wünschenswert ist natürlich eine begleitende Evaluation von solchen Informations- und Versorgungsinterventionen, um die Wirksamkeit im Hinblick auf ein verstärktes Problembewusstsein bei den ÄrztInnen einerseits und bei

den Patienten andererseits zu erfassen. In einem weiteren (allerdings methodisch nicht einfach umzusetzenden) Schritt sollten die Auswirkungen solcher Maßnahmen auf das gesundheitliche outcome untersucht werden.

6.4 Resümee und Ausblick

Im Rahmen der hier vorliegenden qualitativen Untersuchung konnten zahlreiche Schnittstellen zwischen Allgemein- und Zahnmedizin identifiziert werden. Die Bedeutung bestimmter Krankheitsbilder wird von beiden Fachdisziplinen dabei aber durchaus unterschiedlich wahrgenommen. Dies zeigt sich beispielsweise bei den Themen Diabetes mellitus und Parodontose sowie möglichen Auswirkungen von Parodontalerkrankungen. In zahlreichen Publikationen in zahnmedizinischen Fachzeitschriften wird auf die große Bedeutung einer interdisziplinären Behandlung von PatientInnen mit Diabetes mellitus hingewiesen.(26–28,99,100) Dies war jedoch den an dieser Studie teilnehmenden HausärztInnen wenig bewusst, während fast alle teilnehmenden ZahnärztInnen diese Thematik erörterten. In der neueren Leitlinien der American Diabetes Association wird verstärkt auf die Berücksichtigung zahnmedizinischer Probleme bei DiabetikerInnen und das Ausstellen von Überweisungen zu einer ZahnärztIn zur Mitbehandlung hingewiesen.(101) In anderen Leitlinien wird jedoch die zahnärztliche Mitbehandlung von PatientInnen mit Diabetes (noch) nicht empfohlen.(102) Sinnvoll wäre eine Zusammenarbeit anhand standardisierter Prozesse, zum Beispiel die Implementierung der Frage nach zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in das Disease-Managementprogramm für DiabetikerInnen, zumindest im Rahmen von Pilotprojekten (vgl. 5.3).

Bei der Therapie mit oralen Antikoagulantien hingegen findet sich in den aktuellen Leitlinien ein allgemeiner Konsens, dass kleinere oralchirurgische Eingriffe auch unter Fortführung der Therapie durchgeführt werden können.(37,80,84,103) Interessant ist, dass unter den TeilnehmerInnen dieser Studie jedoch nach wie vor eine große Verunsicherung im Umgang mit oralen Antikoagulantien vor Eingriffen im Mund herrscht. Dem Wunsch nach einem für beide Gruppen geltenden standardisierten Vorgehen könnte auch durch das Erstellen einer gemeinsamen interdisziplinären Leitlinie entsprochen werden. An der Erarbeitung dieser Leitlinie sollten VertreterInnen der Fachgesellschaften bzw. Landesorganisationen beider Fachgruppen beteiligt sein. Dass dadurch ein für beide Seiten zufriedenstellendes

Diskussion

Ergebnis erzielt werden kann, zeigt das Beispiel zur Konsensfindung zu Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe bei Kindern in Sachsen(67). Es sollte im nächsten Schritt dafür Sorge getragen werden, dass Haus- und ZahnärztInnen flächendeckend über die Existenz und die Inhalte einer gemeinsamen Leitlinie informiert werden.

Neben den Möglichkeiten für eine engere Zusammenarbeit von Haus- und ZahnärztInnen konnten auch Schnittstellen weiterer Fachbereiche der Humanmedizin und der Zahnmedizin herausgearbeitet werden. Potential für eine interdisziplinäre Patientenbetreuung besteht zum Beispiel für die Pädiatrie, die Geburtshilfe, die Rheumatologie und die Geriatrie.

Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik hat sich gezeigt, dass die Mundgesundheit vielfältige Einflüsse auf die allgemeine Gesundheit hat, diese jedoch bei der Behandlung vieler allgemeiner Krankheitsbilder bisher nur in geringem Umfang berücksichtigt werden. Anhand einer qualitativen Studie mit HausärztInnen in Großbritannien zeigte sich, dass häufig eine große Unsicherheit im Umgang mit zahnmedizinischen Krankheitsbildern herrscht.(104) Dies spiegelt sich auch in den Antworten der an dieser Studie teilnehmenden HausärztInnen wider. Ein Grund dafür könnte die bisherige strenge Trennung der Ausbildungsinhalte von Human- und Zahnmedizin sein. In traditionellen humanmedizinischen Curricula werden zahnmedizinischen Inhalte vor allem theoretisch während der anatomischen Ausbildung vermittelt, wichtige zahnmedizinische Krankheitsbilder und deren klinische Relevanz werden bisher nur wenig berücksichtigt.(105) Dagegen wird in der Ausbildung von ZahnmedizinerInnen großen Wert auf die Vermittlung allgemeinmedizinischer Inhalte und systemischer Erkrankungen gelegt.(106) Daher erscheint eine interdisziplinäre Vernetzung bereits während der Ausbildung und die Vermittlung fächerübergreifender Inhalte in gemeinsamen Lehrveranstaltungen als notwendiger Schritt.(107,108)

Im Rahmen von lokalen Netzwerken oder durch das persönliche Verhältnis zwischen KollegInnen beider Fachgebiete zu einander besteht stellenweise bereits eine für beide Seiten zufriedenstellende Zusammenarbeit. Die von den befragten ÄrztInnen genannten positiven Beispiele könnten exemplarisch für die Entwicklung von Modellprojekten zur stärkeren Vernetzung von Praxen beider Fachgebiete im selben Einzugsgebiet von Nutzen sein. Gemeinsame Qualitätszirkel oder interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen von Haus- und ZahnärztInnen stellen weitere

Diskussion

Möglichkeiten dar, um das Bewusstsein über das Potential einer gemeinsamen Patientenversorgung stärker zu etablieren.

Ziel dieser Arbeit war es, ein bisher wenig erforschtes Handlungsfeld in der täglichen Arbeit von Haus- und ZahnärztInnen zu ergründen und durch das Herausarbeiten möglichst vieler Schnittstellen und Berücksichtigung unterschiedlicher Aspekte auf das Potential einer verstärkten Zusammenarbeit beider Fachdisziplinen zu verweisen. Insgesamt konnten durch die vorliegende Arbeit zahlreiche Ansätze für eine interdisziplinäre Kooperation detektiert werden. Ansätze für eine Verbesserung der Zusammenarbeit beider Fachdisziplinen sind eine bereits in der Ausbildung stärkere Vernetzung und die Entwicklung fächerübergreifender Leitlinien.

7 Zusammenfassung

In der ambulanten medizinischen Versorgung tätige ÄrztInnen sind eine wichtige Säule des deutschen Gesundheitssystems. Die niedergelassenen ÄrztInnen, die die Primärversorgung sicherstellen, sind bei vielfältigen gesundheitlichen Problemen oft die ersten AnsprechpartnerInnen.⁽¹⁾ Ähnliches gilt für die niedergelassenen ZahnärztInnen, auch sie sind wichtige Akteure der Primärversorgung.⁽³⁾ Die gesetzlich verankerte strenge Sektorentrennung im deutschen Gesundheitssystem und die inhaltlich und organisatorisch getrennte Ausbildung von Human- und ZahnmedizinerInnen sind Gründe für das Fehlen von formalen Rahmenbedingungen für eine Zusammenarbeit zwischen den beiden Fachgruppen.^(105,106) Inwieweit HausärztInnen und ZahnärztInnen aber unter den realen Gegebenheiten der ambulanten Patientenversorgung miteinander regelmäßigen Kontakt haben und sich bei der Betreuung von PatientInnen gegenseitig austauschen und welche Themen bei der Kooperation zwischen den Arztgruppen wichtig sind, ist bisher kaum systematisch untersucht worden.

Im Zeitraum von Juli bis Oktober 2013 wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit jeweils acht Haus- und ZahnärztInnen anhand eines analogen teilstrukturierten Interviewleitfadens zu Erfahrungen in der bisherigen Zusammenarbeit mit KollegInnen des jeweils anderen Fachgebietes und möglichen Schnittstellen in der Patientenversorgung befragt. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte in einer Kombination von in der qualitativen Forschung etablierten Samplingverfahren.⁽⁵⁷⁾ Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend wortwörtlich transkribiert. Die Auswertung des Materials erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach P. Mayring.⁽⁴⁶⁾ Als Auswertungsmethode wurde die strukturierende Inhaltsanalyse gewählt. Der Altersdurchschnitt der Befragten lag bei 51 Jahren. Die HausärztInnen waren im Durchschnitt 20,2 Jahre und die ZahnärztInnen durchschnittlich 17,8 Jahre ärztlich tätig. Die Scheinzahl der HausärztInnen lag durchschnittlich bei 1300 pro Quartal, bei den ZahnärztInnen bei ca. 1150 pro Quartal.

VertreterInnen beider Fachgruppen waren mit der bisherigen Zusammenarbeit mit KollegInnen des anderen Fachgebietes meistens zufrieden, wobei persönliche Kontakte im Rahmen eines lokalen Netzwerkes die Zusammenarbeit deutlich vereinfachten. Kritik äußerten Befragte beider Fachdisziplinen an einem häufig nur

Zusammenfassung

sporadischen Austausch von Informationen über Diagnosen, Behandlungen und medikamentösen Therapien. Zudem waren beide Seiten der Ansicht, Krankheitsbilder und mögliche Differentialdiagnosen des eigenen Fachgebietes würden bei den KollegInnen des jeweils anderen Faches zu wenig berücksichtigt.

Möglichkeiten für eine Verbesserung der Zusammenarbeit sahen VertreterInnen beider Fachdisziplinen durch eine Verankerung interdisziplinärer Inhalte in der Ausbildung, gemeinsame Qualitätszirkel und Stammtische sowie eine verstärkte Information über Schnittstellen in der Patientenversorgung durch die jeweiligen Kammern und Fachgesellschaften.

Bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen, der medikamentösen Therapie und der Versorgung akuter Krankheitsgeschehen konnten zahlreiche Schnittstellen identifiziert werden. Als Schwerpunkte konnten die gemeinsame Betreuung von PatientInnen mit Diabetes mellitus, der Einfluss von Parodontalerkrankungen auf kardiovaskuläre Krankheitsbilder und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, der Umgang mit PatientInnen, die blutverdünnende Medikamenten einnehmen bzw. die Frage nach einem notwendigen *bridging* einer antikoagulierenden Therapie im Rahmen oralchirurgischer Eingriffe, die Verordnung von Antibiotika, die Behandlung von Entzündungen und Schmerzen im Bereich des Mundes und die Früherkennung maligner Prozesse in der Mundhöhle herausgearbeitet werden.

Weitere Ansätze für eine gemeinsame Patientenversorgung wurden auch bei spezifischen Patientengruppen gesehen, wie zum Beispiel bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen, Schwangeren und älteren PatientInnen. Dabei wird vor allem für letztere Patientengruppe von beiden Seiten großer Handlungsbedarf gesehen, um die Mundgesundheit und auch die allgemeine Gesundheit alter Menschen so lang wie möglich zu erhalten.

Durch Aufklärung über eine gesunde Ernährung, die richtige Zahn- und Mundpflege sowie über die Folgen von Tabak- und Alkoholkonsum können beide Fachdisziplinen zur Prävention und Gesundheitsvorsorge beitragen. Zudem sollte überlegt werden, die Frage nach wahrgenommenen zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen verstärkt in die hausärztliche Routine zu integrieren.

Zu einigen der herausgearbeiteten Schwerpunkte existieren bereits gute Ansätze und Konzepte für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bzw. wissenschaftliche Daten, auf die zurückgegriffen werden könnte. Ein Beispiel dafür ist die von

Zusammenfassung

zahnärztlicher Seite gut untersuchte bidirektionale Beziehung von Diabetes mellitus und Parodontitis.(26–29) Diesbezüglich gibt es bereits zahlreiche Aufklärungs- und Informationsbroschüren der Bundeszahnärztekammer für PatientInnen mit Diabetes mellitus.(88,109) Auffällig ist, dass die wechselseitigen Auswirkungen von Diabetes mellitus und Parodontitis bisher noch nicht Eingang in alle aktuellen Leitlinien zur Diabetestherapie gefunden haben.(101,102,110) Dieser Gesichtspunkt zeigt deutlich das Kooperations- und Kommunikationsdefizit der beiden Fächer, welches auch in den Interviews der hier vorliegenden Studie deutlich wurde. Eine Kooperation von hausärztlichen bzw. internistischen und zahnärztlichen Fachgesellschaften wäre daher sehr wünschenswert.

Ähnliches gilt für die Behandlung und Betreuung von PatientInnen, die antikoagulierende Medikamente einnehmen. Obwohl von hausärztlicher als auch zahnärztlicher Seite Leitlinien und Handlungsempfehlungen zum Vorgehen bei operativen Eingriffen im Mund und an den Zähnen und zum Bridging existieren, besteht in der Praxis auf beiden Seiten nach wie vor Verunsicherung.(83) Eine gemeinsam entwickelte Leitlinie beider Fachgesellschaften für Haus- und ZahnärztInnen könnte dieser entgegenwirken. Ein gutes Beispiel für die Entwicklung gemeinsamer Handlungsempfehlungen stellt die Erarbeitung eines ärztlich-zahnärztlichen Konsenspapieres zur Kariesprophylaxe beim Kleinkind in Sachsen dar.(67) Ein weiterer Ansatz für eine Verbesserung der Zusammenarbeit beider Fachdisziplinen wäre eine bereits in der Ausbildung stärkere Vernetzung. Daher könnten Unsicherheiten zum Umgang mit zahnmedizinischen Krankheitsbildern in der hausärztlichen Praxis entgegengewirkt werden.(104,107,108)

8 Literaturverzeichnis

1. Bundeszentrale für politische Bildung. Dossier Gesundheitspolitik. Strukturen und Versorgungsformen, 2013. (Accessed 2015 Aug 24 at <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72594/strukturen-und-versorgungsformen>)
2. Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung – Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung. Reformoptionen des GKV-Sitzenverbandes. Berlin: GKV-Spitzenverband, 2013. (Accessed 2015 Aug 24 at https://www.gkvspitzenverband.de/media/Fdokumente/presse/publikationen/GKV-SV_Positionspapier_Ambulante-Versorgung-Verguetung.pdf)
3. Gambhir RS. Primary care in dentistry - an untapped potential. J Fam Med Prim care 4(1):13–8.
4. Robert-Koch-Institut (Hrsg.). Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems: Arztbesuche in den letzten 12 Monaten. GEDA Faktenblätter 2010(1).160-2. (Accessed 2015 Jul 31 at <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/Arztbesuch.pdf>)
5. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Mannheim: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014. (Accessed 2015 Jul 31 at https://www.kbv.de/media/FMHH_Studie_2014_Bericht_24072014.pdf)
6. Vierte Deutsche Mundgesundheits- studie (DMS IV). Leverkusen: Institut der Deutschen Zahnärzte im Auftrag der Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, 2006. (Accessed 2015 Jul 31 at <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/dms/brosch.pdf>)
7. Abholz H, Altiner A, Bahrs O, Baum E, Beyer M, Chenot J, et al. DEGAM Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Allgemeinmedizin — spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und hausärztlichen Praxis. 2012.
8. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg.). Versorgung chronisch Kranker. Kap: 1.4. Aufgaben, Arbeitsweise und Position des Allgemeinarztes in der Betreuung chronisch Kranker. Frankfurt am Main: DEGAM Positionspapiere, 2006;1–5. (Accessed 2015 Jul 29 at www.degam.de/files/Inhalte/Degam/DEGAM_Zukunftsp positionen.pdf)
9. Beyer M. DEGAM. Versorgung Chronisch Kranker – Positionspapier – Entwurf V1 Kap: 1.4. Aufgaben, Arbeitsweise und Position des Allgemeinarztes in der Betreuung chronisch Kranker. 2006;1–5.
10. Bundesministerium für Gesundheit. Prävention. In: Glossargesundheitspolitischer Begriffe.

Literaturverzeichnis

11. Oesterreich D, Ziller S. Präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde— wichtige Krankheitsbilder und deren oralprophylaktischer Zugang. *Prävention*. 2006;553–74.
12. Schenk L, Knopf H. Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 2007;50(5-6):653–8.
13. Heintze C. Hausärztliche Prävention zwischen Evidenz und Narration - Eine Quadratur des Kreises? *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2014;108(4):203–7.
14. Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. 2004
15. Douglass CW, Shanmugham JR. Primary care, the dental profession, and the prevalence of chronic diseases in the United States. *Dent Clin North Am*. 2012;56(4):699-730.
16. Prävention in der Zahnmedizin. Initiativen zu Prävention und Gesundheitsförderung von (Landes-) Zahnärztekammern und Bundeszahnärztekammer. Berlin: Bundeszahnärztekammer, 2015. (Accessed 2015 Aug 24 at <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b15/P.pdf>)
17. Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband. Bundesmantelvertrag Ärzte. (Accessed 2015 Aug 14 at <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>)
18. Charité Zentrum für Zahnheilkunde und Mundkiefergesichtschirurgie: Vorlesungsreihe "Innere Medizin" Wintersemester 2014/2015.
19. CharitéCentrum für Innere Medizin und Dermatologie. Vorlesungsplan Studiengang Zahnmedizin, 8. Semester. :1–2.
20. Charité Klinik für Hals- Nasen- Ohrenheilkunde. Vorlesung HNO Zahnmedizin Wintersemester 2014/15.
21. Gegenstandskataloge für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (IMPP-GK2). Mainz: Institut für pharmazeutische und medizinische Prüfungsfragen, 2013. (Accessed at https://www.impp.de/internet/de/medizin/articles/gegenstandskataloge.html?file=files/internet_files/PDF/Medizin/Gegenstandskataloge/gk2_2013.pdf)
22. Kerner W, Brückel J. Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus. *Diabetol und Stoffwechsel*. 2012;7(SUPPL. 2):84–7.
23. Liebl A, Spannheimer A, Reitberger U, Görtz A. Kosten für Spätkomplikationen bei Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland: Ergebnisse der CODE-2®*-studie. *Med Klin*. 2002;97(12):713–9.

Literaturverzeichnis

24. Rothe U, Dörr R, Hanefeld M, et al. Neue Praxis- Leitlinie Metabolisch-Vaskuläres Syndrom (MVS). *Ärzteblatt Sachsen*. 2014;04:147–8.
25. Hader C, Beischer W, Braun A. Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter. *Diabetes und Stoffwechsel*, 2004.
26. Lamster IB, Depaola DP, Rui V, Papapanou PN, Rebecca S. The Relationship of Periodontal Disease to Diseases and Disorders at Distant Sites: Communication to Health Care Professionals and Patients. 2013
27. Mealey BL, Oates TW. Diabetes Mellitus and Periodontal Diseases. *J Periodontol*. 2006;77(8):1289–303.
28. Negrato CA, Tarzia O, Jovanović L, Chinellato LEM. Periodontal disease and diabetes mellitus. *J Appl Oral Sci* 2013;21(1):1–12.
29. Oesterreich D, Ziller S. Diabetic patients in the dental office. *Der Diabetol*. 2011;7(6):381–6.
30. Wang T-F, Jen I-A, Chou C, Lei Y-P. Effects of Periodontal Therapy on Metabolic Control in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus and Periodontal Disease. *Medicine (Baltimore)* 2014;93(28):e292.
31. Taylor GW, Borgnakke WS. Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral Dis* 2008 Apr 14(3):191–203.
32. Gorenoi V, Hagen A. Instrumente zur Risikoprädiktion für kardiovaskuläre Erkrankungen. In: *Schriftreihe Health Technology Assessment in der Bundesrepublik Deutschland*. 1. Auflage. Deutsche Agentur für HTA des DIMDI. DIMDI, Köln. 2009. 12-13 p.
33. Kawabata Y, Ekuni D, Miyai H, Kataoka K, Yamane M, Mizutani S, et al. Relationship Between Prehypertension/Hypertension and Periodontal Disease: A Prospective Cohort Study. *Am J Hypertens*. 2015 Jul 23
34. Badran Z, Struillou X, Verner C, Clee T, Rakic M, Martinez MC, et al. Periodontitis as a risk factor for systemic disease: Are microparticles the missing link? *Med Hypotheses*. 2015 Jun;84(6):555–6.
35. Mays JW, Sarmadi M, Moutsopoulos NM. Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases: diagnosis and clinical management. *J Evid Based Dent Pract*; 2012;12(3):265–82.
36. Aškinytė D, Matulionytė R, Rimkevičius A. Oral manifestations of HIV disease: A review. *Stomatologija* 2015 Jan;17(1):21–8.
37. Fialka F, Kramer FJ. Zahnärztliche Eingriffe bei oral antikoagulierten Patienten: Aktuelle Leitlinien und deren klinische Relevanz für die Kooperation von Haus- und Zahnarzt. *Z Allgemeinmed*. 2006;82(12):562–6.

Literaturverzeichnis

38. Gopal S, Joseph R, Santhosh VC, Kumar VVH, Joseph S, Shete AR. Prevalence of gingival overgrowth induced by antihypertensive drugs: A hospital-based study. *J Indian Soc Periodontol* Jan;19(3):308–11.
39. Hurni. Zusammenarbeit der Ärzte und der Zahnärzte bei der Behandlung von Bisphosphonatpatienten. *Rev med suisse*. 2011;(7):247–8.
40. Anderson R, Calder L, et al. A comparison of antibiotic prescription by doctors and dentists for acute dental conditions. 2000;188(7):2000.
41. Jiménez Y, Bagán JV, Murillo J, Poveda R. Odontogenic infections. Complications. Systemic manifestations. *Med oral SL*. 2004;(1):139–47.
42. Bergström J, Senkel H. SK. Deutsches Krebsforschungszentrum. Fakten zum Rauchen. 2008. (Accessed 2015 Aug 13 at www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/pati/FzR_Mundgesundheit_.pdf)
43. Leitlinie: Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms. Köln: Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde, 2010. (Accessed 2015 Aug 13 at www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/zzq/zzq_vorlaeufelaesionen.pdf)
44. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2007;50(5-6):836–50.
45. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009.
46. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 8. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2003.
47. Mayring P. *Eine Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2002.
48. Mey G, Mruck K. Qualitative Interviews. In: *Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis*. GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden: Naderer, G, Balzer, E. (Hg); 2007. 247-278 p.
49. Wollny A, Marx G. *Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin*. 2009;467–76.
50. Flick U, Kardorff Von E, Keupp H. *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1995.
51. Flick U. Design und Prozess qualitativer Forschung. In: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag: Flick, U, von Kardorff E, Steinke I (Hg); 2010.

Literaturverzeichnis

52. Corbin J. Grounded theory. In: Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. 3. Auflage. Regensburg: Verlag Barbara Budrich: Bohnsack R, Marotzi W, Meuser M (Hg); 2011.
53. Gensichen J, Güthlin C, Kleppel V, Jäger C, Mergenthal K, Gerlach FM, et al. Practice-based depression case management in primary care: A qualitative study on family doctors' perspectives. *Fam Pract.* 2011;28(5):565–71.
54. Lieb K, Brandtönies S. Eine Befragung niedergelassener Fachärzte zum Umgang mit Pharmavertretern. 2010;107.
55. Deutsche Gesellschaft für Soziologie, Berufsverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen. Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS). *Forschung.* 2007;2–5.
56. Strübing J. Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung für Studierende. München: Oldenbourg Verlag; 2013.
57. Przyborski A, Wohlrab- Sahr M. Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage. München: Oldenbourg Verlag; 2014.
58. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2010.
59. Hopf C. Qualitative interviews. *A companion to Qual Res.* 2004;203–8.
60. Razak PA, Richard KMJ, Thankachan RP, Hafiz KAA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int oral Heal JIOH.* 2014;6(6):110–6.
61. Wu M, Chen S-W, Jiang S-Y. Relationship between gingival inflammation and pregnancy. *Mediators Inflamm.* 2015;1:642-53
62. Moßhammer D, Natanzon I, Manske I, Grutschkowski P, Rieger M a. Cooperation between general practitioners and occupational health physicians in Germany: How can it be optimised? A qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2014;87:137–46.
63. Thanner M, Nagel E, Loss J. Möglichkeiten und Grenzen einer Zusammenarbeit mit Heilpraktikern aus ärztlicher Sicht. 2013;23–32.
64. Hüttig F, Said F, Sippli K, Rieger M. Zusammenarbeit von Haus- und Zahnärzten: Ergebnisse einer Interviewstudie. 2015. *GMSGPH*, editor. 14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. Berlin. Düsseldorf; 2015.
65. Haber J, Hartnett E, Allen K, Hallas D, Dorsen C, Lange-Kessler J, et al. Putting the Mouth Back in the Head: HEENT to HEENOT. *Am J Public Health.* 2015;105:437–41.

Literaturverzeichnis

66. Charite Universitätsmedizin Berlin. Abteilung für Curriculumsorganisation. Vom Zahnarztstuhl auf die Lungentransplantationsliste- Überschneidungen von Zahn- und Humanmedizin.“. 2013.(Accessed at <https://lernziele.charite.de/zend/studentenlernziele/index/studiengang/Modellstudienangang/zeitsemester/SoSe2015/grobgliederung/169/>)
67. Bittner B, Hoffmann C, Langhans I, Al E. Kariesprophylaxe beim Kleinkind : Ein ärztlich-zahnärztliches Konsenspapier. Ärzteblatt Sachsen.2015;(8):324–7.
68. Salvi GE, Carollo-Bittel B, Lang NP. Effects of diabetes mellitus on periodontal and peri-implant conditions: Update on associations and risks. J Clin Periodontol. 2008;35(8):398–409.
69. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Nationale Versorgungsleitlinie. Therapie des Typ-2-Diabetes. 2014
70. Diabetes und Parodontitis. Eine unheilvolle Kombination. Dtsch Arztebl. 2014;(5):17–20.
71. IGeL- Monitor. Professionelle Zahnreinigung. 2012 (Accessed at http://www.igel-monitor.de/igel_a_z.php?action=view&id=74)
72. Bundeszahnärztekammer. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). 2011(5)
73. AOK PLUS. Professionelle Zahnreinigung (Accessed at [https://plus.aok.de/inhalt/professionelle-zahnreinigung-6/.](https://plus.aok.de/inhalt/professionelle-zahnreinigung-6/))
74. Bundeszahnärztekammer. Gemeinsame Presseinformation: “Die PZR ist KEINE IGeL-Leistung!” 2016;49(0):49–51.
75. IGeL-Monitor. Pressemitteilung. 2012;10. (Accessed at <https://www.igel-monitor.de/presse/pressemitteilungen/professionelle-zahnreinigung-mit-unklar-bewertet.html>)
76. Isla A, Canut A, Gascón AR, Labora A, Ardanza-Trevijano B, Solinís MA, et al. Pharmacokinetic/pharmacodynamic evaluation of antimicrobial treatments of orofacial odontogenic infections. Clin Pharmacokinet. 2005 Jan;44(3):305–16.
77. Dar-Odeh NS, Abu-Hammad OA, Al-Omiri MK, Khraisat AS, Shehabi AA. Antibiotic prescribing practices by dentists: a review. Ther Clin Risk Manag. 2010;6:301–6.
78. Bischof WH. The use of systemic antibiotics in dental practice. Ann R Australas Coll Dent Surg [Internet]. 1998 Oct;14:62–5.
79. NICE Clinical Guideline. Prophylaxis against infective endocarditis Antimicrobial prophylaxis against infective endocarditis in adults and. Heal (San Fr. 2008;(March)

Literaturverzeichnis

80. Gröbe A, Fraederich M, Smeets R, Heiland M, Kluwe L, Zeuch J, et al. Postoperative Bleeding Risk for Oral Surgery under Continued Clopidogrel Antiplatelet Therapy. *Biomed Res Int.* 2015;2015:1–4.
81. Bajkin B V., Urosevic IM, Stankov KM, Petrovic BB, Bajkin I a. Dental extractions and risk of bleeding in patients taking single and dual antiplatelet treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg. British Association of Oral and Maxillofacial Surgeons;* 2015;53(1):39–43.
82. Mainz A, Chenot PJ, Beyer M. DEGAM S1- Handlungsempfehlung Bridging. 2013.
83. Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde. Wissenschaftliche Stellungnahme. Zahnärztliche Chirurgie bei Patienten mit Antikoagulanzen-therapie. 2001.
84. Pototski M, Amenábar JM. Dental management of patients receiving anticoagulation or antiplatelet treatment. *J Oral Sci.* 2007;49(4):253–8.
85. Robertson DP, Keys W, Rautemaa-Richardson R, Burns R, Smith a. J. Management of severe acute dental infections. *Bmj;* 2015;350(mar24 10):h1300–h1300.
86. Cruz GG, Rozier RG, Slade G, Cruz GG, Rozier RG, Slade G, et al. Dental Screening and Referral of Young Children by Pediatric Primary Care Providers. 2013.
87. Rowan-Legg A. Oral health care for children - a call for action. *Paediatr Child Health [Internet].* 2013 Jan;18(1):37–50.
88. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Agenda Mundgesundheit. Grundsätze und Strategien für eine präventionsorientierte vertragszahnärztliche Versorgung. 2013.
89. Hellwig E, Schiffner U, Schulte A. Leitlinie “Fluoridierungsmaßnahmen.” 2005;1–282.
90. Mukherjee PM, Almas K. Orthodontic considerations for gingival health during pregnancy: a review. *Int J Dent Hyg.* 2010 Feb
91. Gershen JA. Geriatric dentistry and prevention: research and public policy. *Adv Dent Res.*1991 Dec
92. Baumgartner W, Schimmel M, Müller F. Oral health and dental care of elderly adults dependent on care. *Swiss Dent J.* 2015;125(4):417–26.
93. Brand C, Besimo CE, Marinello CP, Besimo CE. The elderly patient : no reason to worry !? 2015;125:427–31.

Literaturverzeichnis

94. Esser W, Oesterreich D, Nitschke I, Kaschke I. Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertrag Zahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. 2010.
95. Micheelis W, Ziller S. Präventionsorientierte Zahnmedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns. 2002;25.
96. Handbuch der Mundhygiene. Zähne Zahnfleisch Alter Krankheit. Ratgeber für das Pflegepersonal. Bundeszahnärztekammer. Berlin. 2002.
97. Egidi G, Biesewig- Siebenmorgen J SG. Ideen für sinnvolle Alters-adaptierte Vorsorgeuntersuchungen im Vertrag zur Hausarzt-zentrierten Versorgung mit der AOK Bremen / Bremerhaven nach § 73b. 2012.
98. Oesterreich D, Ziller S. Präventionsorientierte Zahn-, Mund-und Kieferheilkunde— wichtige Krankheitsbilder und deren oralprophylaktischer Zugang. Prävention. 2006;553–74.
99. Lin H, Zhang H, Yan Y, Liu D, Zhang R, Liu Y, et al. Knowledge, awareness, and behaviors of endocrinologists and dentists for the relationship between diabetes and periodontitis. *Diabetes Res Clin Pract*, 2014 Dec;106(3):428–34.
100. Marie A, Pedersen L. Diabetes Mellitus and Related Oral Manifestation. *Oral Biosci Med* 2004;(1): 229-248
101. American Diabetes Association. STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES — 2017 Standards of Medical Care in Diabetes.2017;40(1)
102. National Institut for Health and Care Excelence. Clinical guidelines. Type 2 diabetes in adults : Management. London 2015:1–57.
103. Van Diermen DE, van der Waal I, Hoogstraten J, Lisabeth LD, Brown DL, Waal I van der. Management recommendations for invasive dental treatment in patients using oral antithrombotic medication, including novel oral anticoagulants. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. Washington, DC; 2013 Dec;116(6):709–16.
104. Cope AL, Wood F, Francis NA, Chestnutt IG. General practitioners' attitudes towards the management of dental conditions and use of antibiotics in these consultations: a qualitative study. *BMJ Open*. British Medical Journal Publishing Group; 2015 Oct 1, 5(10):e008551.
105. McCann PJ, Sweeney MP, Gibson J, Bagg J, Milligan S, Malarkey C. Training in oral disease, diagnosis and treatment for medical students and doctors in the United Kingdom. *Br J Oral Maxillofac Surg*. Mosby, St. Louis; 2005;43(1):61–4.
106. Plasschaert AJM, Manogue M, Lindh C, McLoughlin J, Murtomaa H, Nattestad A, et al. Curriculum content, structure and ECTS for European dental schools. Part II: methods of learning and teaching, assessment procedures and

Literaturverzeichnis

- performance criteria. Eur J Dent Educ. Blackwell Publishing Ltd; 2007 Aug;11(3):125–36.
107. Schmidt-Westhausen AM, Bornstein MM. Orale Medizin. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. Springer Verlag; 2011 Sep 2;54(9):1061–5.
 108. Formicola A, Valachovic RW, Chmar JE, Mouradian W, Bertolami CN, Tedesco L, et al. Curriculum and clinical training in oral health for physicians and dentists: report of panel 2 of the Macy study. J Dent Educ American Dental Education Association; 2008 Feb;72(2 Suppl):73–85.
 109. Bundeszahnärztekammer. Alles in Balance ? Diabetes und Mundgesundheit.
 110. Hader C, Beischer W, Braun a, Dreyer M, Friedl a, Füsgen I, et al. Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Diabetes und Stoffwechsel 2004;13:30–54.

9 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Lisanna Gräfin von Einsiedel, geb. Dahlendorf, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Schnittstellen von hausärztlicher und zahnärztlicher Versorgung – qualitative Expertenbefragung zur interdisziplinären Zusammenarbeit“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

28. November 2017

Anteilserklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

Lisanna Gräfin von Einsiedel, geb. Dahlendorf hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Eidesstattliche Versicherung

Publikation 1: Lisanna Dahrendorf, Felix Holzinger, Christoph Heintze. „Schnittstellen von hausärztlicher und zahnärztlicher Versorgung – qualitative Expertenbefragung zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Abstractband zum 48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 2014

Beitrag im Einzelnen: Erstellen des Abstracts

Publikation 2: Holzinger, F, Dahrendorf L, Heintze C. „Paralell universes?“ The interface between GPs and dentists in primary care: A qualitative study. Fam Pract. 2016 Oct;33(5):557-61.

Beitrag im Einzelnen: Korrektur und Lektorat des durch F. Holzinger erstellten Artikels

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers/der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

10 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht."

Publikationsliste

11 Publikationsliste

Publikation 1: Lisanna Dahlendorf, Dr. med. Felix Holzinger, PD Dr. med. Christoph Heintze. „Schnittstellen von hausärztlicher und zahnärztlicher Versorgung – qualitative Expertenbefragung zur interdisziplinären Zusammenarbeit.“ Abstractband zum 48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 2014.

Publikation 2: Holzinger, F, Dahlendorf L, Heintze C. „Paralell universes?“ The interface between GPs and dentists in primary care: A qualitative study. Fam Pract. 2016 Oct;33(5):557-61.

12 Danksagung

An erster Stelle möchte ich meinen Eltern und meiner Familie danken, die die Voraussetzungen für mein Medizinstudium und meine berufliche Entwicklung geschaffen und mich stets bei allen Schritten unterstützt haben.

Außerdem danke ich Herrn Prof. Dr. Christoph Heintze für die gute Betreuung des Dissertationsprozesses und für alle konstruktiven und kritischen Anmerkungen während des Schreibprozesses dieser Arbeit.

Auch meiner Freundin und Promotionskollegin Mareike Bänfer gilt ein besonderer Dank für alle unterstützenden, aufmunternden und zuversichtlichen Worte und den regen Austausch über unsere Ziele und Hoffnungen, die wir mit der Promotion verbinden.

Ich danke meinem Mann Dr. med. Hagen Graf von Einsiedel für seine stetige Unterstützung und Motivation, vor allem bei den letzten Anstrengungen zur Fertigstellung dieser Arbeit.

Ganz besonders betonen möchte ich jedoch die fantastische Betreuungsleistung meines Betreuers Dr. Felix Holzinger, ohne dessen kontinuierliche fachliche und freundschaftliche Begleitung, sein stets engagiertes und unkompliziertes Beantworten all meiner Fragen und den humorvollen Austausch über Längen und Tücken beim Schreiben einer Promotion ich diesen Weg sicher nicht gegangen wäre. Vielen Dank!