

"SACHVERSTÄNDIGENGUTACHTEN ZUR GENERATIONSSPEZIFISCHEN GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EINER GESELLSCHAFT DES LÄNGEREN LEBENS"

- Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen -

Zahnmedizinische Gesundheitsversorgung für Pflegebedürftige im Alter

Stellungnahme

der **Bundeszahnärztekammer (BZÄK)**,

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e.V. und

der **Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)**,

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

1. Problemstellung

Die Zahl alter Menschen in Deutschland steigt und damit auch die Zahl Pflegebedürftiger. Im Dezember 2005 waren in Deutschland 2,13 Millionen Menschen pflegebedürftig. 68% der Pflegebedürftigen werden im häuslichen Umfeld durch Familienangehörige und ambulante Pflegedienste versorgt. 32% leben in den 10.400 Pflegeheimen Deutschlands. Aus der Sicht der Zahnmedizin ergeben sich aktuell für die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen drei Problemfelder.

1.1 Hoher Präventions- und Versorgungsbedarf

Ein wichtiger zahnmedizinischer Trend besteht darin, dass ältere Menschen immer mehr natürliche Zähne besitzen. Die vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) aus dem Jahr 2005 zeigt, dass unter den Senioren die Erkrankung des Zahnhalteapparats (Parodontitis) am weitesten verbreitet ist. 48,0 Prozent dieser Altersgruppe sind von einer mittelschweren und 39,8 Prozent von einer schweren Ausprägung der Krankheit betroffen. Das entspricht einer Zunahme von 23,7 Prozentpunkten im Vergleich zur letzten Erhebung im Jahr 1997 (Abb. 1). In dieser Gruppe zeigt sich am deutlichsten der Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Zahnverluste und der Zunahme von Parodontalerkrankungen. Gleichzeitig wächst die Zahl hochwertiger Versorgungen: Senioren haben die höchste Implantatquote in Deutschland und die Zahl festsitzender Versorgungen (Brücken) ist gegenüber 1997 um 12,5% gestiegen [19].

Die Zähne älterer Menschen stehen unter höheren Risiken als die bei jüngeren Menschen der Fall ist. Beginnende Karies ist zwar so häufig wie bei 15-Jährigen. Besonders problematisch ist jedoch die Zunahme der Erkrankungen des Zahnhalteapparats (Parodontitis), weil diese orale Erkrankung in der wissenschaftlichen Literatur deutliche Interaktionen zu bedeutsamen medizinischen Erkrankungen aufweist und über beträchtliche Wundflächen Infektionsrisiken aufzeigt.

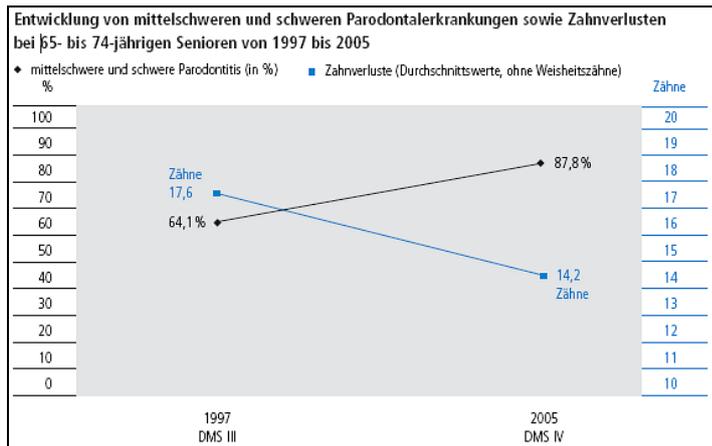


Abb. 1: Zunahme der Häufigkeit parodontaler Erkrankungen und Abnahme der Zahnverluste im Alter (DMS IV)

Ein besonderes Problem entsteht, wenn ältere Menschen pflegebedürftig werden. Eigene Zähne, oft mit hochwertigem Zahnersatz versorgt, sollten auch am Ende des Lebens in einer Pflegesituation, präventiv versorgt werden. Dies wirft aufgrund der Versorgungsstruktur Probleme auf. [22, 26, 27]. Unterbleibt die Mundpflege oder ist diese deutlich eingeschränkt, wird sehr schnell zerstört, was in der selbständigen Lebensphase aufwändig versorgt wurde. Schmerzen können entstehen, die Kaufunktion geht verloren und das Sprechen kann erschwert sein. Damit verschlechtert sich die Lebensqualität der Betagten zunehmend. Desolate Gebiss-Situationen erfordern einen hohen Aufwand in der Sanierung. Zahnersatz (Prothesen, Implantate, Brücken) ist auf Grund der geringen Adaptationsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen meist nur kompliziert anzufertigen, teilweise auch nicht möglich. Eine strukturierte kontinuierliche Versorgung mit einem hohen Maß an präventiven Leistungen kann helfen, zu verhindern, dass die Pflegebedürftigen einen totalen Zusammenbruch ihrer Mundfunktionen erleiden.

Die Ergebnisse einer Erhebung in 173 Altenpflegeheimen in der Rhein-Neckar-Region [9] und eine Untersuchung in 41 Altenpflegeheimen in Sachsen [15] mahnen verstärkte Fortbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte und regelmäßige zahnärztliche Betreuung und Versorgung in Altenpflegeeinrichtungen an.

1.2 Einfluss der Mundgesundheit auf die allgemeine Gesundheit

Einen ganz wichtigen Einfluss hat die Mundgesundheit auch auf internistische Erkrankungen. Die Mundhöhle ist Haupteintrittspforte für Bakterien. Orale Biofilme (Plaque) – der bakterielle Belag auf unzureichend gepflegten eigenen Zähnen aber auch Zahnersatz – können via Aspiration in den Respirationstrakt ebenso gelangen wie über entzündete Bereiche der Gingiva und Mundschleimhaut in die Blutbahn [18]. In Pflegeheimen gehören Pneumonien mit einer Prävalenz von 13 bis 48 % zu den häufigsten Infektionskrankheiten und weisen zudem eine hohe Mortalitätsrate auf. In Querschnittsstudien wurde bei Patienten mit schlechter Mundhygiene ein signifikant erhöhtes Risiko für Pneumonien gefunden [1]. Untersuchungen in Pflegeinstitutionen weisen darauf hin, dass durch regelmäßige Zahn- und Prothesenreinigung sowie Desinfektion der Mundhöhle die Pneumonieinzidenz bei den Bewohnern signifikant gesenkt werden kann, wobei die Zahl der Fiebertage und Todesfälle abnimmt [2, 18, 28]. Wirksamer als die reine pharmakologische Desinfektion ist dabei die professionelle mechanische Reinigung [3, 4, 16].

In verschiedenen Studien konnte zudem gezeigt werden, dass Mundhöhlenerkrankungen, insbesondere Parodontitis, mit einem erhöhten Risiko für Herzinfarkt- und Schlaganfall sowie für Diabetes mellitus einhergehen [12, 13, 14].

1.3 Dezentrale Therapie und finanzielle Situation Pflegebedürftiger

Die Zahnmedizin als hoch spezialisierte medizinische Disziplin ist in der Diagnostik und Therapie auf eine aufwendige Ausstattung angewiesen, die dem Zahnarzt bislang nur am Ort seiner Praxis zur Verfügung stehen. Pflegebedürftige Menschen können zahnärztliche Praxen oftmals nicht selbständig aufsuchen, sondern benötigen dafür aufwendige und teure Transporte. Es ist heute durchaus möglich, dass Zahnärzte mobil arbeiten, dies erfordert jedoch einen zusätzlichen organisatorischen, apparativen und zeitlichen Aufwand, der mit den vorhandenen Vergütungspositionen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen nicht ausreichend abgedeckt wird. Darüber hinaus gehören die zahnmedizinisch-präventiven Maßnahmen bei erwachsenen Menschen nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Präventive Leistungen werden derzeit nur im Kindes- und Jugendalter übernommen. Präventive Leistungen im Erwachsenen und Seniorenbereich sind durch den Patienten selbst zu finanzieren. Pflegebedürftigen steht dieses Geld jedoch oftmals nicht mehr zur Verfügung.

2. Ausgewählte Projekte aus der Praxis

Prävention ist die Grundlage einer wissenschaftlich abgesicherten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Mit ihrer konsequenten Umsetzung wurden die großen Fortschritte in der Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung erzielt. Pflegebedürftige sind jedoch oftmals davon ausgeklammert.

Zahnmedizinische Prophylaxe ist der untrennbare Dualismus aus der individuellen, häuslichen Mundpflege des Patienten und regelmäßigen professionellen Maßnahmen. Einerseits sollte den Senioren die Möglichkeit gegeben werden, professionelle Hilfe leicht in Anspruch zu nehmen, andererseits steht Pflegebedürftigen oftmals nur die individuelle Seite dieses Konzepts zur Verfügung, und dies mit Einschränkungen [23, 24]. Fehlen ihnen die manuellen, mentalen und unterstützenden Möglichkeiten, bedarf es einer deutlich verbesserten Unterstützung durch die Pflegenden, die dafür häufig nicht ausgebildet wurden [6, 25]. Es sind vielerorts (z. B. Bayern [20], Berlin [17], Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Westfalen-Lippe u. a.) Initiativen der Landeszahnärztekammern entstanden, die regelmäßig wiederholte Schulungen von Pflegepersonal während und nach der Ausbildung aber auch im Rahmen der Fortbildung durch Zahnärzte bzw. Prophylaxeassistentinnen durchführen, wobei sich häufig zahnärztlich-patenschaftliche Betreuungen von Pflegeeinrichtungen durch die schulenden Zahnärzte entwickeln. Die Schulungen erfolgen momentan rein ehrenamtlich ohne Vergütung und ohne Einbindung in ein systematisches Ausbildungs- und Fortbildungskonzept des Pflegepersonals. Das Personal von Pflegeeinrichtungen kann bspw. im Rahmen von Fortbildungs- und Kompetenzangeboten über das „Handbuch der Mundhygiene für das Pflegepersonal“ [10] und das individuell anwendbare, computergestützte Trainingsprogramm „Gesund im Alter – auch im Mund“ geschult werden [21].

Der zahnärztliche Berufsstand und die Wissenschaft haben zudem verschiedene Projekte zur Verbesserung der Mundgesundheit der Senioren initiiert: mit dem Leitfa- den „Präventionsorientierte Zahnmedizin unter den besonderen Aspekten des Al- terns“ liefert die Bundeszahnärztekammer den Zahnärzten eine wissenschaftlich be- gründete und praxisnahe Orientierungshilfe [11].

Das Projekt „Teamwerk - Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen“ beschreibt ein umfangreiches zahnmedizinisches Prophylaxeprojekt für Pflegebedürftige in Zusammenarbeit der Bayrischen Landes Zahnärztekammer und der AOK-Bayern unter wissenschaftlicher Begleitung durch die Universität München, das bereits mit verschiedenen Preisen ausgezeichnet wurde (Starsocial, Deutscher Präventionspreis, Wrigley-Prophylaxepreis) Seit 2002 werden durch ein „dualen Konzept“ immobile pflegebedürftige Patienten in 9 Einrichtungen in München zahnärztlich versorgt. Das Modul „Prävention“ verbindet die Schulung von Pflegekräften mit einer regelmäßigen Prophylaxebetreuung durch mobile Prophylaxeteams. Das Modul „Therapie“ sichert zahnmedizinische und allgemeinmedizinische Versorgung durch dezentral tätige „Patientenzahnärzte“ und zahn/medizinische Kompetenzzentren. Mit aktuell 1450 Pflegebedürftigen über nunmehr 2 Jahre lässt sich der medizinische aber auch der wirtschaftliche Nutzen klar belegen: Bei 40 % der Probanden signifikant bessere Mundhygiene nach 6 Monaten [5], bei 52 % nach einem Jahr [7], 56 % weniger Notfallbehandlungen nach einem Jahr [29], 65 % nach 2 Jahren, 70 % weniger Zahnextraktionen nach 2 Jahren [Teamwerk-AOK-Projekt, aktuell], durchschnittlich 40 % weniger Lungenerkrankungen in der Metaanalyse [28] und 22 % weniger Kosten im Umfeld der Zahnärztlichen Versorgung (Transporte, Narkose) [8].

3. Umsetzungsvorschläge und Lösungsansätze

Wissenschaftlich begleitete Prophylaxe-Programme für Pflegebedürftige belegen, „Vorbeugung“ im Alter ist durchaus sinnvoll. Dabei sollte sichergestellt werden, dass alle Pflegebedürftigen die gleiche Chance haben, an einem Präventionsprogramm teilnehmen zu können. Aus den oben aufgeführten Ausführungen lassen sich folgende Lösungsansätze ableiten und diskutieren:

1.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements sollte eine Verpflichtung für die Alteneinrichtungen benannt werden, dass sie eine strukturierte zahnmedizinische Betreuung mit einem Konsilzahnarzt in der Einrichtung aufbauen und die Nutzung dem Pflegebedürftigen anbieten. Im Qualitätsmanagement (QM) der Altenpflegeeinrichtungen sollten zahnärztlich-prophylaktische Maßnahmen am Patienten genau definiert werden. Begründung: der Stellenwert der Mundhygiene im Rahmen der Hygienemaßnahmen am Patienten ist aus Gründen des Zeitmangels und eines Wissensdefizits beim Pflegepersonal häufig sehr nachrangig.

2.

Die in den Rahmenlehrplänen für den Pflegeberuf definierten Mundhygienemaßnahmen sollten überprüft und durch ein modulares Ausbildungs- und Fortbildungssystem in den Pflegeschulen unterlegt werden.

Begründung: Es besteht häufig ein erkennbares Informationsdefizit im Bereich der Mund- und Zahnersatzhygiene auch bei ausgebildeten Altenpflegern.

3.

Die zahnärztlichen Mundhygieneschulungen des Pflegepersonals und bei alten Menschen, können perspektivisch nicht ehrenamtlich erbracht werden. Die Politik wird daher dringend aufgefordert, entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um die Finanzierung dieser Projekte bundeseinheitlich sicher zu stellen.

Begründung: Die zahnmedizinischen Erfolge der zahnärztlichen Mundhygieneschulungen von Pflegepersonal sowie von alten Menschen sind wissenschaftlich belegt. Bislang werden diese Schulungen von Zahnärzten ehrenamtlich durchgeführt. Auf Grund der demographischen Entwicklung ist mit steigendem Bedarf an diesen Schulungen zu rechnen.

4.

Der § 22 SGB V könnte dahingehend verändert werden, dass die Allokation von Mitteln der gesetzlichen Krankenkasse sich an den Prinzipien des Bedarfes der Zielgruppe orientiert.

Begründung: Es ist sinnvoll, selbstbestimmt lebenden Erwachsenen die Verantwortung für ihre zahnmedizinische Vorbeugung zu übertragen, bei Pflegebedürftigen, denen die Pflegekosten oftmals keinen finanziellen Spielraum mehr lassen, macht dies keinen Sinn. Die Prophylaxebetreuung Pflegebedürftiger würde an zentraler Stelle wichtige Probleme der gesamten zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger lösen:

a. Der regelmäßige Kontakt des Pflegebedürftigen zum Zahnarzt lässt Präventions- und Therapiebedarf frühzeitig erkennen. Damit entstehen weniger Notfallbehandlungen, die kostenintensiv und schwierig zu organisieren sind und meist zum Zahnverlust führen.

b. Das Pflegepersonal lernt den Zahnarzt als Partner und ersten Ansprechpartner kennen, der wichtige Fragen im Umfeld der Mund- und Prothesenhygiene zum Nutzen der Pflegebedürftigen und der Pflegenden klären kann.

c. Bestimmte Prophylaxeleistungen können von speziell fortgebildeten Teammitarbeiterinnen unter Anweisung und Aufsicht durch den Zahnarzt (Delegationsgrundsätze) durchgeführt werden, wobei die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) derzeit gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) Musterfortbildungskonzepte für die zahnmedizinische Prophylaxe in der Pflege abstimmt. Delegierbare Leistungen ermöglichen dem Zahnarzt eine genaue Planung und Organisation des präventiven Versorgungsbedarfes in der Hand von kompetenten Fachkräften. Auch hierfür bedarf es einer entsprechenden finanziellen Absicherung durch Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Bundeszahnärztekammer und
Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin, Berlin, Dezember 2008

Literatur

1. Abe S, Ishihara K, Adachi M, Okuda K,: Oral hygiene evaluation for effective oral care in preventing pneumonia in dentate elderly. Arch Gerodontol Geriatr 2005 Nov 2 [Epub ahead of print]
2. Abe S, Ishihara K, Adachi M, Sasaki H, Tanaka K, Okuda K,: Professional oral care reduces influenza infection in elderly. Arch Gerodontol Geriatr 2005, December 1; [Epub ahead of print]
3. Abe S, Ishihara K, Okuda K,: Prevalence of potential respiratory pathogens in mouth of elderly patients and effect of professional care. Arch Gerodontol Geriatr, 2001 Feb;32 (1):45-55
4. Adachi S, Ishihara K, Abe S, Okuda K, Ishikawa T,: Effect of professional oral health care on the elderly living in nursing homes. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2002 Aug; 94 (2): 191-5
5. Benz, C., Kremers, L., Streit, C., Bühner, A.: Erste Resultate der Bayerischen Altenprophylaxe-Studie (BAPS). Prophylaxe Impuls 5 (2000).
6. Benz, C., Haffner, C.: Zahnmedizinische Prophylaxe in der Pflege – Das Teamwerk-Konzept. Quintessenz 56, 67 (2005).
7. Benz, C., Haffner, C.: Jahresbericht 2006 für das AOK-Modellprojekt: „Zahnmedizinische Betreuung älterer Menschen in Münchner Pflegeeinrichtungen“. AOK-Bericht 2007.
8. Benz, C., Haffner, C.: Wissenschaftliche Analyse zur finanziellen Auswirkung des AOK-Teamwerk-Modellprojekts. AOK-Bericht 2008.
9. Bock-Hensley O, Niekusch U, Wendt C,: Zahnhygiene in Altenheimen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg – Ergebnisse einer Umfrage. Hygiene und Medizin (2006) 31:12-15
10. BZÄK (Bundeszahnärztekammer, Hrsg.): Handbuch der Mundhygiene für betagte Menschen, chronisch Kranke, Behinderte – Ein Ratgeber für das Pflegepersonal. Bonn-Berlin: Köllen Druck + Verlag, 2002.
11. BZÄK (Bundeszahnärztekammer, Hrsg.): Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns – Ein Leitfaden für Zahnärzte. Berlin: Ritterbach Medien GmbH, 2002.
12. Desvarieux M, Demmer RT, Rundek T, Boden-Albala B, Jacobs DR Jr, Papananou PN, Sacco RL,: Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). Stroke. (2003) Sep; 34(9): 2120-5, Epub 2003 Jul 31.
13. Desvarieux M, Schwahn C, Vozke H, Demmert RT, Ludermann J, Kessler C, Jacobs DR Jr, John U, Kocher T,: Gender differences in the relationship between periodontal disease, tooth loss and atherosclerosis, Stroke. Sep (2004) 35 (9):2029-35. Epub 2004 Jul 15.
14. Desvarieux M, Demmert RT, Rundek T, Boden-Albala B, Jacobs DR Jr, Sacco RL, Papananou PN,: Periodontal microbiota and carotid intima-media thickness: the Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). Circulation. (2005) Feb 8;111(5): 576-82
15. Gmyrek U.: Studie zur Mundhygiene und zum Gebisszustand von betreuten Seniorinnen. Zahnärzteblatt Sachsen (2004) 11:14-15
16. Ishikawa, A., Yoneyama, T., Hirota, K., Miyake, Y., Miyatake, K.: Professional oral health care reduces the number of oropharyngeal bacteria. J Dent Res 87, 594 (2008).

18. Kreissl, M., Eckardt, R., Nitschke, I.: Mundgesundheit und Pneumonie. Quintessenz 59, 1079 (2008)
19. Micheelis, W., Schiffner, U.: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006
20. Michel H: Die BLZK macht mobil. BZB (2005): 8-9
21. Nitschke I, Reiber Th.: Ein computergestütztes Trainingsprogramm zur Verbesserung des Wissensstandes über die Mundgesundheit für Pflegekräfte, Ärzte und pflegende Angehörige, Quintessenz 2004; 55: 287 - 295
22. Nordenram, G., Ljunggren, G.: Oral status, cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff. Oral Dis 8, 296 (2002)
23. Petersen, P., Nørtov, B.: Evaluation of a dental public health program for old-age pensioners in Denmark. J Public Health Dent 54, 73 (1994)
24. Petersen, P., Nørtov, B.: The effect of a three-year trial of a community dental care program for aged pensioners in Denmark. Ugeskr Laeger 157, 2712 (1995)
25. Pietrokovski, J., Levy, F., Azuelos, J., Tau, S., Tamari, I., Mostavoy, R.: Oral findings in elderly nursing home residents in selected countries. 2. Soft tissue lesions and denture wearing habits. Gerodontology 9, 75 (1990)
26. Rademakers, L., Gorter, R.: Ageing and oral health care in The Netherlands. An explorative study. Ned Tijdschr Tandheelkd 115, 527 (2008)
27. Samson, H., Strand, G., Haugejorden, O.: Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. Acta Odontol Scand 66, 368 (2008)
28. Scannapieco, F., Bush, R., Paju, S.: Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. Ann Periodontol 8, 54 (2003)
29. Vigild M.: Evaluation of an oral health service for nursing home residents. Acta Odontol Scand 48, 991 (1990)