



Thema

Zahnmedizinische Versorgung an der Grenze zur Pflegebedürftigkeit

Dentistry in a care-dependent population

Hintergrund

In den kommenden Jahren wird es infolge des demografischen Wandels immer mehr Patienten höheren Alters geben, deren zahnmedizinische Versorgung zunehmend zur gesamtökonomischen Herausforderung wird – ein Thema, welches mehr und mehr in den Fachblättern diskutiert wird. Im Folgenden werden wir versuchen den aktuellen Stand der Diskussionen zusammenzutragen.

Statement

Wie der letzten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) zu entnehmen ist, verringerte sich die Zahl fehlender Zähne unter den 65- bis 74-Jährigen von durchschnittlich 17,6 im Jahr 1997 auf 14,2 in nur 8 Jahren. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil der Vollprothesenträger von 44,2 % auf 30,5 % (der Anteil Zahnloser von 24,8 % auf 22,6 %). Mit dieser Entwicklung einhergehend, wurde eine Zunahme des – in steigendem Maße auch festsitzenden – Zahnersatzes, aber auch von Parodontalerkrankungen und von Wurzelkaries verzeichnet [9, 10]. Weil der Erhalt natürlicher Zähne meist auch mit einem Erhalt des Selbstwertgefühls einhergeht [13] und die gleichzeitig niedrige Adaptationsfähigkeit gebrechlicher Patienten die prothetische Versorgung oft erschwert [5], gilt es ein geeignetes Präventionskonzept für diese Zielgruppe zu entwickeln.

In der Literatur findet sich keine einheitliche Definition für eine Patientengruppe, die sich an der Grenze zur Pflegebedürftigkeit befindet und aus zahnmedizinischer Sicht eine Besonderheit



Clara Blumenthal-Barby

darstellt. Während das Alter allein kein Kriterium ist, sind Pflegebedürftigkeit, aber vor allem Immobilität und die Unfähigkeit zur selbstständigen Durchführung der Mundhygiene die Kerncharakteristika [5]. Mit fortschreitendem Alter erschweren ein Nachlassen der Sehkraft und des Geruchssinns sowie verminderte taktile und koordinative Fähigkeiten die tägliche Mund- und Prothesenpflege und bringen betroffene Patienten an die Grenze der Pflegebedürftigkeit [1]. Wenn schwerere gesundheitliche Probleme in den Vordergrund treten, neigen ältere Patienten zusätzlich dazu, ihre Mundpflege zu vernachlässigen. Zudem empfinden beispielsweise Pflegeheimbewohner nicht selten unüberwindbare Hürden, was regelmäßige Zahnarztbesuche und damit eine professionelle Prophylaxe angeht – sei es aus Immobilität, Desorientiertheit oder der Angst, anderen zur Last zu fallen [12]. Folge kann eine Abnahme der ora-



Prof. Dr. Hermann Lang

len Gesundheit bis hin zum Kaufunktionsverlust sein [2].

In der Praxis bedeutet dies häufig, dass zahnmedizinische Behandlungen Pflegebedürftiger aufgeschoben werden, bis Zähne notfallmäßig extrahiert werden müssen [5]. Dabei ist die Wertschätzung der eigenen Mundgesundheit in keiner Altersgruppe höher als unter den Senioren [3] und steigt mit zunehmender Gebrechlichkeit [13]. Weil ein nur minimales Konzept für die Versorgung Älterer nicht wünschenswert ist, sollte ein optimales Konzept aus oben genannten Gründen präventiv sein. Ansatzpunkt ist dabei die Verbesserung der Mundgesundheit im 3. Lebensalter, d.h. von Patienten, die ihren Alltag zu Hause und größtenteils selbstständig meistern. Hierzu zählt auch die Aufmerksamkeit gegenüber Defiziten, wie Depression, Demenz oder Malnutrition, und vor allem die Zusammenarbeit mit den behandelnden Haus- und Fachärzten [4, 8, 9].

In Deutschland wurden bereits einige Versorgungsmodelle untersucht. Im Jahr 2010 veröffentlichten die KZBV und die BZÄK gemeinsam das Konzept „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“. In diesem Vorschlag steht die Prävention im Vordergrund. So werden a) ein präventiver Leistungskatalog speziell für Ältere und Menschen mit Behinderungen, b) ein optimierter Zugang zu ergänzenden therapeutischen Maßnahmen für Patienten mit eingeschränkter Therapiefähigkeit und c) die Verbesserung der zahnärztlichen Vergütung vorgeschlagen. Beispielhaft seien hier einige Punkte aus dem Konzept genannt:

- die Auslegung für immobile Patienten mit reduzierter Mundhygienefähigkeit,
- zusätzliche therapeutische Methoden (Behandlung unter Narkose) für Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit,
- das Behandlungsspektrum umfasst auch kurative Leistungen, im Fokus aber steht die Prävention (z.B. regelmäßige Kontrollen, professionelle Prophylaxe, Fluoridierungsmaßnahmen, Ernährungsberatung) [5].

In einem Münchener Modellprojekt konnte die Mundgesundheit in Pflegeeinrichtungen durch Kombination regelmäßiger Prophylaxe (durch Pflegepersonal und Prophylaxehelferinnen) und Therapie (durch Zahnärzte in Niederlassung und Kompetenzzentren) verbessert werden. Darüber hinaus wurde

eine Kostensenkung um 22 % gegenüber dem Vergleichszeitraum vor Beginn des Projekts erreicht [2].

In den USA wurde 2013 eine Studie zum Behandlungsaufwand von Langzeitpflegebedürftigen in ihrem letzten Lebensjahr veröffentlicht. Während ein Teil der gebrechlichen Teilnehmer ausgesprochen umfangreich zahnmedizinisch versorgt wurde, wurden andere Teilnehmer mit Behandlungsbedarf nicht versorgt. Prädiktoren für die Quantität der zahnmedizinischen Versorgung – wenngleich auch nicht für deren Qualität – waren ein längeres Überleben und das Bestehen eines zahnärztlichen Versicherungsschutzes [6].

Der gleiche Autor beschreibt in einer weiteren Arbeit, dass Therapieziel und Vorgehen gerade bei älteren schwerkranken Patienten an deren körperliche Konstitution, die voraussichtliche Lebenserwartung und das allgemeine Betreuungskonzept angepasst werden sollten [7].

In der Schweiz wird seit einigen Jahren in einem Pilotprojekt Bewohnern eines Pflegezentrums eine Eintrittsuntersuchung und – falls nötig – weitere Therapie durch einen Zahnarzt angeboten. Professionelle Zahnreinigungen werden von Prophylaxe-Assistentinnen, die regelmäßige Mundhygiene samt wöchentlichen Fluoridierungen vom Pflegepersonal übernommen oder mindestens unterstützt. Die Pflegenden werden hierzu von dafür ausgebildeten Propy-

laxe-Assistentinnen nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch geschult. Das erst kürzlich publizierte Projekt verlief so erfolgreich, dass es demnächst von einem einzelnen auf sämtliche Pflegeheime der Stadt Zürich ausgedehnt werden soll [11].

Empfehlung

Lange Zeit bestand die Annahme, dass die Probleme des Alters vor allem durch restaurative Maßnahmen lösbar seien. In den letzten Jahren hat sich jedoch die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine Verbesserung der momentanen Situation in erster Linie durch Vorsorgemaßnahmen erzielt werden kann. So sind die zurzeit vorliegenden Konzepte auf Prävention ausgerichtet. Das Schweizer Modell scheint dabei in besonderer Weise einen erfolgversprechenden Ansatz zu bieten. Durch die zahnärztliche Eintrittsuntersuchung und die nachfolgende Übernahme der regelmäßigen Vorsorgemaßnahmen durch Pflegepersonal und Prophylaxe-Assistentinnen wird hier eine Kontinuität und vor allem ein Niveau in der Mundhygiene erreicht, das für Pflegebedürftige allein häufig außer Reichweite liegt. Allerdings verbleibt – trotz sämtlicher Konzepte – das Problem der Erreichbarkeit zu Hause lebender Betagter.

Clara Blumenthal-Barby,
Hermann Lang, Rostock

Literatur

1. Baumgartner W, Schimmel M, Müller F: Zur Mundgesundheit und zahnärztlichen Betreuung pflegebedürftiger Betagter. *Swiss Dentel Journal SSO* 2015; 125: 459–469
2. Benz C, Haffner C: Zahnmedizin in der Pflege – das Teamwerk-Projekt. *IDZ-Information* Nr. 4/2009
3. Benz C: Präventionskonzept im fortgeschrittenen Alter. *PN Parodontologie Nachrichten* 2009; 4: 10
4. Besimo CE: Paradigmawechsel zugunsten einer besseren oralen Gesundheit im Alter. *Swiss Dent J SSO* 2015; 125: 599–604
5. BZÄK, KZBV, DGAZ, BDO: Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. 2010
6. Chen X, Chen H, Douglas C, Preisser JS, Shuman SK: Dental treatment intensity in frail older adults in the last year of life. *J Am Dent Assoc* 2013; 144: 1234–1242
7. Chen X, Kistler CE: Oral health care for older adults with serious illness: when and how? *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 375–378
8. Glenz F, Brand C, Besimo CE, Marinello CP: The elderly patient: no reason to worry!? *Swiss Dental Journal SSO* 2015; 125: 427–431
9. Hoppe C: Betreuung von multimorbiden Patienten. *ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis* 2013; 64–68
10. IDZ Institut der Deutschen Zahnärzte im Auftrag von BZÄK und KZBV: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) Kurzfassung. 2006
11. Menghini G: Zahnmedizinische Betreuung in Pflegeheimen. *Curaviva.ch* 2015
12. Niesten D, van Mourik K, van der Sanden W: The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. *BMC Oral Health* 2013; 13
13. Niesten D, van Mourik K, van der Sanden W: The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health* 2012; 12