

Prävention muss in Pflegeeinrichtungen ein Thema werden

Der Arbeitskreis Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung Baden-Württemberg will durch die Entwicklung eines schlüssigen zahnärztlichen Betreuungskonzeptes die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen steigern. Der Vorsitzende dieses Arbeitskreises ist der Ulmer Zahnarzt Dr. Elmar Ludwig, der im Interview mit der Redaktion DENTALZEITUNG über die Bedeutung und Etablierung der Prophylaxe in Pflegeeinrichtungen sprach.

Herr Dr. Ludwig, was motiviert Sie zu Ihrem Engagement für die Zahngesundheit von Senioren?

Die Ergebnisse der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie belegen eindeutig den Trend, dass immer mehr immer ältere Menschen immer mehr eigene Zähne haben, und diese Zähne wollen auch gepflegt werden. Die mit dem Alter einhergehenden körperlichen Einschränkungen – ich spreche hier also nicht von den Menschen, die auch noch im hohen Alter bei sehr guter Gesundheit sind und ohne Probleme zum Hauszahnarzt gehen können – machen bei einer zunehmenden Anzahl von Menschen die

Durchführung der Mundhygienemaßnahmen durch pflegende Angehörige und Pflegekräfte notwendig. Schließlich mehren sich die Belege für den Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und Allgemeinerkrankungen wie Lungenentzündung, Herz-Kreislauf-Beschwerden und Diabetes. Dies macht deutlich, wie sehr es auf eine gute Mundhygiene ankommt.

Genau hier liegt das Problem: In der Altenpflegeausbildung ist der Schwerpunkt der Mundhygiene nach wie vor die „Soor- und Parodontitisprophylaxe“. Zähne, Karies, Parodontitis, technisch aufwendiger Zahnersatz wie auch die Pflege von

Implantaten werden nur unzureichend erläutert und geschult.

Wie ist der Stand der Dinge: Welchen Stellenwert nimmt die dentale Prophylaxe bei Senioren in Pflegeheimen ein?

In den Pflegeeinrichtungen – und bei den mobilen Pflegediensten oder auch in der Pflege durch Angehörige zu Hause dürfte die Versorgung nicht besser sein – ist von wenigen Ausnahmen abgesehen die zahnärztliche Betreuung ausschließlich beschwerdeorientiert – wenn überhaupt. Wir müssen sogar davon ausgehen, dass es Bewohner gibt, die Zahnschmerzen haben, diese aber nicht als solche erkannt und behandelt werden.

Das Teamwerk-Konzept in München ist deutschlandweit bis heute das einzige systematische zahnärztliche Prophylaxekonzept. Die Zwischenergebnisse belegen eindrucksvoll, dass nicht nur die Lebensqualität der Heimbewohner gesteigert werden kann (weniger zahnärztliche Notfälle, weniger Extraktionen, weniger Lungenentzündungen), sondern dass weniger Transporte und weniger Notfälle in den Pflegeeinrichtungen sogar unter dem Strich Kosten sparen.

Seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden verschiedene Expertenstandards und sogenannte Qualitätsprüfungsrichtlinien entwickelt. Die Heimaufsicht und der Medizinische



Abb. 1

▲ Abb. 1 und 2: Dr. Elmar Ludwig während der Behandlung von Patienten in Pflegeeinrichtungen.

Dienst der Krankenkassen prüfen zunehmend bewohnerbezogen die Mundgesundheit und den Einsatz von Mundpflegemitteln. Auch das Interesse der Pflegekräfte in den Einrichtungen, mehr über Zähne und Zahnersatz und vor allem aber auch über die nötigen Pflegemaßnahmen zu erfahren, hat spürbar zugenommen. Das macht Mut.

Wie aufwendig ist die dentale Prophylaxe bei Heimbewohnern?

Zunächst einmal sind die Möglichkeiten, Prophylaxeleistungen – mehr noch übrigens auch Therapieleistungen – bei Heimbewohnern durchzuführen, teilweise mit großen Einschränkungen verbunden. Es gibt nicht den Standardbewohner und auch nicht das Standardvorgehen. Manche Bewohner sind hervorragend mobil und können gut in die Praxis kommen. Andere sind nur im Rollstuhl transportabel, können aber in barrierefreien Praxen durchaus behandelt werden. Wieder andere können nur liegend in der Einrichtung selbst versorgt werden. Ein wichtiger Faktor ist auch die Kooperationsfähigkeit. Demenz und körperliche Einschränkungen zum Beispiel nach einem Schlaganfall, bei Rheuma oder aufgrund einer Sehbehinderung erfordern viel Improvisationstalent und meist sehr individuelle Lösungen auch für gleiche Problemsituationen. Und weiter: Viele Heimbewohner haben eine gesetzliche Betreuung, die meist sowohl bei finanziellen Angelegenheiten wie bei Fragen der Gesundheits-sorge in die Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden muss. Die Berücksichtigung dieser rechtlichen Aspekte und nicht zu vergessen die Multimedikation dieser geriatrischen Patienten stellen für uns Zahnärzte große Herausforderungen dar.

In welchem Verhältnis steht dieser Aufwand zu Erkrankungen, die eine mangelnde Prophylaxe zur Folge hat?

Neben den Schmerzen aufgrund kariöser Zerstörung mit der Gefahr der Abszessbildung und den Beschwerden durch parodontale Erkrankungen – eine generalisierte mittelschwere-schwere Parodontitis wurde bei fast 90% der 65- bis 70-jährigen im Rahmen der DMS IV diagnostiziert und entspricht bei Vollbe-zahnung einer etwa handtellergroßen Wundfläche – ziehen neben der Aspiration von Belägen diese Erkrankungen der



Abb. 2

Mundhöhle als Eintrittspforten für Bakterien in den Organismus zum Teil schwere Allgemeinerkrankungen nach sich. Am besten belegt ist der Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und Lungenentzündungen. So sind Pneumonien der häufigste Grund für eine stationäre Einweisung institutionalisierter Menschen. Pneumonien stellen bei Heimbewohnern die zweithäufigste Infektionserkrankung dar und sind die häufigste Todesursache.

Darüber hinaus ist die Wechselwirkung zwischen Parodontitis und Diabetes ein wichtiger Aspekt, da Diabetes eine Vielzahl allgemeiner Erkrankungen mit hohem Krankheitswert und Behandlungsaufwand nach sich zieht. Hier sehen wir auch die Notwendigkeit, Hausärzte und Internisten mit ins Boot zu holen.

Welche Maßnahmen ergreift der AKABe BW, um Änderungen an der gegenwärtigen Situation zu bewirken?

Die Zielsetzungen unseres Projektes Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (AKABe BW) sind die Schulung der Pflegekräfte in Aus- und Fortbildung wie auch die Betreuung der pflegebedürftigen Menschen, die keinen Hauszahnarzt haben. Dafür reicht es nicht aus, Schulungsmaterialien zu erstellen. Für die flächendeckende zahnärztliche Betreuung pflegebedürftiger Menschen ist es notwendig, sowohl die Kolleginnen und Kollegen als auch die Mitarbeiterinnen in den Zahnarztpraxen vor Ort fortzubilden. Über das Zahnmedizinische Fortbildungszentrum in Stuttgart und neu auch in der Zahn-

ärztlichen Akademie in Karlsruhe haben wir Angebote geschaffen, die medizinischen, rechtlichen und auch abrechnungstechnischen Herausforderungen dieser besonderen Patientengruppe besser meistern zu können.

Auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg steht ein umfangreiches Angebot an Informationen zur Verfügung. So ist es beispielsweise möglich, über die Zahnarztsuche durch Eingabe der Postleitzahl Kolleginnen und Kollegen vor Ort herauszufinden, die besondere Leistungsmerkmale der Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung erfüllen (z.B. Behindertentoilette, treppenfrier Zugang, rollstuhlgerechter Aufzug, Behandlung in Narkose oder Hausbesuche). Des Weiteren finden sich Einzelheiten und Hintergründe zum AKABe-Projekt. Aktualisierte Kommentierungen für die verschiedenen Vorträge, eine Diashow sowie einen Pflegefilm, vor allem aber auch wichtige und verständliche Abhandlungen zu den Themen Recht und Abrechnung wie auch Aufnahmebögen und Überleitungsbögen für eine möglichst reibungsarme Behandlung in der Praxis stehen hier ebenfalls zur Verfügung.

Die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg hat 2007 erstmals sogenannte Senioren- und Behindertenbeauftragte bestellt, die als Ansprechpartner in den Kreisen eine Vermittlerfunktion zwischen Angebot und Nachfrage erfüllen sollen. Die Liste der Senioren- und Behindertenbeauftragten ist ebenfalls auf der Homepage eingestellt.

Eine weitere Besonderheit des Projektes in Baden-Württemberg ist die gute Zusammenarbeit mit den Gesundheits-



▲ Abb. 3: Pflegekräfte während einer Schulung des Arbeitskreises Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg (AKABe).

fachdiensten vor Ort. Bei den Heimbegehungen durch die Heimaufsicht wird inzwischen in vielen Kreisen auf unsere Aktivitäten hingewiesen. Diese „neutrale“ Empfehlung hilft uns sehr, den Kontakt zu den Pflegeeinrichtungen aufzubauen.

Noch ein Wort zur Altenpflegeausbildung: Für den nachhaltigen Erfolg aller unserer Prophylaxe- und sonstigen Therapiemaßnahmen ist eine fundierte Schulung in der Ausbildung eine unabdingbare Notwendigkeit. Impulsvorträge und Schulungen in den Pflegeeinrichtungen selbst können eine gute Grundlage nicht ersetzen. Deshalb haben wir in Baden-Württemberg ein bundesweit einzigartiges Ausbildungsprogramm in Kooperation mit den privaten Altenpflegeschulen entwickelt. Sowohl für die Ausbildung als auch bei den Impulsvorträgen können wir zudem mit eigens entwickelten Phantomköpfen und verschiedenen Übungsmodellen praktische Übungen für den Alltag in den Pflegeeinrichtungen wie z.B. das Ein- und Ausgliedern von herausnehmbarem Zahnersatz durchführen. Zudem üben wir die gegenseitige Inspektion der Mundhöhle und auch Mundhygienemaßnahmen wie z.B. gegenseitiges Zähneputzen.

Wie werden diese Maßnahmen angenommen – gibt es Erfolge?

Um den Erfolg unseres Projektes evaluieren zu können, wird gerade in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Heidelberg an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik unter der Leitung von Prof. Dr. Peter Rammelsberg eine Studie auf den Weg gebracht. Betreut von Prof.

Dr. Alexander Hassel soll der Senioren- und Behindertenbeauftragte des Kreises Pforzheim-Enzkreis, Thorben Wenz, in drei Einrichtungen mit unterschiedlichem Aufwand unter Zuhilfenahme der von uns entwickelten Materialien die Schulung der Pflegekräfte und Betreuung der Bewohner durchführen. Wir wollen so besser abschätzen können, welcher Aufwand welchen Nutzen bringt und ob überhaupt ein nachweisbarer Nutzen erzielbar ist.

Fest steht: Egal ob in Ausbildung oder Fortbildung, es macht unglaublich Spaß, mit den Pflegekräften die Schulungen durchzuführen. Neben den praktischen Übungen kommen besonders gut die interaktiven Besprechungen verschiedener Erkrankungen in der Mundhöhle an. Dabei geht es uns darum, die Pflegekräfte für die Pathologien in der Mundhöhle zu sensibilisieren, Befunde sauber zu beschreiben, um beispielsweise später im Alltag ein vernünftiges Telefonat mit einem Zahnarzt führen zu können.

Die Wissbegierigkeit und die große Motivation der meisten Teilnehmer in den Schulungen begeistern mich immer wieder. Ein Grund könnte hier sein – das muss man natürlich auch sehen –, dass die Pflegekräfte viel für sich selbst und die eigene Mundhygiene lernen können. Darüber hinaus ist ein gutes Argument, dass gute Mundhygiene auch Zeit im Pflegealltag sparen kann, weil es weniger Schmerzen und zahnärztliche Notfälle zu versorgen gibt, die Stimmung der Heimbewohner und damit auch die Kooperationsbereitschaft steigt.

Trotzdem müssen wir auch viel Geduld haben. Wir dürfen nicht erwarten, dass sich die Situation in den Einrichtungen von heute auf morgen ändert. Diese Prozesse brauchen Zeit. Ich selbst stelle aber fest, wenn man immer wieder Schulungen macht, so werden die Pflegekräfte mehr und mehr sensibilisiert und man wird immer häufiger gerufen – das ist gut so, denn es gibt viel zu tun, auch wenn man nur die ärgste Not lindern will.

Wie stark wird diese Problematik die Zahnmedizin in Zukunft beschäftigen?

Diese Problematik wird vor allem die Zahnmedizin sehr beschäftigen, da die Zahnärzte in Deutschland in den letzten 30 Jahren sehr erfolgreich viele Menschen von den Vorteilen der Prävention, der Zahnerhaltung und dem Einsatz von Implantaten überzeugt haben. Viele Universitäten in Deutschland widmen sich im Studium dem Thema Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung derzeit übrigens auch noch eher zurückhaltend. Neben der Versorgung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen sehen wir auch die Herausforderung der erheblich größeren Zahl an Menschen, die zu Hause gepflegt werden (etwa zwei Drittel aller Pflegebedürftigen). Die Entwicklung zahnärztlicher Betreuungskonzepte für den Bereich der häuslichen Versorgung (Instruktion der pflegenden Angehörigen sowie der Pflegekräfte mobiler Pflegedienste) würden den Gedanken der Prävention unter den erschwerten Bedingungen der Pflegebedürftigkeit stärken. Wenn zu Hause keine gute Betreuung gewährleistet war, bleibt in der Pflegeeinrichtung nicht selten nur noch die Sanierung mit Extraktion nicht erhaltungswürdiger, stark kariös zerstörter oder parodontal geschwächter Zähne als letzte Maßnahme übrig.

Herr Dr. Ludwig, vielen Dank für das Gespräch! ◀

>> KONTAKT

Dr. Elmar Ludwig
Vorsitzender des Arbeitskreises
Alterszahnheilkunde und Behinderten-
behandlung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg
E-Mail: elmar_ludwig@t-online.de

- best practice.

diagnostik — therapie — prophylaxe

...unser Erfolgsprinzip für die Praxis.

**Einführungspreis
Euro 2.990,- ***

Spitzentechnologie für die präzise und zuverlässige Erkennung von Karies!

CarieScan PRO™ dient zur frühestmöglichen Erkennung von Karies. Es liefert genaue und reproduzierbare Daten für die Kariesvorsorge. CarieScan PRO™ bestimmt zu 92,5% genau - sowohl gesunde Zähne, als auch bestehende Karies.

- AC-Impedanzspektroskopie (ACIST)
- Minimales Risiko falsch-positiver und falsch-negativer Messungen
- Wissenschaftlich belegte Technologie
- RemoteView Software für vielfältiges Reporting und Monitoring
- Bluetooth-fähig

CARIESCAN
EXCEED EXPECTATIONS

* zzgl. Mwst. Gültig bis 31.12.2011

>> Fax +49(0)735 1.4749944
>> Email info@orangedental.de

Praxis

Straße

PLZ/Ort

Email

Tel

Depot

☐ Ich wünsche weitere Informationen.

☐ Ich wünsche einen Demoterminein.

>> Innovative Spezialgeräte, die Sinn machen!

info. +49 (0) 73 51 . 474 990
www.orangedental.de

orangedental 
premium innovations