Dr. med. Thomas Hilbert
Dr. med. dent. Dirk Mittermeier

Die zahnärztliche Versorgung von Heimbewohner(innen) in Bremen - eine Befragung

Verbesserung der Mundgesundheit und Intensivierung der zahnärztlichen Versorgung für Bewohnerinnen und Bewohner in Altenpflegeheimen und in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind seit vielen Jahren ein Thema inzwischen zahlreicher Veröffentlichungen (1) und Gegenstand politischer Initiativen (2). Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) haben 2010 ein gemeinsames Konzept vorgelegt (3). Nahezu alle Autoren gehen von einer defizitären zahnärztlichen Versorgung in diesen Einrichtungen aus. Der zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamts Bremen untersuchte im Jahr 2006 in zwei Bremer Pflegeeinrichtungen Bewohnerinnen und Bewohner und ermittelte den bestehenden zahnmedizinischen Behandlungsbedarf. Bei über 30% der untersuchten Bewohnerinnen und Bewohner wäre damals eine zahnärztliche Intervention dringend erforderlich gewesen (4).

>> Im Anschluss an diese Untersuchung fanden unter Beteiligung mehrerer Institutionen, darunter auch Krankenkassen, Gespräche statt, zu denen die Zahnärztekammer Bremen eingeladen hatte, mit dem Ziel eines Modellprojektes in einigen heimstationären Einrichtungen. Leider blieb diese Initiative ergebnislos, weil sich die Beteiligten nicht auf eine Finanzierung verständigen konnten.

Im September 2011 beschlossen die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bremen (KZV) und das Gesundheitsamt Bremen eine Parallelbefragung sowohl der niedergelassenen Zahnärzte im Land Bremen als auch aller heimstationärer Einrichtungen. Einerseits sollte der Leistungsumfang erfasst werden, den Zahnärzte gegenwärtig für und in heimstationären Einrichtungen erbringen. Andererseits sollten die qualitativen Einschätzungen der heimstationären Einrichtungen zur gegenwärtigen zahnärztlichen Versorgung und zum Behandlungsbedarf erfragt werden.

Beide Befragungen sollten klären, ob und wie die beklagten Defizite sich konkret im Land Bremen darstellen und welche Schlussfolgerungen sich daraus ableiten ließen.

Methode

Die KZV versandte im September 2011 als Anlage zu einem Rundschreiben einen Fragebogen an alle 309 Zahnarztpraxen im Land Bremen. Das Gesundheitsamt versendete Ende November 2011 per E-Mail einen Fragebogen an alle heimstationären Einrichtungen im Land Bremen. an insgesamt 181 von der Heimaufsicht zur Verfügung gestellte E-Mail-Anschriften. Beide Fragebögen enthielten sowohl qualitative als auch quantitative Fragen. Die Einrichtungen hatten zudem die Möglichkeit aus Sicht ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Behandlungsbedarfe, Hinderungsgründe für zahnärztliche Versorgung und Vorschläge in Textform anzugeben.

Zusammenfassung

Das Gesundheitsamt Bremen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bremen haben Ende 2011 in einer parallelen Befragung von Pflegeheimen und Einrichtungen für Behinderte und von Zahnarztpraxen im Land Bremen den Stand der zahnärztlichen Versorgung erhoben. 58% der Bewohnerinnen und Bewohner dieser Einrichtungen konnten einbezogen werden, 28% der Zahnarztpraxen in Bremen beteiligten sich. Die Sicht der Einrichtungen und die Sicht der Zahnärzte wurden gegenübergestellt. Im Ergebnis sind Defizite festzustellen, die sich aber nach Einrichtungstyp unterscheiden. Es werden mehrere Handlungsansätze zur Verbesserung der Versorgung vorgestellt.

Schlüsselwörter

Zahnärztliche Versorgung, Pflegeheime, Einrichtungen für Behinderte

Die Befragung der Einrichtungen durch das Gesundheitsamt war anonym. Anzugeben war jeweils der Typ der Einrichtung - ob Altenpflegeheim oder Einrichtung für Behinderte - und der Ort der Einrichtung. Anzugeben war auch die Zahl der Bewohner zum Zeitpunkt der Befragung.

Die Befragungsaktion der KZV führte zu 86 ausgefüllten Fragebögen, das entspricht einer Rücklaufquote von 27,8%. Bei der Befragung der Einrichtungen kamen 77 ausgefüllte Fragebögen zum Gesundheitsamt zurück (Rücklaufquote 42,5%).

Die Abschnitte 3 und 4 beschreiben die Ergebnisse der Befragung des Gesundheitsamtes Bremen. In Abschnitt 5 wird das Ergebnis der Befragung der KZV dargestellt, gefolgt von Schlussfolgerungen aus beiden Befragungen im Abschnitt 6.

Quantitative Ergebnisse

In die Auswertung wurden alle Fragebögen einbezogen, die bis zum 30.12.2011 beantwortet im Gesundheitsamt eintrafen.

Von den 77 ausgefüllten Fragebögen stammen 55 aus Altenpflegeeinrichtungen und 22 aus Einrichtungen der Behindertenhilfe. Geantwortet haben somit deutlich mehr als die Hälfte der 97 Altenpflegeeinrichtungen im Land Bremen und etwa ein Viertel der 84 Einrichtungen für Behinderte (5). Eine exakte Rücklaufquote lässt sich für die Einrichtungen für Behinderte leider nicht darstellen, weil bei der Auswertung erkennbar wurde, dass verantwortliche Ansprechpartner für mehrere Einrichtungen in ihrer Trägerschaft gemeinsam geantwortet haben. Zweitens werden beispielsweise Außenwohngruppen und Wohngemeinschaften teilweise als Teil des stationären Wohnens bei einem Träger definiert, teilweise aber auch als unabhängige Einheiten. Drittens ist die Abgrenzung zwischen den Wohn- und Betreuungsformen in der Behindertenhilfe weniger eindeutig als in der Altenhilfe.

Die Zahl der Bewohner der Einrichtungen zum Zeitpunkt der Befragung ist hingegen eindeutig darzustellen.

Die ausgefüllten Fragebögen repräsentieren 4.981 Bewohnerinnen und Bewohner beider Einrichtungstypen. In Altenpflegeeinrichtungen stehen im Land Bremen ca. 6.900 Plätze zur Verfügung (6), in Einrichtungen für Behinderte ca. 1.660 Plätze (7). Das bedeutet, dass geschätzt 58% der

1: so zuletzt Nitschke, I., Kaschke, I., Zahnmedizinische Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, Bundesgesundheitsbl. 2011 – 54: 1073 – 1082; weitere Literatur bei den Verfassern
2: Zahngesundheit von älteren, pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderungen. Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Fraktion Die LINKE, Drs. 17/6563 (11.07.2011)
3: KZBV und BZÄK (Hrsg.), Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter. Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, Berlin, 2010
4: Klasen, B. und Hilbert, Th., Mundgesundheit und zahnärztliche Versorgung in Bremer Alten- und Pflegeheimen, Gesundheitsamt Bremen 2007
5: Angabe aus dem Referat 50, Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen

Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen (4.025 Personen) und ebenfalls geschätzt knapp 58% der Bewohner in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (956 Personen) im Land Bremen mittelbar einbezogen werden konnten (Tab. 1). Platzzahl und aktuelle Belegung können voneinander abweichen.

Zahnärztliche Versorgung der Bewohner

Mit Frage 3 sollte festgestellt werden, wie viele Bewohner der Einrichtungen mindestens einmal jährlich zahnärztliche Betreuung haben, in Frage 5 wurde ermittelt, wie viele Bewohner sich zum Zeitpunkt der Umfrage in zahnärztlicher Behandlung befanden. Bei Frage 7 sollte angegeben werden, bei wie vielen Bewohnern die Mitarbeiter der Einrichtungen dringenden zahnärztlichen Betreuungs- und Behandlungsbedarf gesehen haben.

Von den 4.981 einbezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern haben immerhin 2.972 (fast 60%) mindestens einmal im Jahr einen Behandlungskontakt zu Zahnärzten. Zum Zeitpunkt der Umfrage befanden sich 613 Personen (12,3%) in zahnärztlicher Behandlung. Dringender und nicht realisierter oder realisierbarer Behandlungsbedarf wurde für insgesamt 316 Personen (6,3%) berichtet.

Die Differenzierung zwischen Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Behinderte liefert auffallende Unterschiede: Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlung erscheint in den Einrichtungen für Behinderte besser. Mehr als Dreiviertel (78,9%) der Bewohnerinnen und Bewohner haben mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem Zahnarzt. Gleichzeitig wird aber auch ein höherer dringender Behandlungsbedarf berichtet (Abb. 1).

Versorgung in den Einrichtungen

Frage 4 zielte auf die Anwesenheit von Zahnärzten in den Einrichtungen. Vorgegeben waren die Antwortmöglichkeiten „regelmäßiger Turnus“, „nur auf Anforderung“ und „nie“.

19 Einrichtungen (25%) berichteten über einen regelmäßigen Besuch durch Zahnärzte („regelmäßiger Turnus“) in mindestens jährlichen, teilweise häufigeren Abständen. In 39 Einrichtungen erscheint ein Zahnarzt auf Anforderung (51%). 23 Einrichtungen erklärten, ein Zahnarzt komme nie ins Haus (40%). Mehrfachnennungen kamen in der Kombination „regelmäßiger Turnus“ und „auf Anforderung“ vor, weil in 4 Einrichtungen beides zutraf.

Befragungs-Design				
	Anzahl	Anteil in der Befragung	alle vorhandenen Plätze	durch die Befragung erfasste Plätze
in der Befragung erfasste Bewohner	4.981		8.590	
• davon Bewohner in Altenpflegeeinrichtungen	4.025	80,8%	6.895	58,4%
• davon Bewohner in Behinderteneinrichtungen	956	19,2%	1.660	57,6%
Gesamt		**100%**		

Tab. 1: Vollständig ausgefüllt waren 72 Fragebögen. In fünf Fragebögen war lediglich eine einzelne Frage ausgelassen worden. Aus der Stadt Bremen antworteten 63 Einrichtungen, 12 aus Bremerhaven, zwei Fragebögen waren örtlich nicht zuzuordnen, aber vollständig ausgefüllt.

Wieder zeigt sich ein erheblicher Unterschied zwischen Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Behinderte. Demnach erklären sich Einrichtungen für Behinderte als deutlich schlechter versorgt: Nur zwei der 22 Einrichtungen erhalten auf Anforderung einen Zahnarztbesuch, 20 aber nie (Abb. 2). Das ist kein Widerspruch zu den Angaben bei Frage 3, sondern bringt zum Ausdruck, dass die zahnärztliche Versorgung von den in der Regel kleinen Einrichtungen für Behinderte anders organisiert wird.

Nur 3 der erfassten 55 Altenpflegeheime berichteten, überhaupt keinen Hausbesuch durch Zahnärzte zu erhalten.

In Frage 6 war die Einschätzung der Einrichtungen zur Angemessenheit der zahnärztlichen Versorgung erbeten. Das Ergebnis schließt logisch an Frage 4 an. Eine deutliche Mehrheit von 33 der 55 antwortenden Altenpflegeeinrichtungen hält die zahnärztliche Versorgung für angemessen. Dieses Ergebnis ist überraschend. Bei den Einrichtungen für Behinderte zeigt sich ein umgekehrtes Bild: Nur 7 von 22 Einrichtungen halten die zahnärztliche Betreuung für angemessen und bedarfsgerecht (Abb. 3).

Aktivitäten der Einrichtungen

In den Fragen 10, 11 und 12 ging es um die Erfassung des Zahnstatus bei Aufnahme neuer Bewohnerinnen und Bewohner, um Bekanntheit der vor Neuaufnahme behandelnden Zahnärzte und um die Frage, ob sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen aktiv um den Kontakt zu einem Zahnarzt bemühen, wenn die vorher behandelnde Praxis nicht (mehr) zur Verfügung steht. Die gemeinsame Klammer um diese drei Fragen ist die Herangehensweise der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter an Aspekte der Mundgesundheit.

Bei der Erfassung des Zahnstatus ergab sich aus den dazu eingegangenen 76 Antworten ein uneinheitliches Bild.

In 46% der Einrichtungen wird der Zahnstatus bei Einzug neuer Bewohner immer oder häufig erfasst. In 39% der Einrichtungen ist das selten oder nie der Fall. Differenziert nach Einrichtungstypen und im Vergleich der relativen Häufigkeit der Nennungen wird erkennbar, dass in Einrich-

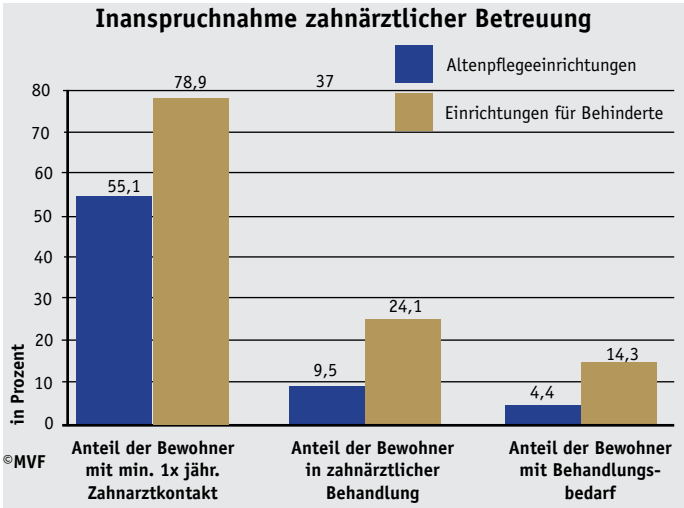


Abb. 1: Inanspruchnahme zahnärztlicher Betreuung und Behandlung nach Einrichtungen (Bewohner in Altenpflege N = 4.025, Bewohner in Einrichtungen für Behinderte N = 956).

6: ohne Tagespflegeeinrichtungen, ohne reine Wohnheime. Kurzzeitpflegeplätze sind eingeschlossen. Statistisches Landesamt Bremen, Jahrbuch 2011, S. 191 und ergänzende Information aus dem Referat 52, Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Stand 2011

7: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.), Lebenslagen in Bremen, 2009, S. 231

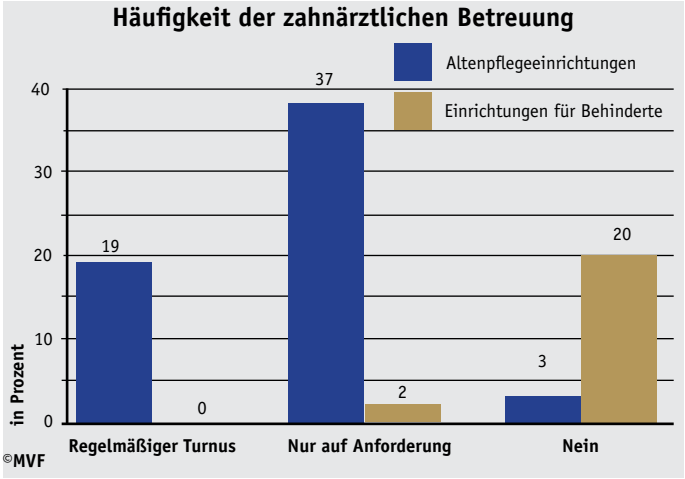


Abb. 2: Häufigkeit der zahnärztlichen Betreuung in der Einrichtung durch „Hausbesuche".

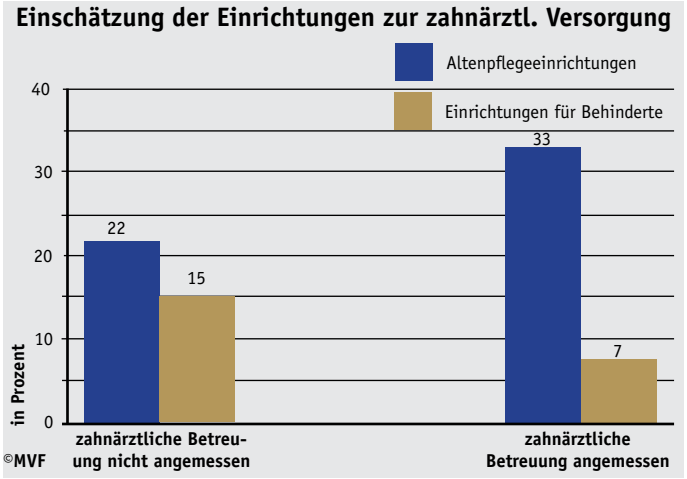


Abb. 3: Einschätzung der Einrichtungen zur zahnärztlichen Versorgung.

tungen für Behinderte der Zahnstatus seltener erfasst wird (Abb. 4). Ob die vor Aufnahme behandelnden Zahnärzte (Frage 11) bekannt waren oder bekannt sind, wurde von 76 Einrichtungen nicht weniger uneinheitlich beantwortet. Alle Varianten zwischen „immer" und „nie" kommen vor (Abb.5). Die Abweichung zwischen den beiden Einrichtungstypen ist nur gering.

Als Besonderheit ist zu vermerken, dass keine Einrichtung der Behindertenhilfe angab, den vor Aufnahme behandelnden Zahnarzt nicht zu kennen.

Die Antworten auf Frage 12 (Aktive Kontaktaufnahme mit einer Zahnarztpraxis) zeigten ein einheitliches Bild für beide Einrichtungstypen. 76 erfasste Einrichtungen stellen immer oder häufig für ihre Bewohnerinnen und Bewohner den Kontakt zu einer zahnärztlichen Praxis her, wenn die vorherige Zahnarztpraxis nicht mehr zur Verfügung steht. Dieses Ergebnis ist nicht überraschend, weil Einrichtungen für die Organisation ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung verantwortlich sind. Nur eine Einrichtung der Behindertenhilfe antwortete mit „manchmal".

Qualitative Ergebnisse der Befragung

Behandlungsbedarf

Die Einrichtungen hatten in Frage 8 die Möglichkeit, den aktuell vorhandenen, aber aus ihrer Sicht häufig nicht realisierbaren Behandlungsbedarf inhaltlich in bis zu drei Stichworten zu beschreiben. 44 Einrichtungen nutzten diese Möglichkeit und machten 109 Angaben, darunter auch 7 Einrichtungen, die zuvor bei Frage 6 die zahnärztliche Versorgung für angemessen erklärt hatten. Als Behandlungsbedarf wurden am häufigsten Prothesenanpassungen, professionelle Reinigung von Gebiss und Prothesen und die Extraktion kariöser Zähne genannt (Tab. 2).

Gründe für Nichtbehandlung

Eine weitere Frage war, welche Faktoren tatsächlich eine adäquate zahnärztliche Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern verhindern. Dazu waren ebenfalls bis zu drei Stichworte möglich. 58 Einrichtungen machten insgesamt 131 Angaben. Es antworteten auch Einrichtungen, die die zahnärztliche Betreuung für angemessen hielten. Das ist kein Widerspruch, da es auch bei adäquater zahnärztlicher Versorgung immer Bewohner gibt, die trotz dringendem Bedarf aus verschiedenen Gründen nicht behandelt werden können.

Es liegt nahe, die Gründe für Nichtbehandlung in drei Gruppen einzuordnen: Zum einen handelt es sich um bewohnerbezogene Gründe, die sich aus individueller gesundheitlicher Situation und pflegerischer Problematik ableiten lassen. Eine zweite Gruppe bilden Gründe, die aus Sicht der Einrichtungen mit Zahnarztpraxen und der Herangehensweise von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Verbindung zu bringen sind. Die dritte Gruppe bilden Gründe, die als eher systembedingt anzusehen sind und nicht unmittelbar mit dem Zustand von Bewohnern zu erklären oder inadäquatem Vorgehen durch Zahnarztpraxen anzulasten sind (Tab. 3).

Patientenbezogene Hindernisse überwiegen deutlich mit 64% der Nennungen, gefolgt von „systembedingten" Gründen mit knapp 23%. Zahnarztbezogene Gründe werden in nur 13% der Nennungen angeführt.

Am häufigsten wurden Kostengründe als Behandlungshindernis angegeben, wobei sowohl Kosten der eigentlichen Behandlung - vor allem Zahnprothetik - als auch Kosten für Patiententransporte zu zahnärztlichen Praxen genannt wurden.

Demenz und Immobilität sind vor allem von Altenpflegeeinrichtungen genannte personenbezogene Hindernisse, Immobilität wird jedoch auch von Einrichtungen für Behinderte genannt. Ablehnung von Behandlung wegen fehlender Einsicht in die Notwendigkeit oder wegen fehlender Beschwerden kommt in beiden Einrichtungstypen vor, Ängste spielen vor allem in Einrichtungen für Behinderte eine Rolle.

Die Bemerkung einer Altenpflegeeinrichtung, „der Zahnarzt könne doch nur schauen" zeigt eine resignative Haltung, die auch bei manchen anderen Hinderungsgründen mitschwingt.

Bei den zahnarzt- oder praxisbezogenen Hindernissen werden Aspekte der Barrierefreiheit der Praxis genannt, fehlende technische Hilfen zum Patiententransfer, fehlende Möglichkeiten zur Behandlung unter Narkose, aber auch fehlende Akzeptanz geistig behinderter oder psychisch sehr auffälliger Patienten. Die Ablehnung von Behandlung bezieht sich laut Auskunft der Einrichtungen überwiegend auf hohen zeitlichen Aufwand und auf abgelehnte „Hausbesuche" in Einrichtungen.

Veränderungswünsche und Verbesserungsvorschläge der Einrichtungen

Bei dieser abschließenden Frage war die Zahl der möglichen Stichworte nicht vorgegeben. Die Fragebögen enthalten 100 Angaben aus 59 Einrichtungen. Geantwortet haben auch hier zahlreiche Einrichtungen, die ihre zahnärztliche Betreuung für angemessen und bedarfsgerecht halten (Tab. 4).

12 Einrichtungen haben explizit mitgeteilt, dass sie sich zahnärztlich gut versorgt fühlen und keine Wünsche offen bleiben.

Als häufigster Wunsch werden Besuche in den Einrichtungen genannt (26%). Der Wunsch nach mehr und häufigeren Besuchen wird auch von 8 Einrichtungen geäußert, die sich als zahnärztlich gut versorgt erklären.

Das verbindet sich mit dem Wunsch nach Erstberatung und Erhebung des Zahnstatus von Bewohnern (9%).

Auch die Anregung nach mehr Einsatz mobiler Geräte in Einrichtungen und das Interesse an Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der

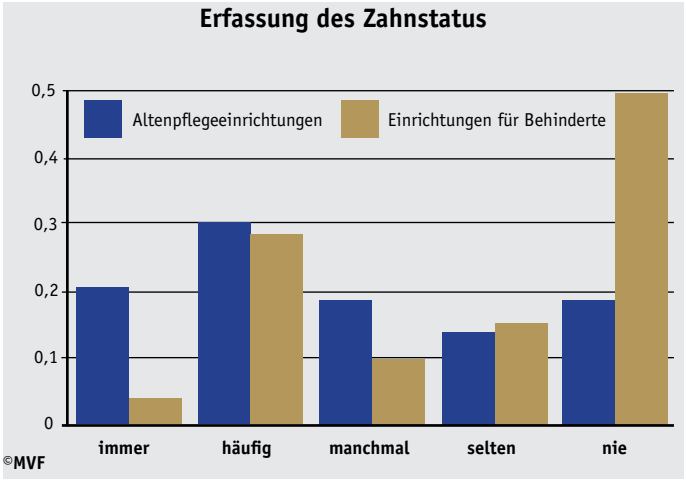


Abb. 4: Erfassung des Zahnstatus bei Aufnahme nach Einrichtungstyp (relative Häufigkeit der Nennungen, N = 76).

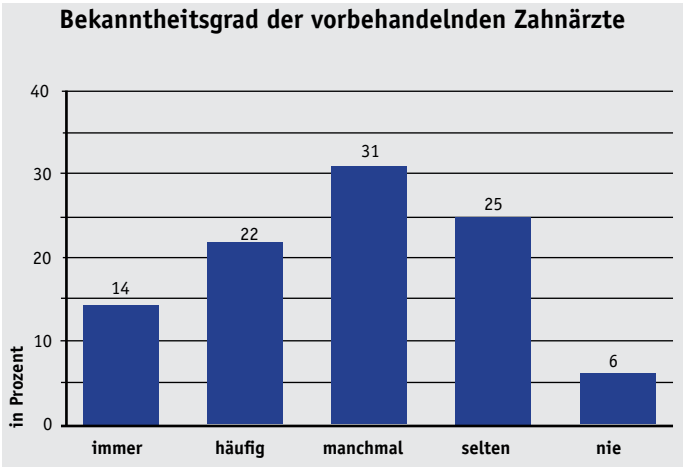


Abb. 5: Bekanntheitsgrad der vorbehandelnden Zahnärzte bei Aufnahme in die Einrichtung (beide Einrichtungstypen, N = 76).

Einrichtungen ergänzen im Grunde die Kategorie „Hausbesuch".

Auf die Bedürfnisse einer speziellen Bewohnerschaft zielen die Wünsche nach mehr Empathie, Geduld und Verständnis und die Anregung zu Fortbildungen für Zahnärzte zu Behinderungsarten und psychiatrischen Krankheitsbildern (zusammen 15%).

Der Wunsch nach rollstuhl- und behindertengerechten Praxen und nach Behandlungsmöglichkeiten unter Narkose (zusammen 10%) passt zu den entsprechenden Gründen für Nichtbehandlung.

Unter den weiteren Vorschlägen finden sich beispielsweise Wünsche an die Adresse der Kostenträger, Wünsche nach mehr Engagement von Angehörigen der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, nach flexiblen Terminen in Zahnarztpraxen und mehr Zeit in den Praxen. Etwas außergewöhnlich, aber durchaus plausibel ist der Wunsch eines Altenpflegeheims nach einem Behandlungsstuhl „als Spende oder Geschenk".

Ergebnisse der Befragung der KZV im Land Bremen zur zahnärztlichen aufsuchenden Betreuung in Bremer Alten- und Behinderteneinrichtungen

Bereits in der Vergangenheit gab es von der Zahnärztekammer Bremen und von der KZV im Land Bremen initiierte Versuche, die zahnärztliche „aufsuchende Betreuung" von Bewohnern in Alten- und Behinderten-Pflegeeinrichtungen in Bremen zu organisieren. Dies geschah unter der Prämisse, dass an dieser Stelle Defizite bestehen. Eine entsprechende, allerdings nicht repräsentative Untersuchung aus dem Jahr (Klasen, Hilbert, 2007) lag für Bremen vor.

Nicht nur das angenommene Vorliegen eines Versorgungsdefizits in diesem Bereich, sondern auch die Tatsache, dass der demografische Wandel eine solche Situation zukünftig noch weiter verstärken wird, macht ein Handeln auch aus zahnärztlicher Sicht notwendig.

Ein neuer Versuch, zunächst die bestehende Situation zu analysieren und dann für ein „Modell Bremen" die Weichen zu stellen, wurde zusammen mit dem Gesundheitsamt Bremen seit Herbst 2011 unternommen. Hierzu wurden zunächst die Einrichtungen durch das Gesundheitsamt und die zahnärztlichen Praxen durch die KZV in einer Fragebogenaktion zu diesem Thema befragt.

Behandlungsbedarf aus Sicht der Mitarbeiter(innen) der befragten Einrichtungen

Bedarf	Häufigkeit	Anteil
Anpassung von Prothesen	25	22,9%
Prof. Reinigung von Gebiss und/ oder Prothesen	25	22,9%
Entfernung von kariösen Zähnen	24	22,0%
Anfertigung neuer Prothesen	15	13,8%
Behandlung kariöser Zähne	8	7,3%
Kontrollen, Prophylaxe	6	5,5%
andere Behandlungsmaßnahmen	4	3,7%
Aufklärung und Beratung	2	1,8%
Gesamt	**109**	**100%**

Tab. 2: Behandlungsbedarf aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der befragten Einrichtungen (N = 109 Nennungen aus 44 Einrichtungen).

Gründe für Nichtbehandlung

Gründe	Häufigkeit	Anteil
1. bewohnerbezogene Gründe		
Demenz	25	19,1%
Behandlung nicht gewünscht, keine Einsicht in Behandlungsnotwendigkeit	17	13,0%
Immobilität	16	12,2%
Angst vor dem Zahnarzt und der Behandlung	13	9,9%
Ablehnung einer Zahnprothese	4	3,1%
Risiken von Nichtbehandlung vom Bewohner oder Angehörigen nicht erkannt	2	1,5%
andere bewohnerbezogene Gründe (z.B. keine Schmerzen, schwere psychiatrische Krankheitsbilder, schlechter Allgemeinzustand)	7	5,3%
Gesamt	**84**	**66,1%**
2. „systembedingte" Gründe		
hohe Kosten befürchtet	29	22,1%
Risiko von Nichtbehandlung vom Pflegepersonal nicht erkannt	1	0,8%
Gesamt	**30**	**22,9%**
3. zahnarztbezogene oder praxisbezogene Gründe		
„Hausbesuch" oder Behandlung abgelehnt	6	4,6%
Praxen nicht barrierefrei, Patiententransfer nicht möglich	6	4,6%
andere Behandlungshindernisse (z.B. Vollnarkose nicht möglich)	5	3,8%
Gesamt	**17**	**13,0%**
Alle	**131**	**100%**

Tab. 3: Gründe für Nichtbehandlung (N = 131 Angaben aus 58 Einrichtungen).

Der Fragebogen der KZV wurde an 309 Zahnarztpraxen in Bremen versandt, der Rücklauf betrug 86 (= 27,8 %). Nachgefragt wurden im Fragebogen die Aktivitäten, die die jeweiligen Praxen in Alten- und Behinderteneinrichtungen bisher unternommen haben. Es ist dabei davon auszugehen, dass nur jene Praxen geantwortet haben, die tatsächlich in nennenswertem Umfang bereits in der Vergangenheit zahnärztliche Leistungen in den entsprechenden Einrichtungen erbracht hatten.

Von den Rückmeldern (86) erklärten sich in unserem Fragebogen 57 bereit, zukünftig (und weiterhin) in Alten- und Behinderteneinrichtungen eine aufsuchende Betreuung anzubieten, 42 bekundeten ihre Bereitschaft, darüber hinaus auch am Aufbau einer flächendeckenden Betreuung organisatorisch mitzuwirken.

Die bisher von den Praxen durchgeführten Leistungen entsprechen einem eingeschränkten Leistungskatalog, beinhalten in den meisten Fällen jedoch Leistungen aus dem Leistungsbereich Prothetik.

Nur in 5 Fällen finden die behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte in den betreuten Einrichtungen einen „Behandlungsraum" vor, also einen Raum, in dem separat Behandlungen durchgeführt werden können – was jedoch nicht heißt, dass in diesem Raum eine zahnärztliche Behandlungseinheit vorhanden ist.

31 Praxen besuchen eine Einrichtung oder einzelne Bewohner in regelmäßigen Abständen, bei 46 Praxen erfolgt der Besuch in Begleitung einer Zahnmedizinischen Fachangestellten/Zahnarzthelferin.

In allen Fällen wurden von den zahnärztlichen Behandlern in der Einrichtung bereits Schulungen für das Pflegepersonal durchgeführt.

Der zeitliche Aufwand für alle 59 Praxen, die bereits Leistungen in den genannten Einrichtungen erbringen, wird mit 263 Stunden pro Monat (Summe aller Praxen) angegeben, die Zahl der betreuten Patienten mit 335 pro Monat (Summe aller Praxen) angegeben.

Anregungen, Vorschläge, Wünsche und Kommentare der Einrichtungen

Bedarf	Häufigkeit	Anteil
regelmäßige „Hausbesuche" durch Zahnärzte	26	26%
mehr Empathie, Zeit, Geduld und Verständnis in den Praxen für bestimmte Bewohnerkreise	9	9%
Beratung von Bewohnern und (Erst)Erhebung des Zahnstatus	9	9%
Einsatz mobiler Geräte in der Einrichtung	8	8%
rollstuhl- und behindertengerechte Praxen mit technisch adäquater Ausstattung	8	8%
mehr und schnellere Kostenübernahmen durch Krankenkassen (Patiententransport, Reinigung, Behandlung)	6	6%
Fortbildung für Zahnärzte über spezielle Behinderungsarten / psychiatrische Krankheitsbilder	6	6%
Fortbildung und Beratung für Mitarbeiter der Einrichtung	4	4%
mehr Behandlungen unter Vollnarkose	2	2%
andere Vorschläge	10	10%
keine Wünsche offen, Einrichtung zahnärztlich gut versorgt	12	12%
Alle	**100**	**100%**

Tab. 4: Anregungen, Vorschläge, Wünsche und Kommentare der Einrichtungen (N = 100 Nennungen aus 59 Einrichtungen).

Die Frage nach dem als angemessen erachteten Faktor für eine Mehrbeanspruchung bei Abrechnung der geltenden Leistungspositionen wurde von 48 Praxen beantwortet (Tab. 5). Das Ergebnis ist eindeutig.

Festzuhalten ist, dass von einem Teil der Bremer Zahnarztpraxen bereits heute für Bremer Alten- und Behinderteneinrichtungen zahnärztliche Leistungen in der aufsuchenden Betreuung erbracht werden, obwohl die Vergütung durchgängig als unzureichend eingeschätzt wird.

Der Nutzen eines organisierten Betreuungskonzepts für Patienten liegt in dem relativ geringen Aufwand für prophylaktische Leistungen, die aber - wie in der Zahnheilkunde häufig - einen hohen Nutzeffekt erreichen.

Besondere Bedeutung hat für den genannten Personenkreis die Betreuung im Leistungsbereich „Zahnersatz". Mit großem Aufwand werden Versicherte prothetisch versorgt, dabei können sie auch aufwändigere Versorgungen wählen, und das manchmal unter erheblichem Einsatz finanzieller Mittel. Die hochwertigen Versorgungen bedürfen aber einer ständigen Kontrolle und Betreuung, um eine angestrebte nachhaltige Funktionalität zu erreichen. Sehr häufig gehen mit dem Eintritt in eine Pflegeeinrichtung die notwendigen Informationen (Art der Versorgung, Pflege der vorhandenen Versorgung, „Handling" der vorhandenen Versorgung, Kontrollbedarf der vorhandenen Versorgung) mit dem Verlust des bisher gewohnten „Hauszahnarzt"- Kontaktes verloren. Die Pflegekräfte in den Einrichtungen sind häufig nicht geschult im Umgang mit den teilweise diffizilen zahnprothetischen Werkstücken. Unterbleibt die für diese Versorgung notwendige Betreuung, geht häufig die Funktionalität verloren, die Versorgung wird vorzeitig unbrauchbar und eine Neuversorgung scheitert dann oft an fehlender Kooperationsfähigkeit des Patienten, an der Finanzierbarkeit oder an der Einsicht für eine Neuversorgung. Es bleibt nur mehr der „Griff zum Pürierstab", der im Übrigen auch für die Pflegeeinrichtung manchmal der bequemste Weg zu sein scheint: Nur die Küche muss - polemisch formuliert - über die neue Darreichungsform des Essens unterrichtet werden.

Über den Zusammenhang zwischen Mundgesundheitszustand und Ernährungsverhalten besteht sicherlich Konsens, über die Zusammenhänge zwischen Mundgesundheit und allgemeiner Gesundheit (Pneumonie-Risiko, Parodontitis erhöht das Risiko von Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Schlaganfall und Diabetes/bakterielle Infektionen erzeugen Insulin-Resistenz, erhöhtes Alzheimer-Risiko/Demenz) wird derzeit ausgiebig berichtet. Das Risiko verdoppelt sich mindestens bei mäßiger bis schwerer Parodontitis, umgekehrt erhöhen altersassoziierte Erkrankungen wie Diabetes Typ 2 aber auch das Risiko für eine Parodontitis mit weiteren negativen Auswirkungen auf die Grunderkrankung.

Eine dem Aufwand angemessene Vergütung ist für diesen Versorgungsbereich zur Zeit nicht vorgesehen. Von den Kostenträgern wird aber immer wieder behauptet, die Leistungen für Besuche in Pflegeeinrichtungen seien bereits in der Gesamtvergütung berücksichtigt und enthalten. Dennoch werden Leistungen - wie die Befragung ausweist - in nicht unerheblichem

Für die Abrechnung als angemessen angesehener Faktor

Einschätzung	Anteil
Faktor 0 = Kassenleistung	0
Faktor 3-4-fach	39
Faktor 4-5-fach	6
Faktor mehr als 5-fach	3
N	**48**

Tab. 5: Abrechnung als angemessen angesehener Faktor.

Umfang erbracht - aber dabei steht der Gedanke des Gemeinwohlinteresses im Vordergrund. Es bleiben die besonderen Schwierigkeiten bei der Versorgung dieses Personenkreises unbeachtet: höherer Zeitaufwand, deutlich höherer Personalaufwand und besondere Planungsgrundsätze, die nicht immer mit den Vorgaben der GKV vereinbar sind. Finanzierungsprobleme und Probleme mit dem Genehmigungsverfahren bedeuten einen administrativen Mehraufwand in den Praxen. Die Finanzierung von Prophylaxemaßnahmen bei Erwachsenen ist nicht gesichert.

Diskussion und Bewertung der Ergebnisse

Die Befragung der Einrichtungen vermittelt nicht den Eindruck einer generell und flächendeckend defizitären zahnärztlichen Betreuung von Altenpflegeheimen und Einrichtungen für Behinderte. Allerdings werden Ansatzpunkte für Verbesserungen deutlich, die für die Einrichtungstypen unterschiedlich ausfallen.

Zunächst überrascht der im Vergleich zu Einrichtungen für Behinderte doch recht hohe Grad an Zufriedenheit mit der zahnärztlichen Betreuung in Altenpflegeheimen. Das ist sicher nicht gleichbedeutend mit optimaler zahnärztlicher Versorgung aller Bewohnerinnen und Bewohner. Die Textantworten zu aktuellen Behandlungsbedarfen und Hinderungsgründen machen das Spannungsfeld deutlich zwischen dem eigentlich Erforderlichen und Wünschenswerten und den realen Möglichkeiten zahnärztlicher Versorgung bei schwer- und schwerstpflegebedürftigen Bewohnern, besonders wenn Demenz und/ oder Immobilität hinzukommen.

Der im Gegensatz zur Untersuchung in zwei Einrichtungen im Jahr 2006 (8) jetzt beschriebene Behandlungsbedarf bei nur 4,4% der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen, ist kein Widerspruch zum damaligen Ergebnis von 30%. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen haben jetzt den Behandlungsbedarf aus ihrer pflegerischen Sicht geschätzt, während es sich 2006 um eine fachzahnärztliche Befunderhebung handelte, die logischerweise zu einer schärferen Sicht auf die Defizite führte.

Das zweite überraschende Ergebnis ist der mit 78,9% hohe Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen für Behinderte mit mindestens einmal jährlichem Zahnarztkontakt. Das übertrifft sogar den für die deutsche Allgemeinbevölkerung ermittelten Wert der 4. Deutschen Mundgesundheitsstudie, nach der 66,2% der Jugendlichen und 76,1% der Erwachsenen einmal jährlich einen Zahnarztbesuch durchführen (9). Auch dass sich zum Zeitpunkt der Befragung nahezu ein Viertel der Bewohner dieser Einrichtungen in zahnärztlicher Behandlung befanden, spricht sehr dafür, dass es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchaus gelingt, ihre Bewohner an Zahnarztpraxen anzubinden. Das ist kein Widerspruch zum berichteten Behandlungsbedarf, der im Fall einzelner Patienten trotz zahnärztlicher Versorgung höher als realisierbar sein kann.

Aus der Perspektive beider Befragungen ergeben sich folgende konkrete Ansatzpunkte:

- Es sollte zum Standard aller Einrichtungen unabhängig vom Einrichtungstyp gehören, bei Neuaufnahmen von Bewohnern routinemäßig die bislang behandelnde Zahnarztpraxis zu erfragen und zu dokumentieren.
- Die Erhebung des Zahnstatus sollte bei Aufnahme in eine Einrichtung ebenfalls zur Routine gehören und Bestandteil der Gesamteinschätzung der gesundheitlichen Situation und des Pflegebedarfes werden. Diese Empfehlung richtet sich gleichermaßen an Pflegeheime und Einrichtungen für Behinderte. Es geht dabei nicht um eine detaillierte zahnärztliche Befunderhebung, sondern um eine orientierende Inspektion des Mundraumes und des Gebisses. Der Zusammenhang der Mundgesundheit mit der Ernährung von Bewohnern ist erwiesen. Der nationale Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung“ verlangt zu seiner Umsetzung auch die Erfassung aller Umstände, die zu einem Risiko für Mangelernährung werden können, wozu eindeutig der Zahnstatus gehört (10).
- In Pflegeheimen wird das wegen der personellen Ausstattung mit Fachkräften aus Altenpflege und Krankenpflege leichter umsetzbar sein als in Einrichtungen für Behinderte. In einigen dieser Einrichtungen arbeiten jedoch auch Pflegefachkräfte; sie können dieses Ziel verfolgen. Eine weitere Möglichkeit bietet sich an bei der Erstvorstellung in einer Zahnarztpraxis. Aus dem Befund abgeleitete Handlungshinweise und praktische Tipps zur Zahn- und Mundpflege einzelner Bewohner sollten immer direkt an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen vermittelt werden.
- Zu empfehlen ist in allen Einrichtungen der Einsatz der Fortbildungs- und Lern-CD „Gesund im Alter – auch im Mund“ der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (11).
- Hausbesuche in Einrichtungen mit Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit stellen eine weitere Handlungsoption dar, die in gewissem Umfang in Bremen bereits praktiziert wird. Zwar ist eine optimale Lösung aller zahnmedizinischen Probleme damit nicht erreichbar, aber die positiven Berichte und Erfahrungen aus Einrichtungen, in denen mobile Behandlung stattfindet, sprechen eine klare Sprache.

Der Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit stößt nicht nur an individuelle Grenzen bei schwerstpflegebedürftigen oder mehrfach behinderten Bewohnern, sondern ist auch eine schwer zu lösende organisatorische Frage für Zahnarztpraxen und für Einrichtungen und abhängig von der Zahl zahnärztlich zu betreuender Bewohner. Nur gelegentliche und vereinzelte Behandlungen in einer Einrichtung sind – gemessen am personellen und technischen Aufwand mobiler Behandlung – nicht effektiv. In großen Einrichtungen im Altenpflegebereich könnte die Bündelung von Terminen in Absprache mit Zahnarztpraxen zu mehr Effektivität bei Hausbesuchen mit mobiler Behandlung führen. Sinnvoll wäre dazu eine verlässliche Kooperation zwischen der Einrichtung und einer Zahnarztpraxis („Heimzahnarzt“). Dafür gibt es auch im Ergebnis der Befragung zu erkennende Beispiele in Bremen. Leider verfügen nicht alle Einrichtungen über für mobile Behandlung geeignete räumliche Voraussetzungen. Die Option des Hausbesuches mit mobiler Behandlung gibt es auch für Einrichtungen für Behinderte, sie ist jedoch aufgrund der in der Befragung erkennbaren spezifischen Bewohnerprobleme schwerer zu realisieren. Zum Beispiel sind Intubationsnarkosen nicht durchführbar, was aber auch für Altenpflegeheime gilt. Im Land Bremen gibt es laut Internetseite der Zahnärztekammer immerhin 23 allgemeinzahnärztliche Praxen und 10 mund- und kieferchirurgische Praxen, in denen die Behandlung Behinderter in Narkose möglich ist. Noch wesentlich mehr Praxen weisen sich selbst als rollstuhl- (105) und behindertengerecht (62) aus (12).

Vermutlich verfügen aber längst nicht alle dieser Praxen über die nötige technische Ausstattung (beispielsweise Patientenlifter), um auch schwerst- und mehrfach behinderte Patientinnen und Patienten adäquat behandeln zu können. Das wäre von Seiten der Zahnärztekammer oder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu überprüfen.

8: Klasen und Hilbert, 2007
9: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Kurzfassung, S. 16 – 17, November 2006
10: Deutsches Netzwerk für Qualitätentwicklung in der Pflege (DNQP, Hrsg.): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück, Selbstverlag, 2009
11: http://www.dgaz.org/gesund-im-alter.html

Möglicherweise lassen sich zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und entsprechend ausgestatteten Zahnarztpraxen noch mehr Kooperationen anbahnen.

Ob alle Einrichtungen für Behinderte und ihre Mitarbeiter ausreichend gut informiert sind über Praxisstruktur und technische Ausstattung von zahnärztlichen Praxen in Bremen und die Möglichkeiten und Grenzen zahnmedizinischer Interventionen, muss offenbleiben. Auch umgekehrt stellt sich die Frage, wie gut Zahnärztinnen und Zahnärzte Struktur und Aufgaben der Behindertenhilfe in Bremen kennen. Ein systematischer Informationsfluss zwischen Behindertenhilfe und Zahnärztekammer/KZV, aber auch zu den Altenpflegeeinrichtungen ist in jedem Fall empfehlenswert, um Informationsdefizite und wechselseitige Fehlerwartungen zu minimieren.

Das häufig genannte Problem von Kosten und Kostenübernahme hat mindestens zwei Aspekte.

Zum einen ist nicht von der Hand zu weisen, dass optimale zahnärztliche Versorgung mehr Geld kostet, als viele ältere und pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen oder ihre Angehörigen aufzubringen in der Lage sind. Das betrifft vor allem die zahnprothetische Versorgung. Die vorgesehenen Festzuschüsse für Zahnersatz sind häufig nicht ausreichend, auch wenn nach § 55 (2) SGB V immer doppelte Festzuschüsse gewährt werden würden (13).

Zum anderen ist die von zahnärztlicher Seite häufig beschriebene unzulängliche Vergütung für die sehr zeitintensive und schwierige Betreuung und Behandlung Pflegebedürftiger und behinderter Menschen - sei es in der Praxis oder beim Hausbesuch - eine nachvollziehbar hohe Hürde.

Die aus beiden Aspekten resultierende mögliche Unterversorgung ist also auch ein Systemproblem, über dessen Lösung nicht im Land Bremen entschieden werden kann, das aber auch immer wieder in Gesprächen mit den Kostenträgern nach SGB V thematisiert werden muss.

Die jüngsten gesetzlichen Änderungen in der Neufassung des Versorgungs-Strukturgesetzes (VStG - §87 2i) und im Rahmen des Pflegeneuausrichtungsgesetztes (PNG - § 87 2j) geben Anlass zu vorsichtigem Optimismus. Im VStG sind neue Leistungspositionen zur aufsuchenden Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung und eingeschränkter Alltagskompetenz, die nicht mehr selbst die Zahnarztpraxis aufsuchen können, eingefügt worden. Diese neuen Leistungen stehen ab 1. April 2013 zur Verfügung. Die Änderungen durch das PNG beziehen sich auf § 87 SGB V, dem ein Absatz 2j hinzugefügt wird und auf § 119 b SGB V. Dort heißt es sinngemäß, dass im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche Leistung für die zahnärztliche Betreuung in Heimen vorzusehen ist (14). Als Voraussetzung hierfür müssen zunächst bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarungen abgewartet werden.

Dental care in nursing homes and in institutions for handicapped people in Bremen in the view of institutions and dentists - result of two surveys

Public Health Office and Association of Sick Fund Dentists in Bremen carried out a two parallel surveys in 2011 to analyze the present provision of dental care in nursing homes and in institutions for handicapped persons. 58% of the residents could be included, 28% of the dentists' practises in Bremen participated in the survey. Views and positions of the institutions and of the dentists were compared. As a result gaps in dental care were identified which were different between nursing homes and institutions for handicapped people. Some options for the improvement of the present situation are presented.

Keywords

dental care, nursing homes, institutions for handicapped people

Autorenerklärung

Dr. Thomas Hilbert ist Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes für Erwachsene im Gesundheitsamt Bremen. Dr. Dirk Mittermeier ist Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen. Beide haben diesen Beitrag im Februar 2013 verfasst. Die Daten wurden mit Unterstützung von Frau Felicitas Jung, MPH, Gesundheitsamt Bremen ausgewertet. Finanzielle Unterstützung war nicht erforderlich, Interessenkonflikte bestehen nicht.

Damit ist im Grundsatz ein erster Schritt zu einer verbesserten zahnmedizinischen Betreuung dieser Versicherten gegangen worden.

Bei unseren Betrachtungen bleibt unbeachtet, dass der tatsächliche Bedarf an zahnmedizinischer Betreuung Pflegebedürftiger weitaus größer wäre, würde der Anteil an Versicherten, die daheim durch ambulante Pflegedienste oder durch Angehörige gepflegt werden, mit berücksichtigt. Nach der Pflegestatistik 2011 leben 30% (6.806) der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen, 70% (15.915) der Pflegebedürftigen leben in der eigenen Wohnung, von denen 39% (6.222) durch Pflegedienste betreut werden (15). Die zahnmedizinische prophylaktische und therapeutische Versorgung aller Pflegebedürftigen stellt eine besondere Herausforderung für die Zukunft dar. <<

12: http://www.zaek-hb.de/de/praxis-suchen.html
13: www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0505500, siehe auch Festzuschussrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Allgemeiner Teil, Abs. 4 (www.g-ba.de/downloads/62-492-575/FZ-RL_2011-11-24.pdf)
14: Bundesgesetzblatt 2012, Teil I, Nr. 51 (29.10.2012), S. 2260
15: Statistisches Landesamt Bremen, Statistisches Jahrbuch 2012, S. 228 – 236

Dr. med. Thomas Hilbert
ist Leiter des Sozialmedizinischen Dienstes für Erwachsene im Gesundheitsamt Bremen. Medizinstudium in Stuttgart und Freiburg, Promotion in Freiburg. Facharzt für Innere Medizin, Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Seit 1983 im Gesundheitsamt Bremen. Leiter des Sozialmed. Dienstes für Erwachsene und stv. Leiter des Gesundheitsamtes. Kontakt: Thomas.Hilbert@gesundheitsamt.bremen.de



Dr. med. dent. Dirk Mittermeier
ist Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Land Bremen. Nach Studium und Promotion in Hamburg ist er seit 1977 als niedergelassener Zahnarzt in Bremen tätig. Er ist seit 1984 Mitglied des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Land Bremen. Seit 2005 ist er der hauptamtliche Vorsitzende. Kontakt: dmittermeier@kzv-bremen.de

