



CAMPUS INNENSTADT  
POLIKLINIK FÜR  
ZAHNÄRZTLICHE PROTHETIK  
Direktor: Prof. Dr. D. Edelhoff



## Zahnmedizin für ambulant betreute Pflegebedürftige in der Landeshauptstadt München

Studienbericht über den Zeitraum 03/2016 bis 03/2018

Produkt 5360010

Strukturelle und Individuelle Angebote gesundheitlicher Versorgung und Prävention

Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU)

Landeshauptstadt München

### Einleitung

Die zahnärztliche Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in **vollstationären** Pflegeeinrichtungen, die nicht mehr selbstbestimmt zahnärztliche Betreuung in Anspruch nehmen können, ist in der Landeshauptstadt München - zumindest im therapeutischen Bereich (Schmerzbehandlung, Wiederherstellung der Kaufunktion) – seit vielen Jahren sichergestellt. Der Gesetzgeber förderte in den Jahren 2013 und 2014 mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und insbesondere dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG) die aufsuchende zahnärztliche Betreuung, wobei zunehmend auch der präventive Ansatz in den Vordergrund rückte. Dies ist insoweit folgerichtig, ist doch die Zahngesundheit der Patienten mit Pflegebedarf ungleich schlechter, verglichen mit anderen Bevölkerungsgruppen in Deutschland (*Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V); IDZ Köln (2017)*).

Die weitaus größere Gruppe der **ambulant** betreuten Pflegebedürftigen war bislang nicht oder nur unzureichend in eine regelgerechte zahnärztliche Versorgung eingebunden. Die Gründe hierfür dürften - unter anderem - in dem erschwerten Zugang der Bedürftigen zu aufsuchenden Zahnärztinnen und Zahnärzten, aber auch in den für die Behandlerinnen und Behandler ungünstigen ökonomischen Rahmenbedingungen liegen.

Das Modellprojekt „Zahnmedizin für ambulant betreute Pflegebedürftige in der Landeshauptstadt München“ verfolgte in den Jahren 2016 bis 2018 daher den Ansatz, auch diese wachsende Gruppe von Mitbürgerinnen und Mitbürgern in eine regelmäßige Versorgung einzubeziehen. Bereits zum Ende des Jahres 2015 lag die Anzahl von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern ambulanter Pflege bei 7969 Personen in München (Pflegestatistik Bayerisches Landesamt für Statistik).

Die begleitende Studie in Verantwortung der Poliklinik für zahnärztliche Prothetik Klinikum der Universität München (KUM) sollte Auskunft darüber geben, wie sich im Gegensatz zu den stationär Betreuten, die Mundgesundheit der ambulant Betreuten darstellt und welcher Bedarf zahnärztlicher Versorgungen daraus für die Gruppe der ambulant betreuten Pflegebedürftigen abgeleitet werden kann.

### Methoden

#### Setting

Zum Jahreswechsel 2015 / 2016 erfolgte die Einrichtung einer Kontaktstelle auf dem Gelände des Städtischen Klinikums Harlaching „Bereich Zahnmedizin“ als Anlaufstelle für ambulant betreute Pflegebedürftige und deren Bezugspersonen, Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten, den vertragszahnärztlich niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie weiteren an der ambulanten Versorgung beteiligten Fachkräften zunächst ausschließlich in den Pilotstadtteilen Giesing, Thalkirchen, Harlaching, Ramersdorf und Neuperlach. Die Anlaufstelle übernahm bei Erstkontakt die Aufgabe,

die Anspruchsberechtigung auf aufsuchende zahnärztliche Versorgung zu prüfen (nach § 87 2i SGB V Pflegestufe bzw. ab 2017 Pflegegrad oder Eingliederungshilfe). Der zahnärztliche Betreuungs- und Behandlungsbedarf wurde durch eine Mitarbeiterin abgeschätzt und an eine wohnortnahe Vertragszahnärztin bzw. einen wohnortnahen Vertragszahnarzt vermittelt. Dabei wurden unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Kontaktdaten der Patientin bzw. des Patienten und / oder seines betruerischen Umfeldes weitergegeben. In der Regel wurde dann seitens der vermittelten Behandlerin bzw. des vermittelten Behandlers noch einmal direkt Kontakt zur Patientin / zum Patienten bzw. seinem betruerischen Umfeld aufgenommen. Die Kontaktstelle für Bürgerinnen und Bürger hatte zudem die Aufgabe, bei Bedarf teilnehmende Patientinnen und Patienten, deren Bezugspersonen sowie die Pflegekräfte der Pflegedienste über mundgesundheitsliche Themen zu informieren und Schulungen anzubieten. Darüber hinaus wurde - ebenfalls bei Bedarf - eine unmittelbare individuelle, kostenfreie Prophylaxeberatung für die Pflegebedürftigen und das Umfeld angeboten.

Die Kontaktstelle verwaltet fünf mobile Behandlungseinheiten (Dentalone (NSK)) (Vor- und Nachbereitung; regelgerechte hygienische Aufbereitung (Richtlinien RKI)). Bei Bedarf wurden diese den behandelnden Zahnärztinnen / Zahnärzten nach entsprechender Instruktion zur Verfügung gestellt. Dabei garantiert ein Hol- und Bring-Dienst den zeitgerechten Einsatz. Die Anschaffung eines PKW zum Transport der mobilen Behandlungseinheiten durch die Mitarbeiterinnen der Kontaktstelle konnte mit Unterstützung des Adventskalenders für gute Werke e. V. der Süddeutschen Zeitung realisiert werden.

Im Rahmen der Auftaktveranstaltung im Januar 2016 wurden Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte aus den betroffenen Stadtteilen über das Projekt informiert und um die Teilnahme geworben. Auf diese Weise konnten bis heute 29 Zahnärztinnen und Zahnärzte aus den ausgewählten Stadtteilen sowie 12 weitere aus den angrenzenden Stadtteilen eingebunden werden. Die möglichen Leistungserbringer werden in einer Liste durch die Koordinationsstelle und auch durch den Zahnärztlichen Bezirksverband München (ZBV) aufgeführt.

Im ersten Quartal des Jahres 2016 wurde über das Projekt informiert. So wurden Informationsveranstaltungen in den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Altenhilfe dazu genutzt, das Projekt gegenüber Multiplikatoren darzustellen. Informationsbroschüren sollten die Patientinnen und Patienten und das jeweilige betruerische Umfeld erreichen. Das Projekt wurde darüber hinaus in den jeweiligen Stadtteilanzeigen vorgestellt. Die Internetseite des ZBV, gleichermaßen zugänglich für zahnärztliche Mitglieder wie auch für interessierte Patientinnen und Patienten, wies gesondert auf die Möglichkeit der mobilen Zahnärztin bzw. des mobilen Zahnarztes hin.

Im Vorfeld des Projekts hatte das RGU nach einer umfassenden Erhebung die Zahl der möglichen Anspruchsberechtigten in den betroffenen Stadtteilen mit rund 1.650 beziffert. Die Kontaktstelle übernahm bei Erstkontakt die Aufgabe, die Anspruchsberechtigung auf aufsuchende zahnärztliche Versorgung zu prüfen (nach § 87 2i SGB V Pflegestufe beziehungsweise -grad oder Eingliederungshilfe). Der zahnärztliche Betreuungs- und Behandlungsbedarf wurde durch eine Mitarbeiterin abgeschätzt und an eine wohnortnahe Vertragszahnärztin bzw. einen wohnortnahen Vertragszahnarzt vermittelt.

Dabei wurden unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Kontaktdaten der Patientin bzw. des Patienten und / oder seines betreuenden Umfelds weitergegeben. In der Regel wurde dann seitens der angefragten Behandlerin bzw. des angefragten Behandlers noch einmal direkt Kontakt zur Patientin / zum Patienten bzw. seinem betreuenden Umfeld aufgenommen. Die Kontaktstelle für Bürgerinnen und Bürger hatte zudem die Aufgabe, bei Bedarf teilnehmende Patientinnen und Patienten, deren Bezugspersonen sowie die Pflegekräfte der Pflegedienste zu mundgesundheitslichen Themen zu informieren und Schulungen anzubieten. Darüber hinaus wurde - ebenfalls bei Bedarf - eine unmittelbare individuelle, kostenfreie Prophylaxeberatung für die Pflegebedürftigen und das Umfeld angeboten.

## Material und Datenerhebung

Im Rahmen der häuslichen Untersuchung wurde ein von der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik erstellter Befundbogen von den Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten ausgefüllt. Für die Datenerhebung wurden drei projekteigene passwortgeschützte Tablet-PCs bereitgestellt, auf denen das Programm „MobilBefund“ vorinstalliert war. Das eigens für das Projekt entwickelte Programm enthielt den Befundbogen und ermöglichte somit die direkte digitale Erfassung der Daten. Tabelle 1 enthält die abgefragten bzw. befundbezogenen Parameter mit entsprechenden Antwortmöglichkeiten.

Tabelle 1: Erhobene demographische und befundbezogene Charakteristika

Parameter	Antwortmöglichkeiten / Auswahloptionen
Geburtsjahr	
Geschlecht	männlich / weiblich
Pflegestufe	1 / 2 / 3 / keine
Pflegeort	ambulant / stationär
Allgemeiner Gesundheitszustand	sehr gut / gut / mittel / schlecht
Letzter Zahnarztbesuch (vor x Jahren)	
Aufsuchende zahnärztliche Betreuung	ja / nein / k.A.
Wer pflegt Zähne und Prothese(n)	Patient / Angehöriger / Pfleger / niemand / k.A.
Einschränkungen beim Essen	ja / nein / k.A.
Art der Kost	hart / weich / flüssig / k.A.
Zufriedenheit mit der Mundsituation	zufrieden / unzufrieden / k.A.
Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit, Eigenverantwortung	keine / stark reduziert / leicht reduziert / normal
Herausnehmbare Zahnersatz im OK und UK	Totalprothese / Klammerprothese (gegossen) / Klammerprothese (handgebogen) / Doppelkronenprothese / Geschiebeprothese / Andere / keine
Trageweise (der Prothese falls vorhanden)	immer / gelegentlich / nie / k.A.
Alter in Jahren (der Prothese falls vorhanden)	
Zustand (der Prothese falls vorhanden)	gut / mittel / schlecht / k.A.
Behandlungsbedarf	keine Behandlung notwendig / Ja, Neuanfertigung / Ja, Reparatur / Ja, Unterfütterung
Intraoraler zahnärztlicher Befund	(Lockerungsgrade, prothetische Versorgungen, zahnbezogene Befunde)
Fotos von Prothese(n) außerhalb des Mundes	
Zustand Schleimhaut, Mundhygiene	gut / mittel / schlecht / k.A.

Bemerkung: Die Antwort „k.A.“ steht für „keine Angabe“ und konnte ausgewählt werden, wenn eine Patientin / ein Patient keine Auskunft erteilen konnte oder wollte, oder die Befundung eines Parameters aufgrund verschiedener Ursachen (z.B. mangelnde Kooperation) nicht möglich war.

Abbildung 1 zeigt ein Bildschirmfoto aus dem Programm „MobilBefund“.

Um doppelte Befunderhebung bei einem Patienten auszuschließen, war es notwendig eine Arzt-Identifikationsnummer (Arzt-Id) und Patienten-Identifikationsnummer (Patient Id) einzutragen. Die Verteilung der Nummern erfolgte durch die zentrale Koordinationsstelle des Projektes und war nur von dieser einsehbar. Abbildung 2 zeigt das Eingabefeld für die Arzt-Id.

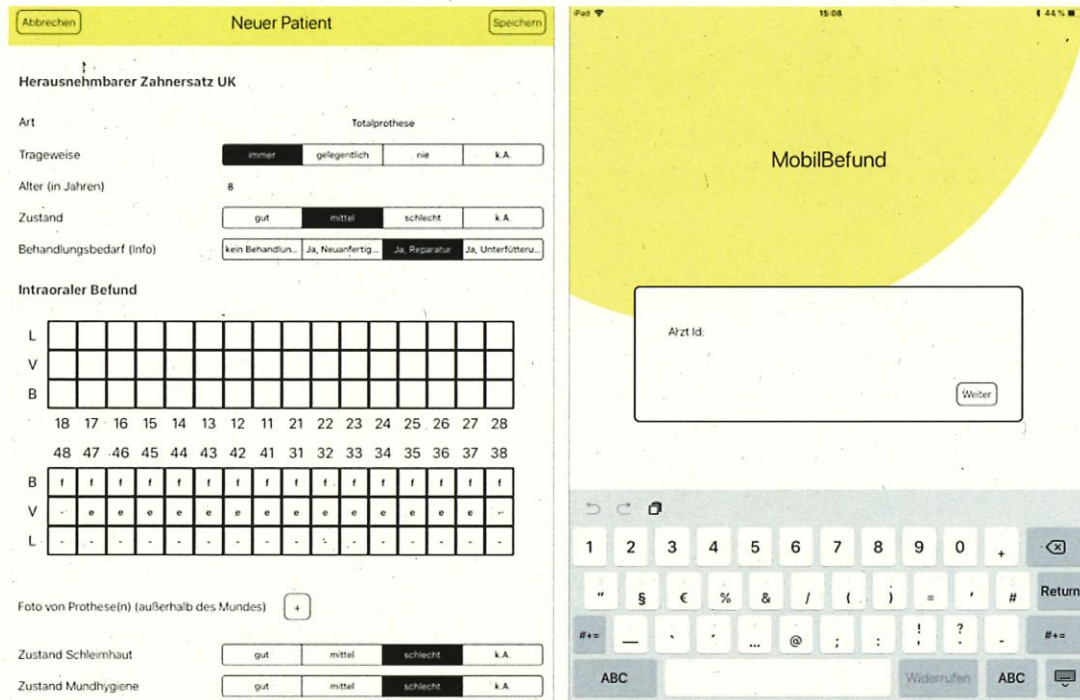


Abb. 1 und Abb. 2 Bildschirmfotos des verwendeten Programms „MobilBefund“

Die Verwendung einer fortlaufenden Zahlenabfolge anstelle von Personalangaben stellte eine anonymisierte Datenerhebung und im weiteren Verlauf anonymisierte Datenverarbeitung zum frühestmöglichen Zeitpunkt sicher.

Jede vermittelte Zahnärztin bzw. jeder vermittelte Zahnarzt war aufgefordert, im Rahmen seiner aufsuchenden Betreuung die klinischen Daten zu erheben. Eine höchstmögliche Standardisierung wurde durch die Verwendung des digitalen Eingabetools und eine Schulung aller beteiligten Zahnärzte in der Befunderhebung und Nutzung der Tablet-PCs sichergestellt. Im Juni 2016 wurde zusätzlich eine studentische Hilfskraft eingestellt, um die beteiligten Zahnärztinnen und Zahnärzte während der Heim- / Hausbesuche zu begleiten. Sie übernahm die händische Eingabe der durch die Zahnärztin / den Zahnarzt erhobenen Daten in den „MobilBefund“. Im September 2016 konnte ein gesonderter Schulungstermin durch die Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik ermöglicht werden, in dessen Rahmen nochmals ausführlich die Inhalte sowie die regelgerechte Eingabe der Daten in das digitale „MobilBefund“-Programm vermittelt wurden. Eine Teilnahme an der Schulung erfolgte durch insgesamt fünf Zahnärztinnen und Zahnärzte. Auch wurde die Mitarbeiterin, die für die Übergabe und Unterweisung der mobilen Einheit und Tablet-PCs an die vermittelten Zahnärztinnen / Zahnärzte verantwortlich war, in die Schulung mit einbezogen.

Vor Beginn der Datenerhebung war das Votum der Ethikkommission erforderlich, welches im Juni 2016 vorlag (Projekt-Nr. 245-16).

**Erhebungszeitraum**

Die Daten wurden im Rahmen des Projektes zwischen Juni 2016 und März 2018 erhoben.

## **Daten von stationär betreuten pflegebedürftigen Personen**

Äquivalent zur Datenerhebung bei ambulant betreuten Patienten wurden ergänzend Daten von stationär betreuten pflegebedürftigen Patienten erhoben. Die Erhebung erfolgte durch die im Rahmen des Projektes tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte bei Bewohnerinnen und Bewohnern von vollstationären Einrichtungen.

## **Datenauswertung**

Die erhobenen Daten wurden verschlüsselt an die Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik des KUM gesendet und dort evaluiert und ausgewertet. Die Daten der ambulant betreuten pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten wurden unter dem Titel „AMBULANT“ gruppiert; die Daten der stationär betreute pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten als „STATIONÄR“ bezeichnet. Für inhaltlich besonders relevante Parameter wurden deskriptive Statistiken berechnet (prozentuale Anteilswerte bei kategorialen Variablen und Mittelwert und Standardabweichung (SD) für metrische Variablen). Zu diesem Zweck wurde das Statistikprogramm R (R Core Team, Version 3.3.2 und 3.4.1) verwendet.

## **Evaluation der Abläufe, bestehender und wahrgenommener Barrieren**

Die im Rahmen des Projektes tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte wurden mit Hilfe eines Fragebogens aufgefordert die Beweggründe ihrer Teilnahme darzulegen sowie einzuschätzen, in welcher Häufigkeit eine aufsuchende Betreuung für die jeweilige Praxis möglich sei. Darüber hinaus wurde erfragt, ob die leihweise Überlassung der mobilen Behandlungseinheiten sinnvoll ist und ob diese auch ohne Hol- und Bringdienst in Anspruch genommen werden würde. Zusätzlich sollten die durch die Anlaufstelle erbrachten organisatorischen Vorarbeiten (z.B. Abfrage und Dokumentation Anspruchsberechtigung) durch die Zahnärztinnen und Zahnärzte bewertet werden. Eine entsprechende Befragung der betroffenen Patientinnen und Patienten wurde, soweit möglich, telefonisch durchgeführt (Kenntnisnahme Angebot; Dauer herkömmliche Zahnarztsuche; Zufriedenheit aufsuchender Zahnarztbesuch; mögliche Folgetermine), wobei die Ergebnisse auf Grund der häufig geringen kognitiven Fähigkeiten nicht aussagekräftig waren.

## **Ergebnisse**

Im Rahmen des Projektes konnten insgesamt 316 Kontakte der priorisierten Stadtteile vermittelt werden. Die Verwendung der Tablet-PCs erfolgte hingegen ausschließlich durch eine Zahnärztin und drei Zahnärzte. Diese nahmen die Daten von 121 Patientinnen / Patienten der Gruppe AMBULANT sowie von 243 Patientinnen / Patienten der Gruppe STATIONÄR auf.

Die Verteilung des Geschlechts zeigte sich ausgewogen in beiden Gruppen. So waren rund 30% (29,8%) (AMBULANT) bzw. 29% (29,2%) (STATIONÄR) der Patienten männlich, entsprechend 70% (70,2%) (AMBULANT) und 71% (70,8%) (STATIONÄR) weiblich.

Das Alter der Patientinnen / Patienten wurde durch die Zusammenfassung nach Geburtsjahren dargestellt. Die Jahrgänge sind entsprechend der DMS V-Studie gruppiert. Die Pflegebedürftigen der Gruppe AMBULANT sind zum Zeitpunkt des Zahnarztbesuches zwischen 60 und 104 Jahre ( $85 \pm 9$  Jahre) alt gewesen, während die Pflegebedürftigen der Gruppe STATIONÄR zwischen 48 und 103 Jahre ( $83 \pm 10$  Jahre) alt waren. Abbildung 3 zeigt die Verteilung nach Geburtsjahren innerhalb der Gruppen.

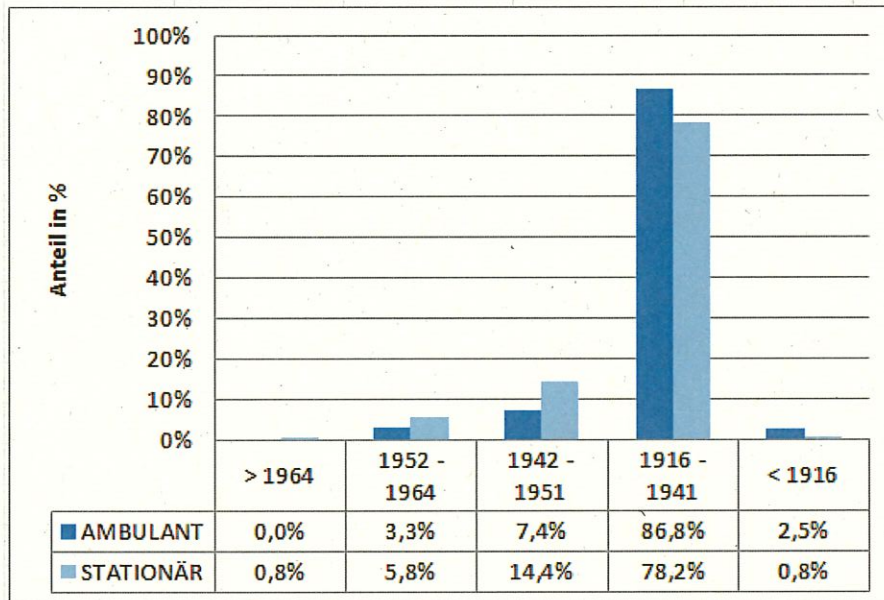


Abb. 3: Verteilung der Geburtsjahrgänge separat für ambulant und stationär betreute Personen

## Mundhygiene

Der Parameter des Zustandes der Mundhygiene wurde durch die aufsuchende Zahnärztin / den aufsuchenden Zahnarzt beurteilt und mit „gut“ (= ohne weichen und / oder harten Belag), „mittel“ (= lokalisierter weicher und / oder harter Belag) oder „schlecht“ (= generalisierter weicher und / oder harter Belag) dokumentiert.

Die Auswertung zeigt, dass der Mundhygieniezustand der Patientinnen / Patienten, unabhängig vom Wohnort, variierte. Tendenziell haben jedoch ambulant betreute Pflegebedürftige (AMBULANT) vermehrt einen schlechteren Mundhygieniezustand als stationär betreute Personen (STATIONÄR). Abbildung 4 zeigt die Verteilung der Ergebnisse.

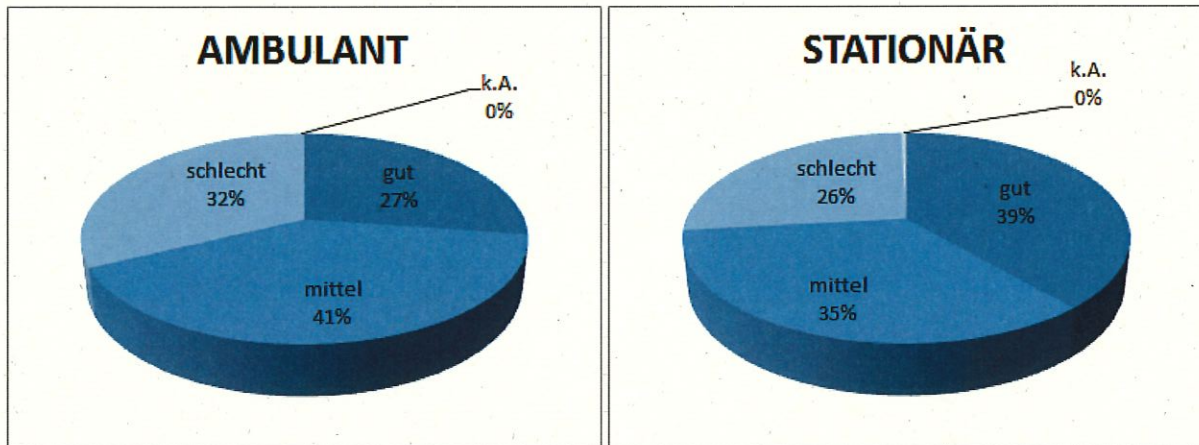


Abb. 4 Bewertung der Mundhygiene von ambulant und stationär betreuten pflegebedürftigen Personen

### Zustand der Schleimhaut

Bei der Beurteilung des Zustandes der Schleimhaut wurde äquivalent zur Beurteilung der Mundhygiene vorgegangen. Dieser Bewertung lag die Einteilung der Gingivitiden zu Grunde. Handelte es sich um die initiale Phase der Gingivitis wurde der Zustand mit „gut“ bewertet, die frühe Phase wurde mit „mittel“ und die etablierte Phase mit „schlecht“ beurteilt.

Das Ergebnis der Auswertung zeigt ähnliche Tendenzen zum vorangegangenen Parameter. Die Daten weisen darauf hin, dass Patientinnen / Patienten der Gruppe AMBULANT tendenziell einen mittleren bis schlechten Schleimhautzustand haben, während in der Gruppe STATIONÄR der Schleimhautzustand häufiger mit gut beurteilt wird (Abb. 5). In der Analyse zeigt sich jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied.

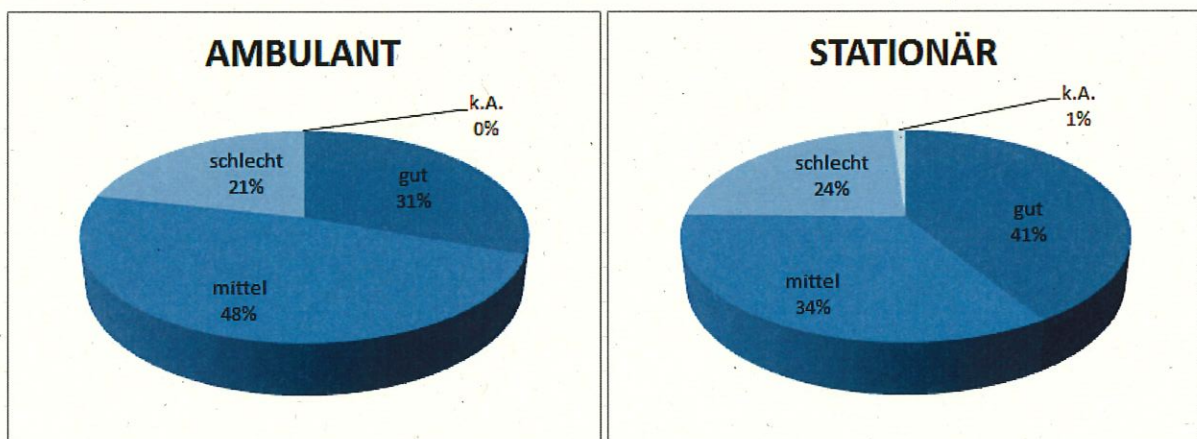


Abb. 5 Bewertungen des intraoralen Schleimhaut-Zustandes der untersuchten ambulant und stationär betreuten pflegebedürftigen Personen

## Zusammenhang zwischen Personen, in deren Verantwortung die Pflege der Prothesen sowie die Mundhygiene liegen und dem Mundhygiene-Zustand

Die Patientinnen / Patienten wurden befragt, wer für die Zahnpflege und Prothesenhygiene verantwortlich ist. Als Antwortmöglichkeit konnte die pflegebedürftige Person selbst, ein/e Angehörige/r, ein/e Pfleger/in oder Niemand benannt werden. Die Angabe von mehreren Personengruppen war möglich.

Die Auswertung zeigt, dass die Ausprägung der Ergebnisse in beiden Gruppen äquivalent ist. So ist die Mundhygiene vergleichsweise besser, wenn die Patientin / der Patient an der Mundhygiene beteiligt ist oder vollständig eigenständig seine Zähne und / oder Prothese(n) putzt. Putzt unterstützend / nur eine Pflegerin / ein Pfleger die Zähne, ist die Mundhygiene tendenziell schlechter. Wenn zusätzlich / nur ein Angehöriger die Zähne pflegt, stellt dies keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Mundhygiene dar. In der Gruppe STATIONÄR wurde häufiger angegeben, dass Niemand für die Zahn- und Prothesenhygiene zuständig sei. Abbildung 6 zeigt die Verteilung der Personen, die an der Mundhygiene beteiligt sind.

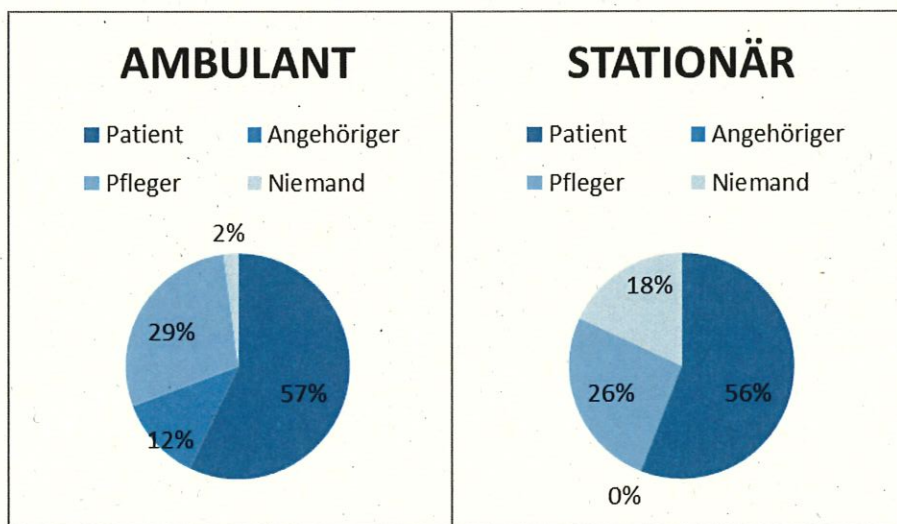


Abb. 6 Verteilung der Personen, die an der Mundhygiene der ambulant oder stationär betreuten Personen beteiligt sind

### **Einschränkungen beim Essen**

Die Patientinnen / Patienten wurden persönlich befragt, ob sie Einschränkungen beim Essen wahrnehmen würden. Diese Frage konnte mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

Bezogen auf eine mögliche Einschränkung beim Essen deuten die Daten darauf hin, dass Patientinnen / Patienten der Gruppe AMBULANT tendenziell weniger Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme beschreiben. Abbildung 7 zeigt die Verteilung innerhalb der Gruppen. In der Gruppe AMBULANT äußern 38% und in der Gruppe STATIONÄR 47% der Patientinnen / Patienten Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme. Bei 3% (AMBULANT) bzw. 0,4% (STATIONÄR) war keine Aussage möglich.



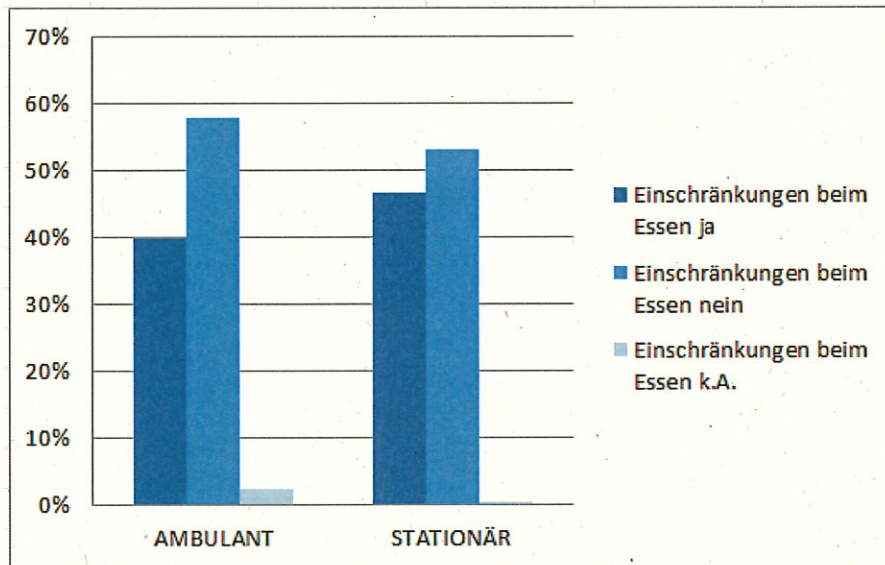


Abb. 7 Persönliche Einschätzung der ambulanten und stationär betreuten Patientinnen / Patienten bezüglich möglicher Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme

### Art der Kost

Für diesen Parameter wurden ebenfalls die Patientinnen / Patienten persönlich befragt. Ausgewählt werden konnte zwischen den Antwortmöglichkeiten „hart“, „weich“ oder „flüssig“. Für diesen Parameter waren Mehrfachnennungen möglich. Die Angaben zur Konsistenz der regelmäßig verzehrten Kost werden in Tabelle 2 dargestellt. Die Daten weisen drauf hin, dass von stationär betreuten Pflegebedürftigen (STATIONÄR) vorwiegend weiche und flüssige Nahrung eingenommen wird.

Tabelle 2: Angaben zur Konsistenz der regelmäßig verzehrten Kost in Prozent bezogen auf die Gesamtanzahl der Patientinnen und Patienten in beiden Gruppen

Art der Kost	AMBULANT	STATIONÄR
hart	56%	56%
weich	52%	98%
flüssig	15%	100%
k.A.	0%	0,8%

### Zufriedenheit mit der Mundsituation

Die Frage hinsichtlich der allgemeinen Zufriedenheit mit der eigenen Mundsituation konnte von den Patientinnen / Patienten mit „zufrieden“ oder „unzufrieden“ beantwortet werden.

In der Auswertung zeichnet sich tendenziell ein ähnliches Bild für beide Gruppen ab. In beiden Gruppen waren 74% – 80% der Befragten zufrieden mit ihrer Mundsituation, 19% – 21% unzufrieden und bei 0,8% – 4% der Befragten war keine Angabe möglich. Abbildung 8 zeigt die Verteilung der Antworten.

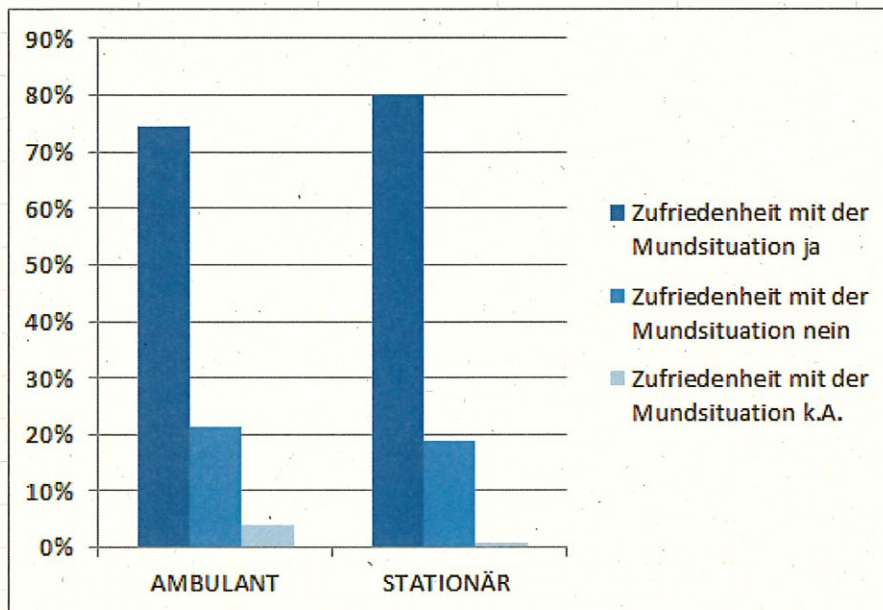


Abb. 8 Verteilung der Antworten separat für ambulant und stationär betreute pflegebedürftige Personen

### Anzahl der Restzähne

Die Anzahl der noch vorhanden natürlichen Zähne wurde durch die Zahnärztin / den Zahnarzt im Rahmen eines standardisierten intraoralen Befundes erfasst.

Ein Unterschied konnte zwischen den analysierten Gruppen, bezogen auf die Anzahl der vorhandenen Zähne, ermittelt werden. Demnach haben die untersuchten ambulant betreuten Pflegebedürftigen in dieser Studie im Mittel 2 (SD = 2,42) verbliebene Zähne, während stationär betreute Pflegebedürftige im Mittel 7 (SD = 6,96) Zähne besitzen.

Gibt es eine mögliche Erklärung dafür?

### Anzahl der kariösen Zähne

Der intraorale Befund erfasste auch die Anzahl der Zähne mit kariösen Läsionen.

Die Auswertung der zahnbezogenen Daten zeigt, dass die Anzahl der mit Karies befallenen Zähne bei stationär betreuten Pflegebedürftigen höher ist. So weisen Patientinnen / Patienten der Gruppe STATIONÄR im Durchschnitt einen kariösen Zahn mehr auf als die Gruppe der ambulant Betreuten.

Was heißt das in Bezug auf die Anzahl der Zähne?

### Evaluation der Abläufe, bestehender und wahrgenommener Barrieren

In Untersuchungszeitraum von Juni 2016 bis März 2018 haben insgesamt 381 ambulant betreute Personen oder deren Umfeld zahnärztlichen Behandlungsbedarf angemeldet. Hiervon kamen 316 (= 83%) aus den priorisierten Stadtteilen. Dies sind über 19% der Anspruchsberechtigten. Nach Rücksprache mit dem RGU wurde versucht, den „stadtteilmfremden“ Bedarf über den ZBV abzudecken und eine Behandlerin / einen Behandler zu vermitteln. Da dies nicht immer zufriedenstellend möglich war, wurde im März 2018 entschieden, das Projekt - soweit möglich - auch über die zunächst benannten Stadtteile hinaus anzubieten.

Lediglich bei sechs Bedarfsmeldungen wurde eine fehlende Anspruchsberechtigung festgestellt (Pflegegrad oder Eingliederungshilfe lag nicht vor) und die aufsuchende zahnärztliche Betreuung konnte nicht vermittelt werden.

Nur in sieben Fällen wurde eine Vorsorgeuntersuchung angefragt, in allen anderen Fällen bestand Behandlungsbedarf wegen Schmerzen bzw. Kauverlust (Prothesenbruch; Prothesenhalt; Prothesenverlust; Füllung verloren).

Bei den insgesamt 375 vermittelten zahnärztlichen Einsätzen wurde bei 18,6% die mobile Einheit angefragt und im Hol- und Bringdienst beziehungsweise auch als längerfristige Leihgabe zur Verfügung gestellt.

Nicht in allen Fällen konnte eine zahnärztliche Betreuung stattfinden. Als Gründe für eine Nichtbehandlung wurden angegeben: fehlende Zugangsmöglichkeit in die Wohnung; mangelnde Kooperation der Patientin bzw. des Patienten; mangelnde Kooperation der Angehörigen; kurzfristige Erkrankung der Patientin bzw. des Patienten; kurzfristige Erkrankung der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes; Bewohnerin bzw. Bewohner verzogen oder verstorben; Zahnärztin bzw. Zahnarzt lehnt Behandlung ab (z.B. aus hygienischen Gründen).

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte gaben weiterhin an, die Hausbesuche außerhalb der Praxissprechzeiten beziehungsweise in der Mittagspause durchzuführen.

Der Zugang in die Wohnung, durch die Patientin bzw. den Patienten, durch rechtliche Betreuerinnen bzw. Betreuer, durch Bezugspersonen bzw. den Pflegedienst unterstützt, wurde wiederholt als Problem beschrieben. So konnten mehrfach vereinbarte Termine zunächst nicht stattfinden, weil ein Zugang - trotz zum Teil unmittelbarem Telefonat vorab - nicht möglich war.

Auffällig häufig wurde über zum Teil prekäre Verhältnisse vor Ort berichtet (Verwahrlosung der Wohnung; Verwahrlosung der Patientin bzw. des Patienten; Hygienemängel; fehlende Dokumentation über die allgemeine Anamnese sowie Medikationsplan; offenkundig fehlende Unterstützung im Alltag).

Angaben über die Dauer bzw. den zeitlichen Aufwand einer mobilen Behandlung waren nur vereinzelt dargestellt und sehr uneinheitlich und wurden mit 45 bis 90 Minuten beschrieben.

Die Behandlerinnen bzw. Behandler gaben weiterhin an, Hausbesuche zum Teil ohne zahnärztliche Assistenz durchzuführen.

In der Regel wurden einfache Behandlungen wie Schmerzbehandlung und das Herstellen der Kaufunktion durchgeführt, nur vereinzelt wurden aufwendigere Behandlungen geschildert. Häufig musste eine weiterführende Behandlung in einer Praxis oder Klinik koordiniert werden.

In dem betroffenen Zeitraum wurden lediglich sechs spezielle individuelle Schulungen im Bereich zahnärztlicher Prophylaxemaßnahmen durch die betroffene Patientin bzw. den betroffenen Patienten selbst oder deren betreuenden Umfeldes angefragt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die jeweils behandelnde Zahnärztin bzw. der jeweils

behandelnde Zahnarzt die Hinweise im Rahmen seines Besuchs individuell an die Patientin bzw. den Patienten bzw. das betreuende Umfeld vermittelt.

## **Zusammenfassung und Diskussion**

In den Jahren 2016 bis 2018 konnte das bundesweit erste Pilotprojekt zur ausschließlichen aufsuchenden zahnmedizinischen Versorgung von **ambulant** betreuten Pflegebedürftigen in München auf den Weg gebracht werden. Auch wenn der Gesetzgeber mit unterschiedlichen Maßnahmen im SGB V (VStG; PNG) grundsätzlich die Möglichkeit zur aufsuchenden zahntherapeutischen und in der Folge auch zur zahnpräventiven Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, Menschen mit Behinderungen sowie von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz angeschoben hat, bleibt gerade für die große Gruppe der ambulant betreuten Menschen, die eine Zahnarztpraxis nicht mehr aufsuchen können, die Teilhabe an einer - auch präventiv - regelgerechten zahnärztlichen Versorgung häufig verwehrt. Ein Grund scheint das Fehlen einer geeigneten Anlaufstelle zu sein, um möglichen Bedarf zu adressieren.

Die bisherige Annahme, die / der ehemals betreuende Hauszahnärztin bzw. Hauszahnarzt würde die auch aufsuchende Weiterbetreuung im Falle der Pflegebedürftigkeit übernehmen, wird nur in Einzelfällen beschrieben.

Häufig machen jedoch die über einen langen Zeitraum bestehenden Situationen in der Pflege einen sinnvollen und wiederkehrenden Facharztkontakt unwahrscheinlich und die regelmäßige Betreuung unmöglich. Eine Kontaktstelle könnte jedoch helfen, den Zugang zu zahnärztlicher Versorgung, dort, wo die Patientin bzw. der Patient zu Hause ist, zu ermöglichen.

Die durch die Landeshauptstadt München im Jahr 2016 bis 2018 initiierte Anlaufstelle für Bürgerinnen und Bürger für die Vermittlung zahnärztlichen Behandlungsbedarfes für ambulant Betreute in ausgewählten Stadtteilen der Landeshauptstadt München hat nach vorsichtigem Start bis zum März 2018 insgesamt über 19% der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger für ambulante Pflege erreichen können. Neben Anfragen aus den priorisierten Stadtteilen erreichten die Koordinationsstelle auch zunehmend Anfragen weiterer Stadtteile.

Die Zusammenarbeit der Koordinationsstelle mit den aktuell 29 teilnehmenden Vertragszahnärzten aus den Stadtteilen sowie eine Kooperation mit dem ZBV und in die Versorgung einbezogenen stadtteiffremden Zahnärztinnen und Zahnärzten funktioniert zufriedenstellend.

Verbesserungsbedarf besteht jedoch bei der regelgerechten Zugangsmöglichkeit zur Wohnung der Betroffenen - in vielen Fällen muss ein Zweitbesuch erfolgen, da die Zugangsmöglichkeit zunächst nicht gegeben ist. Darüber hinaus behindern zeitintensive verwaltungsspezifische Hürden - fehlende Daten bezüglich Betreuungsumfeld, Allgemeinanamnese oder auch der Versicherungsstatus (KVK) - oftmals den unproblematischen und ökonomisch sinnvollen Einsatz.

Wie gehen ZÄ mit der Erkenntnis von Verwahrlosung um? Welche Ansprechpartner? Wie und unter welchen Voraussetzungen (oder gar nicht) dürfen sie die Erkenntnisse weitergeben? Die Diskussion muss dringend geführt werden! Ich habe das mit in die Beschlussvorlage aufgenommen, um mit dem Sozialreferat dafür ins Gespräch zu kommen.

Die begleitende Datenerhebung und Auswertung durch die Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik des KUM zeigt die dringende Notwendigkeit für diese vulnerable Patientengruppe, eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen und Mundgesundheit wiederherzustellen, beziehungsweise zu bewahren. Es konnte gezeigt werden, dass ambulant betreute Pflegebedürftige häufiger einen tendenziell schlechteren Zustand der Mundhygiene und intraoralen Schleimhaut aufweisen. Auch der Zusammenhang der Mundgesundheit mit der Möglichkeit, noch selbstbestimmt Hygienemaßnahmen durchzuführen, zeigt den wichtigen Einfluss des betreuenden Umfelds. Dort wo Mundpflege nicht mehr selbstständig durchgeführt werden kann, ist die Mundgesundheit deutlich reduziert. Dringend erforderlich ist also eine zahnärztliche Instruktion und Motivation der betroffenen Patientin bzw. des betroffenen Patienten und seines betreuenden Umfelds.

Auch durch den Parameter der eingeschränkten Nahrungsaufnahme wird Behandlungsbedarf skizziert. 38% der ambulant betreuten pflegebedürftigen Patientinnen / Patienten und 47% der stationär betreuten pflegebedürftigen Patientinnen / Patienten gaben an Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme wahrzunehmen. Nur rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten verzehrt regelmäßig harte Kost. Insbesondere im stationären Bereich hat die regelmäßig verzehrte Kost vorwiegend weiche oder flüssige Konsistenz. Diese Beobachtung steht im engen Zusammenhang mit einer reduzierten Therapiefähigkeit dieser Patientengruppe sowie der begrenzten Möglichkeiten der Behandlung im Rahmen der aufsuchenden zahnärztlichen Betreuung. Wie von den teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzten beschrieben, sind nur einfache Maßnahmen möglich, da komplexere Behandlungen sowohl im häuslichen als auch im stationären Umfeld nicht durchführbar sind. Maßnahmen, die im Rahmen der aufsuchenden Betreuung von ambulant Betreuten aus zahnärztlicher Sicht durchgeführt werden müssen, sind die Beseitigung von Schmerzen, die Wiederherstellung von Kaufunktion sowie die Koordination weiterführender Behandlungsmaßnahmen in Praxis oder Klinik. Wünschenswert ist jedoch eine wiederkehrende Betreuung mit präventivem Ansatz, um Notfälle schon im Vorfeld vermeiden zu können. Auch wenn 74% - 80% aller Patientinnen / Patienten eine Zufriedenheit mit ihrer Mundsituation beschreiben, sind es etwa 20% der befragten Patientinnen / Patienten, die mit der aktuellen Situation unzufrieden sind.

Betrachtet man die Anzahl der noch vorhandenen natürlichen Zähne in beiden Patientengruppen, variiert diese erheblich. Während in der vorliegenden Studie ambulant betreute Patienten im Durchschnitt nur noch über 2 Zähne verfügen, sind es in der Gruppe der stationär betreuten Patienten 7 Zähne. Die in beiden Gruppen zu beobachtende starke Reduzierung des Zahnbestandes wirkt sich negativ auf die Kauleistung aus, kann allerdings den höheren Anteil an weicher und flüssiger Kost bei den STATIONÄREN gegenüber den AMBULANTEN Patienten nicht erklären. Die Gruppe der stationär betreuten pflegebedürftigen Patienten zeigt in dieser Studie eine größere Karieserfahrung (Anzahl der kariösen Zähne) als die Patienten der Gruppe AMBULANT. Eine Erklärung könnte die ebenso erhöhte Anzahl an vorhandenen Restzähnen bei der Gruppe STATIONÄR wie auch die sich deutlich unterscheidende

Nahrungsqualität – mehr weiche und flüssige Nahrung bei der Gruppe STATIONÄR - sein. Das Vorhandensein einer erhöhten Anzahl von Zähnen erschwert die Hygienefähigkeit, zum Beispiel durch schwer zu reinigende Zwischenräume bei nebeneinander stehenden Zähnen, und stellt eine größere Herausforderung für eine suffiziente Reinigung dar. Dennoch bleibt zu berücksichtigen, dass die Karieserfahrung im Verhältnis zur Zahnanzahl im Vergleich zwischen ambulant und stationär betreuten pflegebedürftigen Patientinnen / Patienten in dieser Studie in der Gruppe STATIONÄR geringer ist.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) vom Juli 2015 wurde das SGB V um den Paragraphen 22a ergänzt, der im ambulanten wie auch im stationären Pflegebereich aber auch in der Zahnarztpraxis die Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen vorsieht. Damit sind erstmals zahnpräventive und zahntherapeutische Leistungen bei der aufsuchenden Versorgung im ambulanten und stationären Pflegebereich für die Zahnärztinnen und Zahnärzte erstattungsfähig.

Zum Jahresende 2017 wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) die Richtlinie hierzu konsentiert und verabschiedet, die Neuregelungen treten ab dem Juli 2018 in Kraft. Schwerpunkt einer zukünftigen Tätigkeit für den klar beschriebenen Patientenkreis ist die zahnärztliche Prävention.

Förderten die bisher geltenden Neuregelungen (VStG und PNG) vor allem die Versorgung der stationär Betreuten ist die aktuelle Richtlinie sowie die zugehörigen Leistungsbeschreibungen nach § 22a SGB V insbesondere an die ambulant betreute Gruppe der Pflegebedürftigen adressiert. Stellt im stationären Bereich die Pflegeeinrichtung in der Regel den Kontakt zu der Zahnärztin oder dem Zahnarzt her, bedeutet die Kontaktaufnahme für den ambulant Betreuten häufig noch eine unüberwindbare Hürde. Wichtig bleibt also die Koordination von Bedarfen der ambulant betreuten Pflegebedürftigen mit der aufsuchenden Zahnärztin bzw. dem aufsuchenden Zahnarzt.

## Literatur

Benz C, Engelmann A, Benz B, Hickel R:  
Lässt sich das Mundhygieneverhalten von Pflegeheimbewohnern verbessern? Dtsch  
Zahnärztl Z 1996; 11: 698- 700

Benz C, Haffner C:  
Zahnmedizin in der Pflege- das Teamwerk Projekt  
IDZ Information 2007; 4: 11- 17

DGAZ. Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin.  
Schulungs- CD Mundpflege in der Pflege. München 2009

Haffner C, Benz C: Zahnmedizin für Pflegebedürftige-ein Modellprojekt  
Zahnmedizinische Prophylaxe in der Pflege  
Quintessenz 2005; 2005: 67-73

John M: Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ).  
Zahnärztl Mitt 2005; 21: 68-72

Jordan AR, Micheelis W: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V),  
Materialienreihe Band 35 2016, Deutscher Ärzteverlag

Kern R, Krämer J, Micheelis W: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV).  
IDZ Im Auftrag der KZBV 2006, Druckhaus Boeken, Leverkusen

Kiyak H, Grayston M, Crinean C: Oral health problems and needs of nursing home  
residents. Community Dent Oral Epidemiol 1993; 1: 49-52

Knabe C, Kram P: Dental Care for institutionalized geriatric patients in Germany.  
J Oral Rehabil 1997: 909-912

Nitschke I: Zahnmedizinische Grundlagen zur geriatrischen Rehabilitation – eine  
Einführung in die Alterszahnmedizin.  
Z Gerontol Geriat 2000; 1: 45-49

Nitschke I, Hopfenmuüller W: Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. In:  
Mayer KU, Baltus PB, HRSG. Die Berliner Altersstudie–Ein Projekt der Berlin-  
Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften.  
Akademie Verlag Berlin, 1996: 429-434

Sumi Y, Nakamura Y, Michiwaki Y:  
Development of a systematic oral care program for frail elderly persons. Spec Care  
Dentist, 2002, 22: 151-155