

Pflegezahnmedizin in Corona-Zeiten

Worauf Zahnärzte zu Recht stolz sein dürfen

Deutschland hat sich in der Corona-Krise besser geschlagen, als man befürchten musste. Die Zahnmedizin auch. Trotz anfänglicher „Irrungen und Wirrungen“ haben wir recht bald zu einem gemeinsamen Kurs gefunden. Gerade weil sich unsere Hygiene-Kompetenz eindrucksvoll bestätigt hat, fielen die notwendigen Anpassungen gering aus. Gilt das auch für die Pflegezahnmedizin? Oder ist hier immer noch Zurückhaltung das oberste Gebot?

Der Grund, warum besonders häufig ältere Menschen an Covid-19 erkranken und versterben, wird gern als „twilight of immunity“ (Abenddämmerung der Abwehrkräfte) oder fachlich als Immunseneszenz bezeichnet. Im Vergleich zu jüngeren Menschen besitzen Senioren nur noch einen Bruchteil der naiven, nicht aktivierten T-Zellen. Gleichzeitig funktioniert die Kommunikation zwischen antigenpräsentierenden Zellen und T-Zellen nicht mehr so gut und Bestandteile der unspezifischen Immunabwehr bleiben länger aktiv. Dadurch werden vermehrt proinflammatorische Zytokine freigesetzt, was bei Sars-CoV-2-Infizierten zu einer akuten Verschlechterung des Zustands und sogar zum Tod führen kann. Die Zusammenführung von „Inflammation“ und „Aging“ zu „Inflammaging“ bezeichnet dieses Entzündungsaltern.

Das Inflammaging wird – und hier spannt sich der Bogen zur Zahnmedizin – auch in seiner Rolle beim Parodontitis-Geschehen diskutiert, möglicherweise sogar in beide Richtungen. Damit hat die Zahnmedizin eine doppelte Aufgabe. Einerseits spielen wir eine entscheidende Rolle bei der Wiederherstellung und beim Erhalt der Mundgesundheit mit einem wichtigen Beitrag auch für die allgemeine Gesundheit. Andererseits gilt es, Patienten

zu schützen, die infektionsanfälliger sind. Weil infizierte Patienten wiederum andere infizieren können, spielt der Schutz unserer Teams natürlich eine ebenso wichtige Rolle.

Befürchtungen auf beiden Seiten

Das Coronavirus hat gezeigt, wie rasant sich Infektionen in Pflegeeinrichtungen ausbreiten können. Über besondere Beispiele wurde intensiv in den Medien berichtet. Das Wolfsburger Hanns-Lilje-Pflegeheim war einer der schlimmsten Fälle in Deutschland. Von den 165 Bewohnern hatten sich rund die Hälfte infiziert, 43 Menschen verstarben. Im Würzburger Pflegeheim St. Nikolaus waren im April 40 Mitarbeiter und 75 Bewohner infiziert, davon erlagen 25 den Folgen der Infektion. Durch diese dramatischen Fälle ist verständlich, warum Pflegeeinrichtungen den Zugang auch für zahnärztliche Teams restriktiver gestalten. Gleichzeitig sehen wir selbst Pflegeeinrichtungen kritischer und vermuten dort besondere Infektionsgefahren. Hier gilt es, die tatsächlichen Infektionsrisiken für ältere Patienten, aber auch für zahnärztliche Teams, kritisch zu werten – und natürlich werden wir in Zukunft mögliche Alternativen wie die Telezahnmedizin erproben.

Viele Kolleginnen und Kollegen, die in der Pflegezahnmedizin tätig sind, berichten, dass sich die Mundgesundheits-situation von Pflegebedürftigen in der Zeit ohne zahnmedizinischen Kontakt deutlich verschlechtert hat. Es ist verständlich, dass die Mundpflege in dieser Zeit nicht die oberste Priorität hatte, aber sehr wahrscheinlich fürchteten sich viele Pflegepersonen auch besonders vor dem Mund als Infektionsort. Die Zahnbürste in den Mund zu führen, erinnert doch sehr an Corona-Testungen, die man im Fernsehen ständig zu sehen bekommt. Da

tragen die Tester dann aber immer einen Schutzanzug. Hier kann gerade die Zahnmedizin ein Beispiel geben, beruhigen, aber auch intensiver schulen.

Telezahnmedizin als Alternative?

Nachdem der Deutsche Ärztetag im Jahr 2018 das Fernbehandlungsverbot gelockert hatte, wurde auch über Anwendungsmöglichkeiten in der Zahnmedizin diskutiert. Vielen kommt da sofort die Betreuung Pflegebedürftiger in den Sinn. Auch hier war Corona ein „Brennglas“, das uns geholfen hat, den Schritt von der Theorie in die Praxis zu gehen. Für viele Praxen war das Telefon der „Gatekeeper“ für Corona-Symptome, und dabei muss man natürlich auch die Dringlichkeit eines Zahnarztbesuchs einschätzen. Die bisherigen Erfahrungen sind nicht immer positiv. Es fehlt die diagnostische Basis, man bleibt oft unsicher und kann nicht mechanisch eingreifen. Der Zahnarzt ist einfach näher am Chirurgen als am Internisten. Auch die Technik hilft nur begrenzt: Eine Handy-Kamera kann die Lupenbrille, die intraorale Kamera oder Röntgenbilder nicht ersetzen.

Außerdem wird erst die Zukunft zeigen, wie sich die Justiz zur Tele(zahn)medizin stellt, und ob sie uns im Ernstfall einen „Unsicherheits-Bonus“ einräumt. Eine durchaus kritische Sicht hat gerade das Landgericht München I präsentiert, indem es einer Versicherung verbot, für ärztliche Fernbehandlungen zu werben. Die Wettbewerbszentrale, die diesen Prozess anstrebte, verfolgt dabei ein klares Ziel. Ein Ziel, das im Interesse aller Patienten und Ärzte liegen sollte. Die Wettbewerbszentrale befürchtet nämlich, dass ohne endgültige gerichtliche Klärung die Entwicklung der Telemedizin weg vom niedergelassenen Arzt hin zu Callcentern in Indien oder sonstwo gehen wird. Durch

die Investorenbrille betrachtet, ist dieses Szenario alles andere als unrealistisch.

Aber natürlich hat die Pflegezahnmedizin ein Interesse daran, die Möglichkeiten der Telezahnmedizin auszuloten. Bei uns gibt es auch außerhalb von Corona genug Gründe, warum Pflegeeinrichtungen den Zugang zu den Bewohnern eingrenzen: Influenza, Norovirus – und was immer sonst noch kommen mag.

Chaos pur: Die Masken-Debatte

Ein besonderes Trauerspiel in den ersten Monaten der Corona-Krise in Deutschland war die Diskussion um den Wert von „Gesichtsmasken“. Gerade das Robert Koch-Institut (RKI) wechselte seine Einschätzungen ständig. Erst wurde ein Mundschutz für die Bevölkerung nicht für sinnvoll gehalten – allenfalls für Menschen mit Atemwegserkrankungen, Anfang April sollte das „vorsorgliche Tragen“ dann doch ratsam sein, bis die Behauptung vertreten wurde, Masken würden nicht den Träger, sondern allenfalls sein Gegenüber schützen. Wie logikfrei selbst diese Falschbehauptung war, brachte ein ARD-Fernsehkommentar auf den Punkt: „Hätten alle eine Maske (...), dann wären der Träger und alle Personen gegenüber deutlich besser geschützt.“

Die Zahnmedizin wurde mit diesem „Rumgehühner“ völlig verunsichert. Kollegen, die seit 30 Jahren den einfachen Mund-Nasen-Schutz (MNS) nutzten, begannen ihr Heil in FFP2-, besser noch FFP3-Masken zu suchen, nur um festzustellen, dass damit längeres Arbeiten nicht möglich ist.

Dabei wäre Klarheit schon ab dem 12. März möglich gewesen. Da nämlich berichtete eine Arbeitsgruppe um den Dekan der Zahnklinik der Universität Wuhan, Prof. Dr. Zhuan Bian, in dem renommierten „Journal of Dental Research“ über die Erfahrungen am „Ground Zero“ der Pandemie. Als zeitgleich ein internationales Pressegespräch von vier leitenden Allgemeinmediziner aus Wuhan stattfand, war klar, dass das chinesische Regime eine offizielle Botschaft senden wollte.

Während die Medizin nämlich einräumen musste, dass sich Tausende im Gesundheitswesen infiziert hatten, wobei

mindestens 46 Ärzte und Krankenhausbedienstete gestorben waren – insbesondere in der HNO und Ophthalmologie –, blieb die Zahnmedizin davon nahezu vollständig verschont – obwohl bis zu diesem Zeitpunkt etwa 120 000 zahnmedizinische Patienten ohne Kenntnis vom Ausmaß des Problems unter üblichen Bedingungen – einfacher Mundschutz, Spray-Kühlung, Stoffkittel – behandelt worden waren. Es braucht nicht viel Fantasie, um zu erkennen, welche, in diesem Fall sogar ehrliche Botschaft das Regime senden wollte: Lernt von der Zahnmedizin, die können das!

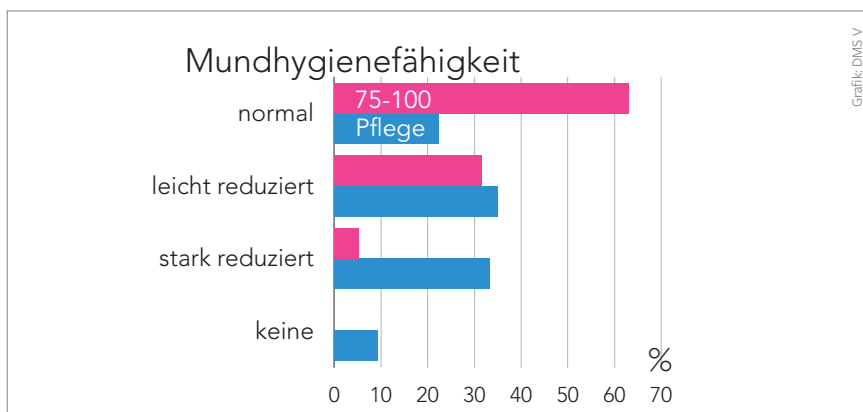
Inzwischen haben sich die chinesischen Erfahrungen weltweit bestätigt, und auch der einfache Mund-Nasen-Schutz ist endlich rehabilitiert. In einer groß angelegten Metaanalyse zeigte eine Arbeitsgruppe um Holger Schünemann, dass sich Träger von Mundschutz in allen möglichen Settings – privat, Klinik – zu 82,2 Prozent weniger mit Sars-CoV-2 infizieren als ohne Mundschutz. Wenn Schünemann meint, dass FFP2-Masken vielleicht etwas besser schützen, dürfte das daran liegen, dass wieder einmal keine zahnmedizinischen Studien berücksichtigt wurden. Nach offiziellen Standards getestete MNS- und FFP2-Masken müssen nämlich die gleiche Filterwirkung aufweisen. Der MNS wirkt nur dann schlechter, wenn er relevant Nebenluft zulässt – an den Seiten und an der Nase. Die Zahnmedizin weiß das schon lange und kann damit auch unter den schwierigsten Bedingungen umgehen. Das „Brennglas“ Corona hat es eindrucksvoll bewiesen.

Kommunikation ist entscheidend

Leider steht zu erwarten, dass das RKI unsere Kompetenz wieder einmal nicht wahrnehmen wird und uns künftig zu „Schutz“-Maßnahmen verpflichtet, die die tägliche Arbeit besonders erschweren, aber kein Mehr an Sicherheit bringen. Die Bitte an die Zahnmedizin, insbesondere auch die Pflegezahnmedizin, muss deshalb lauten: Bitte „graswurzelt“ die Botschaft von unserer Hygiene-Kompetenz! Andernfalls bekommen wir bei zukünftigen Infektionslagen vielleicht nur noch im Schutzanzug mit FFP3-Masken Zutritt zu unseren Patienten. Der Schaden für alle Beteiligten wäre immens.

Nachdem die wichtigste zahnmedizinische Hygiene-Autorität, der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin, klare Verhaltensregeln aufgestellt hatte, wurden diese von der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) für die Pflegezahnmedizin adaptiert (siehe Kasten „Informationen im Netz“ auf S. 10). Diese einfachen Regeln bieten maximale Sicherheit für alle Beteiligten, verfolgen aber nicht das Ziel einer völlig überzogenen „Raumanzug-Zahnmedizin“.

Es empfiehlt sich, im Gespräch mit den Verantwortlichen in den Pflegeeinrichtungen unser Hygiene-Konzept zu erläutern und die Regeln auch offensichtlich und streng anzuwenden. Unser Beispiel kann darüber hinaus helfen,



Mundhygienefähigkeit im Vergleich nicht-pflegebedürftiger alter Senioren (75 bis 100 Jahre) und pflegebedürftiger Menschen



Der bayerische Schulungskoffer wurde 2019 mit dem zweiten Platz beim Präventionspreis von Bundeszahnärztekammer und CP GABA ausgezeichnet.

dass sich auch das Pflegepersonal besser schützt. Mitte Mai waren in Deutschland immerhin 20 400 Mitarbeiter aus dem allgemeinmedizinischen Gesundheitswesen an Covid-19 erkrankt, mindestens 894 Betroffene mussten stationär behandelt werden, und 60 Menschen sind leider verstorben. Wesentliche Unterschiede zu Ländern wie China, Italien oder Südkorea zeigen sich hier ebenso wenig wie bei den positiven Resultaten der Zahnmedizin.

**Besser schulen:
Das bayerische Konzept**

Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) hat gezeigt, dass 33,2 Prozent der Pflegebedürftigen Unterstützung bei der Mundpflege brauchen und 9,4 Prozent nahezu keinen eigenen Beitrag mehr leisten können (siehe Grafik auf S. 9). Die Kompetenz, hier zu helfen, müssen wir bei den Pflegenden intensiver fördern. Gleichzeitig gilt es aktuell, die Angst vor dem Mund als vermeintlich gefährlichem Infektionsort abzubauen.

Umso wichtiger ist es deshalb, auch Pflegepersonal und pflegende Angehörige gezielt zu schulen, worauf es in der Zahnpflege bei älteren und pflegebedürftigen Menschen ankommt. Hier können Zahnärzte einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Pflegenden notwendiges Wissen zum Thema „Mundhygiene in der Pflege“ vermitteln.

Für solche Schulungen bieten die Bayerische Landes Zahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns unter dem Titel „Ein Koffer voller Wissen: Mundpflege in der Pflege“ einen Schulungskoffer an, den Zahnärzte zum Selbstkostenpreis von 100 Euro inklusive Versandkosten erwerben können. Enthalten sind darin alle relevanten Pflegeutensilien, sinnvolle Informationsmaterialien, ein Modell zum Üben sowie ein Einstiegsvortrag als Präsentation und als Film. Einen Online-Link finden Interessierte im Kasten „Informationen im Netz“.

Fazit

Corona hat besonders die Pflegezahnmedizin hart getroffen. Oft kam es zum kompletten Quarantäne-„Shutdown“ – eine Zeit, in der sich die Mundgesundheit der Pflegebedürftigen meist deutlich verschlechtert hat.

Zu den Nachwehen gehört, dass sich Pflegenden vor der Mundhygiene fürchten, Pflegeheime den Zutritt für zahnärztliche Teams restriktiver gestalten und auch unsere Teams bei älteren Menschen mit besonderen Infektionsgefahren rechnen. Hier wird es dauern, bis das Vertrauen wieder aufgebaut ist. Digitale Technik mag uns helfen, Abstand zu halten. Dass aber die Telemedizin ein Drittel aller Arztbesuche überflüssig machen wird, wie Schätzungen vermuten, ist in der Zahnmedizin völlig ausgeschlossen.

Die Zahnmedizin darf stolz darauf sein, dass unsere Hygiene-Kompetenz uns in allen möglichen Settings vor Infektionen bewahrt hat – Infektionen, die die Medizin und Pflege leider hart getroffen haben. Wenn jemand in den Pflegeeinrichtungen mit gutem Beispiel vorangehen kann, dann sind das eindeutig wir Zahnärzte!

Mundgesundheit in der Pflege wird – auch das hat Corona gezeigt – ohne uns nicht funktionieren. Gleichzeitig gewinnt das Thema immer mehr an Bedeutung, weil die Gruppe der Senioren die einzige Altersgruppe in Deutschland ist, die wächst.



Prof. Dr. Christoph Benz
Vizepräsident der BZÄK
Referent Patienten und
Versorgungsforschung
der BLZK

INFORMATIONEN IM NETZ

Risikomanagement bei der zahnärztlichen Behandlung Pflegebedürftiger insbesondere vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie – Stellungnahme der DGAZ:
<https://dgaz.org/news/271-pressemitteilung-der-deutschen-gesellschaft-fuer-alterszahnmedizin-e-v-2>



Ein Koffer voller Wissen: Mundpflege in der Pflege:
www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_blzk_schulungskoffer.html

