

Mundgesundheit von Pflegebedürftigen effektiv fördern

Hintergrundinformationen

Eckdaten der Pflegestatistik

Quelle: Statist. Bundesamt: Pflegestatistik 2011

2,5 Mio. Pflegebedürftige insgesamt

1,76 Mio. (70%) zu Hause versorgt | 30% in Pflegeheimen = vollstationär, 743.000 Personen | 12.400 Pflegeheime mit 661.000 Beschäftigte

Zu Hause: versorgt: 1,8 Mio. (knapp 70%) durch Angehörige gepflegt | 567.000, etwas über 30%, gemeinsam mit ambulantem Pflegedienst | 12.300 ambulante Pflegedienste mit 291.000 Beschäftigten

Seit 2009: 4% mehr Pflegebedürftige der Stufen II und III

Bei Heimbewohnern 50% über 85 Jahre | Bei ambulant Gepflegten weniger als ein Drittel

Pflegequote: bei 70- bis unter 75-J. 5% | ... bei über 90-Jährigen 58%

Genderaspekt: Pflegequote bei 85- bis unter 90-jährigen Frauen 42%, Männer 29%

Regionale Unterschiede

Quelle: Statistisches Bundesamt 2010, Demografischer Wandel in Deutschland, Ausgabe 2010

Anstieg bei der Anzahl der Pflegebedürftigen 1999 bis 2007: Brandenburg +32%, Mecklenburg-Vorpommern +25% (Alterung d. Bevölkerung)

Schleswig-Holstein: + 4%

Schleswig-Holstein: 40% aller Pflegebedürftigen stationär versorgt | Brandenburg, Hessen: 25%

Angehörigenpflege: Hessen 54% der Pflegebedürftigen allein durch Angehörige (Deutschland: 46%)

Ambulante Pflegedienste

Quelle s. o.

63% in privater Trägerschaft | 36% freigemeinnützige Träger wie Diakonie oder Caritas | 1% öffentl. Träger

Fast alle ambulanten Pflegedienste bieten auch Pflege nach SGB V (Häusliche Krankenpflege, Hilfe)

Durchschnittlich 47 Pflegebedürftige je Pflegedienst (PD) | Private PD: 36 | Freigemeinnützige PD: 65

Personal: 62% (inkl. Pflegedienstleitung) haben staatliche Abschlüsse wie Gesundheits- u. Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in

In der Grundpflege Tätige: Gesundheits- und Krankenpfleger/-in 31%, Altenpflegerinnen und -pfleger 25%, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in 3% (gesamt: 59%)

Personalzahl stieg seit 2009 um 10,8%

Stationäre Pflegeeinrichtungen

Quelle s. o.

54% freigemeinnützige Träger wie Diakonie oder Caritas | 40% private Träger | 5% öffentl. Träger

In jedem fünften Heim auch betreutes Wohnen oder Altenheim organisatorisch angeschlossen

Durchschnittlich 64 Pflegebedürftige je Pflegeheim (PH) | Private PH: 55 | Freigemeinnützige PH: 75

Personal: ein Drittel Vollzeitkräfte

Im Bereich „Pflege u. Betreuung“ haben 45% staatliche Abschlüsse wie Gesundheits- u. Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in, nach Vollzeitäquivalenten haben 52% eine Fachausbildung (Altenpflegehelfer/innen zählen bspw. nicht dazu)

Zahl der vollstationär Versorgten stieg seit 2009 um 3,4%, teilstationär Versorgte: +40%, überwiegend Pflegestufe I
Personalzahl stieg um 6,4%

Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund (MDS), 2013

Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung für die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2011 nach Begutachtungsarten

Erstbegutachtungen: 770.000

Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen: 600.000

Der MDK-Gutachter empfiehlt der auftraggebenden Pflegekasse das Ergebnis der Begutachtung in Form von

- Pflegestufe I „erheblich pflegebedürftig“ (mehr als 45 Minuten täglicher Hilfebedarf in der Grundpflege)
- Pflegestufe II „schwer pflegebedürftig“ oder (mindestens 2 Stunden täglicher Hilfebedarf in der Grundpflege)
- Pflegestufe III „schwerst pflegebedürftig“ (mindestens 4 Stunden täglicher Hilfebedarf in der Grundpflege)
- Nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Quelle: www.MDK.de, Pflegebedürftigkeit

Menschen mit Demenz bzw. mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz, die zuhause versorgt werden, zusätzliche Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Dies sind durch Einführung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) seit 1. Januar 2013:

- Höhere Geld- bzw. Sachleistungen (ambulanter Pflegedienst) in den Pflegestufen I und II (§ 123 SGB XI)
- Erhalt von Geld- bzw. Sachleistungen auch dann, wenn noch keine Pflegestufe vorliegt (§ 123 SGB XI)
- Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45 b SGB XI): bis zu 100/200 Euro/Monat
- Häusliche Betreuung (§ 124 SGB XI): Unterstützung bei Aktivitäten, die der Kommunikation und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen und um die Unterstützung bei der Gestaltung des Alltags (insbesondere Förderung einer Tagesstruktur, bedürfnisgerechte Beschäftigungen, bedürfnisgerechter Tag-/Nachtrhythmus)

Pflegestufen

Ergebnisse von Erstbegutachtungen der MDK für die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2011. Quelle: MDS 2013

- Pflegestufe I: 49%
- Pflegestufe II: 16%
- Pflegestufe III: 4%
- Nicht pflegebedürftig: 32%

Prognosen: Demografischer Wandel und Pflegebedürftigkeit

Quelle: Statistisches Bundesamt 2010, Demografischer Wandel in Deutschland Ausgabe 2010

Aufgrund der demografischen Entwicklung Verschiebungen bei den Altersstrukturen: 2007 rund 35% der Pflegebedürftigen \geq 85 Jahre, 2030 circa 48%

Prognosen: Szenario „sinkende Pflegequote“: Pflegebedürftigkeit verlagert sich aufgrund höherer Lebenserwartung in höheres Lebensalter | dann Anstieg von (geschätzt) 2,4 Mio. Pflegebedürftigen in 2010 auf 3,8 Mio. in 2050

Szenario „Status-Quo-Szenario“: Pflegequote fortgeschrieben, dann Anstieg Pflegebedürftige auf 3,8 Mio. in 2050

Pflegebedürftigkeit und Migration

Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012

- 20% der Bevölkerung haben Migrationshintergrund
- 68% der pflegebedürftigen Migranten haben Deutsch als Muttersprache
- Ambulant Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund beziehen häufig nur Pflegegeld; Wunsch durch Familie und Freunde versorgt zu werden stärker
- 7% der von amb. Pflegediensten versorgten Patienten haben Migrationshintergrund
- 9% der stationär versorgten Pflegebedürftigen haben Migrationshintergrund
- bei Pflegestufe III Anteil mit Migrationshintergrund 15%, deutlich höher als ohne Migrationshintergrund (9%)

Kompetenzen des Pflegepersonals

Quelle: Rahmenlehrplan für die Gesundheits- u. Krankenpflege Hessen

Pflegeintervention: Mund - und Zahnpflege | Soor- und Parotitisprophylaxe | Augen-Nasen-Ohrenpflege | Haarwäsche | Rasur ...

Handlungstyp: Beobachten, Leiten, Ausführen, Erleichtern, Informieren

Quelle: Rahmenlehrplan für die Altenpflege Hessen

Teillernfelder: 1.3.2 Unterstützung alter Menschen bei der Selbstpflege | 1.3.3 Unterstützung alter Menschen bei präventiven und rehabilitativen Maßnahmen 1.3.5 Umgang mit Hilfsmitteln und Prothesen (u. a. Zahnprothesen)

Die Auszubildenden kennen die Grundbegriffe der Ernährungslehre und berücksichtigen diese beim pflegerischen Handeln

Kennen lernen und Mitwirkung bei der Durchführung verschiedener Prophylaxen (Dekubitus, Pneumonie, Kontraktur, Soor und Parotitis)

Die Auszubildenden unterstützen und beraten alte Menschen dabei bedarfsgerecht Hilfsmittel und Prothesen zu beschaffen und sachgemäß zu gebrauchen

Zeitorientierungswert für Einstufung der Pflegebedürftigkeit, Grundpflege, darin Zahnpflege, Soziale Pflegeversicherung

Quelle: Richtlinien zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (GKV-Spitzenverband und MDS 2009)

Grundpflege, Zeitorientierungswert [...]

4. Zahnpflege: 5 Min. Soweit nur Mundpflege erforderlich ist, kann der Zeitorientierungswert nur anteilig berücksichtigt werden.

Die Zahnpflege umfasst sowohl die Vorbereitung wie z. B. Zahnpasta-auf-die-Bürste-Geben und/oder das Aufschrauben von Behältnissen (Zahnpaste/Mundwasser) als auch den eigentlichen Putzvorgang und die Nachbereitung, aber auch die Reinigung von Zahnersatz und die Mundpflege, d. h. das Spülen der Mundhöhle mit Mundwasser und die mechanische Reinigung der Mundhöhle.

Aussage zum realen Zeitbedarf aus dem zahnärztlichen „Teamwerk-Projekt“, München: „Die üblicherweise genannten 2,5 bis 3 Minuten gelten für eine volle Bezahnung, und es macht keinen Sinn, die letzten [vorhandenen] fünf Zähne 3 Minuten lang zu putzen.“

5. Kämmen: 1 bis 3 Min.

6. Rasieren: 5 bis 10 Min.

... wahlweise die Trocken- oder Nassrasur und deren sichere Durchführung.

Mundgesundheitszustand in Pflegeheimen in Deutschland

Quelle: Nitschke et al. und IDZ 2012, Basis: 10 eingeschlossene Publikationen 2000 – 2012

Frauenanteil > 70%, Durchschnittsalter 81 Jahre

In stationären Pflegeeinrichtungen sind 54% der Bewohner zahnlos | Die bezahnten Bewohner haben durchschnittlich 10 Zähne (Durchschnitt aller Studienteilnehmer 4 Zähne) | DMFT: 25,1 | 0,8 kariöse Zähne

Pflegebedürftige: OHIP-14 (Oral Health Impact Profile, höherer Wert = schlechter): 4,3 | OHIP-49: 11,7

Nicht Pflegebedürftige, Bevölkerungsstichprobe, Durchschnitt 42 Jahre: OHIP-14: 4,1 | OHIP-49: 15,1

Letzter Zahnarztbesuch vor 22 Monaten (Median) | 83% entscheiden selbst, wann sie zum Zahnarzt gehen, nur bei 9% veranlasst das Pflegepersonal einen Zahnarztbesuch | 76% Zahnarztbesuch beschwerdeorientiert | 18% kontrollorientiertes Inanspruchnahmeverhalten

„Objektiver“ (vom ZA bestimmter) Behandlungsbedarf am Oberkieferzahnersatz: 86% | „Subjektiver“ Behandlungsbedarf (des Pflegebedürftigen) insgesamt: 30%

Mitwirkungsmöglichkeit der Bewohner von Pflegeeinrichtungen

Quelle: Jäger 2009

- Gut 34%
- Bedingt möglich 42%
- Keine Mitarbeit 19%
- Verweigert Hilfe 5%

Ansatzpunkt für Schulungen auch in der Angehörigenpflege: Modellprojekt Uni Bielefeld (§ 45 SGB XI)

Quelle: Modellprojekt familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs, Bielefeld o.J., Evaluation der durchgeführten Pflegetrainings und Initialpflegekurse 2010

- Bildungs- und Beratungsangebote auf Begleitung und Kompetenzförderung pflegender Angehöriger beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege
- Stärkung von Alltagskompetenzen | Erlernen pflegerischer Kompetenzen | Stärkung der Person | Wissensvermittlung/Aufklärung | Aufbau eines Pflegenetzwerkes | Förderung von Ressourcen
- Erreichungsgrad der Krankenhäuser in den beteiligten Regionen: 42%
- Fortbildungen in einem Jahr: 102 Teilnehmer aus 51 Krankenhäusern, spezielles Modul Demenz 65 Teilnehmer aus 40 Krankenhäusern | Praxisbegleitung | Projektforen
- Pflegetrainings im Krankenhaus, Pflegetrainings in der häuslichen Umgebung, Initialpflegekurse und Angehörigengruppen: in 2010 7.521 Angehörige teilgenommen
- Darunter: 2.216 Angehörige haben an insgesamt 338 durchgeführten Initialpflegekursen teilgenommen, aufsuchende Pflegetrainings in der häuslichen Umgebung: 1.227 Angehörige haben Pflegetrainings nach der Entlassung in Anspruch genommen
- Initialpflegekurse: drei Nachmittage à vier Unterrichtsstunden, möglichst am Wochenende.
- Nach Pflegetrainings am Krankenbett fühlen sich 70% der Angehörigen auf die Pflege vorbereitet | Nach Pflegetrainings in der häuslichen Umgebung 77%, 20% „eher vorbereitet“ | Nach Initialpflegekursen: 60% gut, 37% eher gut auf die Pflege vorbereitet

Mundgesundheitsbezogene Prävention

Hoher bis mittlerer Evidenzgrad (?) für Verbesserungen der Mundgesundheit durch die folgenden Maßnahmen:

- 5.000 ppm Fluoridzahnpaste (verschreibungspflichtig) zur Verhinderung von Wurzelkaries
- Verbesserung der Mundtrockenheit/Xerostomie durch erhöhte Trinkmenge, sofern keine medikamenteninduzierte Xerostomie besteht
- Verbesserung der Xerostomie durch Absetzen/Ersetzen xerogener Medikamente
- täglich zweimalige Zahnpflege
- Elektrische Zahnbürste/Dreikopfzahnbürste versus Standardzahnbürste
- Schulungen des Pflegepersonals
- Reduktion des Zuckerkonsums (derzeit 18% der Kalorienmenge in Pflegeheimen, max. 11% wird als kompatibel mit der generellen Zahngesundheit angesehen)
- Mundspülungen mit Chlorhexidin
- Polyvidon-Jod-Lösung
- Gegen Mukositis: Fungistatika, PTA-Pastille (u. a. Amphotericin B), Zungenreiniger, Mulltupfer bzw. -kompressen und Klemme
- Speichelersatz

Niedriger Evidenzgrad (Expertenkonsens) (?):

- Prothesenkennzeichnung
- Prothesenreinigung im Ultraschall- od. Nadelbad
- jährliche Kontrolluntersuchungen
- Zahnsteinentfernung, Entfernen weicher Beläge
- tägliche Prothesenpflege
- in der Ergotherapie angepasste Zahnbürstengriffe
- Prothesenbürste vs. normale Zahnbürste

Auswirkungen von Schulungen des Pflegepersonals

Quelle: Jäger 2009, Balzer 2013

Interventionsstudie, Frankfurt am Main und Umgebung 2007 | Drei Pflegeheime, 131 Teilnehmer | 35% der Bewohner stimmten Studienteilnahme zu | 90-minütige Schulung in Theorie und Praxis für Pflegekräfte (drei Terminangebote) | Alle vier Monate, ein Jahr lang: Nachuntersuchungen und Pflegepersonal direkt am Probanden praxisnah geschult

Erfahrungen: Unsicherheit und Ängste beim Pflegepersonal bis hin zu Abwehrhaltungen gegenüber Pflegemaßnahmen im Mund der Bewohner, die als besonders unangenehme Tätigkeit empfunden wurden. Eher Bereitschaft zur Reinigung von Zahnersatz außerhalb des Mundes als zu intraoralen Pflegemaßnahmen | Teleskop- oder Geschiebeprothesen wenig bekannt | Interesse des Personals, etwas zu lernen und die Mundpflege der Senioren zu verbessern

Ergebnisse: 57 Behandlungsempfehlungen, 29 nach vier Monaten umgesetzt | Prozentanteil kariöser oder zerstörter Zähne besserte sich nicht, nach einem Jahr: kariös 16%, zerstört 14%

Plaqueindex (Silness, Loe): anfangs zwei Drittel Grad 2 (Beläge im Gingivalbereich) oder 3 (mit dem bloßen Auge erkennbare Zahnbeläge auch im Zahnzwischen) auf Grad 1 (beim Abschaben mit der Sonde feststellbarer Belag) bis Grad 2. Grad 1 nahm um das 2,5-fache auf 25% zu. Sulkusblutungsindex ebenfalls verbessert sich ebenfalls | Komplett belegte Zungen: reduziert von 20% auf knapp 3% | Prothesensauberkeits-Index von 0 der Oberkieferprothese nahm von Basisuntersuchung bis zur dritten Nachuntersuchung von 6% auf 43% zu

Die positiven Veränderungen zeigten sich bei der ersten Nachuntersuchung nach vier Monaten und wurden gehalten bzw. weiter leicht verbessert | Die erzielten positiven Ergebnisse waren für extraoral zu pflegenden Zahnersatz größer als bei intraoralen Pflegemaßnahmen | Bei Probanden mit sehr eingeschränkter Handmotorik

war der Mundhygieniezustand zu Beginn am schlechtesten und verbesserte sich auf Grund der intensiveren Pflege durch das Personal am deutlichsten

Folgerungen: Schulungen des Pflegepersonals erfolgreich | Regelmäßige Schulungen wegen hoher Fluktuation des Personals | Eingangsuntersuchung und regelmäßige zahnärztliche Betreuung beugt Notfällen vor | Gute Dokumentation von vorhandenem Zahnersatz und Pflegeanweisungen ist zu fordern

Kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen

Umzusetzen ist der Gesetzesauftrag nach dem Pflegeordnungsgesetz. Danach wird § 119b des Fünften Sozialgesetzbuchs wie folgt gefasst:

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen können einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.

(2) Die [Bundesmantelvertragsparteien] vereinbaren bis spätestens 30. September 2013 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

Ziele des Gesetzgebers sind laut Begründung:

- Verbesserung multiprofessioneller Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustausches zwischen allen an der Pflege und medizinischen Versorgung der Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung beteiligten Pflegekräften, Ärzten und Fachärzten
- Verbesserte zahnärztliche Versorgung und Mundgesundheit der Versicherten in Pflegeeinrichtungen, zum Beispiel durch regelmäßige Kontroll- und Bonusuntersuchungen sowie einfache Behandlungen
- Zahnmedizinische Erkrankungen sollen bei Bewohnern in Pflegeeinrichtungen vermieden, frühzeitig erkannt und behandelt werden, um so die Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten beziehungsweise zu verbessern
- Ein fester Ansprechpartner steht den Heimen zur Verfügung
- Das Recht des Bewohners auf freie Arztwahl bleibt unberührt
- Die Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 soll regeln: | Umfang der Versorgung einschließlich Kooperationsregeln | Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele | Aufgaben der teilnehmenden Zahnärzte | das Nähere über das Verfahren der Abrechnung der zusätzlichen Vergütung nach § 87 Absatz 2j SGB V

In das zahnärztliche Leistungsverzeichnis Bema (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) ist eine neue Leistung aufzunehmen:

§ 87 SGB V [...]

(2j) Für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche, in der Bewertung über Absatz 2i Satz 1 hinausgehende Leistung vorzusehen. Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Leistung ist die Einhaltung der in der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 festgelegten Anforderungen. [...]"

Die Begründung des Gesetzgebers lautet (Deutscher Bundestag 2012, Abschnitt A, Ziffer II, Nr. 7 und Begründung, Zu Artikel 3):

- Anreize zu schaffen, Hausbesuche bei Pflegeheimbewohnern durchzuführen
- Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Vergütung: Abschluss einer Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages für eine zahnärztliche Betreuung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen (vergleiche die Einfügung von § 119b Absatz 2)
- Finanzieller Anreiz, die vereinbarten Qualitäts- beziehungsweise Versorgungsziele umzusetzen