

Christoph Benz

Corona trifft Zahnmedizin in der Pflege besonders hart

Deutschland hat sich in der Coronakrise 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 Hygienekompetenz eindrucksvoll bestätigt hat, fielen die notwendigen Anpassungen gering aus. Gilt das auch für die Zahnmedizin in der Pflege oder ist hier Zurückhaltung immer noch das oberste Gebot?

Der Grund dafür, dass 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 ältere 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 Zustandes und sogar zum Tod führen kann. Die Zusammenführung von „Inflammation“ und „Aging“ zu „Inflammaging“ bezeichnet dieses Entzündungsaltern.

Das Inflammaging wird, und hier nun spannt sich der Bogen zur Zahnmedizin, auch in seiner Rolle im Parodontitisgeschehen – möglicherweise sogar in beide Richtungen – diskutiert. Damit hat die Zahnmedizin eine doppelte Aufgabe. Einerseits spielen wir eine entscheidende Rolle bei der Wiederherstellung und dem Erhalt von 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 (SARS-CoV-2) 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 Bewohnerinnen und Bewohnern hatten sich rund die Hälfte infiziert, und 43 Menschen sind verstorben. Im Würzburger Pflegeheim St. Nikolaus waren im April 40 Mitarbeiter und 75 Bewohner infiziert, 25 davon erlitten die Folgen der Infektion. Mit diesen dramatischen Fällen ist verständlich, wa-

rum 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 die älteren Patienten, aber auch für die zahnärztlichen Teams kritisch zu werten, und natürlich werden wir mögliche Alternativen wie die Telezahnmedizin erproben.

Viele Kolleginnen und Kollegen, die in der Zahnmedizin in der Pflege tätig sind, berichten, dass sich die Mundgesundheitsituation der 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 Coronatests, 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

Nachdem der deutsche Ärztetag im Jahr 2018 das Fernbehandlungsverbot



gelockert hatte, wurden auch Anwendungen in der Zahnmedizin diskutiert. Vielen kommt da sofort die Betreuung Pflegebedürftiger in den Sinn. Auch hier war Corona ein „Brennglas“ und hat uns geholfen, den Schritt von der Theorie zur Praxis zu gehen. Für viele Praxen war das Telefon der „Gatekeeper“ für Coronasymptome, 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 mechanisch nicht eingreifen. Der Zahnarzt ist dem Chirurgen einfach näher als dem Internisten. Auch Technik hilft nur begrenzt: Eine Handykamera 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 „Unsicherheitsbonus“ einräumt.

Eine durchaus kritische Sicht hat gerade das Landgericht München I präsentiert, als es einer Versicherung verbot, für ärztliche Fernbehandlungen zu werben. Die Wettbewerbszentrale, die diesen Prozess angestrengt hatte, 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 sonst wohin gehen wird. Durch die Investorenbrille gesehen, ist dieses Szenario alles andere als unrealistisch.

Aber natürlich wird die Zahnmedizin daran interessiert bleiben, die Möglichkeiten der Telezahnmedizin in der Pflege auszuloten. Bei uns gibt es auch außerhalb von Corona genug Gründe, warum Pflegeeinrichtungen den Zugang zu den Bewohnern eingrenzen: Influenza, Noro und was immer sonst noch kommen mag.

Chaos pur: Die Masken-Debatte

Ein besonderes Trauerspiel in den ersten Monaten der Coronakrise 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 das Gegenüber schützen. Wie logikfrei selbst diese Falschbehauptung war, brachte ein ARD-Fernsehkomentar 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-Nase-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 dann zeitgleich ein internationales Pressegespräch von vier leitenden Allgemeinmedizinern aus Wuhan stattfand, war klar, dass das chinesische Regime eine offizielle Botschaft senden wollte.

Während die Medizin nämlich einräumen musste, dass sich Tausende im Gesundheitswesens infiziert hatten, wobei mindestens 46 Ärzte und Krankenhausbedienstete gestorben waren – insbesondere in der HNO und Ophthalmologie –, blieb die Zahnmedizin na-

hezu vollständig verschont. Und dies obwohl bis dahin 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 Phantasie, 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 MNS ist endlich rehabilitiert. In einer groß angelegten Metaanalyse zeigt die Arbeitsgruppe um Holger Schünemann, dass sich Träger von Mundschutz in allen möglichen Settings – privat, Klinik – zu 82,2 % 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, an der Nase. Die Zahnmedizin weiß das schon lange und kann damit auch unter den schwierigsten Bedingungen umgehen. Das „Brennglas“ Corona hat das eindrücklich gezeigt.

Kommunikation ist entscheidend

Leider steht zu erwarten, dass das RKI unsere Kompetenz wieder einmal nicht wahrnehmen wird und uns zukünftig zu „Schutzmaßnahmen“ verpflichtet, die die tägliche Arbeit besonders erschweren, aber keinen Gewinn an Sicherheit bringen. Die Bitte an die Zahnmedizin, insbesondere auch die Zahnmedizin in der Pflege, muss deshalb lauten: Bitte graswurzelt die Botschaft von unserer

Hygiene-Kompetenz! Andernfalls bekommen wir bei zukünftigen Infektionslagen vielleicht nur noch im Schutzzug mit FFP3-Masken Zutritt zu unseren Patienten. Der Schaden für alle Beteiligten wäre immens.

Nachdem die wichtigste zahnmedizinische Hygieneautorität, der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin, klare Verhaltensregeln aufgestellt hatte, wurden diese von der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) für die Zahnmedizin in der Pflege adaptiert (siehe Abb. 1 QR-Code „DGAZ“). Diese einfachen Regeln bieten maximale Sicherheit für alle Beteiligten, verfolgen aber nicht das Ziel einer völlig überzogenen „Raumzugang-Zahnmedizin“.

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

nal besser schützt. Mit Stand von 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.

Fazit

Corona hat die Zahnmedizin in der Pflege besonders 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 Pflegende vor der Mundhygiene fürchten, Pflegeheime den Zutritt für zahnärztliche Teams restriktiver gestal-

ten 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 Hygienekompetenz 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 eindeutig wir das.

Mundgesundheit in der Pflege wird, und auch das hat Corona gezeigt, ohne uns nicht funktionieren. Gleichzeitig gewinnt das Thema immer größere Bedeutung, weil Senioren die einzige Altersgruppe in Deutschland sind, die wächst.



Abb. 1 QR-Code „DGAZ“.



Autor

Prof. Dr. Christoph Benz

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin

E-Mail: christoph.benz@dgaz.org