

Aus der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
der Westdeutschen Kieferklinik
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. U. Stüttgen)
Heinrich-Heine-Universität-Düsseldorf

**Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen –
Betreuungssituation von Altenheimbewohnern in der Region Mettmann**

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktor der Zahnmedizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Daniela Nippgen

2005

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Heinrich- Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.-Prof. Dr. W. Raab
Dekan

Referent: Prof. Dr. A. Hugger

Koreferent: Priv.-Doz. Dr. S. Zimmer

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. EINLEITUNG	
1.1 Entwicklung der Bevölkerungsstruktur	1
1.2 Veränderung der Lebenssituation der Senioren	3
2. ENTWICKLUNG IN DER GEROSTOMATOLOGIE UND BEGRIFFSDEFINITIONEN	5
3. ORGANISATION IN DER SENIORENBETREUUNG	
3.1 Einrichtungsstrukturen	11
3.2 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	12
3.2.1 Antragstellung	12
3.2.2 Prüfung durch den MDK	12
3.3 Betreuungsrecht	13
3.4 Einwilligung in ärztlichen Eingriff	13
4. PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG	15
5. MATERIAL UND METHODE	
5.1 Literaturrecherche	16
5.2 Befragung Altenheime	17
5.3 Beschreibung des Fragebogens	18
6. ERGEBNISSE	
6.1 Allgemeiner Teil	20
6.2 Spezieller Teil	21
7. DISKUSSION	
7.1 Diskussion der Methode	31

7.2	Diskussion der Ergebnisse	31
7.3	Ärztliche Untersuchung bei Neuaufnahme	33
7.4	Zahnärztliche Untersuchung bei Neuaufnahme	33
7.5	Zahnärztliche Kontrolluntersuchungen nach Aussagen der Heimleitungen	35
7.6	Frequenz zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen nach Aussage der Senioren	40
7.7	Häufigkeit der zahnärztlicher Probleme/ Notfälle	41
7.8	Kontrollen der Zahn- und Mundhygiene	42
7.9	Kenntnisstand der oralen Situation bei Altenheimbewohnern	43
7.10	Mundhygiene der Senioren aus Sicht der Heimleitung	44
7.11	Kenntnisstand des Pflegepersonals in Zahn- und Mundhygiene	45
8.	LÖSUNGSANSÄTZE UND VERBESSERUNGSMÖGLICHKEITEN	47
8.1	Kurzfristige Verbesserungsmöglichkeiten	48
8.2	Broschüren der Zahnärztekammern	48
8.3	Projekte verschiedener Kammerbereiche	49
8.4	Tragbare zahnärztliche Behandlungseinheit	49
8.5	Gerostomatologie in der Aus- und Weiterbildung	50
9.	SCHLUSSFOLGERUNGEN	52
10.	ZUSAMMENFASSUNG	54
11.	LITERATURVERZEICHNIS	56
12.	ANHANG	65

Im Text verwendete Abkürzungen:

Abb.	=	Abbildung
Abs.	=	Absatz
AKG	=	Arbeitskreis für Gerostomatologie
ärztl.	=	ärztlich
BZÄK	=	Bundeszahnärztekammer
d.h.	=	das heißt
DMS	=	Deutsche Mundgesundheitsstudie
et al.	=	und weitere
evtl.	=	eventuell
GKV	=	gesetzliche Krankenversicherung
HeimG	=	Heimgesetz
IAG	=	International Association of Gerodontology
MDK	=	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
o.	=	oder
PKV	=	private Krankenversicherung
PQsG	=	Pflegequalitätssicherungsgesetz
SGB	=	Sozialgesetzbuch
StGB	=	Strafgesetzbuch
u.U.	=	unter Umständen
ZA	=	Zahnarzt
z.B.	=	zum Beispiel

1. Einleitung

1.1 Entwicklung der Bevölkerungsstruktur

Durch die Zunahme der Lebenserwartung sowie den Rückgang der Geburtenrate nimmt der Anteil der Betagten in der Bevölkerung schneller zu als der der Jüngeren. Deutschland ist heute weltweit das Land mit dem vierthöchsten Durchschnittsalter der Bevölkerung (nach Japan, Italien und der Schweiz) und das Land mit dem dritthöchsten Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahren. Das Statistische Bundesamt rechnet damit, dass die Anzahl älterer Menschen ab 60 Jahren in den nächsten fünf Jahrzehnten von gegenwärtig rund 19 Millionen auf ca. 25 Millionen zunehmen wird. Das heißt, dass rund 36% der Bevölkerung 60 Jahre und älter sind. Auch die Zahl der Hochaltrigen wird in den nächsten Jahrzehnten kräftig zunehmen. Für das Jahr 2050 rechnet das Statistische Bundesamt mit knapp 8 Millionen Menschen im Alter von 80 und mehr Jahren. Gut 11% der Bevölkerung werden dann hochaldrig sein. (Vierter Bericht zu Lage der Älteren Generation, 2002).

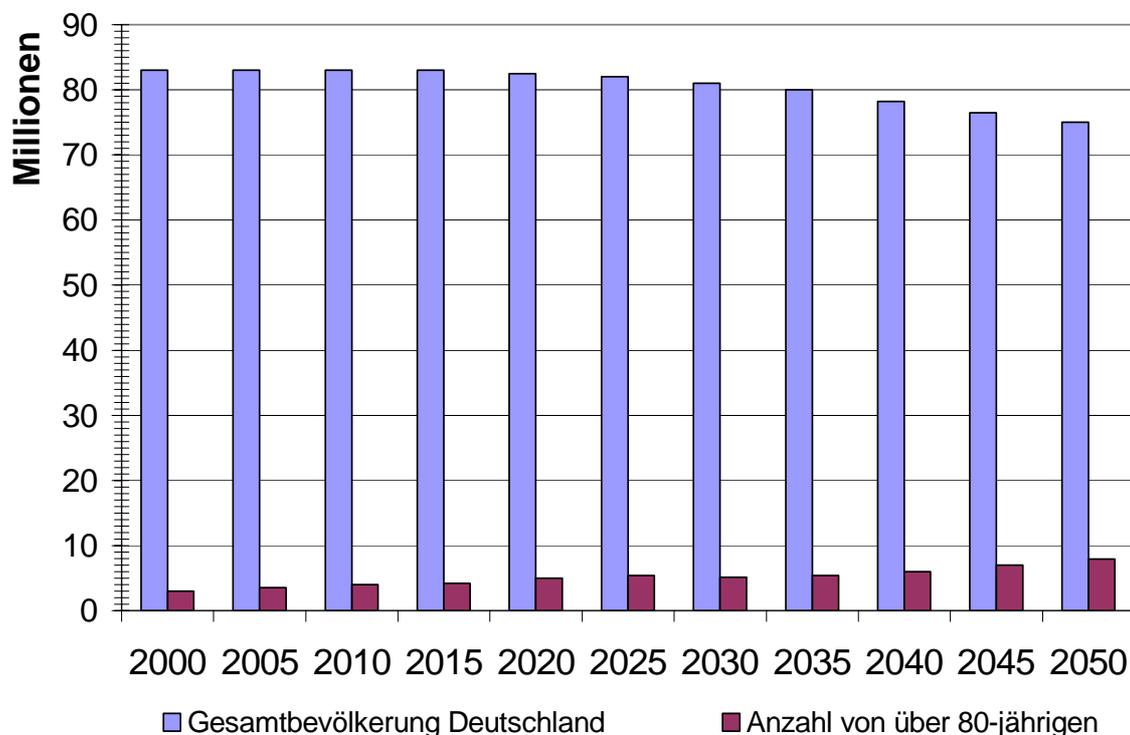


Abbildung 1: Geschätzte Gesamtbevölkerung Deutschlands bei mittlerer Zuwanderung und Stabilisierung der Geburtenrate bis 2050 (10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, 2003)
Anteil über 80-jähriger bis 2050 (Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation, 2002)

Diese prognostizierte demographische Entwicklung wird sich auch in einer deutlichen Zunahme der Pflegefälle niederschlagen. Das Bundesministerium für Gesundheit geht von einem Anstieg der Pflegebedürftigen von 1,86 Millionen im Jahr 1999 auf ca. 2,2 Millionen im Jahr 2010 aus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Risiko für eine über 80-jährige Person, ein Pflegefall zu werden, bei 32% liegt.

Daraus ableitend werden Medizin und Gesundheitspolitik zukünftig vor gewaltigen sozialpolitischen Aufgaben stehen. Ende 1994 lebten in Deutschland rund 660.000 Menschen in ca. 8.300 Alteneinrichtungen (Altenpflegeheime, Altenheime und Altenwohnheime). 63% der Bewohnerinnen und Bewohner, also rund 420.000 Menschen, sind dabei als pflegebedürftig einzustufen. Insgesamt 26% in Alteneinrichtungen sind ständig, 21% mehrfach täglich und 16% sind täglich pflegebedürftig (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1998).

Pflegebedürftigkeit ist dabei primär Resultat der Funktions- und Fähigkeitsdefizite der älteren Menschen als Folge unterschiedlichster Erkrankungen (Stichwort: Multimorbidität). Die Behandlung dieser Krankheitsfolgen durch Funktions- und Fähigkeitstherapien sind wesentlicher Inhalt jeglicher Rehabilitation unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (stationär, ambulant, häusliches Umfeld).

Fast jeder dritte Heimbewohner ist zur Fortbewegung auf einen Rollstuhl angewiesen. Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Alteneinrichtungen finden sich des weiteren typische Einschränkungsmuster im Bereich der Mobilität, wie bei den täglich anfallenden Aktivitäten „Waschen/Duschen“ oder „Treppensteigen“. Betrachtet man ausschließlich die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner, so zeigt sich, dass mit 66% zwei von drei Bewohnerinnen und Bewohnern psychische Veränderungen oder Störungen aufweisen, die in den meisten Fällen Ausdruck einer demenziellen Erkrankung sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1998).

1.2 Veränderung der Lebenssituation der Senioren

„Jeder will alt werden, aber keiner will alt sein.“

In diesem Sinne ist ein langes Leben zu erreichen das Ziel der meisten Menschen, doch sollte dieses Leben auch und gerade im fortgeschrittenen Alter ein gutes Leben sein. Die Bedeutung einer hohen Lebensqualität angesichts einer in Zukunft weiter wachsenden Lebenserwartung wird von vielen Seiten betont (BAROFSKY 2001). Wesentliche Determinanten der Lebensqualität im hohen Alter sind psychische und physiologische Grundbefindlichkeiten, nicht zuletzt der allgemeine Gesundheitszustand und die geistige Leistungsfähigkeit sowie für diese Lebensphase charakteristische Veränderungen in den Lebensumständen, wie z.B. der Verlust von Verwandten und Freunden sowie der Umzug in ein Altenheim oder eine Pflegeeinrichtung. Von besonderer Bedeutung ist die wachsende Morbidität im Alter. Mit immer größerer Wahrscheinlichkeit leiden sehr alte Menschen an mehreren, in der Regel chronischen Erkrankungen, die häufig auch mit Schmerzen einhergehen. Die Frage beeinträchtigter Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Denkfähigkeit stellt sich im hohen Alter in besonderer Schärfe. Sensorische Einbußen und demenzielle Krankheitsbilder stellen im hohen Alter ein besonderes Risiko für die Lebensqualität dar (Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation, 2002).

In diesem Zusammenhang spielt auch die zahnärztliche Behandlung bei der gesundheitlichen Gesamtversorgung des Patienten eine wichtige Rolle, da sie durch Befreiung von Schmerzen und Infektionen sowie durch Erhaltung der Gebissfunktion auf einem Niveau, das Kauaktivität und Kontakt mit der Umwelt ermöglicht, die Lebensqualität im positiven Sinn beeinflussen kann (LANGELAND und BOOZER 1972).

Das menschliche Gebiss erfüllt mehrere Funktionen. Neben der Aufnahme und Zerkleinerung von Nahrung haben die Zähne auch eine kommunikative Funktion bei der Lautbildung unserer Sprache. Ohne Zähne wäre eine wohlartikulierte und verständliche Sprache nicht denkbar. Die dritte Funktion, die das Gebiss erfüllt, ist das Aussehen und somit auch der ästhetische Gesamteindruck eines Menschen. Alle

drei Funktionen tragen zu Schaffung des Wohlbefindens bei und dienen dem Erhalt von Lebensqualität im höheren Lebensalter.

Trotz aller Bemühungen der Prophylaxe gehen nach wie vor durch die Summation von Karies, Trauma und Parodontopathien Zähne verloren. Der prothetische Behandlungsbedarf steigt mit zunehmendem Lebensalter an. Die Behandlungsfälle werden komplexer, weil mehr alte Patienten mit Allgemeinerkrankungen zu versorgen sind, die Adaptationsfähigkeit an (herausnehmbaren) Zahnersatz mit zunehmendem Alter geringer wird, ein ausgeprägter Zahnhartsubstanzverlust durch Karies, Erosion und Attrition droht, vermehrt Spätschäden (Bisslageveränderungen usw.) auftreten und vermehrte Implantatversorgungen erfolgen (Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik, 2000).

Gemäss LENZ und KÜNZEL (1994) bedingt nicht die Zunahme der Altenpopulation alleine die Probleme in der medizinischen Betreuung, sondern auch die veränderten sozialen Situationen der Senioren generation. Der heute übliche frühzeitige Ausschluss aus dem Berufsleben und die damit einhergehende Isolation von vielen Bereichen des öffentlichen Lebens, aber auch eine gewisse Hilflosigkeit gegenüber der hochtechnisierten und bürokratischen Umwelt, fördern Mutlosigkeit und Resignation und führen auch oft zu Passivität im Gesundheitsverhalten. Der orale Gesundheitszustand und zahnärztliche Versorgungsgrad werden in diesem Sinne als Ausdruck dieser Gesamtsituation gesehen. Die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen wird durch physische Probleme (Behinderung, Pflegebedürftigkeit) und soziale Schwierigkeiten (Isolation) verhindert (LENZ und KÜNZEL 1994).

Je älter die Menschen sind, umso schlechter ist in der Regel ihr oraler Gesundheitszustand und umso dringender scheint eine unmittelbare und kontinuierliche zahnärztliche Hilfe indiziert (NITSCHKE 1996, KÜNZEL 1994).

2. Entwicklung in der Gerostomatologie und Begriffsdefinitionen

In den medizinischen Teilgebieten wuchs neues und spezielles Wissen solange an, bis ein ausreichend großer Umfang erreicht war, so dass es zu einer endgültigen Abtrennung und Neubenennung (z.B. Neurologie, Orthopädie, Dermatologie...) kommen konnte. Die Identitätsentwicklung erfolgte also weitgehend auf der Grundlage einer neuen Wissensbasis innerhalb des Muttergebietes.

Bei der Geriatrie dagegen haben nicht nur der Zuwachs an Wissen, sondern über einzelne Gebiete hinausreichende Faktoren zur Entstehung des eigenen Faches geführt. Im Jahre 1938 gründete der Internist MAX BÜRGER in Leipzig die „Deutsche Gesellschaft für Altersforschung“, die 1939 in „Deutsche Gesellschaft für Altersforschung“ umbenannt wurde. Diese erste gerontologische Gesellschaft war ein Zusammenschluss von Geriatern, also eine medizinische Vereinigung, entsprechend der vorherrschenden Orientierung in der Altersforschung jener Zeit.

Die Erforschung der Altersprozesse stellte im weiteren nicht nur eine Herausforderung an die Medizin, sondern an Natur- und Gesellschaftswissenschaften überhaupt dar, entsprechend der Erkenntnis, dass das Altern ein biologisches, psychologisches und soziales Schicksal darstellt. Im Folgenden soll eine Entwicklung in den unterschiedlichen Begriffsdefinitionen erläutert werden.

Die Wissenschaft vom Altern der Lebewesen wurde von RYBNIKOW 1919 mit dem Begriff der Gerontologie bezeichnet. Den Terminus der Geriatrie hat NASCHER 1909 eingeführt.

Das erste bedeutende Werk der medizinischen Altersforschung erschien in der Mitte des 19. Jahrhunderts (1966) in einem Werk von CHARLOT mit dem Titel „*Traité des maladies de vieillards*“ (zitiert nach BALOGH et al.)

Die durch die Industrialisierung und Fortschritte in der Medizin bedingte Zunahme der Lebenserwartung steigerten das Interesse für die medizinische Behandlung von alternden und alten Menschen. Erst nach dem zweiten Weltkrieg begann man sich in der Medizin mit der Gerontologie und Geriatrie wissenschaftlich fundiert auseinander zu setzen. Wesentliche Impulse gab das in mehreren Auflagen erschienene gerontologisch-geriatriische Werk BÜRGERs mit dem Titel „Altern und Krankheit“ aus der Sicht der Inneren Medizin. Der Verfasser wollte mit seiner Arbeit nachweisen,

dass „jedes Krankheitsgeschehen als Vorgang am Lebenden den Gesetzen des Alterns unterworfen ist“ (BÜRGER 1947).

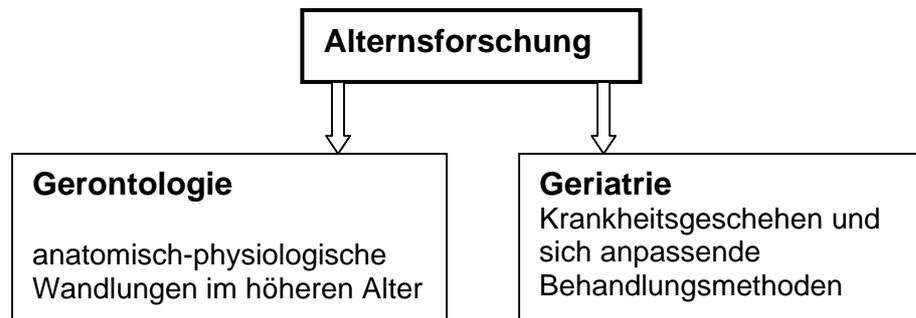


Abbildung 2: Gliederung der Fachrichtung Altersforschung gemäß BALOGH (1962)

Die Gesamtheit Altersforschung in der Medizin wird in die Gebiete Gerontologie und Geriatric gegliedert. Die Gerontologie befasst sich mit den anatomischen und physiologischen Wandlungen im höheren Alter, die Geriatric dagegen beschäftigt sich mit dem Krankheitsgeschehen und den dem jeweiligen Alter entsprechend angepassten Behandlungsmethoden (BALOGH et al. 1962).

Die stomatologische Altersforschung ist eine Spezialisierung, die sich mit den Alterserscheinungen des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches befasst. Die Rehabilitation des Individuums, die Wiederherstellung seiner Gesichtszüge, die Verbesserung der Lautbildung und die Erhöhung der Kaufunktion definieren BALOGH et al. (1962) als ein Teilgebiet der stomatologischen Altersforschung.

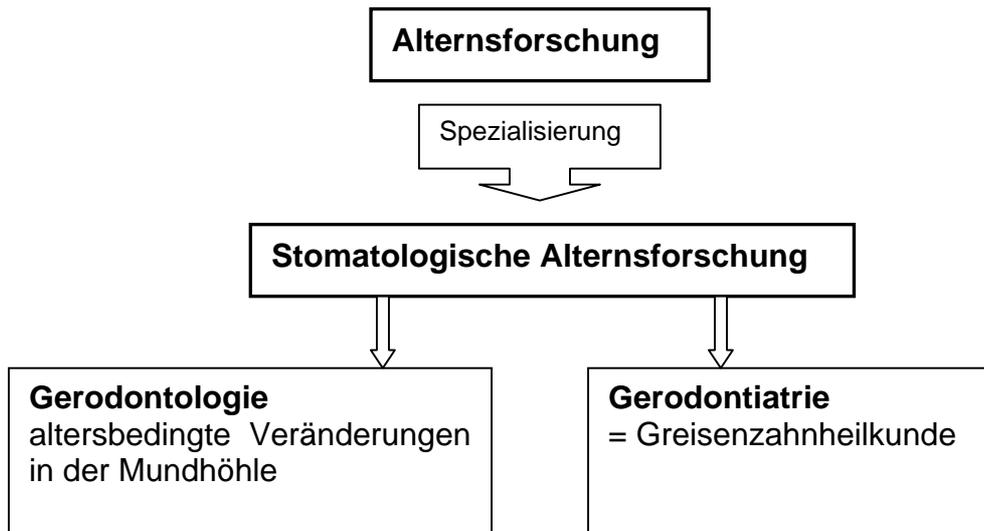


Abbildung 3: Zuordnung des Begriffs Stomatologische Altersforschung gemäß BALOGH (1962)

Gerodentologie ist in diesem Zusammenhang der Wissenszweig, der sich mit den altersbedingten Veränderungen in der Mundhöhle befasst. Die Gerodontiatrie entspricht der Greisen Zahnheilkunde. Im strengsten Sinne des Wortes beziehen sich diese beiden Begriffe ausschließlich auf die Zähne. Ungeachtet dessen werden darunter von den meisten Verfassern nicht nur die Altersveränderungen der Zähne, sondern im weiteren Sinne auch die Alterswandlungen sämtlicher Mundgebilde verstanden (BALOGH et al. 1962).

Das erste umfassende Werk der Alterszahnmedizin erschien im Jahre 1962 von BALOGH, MOLNAR, SCHRANZ und HUZAR. Diese Publikation basiert auf zahnärztlichen Untersuchungen von mehr als 1500 Personen im Alter von 60 – 104 Jahren.

BALOGH et al. (1962) bringen zum Ausdruck, dass der Gegenstand der Gerostomatologie in erster Linie eine Disziplin der Stomatologie und nicht als ein Spezialfach der Gerontologie anzusehen ist. Gemäß BALOGH et al. (1962) wird die Gerostomatologie der Stomatogerontologie und Stomato-Geriatrie übergreifend vorangestellt.

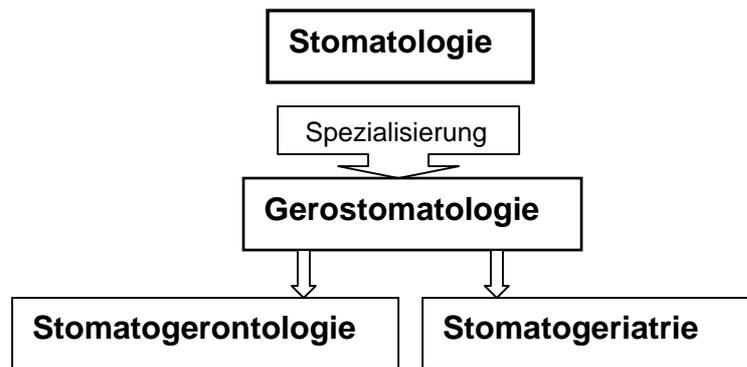


Abbildung 4: Zuordnung des Begriffs Gerostomatologie gemäß BALOGH (1962)

In der 1978 von BREUSTEDT herausgegebenen Monographie „*Stomatologische Betreuung im höheren Lebensalter*“ wird die gesamte Zahnheilkunde des älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung der morphologischen und psychischen Veränderungen des Alters und des sozialen und psychosomatischen Aspektes diskutiert und dargestellt. Da die Gerontologie sich zu einem komplizierten und interdisziplinären Anliegen entwickelt hatte, hat BREUSTEDT (1978) eine Aufgliederung der Gerontologie in mehrere Teilgebiete als sinnvoll erachtet. Neben den Begriffen Gerontologie und Geriatrie wird die Gerohygiene genannt. Die soziale Gerontologie hat die gleiche Bedeutung wie Gerohygiene und befasst sich mit der Hygiene des Alters. Sie soll den „Zusammenhang zwischen Alter, Altern und Gesundheit herstellen, um mit diesen Erkenntnissen die Umweltbedingungen zu verändern“ (EITNER 1966).

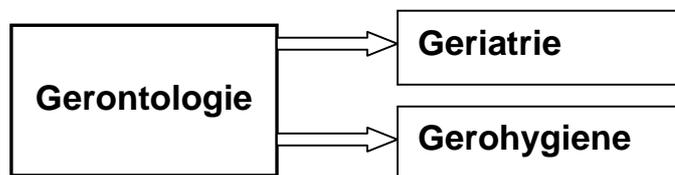


Abbildung 5: Zuordnungen zum Fachgebiet Gerontologie gemäß BREUSTEDT (1978)

Eine Trennung der gerontologischen, geriatrischen und gerohygienischen Aufgabenstellungen in der Stomatologie von den vorhandenen stomatologischen Fachgebieten der Kieferchirurgie und chirurgischen Stomatologie, der konservierenden Stomatologie einschließlich der Parodontologie und vor allem von der prothetischen Stomatologie ist nach BREUSTEDT (1978) nicht möglich. Er fordert für die stomatologische Betreuung der Bürger in der letzten Phase des Lebens entsprechende Spezialkenntnisse, die sich auf die alterungsbedingten physischen und psychischen Veränderungen, die Ernährungsweise, die Lebensbedingungen, Allgemeinerkrankungen und vieles andere beziehen.

Nach KÜNZEL (1990) scheint sich mit der 1983 erfolgten Gründung der „International Association of Gerodontology“ (IAG) eine Trendorientierung abzuzeichnen, die darauf hinsteuert, bereits definierte Begriffe wie Geriodontology (GORMAN 1952; ZIEGLER 1956), Gerodontostomatologie (BRANZI 1956), Geridontologia stomatologica (ARMENIO 1959), Gerontostomatologie (PEISACHOWITSCH et al. 1973), Stomatogerontologie und Stomatogeriatric (BALOGH et al. 1962) sowie Orale Gerontologie (LANDT 1985) durch Gerodontology (THOMAS 1946) zu ersetzen (Abb. 6).

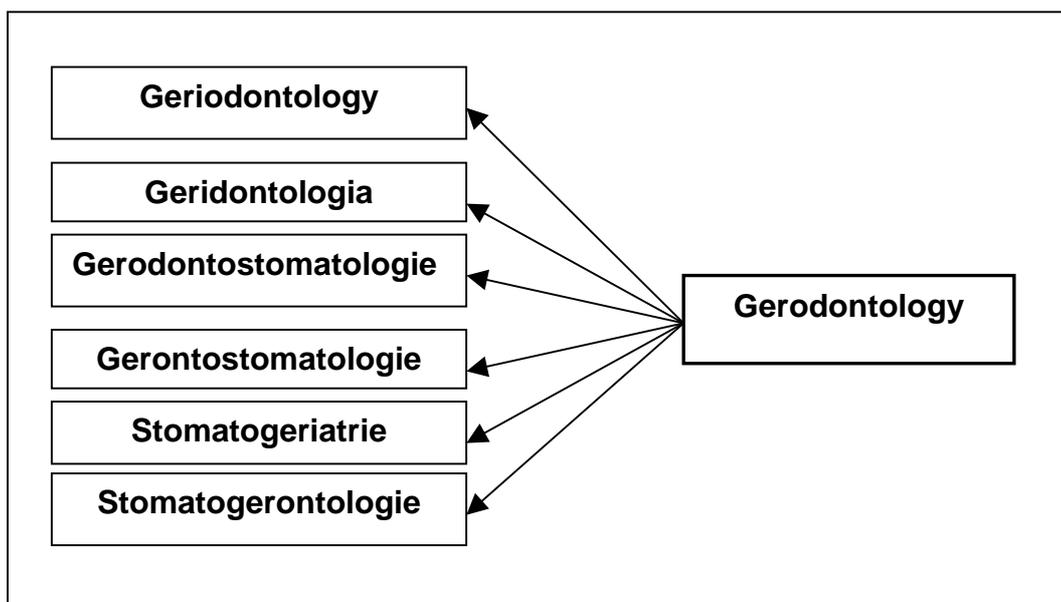


Abbildung 6: Begriffszuordnungen gemäß KÜNZEL (1990)

Die Inhalte in der Gerontostomatologie werden von verschiedenen Dimensionen bestimmt. BRUDER et al. (1991) nannte für die Geriatrie 17 Dimensionen, die, um den zahnmedizinischen Bezug erweitert, so auch für die Gerontostomatologie gelten. Die wichtigsten sind: Wissensmodifikation (spezifisches Wissen des Arztes über Alternsprozesse), Multimorbidität, Risikoerkennung, Rehabilitation, Interdisziplinarität. Als Ziele der Gerontostomatologie benennt KIYAK (1993): Erhaltung und Verbesserung oraler Funktionen wie Kauen, Schlucken und Sprechen sowie die Verbesserung des Erscheinungsbildes und des psychologischen Wohlbefindens (Freude an Essen und Kommunikation).

Gemäß dem Lexikon der Zahnmedizin nach HOFFMANN-AXTHELM (6. Auflage, 2000) steht der Begriff Gerostomatologie bedeutungsgleich für Gerodontologie und Alterszahnheilkunde. Dieser Zweig der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde befasst sich mit geriatrischen und gerontologischen Fragestellungen im Bereich der Mundhöhle. Ein weiteres Betätigungsfeld der Gerostomatologie ist die Erforschung und Weiterentwicklung des technischen Umfeldes von Alterspatienten im Sinne einer adäquaten Versorgung.

NITSCHKE und STRUCK (2001) teilen das Fachgebiet der Alterszahnmedizin, welches gleichbedeutend mit Alterszahnheilkunde ist, in drei große Bereiche ein. Die „Orale Gerontologie“ beschäftigt sich mit den altersbedingten Veränderungen im Mundbereich, die „Orale Geriatrie“ dagegen mit den altersbedingten Erkrankungen im Mundbereich. In den „Gerontologischen Gesundheitswissenschaften“ als dritten Teil wird sich mit den externen Einflüssen auf die zahnmedizinische Betreuung alternder Menschen auseinandergesetzt.

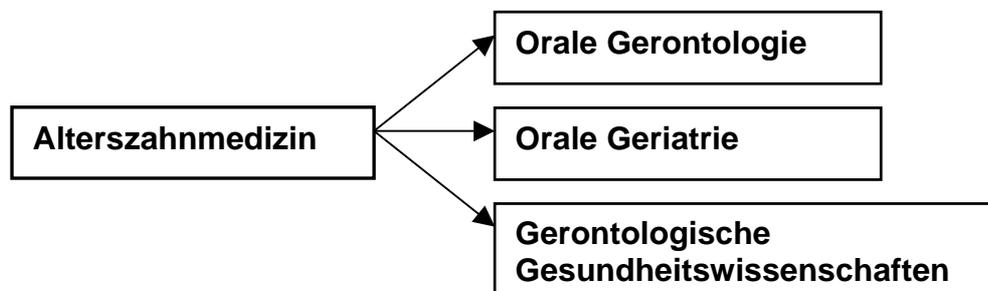


Abbildung 7: Einteilung der Alterszahnmedizin gemäß NITSCHKE und STRUCK (2001)

3. Organisation in der Seniorenbetreuung

3.1 Einrichtungsstrukturen

In der Bundesrepublik Deutschland werden die offene, ambulante, stationäre und teilstationäre Altenhilfe unterschieden. Altenwohnheime, Altenheime, Altenpflegeheime, Altenkrankenheime sowie Rehabilitationseinrichtungen zählen zu den stationären Einrichtungen (LOHMANN 1991). Auf stationäre Unterbringung sind alte Menschen angewiesen, die einen Bedarf an Pflege, Behandlung und Therapie haben, der von der Familie, anderen Pflegepersonen und den ambulanten Diensten nicht gedeckt werden kann.

Das Altenwohnheim ist ein „Zusammenschluss einzelner in sich abgeschlossener Wohnungen, die alte Menschen in die Lage versetzen, möglichst lange noch ein selbstständiges Leben zu führen“. Das Altenheim dagegen ist eine „Einrichtung für alte Menschen, die nicht mehr imstande sind, einen eigenen Haushalt zu führen“. Das Altenpflegeheim/Altenkrankenhaus dient einer umfassenden Versorgung und Betreuung chronisch kranker und dauernd pflegebedürftiger alter Menschen. Die gesetzliche Grundlage hierfür findet sich im Heimgesetz (HeimG) vom 07.08.1974 (Bundesgesundheitsamt 1990).

Bei der Mehrzahl der Einrichtungen der stationären Altenhilfe handelt es sich um relativ kleine Heime; in über 40% leben weniger als 50 Bewohner. Weitere 33% der Einrichtungen können zwischen 50 und 100 Menschen einen Heimplatz anbieten. Während etwa 20% der Einrichtungen in der Größenklasse 100 bis unter 200 Bewohnerinnen und Bewohner zu finden sind, gibt es nur sehr wenige (5%) große Einrichtungen mit Bewohnerzahlen von mehr als 200 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1998).

Betrachtet man die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Bewohner in Alteneinrichtungen, so sind rund 30% der Plätze seit ein bis unter drei Jahren, weitere rund 30% seit drei bis unter sieben Jahren und sogar 19% der Altenpflegeplätze bzw. 25% der Altenheim- oder Altenwohnheimplätze seit mehr als sieben Jahren gleich belegt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1989).

3.2 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des Sozialgesetzbuches, Abschnitt XI, sind Personen, die wegen einer Krankheit und/oder Behinderung bei der Ernährung, der Mobilität, der Körperpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer – voraussichtlich für mindestens sechs Monate – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Entsprechend der Art, der Häufigkeit und dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen zugeordnet.

Eine „pflegerische Hilfeleistung“ im Sinne der Pflegeversicherung bedeutet, einen hilfebedürftigen Menschen bei seinen alltäglichen Verrichtungen zu unterstützen, ihn anzuleiten und zu beaufsichtigen oder, wenn es nicht anders geht, diese Verrichtungen teilweise oder ganz zu übernehmen.

3.2.1 Antragstellung

Um Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen zu können, muss der Pflegebedürftige, sein Bevollmächtigter oder gesetzliche Vertreter sie zunächst beantragen.

3.2.2 Prüfung durch den MDK

Der MDK, der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. In jedem Bundesland existiert ein Landes-MDK mit seinen Beratungsstellen, die für festgelegte Einzugsbereiche zuständig sind. Seine wichtigste Aufgabe in der Pflegeversicherung ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er erstellt ein Gutachten über die pflegebedürftige Person, in dem er prüft, ob und in welchem Maße die Voraussetzung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI gegeben ist. Dieses Gutachten enthält eine Pflegestufenempfehlung und liegt der Entscheidung der Pflegekasse –u.a. neben der hausärztlichen Stellungnahme – zugrunde. Den Leistungsentscheid fällt jedoch in letzter Konsequenz die Pflegekasse selbst.

3.3 Betreuungsrecht

Das Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (1990) hat zur Änderung des im Bürgerlichen Gesetzbuches (1896, zuletzt geändert 2002) verankerten Betreuungsrechts geführt. Mit Ende der Übergangsfristen wurde 1992 durch die Änderung bzw. Ergänzung der §§ 1896-1908k das alte zweistufige System von Pflegschaft und Vormundschaft ersetzt. Eine gesetzliche Betreuung muss nach unserer Rechtsordnung dann bestellt werden, wenn ein älterer Mensch seine Angelegenheiten krankheits- oder behinderungsbedingt nicht mehr selbst regeln kann und auch kein Bevollmächtigter bestellt ist, der in der Lage ist, seine Vollmacht pflichtgemäß auszuüben.

Bei der rechtlichen Betreuung nach dem Betreuungsgesetz geht es im Kern um die Unterstützung und Interessenwahrnehmung eines Menschen in den vom Gericht festgelegten Aufgabenkreisen. Leitbild ist dabei die persönliche Betreuung, die sich am Wohl des Betreuten orientiert. Der gerichtlich bestellte Betreuer hat die Wünsche des Betroffenen zu respektieren.

3.4 Einwilligung in ärztlichen Eingriff

Nach Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes (1949, zuletzt geändert 2002) hat jeder Mensch das Recht auf körperliche Unversehrtheit. In dieses Grundrecht darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden. Ärztliche Maßnahmen sind in diesem Zusammenhang nur dann zulässig, wenn die Patienten in ihre Vornahme einwilligen, nachdem sie hinreichend über die Maßnahme und die mit ihr verbundenen Risiken aufgeklärt worden sind. Werden Eingriffe ohne wirksame Einwilligung vorgenommen, so stellen sie u.U. einen rechtswidrigen und strafbaren Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar im Sinne der §§ 223, 224, 228 und ggf. 229 des Strafgesetzbuches (1871, zuletzt geändert 2004). Auch wenn für den Patienten eine Betreuung eingerichtet ist, kann nur er selbst die Einwilligung erteilen, sofern er einwilligungsfähig ist, d.h., sofern er Art, Bedeutung und Tragweite der beabsichtigten Maßnahme erfassen und seinen Willen hiernach bestimmen kann. Bei Menschen mit Demenz und anderen kognitiven Störungen kann die Einwilligungsfähigkeit entfallen. Mit dem Wegfall der Einwilligungsfähigkeit sind alle

Beteiligten, auch Ärzte und Zahnärzte dazu angehalten, in dieser Situation den sogenannten mutmaßlichen Willen zu ermitteln, d.h. herauszufinden, wie der Patient in dieser Situation entscheiden würde, wenn er entscheiden könnte.

4. Problemstellung und Zielsetzung

Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen hat in Deutschland längst noch nicht den Stand erreicht, wie er eigentlich notwendig wäre, um von einem angemessenen Niveau zu sprechen. KNOLLE und STRASSBURG haben schon 1970 auf die Situation bei Altenheim- und Pflegeheimbewohnern hingewiesen. Hier rangiert die Beachtung der Mund- und Zahnhygiene auch bei den betreuenden Pflegekräften an letzter Stelle.

Die Gründe für die unzureichende Versorgung sind vielfältig und sollten u.a. in der Studie herausgearbeitet werden. Ein wesentliches Ziel im Rahmen der Befragung ist eine Bestandsaufnahme zur Ist-Situation der zahnmedizinischen Versorgung und Betreuung der älteren Menschen in der Region Düsseldorf (Neuss, Düsseldorf, Mettmann) durchzuführen, wobei exemplarisch der Bereich Mettmann herangezogen wird. Um einen möglichst umfassenden Überblick zu bekommen, wurde die Befragung der Heim- bzw. Pflegeleitung durchgeführt.

Die Befragungsergebnisse sollen mit Vorgängerarbeiten vergleichend analysiert werden. Um die Veränderungen oder gar Verbesserungen der zahnärztlichen Versorgung festzustellen, werden zum Vergleich Studien der letzten 30 Jahre herangezogen.

5. Material und Methode

5.1 Literaturrecherche

Die Suche nach bereits vorhandenen Dissertationen zur Problemstellung „zahnmedizinische Betreuung in Altenheimen“ wurde über den OPAC-Katalog der Deutschen Bibliothek Standort Frankfurt/Main vorgenommen. Dabei wurde die Suche über die Eingabe „Hochschulschrift“ eingeeengt.

Folgende Stichworte wurden jeweils als Einzelsuchkriterium eingegeben:

- Gerontostomatologie
- Gerostomatologie
- Gerostomatologischen
- Altenheim
- Altenpflege
- Gerontoprothetik
- Orale Gesundheitszustand
- Mundgesundheit
- Versorgung zahnärztlich
- Betreuungskonzepte
- Zahnmedizinische Betreuung
- Prothetisch

Durch die Suchfunktion der OPAC-Datenbank ausgeworfenen Artikel / Schriften wurden im Titel und Abstract auf Verwendbarkeit hinsichtlich der durchzuführenden gerontostomatologischen Studie geprüft.

Bei positivem Prüfergebnis wurden Fotokopien bzw. die Mikrofiche-Ausgabe der Texte aus den jeweiligen Universitätsbibliotheken in Münster, Rostock, Erfurt, Giessen, Marburg, Jena, Aachen und Mainz angefordert.

Im Weiteren Verlauf wurden diese Texte analysiert und im wissenschaftlichen Schrifttum sowie als Vergleichsarbeiten herangezogen. Weitere für das Sachgebiet und die Studie interessant erscheinende Arbeiten wurden aus dem jeweiligen Schrifttum der in der o.a. Recherche gefundenen Artikel / Schriften herangezogen und in Fotokopie angefordert, um die eigenen Ergebnisse zu ergänzen und abzusichern.

5.2 Befragung Altenheime

Die Befragung sollte möglichst alle Altenheime im Kreis Mettmann erreichen. Dazu wurden sämtliche registrierte Altenheime aus dem Örtlichen Fernsprechverzeichnis ermittelt.

Zur Evaluierung der grundsätzlichen Bereitschaft zur Teilnahme der Altenheime an der Studie zur zahnärztlichen Betreuung wurde im Zeitraum August bis September 2002 telefonisch Kontakt mit den Heim- bzw. Pflegeleitungen aufgenommen. 29 Heime wurden erreicht, wovon 21 Heime ihre Bereitschaft zur Unterstützung der Studie bekundeten. Viele dieser Heime befürworteten die Beschäftigung mit den Problemen der zahnmedizinischen Betreuung und erhofften sich eine Verbesserung des Engagements seitens der Zahnärzte. Absagen zur Teilnahme an der Studie wurden unter anderem mit zu großem Arbeitsaufwand, Insolvenz, Personalmangel und mangelndem Interesse begründet. Zur besseren Erklärung und Information wurde den Altenheimen auf dem Postweg ein Informationsblatt der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf zugesendet. (Informationsblatt siehe Anhang)

Danach wurden die Heim bzw. Pflegeleitungen noch einmal zur Terminabsprache kontaktiert, um den Fragebogen in einem persönlichen Gespräch mit der Pflegeleitung gemeinsam durchzugehen. Des weiteren wurde Wert auf einen persönlichen Kontakt gelegt, um einen eigenen Eindruck des Hauses bezüglich Qualität und Führung zu erhalten und eventuelle Missverständnisse beseitigen zu können. Vorteilhaft am persönlichen Gespräch war, dass Aspekte, die über die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten hinausgehen, besprochen werden konnten. Verschiedene Standpunkte konnten differenzierter herausgearbeitet werden. Nachteil war, dass diese Art der Befragung ein subjektives Bild der gegenwärtigen Situation ergab.

Die Befragung wurde von September bis Dezember 2002 durchgeführt.

5.3 Beschreibung des Fragebogens

Es wurden zwei getrennte Fragebögen zur Befragung der Heimleitung und der Pflegeleitung erstellt. Der Bogen für die Heimleitung enthielt 18 Fragen, für die Pflegeleitung 14 Fragen (siehe Anhang).

Als Leitfaden für die Gestaltung der Fragebögen diente die Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie von 1996 (DMS III).

Zur Verdeutlichung, in welchen der beiden Bögen die nachfolgenden Frage vorhanden waren, wird an die Bogennummern ein [h] für Heimleitung und ein [p] für Pflegeleitung angehängt.

Allgemeiner Teil

A) Angaben zur statistischen Erhebung (Fragen 1 - 4 [h], 2[p]).

- Bewohneranzahl
- Geschlechterverteilung
- Alter der Senioren

Spezieller Teil

A) allgemeine Fragen zur ärztlichen / zahnärztlichen Versorgung (Fragen 4, 5, 7, 10 und 12 [h])

- allgemein- bzw. zahnmedizinischen Untersuchung bei Neuaufnahme
- zu zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen
- Form der zahnärztlichen Betreuung
- zum Vorhandensein zahnärztlicher Behandlungszimmer

B) Mundgesundheitszustand der Senioren (Fragen 6 und 13 [h], 1,3 – 6 und 8 [p])

- Anzahl der Kontakte zu den Senioren
- Kenntnisstand und Einschätzung zum oralen Gesundheitszustand
- Mundhygiene
- Häufigkeit zahnmedizinischer Probleme
- Zufriedenheit der Senioren mit ihren Zähnen / ihrem Zahnersatz
- Einfluss auf Gesamtbefinden des älteren Menschen

C) Pflege der Senioren unter zahnmedizinischen Aspekten (Fragen 8 und 9 [h], 9 und 10 [p])

- Ausbildung in zahnmedizinischen Pflegemethoden
- Unterstützung bei oral-prophylaktischen Maßnahmen durch Zahnarzt / zahnmedizinische Fachkraft erwünscht
- Überwachung der Mundhygiene, Zahn- und Prothesenpflege durch das Heimpersonal

D) Verbesserung zahnärztlicher Versorgung (Fragen 14 und 15 [h], 11 [p])

- Wunsch nach Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung
- Verbesserungsvorschläge im Einzelnen

E) grundsätzliche Fragen zur Studie (Fragen 12, 13, 14 [h])

- Behandlung des älteren Menschen durch Zahnmedizinstudenten
- Praktikum für Zahnmedizinstudenten im Hause möglich
- Möglichkeit zahnmedizinischer Untersuchung der Senioren

6. Ergebnisse

6.1 Allgemeiner Teil

A) Angaben zur statistischen Erhebung

Bei den 21 befragten Heimen rangierte die Anzahl der Bewohner von 41 bis 226. Es ergab sich bei der Bewohneranzahl ein Median von 103 Senioren.

Auffällig ist der hohe Frauenanteil in den Altenheimen. Der Median betrug hier 81 Seniorinnen. Der Median für die männlichen Bewohner lag bei 15 Senioren.

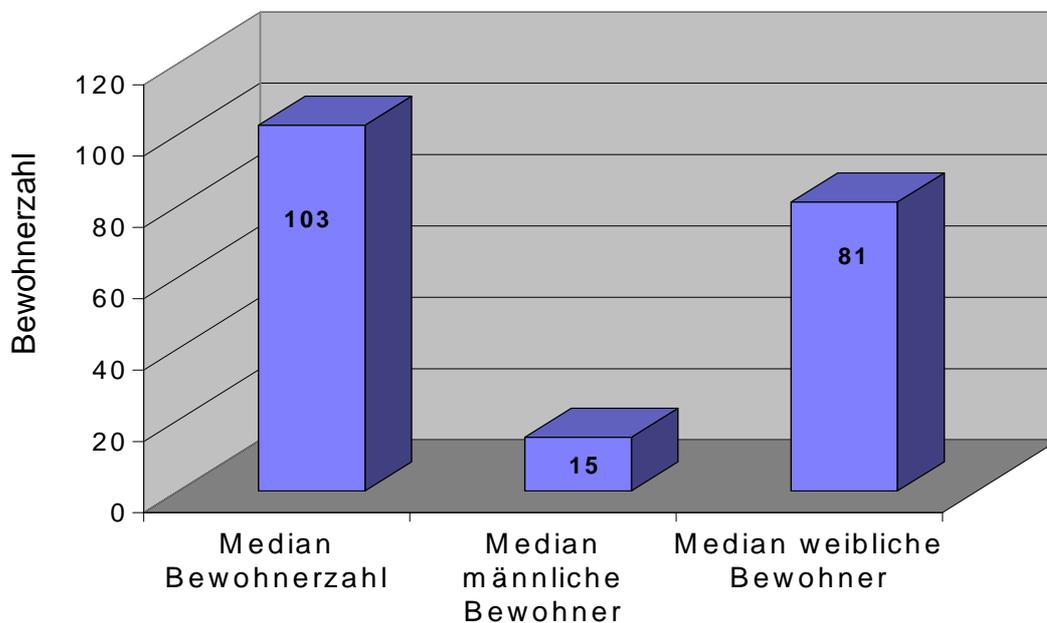


Abbildung 8: Median Bewohneranzahl und Geschlechterverteilung

In Abbildung 9 ist die Verteilung der Altersgruppen dargestellt. Der Anteil der unter 65- bis 80-Jährigen machte 30% aus. Die Altersgruppe der 86 bis 90 Jährigen machte den größten Anteil aus. Gefolgt wurde diese Gruppe von den über 90 Jährigen.

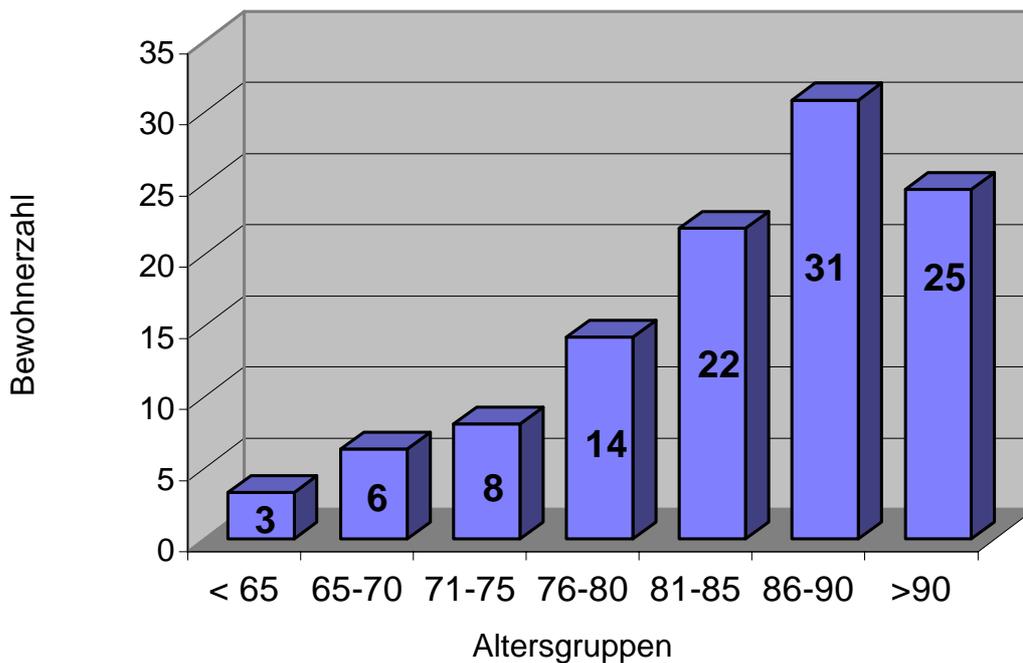


Abbildung 9: Altersverteilung der Senioren im Mittel

6.2 Spezieller Teil

A) Allgemeine Fragen zur ärztlichen / zahnärztlichen Versorgung

Von 21 befragten Heimen gaben zwei an, eine allgemeinmedizinische Untersuchung bei Neuaufnahme durchzuführen. In 19 Heimen fand keine gesonderte Untersuchung statt. Acht Heime führten keine Aufnahmeuntersuchung durch, da der aktuelle gesundheitliche Status durch den Hausarzt bekannt war. Vier der Heime haben über einen ärztlichen Fragebogen Informationen über den Gesundheitsstatus der neu aufzunehmenden Bewohner erhalten. Sieben Heime gaben keine gesonderte Begründung an (Abbildung 10).

Ein zahnmedizinische Untersuchung bei der Neuaufnahme fand in keinem der befragten Altenheime statt.

Einen zahnärztlichen Behandlungsraum besaß keines der befragten Heime. Jedoch verfügten zwei Heime über einen gesonderten Raum, in dem ärztliche Untersuchungen stattfinden können. Zahnmedizinische Reihenuntersuchungen wären damit organisatorisch möglich.

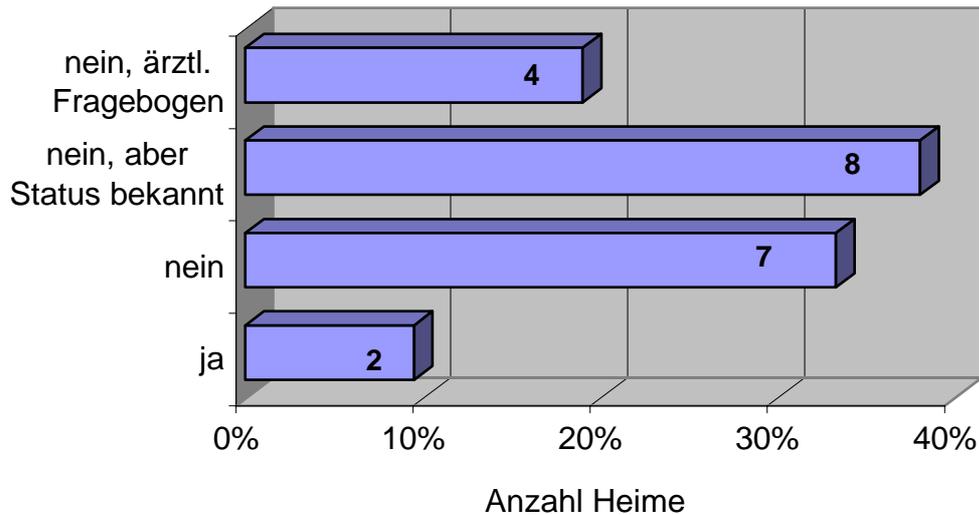


Abbildung 10: Allgemeinmedizinische Untersuchungen

Zahnärztliche Kontrolluntersuchungen ließen 19 Heime nicht durchführen. Zehn Heime (47,6%) sahen keine Notwendigkeit für zahnärztliche Kontrollen, sieben Heime (33,3%) hatten keinen zuständigen Zahnarzt für zahnärztliche Kontrolluntersuchungen, zwei Heime gaben keine gesonderte Begründung an. In zwei (9,5%) der Häuser fanden regelmäßige Kontrollen in unterschiedlichen Abständen statt (Abbildung 11).

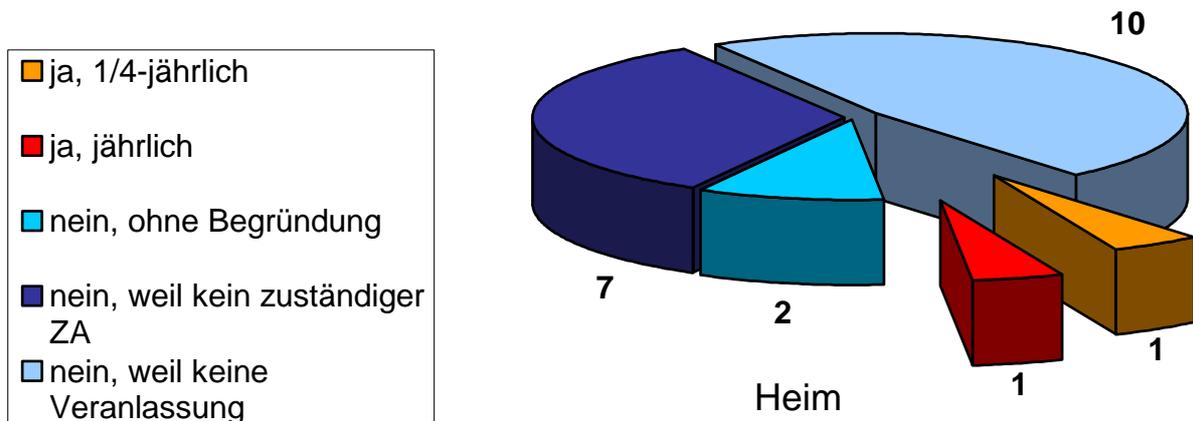


Abbildung 11: Zahnmedizinische Untersuchung bei Neuaufnahme

Bei der Frage, ob die Bewohner von einem Zahnarzt betreut werden (Abbildung 12), antworteten fast 90% mit ja. Sieben Heime (33,3%) haben sowohl einen Zahnarzt, der für das Heim zuständig ist, als auch eine Absicherung der Bewohner durch den bewohnereigenen Hauszahnarzt.

Da von der Heimleitung freie Arzt- und Apothekenwahl garantiert werden muss, müssen sich die Senioren oder ihre Betreuer selbstständig einen Zahnarzt suchen. 28,6% der Senioren suchten bei persönlichem Bedarf den Zahnarzt ihrer Wahl auf. Dies kann ihr bisheriger Hauszahnarzt sein, der sie vor Eintritt in das Altenheim betreute. Knapp ein Zehntel der Heime wurde von einem Zahnarzt betreut, der eng mit der Heimleitung zusammenarbeitet. Lediglich in zwei von 21 befragten Seniorenheimen fand nach Aussage der Pflegeleitung gar keine zahnärztliche Betreuung statt.

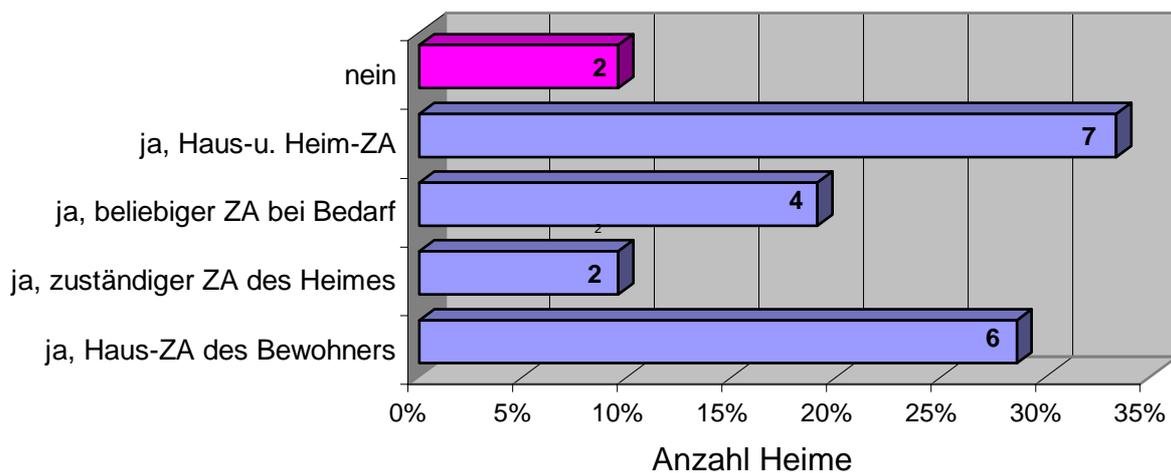


Abbildung 12: *Betreuung durch Zahnarzt*

Die zahnärztliche Behandlung der Senioren findet in 20 Heimen sowohl in der Praxis, als auch im Heim statt. Auch hier ist wieder zu beachten, dass die Behandlung im Heim nur in Ausnahmefällen stattfindet. In einem der 21 befragten Heime findet die Behandlung ausschließlich im eigenen Hause statt.

B) Mundgesundheitszustand der Senioren

Die befragten Personen sollten einschätzen, wie oft Kontakte zu den Senioren bestehen. In zwölf Heimen (57%) hatten die befragten Personen mehrmals täglich Kontakt zu den Senioren. Bei vier Heimen (19%) erfolgten einmal täglich Kontakte, bei fünf Heimen (23,8%) mehrmals wöchentlich. Diese Angaben fallen je nach Aufgabenbereich der befragten Person unterschiedlich aus. Mitarbeiter in der Pflegedienstleitung sind mit übergeordneten und organisatorischen Aufgaben in der Pflege betraut.

Der Kenntnisstand über den oralen Zustand der Bewohner wurde in zehn Heimen (47,6%) als gut bewertet. Vier Heime (19%) gaben ihren Kenntnisstand mit befriedigend an, zwei Heime (9,5%) mit ausreichend. In fünf Heimen hatten die befragten Personen überhaupt keine Kenntnis über den Mundgesundheitszustand der Senioren.

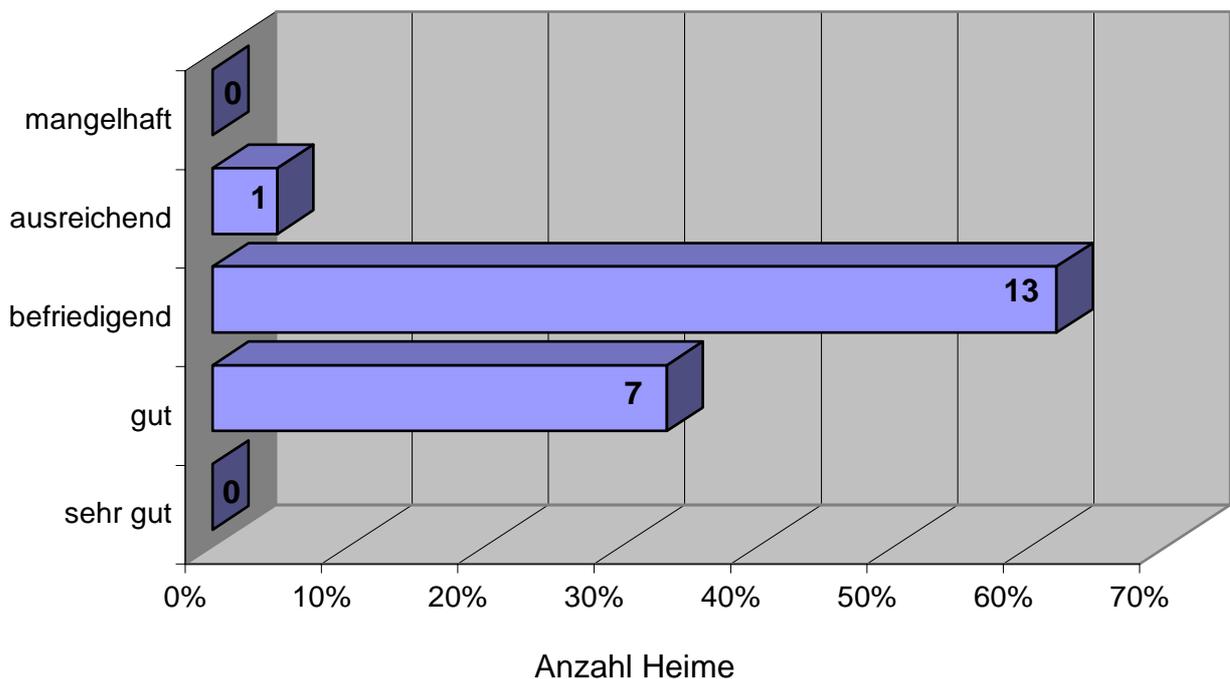


Abbildung 13: Einschätzung des oralen Gesundheitszustand

Von der Pflegedienstleitung wurde in sieben Heimen (33,3%) der orale Gesundheitszustand der Bewohner als gut eingeschätzt. Bei der Mehrheit, bei 13 Heimen (61,9%) wurde der orale Gesundheitszustand als befriedigend und lediglich in einem Heim als nur ausreichend befunden.

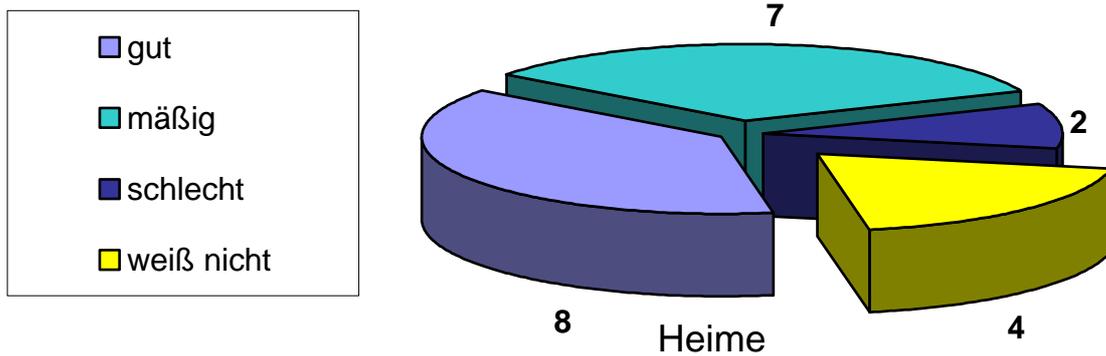


Abbildung 14: Mundhygiene der Senioren

Die Mundhygiene der Senioren wurde in acht Heimen (38,1%) mit gut bewertet. Die Mehrheit der pflegebedürftigen Senioren hatte nach Aussagen der Pflegeleitung eine mäßige (in sieben Heimen) bis schlechte (in acht Heimen) Mundhygiene. Vier Heime konnten keine Aussage über die Mundhygiene machen (Abbildung 14).

Die Pflegeleitung in neun Heimen (42,9%) schätzte die Zufriedenheit der Senioren mit ihren Zähnen / ihrem Zahnersatz als gut ein. Bei der Mehrheit, in 11 Heimen (52,4%) war die Zufriedenheit mäßig. In einem Heim konnte die befragte Person diesbezüglich keine Einschätzung vornehmen.

Zur Abschätzung des subjektiven zahnärztlichen Behandlungsbedarfs wurde gefragt, wie oft im Durchschnitt zahnmedizinische Probleme auftreten. Dabei wurden folgende Häufigkeiten festgestellt:

- tägliche Probleme, 1 Heim (4,8%), Bewohneranzahl 50, Median: 50 Personen
- öfters wöchentlich Probleme, 2 Heime (9,5%), Bewohneranzahl 157- 226, Median 192 Personen
- einmal wöchentlich Probleme, 6 Heime (28,6%), Bewohneranzahl 64 - 142, Median 116 Personen
- öfters monatlich Problem, 3 Heime (14,3%), Bewohneranzahl 63 – 125, Median 112 Personen
- monatlich Probleme, 5 Heime (23,8%), Bewohneranzahl 45 – 175, Median 93 Personen

- mehrmals jährlich Probleme, 3 Heime (14,3%), Bewohneranzahl 41 – 86, Median 85 Personen
- gar keine Probleme, 1 Heim (4,8%), Bewohneranzahl 130, Median 130 Personen

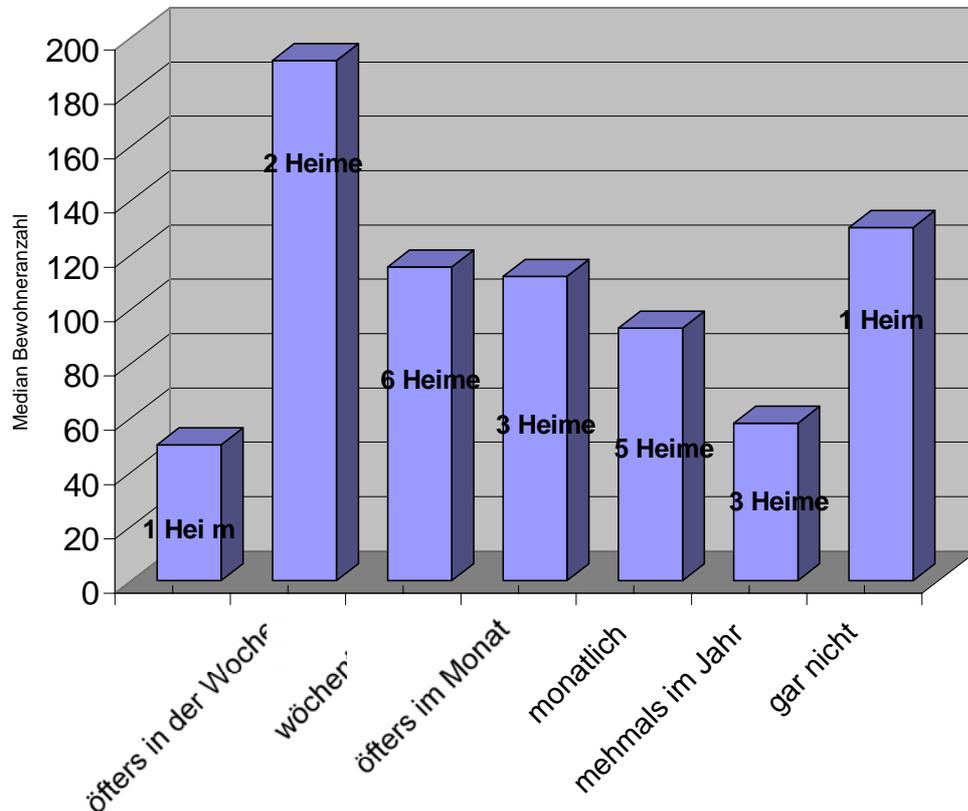


Abbildung 15: Häufigkeit zahnmedizinischer Probleme im Vergleich Median Heimbewohneranzahl

Bis auf ein Heim mit 50 Bewohnern, in dem täglich zahnmedizinische Probleme auftraten, und ein weiteres Heim mit 130 Bewohnern, in dem laut Aussage der Pflegedienstleitung keine zahnmedizinischen Probleme auftraten, scheint mit der Anzahl der zu betreuenden Senioren die Häufigkeit zahnmedizinischer Probleme zu steigen (Abbildung 15).

Das Orale Wohlbefinden der Betagten beeinflusst nach Einschätzung der Befragten Gesamtbefinden in 13 Heimen (61,9%) stark. In sieben Heimen (33,3%) wurde dem oralen Wohlbefinden eine sehr starke Bedeutung beigemessen. Nur ein Heim (4,8%) maß dem ein mäßige Bedeutung bei.

C) Pflege der Senioren unter zahnmedizinischen Aspekten

Die Frage, ob das Pflegepersonal in zahnmedizinischen Pflegemethoden geschult worden ist, ist von der Mehrheit der Heime (71,4%, 15 Heime) bejaht worden. Zusätzlich gaben diese Heime an, dass die Pflegemethoden teilweise in der Ausbildung der Pflege erlernt würden.

Eine Unterstützung bei der oralen Prophylaxe und Beratung in oralen Pflegemethoden durch einen Zahnarzt oder eine Zahnmedizinische Fachangestellte wünschten sich 15 Heime (71,4%). Sechs Heime haben die Frage, ob der Wunsch nach Unterstützung bestehe, verneint.

Die Überwachung der Zahn-, Mund- und Prothesenhygiene oblag in allen 21 befragten Heimen der Aufsicht durch das Pflegepersonal. Im Folgenden sei auf eine spezielle Pflegeanweisung des Altenheimes Neandertal zur Mundhygiene im besonderen hingewiesen. Diese wurde im Original übernommen.

Mund- und Zahnpflege

Stand 3/99

Seite 1

Ziele:

- Erhaltung der Kautätigkeit
- Erhaltung/ Herstellung von Wohlbefinden und Hygiene
- Prophylaxe von Krankheiten im Mundbereich
- beschwerdefreie orale Nahrungsaufnahme

Material:

Ein Mundpflegeset besteht aus:

- Nierenschale
- Becher für Lösung
- 1 Peanklemme
- Einmalhandschuhe
- Vaseline oder Bepanthen®
- mehreren Einmalspateln
- evtl. Mundkeil
- diverse Watteträger (groß)
- Kugeltupfer
- Fettstift

Mögliche Mundpflegelösungen:

- Salbeitee, Kamillentee, Wasser mit Zitrone, Butter mit Zitronensaft
- Medikamente z.B. Soor, **nur nach Anordnung**

Durchführung:

- Hände desinfizieren
- Einmalhandschuhe aufsetzen
- Bewohner informieren
- Bewohner nach Möglichkeit aufsetzen
- Mundzustand kontrollieren (ggf. Speisereste entfernen, auf Wunden achten)
- mit Lösung befeuchtetem Watteträger oder Klemme mit Kugeltupfer Mundhöhle sorgfältig auswischen (Gaumenbereich, Zunge, Wangentaschen, Zahnreihen)
- Tupfer nach jedem Wischvorgang wechseln
- Borkenbildung mit Butter oder Zitronensaft behandeln
- Lippen mit Fettstift oder Vaseline/ Nivea behandeln
- Bewohner mit natürlichen Zähnen diese mit einer weichen Zahnbürste tägl. reinigen

Nachbereitung:

- Material entsorgen
- Nierenschale, Klemme und Mundkeil desinfizieren
- immer frische Lösungen verwenden
- Bewohnerwünsche berücksichtigen
- Dokumentation

Zeitaufwand:

5 – 15 Minuten

Häufigkeit:

mindestens 2 x täglich

Qualifikation:

wenn keine Wunden o. Verletzungen vorliegen, jede eingewiesene Pflegekraft

Altenheim Neandertal+++Standard+++Altenheim Neandertal

Abbildung 16:

Arbeitsanweisung zur Mund- und Zahnpflege aus dem Altenheim Neandertal

D) Verbesserung zahnärztlicher Versorgung

Eine Verbesserung der Betreuung seitens der Zahnärzte war von 11 Heimen (52,4%) erwünscht. In zehn Heimen (47,6%) war die Pflegeleitung mit der zahnärztlichen Betreuung zufrieden und wünschte sich diesbezüglich keine Verbesserung.

Es sollte durch die Heime genauer definiert werden, was bezüglich der zahnmedizinischen Versorgung nach Ansicht des Pflegepersonals verbessert werden sollte. Dabei konnte mehrere Antworten gleichzeitig vergeben werden.

Tabelle 1: Häufigkeiten der Wünsche hinsichtlich einer Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung

Verbesserungswunsch	Häufigkeit
periodische Kontrollen im Recall durch einen Zahnarzt	11
Möglichkeit der Behandlung rollstuhl- abhängiger Patienten in jeder zahnärztlichen Praxis	11
bessere Ausbildung des Pflegepersonals in oraler Hygiene	8
Möglichkeit der Behandlung im Heim besonders in Notfällen	8
Bekanntgabe von Zahnärzten, die Heimbesuche durchführen	7
Bessere Transportmöglichkeiten der Senioren	2
Regelmäßige Mundhygienekontrollen durch entsprechend ausgebildetes Personal	1
obligatorisch zahnärztlichen Eintrittsuntersuchung	0

E) grundsätzliche Fragen zur Studie

Es wurde nach der persönlichen Meinung gefragt, ob es generell sinnvoll wäre, wenn sich Zahnmedizinstudenten speziell mit der Behandlung älterer Menschen in der Ausbildung beschäftigen. 20 Heime befürworteten dies, ein Heim hielt dies nicht für notwendig. Außer in einem Heim erklärten sich alle anderen der befragten Heime bereit, ein Praktikum für Zahnmedizinstudenten in ihrem Hause durchführen zu lassen.

Im Rahmen solch einer Studie wären 20 Heime bereit, die Senioren kurz zahnärztlich untersuchen zu lassen. Voraussetzung wäre natürlich das Einverständnis der Senioren selbst oder ihrer Betreuer.

7. Diskussion

7.1 Diskussion der Methode

29 Altenheime im Kreis Mettmann wurden im Örtlichen Fernsprechverzeichnis ermittelt und telefonisch kontaktiert. 21 Heime willigten in die Beantwortung des Fragebogens im Rahmen eines persönlichen Gespräches ein. Dieses dauerte im Schnitt 20-40 Minuten. Die anderen Heimleitungen willigten in die Befragung nicht ein, da sie einen zu hohen Arbeitsaufwand befürchteten. Eines der Heime meldete zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme Insolvenz an und war daher an der Studie ebenfalls nicht interessiert.

Aufgrund der hohen Teilnahmequote von 72,4% an der Befragung können die Angaben und Einschätzungen der Pflegedienst- bzw. Heimleitungen als repräsentativ für den Raum Mettmann angesehen werden. Insgesamt konnten 2281 pflegebedürftige Altenheimbewohner mittels dieses Fragebogens über die Heimleitungen erfasst werden.

Wie auch in den Vergleichsstudien konnte auch anhand der Auswertungen der Fragebögen festgestellt werden, dass die zahnmedizinische Betreuung in den Altenheimen verbesserungswürdig ist. Da aufgrund der Auslegung der Studie keine Gegenkontrolle im Sinne einer Befragung der Heimbewohner auf Richtigkeit der von der Heimleitung gemachten Angaben erfolgte und somit die Zuverlässigkeit der Antworten nicht überprüft werden konnte, lassen sich aus den Antworten lediglich Tendenzen ablesen. Es ist wahrscheinlich, dass die zahnmedizinische Situation in den Heimen von deren Leitungen günstiger dargestellt wurde, als sie tatsächlich ist.

7.2 Diskussion Ergebnisse

Grundaussage in allen Studien ist, dass eine Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung in Altenheimen erforderlich ist. Um eine möglichst große Bandbreite über die zahnmedizinische Versorgung in Altenheimen und die Probleme bei der Versorgung in ihrer Komplexität besser vergleichen zu können, wurden Veröffentlichungen und Dissertationen zu diesem Thema ab dem Jahr 1969 bis zum Jahr 2000 einbezogen. Die einzelnen Studien haben in ihren Erhebungen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, so dass nur Teilaspekte vergleichend

analysiert werden konnten. Insgesamt wurde eine Auswahl von 23 Arbeiten betrachtet. In vier der Studien fanden ausschließlich Befragungen der Altenheimbewohner und in fünf Studien nur der Heimleitungen statt. In zwei Studien wurden ausschließlich Ergebnisse von oralen Untersuchungen der Altenheimbewohner veröffentlicht. In der Mehrzahl der Arbeiten wurden die Altenheimbewohner befragt und anschließend nach ausgewählten Fragestellungen untersucht.

Bei zwei Arbeiten wurde neben einer oralen Untersuchung der Bewohner die Heimleitung befragt und in einer weiteren zusätzlich die Altenheimbewohner.

Tabelle 2: Übersicht über die Evaluationsmethoden der einbezogenen Studien

Methodik	Wissenschaftliches Skriptum
Befragung Altenheimbewohner	Wirz und Tschäppät (1989)
	Wilken (1990)
	Wefers (1994)
	Ziesemer (1999)
Befragung Heimleitung	Brunner, Wirz, Franscini (1987)
	Wirz, Brunner, Egloff (1989)
	Nitschke und Hopfenmüller (1991)
	Stark (1992)
	Wefers (1994)
Untersuchung Altenheimbewohner	Lechner (1998)
	Suter (1999)
Befragung + Untersuchung Altenheimbewohner	Lehnhardt (1969)
	Günther (1978)
	Wefers et al. (1989)
	Stark (1990)
	Naumann (1992)
	Stark et al. (1992)
	Nitschke und Hopfenmüller (1996)
Michels (1996)	
Befragung Heimleitung + Untersuchung Altenheimbewohner	Arzt (1991)
	Weiß (1992)
Befragung Heimleitung + Befragung und Untersuchung Altenheimbewohner	Töpfer (2000)

7.3 Ärztliche Untersuchung bei Neuaufnahme

Analog zu den Ergebnissen von WEIß (1992) im Großraum Hessen findet bei Neuaufnahme von Bewohnern in Altenheimen im Raum Mettmann nur in 9,5% aller Heime eine obligate ärztliche Untersuchung statt. Bei der Befragung von Alters-Pflegeheimen in der Schweiz lag die Anzahl der obligaten ärztlichen Eingangsuntersuchungen nach BRUNNER et al. (1987) bei 58%, in Bayern nach STARK (1992) bei 77%, in Hessen nach WEFERS (1994) bei 86% und in Sachsen nach TÖPFER (2000) sogar bei 100%.

Trotz der Befragungsergebnisse hinsichtlich einer fehlenden obligaten Eingangsuntersuchung kann jedoch aufgrund des vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erstellten Gutachtens über die pflegebedürftige Person zu Beginn eines Heimaufenthaltes von einem annähernd vollständigen Kenntnisstand der Gesundheitssituation ausgegangen werden.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft, ob und in welchem Maße die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfüllt sind. Dieses Gutachten enthält eine Pflegestufenempfehlung, die u.a. der hausärztlichen Stellungnahme zugrunde liegt.

7.4 Zahnärztliche Untersuchung bei Neuaufnahme

Zur Feststellung des gesundheitlichen Status quo des alten Menschen und zur Bestimmung eines eventuell bestehenden Therapiebedürfnisses ist eine obligate ärztliche und zahnärztliche Eingangsuntersuchung zwingend notwendig.

In der Mehrzahl der Alteneinrichtungen findet keine zahnärztliche Untersuchung bei Neuaufnahme statt: im Raum Mettmann zu 100%, nach WEFERS (1994) in Hessen zu 84% und nach BRUNNER et al. (1987) im Kanton Zürich, WIRZ et al. (1989) im Kanton Basel, NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1991) in Berlin West um die 70%. Aus den Befragungsergebnissen wird deutlich, dass die Zahl zahnärztlicher Eingangsuntersuchungen regional unterschiedlich ist.

In Mettmann wurde die Frage nach einem zahnärztlichen Behandlungszimmer nur einmal bei 21 befragten Alteneinrichtungen bejaht. Vergleichbare Ergebnisse unter

10% gab es in der Befragung der Heimleitungen nach NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1991) und nach STARK (1992). Die Bedingungen für zahnärztliche Eingangsuntersuchungen würden durch ein eigenes zahnärztliches Behandlungszimmer im Hause erleichtert werden. Aber auch ohne einen gesonderten Raum ist eine orale Untersuchung möglich. Sie erfordert ein zahnärztliches Grundbesteck, eine für die orale Inspektion geeignete Lampe und einen Stuhl mit verstellbarer Kopfstütze. Diese Grundausstattung sollte in jedem Heim vorhanden sein.

NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1991) fordern zahnärztliche Versorgungen möglichst vor Eintritt ins Heim abzuschließen, denn „zu diesem Zeitpunkt sind gegebenenfalls längere Behandlungen in gewohnter Umgebung und durch den Behandler des Vertrauens noch erfolgreich möglich“.

Manchmal kann dieser Forderung aber aus verschiedenen Gründen nicht Rechnung getragen werden (plötzlicher Pflegebedarf durch Krankheit, Tod der pflegenden Bezugsperson u.a.), so dass zumindest bei Eintritt ins Heim „als dem Zeitpunkt des besten gesundheitlichen Allgemeinzustandes“ eine zahnärztliche Sanierung angestrebt werden sollte (NITSCHKE und HOPFENMÜLLER 1991). Wenn aus den eben genannten Gründen eine zahnärztliche Sanierung vor Heimeintritt nicht realisiert werden konnte, ist die Bedeutung einer zahnärztlichen Eingangsuntersuchung noch gravierender.

7.5 Zahnärztliche Kontrolluntersuchungen nach Aussagen der Heimleitungen

Während des Aufenthaltes in einem Altenheim finden zum Großteil keine regelmäßigen Kontrolluntersuchungen durch einen Zahnarzt statt.

Im Jahr 2002 im Raum Mettmann gaben 9,5% der befragten Pflegedienstleitungen, in den Befragungen nach LEHNHARDT (1969) nur 8% der Heime zahnärztliche Kontrollen an.

In eigenen Gesprächen wurde deutlich, dass viele Pflegedienstleitungen keine Notwendigkeit für zahnärztliche Untersuchungen sehen, solange die Senioren nicht über Schmerzen oder mangelnde Funktionstüchtigkeit ihres Zahnersatzes etc. klagen. Den Bewohner routinemäßig zur Kontrolluntersuchung zu schicken, verletze nach Meinung der Heimleitungen das Selbstbestimmungsrecht des Heimbewohners und greife in seine Privatsphäre ein. Diesbezüglich wird ein Stück weit rechtlich verpflichtete Verantwortung seitens der Pflege gegenüber den Altenheimbewohnern negiert. Nach § 11 Abs. 3 des Heimgesetzes (HeimG) ist die gesundheitliche und pflegerische Betreuung der Bewohner durch den Träger der Einrichtung sicherzustellen.

Die Pflegedienstleitungen betonen diesbezüglich immer wieder, dass die Bewohnerrinnen und Bewohner das Recht der freien Arztwahl haben und jeder Bewohner den eigenen Hausarzt und Hauszahnarzt weiterhin konsultieren kann.

Das grundsätzlich bestehende Recht des Patienten/Heimbewohners auf freie Wahl des Arztes/Zahnarztes fußt auf dem Artikels 2 Abs. 1 des Grundgesetzes und garantiert eine allgemeine Handlungs- und Entfaltungsfreiheit des Einzelnen. Das Recht auf freie Wahl des Arztes/Zahnarztes erfährt seine Grenzen jedoch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in einer Beschränkung dieser Wahl auf Kassenärzte (Vertragsärzte). Dieses Recht findet im Sozialgesetzbuch (§ 76 SGB V) seinen Niederschlag und lautet wie folgt: „Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten [...], den Zahnkliniken der Krankenkassen, [...] den nach § 75 Abs. 3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten [...] frei wählen.“ Das bedeutet, es müssen zwischen Heim und Arzt/Zahnarzt vertragliche (angestellter Arzt) oder sonstige Vereinbarungen getroffen sein, die die Versorgung jederzeit sicherstellen (KUNZ et al. 1990). Eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bewohner soll insbesondere dann gewährleistet werden, wenn dem Bewohner selbst infolge von Erkrankungen

(psychisch-neurologischer oder somatischer Art) die Auswahl und der Besuch des eigenen Arztes/Zahnarztes nicht mehr möglich sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass den Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen ein Recht auf freie Arztwahl grundsätzlich im Rahmen ihres Krankenversicherungsstatus (gesetzliche oder private Krankenversicherung, GKV und PKV) zusteht, das Heim aber eine ärztliche/zahnärztliche Betreuung kraft Gesetz (HeimG) bzw. Vertrag (Heimvertrag) sichern muss, die dem Heimbewohner im Bedarfsfall eine ausreichende Versorgung gewährleistet. Aus dieser Notwendigkeit besteht seitens der Heime ein Bedarf an Zahnärzten in räumlicher Nähe, welche willens und organisatorisch in der Lage sind, sich an der zahnmedizinischen Versorgung der Bewohner aktiv zu beteiligen. Würden Kontrollen innerhalb des Heimes stattfinden, an denen die Bewohner freiwillig teilnehmen könnten, wäre sicher die Bereitwilligkeit sich einer Untersuchung zu unterziehen seitens vieler Senioren gegeben und eine Verbesserung der gegenwärtigen zahnärztlichen Versorgungssituation möglich.

In persönlichen Gesprächen wurde deutlich, dass sich manche der Heimleitungen einen Zahnarzt als Ansprechpartner wünschten. Schwierigkeiten bestehen für die Heime jedoch darin, Kontakt zu interessierten Zahnärzten aufzunehmen, die unter anderem zu Hausbesuchen bereit sind und sich den speziellen Problemen alter und zum Teil gesundheitlich erheblich beeinträchtigter Menschen annehmen können.

Andererseits sind laut § 20 der Berufsordnung niedergelassene Zahnärzte verpflichtet, Werbung zu unterlassen und die freie Arztwahl ist zu gewährleisten. Das bedeutet, dass ein Zahnarzt also nicht von sich aus an ein Altenheim herantreten kann, selbst wenn objektiv Therapiebedarf besteht.

Nach NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1992) sind fast die Hälfte der nicht in Senioreneinrichtungen tätigen Zahnärzte bereit, die zahnmedizinische Betreuung einer kleinen Gruppe von Senioren in einer Senioreneinrichtung zu übernehmen. Somit wäre es vorstellbar, dass mehrere Zahnärzte eine Senioreneinrichtung gemeinsam betreuen. Die Anzahl der zu betreuenden Senioren muss sich dabei nach den Möglichkeiten des Zahnarztes richten.

In den eigenen Befragungen gab es in zwei Fällen (9,5%) einen für das Heim zuständigen Zahnarzt. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen gab es aber trotzdem

nicht. Die Bezeichnung „zuständig“ ist insofern eingeschränkt zu betrachten, dass dieser gemäss Aussage der Heimleitungen nur bei zahnärztlichen Notfällen konsultiert wird.

In 28,6% der Heime wurde die Versorgung durch den Hauszahnarzt des jeweiligen Bewohners sichergestellt. Nach den Studien durch NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1991) wurden sogar 74% der Bewohner durch ihren Privatzahnarzt versorgt. In 33,3% gab es sowohl Haus-, als auch Heimzahnärzte. Die Begriffsdefinition Heimzahnarzt ist dabei so zu verstehen, dass dieser von der Pflegedienstleitung bei einem zahnmedizinischen Notfall konsultiert wird und bei Bedarf auch ins Heim kommt. Der Privat- bzw. Hauszahnarzt ist der Zahnarzt, den die Bewohner schon vor Eintritt in das Heim hatten und welchen sie in seiner Praxis aufsuchen.

Das Fehlen zahnärztlicher Kontrollen ist nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Früherkennung und Erfassung von malignen Tumoren bedenklich. Des weiteren darf nicht vergessen werden, dass sich Krankheiten wie Ernährungsstörungen, Hauterkrankungen oder fehlerhafte Blutzusammensetzung primär in der Mundhöhle manifestieren und der Zahnarzt der erste sein kann, der entsprechende Symptome zu Gesicht bekommt und deuten kann (HOLM-PEDERSEN und LÖE 1992).

Anhand der Ergebnisse wird deutlich, dass die Notwendigkeit regelmäßiger zahnärztlicher Kontrollen und professioneller Hilfeleistung bei der Mundhygiene sowie regelmäßiger Schulungen des Pflegepersonals zu wenig beachtet wird. Die Zahn- und Mundhygiene wird zwar als ein Teil der Krankenpflege angesehen (JUCHLI 1987), tritt aber angesichts der Gesamtsituation oftmals in den Hintergrund. Entsprechend sollte aber der Anfang aller Motivierungsprogramme zur Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung von institutionalisierten Älteren daher bei den Heimleitungen und dem Pflegepersonal gemacht werden (NITSCHKE und HOPFENMÜLLER 1991).

Im Raum Mettmann halten 11 Heime (52,4%) regelmäßige zahnärztliche Kontrollen für eine Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung. Nach STARK (1992) würden immerhin 66% der befragten Heime diese Kontrolluntersuchungen begrüßen, 53% der Heime hielten das aus den verschiedensten Gründen nicht für durchführbar. Diese Gründe sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 3: Gründe für die Nichtdurchführbarkeit regelmäßiger zahnärztlicher Untersuchungen in den Heimen (Mehrfachangaben waren möglich) gemäß STARK (1992)

Fehlen eines Untersuchungszimmers	59%
Mangelndes Interesse der Bewohner	51%
Eingriff in die Privatsphäre	38%
Belastung des Pflegepersonals	24%
Kosten	22%

Obgleich die Hälfte der Heime periodische Kontrollen im Recall begrüßen, beklagen sie aber auch die Probleme beim Transport des Patienten in die Zahnarztpraxis und die hohe Belastung des Pflegepersonals. Zahnarztbesuche hilfe- und pflegebedürftiger Senioren sind immer an eine Begleitperson, z.B. Personen des Pflegepersonals oder auch Verwandte der Senioren gebunden. Für das Altenheim ist es jedoch teuer und zeitraubend, bei jedem Zahnarztbesuch einen Angestellten zur Begleitung zur Verfügung stellen zu müssen.

Die personellen, organisatorischen und sozialen Rahmenbedingungen der Alteneinrichtungen haben sich nach der Einführung der Pflegeversicherung wesentlich verschlechtert. Während die Anzahl der Bewohner konstant blieb und der Pflegebedarf insbesondere durch psychische Krankheiten anstieg, fand ein Personalabbau in erheblichem Umfang statt. Aufgrund der steigenden Belastungen des Pflegepersonals wird die Betreuung schlechter und die allgemeinmedizinische Versorgung wird um so mehr der zahnmedizinischen Versorgung vorangestellt.

Eingeschränkte Gehfähigkeit und Beeinträchtigungen durch Allgemeinerkrankungen wirken sich negativ auf die aktive Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen aus. WIRZ und TSCHÄPPÄT (1989) verweisen darauf, dass viele die Anstrengungen der zahnärztlichen Behandlung nicht mehr auf sich nehmen wollen. Nach KNOLLE und STRASSBURG (1970) werden Gebisschäden von den Senioren weder als Funktionseinbuße noch als sozialen Kontakt hemmenden Faktor gesehen. Somit wird die Notwendigkeit einer regelmäßigen Betreuung von nur wenigen akzeptiert.

Die Erreichbarkeit der Praxis ist also ein wichtiger Aspekt. In den eigenen Befragungen bemängeln über die Hälfte der Pflegedienstleistungen, dass die Zahnarztpraxen nicht rollstuhlgerecht ausgestattet sind. Es bedarf an einer ausreichenden Anzahl von Parkplätzen, Zufahrtsrampen, verbreiterten Türen und evtl. Fahrstühlen. Wenn die Bewohner von Altenheimen nicht in ihrem Rollstuhl behandelt werden können, muss der Patient in den zahnärztlichen Behandlungsstuhl gehoben werden. Dies erfordert personellen und zeitlichen Aufwand auch für das Praxisteam.

Der Transport der Senioren in die zahnärztliche Praxis ist für den Zahnarzt am günstigsten, da er den Patienten mit eingespieltem Hilfspersonal und mit der vollen Praxisausstattung behandeln kann. Für den Zahnarzt ist sie auch die kostengünstigste Lösung, da mit ihr keine Anreise oder Aufbauzeit der Instrumente verbunden ist. Als Entlastung für das Pflegepersonal würden aber in den eigenen Befragungen acht Heimleitungen die Behandlung insbesondere in Notfällen im Altenheim begrüßen.

7.6 Frequenz zahnärztlicher Kontrollen nach Aussage der Senioren

Die Anzahl der Senioren, die sich regelmäßig zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen unterziehen, ist sehr gering. Nach LEHNHARDT (1969) sind es 5,8% der befragten Senioren, nach GÜNTHER (1978) 8,0% und nach WEFERS et al. (1989) 5,5%. Über 50% der Senioren halten einen Zahnarztbesuch für nicht erforderlich (LEHNHARDT 1969, WEFERS et al. 1989, WEIß 1992).

Die Diskrepanz zwischen subjektiver Einschätzung und objektiver oraler Gesundheit zieht sich wie ein roter Faden durch gerostomatologische Studien, welche sich mit Altenheimbewohnern befassen (BRUNNER et al. 1987; NITSCHKE und HOPFENMÜLLER 1991; STARK 1990; MICHELS 1996; TÖPFER 2000). Gründe sind u.a. die „meist gute Inkorporations- und Adaptationsfähigkeit der betagten Leute, aber auch die Hoffnungslosigkeit auf eine Verbesserung der oralen Situation und die ablehnende Haltung vieler alter Menschen gegenüber einer zahnmedizinischen Behandlung, die sich nach ihrer Ansicht ja doch nicht mehr lohne“ (WIRZ und TSCHÄPPÄT 1989). Die mangelnde Zugänglichkeit des älteren Patienten erschwert die Realisierung adäquater Maßnahmen zusätzlich erheblich.

Da aber der überwiegende Teil der alten Menschen mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgt ist, ließe sich bereits durch begrenzte und zumutbare zahnmedizinische Behandlungsmaßnahmen eine wesentliche Verbesserung der Gebissfunktion erreichen (STARK 1993).

Des Weiteren ist dem alten Menschen selbst oft infolge des erreichten biologischen Alters (Verslechterung der oralen Stereognostik) die Wahrnehmung des Nachlassens der Funktionstüchtigkeit des Zahnersatzes, der Bildung eines raumfordernden Prozesses oder des Wackelns eines Zahnes nicht ohne weiteres möglich (BALOGH et al. 1962; MARXKORS 1983).

Nach den Befragungen von ZIESEMER (1999) gaben fast 40% der Senioren als Grund für die Nicht-Inanspruchnahme eines Zahnarztes an, dass sie keine Verbesserung ihrer Mundgesundheit erwarten würden.

Eben weil die Mängelmeldung durch die Betroffenen selbst häufig ausbleibt und ein Großteil der Bewohner nicht mehr die entsprechende Eigenverantwortung besitzt,

bedarf es eines sensiblen und geschulten Pflegepersonals sowie zahnärztlicher Unterstützung.

Das Fehlen eines zahnärztlichen Eingangsbefundes sowie die fehlenden Routinekontrollen der Mundhöhle sind somit ein weiterer Grund für die Fehleinschätzung, eine Konsultation des Zahnarztes sei nicht notwendig. Nur diese Befunde können die Bewohner und die Heim – und Pflegedienstleitungen objektiv über einen tatsächlichen Behandlungsbedarf informieren.

7.7 Häufigkeit zahnärztlicher Probleme / Notfälle

Als die Heimleitungen einschätzen sollten, wie oft im Schnitt in ihrem Hause zahnmedizinische Probleme bzw. Notfälle auftreten würden, gaben in Mettmann 23,8% (Median Bewohneranzahl 45) einmal im Monat, 28,6% der Heime (Median Bewohneranzahl 64) wenigstens einmal wöchentlich und 9,5% (Median Bewohneranzahl 157) mehrmals wöchentlich zahnmedizinische Probleme an, so dass ein Zahnarzt entweder ins Heim kommen muss oder aufgesucht wird. Anhand dieser Häufigkeiten ist zu vermuten, dass mit steigenden Bewohnerzahlen in den Heimen auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens zahnmedizinischer Probleme ansteigt. Bei zwei der befragten Heime korreliert die Häufigkeit des Auftretens zahnmedizinischer Probleme nicht mit der Menge der zu betreuenden Heimbewohnern. Sowohl die Angabe, dass tägliche zahnmedizinische Probleme bei einer Anzahl von nur 50 Bewohnern auftreten, als auch die Angabe, dass keinerlei zahnmedizinische Probleme bei einer Anzahl von 130 Bewohnern aufgetreten seien, hebt sich deutlich von der Mehrheit der Befragungsergebnisse ab. Eine mögliche Erklärung ist die unterschiedliche Bewertung des Begriffes „zahnmedizinisches Problem“. So betrachtet eine Person beispielsweise eine Prothesendruckstelle als zahnmedizinisches Problem, während die andere dies als „normalen Zustand“ beim alten Menschen versteht. Des weiteren sollte beachtet werden, dass nur ein akutes Schmerzgeschehen vom zahnmedizinischen Laien als Notfall betrachtet. Ernsthafte Erkrankungsprozesse wie z.B. neoplastische Veränderungen verlaufen im Anfangsstadium aber ohne merkliche Beschwerden für den Betroffenen und könnten bei unzureichender Ausbildung und Kontrolle des Pflegepersonals unbeachtet bleiben. Es lässt vermuten, dass symptomlose Veränderungen in der Mundhöhle

nicht in diese Häufigkeitsangaben mit einfließen. Daher kann man davon ausgehen, dass der aus zahnärztlicher Sicht notwendige Behandlungsbedarf höher ist, als die Angabe der Häufigkeit des Auftretens zahnmedizinischer Probleme durch die Pflegedienstleitung.

7.8 Kontrollen der Zahn- und Mundhygiene

Das SGB XI definiert in § 14 Abs. 4 die Verrichtungen des täglichen Lebens, die bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen sind. Die Verrichtungen sind in vier Bereiche unterteilt: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Unter dem Abschnitt Körperpflege wird die Zahnpflege wie folgt erläutert:

„Die Zahnpflege umfasst sowohl die Vorbereitung wie zum Beispiel Zahnpasta-auf-die-Bürste-Geben und/oder das Aufschrauben von Behältnissen (Zahnpasta/Mundwasser) als auch den eigentlichen Putzvorgang und die Nachbereitung, aber auch die Reinigung von Zahnersatz und die Mundpflege, das heißt das Spülen der Mundhöhle mit Mundwasser und die mechanische Reinigung der Mundhöhle.“

Nach eigenen Befragungen obliegt in 95,2% der Heime die Zahn- und Zahnersatzpflege der Aufsicht des Pflegepersonals.

In den Befragungen nach BRUNNER et al. (1987) finden bei 42% und nach NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1991) bei 46% der Heime überhaupt keine Kontrollen der Mundhygiene statt. Diese Ergebnisse sind zu begründen, wenn in den Befragungen nicht pflegebedürftige Altenheimbewohner einbezogen waren.

Nach WIRZ et al. (1989) wird in 37% der Heime, nach NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1991) in 31% und nach STARK (1992) in 65% die Mundhygiene der Senioren regelmäßig kontrolliert.

Die mundhygienische Betreuung Betagter und Behinderter setzt für das Pflegepersonal die entsprechende Ausbildung in zahnärztlicher Prävention und Prothesenpflege voraus. Sie sollte in der Grundschulung der Krankenpflege verankert und durch spätere Weiterbildungskurse vertieft werden.

Da eine Inspektion der Mundhöhle nicht grundsätzlich als Pflegeeinheit vorgeschrieben ist, obliegt die Kontrolle des oralen Zustandes dem Engagement des Pflegepersonals bzw. der Pflegedienstleitung. In diesem Bereich sind einheitliche Standards somit dringend notwendig.

Eine Vereinheitlichung des Standards ist seit Inkrafttreten des neuen Pflegequalitätssicherungsgesetzes (PQsG) am 1. Januar 2002 zu erwarten. Erstmals wurde damit die Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen gesetzlich geregelt.

7.9 Kenntnisstand der oralen Situation bei Altenheimbewohnern

Etwa 64% aller Beschäftigten in Alteneinrichtungen gehören zur Berufsgruppe des Pflegepersonals. Darin einbezogen sind neben dem Krankenpflege- und Altenpflegepersonal mit fachberuflichem Abschluss auch das Pflegepersonal in Ausbildung und die im Pflegebereich Beschäftigten ohne berufsspezifischen Abschluss. Daraus ergibt sich, dass etwa 40% der in den Alteneinrichtungen tätigen Pflegekräfte über keinen fachspezifischen Abschluss verfügt.

Für die Erhaltung der oralen Gesundheit der Heimbewohner ist in hohem Maße das Pflegepersonal verantwortlich. Diesem obliegen weitgehend die Überwachung des Gebiss- und Mundhygienezustandes sowie die Anleitung und Unterstützung der Heimbewohner bei der Zahnpflege, soweit diesen Belangen überhaupt Beachtung geschenkt wird.

Wenngleich die orale Hygiene in der Geriatrie gegenüber den Problemen, die durch den schlechten Allgemeinzustand verursacht werden, oftmals sekundär erscheint, ist sie nach JUNG (1983) – neben der Erhaltung von Restgebiss, Mundgesundheit und gesamter Lebensqualität – dennoch zur Prävention größerer Schäden und Erkrankungen des Verdauungssystems erforderlich.

Bei der Befragung, wie gut die Pflegedienstleitung den oralen Zustand der Senioren kennt, antworteten im Raum Mettmann 10 Heime (47,6%) mit gut, 4 Heime (19%) mit befriedigend und 5 Heime (23,8%) mit gar nicht. Bei den Befragungen nach TÖPFER (2000) wurde der Kenntnisstand zu 25% mit sehr gut, 50% mit gut und zu 24% mit befriedigend bewertet. Sicher war hier entscheidend, wer die Frage beantwortet hat. So ist die Leitung der Pflege eher mit organisatorischen, administrativen Aufgaben betraut und ist darauf angewiesen, entsprechende Informationen über den Gesundheitszustand von der Pflegekraft selbst zu bekommen. In kleineren Häusern mit 40-60 Senioren ist der Kontakt zu den Senioren natürlich enger als in Häusern

mit bis zu über 100 zu pflegenden Senioren. Die oben genannten Zahlen zeigen trotzdem, dass hier nicht genügend Problembewusstsein über die Bedeutung vom Kenntnisstand über den oralen Gesundheitszustand und der damit möglichen Früherkennung von Mundschleimhautveränderungen vorliegt.

Bemerkenswerterweise beurteilten 61,9% der Heime, dass das orale Wohlbefinden das Gesamtbefinden der älteren Menschen stark, 33,3% sogar mit sehr stark beeinflusse. Dies widerspricht deutlich den Verhaltensmustern des Pflegepersonals in den Kontrollen der Mundhygiene, der oralen Gesundheit und beim Engagement zur Durchsetzung regelmäßiger zahnärztlicher Konsultationen.

7.10 Mundhygiene der Senioren aus Sicht der Heimleitung

Auf die Frage, wie die Mundhygiene der Senioren sei, beantworteten bei NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1991) 13% der Heimleitungen, bei STARK (1992) 26% und in der eigenen Studie 38,1% mit gut. Die Bewertung schlecht wurde im Raum Mettmann zu 9,5% gegeben, bei STARK zu 16% und bei NITSCHKE zu 24%. Eine ausreichende Mundhygiene bestätigen 33,3% der Heimleitungen in Mettmann und 58% in Bayern (STARK 1992).

Aus den Befragungsergebnissen der Heimleitungen bzw. Pflegedienstleitungen wird deutlich, dass insgesamt ein Mangel an Mundhygiene aufgrund nachlassender motorischer und sensorischer Fähigkeiten der Senioren gegeben ist. Diese Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit hygienefähigen Zahnersatzes hin. Eine Unterstützung durch eine zahnmedizinische Fachkraft wäre sinnvoll und als Prophylaxemaßnahme zur Erhaltung der oralen Gesundheit von Bedeutung.

7.11 Kenntnisstand des Pflegepersonals in Zahn- und Mundhygiene

Unabdingbare Voraussetzung für eine Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung in Seniorenheimen ist, dass von den Heimleitungen/Pflegedienstleitungen Defizite bei der zahnmedizinischen Betreuung sicher erkannt werden und sich für diesen Bereich ein Problembewusstsein entwickelt. Erst dann wird es möglich sein, mit Hilfe von engagierten Zahnärzten und Zahnarzhelferinnen zusammen mit dem Pflegepersonal erfolgreiche zahnmedizinische Betreuungskonzepte in die Seniorenheime einzuführen und in die Tat umzusetzen (NITSCHKE und HOPFENMÜLLER 1991).

Im Raum Mettmann ist nach Aussage der Pflegedienstleitung das Pflegepersonal in 16 Heimen (76,2%) in der Ausbildung in zahnmedizinischen Pflegemethoden geschult, in fünf Heimen (23,8%) ist es nicht geschult worden. In älteren Vergleichsstudien haben nach BRUNNER et al. (1987) 76% und nach NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1992) 89% des Pflegepersonals keine spezifische Ausbildung in Zahn- und Mundhygiene. Diese Befragungsergebnisse deuten auf eine gegenüber von vor mehr als zehn Jahren verbesserte Ausbildung bezüglich oraler Hygiene hin.

In Vergleichsstudien sollte das Pflegepersonal seinen eigenen Kenntnisstand mit „Schulnoten“ in oraler Hygiene bewerten. Nach ARZT (1991) beurteilen 50%, nach WEIß (1992) 53,9% und nach WEFERS (1994) 58% mit befriedigend bis ausreichend. 50% der Pflegedienstleitungen befanden die Lehrinhalte in der Ausbildung über orale Gesundheit und Hygiene nach TÖPFER (2000) als gut, 12,5% sogar als sehr gut, aber auch 12,5% als mangelhaft.

Auch aus diesen Befragungsergebnissen wird eine Verbesserungstendenz in den Ausbildungsinhalten erkennbar. Ein weiterer Fortschritt ist die Vereinheitlichung der spezifischen Ausbildungsinhalte. Mit dem Altenpflegegesetz des Bundes, das am 1. August 2003 in Kraft getreten ist, wurde die Ausbildung in der Altenpflege nun erstmals bundeseinheitlich geregelt. Das Bundesgesetz löst die unterschiedlichen Bestimmungen in den 16 Bundesländern ab. Die Ausbildungsstrukturen, Ausbildungsinhalte und Prüfungsanforderungen werden bundesweit einheitlich geregelt.

In den persönlichen Gesprächen mit den Pflegedienst- bzw. Heimleitungen wurden die Kenntnisdefizite des Personals in Fragen der oralen Gesundheit und der Mund- und Prothesenhygiene angesprochen. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Befragung der Heimleitungen durch WEFERS (1994) äußerten acht von 21 Heimen den Wunsch nach konkreten Weiterbildungsmaßnahmen.

BRUNNER et al. (1987) fordern, dass das Pflegepersonal und soweit möglich auch Familienangehörige von Altenheimbewohnern in regelmäßigen Abständen von prophylaktisch geschulten Fachleuten über die Bedeutung der oralen Hygiene informiert und entsprechend instruiert werden sollten, damit sie die Betagten zur besseren Mundhygiene anhalten und ihnen bei der Zahnreinigung wirksam beistehen können. So lassen sich nach HOLMQUIST (1971) selbst alte und kranke Menschen für zahnärztliche Kontrollen und Behandlungen motivieren, wenn sie über die Konsequenzen einer Unterlassung genügend aufgeklärt werden.

Der Wunsch nach Unterstützung bei der Prophylaxe durch eine zahnmedizinische Fachkraft besteht nach WIRZ et al. (1989) zu 39%, nach NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1991) zu 50%, nach STARK (1992) zu 65% und in den Befragungsergebnissen der eigenen Studie zu 71,4%.

Nach NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1991) sollte die Schulung nicht von der Heimleitung oder einer Person des Pflegepersonals durchgeführt werden. Vielmehr sollen dafür Zahnärzte und Zahnarthelferinnen mit einer speziellen Ausbildung in zahnmedizinischer Prophylaxe beim älteren und/oder behinderten Menschen herangezogen werden. Übergeordnete oral-gerontologische Beratungsstellen sollten die Seminare für die gerontologisch interessierten Zahnärzte und Pflegepersonal organisieren und damit den Kontakt zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen und das Verständnis für die gegenwärtigen Probleme wecken (NITSCHKE und HOPFENMÜLLER 1992).

Unter dem Aspekt der Prophylaxe und dem Aufwand einer invasiven zahnärztlichen Behandlung hat das Ausbildungsniveau und Engagement seitens der Pflege eine sehr hohe Bedeutung.

8. Lösungsansätze und Verbesserungsmöglichkeiten

Durch übergeordnete Fachbereiche passiert in den letzten zehn Jahren eine intensive Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex „zahnärztliche Betreuungssituation in Altenheimen“. Der im Jahr 1990 durch Dr. Klaus-Peter Wefers gegründete Arbeitskreis für Gerostomatologie (AKG) widmet sich wissenschaftlichen Fragestellungen zur zahnärztlichen Behandlung und Mundgesundheit im Senium, vermittelt die Verbreitung gerostomatologischer Forschungsergebnisse im In- und Ausland und unterstützt die zahnärztliche Fortbildung.

Da das Alter keine einheitliche Lebensphase ist, kann es deshalb auch nicht mit einheitlichen Versorgungsprogrammen beantwortet werden. „Junge Alte“, „alte Alte“ und „sehr alte Alte“ bilden ein breites Spektrum. Unter dem Aspekt Multimorbidität, altersphysiologische Abbausyndrome, einer geschwächte Immunabwehr u.a. zeigt sich die zahnmedizinische Betreuung dieser Zielgruppe als eine große Herausforderung. Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist somit um so mehr *ein* Bestandteil in der multidisziplinären Gesamtbetreuung. Das Fachwissen der Altenhilfe wird benötigt, um die typischen strukturellen Abläufe in einem Heim kennen zu lernen und berücksichtigen zu können. Somit ist eine enge Zusammenarbeit mit Fachkräften von Nöten.

Voraussetzung für eine Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung in Senioreneinrichtungen ist, dass nach Zahnärzten suchenden Heimleitungen und gerontologisch interessierte Zahnärzte Kontakt finden. Aufgabe der Zahnärztekammern müsste es sein, diesen eben genannten Kontakt herzustellen.

Gemäß den Untersuchungsergebnissen von NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1992) gibt es durchaus Bereitschaft unter den niedergelassenen Zahnärzten zur zahnmedizinischen Betreuung der Bewohner von Senioreneinrichtungen.

Die normale Praxistätigkeit des Zahnarztes sollte aber nicht wesentlich gestört werden. Es muss eine dem zusätzlichen Aufwand entsprechende Entlohnung gewährleistet werden. Die Gruppe der zu betreuenden Senioren sollte nicht zu groß sein, damit der Konsiliarzahnarzt neben seiner Praxistätigkeit zeitlich nicht überfordert wird, sondern sich seiner ihm anvertrauten Seniorengruppen intensiv widmen kann (NITSCHKE und HOPFENMÜLLER 1992).

Darüber hinaus fordern NITSCHKE und HOPFENMÜLLER (1996) die Einrichtung gerontologischer Beratungsstellen durch die Zahnärztekammern. In Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten sollen dann die Personen ausfindig gemacht werden, die einer zahnmedizinischen Betreuung bedürfen, aber nicht mehr in der Lage sind, diese für sich zu organisieren.

8.1 Kurzfristige Verbesserungsmöglichkeiten

Kurzfristig sind in den Alters- und Pflegeheimen Vorkehrungen zu treffen, die wenig kostspielig sind und auf breiter Basis größtmögliche Wirkung erzielen. Nach BRUNNER et al. (1987) gehören dazu in erster Linie prophylaktische Maßnahmen, wie Einschränkung des Zuckerkonsums, Verzicht auf kariogene Zwischenmahlzeiten, regelmäßige Verwendung fluoridhaltigen Kochsalzes und Einsatz von Fluoriden in Form von Pasten, Gelees oder Spüllösungen.

8.2 Broschüren der Zahnärztekammern

Mit der Herausgabe ihres neuen Leitfadens für Zahnärzte „Präventionsorientierte Zahnmedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns“ im Jahr 2002 wandte sich die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) dem demographischen Wandel der Bevölkerung als zentrale Herausforderung für die Gestaltung in Deutschland zu. Diese dritte Publikation aus der Leitfadenreihe der BZÄK basiert auf dem Gesamtkonzept der BZÄK „Prophylaxe ein Leben lang“. Sie dient Zahnärzten und deren Mitarbeitern als Orientierungshilfe und gibt Hinweise und praktische Tipps bei der zahnmedizinischen Betreuung älterer und alter Menschen. Des Weiteren kann seit 2002 bei der BZÄK ein Ratgeber für das Pflegepersonal mit dem Titel „Handbuch der Mundhygiene für betagte Menschen, chronisch Kranke und Behinderte“ angefordert werden.

8.3 Projekte verschiedener Kammerbereiche

In einigen Kammerbereichen sind bereits gezielte Projekte zur Betreuung älterer und immobiler Patienten umgesetzt worden.

Die Zahnärztekammer Berlin hat einen „Patientenführer“ erarbeitet. In dieser Broschüre finden sich für alle Stadtbezirke Adressen von Zahnarztpraxen, die besondere Vorkehrungen für den problemlosen Zugang zur Praxis getroffen haben (zum Beispiel Rollstuhlrampen), welche Praxis Behinderten- oder Senioreneinrichtungen betreut oder ob Hausbesuche durchgeführt werden.

In Bayern wird an einem Modell „Zahnärztliche ambulante Patientenbetreuung immobiler Patienten“ gearbeitet.

8.4 Tragbare zahnärztliche Behandlungseinheit

In Hessen gibt es seit 1993 das von der Landes Zahnärztekammer durchgeführte Projekt des zahnärztlichen tragbaren Behandlungskoffers, mit dem der Zahnarzt Patienten in Heimen, aber auch in häuslicher Pflege betreuen kann. Dabei handelte es sich um einen circa 17 Kilogramm schweren Aluminiumkoffer, der die wichtigsten Instrumente für die zahnmedizinische Behandlung außerhalb der Praxis enthält. So können beispielsweise überall Zahnsteinentfernungen und Füllungen vorgenommen werden. Interessierte Zahnärzte können die mobilen Behandlungseinheiten ausleihen.

Die Möglichkeit, Patienten in ihrer gewohnten Umgebung zu behandeln, ist ein Vorteil, denn es hat sich gezeigt, dass der gebrechliche Ältere die Störung, transportiert zu werden, nur schlecht verträgt (GOLDFARB 1971). Für inkontinente oder katheterisierte Patienten ist es immer am günstigsten, wenn sie in ihrer gewohnten Umgebung behandelt werden (ETTINGER und PINKHAM 1977). Außerdem werden die täglichen Abläufe in einem Heim weniger gestört, wenn seine Bewohner in eigenen Räumlichkeiten behandelt werden können, da kein Angehöriger des Pflegepersonals zur Begleitung gestellt werden muss (HOLM-PEDERSEN und LÖE 1992). Des weiteren wollen ältere Patienten gern von ihrem Hauszahnarzt versorgt werden, der sie schon Jahre zuvor versorgt hat. Gerade alte

Menschen lassen sich nicht gern von fremden Personen in den Mund schauen. Wenn der langjährige Hauszahnarzt die Betreuung weiterhin übernimmt, gibt es weniger Probleme.

8.5 Gerostomatologie in der Aus- und Weiterbildung

Angesichts der demographischen Entwicklung und der damit steigenden Anzahl älteren Patientenklientels fordert der Arbeitskreis für Gerostomatologie die stärkere Berücksichtigung gerostomatologischer Aspekte bei der Aus- und Weiterbildung der (Zahn-)Mediziner und des medizinischen Personals. Im Rahmen der universitären Ausbildung muss eher von einem Schattendasein gesprochen werden, wenngleich diese Thematik in der prothetischen Ausbildung nicht fehlt.

In eigenen Befragungen halten es 20 von 21 befragten Heimen generell für sinnvoll, wenn sich Studenten im Rahmen ihrer Ausbildung auch besonders mit der Behandlung Älterer beschäftigen. Sie würden ebenfalls ein Praktikum für Zahnmedizinstudenten im Hause begrüßen.

Auch nach WEIß (1992) und NAUMANN (1992) sollten Ausbildungsinhalte der Gerostomatologie (Prophylaxe, Therapie, besondere Krankheitsbilder usw.) mehr Eingang in die studentische Ausbildung an den Universitäten finden, damit jeder approbierte Zahnarzt in die Lage versetzt wird, alte Patienten, sei es zu Hause oder im Heim, altersspezifisch und erfolgreich behandeln zu können.

Nicht nur aus hochschulpädagogischer Sicht wäre die praktische Heranführung des zahnärztlichen Nachwuchses an die Probleme der Altenbetreuung und die Motivation für gerostomatologische Aufgaben ein Erfolg. Gemäß LENZ und KÜNZEL (1994) ist objektiv eine Besserung des Oralzustandes der Heimbewohner festzustellen und subjektiv wird die Sorge um die Mundgesundheit von den Senioren positiv bewertet.

Das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Erfurt konnte 1984 in einem Alten- und Pflegeheim der Stadt Erfurt mit 400 Heimplätzen einen zahnärztlichen Arbeitsplatz einrichten, an dem ein Zahnarzt der Hochschulklinik und Studenten (im Rahmen des Klinischen Kurses der Zahnärztlichen Prothetik) eingesetzt wurden [...]. Gleichzeitig wurde eine kontinuierliche zahnärztliche Dispensairebetreuung der Heimbewohner aufgebaut. Sie beinhaltete (unter Berücksichtigung der freien

Entscheidung des Patienten) eine zahnärztliche Befunderhebung beim Einzug in das Heim und das Angebot von regelmäßigen Kontrollen und der oral- und prothesenhygienischen Betreuung. Diese Aufgaben wurden jeweils für zwei bis drei Patienten in ihrem Wohnraum von einem Studenten für die Dauer von einem Jahr übernommen. Sie wurden durch den Zahnarzt (als Lehrauftrag der Hochschule) überwacht und als zusätzliche Studienleistung bescheinigt (LENZ und KÜNZEL 1994).

9. Schlussfolgerungen

Die zahnärztliche Betreuungssituation in Seniorenheimen hinkt weit hinter dem hohen Qualitätsstandard in der heutigen Zahnmedizin. In den Vergleichsstudien, die einen Zeitraum von 30 Jahren abdecken, wurden insgesamt ähnliche Ergebnisse erzielt wie in den eigenen Befragungen. Die Forderungen zur Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuungssituation sind bereits mehr als zehn Jahre alt. Doch noch immer finden in der Mehrzahl keine zahnärztlichen Eingangsuntersuchungen statt. Folglich müssten diese gesetzlich als Bedingung für die Aufnahme in ein Heim geregelt werden.

Nach eigenen Befragungen ist aus Sicht der Heimleitung nur bei 38% der Senioren die Mundhygiene gut. Das Engagement des Pflegepersonals ist nach dem persönlich gewonnenen Eindruck in den Befragungen sehr unterschiedlich. Auch könnten umfassendere Formulierungen des §14 des SGB XI hier der Verbesserung der Situation dienlich sein.

Einerseits betonen die Pflegeleitungen, dass der orale Gesundheitszustand einen großen Einfluss auf das Gesamtbefinden des Betagten habe, andererseits wird sich hinter dem „Recht des Patienten auf freie Arztwahl“ aus der Verantwortung gezogen. Die Senioren werden nur bedingt dazu angehalten, regelmäßig einen Zahnarzt zu konsultieren. Vor allem durch den hohen Anteil an Demenzerkrankten ist die Einflussnahme durch die Betreuungsperson oder das Pflegepersonal auf das Inanspruchnahmeverhalten von Zahnärzten von größter Bedeutung. Informationsveranstaltungen mit Sensibilisierung für unterlassene Mundpflege und orale Kontrollen müssten verstärkt werden.

Um das Pflegepersonal nicht zusätzlich zu belasten und um einen anstrengenden Transport der Senioren zu vermeiden, sind regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen vor Ort im Heim sinnvoll. Nur so könnte die Diskrepanz zwischen subjektiver Einschätzung der Mundgesundheit und dem objektivem oralen Zustand vermindert werden. Der Betagte selbst, die Pflegekraft oder aber Verwandte könnten auf eventuell notwendige Behandlungsmaßnahmen hingewiesen werden.

Gerostomatologisch engagierte Zahnärzte sollte es erlaubt sein, Sprechstunden im Heim anbieten zu dürfen. Vorausgehende Informationsveranstaltungen könnten die Senioren zur Inanspruchnahme einer Konsultation motivieren.

Die tragbaren zahnärztlichen Behandlungskoffer, wie im Modellprojekt in Hessen, müssten flächendeckend zum Einsatz kommen. Im Sinne einer Prävention und zur Vermeidung teurer zahnärztlicher Therapien sollten Anreize für den Einsatz der mobilen Behandlungseinheit von den Krankenkassen geschaffen werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Verbesserungstendenzen in den „Kinderschuhen“ stecken. Die Probleme sind erkannt, Lösungsansätze sind längst geliefert. Entsprechend den obigen Ausführungen sind nun reale Umsetzungen notwendig. Denn die zukünftigen Senioren generationen werden tendenziell anspruchsvoller in der zahnmedizinischen Versorgung sein als bisher.

Ein Zitat von SAUERWEIN (1983) soll der in dieser Arbeit diskutierten Problematik nochmals Nachdruck verleihen: „Nicht zuletzt bedeutet die nachsorgende Betreuung unserer älteren Patienten auch ein Stück mitmenschlicher Beziehung, die gerade der einsam gewordene alte Mensch häufig entbehrt. Ihm geben wir mit einem guten Gespräch, mit aufmunternden Worten zu seinen Sorgen und Problemen ein wertvolles Geschenk, das jenseits materieller Dimension liegt... Wir werden alle einmal auf das Können und das Verständnis eines Kollegen angewiesen sein, der uns in unserem Alter behandelt“.

10. Zusammenfassung

Die demographische Entwicklung der Bevölkerung stellt eine zentrale Herausforderung an die sozialen Sicherungssysteme dar. Für den prothetisch tätigen Zahnarzt wird ein zunehmend größerer Anteil der Bevölkerung mit erheblichen Zahnverlusten zu versorgen sein. Multimorbidität, altersphysiologische Veränderungen und eine geschwächte Immunabwehr machen die zahnmedizinische Betreuung dieser Zielgruppe zu einer großen Herausforderung.

Ziel dieser Arbeit war es, exemplarisch in der Region Mettmann im Rahmen einer persönlichen Befragung von 21 Heim- bzw. Pflegeleitungen eine Bestandsaufnahme zur Ist-Situation der zahnmedizinischen Versorgung und Betreuung der älteren Menschen durchzuführen. Ergänzend wurden Veröffentlichungen und Dissertationen zu diesem Thema ab dem Jahr 1969 bis zum Jahr 2000 vergleichend mit einbezogen.

Die zahnärztliche Betreuung in Alten- und Pflegeeinrichtungen ist stark verbesserungsbedürftig. In allen 21 befragten Heimen wurde die Mundgesundheit bei den Eingangsuntersuchungen vor Aufnahme in die Alteneinrichtung ganz außer Acht gelassen. Auch in der Vergleichsstudie bei WEFERS (1994) fanden diese zu 84% nicht statt. Regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen erfolgten selten (in 9,5% der Heime) oder gar nicht (90,5% der Heime). Zu den genannten Gründen zählten u.a. das Fehlen eines Behandlungszimmers in der Senioreneinrichtung, das mangelnde Interesse der Heimbewohner an der Zahngesundheit, Probleme beim Transport und die höhere Belastung des Pflegepersonals. Der orale Gesundheitszustand der Bewohner wurde in 61,9% der Heime von der Pflegeleitung lediglich als mäßig eingeschätzt, obgleich das orale Wohlbefinden sich nach Aussage von 13 Pflegeleitungen *stark* auf das Allgemeinbefinden des Betagten auswirke.

Die Zahn- und Zahnersatzpflege obliegt der Aufsicht des Personals. Dies ist im SGB XI §14 gesetzlich geregelt. Für die mundhygienische Betreuung ist aber eine entsprechende Ausbildung des Pflegepersonals in zahnärztlicher Prävention und Prothesenpflege Voraussetzung. In den eigenen Befragungen gaben 76,2% der Heime an, dass das Pflegepersonal in zahnmedizinischen Pflegemethoden geschult sei. Der Bedarf an Fortbildungen in diesem Bereich wurde jedoch oft erwähnt.

Insbesondere auf die Folgen unterlassener Kontrollen der Mundgesundheit sollte verstärkt verwiesen werden.

71,4% der Heime wünschten sich Unterstützung bei der oralen Prophylaxe durch einen Zahnarzt oder eine zahnmedizinische Fachkraft. Periodische Kontrollen im Recall durch einen Zahnarzt, der ins Heim kommt, und die Möglichkeit der Behandlung rollstuhlabhängiger Patienten in jeder Praxis waren die am häufigsten genannten Verbesserungswünsche.

Das Heim ist rechtlich verpflichtet, eine ärztliche/zahnärztliche Betreuung zu sichern, die dem Heimbewohner im Bedarfsfall eine ausreichende Versorgung gewährleistet.

Die Nachfrage von den Senioren selbst nach regelmäßigen zahnärztlichen Kontrollen ist allgemein mit 5,5% (WEFERS 1989) sehr gering. Über 50% der Senioren halten einen Zahnarztbesuch für nicht erforderlich (LEHNHARDT 1969, WEFERS et al. 1989, WEIß 1992).

Es besteht somit ein Bedarf an gerostomatologisch interessierten Zahnärzten, die speziell auf die Bedürfnisse der Senioren, z.B. in Form von Heimbisuchen, eingerichtet sind. Bereits lokal durchgeführte Modellprojekte zur Verbesserung der Betreuungssituation sind neben Ratgebern zur Mundhygiene Betagter, Patientenführern mit Adressen von Zahnarztpraxen, die im Speziellen auch auf die Bedürfnisse von betagten Menschen eingerichtet sind, auch Modellversuche mit tragbaren zahnärztlichen Behandlungseinheiten oder Betreuungsprojekte von Altenheimbewohnern durch Zahnmedizinstudenten.

Das Interesse auf dem Gebiet der Alterszahnheilkunde ist in den letzten 15 Jahren stark gewachsen und die Bedeutung dieses Fachgebietes ist erkannt. Lösungsansätze zur Verbesserung der gegenwärtigen Betreuungssituation von Altenheimbewohnern sind längst geliefert, so dass es notwendig erscheint, diesbezüglich gesetzliche Regelungen zur konkreten und flächendeckenden Umsetzung zu initiieren.

11. Literaturverzeichnis

- 1 ARMENIO, G. (1959)
Gerontologia stomatologica
In: KÜNZEL, W. (Hrsg.)
Referate einer epidemiologischen Tagung
Quintessenz, Berlin, 59
- 2 ARZT, D. (1991)
Untersuchungen zur zahnärztlichen Betreuung und zum oralen Gesundheits-
und Hygienestatus von erhöht und schwer pflegebedürftigen
Altenheimbewohnern in Wetterau.
Med Diss Gießen
- 3 BALOGH, K., MOLNAR, L., SCHRANZ, D., USZAR, G. (1962)
Gerostomatologie
Barth Verlag, Leipzig
- 4 BAROFSKY, I. (2001)
Health-related quality of life ist the ultimate outcome of health care
In: Vierter Bericht zu Lage der Älteren Generation
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
- 5 BRANZI, A. (1956)
Gerodontostomatologie
Geront Suppl 9, 6
- 6 BREUSTEDT, A. (1978)
Stomatologische Betreuung im höheren Lebensalter
Barth Verlag, Leipzig
- 7 BRUDER, J., LUCKE, C., SCHRAMM, A., TEWS, H.P., WERNER, H. (1991)
Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie eV, Hannover

- 8 BRUNNER, T., WIRZ, J., FRANSCINI, M. (1987)
Die zahnmedizinische Betreuung in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zürich.
Schweiz Mschr Zahnmed 97, 304
- 9 BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN; FRAUEN UND JUGEND
(2002)
Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation: Risiken. Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin
- 10 BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN; FRAUEN UND JUGEND
(1998)
Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen
Band 147.2
W. Kohlhammer, Stuttgart
- 11 BÜRGER, M. (1947)
Altern und Krankheiten
Thieme, Leipzig
- 12 DRITTE DEUTSCHE MUNDGESUNDHEITSSTUDIE (1997)
Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- 13 EITNER, S. (1966)
Gerohygiene
VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin
- 14 ETTINGER, R. L., PINKHAM, J. R. (1977)
Dental care for the homebound: Assessment and hygiene
Aust Dent J 22, 77

- 15 GOLDFARB, A. (1971)
Predictors of mortality in the institutionalized aged
In: HOLM-PEDERSEN, P. und LÖE, H. (Hrsg.)
Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 379
- 16 GORMAN, J.T. (1952)
Recent advances in geriodontology
Dent Students Mag 21, No.9
- 17 GÜNTHER, A. (1978)
Probleme der Zahn- und Mundgesundheit bei Feierabend- und
Pflegeheimbewohnern der Stadt Döbeln 1978
Med Diss Rostock
- 18 HEINZE R., NAEGELE G., STRÜNCK, C. (1996)
Soziale Dienste unter Modernisierungsdruck – Neue Bedarfe und
Entwicklungstrends im Altenbereich
Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29, 46-50
- 19 HOFFMANN-AXTHELM (2000)
Lexikon der Zahnmedizin, 6. Auflage
Quintessenz, Berlin
- 20 HOLM-PEDERSEN, P., LÖE, H. (1992)
Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- 21 JUCHLI, L. (1987)
Allgemeine und spezielle Krankenpflege, 5. Auflage
Thieme, Stuttgart
- 22 KIYAK, H. A. (1993)
Oral health promotion in old age
In: SCHOU, L., BLINKHORN, A. (Hrsg.): Oral Health Promotion
Oxford University Press, Oxford, 207

- 23 KNOLLE, G., STRASSBURG, M. (1970)
Zur zahnärztlichen Betreuung alter Menschen
Dtsch zahnärztl Z 25, 92
- 24 KUNZ, E., RUF, F., WIEDEMANN, E. (1990)
Heimgesetz-Kommentar
Becksche Verlagsbuchhandlung, München
- 25 KÜNZEL, W. (1990)
Gerostomatologie
Quintessenz, Berlin
- 26 LANDT, H. (1985)
Gerontologie
Zahnärztliche Welt 94, 801
- 27 LANGELAND, O. C., BROOZER, C.H. (1972)
The role of the dentist in geriatric patient care
In. HOLM-PEDERSEN, P. und LÖE, H. (Hrsg.)
Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 371
- 28 LECHNER, M. (1998)
Mundgesundheitszustand alter Menschen in Seniorenheimen
BZB 10, 23
- 29 LEHNHARDT, D. (1969)
Zur Frage der zahnärztlichen Versorgung von Altersheimbewohnern
Med Diss Düsseldorf
- 30 LENZ, E. und KÜNZEL, W. (1994)
Die zahnärztliche prothetische Betreuung der Seniorenengeneration:
Ergebnisse und Konsequenzen epidemiologischer Studien
Quintessenz Zahntechnik 20, 1179

- 31 LOHMANN, S. (1991)
Altenhilfe
In: OSWALD, D. , HERMANN, W., KANOWSKI, S., LEHR, U., THOMAE, H.:
Gerontologie 2. Auflage,
W. Kohlhammer, Stuttgart
- 32 MICHELS, F. (1996)
Zahnärztlich-prothetische Versorgung und Compliance bei Altenheimbewohnern
Med Diss Marburg
- 33 NASCHER, I. L. (1909)
Geriatrics
New York Med J 90, 358
- 34 NAUMANN, J. (1992)
Untersuchungen zum oralen Gesundheitszustand sowie zahnärztlichen
Betreuungsgrad und – bedarf bei älteren und alten Bürgern der Stadt
Chemnitz – ein Beitrag zur Multinationalen Studie Gerostomatologie
Med Diss Erfurt
- 35 NITSCHKE, I., HOPFENMÜLLER, W. (1991)
Zahnmedizinische Betreuung in Seniorenheimen – Organisation und Beurteilung
durch die Heimleitungen
Dtsch Stomatol 41, 432
- 36 NITSCHKE, I., HOPFENMÜLLER, W. (1992)
Zahnärztliche Behandlung von Senioren – Befragung niedergelassener Zahnärzte
Zahnärztl Welt 101, 868
- 37 NITSCHKE, I., HOPFENMÜLLER, W. (1996)
Die Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen
In: MAYER, K. U., BALTES, P. B. (Hrsg.)
Die Berliner Altersstudie
Akademie Verlag, Berlin, 429

- 38 NITSCHKE, I.; STRUCK R. (2001)
Zahntechnische und zahnmedizinische Aspekte bei der
geriatrischen Rehabilitation
In: WIRZ, J. (Hrsg.)
Restaurative Zahnmedizin 200X
Quintessenz, Berlin
- 39 PEISACHOWITSCH, I.M. (1973)
Gerontostomatologija
In: KÜNZEL, W. (Hrsg.)
Referate einer epidemiologischen Tagung
Quintessenz, Berlin, 59
- 40 RYBNIKOW, N.A. (1990)
Das Problem der Psychologie des Alterns (Russ.)
In: KÜNZEL, W. (Hrsg.)
Referate einer epidemiologischen Tagung
Quintessenz, Berlin, 59
- 41 SAUERWEIN, E. (1981)
Gerontostomatologie
Thieme, Stuttgart
- 42 SAUERWEIN, E. (1983)
Alterszahnheilkunde
2. Auflage
Thieme, Stuttgart
- 43 STARK, H., HOLSTE, Th. (1990)
Untersuchungen über die zahnärztlich – prothetische Versorgung
von Bewohnern Würzburger Altenheime
Dtsch Zahnärztl Z 45, 604
- 44 STARK, H. (1992)
Untersuchung zur zahnmedizinischen Betreuung in den Heimen der Altenhilfe in
Bayern
Dtsch Zahnärztl Z 47, 124

- 45 STATISTISCHES BUNDESAMT (2003)
Bevölkerung Deutschlands bis 2050- Ergebnisse der 10. koordinierten
Bevölkerungsvorausberechnung vom 06.06.2003
Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, <http://www.destatis.de>
- 46 SUTER, J. (1999)
Gerostomatologischer Behandlungsbedarf von Altersheimbewohnern
in der Schweiz
Med Diss Jena
- 47 THOMAS, B.O.A. (1946)
"Gerodontology": the study of changes in oral tissue assoiated with aging
J Am Dent Assoc 33, 207
- 48 TÖPFER, J. (2000)
Oraler Gesundheitszustand von Altenheimbewohnern
Med Diss Leipzig
- 49 WEFERS, K.-P. (1994)
Zur zahnärztlichen Betreuung hessischer Altenpflegeheime
Teil I: Die Versorgung im Meinungsbild der Heimleitungen
Z Gerontol 27, 429
- 50 WEFERS, K.-P., HEIMANN, M., KLEIN, J., WETZEL, W.-E. (1989)
Untersuchungen zum Gesundheits- und Mundhygienebewusstsein bei
Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen
Dtsch Zahnärztl Z 44, 628
- 51 WEIß, L.-St. (1992)
Zur Zahnmedizinischen Versorgung in Alten- und Altenpflegeheimen des
hessischen Landkreises Waldeck, Falkenberg
Med Diss Gießen
- 52 WILKEN, M.-Th. (1990)
Die zahnärztlich-prothetische Versorgung älterer Menschen am Beispiel
Münsteraner Altenheimbewohner. Eine qualitative und quantitative Studie
Med Diss Münster

- 53 WIRZ, J., TSCHÄPPÄT, P. (1989)
Mundhygiene, Zahngesundheit und prothetische Versorgung von
Altersheim pensionären und Geriatriepatienten. Eine Untersuchung in der
Adullam-Stiftung Basel
Schweiz Mschr Zahnmed 99, 1253
- 54 WIRZ, J., BRUNNER, T., EGLOFF, J. (1989)
Die zahnmedizinische Betreuung von Betagten
Schweiz Mschr Zahnmed 99: 1267
- 55 WIRZ, J. (2001)
Restaurative Zahnmedizin 200X. Neue, zukunftsgerichtete Erkenntnisse
und Wege
Quintessenz, Berlin
- 56 ZIEGLER, J.E. (1986)
Geridontics
Dent Ass 24, 29
- 57 ZIESEMER, J. (1999)
Erwartungshaltung von Senioren und Seniorinnen bezüglich eigener
Mundgesundheit und zahnärztlicher Versorgung: eine Interview-Studie in
Kölner Altenwohnheimen, Altenheimen
Med Diss Aachen

Rechtsvorschriften

BÜRGERLICHES GESETZBUCH (1896, zuletzt geändert 2002)

Bürgerliches Gesetzbuch vom 18.02.1896 in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002

RGBl. 1896, I S. 195, BGBl. 2002, I S. 2909

GESETZ ZUR REFORM DER VORMUNDSCHAFT FÜR VOLLJÄHRIGE (1990)

Gesetz zur Reform der Vormundschaft für Volljährige vom 12.09.1990

BGBl. 1990, I S. 2002

GRUNDGESETZ (1949, zuletzt geändert 2002)

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1949 zuletzt geändert am 26.07.2002

BGBl 1949, I S. 1, BGBl. 2002, I S. 2863

HEIMGESETZ (1990)

Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz) vom 23.04.1990

BGBl. I S. 764

STRAFGESETZBUCH (1871, zuletzt geändert 2004)

Strafgesetzbuch vom 15.05.1871 zuletzt geändert am 15.12.2004

RGBl 1871, I S. 127, BGBl 2004, I S. 3396



UNIVERSITÄTSKLINIKUM DÜSSELDORF
Westdeutsche Kieferklinik

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik - Direktor: Univ.-Prof. Dr. U. Stüttgen

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf

Hausanschrift:
Moorenstr. 5, D-40225 Düsseldorf
Telefon: 0211/ 81-00 (Zentrale)
Telefax: 0211/ 81-16280
(Kieferklinik)

Durchwahl: 0211/81-18142 od. -
18153
Auskunft erteilt:
Priv.-Doz. Dr. A. Hugger

Düsseldorf, den 19.8.2002

Geplante Untersuchung zur Situation der zahnmed. Versorgung älterer Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen hat in Deutschland längst noch nicht den Stand erreicht, wie er eigentlich notwendig wäre, um von einem angemessenen Niveau zu sprechen. Viele Faktoren spielen dabei eine Rolle; u.a. scheint das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer zahnmedizinischen Betreuung älterer Menschen vielfach nicht in dem Maße entwickelt zu sein, wie es beispielsweise für präventive Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen schon längst besteht.

Eine Arbeitsgruppe der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf möchte sich der Situation der zahnmedizinischen Versorgung bei älteren Menschen annehmen und benötigt dazu **Ihre wertvolle Mitarbeit**. Zur Planung erforderlicher Schritte ist es zunächst unbedingt notwendig, eine Bestandsaufnahme zur Ist-Situation der zahnmedizinischen Versorgung und Betreuung der älteren Menschen in der Region Düsseldorf (Neuss, Düsseldorf, Mettmann) durchzuführen. Zu diesem Zwecke wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns in einem persönlichen Gespräch einige Fragen beantworten könnten. Zwecks konkreter Realisierung des Gesprächs würden wir uns in den nächsten Tagen mit Ihnen telefonisch in Verbindung setzen. Alle erhobenen Daten werden in anonymisierter Form wissenschaftlich aufgearbeitet.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns bei der erforderlichen Bestandsaufnahme über die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen behilflich sein könnten. Für eventuelle Rückfragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen (Doktorandinnen) der Arbeitsgruppe und selbstverständlich auch ich telefonisch gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Priv.-Doz. Dr. Alfons Hugger
Oberarzt der Klinik



UNIVERSITÄTSKLINIKUM DÜSSELDORF
Westdeutsche Kieferklinik
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik - Direktor: Univ.-Prof. Dr. U. Stüttgen

Studienprojekt: Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen in der Region Mettmann

Befragung der Heimleitung

1) Wieviele Bewohner werden in Ihrem Hause betreut?

2) Anzahl der weiblichen Bewohner: _____

3) Anzahl der männlichen Bewohner: _____

4) Anzahl der unter 65-Jährigen: _____ Anzahl der 65- bis 70-Jährigen: _____

Anzahl der 71- bis 75-Jährigen: _____ Anzahl der 76- bis 80-Jährigen: _____

Anzahl der 81- bis 85-Jährigen: _____ Anzahl der 86- bis 90-Jährigen: _____

Anzahl der über 90-Jährigen: _____

4) Findet eine allgemeinmedizinische Untersuchung bei der Neuaufnahme statt?

ja

nein

5) Findet eine zahnmedizinische Untersuchung bei der Neuaufnahme statt?

ja

-obligatorisch

-fakultativ

nein

6) Haben sie Kenntnis über den oralen Gesundheitszustand Ihrer Bewohner?

ja

Informationswege:

-Pflegepersonal

-Heimbewohner (persönlich)

-Arzt/Zahnarzt

-Verwandte/Angehörige

-Sonstiges _____

nein

7) Finden zahnärztliche Kontrolluntersuchungen statt?

ja

-halbjährlich

jährlich

seltener

Veranlassung durch:

-Heimbewohner (Eigeninitiative)

-Verwandte/Angehörige

-Pflegepersonal

-Arzt / Zahnarzt

nein

Gründe:

-zeitlicher Aufwand zu hoch

-kein Transport möglich

-Personalmangel

-keine Behandlung vor Ort möglich

-kein zuständiger Zahnarzt

-Sonstiges _____

8) Erfolgt eine Überwachung der Mundhygiene, Zahn- und Prothesenpflege durch das Heimpersonal?

ja

nein

Gründe:

-zeitlicher Aufwand zu hoch

-Personalmangel

-fehlende Fachkenntnisse

-Eingriff in die Privatsphäre zu groß

-Sonstiges _____

9) Ist das Pflegepersonal in zahnmedizinischen Pflegemethoden (Zahnreinigung, Prophylaxe) geschult?

ja

nein

10) Ist in Ihrem Hause ein zahnärztliches Behandlungszimmer vorhanden?

ja

nein

11) Werden die Bewohner von einem Zahnarzt betreut?

ja

-Hauszahnarzt des jeweiligen Bewohners

-zuständiger Zahnarzt für das Heim

-beliebiger Zahnarzt

nein

12) Falls ein zahnärztliche Betreuung stattfindet, in welcher Form?

-außerhalb des Heimes (Praxis)

-Zahnarzt kommt ins Heim

-Sonstiges _____

13) Wie schätzen Sie den oralen Gesundheitszustand Ihrer Heimbewohner ein?

sehr gut

gut

befriedigend

ausreichend

mangelhaft

14) Besteht der Wunsch der Heimleitung nach Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung?

ja

nein

15) Was sollte verbessert werden?

-periodische Kontrollen im Recall-System durch den Zahnarzt in eigener Praxis oder im Heim

-regelmäßige Mundhygienekontrollen durch entsprechend ausgebildetes Personal

-obligatorische zahnärztliche Eintrittsuntersuchung

-bessere Ausbildung des Pflegepersonals in oraler Hygiene

-Behandlung im Heim besonders in Notfällen

-Bekanntgabe von Zahnärzten, die Heimbesuche durchführen

-Möglichkeit der Behandlung rollstuhlabhängiger Patienten in jeder zahnärztlichen Praxis

16) Halten Sie es generell für sinnvoll, wenn Zahnmedizinstudenten sich speziell mit der Behandlung älterer Menschen in der Ausbildung beschäftigen?

ja

nein

17) Wären Sie bereit, in ihrem Hause ein Praktikum für Zahnmedizinstudenten durchführen zu lassen?

ja

nein

18) Sind Sie damit einverstanden, dass Senioren aus Ihrem Hause im Rahmen unserer Studie über die zahnärztliche Versorgung älterer Menschen kurz untersucht werden?

ja

nein



UNIVERSITÄTSKLINIKUM DÜSSELDORF
Westdeutsche Kieferklinik
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik - Direktor: Univ.-Prof. Dr. U. Stüttgen

Studienprojekt: Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen in der Region Mettmann

Befragung der Pflegeleitung

1) Wie oft haben Sie Kontakt zu den Senioren)

-mehrmals täglich

einmal täglich

-mehrmals wöchentlich

einmal wöchentlich

-weniger als einmal wöchentlich

2) Wieviele Senioren betreuen Sie? _____

3) Wie gut kennen Sie den oralen Zustand ihrer Bewohner?

sehr gut

gut

befriedigend

ausreichend

gar nicht

4) Wie beurteilen Sie die Mundhygiene der Senioren?

sehr gut

gut

mäßig

schlecht

sehr schlecht

weiß nicht

5) Wie sind ihrer Meinung nach die Senioren mit ihren Zähnen / Zahnersatz zufrieden?

sehr gut

gut

mäßig

schlecht

sehr schlecht

weiß nicht

6) Inwieweit beeinflusst Ihrer Meinung nach das orale Wohlbefinden das Gesamt-befinden der älteren Menschen?

sehr stark

stark

mäßig

wenig

gar nicht

weiß nicht

7) Obliegt die Zahn- und Zahnersatzpflege Ihrer Aufsicht?

ja

nein

-keine Zeit

-Senioren möchten es nicht

-selbst mangelnde Kenntnisse

-liegt nicht in meinem Aufgabenbereich

-Sonstiges _____

8) Wie häufig werden Sie im Durchschnitt mit zahnmedizinischen Problemen der Senioren konfrontiert?

täglich

mehr als einmal pro Woche

einmal pro Woche

mehr als einmal im Monat

einmal pro Monat

gar nicht

9) Sind Sie im Hinblick auf zahnmedizinische Aspekte bei älteren Menschen geschult worden?

ja

nein

10) Wünschen Sie sich Unterstützung hinsichtlich der oral-prophylaktischen Maßnahmen durch einen Zahnarzt / zahnmedizinische Fachkraft?

ja

nein

11) Was sollte bezüglich der Zahnmedizinischen Versorgung verbessert werden?

-periodische Kontrollen im Recall-System durch den Zahnarzt in eigener Praxis oder im Heim

-regelmäßige Mundhygienekontrollen durch entsprechend ausgebildetes Personal

-obligatorische zahnärztliche Eintrittsuntersuchung

-bessere Ausbildung des Pflegepersonals in oraler Hygiene

-Behandlung im Heim besonders in Notfällen

-Bekanntgabe von Zahnärzten, die Heimbesuche durchführen

-Möglichkeit der Behandlung rollstuhlabhängiger Patienten in jeder zahnärztlichen Praxis

12) Halten Sie es generell für sinnvoll, wenn Zahnmedizinstudenten sich speziell mit der Behandlung älterer Menschen in der Ausbildung beschäftigen?

ja

nein

13) Würden Sie es begrüßen, wenn in ihrem Hause ein Praktikum für Zahnmedizinstudenten durchgeführt werden würde?

ja

nein

14) Sind Sie damit einverstanden, dass Senioren aus Ihrem Hause im Rahmen unserer Studie über die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen kurz untersucht werden?

ja

nein

Lebenslauf

Ich bin am 25. März 1978 in Berlin-Lichtenberg geboren worden. Von 1984 bis 1991 besuchte ich die 10. Oberschule in Berlin-Treptow. 1991 wechselte ich auf das Alexander-von-Humboldt-Gymnasium und erlangte 1997 die Allgemeine Hochschulreife. Im Januar 1998 trat ich als Sanitätsoffizieranwärter in die Bundeswehr ein und begann zum Wintersemester mit dem Studium der Zahnheilkunde an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Im Herbst 2003 bestand ich das Staatsexamen und erhielt die Approbation als Zahnärztin. Seit Dezember 2003 bin ich als Sanitätsoffizier Zahnmedizin kurativ tätig. Im April 2004 habe ich geheiratet.

Bonn im Januar 2005

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. A. Hugger für die Überlassung des Themas, die wohlwollende Unterstützung und seinen Rat.

Meinem Mann, Herrn Dr. Michael Nippgen, danke ich für sein Verständnis und die ständige Unterstützung.

Abstract

Die Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen – Betreuungssituation von Altenheimbewohnern in der Region Mettmann

vorgelegt von Daniela Nippgen

Ziel der Arbeit war es, exemplarisch in der Region Mettmann mittels persönlicher Befragung von 21 Heim- bzw. Pflegeleitungen eine Bestandsaufnahme zur Ist-Situation der zahnmedizinischen Versorgung und Betreuung von Senioren durchzuführen. Ergänzend wurden themenbezogenen Arbeiten der Jahre 1969 bis 2000 vergleichend einbezogen.

In den Heimen, die an der Befragung teilgenommen haben, fanden keine Eingangsuntersuchungen vor Aufnahme statt. Regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen erfolgten selten (9,5%) oder gar nicht (90,5%). Begründung war u.a. das Fehlen eines Behandlungszimmers in der Senioreneinrichtung, das mangelnde Interesse der Heimbewohner an der Zahngesundheit, Transportprobleme und höhere Belastungen beim Pflegepersonal. Der orale Gesundheitszustand der Bewohner wurde bei 61,9% der Heime durch die Pflegeleitung lediglich als mäßig eingeschätzt, obgleich das orale Wohlbefinden sich nach Aussage von 13 Pflegeleitungen sehr deutlich auf das Allgemeinbefinden des Betagten auswirke.

Gemäß Ergebnissen der eigenen Arbeit ist in 76,2% der Heime das Pflegepersonal dennoch zahnmedizinisch geschult. Der Fortbildungsbedarf in diesem Bereich wurde jedoch oft erwähnt. 71,4% der Heime wünschten sich zahnärztliche Unterstützung bei der oralen Prophylaxe. Periodische örtliche Kontrollen in der Einrichtung im Recall durch einen Zahnarzt und die Möglichkeit der Behandlung rollstuhlabhängiger Patienten in den Praxen waren die häufigsten Verbesserungswünsche.

Die Auswertung von Studien in der Literatur machte deutlich, dass die Nachfrage der Senioren nach regelmäßigen zahnärztlichen Kontrollen recht gering (rund 6%) war. Über 50% der Senioren hielten einen Zahnarztbesuch für nicht erforderlich.

Es besteht daher Bedarf an gerostomatologisch interessierten Zahnärzten, die speziell auf die Bedürfnisse der Senioren, z.B. in Form von Heimbefuchen, eingerichtet sind. Bereits lokal durchgeführte Modellprojekte zur Verbesserung der Betreuungssituation waren u.a. Versuche mit mobilen Behandlungseinheiten oder Betreuungsprojekte von Altenheimbewohnern durch Zahnmedizinstudenten. Lösungsansätze zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation von Heimbewohnern sind längst geliefert. Zur realen Umsetzung der bereits gewonnenen Erkenntnisse und Verbesserung der Betreuungssituation in Altenheimen bedarf es entsprechender Regelungen.

Referent: Prof. Dr. A. Hugger