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

Die zahnmedizinische Betreuung von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen im Kreis Neuss

Dissertation

zur
Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin

Der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

vorgelegt
von

Veronika Miermann

2006

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

Gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. B. Nürnberg
Dekan

Referent: Prof. Dr. med. dent. A. Hugger

Koreferent: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. U. Meyer

Meinen Eltern gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	1
1.1	Begriffsbestimmung Gerostomatologie	4
1.2	Bedeutung der Gerostomatologie	8
2.	Gerostomatologische Literaturübersicht und bestehende Untersuchungen in Alten- und Pflegeheimen	13
3.	Problemstellung	21
4.	Material und Methode	22
5.	Ergebnisse	24
5.1	Vorstellung des Kreises Neuss in demographischer Hinsicht	24
5.1.1	Die Zahnärzteschaft in Kreis Neuss	26
5.2	Befragung der Heim- und Pflegedienstleitung	27
5.2.1	Ergebnisse des Fragebogenrücklaufs	27
5.2.2	Alterszusammensetzung der Heimbewohner im Kreis Neuss	37
5.2.3	Die Diskrepanz zwischen aktueller zahnärztlicher Betreuung und gewünschten Behandlungsmöglichkeiten	38
5.3	Weitere zu erwartende demographische Entwicklung des Altersdurchschnittes im Kreis Neuss	39
6.	Diskussion der Ergebnisse	41
7.	Zusammenfassung	52
8.	Literaturverzeichnis	54
9.	Anhang	61

1. Einleitung

Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist durch eine niedrige Geburtenrate - zurzeit liegt sie bei 1,4 Geburten pro Frau - und eine steigende durchschnittliche Lebenserwartung gekennzeichnet. Seit 1974 überwiegt die Geburtenzahl die Sterbeziffer (*Höhn* 1988), und seit 1960 ist eine ständige Zunahme des Lebensalters zu verzeichnen. Dies führt zu einem zunehmenden Anteil älterer Menschen und einem sinkenden Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung. Gab es im Jahr 1990 in Deutschland 2528 über 100-Jährige, so waren es im Jahr 1994 schon 4604. Insgesamt ist mit einem Rückgang der Bevölkerung zu rechnen, die Zahl der Deutschen soll von heute knapp 82 Mio. auf unter 60 Mio. im Jahr 2050 fallen (*Maibach-Nagel* 2005).

Schien die Alterspyramide Anfang des 20. Jahrhunderts noch intakt und erscheint sie heute immerhin noch erkennbar, so wird sie 2050 grafisch als „plumper Ball“ imponieren. Kombiniert mit einer Veränderung des Wohnhabitus älterer Menschen und der Abkehr von der Großfamilie als Versorgungs- und Fürsorgeeinrichtung im Alter (*Imfeld* 1985), gewinnen die Alten- und Pflegeheime als Institutionen der Alterspflege immer mehr an Bedeutung. Auch *Lenz* und *Künzel* konstatieren, dass sich die traditionelle „Mehrgenerationenfamilie“ mit ihrer Geborgenheit für Junge und Alte zunehmend auflöst, und alte Menschen immer häufiger alleine oder in Heimen leben (*Lenz und Künzel* 1994). Letztendlich wird sowohl ein Zuwachs an Ein-Personen-Haushalten als auch an institutionalisierten Seniorenwohngemeinschaften zu verzeichnen sein. Menschen, die heute in den hoch entwickelten Nationen 70 Jahre alt geworden sind, können körperlich und geistig als so fit gelten, wie die 65-Jährigen vor 30 Jahren (*Reitz* 2004).

„In der Epidemiologie kann man von einem allmählichen Rückgang der Erkrankungshäufigkeit der wichtigsten Erkrankungen, die zum Zahnverlust in Deutschland führen (Karies, Parodontitis), sprechen. Die Zahl der fehlenden Zähne verringert sich bei den Erwachsenen allerdings bis 2020 auch unter den günstigen Bedingungen nur gering. Es kommt zur zunehmenden Verschiebung des Zahnverlustes ins höhere Alter“, so ein Auszug aus dem Pressetext der *Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik e.V.* 2000.

Sowohl *Gordon* als auch *Fuhr* nehmen ebenfalls an, dass alte Menschen zunehmend zahnärztliche Hilfe in Anspruch nehmen werden. Ausschlaggebend für diese Annahme nennt *Gordon* sinkende Kariesraten bei Kindern und jungen Erwachsenen, eine steigende Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung, die in zunehmendem Maße über eigene Zähne verfügen werden, des weiteren eine größer werdende Zahl von Prothesenträgern mit höherer Lebenserwartung und eine bessere finanzielle Situation der älteren Menschen (*Fuhr* 1985, *Gordon* 1989). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen *Zarb et al.* 2002. Auch sie prognostizieren für die Zukunft eine Abnahme der totalen Zahnlosigkeit und der damit verbundenen prothetischen Versorgung durch Totalprothesen, da die Bedeutung der eigenen Zähne immer höher von den Senioren eingeschätzt werde. Die Zahnersatzlösungen werden in Zukunft im Bereich der Teilprothesen und des implantatgetragenen Zahnersatzes liegen (*Zarb et al.* 2002). Damit entsprechen *Zarb et al.* der Einschätzung der *Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik e.V.*, welche auf Grund einer im Jahr 2000 in Auftrag gegebenen Analyse der Entwicklung des Behandlungsbedarfes mit Zahnersatz bis zum Jahr 2020 zu einem gleich lautenden Ergebnis kommt. Auch hier wird der Trend der prothetischen Versorgung zu mehr festsitzendem Zahnersatz und Implantologie bei Älteren genannt (*DGZPW* 2000). Auch *Marthaler* hält es für ein Ergebnis der Prophylaxe, dass immer mehr ältere Menschen im höheren Alter ihre eigenen Zähne besitzen (*Marthaler* 1978). Die Verschiebung zum „Alter“ hin erfordert Handlungsbedarf. Für die Zahnärzte wird die Behandlung älterer Patienten immer weniger gleichbedeutend mit dem Eingliedern von Totalprothesen sein (*Land* 1985).

Wie *Petersen* und *Yamamoto* 2005 gezeigt haben, ist die mangelnde Zahngesundheit der über 60-Jährigen nicht nur ein Problem in Deutschland, der europäischen Union oder den hoch entwickelten Industrieländern, sondern besonders auch der Entwicklungsländer (*Petersen* und *Yamamoto* 2005). Beide beschreiben 2005 die Bestrebungen der *WHO* (*World Health Organization*) den Zustand der oralen Situation von alten Menschen zu erfassen und zu verbessern. 1995 sieht die *WHO* orale Gesundheit als wichtig für die Gesamtgesundheit und als wichtig für das „Active Aging“ an, da es durch Karies und parodontale Erkrankungen nicht nur zu Fehlernährungen und Fehlfunktion des stomatognathen Systems kommen kann, sondern zusätzlich auch der soziale Ausschluss durch schlechte Sprachfunktion und Ästhetik erfolgen kann (*Petersen* und *Yamamoto* 2005).

Kommt es schließlich zu einer zahnärztlich suffizienten Versorgung eines pflegebedürftigen Menschen, so sind einige Schwierigkeiten zu berücksichtigen. Nach *Lehr* sind bei der Patientengruppe der älteren und alten Menschen die Adaptionsprobleme mehrfach bedingt: eine verringerte Koordination, verringerte Lernfähigkeit und manuelle Ungeschicklichkeit kommen zusammen mit nachlassendem Geruchs-, Geschmacks-, und Tastsinn (*Lehr* 1993). Das physiologische Nachlassen der Sinnesfähigkeiten im Alter bringt zudem Schwierigkeiten bei der täglichen Zahn- oder Prothesenpflege mit sich. Eine Hilfe bei der Zahn- oder Prothesenpflege ist also für Menschen, die selbst gepflegt werden müssen, unerlässlich.

2003 sieht die *WHO* im „World Oral Health Report“ die orale Gesundheit als integralen Bestandteil der gesamten Gesundheit an, und sieht sie als Determinante für die Lebensqualität (*Petersen* und *Yamamoto* 2005).

1.1 Begriffsbestimmung Gerostomatologie

Die Gerostomatologie setzt sich aus der Gerontologie, der Wissenschaft, die sich mit den biologischen, somatischen, psychischen und sozialen Grundlagen des Alterns beschäftigt, und der Stomatologie, der Lehre von Erkrankungen der Mundhöhle, zusammen (*Pschyrembel* 258. Auflage). *Balogh*, *Molnar*, *Schranz* und *Huszar* sahen in der Gerostomatologie in erster Linie die Disziplin der Stomatologie und nicht umgekehrt die Gerostomatologie als Spezialfach der Gerontologie (*Balogh et al.* 1962).

Nach *Lenz* und *Künzel* waren es *Balogh*, *Molnar*, *Schranz*, *Huszar* und *Breustedt*, welche den Begriff Gerostomatologie einführten und darunter die zahnärztliche Betreuung als Bestandteil einer umfassenden sozialen und medizinischen Betreuung der Altenpopulation verstanden (*Lenz* und *Künzel* 1994). Vorläufer des Wortes Gerostomatologie war der Begriff der Gerodontologie, welcher von *Rateitschak* im Sinne der Übertragung des Terminus Geriatrie in die Zahnheilkunde verwendet wurde (*Rateitschak* 1990). Für *Künzel* drückte der Begriff der Gerodontologie jedoch nicht die Gesamtheit der „biologischen, nosologischen und gesellschaftlichen Anforderungen an die fachspezifische Betreuung der älteren und alten Menschen“ aus (*Künzel* 1990). Daher ersetzte er diesen durch den schon von *Balogh*, *Molnar*, *Schranz* und *Huszar* verwendeten Begriff der Gerostomatologie (*Künzel* 1990). Dieser Begriff etablierte sich schnell und fand vielfach Anwendung (*Arzt* 1990, *Balogh* et al. 1962, *Breusted* 1978, *Höcker* 1989, *Knolle* und *Straßburg* 1970, *Nitschke* und *Thomas* 1991).

Benz definiert 2005 die Alterszahnmedizin oder Gerostomatologie wie folgt: „Die Gerostomatologie beschäftigt sich mit der präventiven und therapeutischen zahnmedizinischen Versorgung von Menschen, die physischen und psychischen Veränderungen im Alter unterliegen“ (*Benz* 2005).

Die Begriffe Gerontostomatologie und Gerostomatologie können als Synonym gelten. Der Begriff Gerodontologie vernachlässigt streng genommen den Aspekt der Erkrankungen der Mundhöhle, wird heute aber häufig auch als Synonym zu oben genannten Begriffen verwendet.

Nitschke kennzeichnet 2002 die Wissensgebiete eines sich auf Alterszahnheilkunde spezialisierenden Zahnarztes und die patientenbezogenen Anforderungen an ihn folgendermaßen (Abb. 1 und 2):

- generelle psychische und physische Altersveränderungen
- generelle Altersveränderungen und deren Therapie
- ausgeprägte pharmakologische Kenntnisse
- Forschungserkenntnisse der Gerontologie und Geriatrie
- palliative Zahnheilkunde bei älteren Patienten
- Sterbebegleitung
- Begleitung der Angehörigen
- Inhalt der Pflegeversicherung und deren Auswirkung
- Inhalt des Betreuungsgesetzes
- Notfallsituationen von älteren Menschen
- Strukturen der geriatrischen Therapie und Pflege in Deutschland
- Struktur der geriatrischen Therapie und Pflege im Ausland
- und vieles mehr

Abbildung 1: Wissensgebiete eines Gerodontologen

- kennt das soziale Umfeld des Patienten
- hat Kontakt zur Sozialstation des Patienten
- hat Kontakt zum Hausarzt des Patienten
- legt Wert auf die allgemeinmedizinische Anamnese
- erhebt eine Medikamentenanamnese
- erkennt kognitive Einschränkungen
- leitet die Zahnarzthelferin zum oral-geriatrischen Assessment an
- erkennt Schluckstörungen
- erkennt Einschränkungen in der manuellen Geschicklichkeit
- begrüßt immer den stehenden/gehenden Patienten (Mobilitätskontrolle)
- installiert ein Recallsystem im Rahmen des Netzwerks des Patienten
- klärt Ursachen bei Nichteinhalten von Recallterminen
- ist für Hausbesuche instrumentell und personell gut ausgerüstet
- und vieles mehr

Abbildung 2: Patientenbezogene Anforderungen an einen Gerodontologen

Nitschke stellt dem Gerodontologen die Aufgabe anheim, sich um die ältere Bevölkerung im Allgemeinen und den alternden Patienten im Speziellen während des Alterns zu kümmern und diesen zu betreuen, sowie die Alternsvorgänge wissenschaftlich aufzubereiten. Nicht das Alter zu einem bestimmten Zeitpunkt, sondern ein kontinuierlich fortschreitender Prozess sei zu betreuen (*Nitschke* 2002).

Weiterhin wird von *Nitschke* eine einheitliche Nomenklatur innerhalb des Faches der Alterszahnmedizin vorgeschlagen, da zu viele verschiedene Begriffe im Zusammenhang mit der zahnmedizinischen Versorgung der älteren Bevölkerung kursieren würden, welche synonym verwendet würden (Gerontologie, Gerontostomatologie, Gerostomatologie, Gerodontologie, Geroprothetik, Altenzahnmedizin, Alterszahnmedizin, geriatrische Zahnheilkunde). Diesem kann nur entsprochen werden, hat sich doch in den letzten Jahren eine Vielzahl von Begrifflichkeiten mit zum Teil identischer Bedeutung ergeben. Der von *Nitschke* gemachte Entwurf wird im Folgenden aufgegriffen und erläutert (Abb. 3):

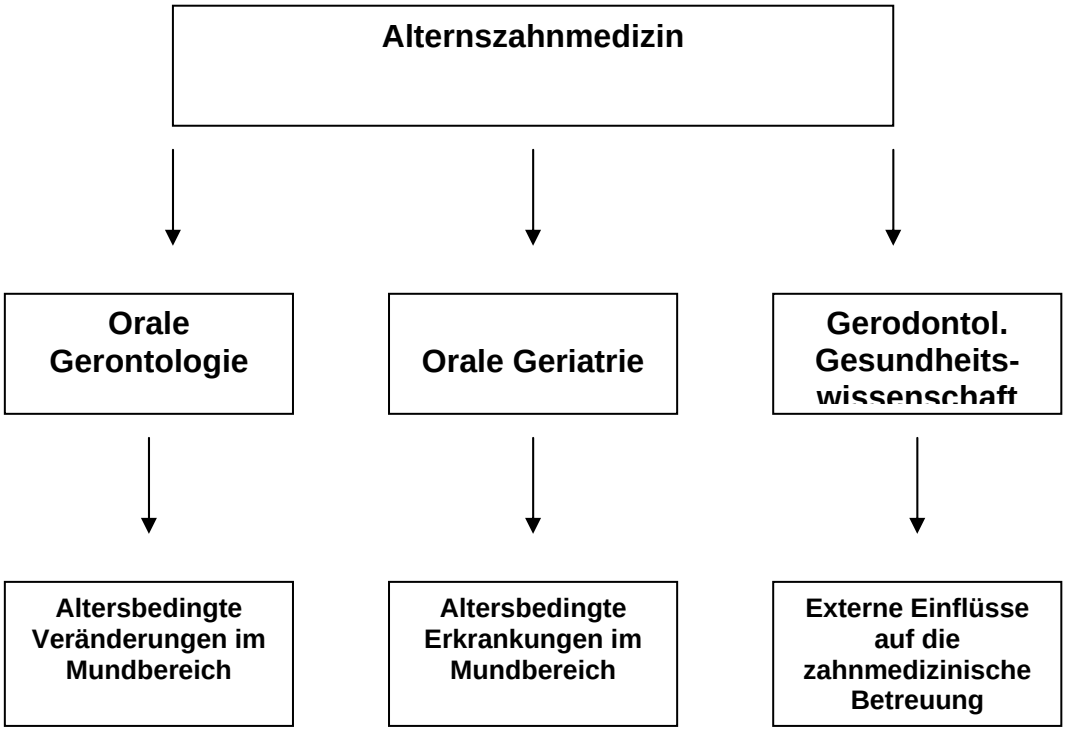


Abbildung 3: Organigramm nach *Nitschke* über das Fachgebiet Alternszahnmedizin mit den drei großen Arbeitsbereichen orale Gerontologie, orale Geriatrie und gerodontologische Gesundheitswissenschaften (*Nitschke* 2002)

Unter dem Begriff „orale Gerontologie“ seien die Veränderungen, die im Zusammenhang mit dem gesamten Alterungsprozess im Körper stehen und sich im Bereich des stomatognathen Systems äußern (z.B. altersbedingte Strukturänderung der Speicheldrüsen), zu verstehen. Der Begriff „orale Geriatrie“ stehe für eine Zusammenfassung der Vorgänge in der Alternszahnmedizin, deren Ursprung in einer krankhaften Veränderung beim Menschen liegt (z.B. auf die Funktion der

Speicheldrüsen wirkendes Medikament, was wiederum das Kariesrisiko älterer Menschen beeinflussen könnte). Als weiteres Feld sei der Begriff der „gerodontologischen Gesundheitswissenschaften“ zu nennen. Hier würden Einflüsse auf die zahnmedizinische Betreuung der alten Menschen dargestellt und analysiert, sowie gegebenenfalls Versuche unternommen, konzeptionell auf notwendige Veränderungen Einfluss zu nehmen. In diesem Bereich seien auch soziale und ökonomische Fragestellungen zu bearbeiten (*Nitschke* 2002).

Die Einteilung des Faches Alternszahnmedizin mit der Aufteilung in die drei großen Unterbereiche nach *Nitschke* erscheint sinnvoll und gut durchdacht. Eine Übernahme in die allgemein gültige Nomenklatur wäre wünschenswert im Sinne einer Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten.

1.2 Bedeutung der Gerostomatologie

Ohne Zweifel werden die Anzahl der Älteren, wie auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung zunehmen und damit auch die Anzahl der Alleinlebenden und Pflegebedürftigen (*Kohli* 2000). Gerade diese Bevölkerungsgruppe bedarf einer erhöhten zahnmedizinischen Aufmerksamkeit, sowohl im Rahmen der Malignomprophylaxe (*Micheelis* und *Reich* 1999) als auch im Hinblick auf mögliche erhöhte Behandlungsschwierigkeiten durch körperliche oder psychische Einschränkungen. Laut *Lenz* und *Künzel* ist im Rahmen der Auswertung der „multinationalen Studie zur Ermittlung des gerostomatologischen Behandlungsbedarfes“ ein erhebliches Behandlungsdefizit älterer Menschen festgestellt worden und eine Vernachlässigung der zahnärztlichen Betreuung alter Menschen war ebenfalls nachweisbar (*Lenz* und *Künzel* 1994).

Da die Gesundheit ein grundlegendes Menschenrecht darstellt, steht sie jedem Menschen unabhängig von dessen Alter zu. Alte Menschen haben das gleiche Recht, von den Fortschritten der modernen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu profitieren wie junge Menschen. Da die Versorgung der älteren und besonders der in Alten- oder Pflegeheimen lebenden Menschen zur Zeit defizitär ist, wird es eine der Hauptaufgaben der unter gerostomatologischem Schwerpunkt arbeitenden Zahnärzte sein, diesen Zustand zu ändern.

Zahnärztliche Forschung und Praxis haben sich schon vor Jahrzehnten mit den Problemen der Alten-Generation beschäftigt. *Balogh et al.* (1962) und *Breustedt* (1978) legten die theoretischen Grundlagen der Gerostomatologie und betrachteten die zahnärztliche Betreuung der Alten-Population als sozialmedizinische Aufgabe, die über die fachlich-wissenschaftlichen Probleme und die individuelle Betrachtung des einzelnen Patienten hinausgeht (*Micheelis* und *Reich* 1999). *Lehnhardt* wies schon 1969 darauf hin, dass sich die Gerostomatologie, ähnlich der Entwicklung des Faches Kinderzahnheilkunde, als eigenes Fach ausbilden wird (*Lehnhardt* 1969). Heute ist die Alterszahnmedizin im Entstehen begriffen und gilt als neue große Herausforderung (*Michel* und *Müller* 2005).

Dass das Problem der zahnmedizinischen Versorgung von Betagten vielschichtig ist, wurde auf der 12. Jahrestagung der *Schweizer Gesellschaft für zahnmedizinische Betreuung Behinderter und Betagter* (*SGZBB*) im Jahr 2003 erläutert. Nach *Vauthier* hat *Hertrampf* die oft vorhandene Polymorbidität bei Älteren für die unregelmäßigen Zahnarztbesuche und die unzureichende zahnärztliche Betreuung verantwortlich gemacht, da hierdurch regelmäßige Zahnarztbesuche erschwert würden. Deutlich sei festzustellen, dass im Alter von 40 bis 69 Jahren die Zahl der Konsultation von Ärzten markant ansteige, aber gleichzeitig die Frequenz der Besuche beim Zahnarzt überdurchschnittlich abnähme. Noch deutlicher zeige sich diese Umschichtung bei Menschen über 70 Jahren. Die Polymorbidität schränke zusätzlich aktiv die Mundhygiene der Senioren ein, da die direkten Fähigkeiten zur Durchführung derselben behindert seien (*Vauthier* 2003).

Nitschke et al. berichten 2001, dass bei einer Befragung von 516 Individuen zwischen 70 und 103 Jahren im Rahmen der Berliner Altersstudie der letzte Zahnarztkontakt vor zwischen 2 Wochen und 52 Jahren stattfand. Teilbezahnte Individuen hatten dabei häufiger Kontakt zu ihrem Zahnarzt als unbezahnte. Ebenso fiel auf, dass die Häufigkeit der Zahnarztbesuche mit dem Bildungsstand des Einzelnen korrelierte. Je höher die Bildung, desto häufiger fanden Zahnarztbesuche statt. Gefordert wird von *Nitschke et al.* eine Untersuchung der Motivation älterer Menschen, ihre orale Gesundheit zu verbessern. Ebenfalls sollen Hemmschwellen gegenüber dem zahnärztlichen Kontakt aufgezeigt und behoben werden. Eine Verbesserung der oralen Gesundheit der Senioren wird gefordert, und präventive Strategien sollen entworfen werden (*Nitschke et al.* 2001).

Bei einem von der Bundeszahnärztekammer initiierten, am 17. Oktober 2001 stattgefundenen Workshop unter dem Titel „ Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen“ war das Altern und die damit verbundenen zahnmedizinischen Versorgungsdefizite das zentrale Thema. Der demographische Wandel (Zunahme der älteren Bevölkerung, steigende Lebenserwartung, Rückgang der Geburtenrate) wurde ebenso beleuchtet wie die wissenschaftlich belegte Tatsache, dass orale Gesundheit zunehmend Einfluss auf die Allgemeingesundheit (und umgekehrt) hat (*Micheelis* und *Ziller* 2002). Der Anteil der über 60-Jährigen wurde auf dem Workshop für das Jahr 2035

auf 35% der Gesamtbevölkerung beziffert. Im Jahr 2002 waren dies 20%. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung rechnet auf Grund der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2050 sogar mit einem Anteil von 37% der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2004). Besonders wichtig ist laut *Micheelis* und *Ziller* in diesem Zusammenhang die Erwachsenen- und Altersprophylaxe, welche in ihrer Bedeutung noch weiter zunehmen werde. Die Gruppe der Älteren (über 60-Jährige) müsse differenziert nach somatischen und psychosozialen Aspekten betrachtet werden, um ihnen wirksame präventive Strategien anbieten zu können. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Gruppe der über 60-Jährigen die einzige Altersgruppe ist, die in den nächsten Jahren ständig zunimmt. War 1950 noch fast jeder Dritte jünger als 20 Jahre, so wird es im Jahr 2050 nicht einmal jeder Sechste sein (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2004). Da der Behandlungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen zusätzlich durch die greifenden Prophylaxemaßnahmen in Zukunft rückläufig sein wird, muss das zahnärztliche Versorgungssystem auf diesen Bedarfswechsel abgestimmt werden (*Micheelis* und *Ziller* 2002). “Die demographische Entwicklung lässt erkennen, dass die Zahnärzte sich auf eine im Laufe der kommenden Jahre stark wachsende Bedeutung der Alterszahnheilkunde einstellen müssen“ (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2004). „Der Therapiebedarf wird bei Erwachsenen und Senioren darin bestehen, dass es weniger Prothesen gibt, und mehr eigene Zähne zu erhalten sind“ (*Micheelis* und *Ziller* 2002). Eine ungelöste Herausforderung bildet laut *Micheelis* und *Ziller* die „in weiten Bereichen“ als „unzureichend“ zu bezeichnende orale Gesundheit in Pflegeheimen. „Orale Gesundheits- oder Prothesenpflege fehlen weitgehend in pflegerischen Ausbildungsprogrammen, ebenso Fragen einer zahngesunden Ernährung. Hier bedarf es vermehrt der öffentlichen Aufklärung, der Ausbildungsverbesserung und der zahnärztlichen Schulung des Personals oder der Patienten selbst“ (*Micheelis* und *Ziller* 2002).

Dass das intakte stomatognathe System aus verschiedenen Einzelfunktionen zusammengesetzt ist, zeigt eine Abbildung aus dem Lehrbuch *Biffar*/*Körber* zur Klassifizierung des Krankheitsbildes „Lückengebiß“ (*Biffar* und *Körber* 1999) (Abb. 4):

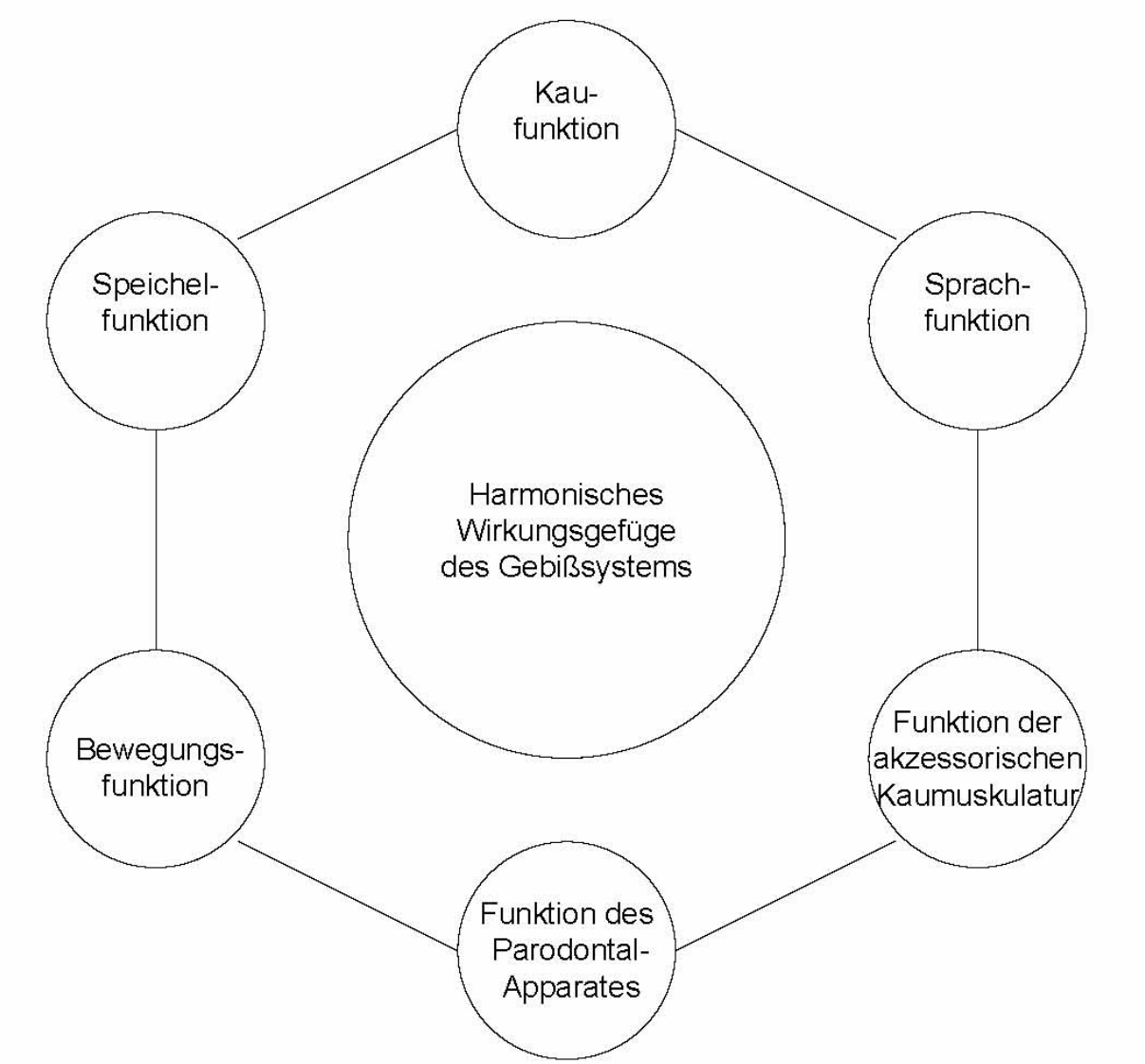


Abbildung 4: Darstellung der Funktion des stomatognathen Systems nach *Strack* (1949) (*Biffar* und *Körber* 1999)

Hier sind die einzelnen Komponenten eines intakt arbeitenden stomatognathen Systems, wie Sprach-, Bewegungs-, Speichel- und Kaufunktion zu erkennen sowie die gleichwertige Bedeutung der Funktion des Parodontalapparates und der akzessorischen Kaumuskulatur. Gibt es Fehlfunktionen bei einer der genannten Funktionen, so wird das gesamte System in Mitleidenschaft gezogen. Damit Wohlbefinden und Lebensqualität der Senioren gesichert sind, ist eine gute Phonetik und Ästhetik ebenso wichtig wie die Kaufunktion (*Nitschke* und *Reiber* 2005). Hierzu müssen alle Einzelkomponenten des Systems umfassend berücksichtigt werden. *Budtz-Jörgensen* konstatierte 1999, dass die Literatur deutlich zeigt, wie selten Senioren zahnärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, obwohl sie zu der Gruppe der Bevölkerung gehören, welche am meisten Behandlungsbedarf hätten (*Budtz-*

Jörgensen 1999). Ebenfalls dokumentierte er das häufige Vorkommen von Candida albicans und anderen Pilzen in der Mundhöhle bei Totalprothesenträgern. Als Hauptrisiken für die orale Gesundheit der „Alten“ sieht *Budtz-Jörgensen* 1999 die Zerstörungen der Zähne durch Karies und Schäden durch Erkrankungen des Zahnhalteapparates, welche, falls sie nicht therapiert werden, zum Verlust der noch vorhandenen Restbezahnung führen können (*Budtz-Jörgensen* 1999).
Die zahnärztliche Betreuung der Alten- und Pflegeheimbewohner muss sich also auf einen größeren Rahmen erstrecken als nur die regelmäßige Kontrolle eines eventuell vorhandenen Zahnersatzes.

Laut *Nitschke* und *Reiber* ist es besonders wichtig zu erkennen, dass die Reinigung der Zähne, der Zunge und des Zahnersatzes zwar der Karies- und Parodontitisprophylaxe dient, jedoch vor allem orale Erkrankungen, wie zum Beispiel weitergehende Infektionen im Körper durch optimale Mundhygiene verhindert werden müssen (*Nitschke* und *Reiber* 2005). Lungenentzündung und Fieber konnten bei Pflegeheimpatienten signifikant gesenkt werden, wenn die Mundhygiene verbessert wurde (*Yoneyhama et al.* 2002). Ebenfalls sind Zusammenhänge zwischen schlechter Mundhygiene und den kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes mellitus beschrieben (*Nitschke* und *Reiber*). Besonders in der Pflege ist eine Infektionskontrolle bei allgemein geschwächten Menschen laut *Nitschke* und *Reiber* kontinuierlich zu fordern.

2. Gerostomatologische Literaturübersicht und bestehende Untersuchungen in Alten- und Pflegeheimen

Die im Folgenden genannten Studien haben die Untersuchung der zahnärztlichen Situation von Senioren in Alten- und Pflegeheimen zum Thema. Zwar werden verschiedene spezifische Einzelaspekte beleuchtet, doch wird auch immer die Gesamtsituation der oft auf fremde Hilfe angewiesenen Senioren beurteilt. Das einheitliche Ergebnis ist die unzureichende Versorgung der Senioren durch das oft überlastete oder überforderte Pflegepersonal. In jeder der seit 1962 durchgeführten Studien wird auf den Missstand der Versorgung aufmerksam gemacht, und zahlreiche Lösungsmöglichkeiten werden aufgezeigt. Den meisten Autoren gemein ist die Forderung nach zahnärztlichen Eintrittsuntersuchungen, regelmäßigen Kontrolluntersuchungen und einer steten Überwachung und Instruktion der Senioren bei der Mund- und Prothesenhygiene.
Wichtige, die Gerostomatologie betreffende Werke sind zur Erlangung einer guten Übersicht in chronologischer Reihenfolge in die Reihe der Studien eingeordnet.

1962 erschien das erste, sich mit der Gerostomatologie befassende Werk der ungarischen Autoren *Balogh*, *Molnar*, *Schranz* und *Huszar*. 1500 Personen zwischen 60 und 104 Jahren wurden zahnärztlich untersucht. Möglichst alle Probleme der stomatologischen Alternsforschung sollten erschlossen werden, und ein durch Beobachtungen und Feststellungen fundiertes, überzeugendes Material sollte dargeboten werden. Die zahnmedizinische Prophylaxe sollte mit wichtigen Aspekten bereichert werden. Die Autoren stellten die damals neuartige Forderung nach einer gerostomatologischen Prophylaxe, einer kontrollierten Mundhygiene und der regelmäßigen zahnärztlichen Kontrolle der Senioren auf (*Balogh et al.* 1962).

1970 wurde durch *Knolle* und *Straßburg* aufgrund einer Befragung von 500 Altenheimbewohnern der Frage nachgegangen, wie sich die Sondergruppe alter Menschen unter soziologischen und gerontologischen Gesichtspunkten zur Umwelt und insbesondere dem Zahnarzt gegenüber verhält. Die angetroffenen Befunde in der Mundhöhle und die Vorstellung über die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung ließen eine erhebliche Diskrepanz erkennen. Die gefundenen Ergebnisse waren weit entfernt von dem zahnärztlich angestrebten Ziel einer

zweimaligen Untersuchung pro Jahr. Als Bilanz ließ sich folgern, dass die zahnärztliche Versorgung des alten Menschen und insbesondere des Altenheimbewohners oft zu wünschen übrig lässt (*Knolle* und *Straßburg* 1970).

Pape et al. untersuchten 1970 1502 Altersheim- und Trinkerheilanstaltinsassen. 40% von ihnen bedurften ohne Einbeziehung von prothetischer Behandlungsbedürftigkeit einer zahnärztlichen Behandlung. Die Autoren schlussfolgerten, dass „die zahnärztliche Betreuung alter Menschen und sozial schwacher, in Gemeinschaftsgruppen lebender Bevölkerungsgruppen, sowohl für die Erhaltung der Gebissfunktion, wie auch zur Früherkennung von Geschwülsten, in regelmäßigen Abständen notwendig ist“ und nur durch gezielte organisatorische Maßnahmen möglich sei (*Pape et al.*1970).

Schon 1977 sah *Zimmermann* zahnärztliche Behandlungsmöglichkeiten in Altersheimen entweder als ambulanten zahnärztlichen Dienst oder im Abhalten von Sprechstunden in einem zahnärztlichen Behandlungsraum im Wohngebäude der zu betreuenden Personen. Ein solcher Raum sollte bei der Planung von Altersheimen Berücksichtigung finden. Es wurde darauf hingewiesen, dass die zahnärztliche Versorgung alter Menschen als Teil der gesamtmedizinischen Betreuung anzusehen sei (*Zimmermann* 1977).

1978 wurde von *Breustedt* die gesamte Zahnheilkunde des älteren Menschen unter Berücksichtigung der sich aus den morphologischen und psychischen Veränderungen des Alters resultierenden Problemen diskutiert und dargestellt. Der psychischen Haltung und dem sozialen Raum solle laut Breustedt bei der zahnärztlichen Betreuung von Menschen im höheren Lebensalter eine große Bedeutung beigemessen werden. Die genaue Kenntnis des Umfeldes, so zum Beispiel die Wohnsituation des alten Menschen, sei für eine zahnärztliche Betreuung dringend erforderlich (*Breustedt* 1978).

1978 stellten sich *Huber* und *Röthlisberger* die Frage: „Welche Bevölkerungsschichten sind zahnmedizinisch schlecht versorgt?“. 300 Personen in Bern und einem Umkreis von 25 km wurden untersucht. Die zahnärztliche Situation alter Leute war auch hier schlecht. Nach Meinung der Autoren müsse gefordert

werden, dass möglichst viele Zahnärzte versuchen sollten, diese Gruppen (Altersheime etc.) aufzusuchen und Therapie und Prophylaxe zu betreiben (*Huber* und *Röthlisberger* 1978).

Marthaler dokumentierte 1978, dass der Bedarf an zahnmedizinischer Betreuung und Behandlung bei alten Patienten eher zu- als abnehmen wird. Die Betreuung der Senioren dürfe sich daher nicht nur auf die zahnärztliche Therapie beschränken, sondern hätte eine Verbesserung der Prothesen- und Mundhygiene mit einzubeziehen (*Marthaler* 1978).

Sauerwein fasste 1985 die vielfältigen und altersbedingten Gegebenheiten in der Mundhöhle nach modernen Aspekten zusammen. Wesentliche Schwerpunkte lagen auf den anatomischen und biologischen Veränderungen sowie den zahnärztlich-therapeutischen Maßnahmen im Hinblick auf den „Alterspatienten“. Auch *Sauerwein* erläuterte die Notwendigkeit regelmäßiger zahnärztlicher Kontrollen und Betreuung, gerade im Hinblick auf die Malignomprophylaxe (*Sauerwein* 1985).

Einer 1986 bei 195 Bewohnern israelischer Altenheime durchgeführten Studie ist zu entnehmen, dass bei 83% der Untersuchten eine prothesenbedingte Mundschleimhautläsion vorlag. Nach Meinung von *Helft et al.* sei dies dadurch erklärbar, dass sowohl die Senioren, als auch das Pflegepersonal die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Untersuchung nicht erkannt hätten (*Helft et al.* 1986).

Das ebenfalls 1986 erschienene Werk von *Bates et al.* befasste sich mit den morphologischen, physiologischen und psychologischen Veränderungen im Alter. Zur Situation in der zahnärztlichen Praxis wurden praktische Tipps zum Umgang mit den alten Patienten gegeben, so wurden zum Beispiel adäquate zahnärztliche Behandlungspläne beschrieben und erläutert (*Bates et al.* 1986).

Um den Stand der zahnmedizinischen Fürsorge abzuklären, untersuchten 1987 *Brunner et al.* 113 Alters- und Pflegeheime mit 6853 Pensionären im Kanton Zürich. Der Untersuchung war zu entnehmen, dass die zahnärztliche Versorgung der Heiminsassen nicht den Anforderungen der modernen, prophylaxeorientierten Zahnmedizin entsprach. In keinem Heim gab es Eintrittsuntersuchungen, nur in 6

Heimen fanden periodische zahnärztliche Kontrollen statt. Vorbeugende Prophylaxemaßnahmen habe es nicht gegeben. Als Hauptgrund für die mangelhafte zahnmedizinische Fürsorge gaben *Brunner et al.* eine ungenügende Vorbereitung in der Ausbildung der Zahnärzte und des Pflegepersonals auf diese Aufgaben an (*Brunner et al.* 1987).

1989 veröffentlichte *Netzle* eine Studie, in welcher er die Einübung und Durchführung von Mundhygienemaßnahmen und Zahn- und Prothesenpflege in den Alten- und Pflegeheimen forderte. Erst durch regelmäßige Kontrollen könnten die langjährigen zahnärztlichen Behandlungsdefizite aufgehoben werden, und eine Verbesserung könne sich einstellen (*Netzle* 1989).

Wefers et al. befragten 1989 200 Bewohner von mittelhessischen Alten- und Altenpflegeheimen mit einem Durchschnittsalter von 82 Jahren nach ihrem zahnmedizinischen Laienwissen, ihren Mundhygienegewohnheiten und ihrer Einstellung gegenüber der zahnärztlichen Behandlung. Überwiegend schlechte Kenntnisse der Senioren über die Zusammenhänge von Mundhygiene und der Entstehung von Karies und Parodontopathien mussten verzeichnet werden. Die erhobenen Gebissbefunde und die Beurteilung des vorhandenen Zahnersatzes ergaben einen deutlichen Hinweis auf eine zu verbessernde zahnärztliche Betreuung dieser alten Menschen (*Wefers et al.* 1989).

Eine weitere Studie wurde 1989 von *Wirz* und *Tschäppät* bei 100 Altersheimpensionären und 53 Krankenhauspatienten mit einem Durchschnittsalter von 82 Jahren in der Schweiz durchgeführt. In dieser Studie wurden die Mundhygiene, die Zahngesundheit, sowie die prothetische Versorgung der Senioren untersucht und es konnte belegt werden, dass bei 86% der untersuchten Fälle ein Mangel an den getragenen Prothesen bestand, und in 43% eine Behandlung erforderlich gewesen wäre (*Wirz* und *Tschäppät* 1989).

Zusammen mit *Brunner* und *Egloff* untersuchte *Wirz* ebenfalls 1989 63 Alters- und Pflegeheime sowie 7 medizinisch-geriatrische Kliniken der Kantone Basel-Stadt und Basel-Land. Die Organisation und der aktuelle Stand der zahnmedizinischen Versorgung wurden erfragt. Aufgrund der Antworten erachteten sie eine

Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung als dringend notwendig. Jedem Heim sollte ein Zahnarzt und eine Dentalhygienikerin oder Prophylaxehelferin zur Verfügung stehen (*Wirz et al.* 1989).

1990 untersuchten *Stark* und *Holste* die zahnärztlich-prothetische Versorgung von Bewohnern Würzburger Altenheime. 306 Bewohner der Würzburger Altenheime mit einem Durchschnittsalter von 81 Jahren wurden bezüglich ihrer zahnärztlich-prothetischen Versorgung und Behandlungsbedürftigkeit sowie ihres Mundhygieneverhaltens befragt und untersucht. Beschwerden gaben nur etwa ein Drittel der Befragten an, obwohl eine hohe Morbidität an Karies und Parodontopathien sowie erhebliche Mängel an Prothesen, Kronen und Brücken gefunden wurden. Ebenfalls widersprüchlich waren Angaben über Mundhygienemaßnahmen und die schlechte vorhandene Mund- und Prothesenhygiene. Hilfe bei der Mundhygiene durch das Pflegepersonal fehlte ebenso wie eine systematische zahnärztliche Betreuung (*Stark* und *Holste* 1990).

In Berlin befragten 1991 *Nitschke* und *Hopfenmüller* 85 Heimleitungen nach ihrer Einschätzung zum Mundhygieneverhalten ihrer Bewohner. Gleichfalls wurde die zahnmedizinische Betreuung im Heim hinterfragt. Auch hier war bei vielen Heimleitungen kein zahnmedizinisches Problembewusstsein vorhanden. Zur Problemlösung sollten der Vorschlag einer konsiliarzahnärztlichen Betreuung des Heimes zur Durchführung von Reihenuntersuchungen und Untersuchungen bei der Neuaufnahme dienen (*Nitschke* und *Hopfenmüller* 1991).

Arzt untersuchte 1991 die zahnärztliche Betreuung und den oralen Gesundheitszustand von erhöht und schwer pflegebedürftigen Altenheimbewohnern im Wetteraukreis. Hierzu wurden 125 erhöht und schwer pflegebedürftige Bewohner aus Alten- und Altenpflegeheime zahnärztlich untersucht. Unter Berücksichtigung der gewonnenen Ergebnisse ist auch hier eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation erforderlich. Zahnärztliche Untersuchungen bei Heimeintritt und Schulungen des Pflegepersonals bezüglich Mund- und Prothesenhygiene wurden zur Verbesserung der Situation gefordert (*Arzt* 1991).

Fiske und *Lloyd* untersuchten in einer 1992 veröffentlichten Studie das „orale Bewusstsein“ von Altenheimbewohnern und deren Pflegepersonal in London. 110 Senioren und deren Zahnersatz wurden untersucht und befundet. Das Durchschnittsalter der Senioren betrug 82,3 Jahre. 76% der untersuchten Prothesen mussten als unzureichend beurteilt werden. Das Pflegepersonal beklagte sein mangelhaftes Wissen und zeigte Bereitschaft, diesen Zustand durch Schulungen zu ändern (*Fiske* und *Lloyd*, 1992).

Weiß untersuchte 1992 im hessischen Landkreis Waldeck-Frankenberg die zahnmedizinische Versorgung in 15 Alten- und Pflegeheimen mit 1032 Bewohnern. Auch hier war die zahnmedizinische Versorgung unzureichend. Bei Heimleitungen, Pflegepersonal und den Bewohnern selbst war der Kenntnisstand bezüglich oraler Hygiene und ihrer Folgeerschienungen ungenügend. Gefordert wurden unter anderem obligate zahnärztliche Eintrittsuntersuchungen, regelmäßige Kontrollen, Schulungen und Unterweisungen des Personals und der Senioren in der Mundpflege und eine verbesserte Ausbildung in gerostomatologischer Hinsicht bei Zahnärzten und Pflegepersonal sowie die Schaffung von gerostomatologischen Beratungs- und Koordinationsstellen (*Weiß* 1992).

1992 erfolgte von *Nitschke* und *Hopfenmüller* die Veröffentlichung einer Studie zur zahnärztlichen Behandlung von Senioren. 351 Berliner Zahnärzte wurden zur aus zahnmedizinischer Sicht problematischen Situation der Altenheimbewohner befragt. Fast die Hälfte der Befragten war bereit, Betreuungsaufgaben in Altenheimen zu übernehmen, wussten aber nicht, wem sie ihre Bereitschaft erklären sollten (*Nitschke* und *Hopfenmüller* 1992).

Stark befragte 1992 und 1993 insgesamt 423 Heimleitungen in Bayern zur zahnmedizinischen Versorgung von Altenheimbewohnern. 150 Heimleitungen machten zusätzlich Angaben zur zahnmedizinischen Betreuung, die sich auf das Pflegepersonal bezogen. Dieses - so die Heimleitungen - sei insgesamt überlastet gewesen und erhielt in 68% der Heime keine weitere Information zu Mundhygienemaßnahmen. Etwa die Hälfte der Heimleitungen kannte den Gebisszustand der von ihnen betreuten Senioren und bewertete ihn in 83% als schlecht bis mangelhaft. Als Gründe wurden unregelmäßige zahnärztliche Kontrolle

in den Heimen und Personalmangel (95%) angegeben. Insgesamt ergab sich ein hoher Bedarf an zahnärztlicher Betreuung (*Stark* 1992, *Stark* 1993).

Lenz und *Künzel* werteten 1994 die Ergebnisse der ostdeutschen Stichprobe im Rahmen der „Multinationalen Studie zur Ermittlung des gerostomatologischen Betreuungsbedarfes“ mit 8429 Probanden aus Sicht des prothetischen Behandlungsbedarfes aus. Im Ergebnis wurde ein erhebliches Behandlungsdefizit älterer Menschen festgestellt, im hohen Alter war eine Vernachlässigung zahnärztlicher Betreuung nachzuweisen (*Lenz* und *Künzel* 1994).

1996 befragte und untersuchte *Michels* 126 Altenheimbewohner aus 14 Heimen in Marburg mit Hinsicht auf die zahnärztlich-prothetische Versorgung. Die vorgefundenen prothetischen Verhältnisse waren unzureichend. Es konnte ein erhöhter zahnmedizinischer Behandlungsbedarf bei den Altenheimbewohnern verzeichnet werden (*Michels* 1996).

Im ehemaligen West-Berlin wurden ab 1990 516 ältere Menschen im Alter von 70 bis über 100 Jahre im Hinblick auf Aspekte des Alterns untersucht. Erstmals wurde hier die Gruppe der über 70-Jährigen in 5-Jahresabschnitten weiter unterteilt, so dass genaue Aussagen über einzelne Altersgruppen vorlagen. 1999 erschienen diese Ergebnisse dann im Rahmen der *Berliner Altersstudie* (*BASE*) unter der Herausgabe von *Mayer* und *Baltes* (*Mayer* und *Baltes* 1999). Es wurden in 14 Untersuchungsterminen medizinisch-geriatrische, psychiatrische, psychologische, soziologische und ökonomische Informationen erhoben. Eines der untersuchten Themen war die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. Hier wurde dokumentiert, dass 83% der Befragten in Privatwohnungen leben, und sich davon nahezu 80% zu einer weitgehend selbstständigen Lebensführung in der Lage sehen. 8% sind in Anlehnung an die Kriterien der Pflegeversicherungen pflegebedürftig (*Mayer* und *Baltes* 1999). Ebenfalls wurden die zahnmedizinischen Untersuchungen dokumentiert. *Nitschke* und *Hopfenmüller* berichteten, dass die Versorgungsquantität und -qualität besonders bei älteren, institutionalisierten und zahnmedizinisch wenig belastbaren Senioren nicht immer dem modernen zahnmedizinischen Standard entsprächen. Weiterhin sei ein hoher Behandlungsbedarf bei diesen Senioren zu verzeichnen, wobei es bei den

Betroffenen und den Zahnärzten zu unterschiedlichen Bewertungen der zahnmedizinischen Aspekte gekommen sei (*Nitschke* und *Hopfenmüller* 1999).

Ebenfalls 1999 erschien das Lehrbuch „Prosthodontics for the elderly“ von *Budtz-Jörgensen*. *Budtz-Jörgensen* stellte Versorgungsvorschläge für das lückenhafte Gebiss bei Senioren vor. Die Vorgänge des „Alterns“ wurden erläutert und die Bedeutung eines intakten Zahnersatzes für die Lebensqualität und die Ernährung der Senioren hervorgehoben. Es wurden verschiedene Lückengebisssituationen beschrieben und ihre Versorgung, verbunden mit Behandlungsstrategien im Hinblick auf das Alter der Patienten, dargestellt. Gleichfalls wurde eine hohe Anforderung an die Mundhygiene zum Erhalt des funktionstüchtigen Zahnersatzes und zur Vermeidung von Infektionen gefordert (*Budtz-Jörgensen* 1999).

Im Jahr 2002 schrieben *Stark* und *Kern* über „Die prothetische Versorgung des alten Menschen“. Sie erläuterten die Problematik der zahnmedizinischen Versorgung von Senioren (Zeitaufwand, Adaptationsfähigkeit) und nannten die Problembereiche der Alterszahnmedizin, wie Erkrankungen des Zahnhalteapparates und der Mundschleimhaut durch schlecht sitzende Prothesen. Vorschläge für parodontalhygienische Gestaltungen der Prothesen wurden ebenso gemacht wie die anschließende Instruktion zur Prothesenreinigung. Eine Verbesserung der Lebensqualität der Senioren sollte durch die vorgestellten Therapiekonzepte erwirkt werden. Wichtig wäre es, den Zahnersatz so zu gestalten, dass ältere Patienten, welche oft in der manuellen Geschicklichkeit und in ihrem Sehvermögen eingeschränkt sind, mit dem Zahnersatz gut zurechtkommen und ihn auch ausreichend zu reinigen vermögen (*Stark* und *Kern* 2002).

3. Problemstellung

Viele Untersuchungen haben gezeigt, dass gerade in Alten- und Pflegeheimen eine oft mangelhafte und desolate Versorgung der Senioren in zahnmedizinischer Hinsicht besteht (*Arzt* 1992, *Brunner et al.* 1987, *Michels* 1996, *Wefers et al.* 1989, *Weiß* 1992). Die Gesellschaft und die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen sind aufgefordert, sich rechtzeitig denjenigen Bevölkerungsgruppen zuzuwenden, die aufgrund ihrer charakteristischen Morbiditätsstörungen sowie ihrer biologischen und sozialen Eigentümlichkeiten der vermehrten Fürsorge bedürfen. Der wissenschaftlichen und praktischen Zahnheilkunde obliegt die Aufgabe, eine Sicherstellung der zahnärztlichen Betreuung von Alten- und Altenpflegeheimbewohnern zu gewährleisten.

In der hier vorliegenden Arbeit sollte eine Situationsanalyse des Kreises Neuss in gerostomatologischer Hinsicht erfolgen. Der Stand der zahnärztlichen Betreuung in den Alten- und Pflegeheimen des Kreises Neuss sollte durch Befragung der Heim- und Pflegedienstleitungen erfasst werden. Weiterhin soll an Hand der Aussagen von Heim- und Pflegedienstleitungen überprüft werden, ob der Stand der zahnmedizinischen Betreuung in den Alten- und Pflegeheimen den Anforderungen der modernen, prophylaxeorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entspricht. Die aktuellen Bevölkerungszahlen und die zu erwartende Bevölkerungsentwicklung bis 2020 sollten für den Kreis Neuss dargestellt und im Hinblick auf die Bedeutung für die Versorgung der pflegebedürftigen Senioren erläutert werden.

Eine zeitgleich durchgeführte Befragung zur zahnmedizinischen Betreuung der Senioren in Alten- und Pflegeheimen der Städte Düsseldorf (Zahnärztin *Tina Blasinski*) und Mettmann (Zahnärztin *Daniela Nippgen*) soll der Ergänzung der Ergebnisse dienen. Die Befragung der Alten- und Pflegeheime in den Städten Düsseldorf und Mettmann mit ihren Ergebnissen und Bedeutungen werden in einzelnen Dissertationen gesondert betrachtet.

4. Material und Methode

Im Februar 2002 richtete sich die durchgeführte Befragung an die betreuten Seniorenwohnheime im Kreis Neuss. Sämtliche der Stadt- und Kreisverwaltung bekannte betreute Seniorenwohnheime wurden ermittelt und angeschrieben (Anlage 1 und 2). Die Verteilung des Fragebogens erfolgte nur in einem Fall auf dem Postweg, in allen anderen Fällen wurde eine persönliche Befragung durchgeführt, um gegebenenfalls offene Fragen bezüglich des Fragebogens zu beantworten. Diese persönlichen Befragungen fanden von März bis Oktober des Jahres 2002 statt. Mit einem Begleitschreiben wurde Sinn und Zweck der Befragung verdeutlicht und auch die Anonymität der Aussagen garantiert (Anlage 3 und 4). Auf eine persönliche Untersuchung der Altenheimbewohner wurde verzichtet, daher richtete sich die Befragung ausschließlich an Heim- und Pflegedienstleitungen. Oft vereinigte sich dieser Aufgabenbereich in einer Person. Als Leitfaden zur Gestaltung der Fragebögen wurde auf die III. deutsche Mundgesundheitsstudie (*Micheelis* und *Heinrich* 1999) zurückgegriffen.

Der der Heimleitung zugeordnete Fragebogen enthielt insgesamt 18 Fragen. Die ersten 4 Fragen befassten sich mit der Gesamtanzahl der Bewohner, deren Gliederung in die Geschlechter und der Alterszusammensetzung. Die folgenden 3 Fragen handelten den Kenntnisstand der Heimleitung über den Gesundheitszustand ihrer Heimbewohner ab, etwa Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand bei der Aufnahme und zahnärztliche Aufnahmeuntersuchungen sowie Routineuntersuchungen (Fragen 5-7). Ein weiterer Fragenkomplex von 5 Fragen befasste sich mit dem Thema Zahnpflege bei den Senioren durch das Pflegepersonal, Heimzahnärzte oder externe Zahnärzte (Fragen 8-12). Anschließend wurde sowohl nach der Einschätzung des oralen Gesundheitszustandes der Bewohner durch die Heimleitung gefragt als auch nach möglichen und gewünschten Verbesserungen (Fragen 13-15).
3 Fragen zur möglichen Zusammenarbeit der Heime mit Zahnmedizinstudenten zum Zweck der Verbesserung des oralen Zustandes der Heimbewohner als auch der Studentenausbildung rundeten den Fragebogen ab (Fragen 16-18).

Der für die Pflegeleitung der Heime entwickelte Fragebogen beschäftigte sich in den ersten 3 Fragen mit der Anzahl der zu betreuenden Senioren und der Häufigkeit des Kontaktes zu ihnen. Ebenso wie bei dem Fragebogen für die Heimleitung wurde nun auch hier nach der Einschätzung des oralen Gesundheitszustandes, der Beurteilung der Mundhygiene und der Zufriedenheit der Senioren mit ihrem oralen Zustand gefragt (Fragen 4-5). Die Bedeutung der Beeinflussung des Gesamtbefindens durch das orale Wohlbefinden wurde ebenso erfragt wie die Obliegenheit von Zahn- und Zahnersatzpflege (Fragen 6-7). Die Frage zur Häufigkeit von zahnmedizinischen Problemen der Senioren leitete einen Fragenblock zur fachlichen Ausbildung der pflegenden Kräfte ein. Die Frage nach Schulungen im zahnmedizinischen Bereich wurde mit der Frage nach gewünschter Unterstützung bei der Zahnpflege der Senioren verbunden. Vorschläge zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung waren auch bei diesem Fragebogen anschließend möglich (Fragen 8-11).
Auch hier rundeten 3 Fragen zur möglichen Zusammenarbeit der Heime mit Zahnmedizinstudenten zum Zweck der Verbesserung des oralen Zustandes der Heimbewohner als auch der Studentenausbildung, den Fragebogen ab (Fragen 12-14).

Weiterhin wurden statistische Daten zur demographischen Situation der Bevölkerung des Kreises Neuss aus dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Neuss und ebenso vom Amt für Statistik und Wahlen der Stadt Düsseldorf entnommen. Zusätzlich wurden Bevölkerungsvorausberechnungen bis zum Jahr 2020 angefordert; Ansprechpartner war das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen. Für Daten zur zahnärztlichen Versorgungsdichte wurden Informationen von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein eingeholt.

5. Ergebnisse

5.1 Vorstellung des Kreises Neuss in demographischer Hinsicht

Der Kreis Neuss:

Der Kreis Neuss setzt sich aus den Städten Meerbusch, Kaarst, Korschenbroich, Neuss, Jüchen, Grevenbroich, Rommerskirchen und Dormagen zusammen.

Insgesamt lebten im Kreis Neuss am 31.12.2002 446393 Einwohner, wovon 55110 Bürger in der Stadt Meerbusch lebten, 42544 in der Stadt Kaarst, 33733 in der Stadt Korschenbroich, 151546 in Neuss, 22476 in Jüchen, 64946 in Grevenbroich, 12482 in Rommerskirchen und 63556 in Dormagen (Abb. 5).

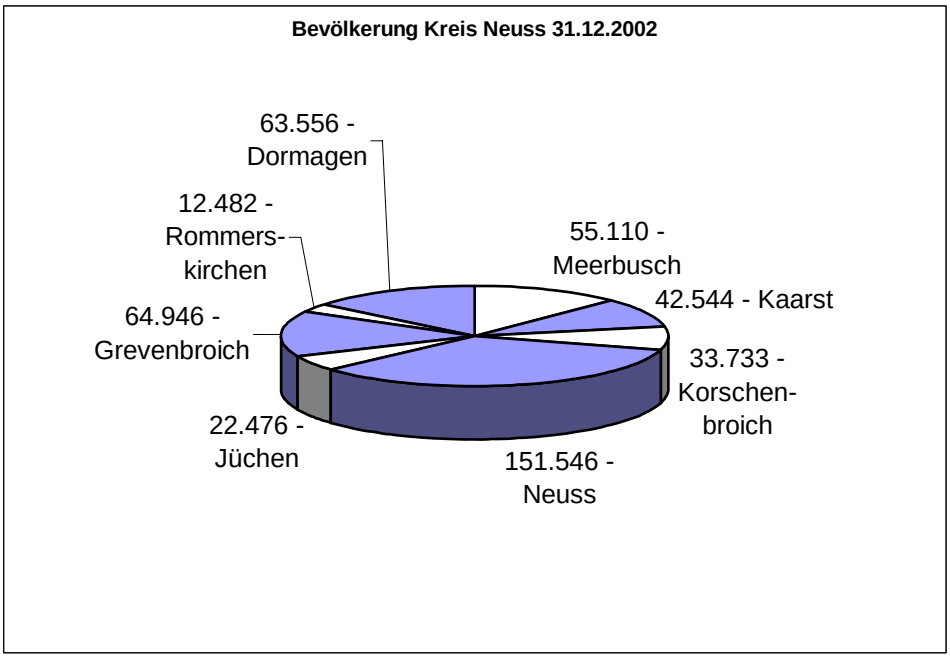
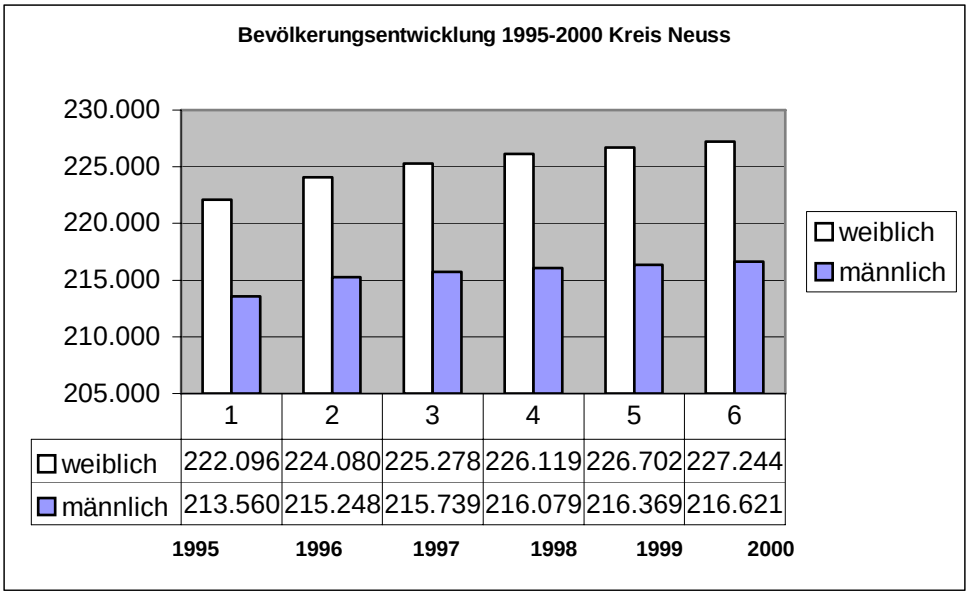


Abbildung 5 (Amt für Statistik und Wahlen Düsseldorf)

Der Kreis Neuss erstreckt sich auf 576,46 km² und ist dem Land Nordrhein-Westfalen zugehörig. Die Einwohnerzahl je km² beträgt 774,4 (Amt für Statistik und Wahlen Düsseldorf).

Um die Bevölkerungsentwicklung und ihre Tendenzen im Kreis Neuss darzustellen, wurden zunächst die Jahre 1995 bis 2000 betrachtet. Vom 31.12.1995 bis zum 31.12.2000 ließ sich im Kreis Neuss eine Bevölkerungszunahme um 8209 Personen feststellen, davon sind 5148 weiblich und 3061 männlich. Die

Bevölkerungsentwicklung hat sich in diesen 5 Jahren im Kreis Neuss verlangsamt. Stieg sie von 1995 auf 1996 bei den Frauen noch um 1984 Personen (0,89%), so waren es von 1999 auf 2000 nur noch 542 (0,24%).
Gleiches gilt bei der männlichen Bevölkerungsentwicklung. Hier war von 1995 bis 1996 ein Bevölkerungswachstum von 1688 (0,79%) Personen zu verzeichnen, von 1999 bis 2000 waren es hingegen nur noch 252 (0,12%) (Abb. 6).



	1	2	3	4	5	6
weiblich	222.096	224.080	225.278	226.119	226.702	227.244
männlich	213.560	215.248	215.739	216.079	216.369	216.621

Abbildung 6 (Statistisches Jahrbuch Kreis Neuss 2001)

Die im Vergleich zum Jahr 2000 um 1818 Individuen gewachsene Bevölkerung des Kreises Neuss verteilte sich ein Jahr später, am 31.12.2001 in folgender Weise auf 3 gewählte Altersgruppen: 71680 Personen (16,1%) konnten der Gruppe der unter 1- bis 14-Jährigen zugeordnet werden. Weitere 301048 Menschen (67,5%) gehörten zu Gruppe der 15-bis 64-Jährigen, und 72955 Menschen (16,4%) waren 65 Jahre alt oder älter. Somit ist die Gruppe der über 65-Jährigen und älteren um 0,3% größer als die der unter 1-bis 14-Jährigen (Abb. 7).

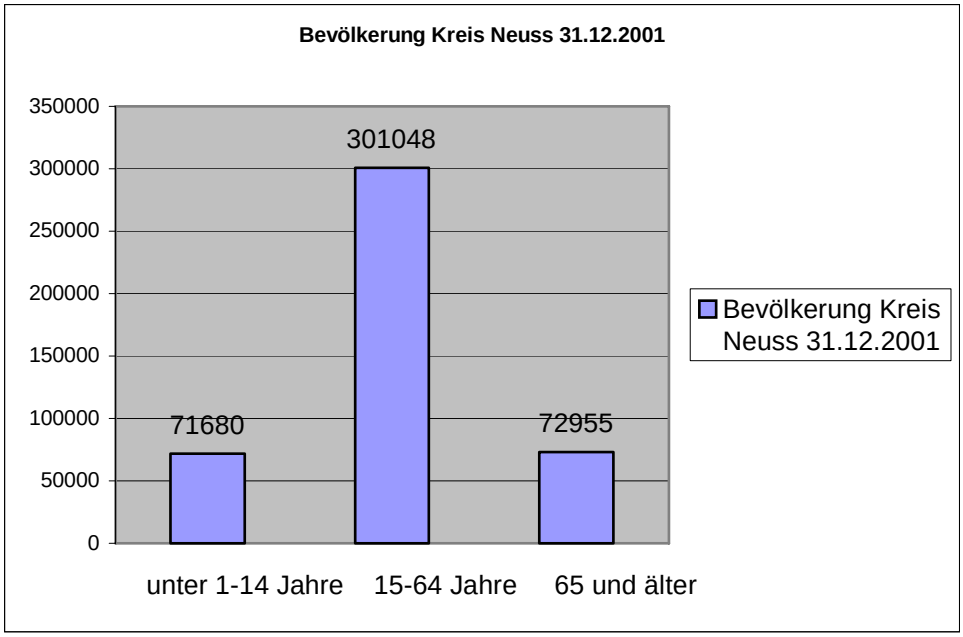


Abbildung 7 (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen)

5.1.1 Zahnärzteschaft im Kreis Neuss

Im Kreis Neuss betrug die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte einschließlich Assistenzzahnärzten im Jahr 2002 304. Die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte ohne Assistenten betrug 258. Durchschnittlich ergab sich für einen niedergelassenen Zahnarzt eine Patientenanzahl von 1468. Aus zahnärztlicher Sicht lag im Kreis Neuss eine leichte Überversorgung vor, da als „Maßzahl“ für eine bedarfsgerechte Versorgung in Kreisgebieten 1680 Einwohner pro Zahnarzt gelten. Für kreisfreie Städte lag die Zahl bei 1280 Patienten pro Zahnarzt (Telefonat mit der KZV Nordrhein, Stand Juni 2004).

5.2 Befragung der Heim- und Pflegedienstleitung

Zum Zeitpunkt der Befragung gab es 34 der Stadt- und Kreisverwaltung im Kreis Neuss bekannten Alten- und Pflegeheime. Die Heim- und Pflegedienstleitungen von 17 Heimen erklärten sich zu der Befragung bereit, somit konnten 50% der Alten- und Pflegeheime im Kreis Neuss durch die Befragung erfasst werden. Die 17 befragten Alten- und Pflegeheime verfügten insgesamt über 1654 Seniorenpflegeplätze.
Im gesamten Bundesland Nordrhein-Westfalen existierten im Jahr 2001 155625 vollstationäre Altenpflegeplätze (*Heimstatistik des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Stand 2001*).

5.2.1 Ergebnisse des Fragebogenrücklaufs

Auf die erste Frage, ob es eine allgemeinmedizinische Untersuchung bei der Neuaufnahme der Patienten gäbe, antworteten 17,7% (3) der Neusser Heim- und Pflegedienstleitungen mit Ja, 82,6% (14) der Heim- und Pflegedienstleitungen kannten den gesundheitlichen Status ihrer Patienten nicht genau (Abb. 8).

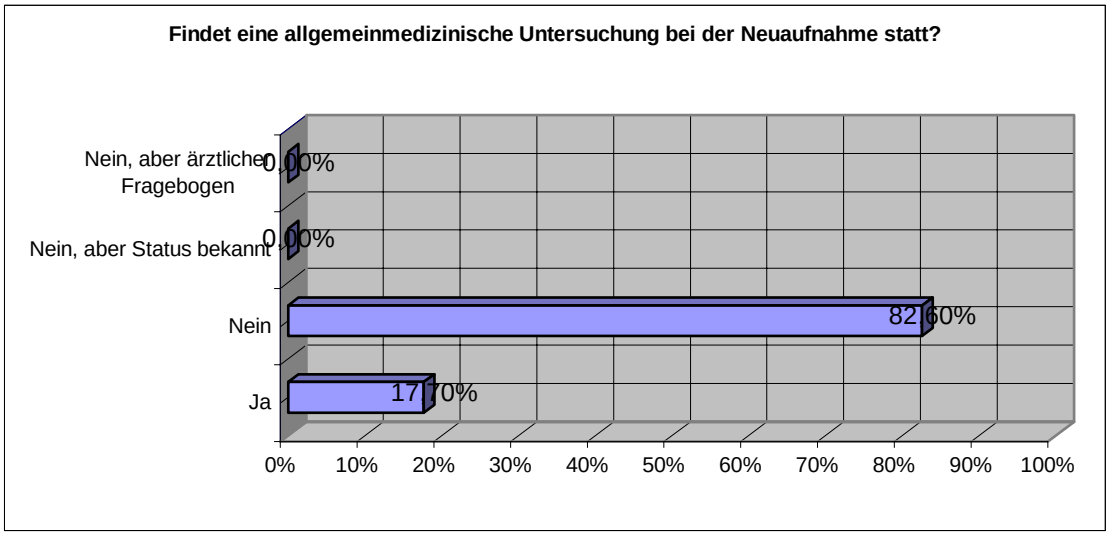


Abbildung 8

Auf die Frage nach einer zahnmedizinischen Untersuchung bei der Patientenaufnahme gab es ein klares Ergebnis, keines der befragten Heime führte eine solche Untersuchung durch.

Ihre Kenntnis über den oralen Zustand der Bewohner bezogen 47,2% (8) der Neusser Heim- und Pflegedienstleitungen über das Pflegepersonal. Durch die Heimbewohner selbst wurden in 23,6% (4) Informationen über den oralen Zustand vermittelt, und durch einen Arzt oder Zahnarzt in 5,9% (1) der Fälle. Keinen Kenntnisstand über den oralen Gesundheitszustand ihrer Bewohner hatten 23,6% (4) der Neusser Heim- und Pflegedienstleitungen (Abb. 9).

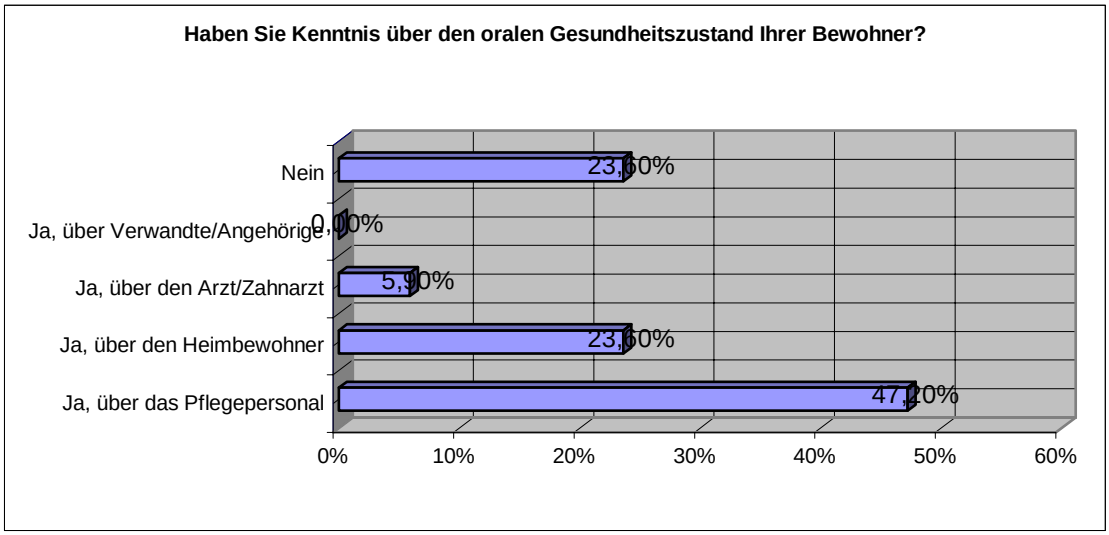


Abbildung 9

Angesprochen auf stattfindende zahnärztliche Kontrolluntersuchungen antworteten 70,8% (13) der Neusser Heim- und Pflegedienstleitungen mit Ja. Als Zeitintervall zählten sowohl ¼ -jährlich, ½-jährlich, jährlich und seltenere Untersuchungen. 29,5% (4) der Befragten mussten diese Frage verneinen.

Als Grund für die fehlenden Kontrolluntersuchungen wurden Mangel an zuständigen Zahnärzten, das Fehlen notwendiger Veranlassungen, unmöglicher Krankentransport, Personalmangel und Mangel an Zeit angegeben (Abb. 10 und 11).

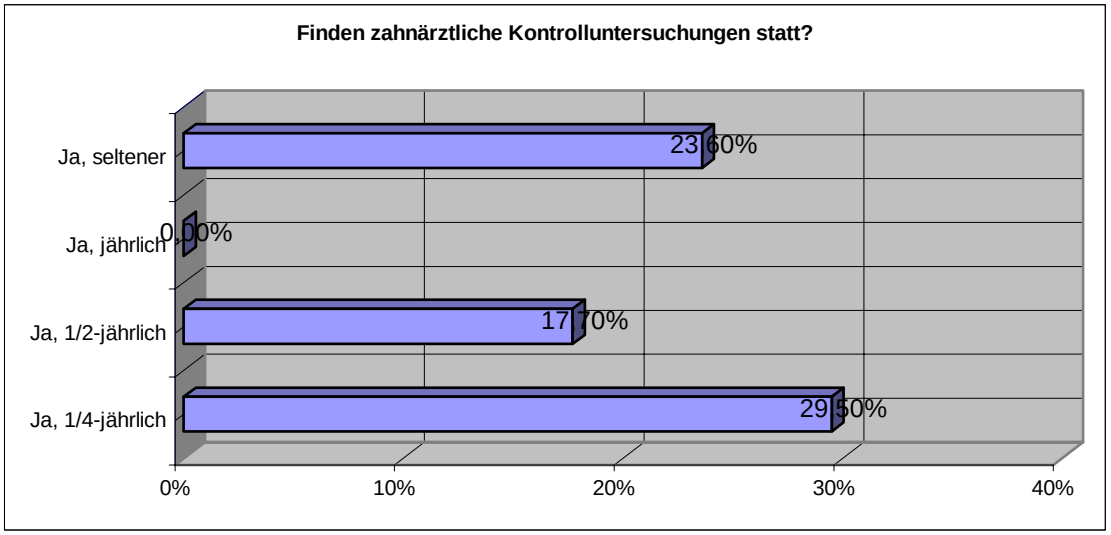


Abbildung 10

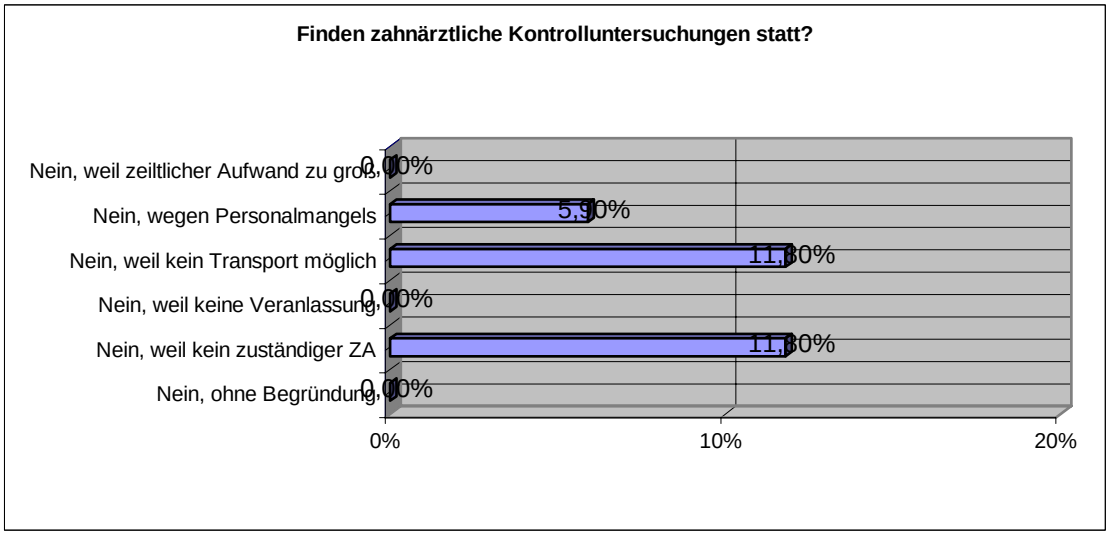


Abbildung 11

Eine Überwachung der Mundhygiene durch das Pflegepersonal wurde von allen befragten Neusser Heim- und Pflegedienstleitungen bestätigt.

Der Hauptteil der in den Heimen arbeitenden Pflegekräfte wurde laut Angaben der Befragten in zahnmedizinischen Pflegemethoden geschult. 64,9% (11) der Heim- und Pflegedienstleitungen bestätigten, dass solche Schulungen für das Pflegepersonal stattfinden. Ebenfalls war die Schulung zum Teil Bestandteil der Ausbildung des Pflegepersonals. 35,4% (6) der Befragten verneinten eine solche Schulung des Pflegepersonals.

Zum Zwecke von zahnmedizinischen Behandlungen waren bei 5,9% (1) der Heime zahnmedizinische Behandlungszimmer vorhanden. Über keine Möglichkeit für

zahnmedizinische Behandlung verfügten 94,4% (16) der Neusser Alten- und Pflegeheime.

Eine Betreuung der Bewohner durch einen Zahnarzt fand in 94,4% (16) der befragten Neusser Alten- und Pflegeheime statt. Die Betreuung erfolgte entweder durch den Hauszahnarzt des Bewohners (70,8%) (12) oder durch für das gesamte Heim zuständige Zahnärzte (5,9%) (1). Bei Schmerzfällen wurden beliebige Zahnärzte konsultiert (17,7%) (3) (Abb. 12).

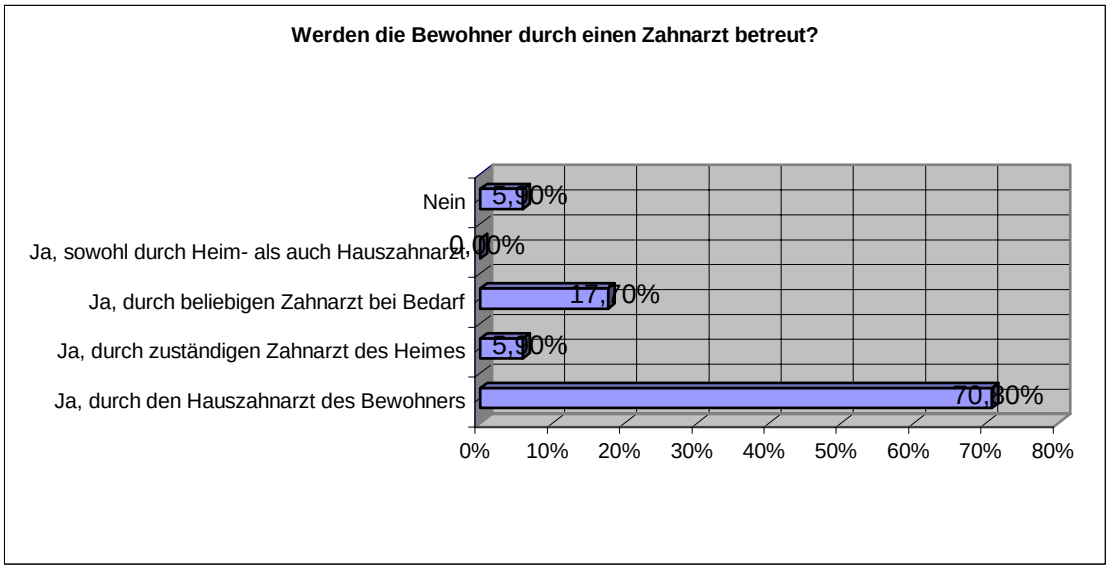


Abbildung 12

Die zahnärztliche Betreuung der Senioren wurde in 88,5% (15) der Fälle sowohl in der Praxis als auch in der Einrichtung ambulant durchgeführt. Keines der befragten Alten- und Pflegeheime ließ die Bewohner ausschließlich im Heim zahnärztlich betreuen. In 11,8% (2) der Fälle fand allerdings eine ausschließliche Betreuung in den Zahnarztpraxen statt (Abb. 13).

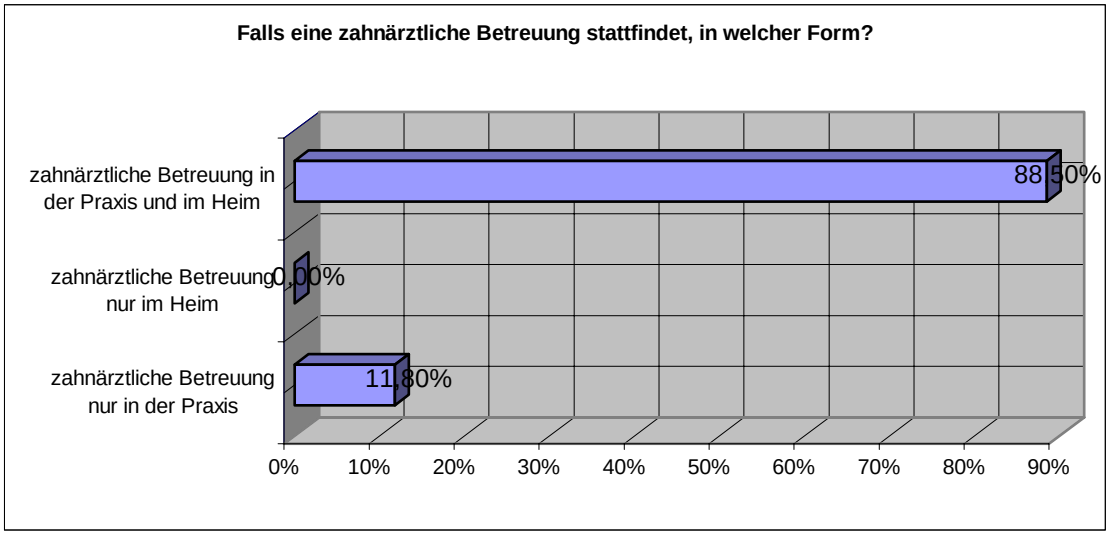


Abbildung 13

Befragt nach einer Wertung des oralen Gesundheitszustandes der Senioren an Hand der Schulnotenskala gaben 23,6% (4) der Befragten ein „gut“ an, und 59,0% (10) gaben ein „befriedigend“ an. „Ausreichend“ war die Bewertung von 17,7% (3) der Heim- und Pflegedienstleitungen. Die Noten „sehr gut“ und „mangelhaft“ wurden nicht vergeben (Abb. 14).

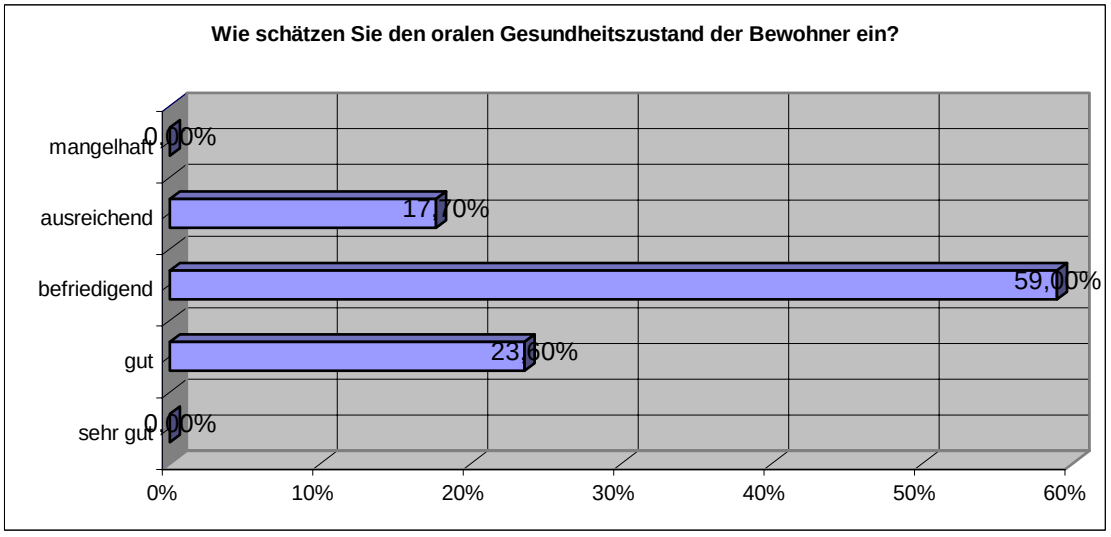


Abbildung 14

Den Wunsch nach Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung drückten 88,5% (15) der Befragten aus. Nur von 11,8% (2) der Neusser Heim- und Pflegedienstleitungen wurde eine Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung für nicht notwendig erachtet.

Auf die Frage nach der Häufigkeit des Kontaktes zu den Senioren antwortete die Mehrheit (59,0%) (10) der Heim- und Pflegedienstleitungen mit „mehrmals täglich“. „Einmal täglich“ fand der Kontakt zu den Senioren in 17,7% (3) der Institutionen statt. Nur bei 11,8% (2) der Alten- und Pflegeheime fand der persönliche Kontakt „mehrmals wöchentlich“ statt. Weitere 11,8% (2) der Heim- und Pflegedienstleitungen hatten maximal „einmal wöchentlich“ Kontakt zu den Senioren (Abb. 15).

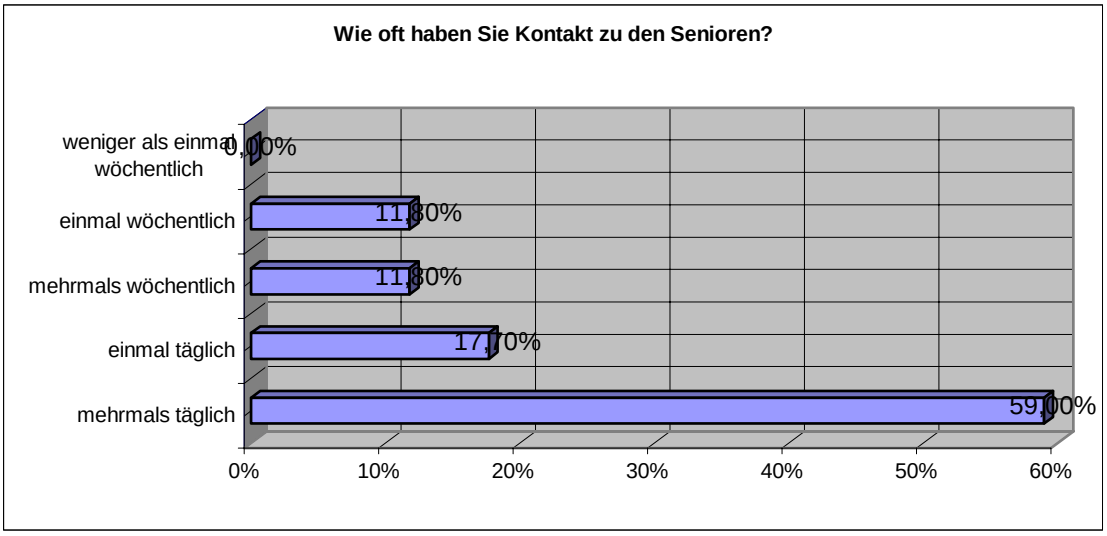


Abbildung 15

88,5% (15) der Heim- und Pflegedienstleitungen gaben an, den oralen Zustand der von ihnen betreuten Senioren „befriedigend“ bis „sehr gut“ zu kennen. „Ausreichend“ bis „mangelhaft“ fanden 11,8% (2) der Heim- und Pflegedienstleitungen ihren Kenntnisstand in dieser Beziehung (Abb. 16).

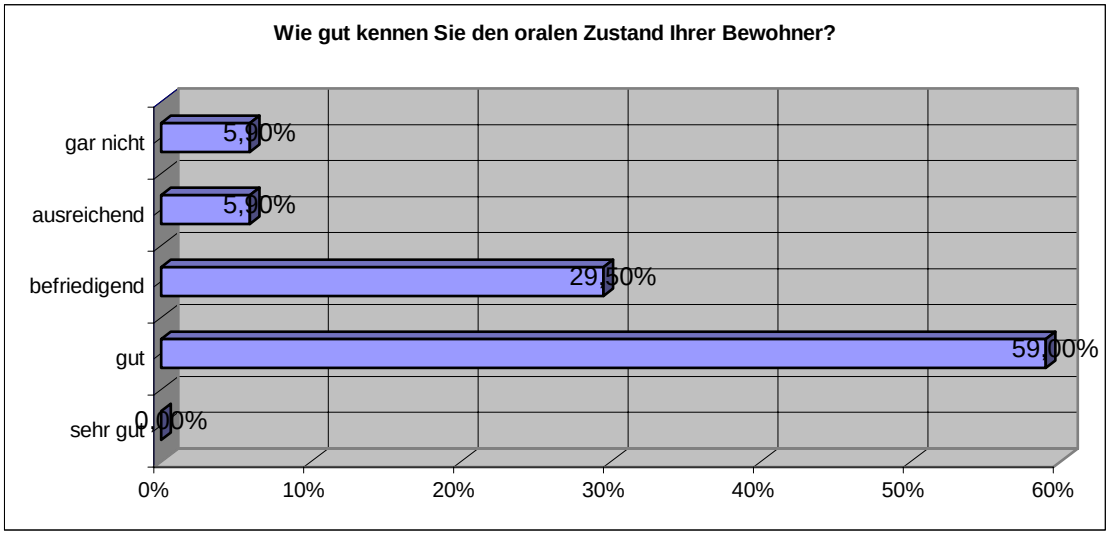


Abbildung 16

Ihrem Kenntnisstand entsprechend beurteilten 47,2% (8) der Neusser Heim- und Pflegedienstleitungen die Mundhygiene der Senioren als „gut“ bis „sehr gut“. „Mäßig“ schien ihnen die Mundhygiene der Senioren in ebenfalls 47,2% (8) der Heime zu sein. Als „schlecht“ wurde die Mundhygiene bei 5,9% (1) der Heime bewertet (Abb. 17).

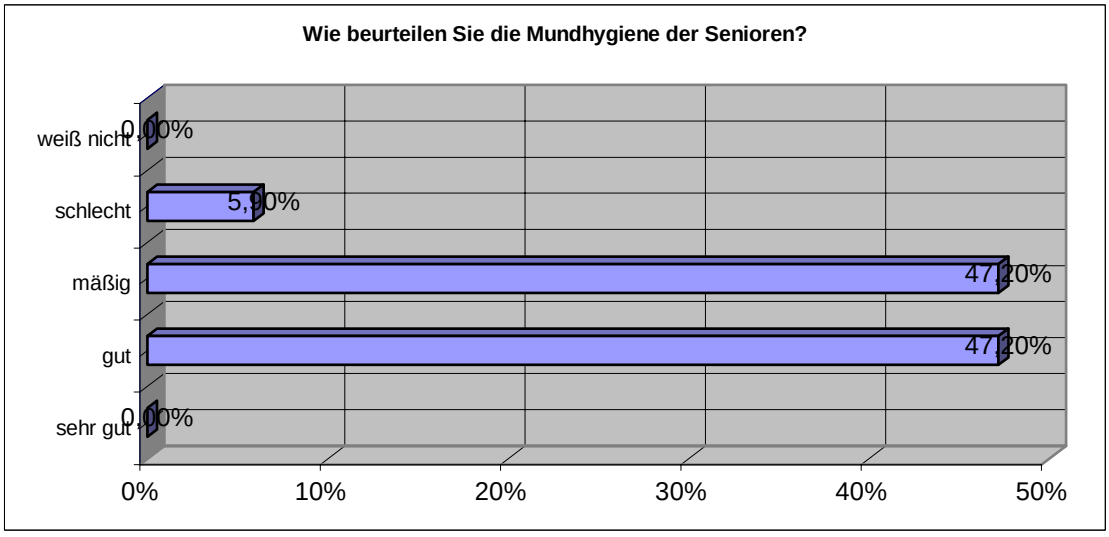


Abbildung 17

Laut Angabe der Befragten seien in 29,5% (5) der Neusser Seniorenpflegeheimen die Senioren mit ihren Zähnen oder dem zu tragenden Zahnersatz „gut“ zufrieden, und in 64,9% (11) der Heime seien die Senioren „mäßig“ zufrieden. Nicht beurteilen konnten dieses 5,9% (1) der Heim- und Pflegedienstleitungen (Abb. 18).

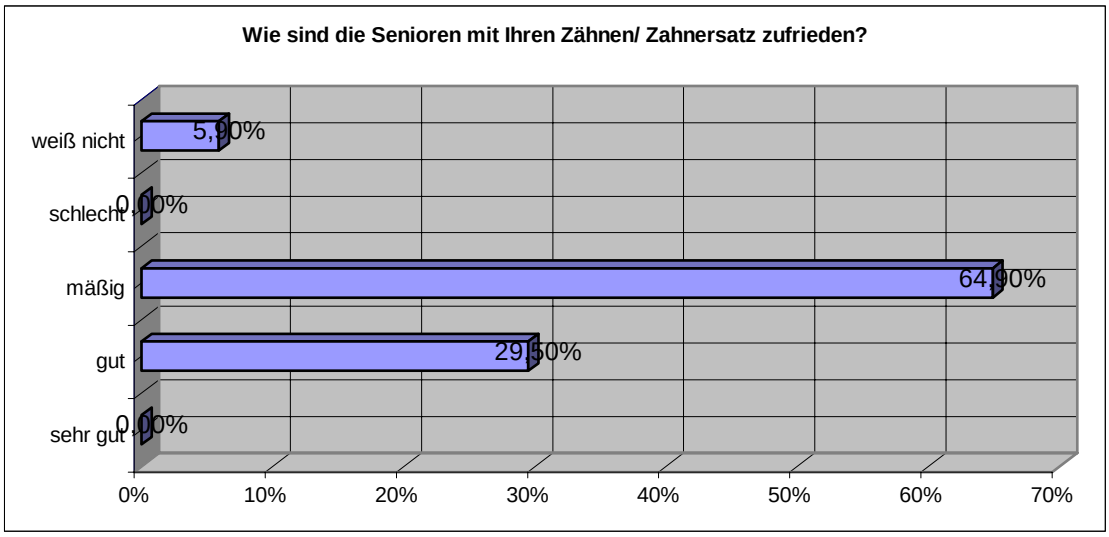


Abbildung 18

Nach Meinung der befragten Heim- und Pflegedienstleitungen beeinflusst das orale Wohlbefinden das Gesamtbefinden der älteren Menschen in 35,4% (6) der Heime „sehr stark“, und in 47,2% (8) „stark“. Einen „mäßigen“ Einfluss schrieben 17,7% (3) der Heim- und Pflegedienstleitungen dem Gesamtbefinden zu (Abb. 19).

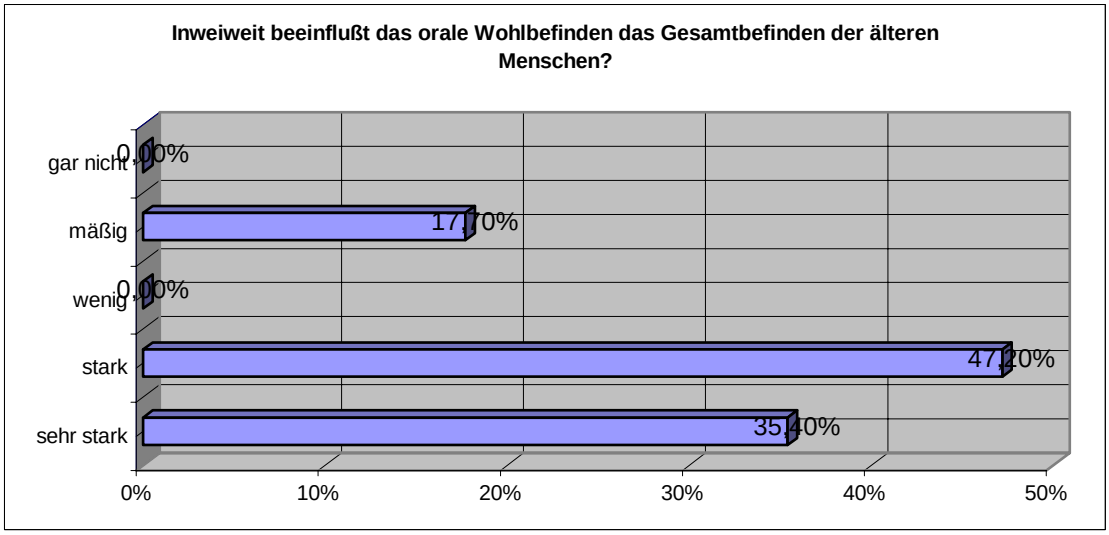


Abbildung 19

70,8% (12) der Befragten oblag die Aufsicht der Zahnpflege bei den Senioren.

Die Konfrontation mit zahnmedizinischen Problemen der Heimbewohner erfolgte in 47,2% (8) der Alten- und Pflegeheime mindestens täglich bis einmal wöchentlich. Einmal bis mehrmals monatlich mussten sich 41,3% (7) der Neusser Befragten mit

dieser Problematik beschäftigen. Mehrmals pro Jahr wurden 5,9% (1) der Befragten mit zahnmedizinischen Problemen konfrontiert, und ebenfalls in 5,9% (1) der Fälle mussten sich die Neusser Alten- und Pflegeheimleitungen gar nicht dieser Problematik stellen (Abb. 20).

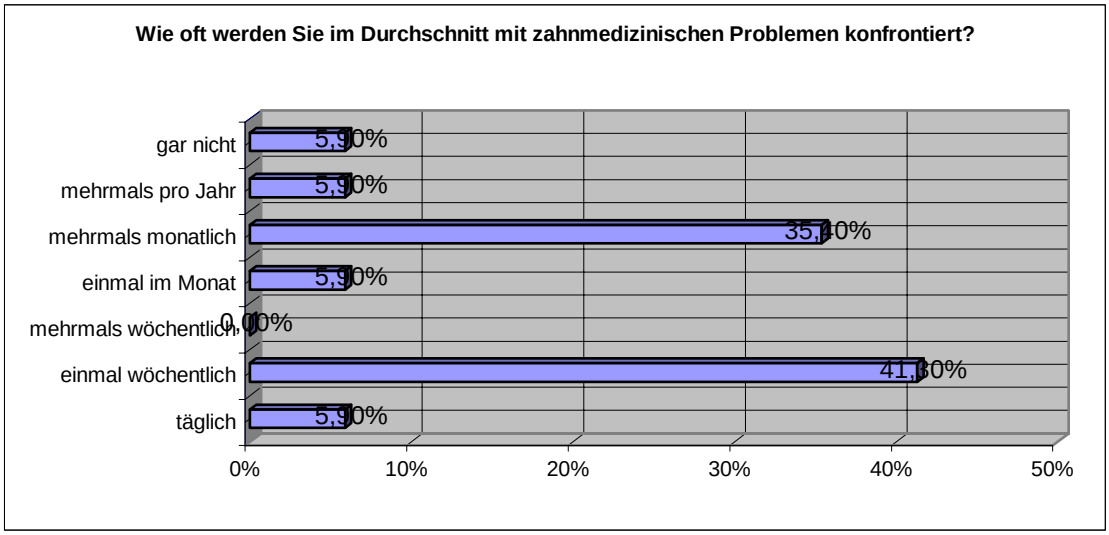


Abbildung 20

Gefragt nach einer erfolgten Schulung im Hinblick auf zahnmedizinische Aspekte bei Älteren antworteten 35,4% (6) der Befragten mit Ja. Andere befragte Heim- und Pflegedienstleitungen sind hinsichtlich dieser Thematik nicht geschult worden.

Auf die Frage, ob eine Unterstützung bei der Prophylaxe durch einen Zahnarzt oder eine zahnmedizinische Fachangestellte gewünscht sei, antworteten 100% (17) der Befragten mit Ja.

Um eine Verbesserung der zahnärztlichen Kontrollen zu ermöglichen, wurden in den anonymen Fragebögen für Heim- und Pflegedienstleitungen mehrere Verbesserungsvorschläge zur Auswahl gestellt. Es war daher nicht möglich, eine rechnerisch korrekte prozentuale Wertung dieser Aussagen zu erstellen. Diese Frage sollte Aufschluss über die Gewichtung und Notwendigkeit der dargebotenen Verbesserungsvorschläge geben. Hier waren Mehrfachnennungen möglich. Bei den befragten Neusser Alten- und Pflegeheimleitungen entstand bei 76,7% (13) der Befragten in erster Linie der Wunsch nach Bekanntgabe von Zahnärzten die Heim- und Hausbesuche durchführen. 59,0% (10) forderten die Behandlungsmöglichkeit

von rollstuhlabhängigen Patienten in jeder Zahnarztpraxis. Ebenfalls von 59,0% (10) der Befragten wurde die zahnmedizinische Behandlung in den Heimen besonders bei Notfällen gewünscht. An dritter Stelle rangierte mit 41,3% (7) der Nennungen der Wunsch nach einer regelmäßigen Mundhygienekontrolle. 35,4% (6) der Befragten wünschten eine periodische Kontrolle mit Recall-System, und an fünfter Stelle mit 17,7% (3) der Nennungen wurde eine bessere Ausbildung des Pflegepersonals in oraler Hygiene gewünscht (Abb. 21).

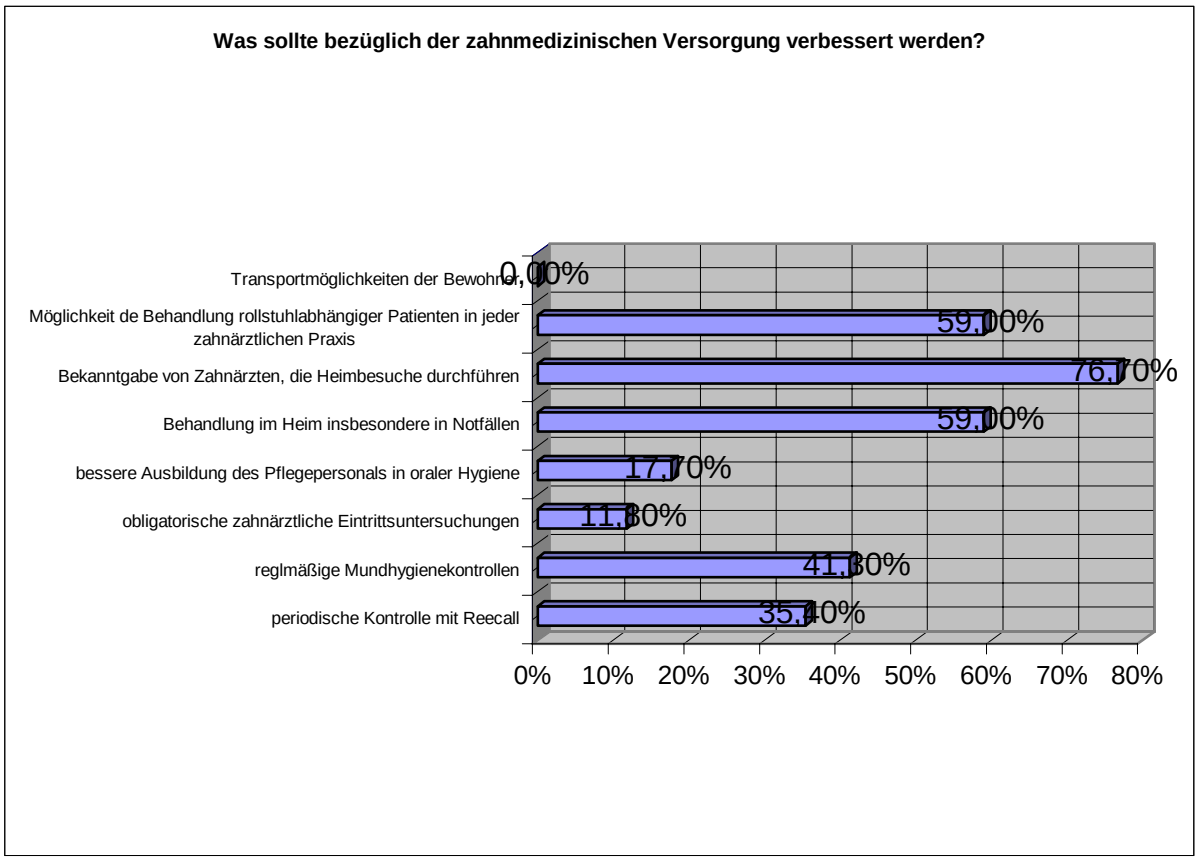


Abbildung 21

5.2.2 Alterszusammensetzung der Heimbewohner im Kreis Neuss

In den befragten Neusser Alten- und Pflegeheimen wurden sehr genaue Altersangaben gemacht. Es wurde hier auch von Heimbewohnern unter 60 Jahren berichtet, so dass diese in die Auswertung mit einbezogen wurden. Diese Altersgruppe war allerdings mit 0,25% die am geringsten vertretene aller Altersgruppen. Die 60- bis 64-Jährigen repräsentierten in Neuss 5,73% der Heimbewohner, die Altersgruppe 65 bis 70 zeigte sich mit 6,17%. 8,87% der Bewohner waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 71 und 75 Jahren alt. Deutlich größer hingegen war die Altersgruppe der 76- bis 80-Jährigen mit 14,35%. Ebenfalls war ein prozentualer Anstieg bei der Altersgruppe 81 bis 85 Jahre mit 19,77% zu verzeichnen. Die Gruppe der 86- bis 90-Jährigen war die stärkste Altersgruppe mit 25,6%. 19,26% der Bewohner waren über 90 Jahre alt (Abb. 22).

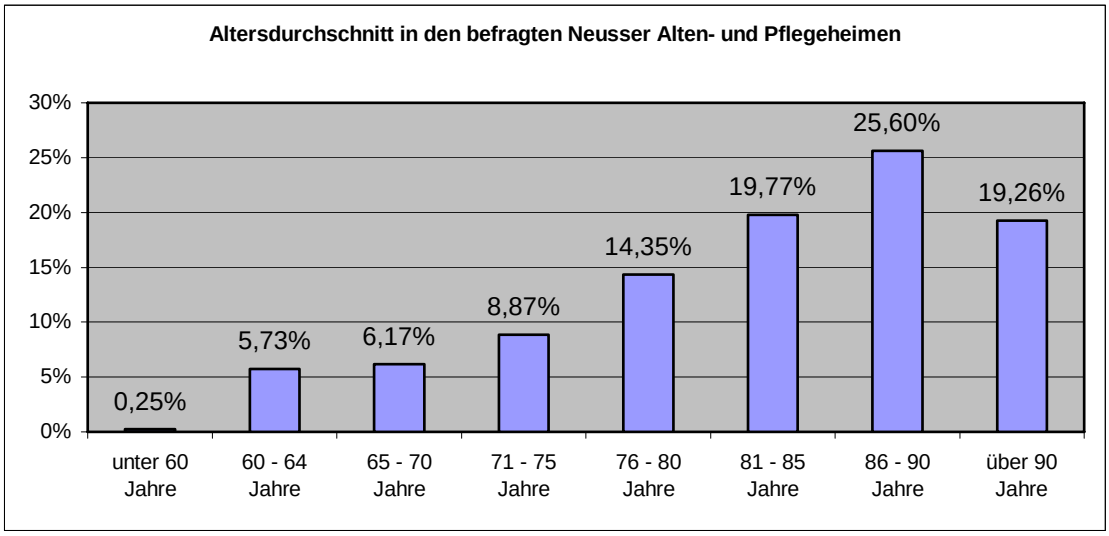


Abbildung 22

5.2.3 Die Diskrepanz zwischen aktueller zahnärztlicher Betreuung und gewünschten Behandlungsmöglichkeiten

Wie bereits in der vorhergegangenen Fragebogenauswertung beschrieben, hatte die Mehrzahl der Institutsleiter im Kreis Neuss (76,7%) (13) aus verschiedenen Quellen Kenntnis über den oralen Gesundheitszustand ihrer Bewohner, und in 70,8% (12) der befragten Institutionen gab es eine regelmäßige Kontrolluntersuchung. Einen Behandlungsraum oder ein zahnärztliches Behandlungszimmer gab es nur bei 5,9% (1) der Neusser Alten- und Pflegeheime.

Zwar wurden in nahezu allen Alten- und Pflegeheimen, mit Ausnahme von 5,9% (1), die Bewohner zahnärztlich betreut und notwendige Behandlungen in den jeweiligen Heimen und Zahnarztpraxen erbracht, doch schätzten nicht einmal die Hälfte aller Heim- und Pflegedienstleitungen den oralen Gesundheitszustand ihrer Bewohner als gut ein. 76,7% (13) der Befragten schätzten den oralen Gesundheitszustand ihrer Bewohner als befriedigend und schlechter ein. Die Mundhygiene der Senioren wurde in 53,1% (9) der Heime durch die Befragten als mäßig, schlecht oder gar unbekannt eingestuft.

Ein ähnliches Ergebnis erbrachte die Frage nach der Zufriedenheit der Senioren bezüglich ihres Zahnersatzes. Hier schätzten 70,8% (12) der Heim- und Pflegedienstleitungen die Zufriedenheit der Senioren mit den eigenen Zähnen oder dem Zahnersatz als mäßig bis schlecht ein oder konnten es gar nicht beurteilen.

Hauptsächlich wurde von den befragten Institutsleitungen eine bessere Ausbildung des Pflegepersonals in oraler Hygiene, eine periodische Kontrolle mit Recall-System und die Bekanntgabe von Zahnärzten welche Hausbesuche durchführen, gewünscht. Ebenfalls häufig genannt waren der Wunsch nach einer möglichen zahnärztlichen Behandlung im Heim, besonders in Notfällen, und die Möglichkeit der Behandlung rollstuhlabhängiger Patienten in jeder zahnärztlichen Praxis.

5.3 Weitere zu erwartende demographische Entwicklung des Altersdurchschnitts im Kreis Neuss

Aus einer Vorausberechnung des Landesamtes für Statistik ist die Bevölkerungsverteilung auf einzelne Altersgruppen im Jahr 2020 im Kreis Neuss abzulesen. Um einen Vergleich zwischen den erhobenen Zahlen vom 31.12.2001 und der Vorausberechnung erstellen zu können, wurden die zuvor gewählten Altersgruppen von unter einem Jahr bis 14 Jahre, 15 Jahre bis 64 Jahre und 65 Jahre bis über 90 Jahre erneut gewählt.

In Neuss ist ein genereller Bevölkerungsrückgang zu erwarten. Die Gesamtbevölkerungszahl sinkt von 445683 auf 443411 um insgesamt 0,5%. Gleichzeitig ist ein Wachstum der Altersgruppe der über 65-Jährigen von 16,4% (72955) auf 22,1% (98501) zu beobachten. Einer sinkenden Gesamtbevölkerungszahl steht also das Wachstum der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahren von 5,7% gegenüber. Entsprechend verkleinern sich die Altersgruppen der unter 1- bis 14-Jährigen von 16,1% (71680) auf 13,1% (58042) und die der 15- bis 64-Jährigen von 67,5% (301048) auf 64,7% (286868) (Abb. 23 und 24).

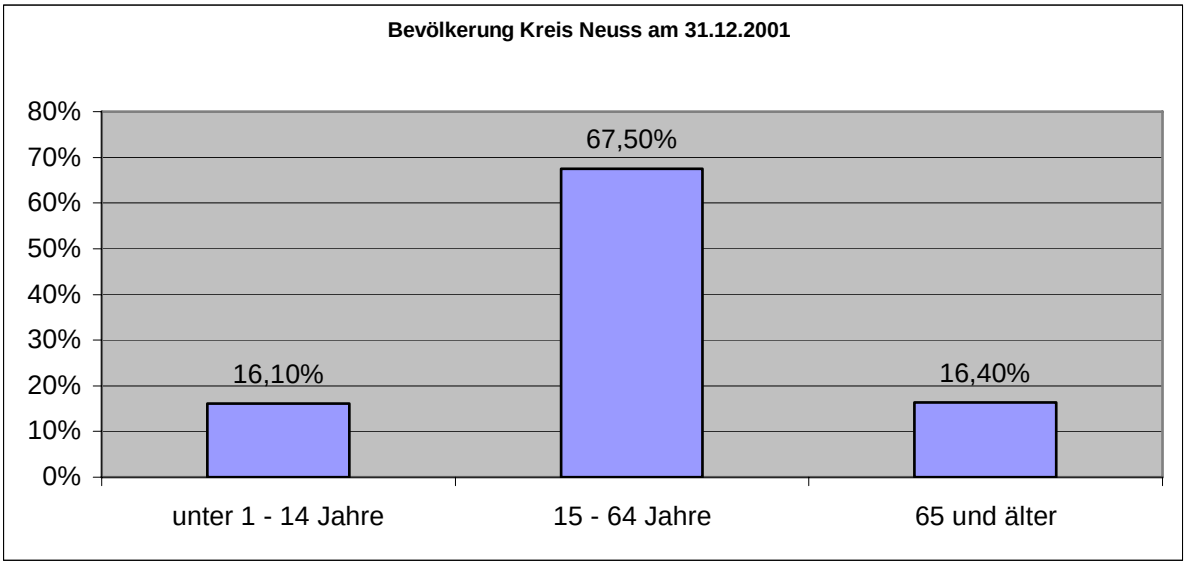


Abbildung 23

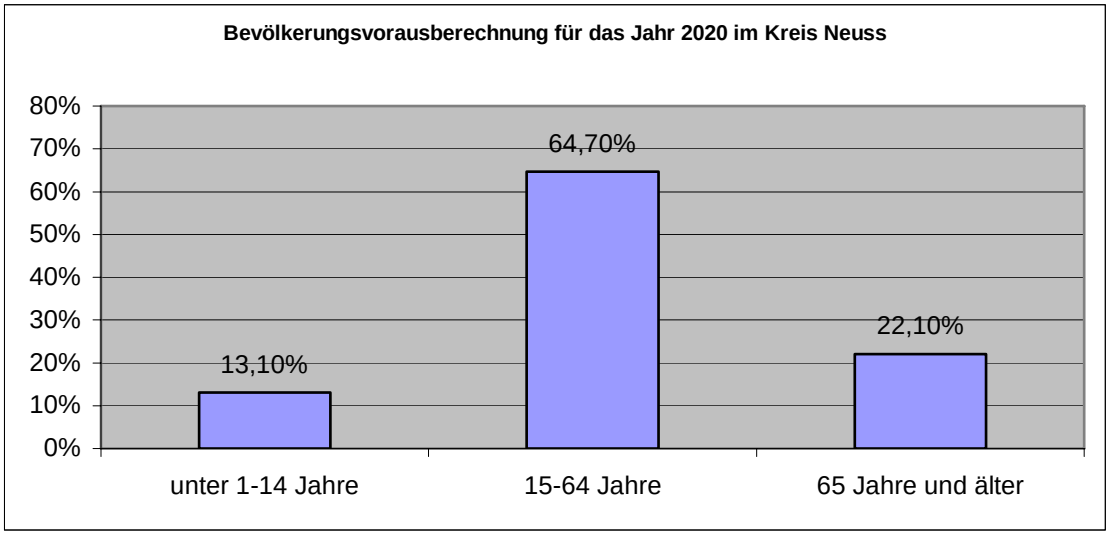


Abbildung 24

6. Diskussion der Ergebnisse aus der Befragung des Kreises Neuss

Die hier vorliegende Arbeit setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Zum einen erfolgte die persönliche Befragung von Heim- und Pflegedienstleitungen der Neusser Alten- und Pflegeheime mit anschließender Auswertung der Angaben. Auf diesem Wege konnten Angaben von 17 Seniorenwohnheimen mit 1654 Plätzen zusammengestellt werden, im Durchschnitt erklärte sich jedes zweite Heim mit der Befragung einverstanden. Zum anderen wurde die Prognose der Bevölkerungsentwicklung für den Kreis Neuss bis zum Jahr 2020 auf der Basis der Vorausberechnungen des Statistischen Landesamtes dargestellt.

Durch eine persönliche Befragung nach erfolgter schriftlicher Studienvorstellung konnte eine Mitarbeitsbereitschaft von 50% bei den zu Befragenden erzielt werden. Dies entspricht 17 befragten Heim-und Pflegedienstleitungen. Bei exemplarisch vergleichbaren Studien lag die Rücklaufquote von 38,9% (*Arzt* 1992) über 42% (*Stark* 1992) bis 68% (*Brunner et al.* 1987). Ein exakter Vergleich der Patientenkollektive ist nicht möglich, da in der vorliegenden Arbeit keine Einteilung des Patientenkollektivs in einzelne Pflegestufen erfolgte. Da aufgrund der Auslegung der Studie keine Gegenkontrolle in Bezug auf die Richtigkeit der Aussagen von Heim- und Pflegedienstleitungen im Sinne einer Befragung der Heimbewohner durchgeführt werden konnte, lassen sich aus den Antworten lediglich Tendenzen ablesen.

Im Zuge der Situationsanalyse zur gerostomatologischen Situation im Kreis Neuss ist zwar ein Bewusstsein seitens der zuständigen Heim- und Pflegedienstleitungen für die zahnärztlichen Belange der Senioren ersichtlich geworden, allerdings lässt sich die daraus resultierende notwendige Situationsverbesserung noch vermissen.
Der Erklärungsversuch, das Gebiet sei zahnärztlich schlecht versorgt, ist zu widerlegen, da die Angaben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein eher für eine leichte zahnärztliche Überversorgung des Gebietes sprechen, als für eine Unterversorgung (Kapitel 5.1.1). Trotzdem zeigt sich jedoch bei genauerer Betrachtung ein Defizit in der zahnärztlichen Betreuung und Versorgung der Alten- und Pflegeheime des Kreises Neuss. Eine gute zahnärztliche Versorgung der Senioren ist hier nicht zu dokumentieren. Eine Verbesserung der zahnärztlichen Situation der Senioren in den befragten Heimen ist anzustreben.

Die schon seit geraumer Zeit geforderte zahnmedizinische Eintrittsuntersuchung (*Wefers et al.* 1991) wurde bei keinem der befragten Heime durchgeführt. Allgemeinmedizinische Untersuchungen wurden zwar durchgeführt, allerdings ließen nur 17,7% (3) der befragten Heim- und Pflegedienstleitungen eine solche Untersuchungen durchführen. Der zahnärztliche Eingangsbefund ist jedoch zur Fixierung des oralen Therapiebedarfs, zur Verlaufskontrolle und unter dem Aspekt der Malignomprophylaxe unverzichtbar (*Pape et al.* 1970). Auch *Nitschke* und *Hopfenmüller* halten eine Untersuchung bei Eintritt ins Heim als „Zeitpunkt des besten gesundheitlichen Allgemeinzustandes“ für unbedingt notwendig (*Nitschke* und *Hopfenmüller* 1991). Da die Morbidität der Mundschleimhaut sowie die Zahl der pro Proband registrierten Veränderungen im Alter deutlich zunehmen, und einige dieser Veränderungen, insbesondere die Präkanzerose, unter Umständen einen lebensbedrohlichen Charakter haben können, sind ältere Patienten nach *Micheelis* und *Reich* in regelmäßigen Abständen sorgfältig auf jegliche Veränderungen der Mundweichteile zu untersuchen (*Micheelis* und *Reich* 1999). *Meyer* weist ebenfalls zurecht darauf hin, dass bei der Inspektion der Mundhöhle eines alten Patienten nicht eindringlich genug auf jede Gewebsneubildung geachtet werden könne, da von der rechtzeitigen Diagnose des Mundkrebses oft das weitere Leben des Patienten abhänge (*Meyer* 1983). Zwar kann laut *Nippgen* aufgrund des vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erstellten Gutachtens über die Pflegebedürftigkeit einer Person zu Beginn eines Heimaufenthaltes von einem annähernd vollständigen Kenntnisstand der Gesundheitssituation ausgegangen werden (*Nippgen* 2005), doch stellt sich die Frage nach der Genauigkeit der zahnmedizinischen Untersuchung und Dokumentation, da dem Gutachten nur eine hausärztliche Stellungnahme zugrunde liegt. Betrachtet man den derzeitigen, sich aus der vorliegenden Befragung ergebenden Stand der zahnärztlichen Erfassung und Versorgung, so kann dieser wie bereits 1970 von *Knolle* und *Straßburg* als: „... weit entfernt von dem zahnärztlich angestrebten Ziel einer zweimaligen Nachuntersuchung pro Jahr“ bezeichnet werden (*Knolle* und *Straßburg* 1970). *Arzt* konstatierte 1991 in der Untersuchung zur zahnärztlichen Betreuung und zum oralen Gesundheits- und Hygienezustand von erhöht und schwer pflegebedürftigen Altenheimbewohnern im Wetteraukreis in 2 von 13 Fällen eine zahnärztliche Untersuchung der Senioren mit einer Untersuchungsfrequenz von einem Mal pro Jahr (*Arzt* 1991). *Nitschke* befragte 1991 85 Seniorenwohnheimleitungen in Berlin. Von den Befragten hielten Dreiviertel den

Pensionär selbst für seine orale Gesundheit verantwortlich (*Nitschke* 1991). *Blasinski* stellte in einer 2002 durchgeführten Untersuchung zur zahnmedizinischen Versorgung älterer Menschen in Seniorenheimen der Stadt Düsseldorf eine allgemeinmedizinische Eingangsuntersuchung in 43,8% der Heime fest und eine zahnmedizinische Eingangsuntersuchung in keinem der befragten Heime (*Blasinski* 2005). Gleiches stellt sich bei der Befragung der Mettmanner Alten- und Pflegeheime 2002 durch *Nippgen* dar, denn auch hier wurden sogar nur in 0,4% der Heime eine allgemeinmedizinische Eingangsuntersuchung, und ebenfalls in keinem Fall eine zahnmedizinische Eingangsuntersuchung durchgeführt (*Nippgen* 2005). Folgerichtig sind wiederholt obligate ärztliche und zahnärztliche Eingangsuntersuchungen zu fordern, um den gesundheitlichen Status des Patienten zu erfassen, notwendige Therapien einzuleiten und eine Datengrundlage für weitere zahnärztliche Kontrolluntersuchungen im Halbjahreszyklus zu schaffen.

Den Kenntniszustand über den oralen Zustand der Senioren erhielten die Heim- und Pflegedienstleitungen hauptsächlich durch das von ihnen beschäftigte Pflegepersonal. Nur wenige Informationen über den oralen Zustand des Heimbewohners wurden über den Heimbewohner selbst, über Verwandte, andere Senioren oder den behandelnden Arzt vermittelt. Ihren eigenen Kenntnisstand im Bezug auf den oralen Zustand und die orale Gesundheit ihrer Heimbewohner schätzen Heim- und Pflegedienstleitungen in 88,5% (15) der Fälle als befriedigend bis gut ein. Bei *Stark* kannte nur etwa die Hälfte der Heimleitungen den Gebisszustand ihrer Bewohner und sie bewerteten diesen in 83% der Fälle als mangelhaft bis schlecht (*Stark* 1992). Mit ihrem Kenntnisstand schätzten die Institutionsleitungen den oralen Gesundheitszustand der Bewohner in den von Ihnen geleiteten Heimen in 82,6% (14) der Fälle als befriedigend bis gut ein. Die Mundhygiene der Senioren wurde von 94,4% (16) der Befragten als mäßig bis gut eingeschätzt. Es scheint laut Angaben der Heim- und Pflegedienstleitungen keinen Handlungsbedarf zur Verbesserung der zahnärztlichen Situation der Senioren zu geben. Das Gegenteil zeigt sich jedoch an Hand der Auswertung der Fragen zur regelmäßigen Kontrolluntersuchungen (erfolgte in 70,8% (12) der befragten Heime) und zu zahnmedizinischen Untersuchungen bei den Heimeintritten (0%). Die Zahl der Kontrolluntersuchungen scheint zwar hoch, jedoch galt auch eine seltener als einmal pro Jahr durchgeführte Kontrolluntersuchung als positiv, und dies gaben 23,6% (4)

der Befragten an. Halb- oder vierteljährlich, wie gefordert, wurden nur in 47,2% (8) der befragten Heime Kontrolluntersuchungen durchgeführt. Übertragen auf alle Alten- und Pflegeheime des Kreises Neuss ergäbe dies eine regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchung in nur jedem vierten Heim. Die Studien in den Alten- und Pflegeheimen Düsseldorfs und Mettmanns ergaben Ähnliches. So fanden nur in 9,5% der Mettmanner Häuser Kontrolluntersuchungen in unterschiedlichen Abständen statt und in 31% der Düsseldorfer Institutionen (*Nippgen* 2005, *Blasinski* 2005).

Dieser Zustand wird schon von *Weiß* bemängelt, denn es imponiert oft die massive Diskrepanz zwischen dem subjektiven Eindruck der Heimleitungen und dem objektiv erhobenen Untersuchungsbefund (*Weiß* 1992). Ebenso ist in anderen gerostomatologischen Studien diese Diskrepanz zwischen Einschätzung und Realität nachzuvollziehen (*Franscini* 1984, *Brunner et al.* 1987, *Nitschke* und *Hopfenmüller* 1991, *Stark* 1992). Da in keiner der befragten Institutionen eine zahnärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Dokumentation der erhobenen Befunde vorgenommen wurden, ist der orale Zustand und eine Verbesserung oder Verschlechterung desgleichen nach Heimeintritt nicht zu beurteilen. Auch *Arzt* konnte 1991 feststellen, dass zwar nur 2 von 13 befragten Institutionsleitungen zahnärztliche Kontrolluntersuchungen durchführen ließen, aber in 5,5 von 12 Fällen die Note sehr gut bis gut bei der Befragung nach der zahnärztlichen Versorgung vergeben wurde. In weiteren 2,5 Fällen ist die zahnärztliche Versorgung als befriedigend bis ausreichend eingeschätzt worden, und nur 4 Heime hielten die zahnärztliche Versorgung für mangelhaft bis ungenügend (*Arzt* 1991). Nur mit Hilfe der zahnärztlichen Untersuchung und Dokumentation kann ein tatsächlicher Zustand erfasst, und notwendige Behandlungen zeitnah angestrebt werden. Anschließend muss eine regelmäßige Kontrolluntersuchung durchgeführt werden, um weiterhin den tatsächlichen Behandlungsbedarf zu erfassen. Nur mit einem solchen Vorgehen lassen sich in Zukunft Fehleinschätzungen vermeiden.

Anders als bei *Nitschke* und *Hopfenmüller* scheint sich allerdings langsam ein zahnärztliches Problembewusstsein seitens der Institutionsleitungen zu entwickeln (*Nitschke* und *Hopfenmüller* 1991). In Bezug auf die Durchführung von Kontrolluntersuchungen sind die ersten positiven Veränderung seit bekannt werden

der Problematik zu verzeichnen. Die von einigen Befragten angegebenen, oben genannten Kontrolluntersuchungen sind ein erster Schritt auf dem Weg zur Durchsetzung von regelmäßigen halbjährlichen zahnärztlichen Kontrollen in allen Heimen.

Gründe für ein Fehlen der Kotrolluntersuchungen waren sowohl ein Mangel an behandelnden Zahnärzten als auch fehlende Veranlassung durch die betroffene Person selbst sowie Personal- und Zeitmangel. Anders als bei *Michels*, welcher die Forderung nach einer zahnmedizinischen Routineuntersuchung als einfach zu organisieren und sofort durchführbar beschreibt, muss also erst die Kommunikation zwischen Institutionsleitungen und möglichen behandelnden Zahnärzten verbessert werden (*Michels* 1996). Steht doch der Forderung nach regelmäßigen Untersuchungen ein Mangel an Behandlern gegenüber, da Heim- und Pflegedienstleitungen oft nicht wissen, an wen sie sich für die zahnmedizinische Betreuung „ihrer“ Senioren wenden sollen. Dies zeigt sich schon 1991 in der Studie von *Arzt*, da hier auf die Frage nach bestehenden Behandlungsvereinbarungen mit niedergelassenen Zahnärzten 12 der 13 befragten Heimleitungen dies verneinten (*Arzt* 1991). Es gab offensichtlich keine Vereinbarung bezüglich der zahnärztlichen Betreuung der Senioren. Ein weiteres Problem für die Heimleitungen sei es, so *Nippgen*, die Bewohner zu routinemäßigen Kontrolluntersuchungen zu schicken, da dies das Selbstbestimmungsrecht des Bewohners verletze und in seine Privatsphäre eingreife. Weiterhin sei aber nach *Nippgen* nach *§ 11 Absatz 3 des Heimgesetzes* die gesundheitliche und pflegerische Betreuung der Bewohner durch den Träger der Einrichtung sicherzustellen (*Nippgen* 2005). Vergleichbare Studien verzeichneten eine mangelnde Bereitschaft seitens der Zahnärzteschaft, in Alten- und Pflegeheimen tätig zu werden (*Stark* 1993, *Michels* 1996). 1991 antwortete eine Institutsleitung auf die Frage von *Arzt* nach bestehenden Schwierigkeiten bei der zahnärztlichen Betreuung der Senioren, dass „kein sichtliches Interesse seitens der Zahnärzteschaft bestünde, in die Einrichtung zu kommen“ (*Arzt* 1991). Als Basis für ein erfolgreiches Betreuungskonzept ist eine konsiliarzahnärztliche Betreuung für jedes Altenheim vorzuschlagen, wodurch halbjährliche Reihenuntersuchungen und zahnärztliche Einrittsuntersuchungen gewährleistet werden könnten (*Nitschke* und *Hopfenmüller* 1991).

Stuck et al. konstatierten, dass das häufige Fehlen eines subjektiven Behandlungswunsches ein Grund dafür sei, dass die tatsächliche Behandlungsnachfrage kleiner sei, als der abgeschätzte Behandlungsbedarf (*Stuck et al.* 1989). Hinzukommend sorgten gerade in diesem Lebensabschnitt unter anderem Motilitätsstörungen dafür, dass die Mundhygiene der Senioren rapide schlechter werde (*Balogh et al.* 1962). *Lehnhardt* konnte dies schon 1969 dokumentieren, so hatten von 194 untersuchten Senioren 83% Zahnsteinablagerungen, obwohl eine regelmäßige Prothesenreinigung angegeben wurde und 181 der 194 Senioren wiesen eine gerötete, gereizte und zum Teil sogar stark entzündete Gingiva auf, obwohl von einer regelmäßigen Mundhygiene gesprochen wurde (*Lehnhardt* 1969). Es zeigt sich, wie wichtig die Kontrolle des oralen Zustandes durch das Pflegepersonal ist.

Die Überwachung der Mundhygiene oblag den Heim- und Pflegedienstleitungen, wurde aber in den befragten Heimen vom Pflegepersonal durchgeführt. Ähnliches ergab die Studie von *Blasinski* in Düsseldorf. Hier erfolgte in 96,9% die Überwachung der Mundhygiene ebenfalls durch das Pflegepersonal (*Blasinski* 2005). In allen der 21 von *Nippgen* 2005 befragten Mettmanner Alten- und Pflegeheimen oblag die Überwachung der Mundhygiene gleichfalls dem Pflegepersonal. Die Art, Weise und Häufigkeit der Kontrollen wurden nicht weiter hinterfragt. Bei *Stark* konnte 1992 festgehalten werden, dass 68% der zur zahnmedizinischen Versorgung in Bayern befragten Heimleitungen angaben, ihr Pflegepersonal sei insgesamt überlastet und erhalte keine weiteren Informationen zu Mundhygienemaßnahmen (*Stark* 1992, *Stark* 1993). Ebenso konstatierte *Michels* 1996, dass sowohl bei Alten- und Pflegeheimbewohnern als auch bei den Pflegekräften die Bedeutung der Mundhygiene im Alltag vernachlässigt werde. Zudem zeigte sich, dass das Pflegepersonal oft überlastet ist und in Fragen der Mundhygiene nicht oder nur unzureichend ausgebildet ist (*Michels* 1996). Grenzüberschreitend betrachtet wurde 1992 von *Fiske* und *Lloyd* das „orale Bewusstsein“ bei 110 Senioren und deren Pflegern in Londoner Altenheimen untersucht, und das befragte Pflegepersonal beklagte sein mangelhaftes Wissen über die Mundhygiene und hätte gerne an Schulungen teilgenommen, welche dieses Defizit beseitigen (*Fiske* und *Lloyd* 1992).

Die Schulung des Pflegepersonals hat im Gegensatz zu früheren Studien zum Zeitpunkt der Durchführung dieser Befragung offensichtlich einen höheren Stellenwert erlangt. So wurde bei 64,9% (11) der befragten Alten- und Pflegeheime das Pflegepersonal in zahnmedizinischen Pflegemethoden geschult. Diese Schulungen wurden teils in den Institutionen, teils in der Ausbildungszeit der Pflegekräfte durchgeführt. Die zeitgleich durchgeführten Studien von *Blasinski* und *Nippgen* verzeichneten ähnliche Ergebnisse. Hier wurden in den Düsseldorfer Institutionen 96,9% des Pflegepersonals in zahnmedizinischen Pflegemethoden geschult und in Mettmann 71,4% (*Nippgen* 2005, *Blasinski* 2005). Noch 1992 wünschte sich nur etwa ein Drittel aller von *Arzt* befragten Heim- und Pflegedienstleitungen des Wetteraukreises überhaupt eine solche Schulung (*Arzt* 1992). Ein besonderes Augenmerk verdient die Tatsache, dass in 35,4% (6) der befragten Neusser Institutionen Schulungen im Hinblick auf zahnmedizinische Aspekte im Alter stattfanden, ein weiterer Ausbau dieser Schulungen wäre jedoch notwendig. Besonders unter dem zum heutigen Zeitpunkt viel diskutierten Begriff des „Qualitätsmanagements“ sind diese Schulungen und Fortbildungen von Belang. Es kann mit Hilfe der durchgeführten Studie eine Annäherung an die von *Netzle* 1989 gestellte Forderung, dass im Vordergrund aller Bemühungen die Durchführung der Mundhygiene und die Einübung der Zahn- und Prothesenpflege mit dem Altenheimbewohner und dem Pflegepersonal stehen muss, festgestellt werden (*Netzle* 1989). Die tatsächlichen Kenntnisse und das Fachwissen des Pflegepersonals über Pflegemaßnahmen wurden jedoch nicht evaluiert.

Ebenfalls wird heute der Bedeutung des oralen Wohlbefindens ein hoher Stellenwert beigemessen, denn fast alle Heim- und Pflegedienstleitungen stuften den Einfluss des oralen Wohlbefindens auf den Gesamtzustand des Senioren als stark bis sehr stark ein. 94,4% (16) der befragten Heim- und Pflegedienstleitungen gaben an ,dass die von ihnen betreuten Senioren mit ihrem Zahnersatz mäßig bis gut zufrieden seien. Trotzdem bedarf dieser Zustand weiterhin einer Verbesserung. Dies ist im Sinne der Senioren wünschenswert, da, wie vorliegende Studien gezeigt haben, der aktuelle Zustand immer etwas besser eingeschätzt wird, als er tatsächlich ist (*Franscini* 1984, *Brunner et al.* 1987, *Nitschke* und *Hopfenmüller* 1991, *Stark* 1992). So konnte *Arzt* 1991 bei der Befragung von 12 Heimleitungen bezüglich ihrer Einschätzung des eigenen Kenntnisstandes zum Thema Zahn- und Mundhygiene die

Durchschnittsnote 2,3 dokumentieren, und bei der Einschätzung des Kenntnisstandes des Pflegepersonals eine 3,0. Jedoch widersprach dies den klinischen Untersuchungen. Dort war bei 54 der 87 Prothesenträger der Zahnersatz entweder reparatur- oder erneuerungsbedürftig und die Mundhygiene der Senioren wurde als unzureichend bewertet (*Arzt* 1991).

Hilfreich bei der Verbesserung der zahnärztlichen Situation der Senioren ist der Wunsch der Institutionsleitungen, von Fachkräften bei der Zahnpflege der Senioren unterstützt zu werden. Zahnmedizinische Fachangestellte oder Prophylaxehelferinnen wären bei fast allen befragten Instituten zur Unterstützung der Zahnpflege erwünscht. An dieser Stelle wäre eine entsprechende Kommunikationsplattform zur Ermittlung des Bedarfs und Vermittlung von Arbeitskräften dringend notwendig. Auch *Arzt* schlägt 1992 eine „regionale Form der Betreuung“ vor (*Arzt* 1992). Dies wäre eine mögliche Aufgabe für den AKG (Arbeitskreis für Gerostomatologie e.V.) oder ähnliche Institutionen. Dieser Kreis, welcher 1990 in Gießen konstituiert wurde, und der sich den zu erwartenden sozioökonomischen und demographischen Entwicklungen und den dadurch entstehenden Erfordernissen stellt und adäquate Lösungen sucht (*Weiß* 1992), könnte unter Umständen hilfreich bei der Entwicklung einer solchen Kommunikationsplattform mitwirken. Dieser Kreis ist die wissenschaftliche Vereinigung der Gerodontologen (*Nitschke* und *Reiber* 2005). Die zahnärztliche Behandlung und die Mundgesundheit im Senium sind zentrale Fragestellungen des Vereins. Auch in München gibt es erste Lösungsansätze. Die Arbeitsgruppe Zahngesundheit des Münchener Gesundheitsbeirates hat ein duales Konzept zur Versorgung der Heimbewohner vorgestellt. Hier wird das Modul „Prävention“, Durchführung von Schulungen der Pflegekräfte zur besseren und konsequenteren täglichen Mundhygiene der Senioren, verbunden mit einer regelmäßigen Prophylaxebetreuung der Patienten durch mobile Prophylaxeteams, durch das Modul „Therapie“, Betreuung durch dezentral tätige „Patenzahnärzte“ und Kompetenzzentren mit (geriatrischer) Spezialisierung ergänzt (*Benz* 2005).

Zwar verfügte nur 1 der befragten 17 Neusser Heime über ein zahnmedizinisches Behandlungszimmer, doch wäre dies zum Zeitpunkt von mobilen und mietbaren, portablen Behandlungseinheiten heute kein Ausschlusskriterium mehr, um die Bewohner nicht der entsprechenden zahnmedizinischen Behandlung zuzuführen.
Nippgen kommt 2005 bei der Befragung von 21 Mettmanner Alten- und Pflegeheimen zu einem gleichen Ergebnis. Hier gab es in keinem der befragten Heime ein zahnärztliches Behandlungszimmer, jedoch verfügten zwei Heime über einen gesonderten Raum, in dem zahnärztliche Behandlungen stattfinden können. Auch von *Nippgen* wird die Behandlungsmöglichkeit mittels mobiler und tragbarer Behandlungseinheiten zum Zwecke der Durchführung von zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen erwähnt (*Nippgen* 2005). *Blasinski* konnte bei der 2002 durchgeführten Untersuchung des zahnmedizinischen Zustandes bei Düsseldorfer Alten- und Pflegeheimbewohnern schon in 12,5% der Fälle das Vorhandensein eines zahnmedizinischen Behandlungszimmers dokumentieren (*Blasinski* 2005). *Zimmermann* forderte 1977 als Ideal die Einrichtung eines zahnärztlichen Behandlungszimmers in Altenheimen (*Zimmermann* 1977), doch ist ein solches nicht mehr zwingende Vorraussetzung. Ein organisierter zahnmedizinischer Dienst, welcher regelmäßig Kontrollen, und falls notwendig auch Behandlungen durchführt (*Michels* 1996), wäre anzustreben. Auch nach *Lenz* und *Künzel* ist ein zahnärztlicher Behandlungsplatz (eventuell transportabel) anzustreben, an dem gehfähige Heimbewohner betreut werden. Im Pflegebereich sind bei Gewährleistung freier Arztwahl Betreuungsmaßnahmen von Zahnarzt und Hygienikerin im Wohnraum bzw. am Krankenbett notwendig. Eine Tätigkeit von Zahnarzt und Dentalhygienikerin in Senioren- und Pflegeheimen ist unverzichtbar (*Lenz* und *Künzel* 1994).

Trotz aller anzuwendenden Kritik muss erwähnt werden, dass, laut Angabe der Befragten, 94,4% (16) der Heime, wenn nicht regelmäßig, so doch bei angemeldetem Bedarf von Zahnärzten versorgt wurden. Die Versorgung erfolgte durch den für den Bewohner zuständigen Hauszahnarzt, durch einen für die Institution zuständigen Zahnarzt oder durch einen beliebigen Zahnarzt. Die Behandlungen wurden, falls möglich, in den jeweiligen Praxen durchgeführt, bei Transportschwierigkeiten fanden aber auch Behandlungen in den Heimen statt. Die Mehrzahl der befragten Heim- und Pflegedienstleitungen hatte mehrmals täglich Kontakt mit den von ihnen betreuten Senioren. Fast alle Befragten hatten mindestens

einmal am Tag Kontakt mit den Senioren. Bei diesen Kontakten wurde die Hälfte der Institutionsleitungen mindestens einmal pro Woche mit zahnmedizinischen Problemen konfrontiert, maximal täglich. Es ist laut *Gordon* und *Fuhr* zu erwarten, dass alte Menschen zunehmend zahnärztliche Hilfe in Anspruch nehmen werden. Ausschlaggebend ist die sinkende Kariesrate bei Kindern und jungen Erwachsenen, eine steigende Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung, die in zunehmendem Maße über eigene Zähne verfügen wird, sowie eine größer werdende Zahl von Prothesenträgern mit höherer Lebenserwartung und eine bessere finanzielle Situation älterer Menschen (*Gordon* 1989, *Fuhr* 1985). Dies führt auch laut *Nitschke* und *Hopfenmüller* dazu, dass in Zukunft andere Anforderungen an die Zahnmedizin gestellt werden müssten, da die heute 70-Jährigen im Vergleich zu den 70-Jährigen der vergangenen Jahre mehr bezahnt seien. Diese Kohorte werde in 20 Jahren, also als 90-Jährige, noch einen großen Anteil bezahnter Hochbetagter aufweisen (*Nitschke* und *Hopfenmüller* 1999).

In Übereinstimmung mit Untersuchungen von *Wirz* und *Tschäppät* sowie *Wefers et al.* ist zum heutigen Zeitpunkt davon auszugehen, dass die Hauptzahl der Heimbewohner derzeit keine eigenen Zähne mehr vorweist (*Wirz* und *Tschäppät*, 1989, *Wefers et al.* 1989). Dagegen steht zu erwarten, dass zukünftig eine größere Anzahl, als Konsequenz von prognostizierten Prophylaxe-Erfolgen, über eigene Zähne verfügt (*Arzt* 1992, *Marthaler* 1978).

Aus oben genannten Gründen ist es nicht verwunderlich, dass auch die befragten Heim- und Pflegedienstleitungen in 88,5% (15) der befragten Neusser Alten- und Pflegeheimen eine weitere Verbesserung der zahnärztlichen Betreuung anstreben. In den von *Nippgen* befragten Mettmanner Institutionen waren dies dagegen nur 52,4%. 47,6% der Heim- und Pflegedienstleitungen waren mit der zahnmedizinischen Betreuung zufrieden (*Nippgen* 2005). Auf der Wunschliste der Institutionsleitungen stand der Wunsch nach Bekanntgabe von Zahnärzten, welche Hausbesuche durchführen, ganz oben. Ebenso wurden die Ermöglichung von Notfallbehandlungen im Heim und die Durchführung einer regelmäßigen Mundhygienekontrolle häufig gewünscht. Eine obligatorische zahnärztliche Untersuchung bei Eintritt in das Heim wurde allerdings recht selten gewünscht. Ein deutlicher Hinweis, dass die Aufklärungsarbeit bezüglich notwendiger zahnärztlicher Untersuchungen, auch schon bei Eintritt ins Heim, noch nicht als beendet angesehen werden kann.

Wie wichtig eine Optimierung des Mundgesundheitszustandes und die Herstellung einer guten zahnärztliche Betreuung in den Seniorenheimen ist, zeigen folgende Zahlen:
Zum Zeitpunkt der Befragung am 31.12.2001 lebten in Neuss 72955 (16,4%) Menschen über 65 Jahre.
Aus der Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Landesamtes bis 2020 ist ersichtlich, dass die Anzahl der Bevölkerung im Kreis Neuss um insgesamt 0,5% sinken wird. Die einzige ein Wachstum verzeichnende Gruppe wird die der über 65-Jährigen sein. Sie wird ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung im Kreis Neuss um 5,7% von 16,4% auf 22,1% steigern können.
Fügt man die in dieser Studie erhobenen Daten nun in eine gesamtdeutsche Betrachtungsweise ein, so ergeben sich folgende Perspektiven:

In Deutschland ist die Bevölkerungsentwicklung durch folgende langfristige Trends gekennzeichnet: Eine niedrige Geburtenrate und steigende durchschnittliche Lebenserwartungen führen zu einem zunehmenden Anteil älterer Menschen, einem stagnierenden und zukünftig abnehmenden Teil der mittleren Generation zwischen 20 und 60 Jahren, sowie einem sinkenden Teil von Kindern und Jugendlichen. Seit Beginn des Jahrhunderts ist ein kontinuierlicher Anstieg des absoluten Umfangs sowie des relativen Anteils der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung festzustellen. Er stieg in den Jahren 1950 - 1995 von 14% auf 21% und wird weiter ansteigen. Dabei überwiegt der Anteil der älteren Frauen. Berechnungen auf der Grundlage der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes gehen für 2040 von einem Anteil der 60-jährigen und älteren Frauen an der weiblichen Bevölkerung von rund 38% aus.
Da in den befragten Heimen die stärksten Altersgruppen die der über 80-Jährigen waren, erscheint es aufschlussreich für einen Eindruck über die zukünftige Bedarfsentwicklung, die 80-Jahre und Älteren gesondert zu betrachten. Für das Jahr 2040 wird ein Anwachsen der Hochaltrigen über 80 auf etwa 5,3 Mio. geschätzt. Unter Beibehaltung der gegenwärtigen Versorgungsrate von 17% würde der Bedarf an besonderen Wohnformen (Pflegeheime, Altenheime und Wohnheime) von 550000 Plätzen heute auf 900000 Plätze steigen. (2. Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter).

7. Zusammenfassung

In der Zeit von Februar bis Oktober 2002 fand nach einer schriftlichen Kontaktaufnahme in 17 Seniorenwohnheimen des Kreises Neuss, eine persönliche Befragung von Heim- und Pflegedienstleitungen statt. Durch die Befragung wurden 1654 Seniorenwohnplätze abgedeckt und 50% (17) aller in der Region befindlichen Alten- und Pflegeheime konnte erfasst werden. Die Befragung erfolgte an Hand eines vorgedruckten Fragebogens mit 18 Fragen. Sowohl die Anzahl der zu betreuenden Senioren als auch deren Altersaufteilung wurden erfragt. Der Kenntnisstand der Heim- und Pflegedienstleitungen über den oralen Zustand der von ihnen betreuten Senioren sollte genauso eruiert werden wie die Obliegenheiten und Kontrollen der Zahnpflege bei den Senioren. Die Durchführung von Aufnahme- und Routineuntersuchungen in allgemeinmedizinischer und zahnmedizinischer Hinsicht wurde abgeklärt und die Veranlassung und Durchführung von zahnmedizinischen Behandlungen hinterfragt. Von den Befragten wurden konkrete Vorschläge zur Verbesserung der zahnmedizinischen Situation der Senioren genannt und das Interesse an einer möglichen Zusammenarbeit im Hinblick auf die zahnmedizinische Studentenausbildung abgeklärt.

Es wurde deutlich, dass trotz eines zu erwartenden Bevölkerungsrückganges im Kreis Neuss, ebenso wie deutschlandweit, die Zahl der über 60-Jährigen in den nächsten Jahren als einzige Altersgruppe stetig ansteigen wird. Die größten in den befragten Heimen vertretenen Altersgruppen sind zurzeit die der 81- bis 85-Jährigen und die der 86- bis 90-Jährigen. Sowohl ein stetiger Anstieg des absoluten Umfangs als auch des relativen Anteils der über 60-Jährigen in der Gesamtbevölkerung ist zu erwarten. Der Bedarf an besonderen Wohnformen und der darin enthaltenen zahnärztlichen Betreuung wird mit ihnen steigen.

Während die Verbesserungsbedürftigkeit der oralen Situation der Senioren in den letzten Jahren offensichtlich vermehrt Berücksichtigung bei Heim- und Pflegedienstleitungen gefunden hat, und sich auch schon in einer Verbesserung der Ausbildung des Pflegepersonals niederschlägt, entspricht die derzeitige orale Versorgung im Kreis Neuss immer noch nicht den Anforderungen der modernen prophylaxeorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. So fehlen in den meisten befragten Heimen regelmäßige Untersuchungen bei Eintritt ins Heim ebenso wie eine halbjährliche Routineuntersuchung.

Deutlich wurde allerdings ein bisher eher wenig beleuchtetes Problem, nämlich das der mangelnden Kommunikation. Sowohl Zahnärzte fordern eine Verbesserung der Situation, als auch Heim- und Pflegedienstleitungen wünschen sich dies. Es fehlt allerdings eine Kommunikationsplattform, um Angebot und Nachfrage zu regeln und Kontakte zu vermitteln. So war beispielsweise der Wunsch nach Veröffentlichung der Namen von Zahnärzten, welche Hausbesuche durchführen, sehr groß.

Problemlösungen werden zurzeit in München mittels des dualen Konzeptes und der Heimpatenschaft, in Gießen mit dem seit 1990 existierenden Arbeitskreis für Gerostomatologie e.V. aufgezeigt.

Die Schaffung einer regionalen Organisation als Vermittlungsplattform zwischen den für die Untersuchungen benötigten Zahnärzten, den für die Mundhygieneaufklärung und -kontrollen notwendigen Prophylaxehelferinnen und den Heim- und Pflegedienstleitungen erscheint sinnvoll. Auch die Einführung einer „Patenschaft“ eines Zahnarztes für ein von ihm zu versorgendes Heim im Zulassungsbereich Nordrhein wäre zu überlegen.

Die Entwicklung einer solchen Kommunikationsplattform sollte für den Verbund Nordrhein angestrebt werden, damit auch hier weiterhin die orale Situation der Senioren verbessert werden kann.

8. Literaturverzeichnis

Amt für Statistik und Wahlen Düsseldorf, Stand 5.2004

Arzt, D.: Untersuchung zur zahnärztlichen Betreuung und zum oralen Gesundheits- und Hygienezustand von erhöht und schwer pflegebedürftigen Altenheimbewohnern in Wetteraukreis. Med Diss Gießen 1992

Balogh, K., Molnar, L., Schranz, D., Huszar, G.: Gerostomatologie. Barth, Leipzig 1962

Bates, J.F., Adams, D., Stafford, G.D.: Zahnärztliche Behandlung älterer Patienten. Quintessenz, Berlin 1986

Benz, C.: Alterszahnmedizin ist mehr als nur Medizin für alte Menschen In: Zähne im Alter. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Hrsg.: BLZK, München 2005

Biffar, R., Körber, E.; Die prothetische Versorgung des Lückengebisses. Befunderhebung und Planung. Deutscher Zahnärzte-Verlag, Köln 1999

Blasinski, T.: Zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen in Seniorenheimen der Stadt Düsseldorf. Med Diss Düsseldorf 2005

Breustedt, A.: Stomatologische Betreuung im höheren Lebensalter. Barth, Leipzig 1978

Brunner, T., Wirz, J., Franscini, M.: Die zahnmedizinische Betreuung in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zürich. Schweiz Mschr Zahnmed 97, 304 (1987)

Budtz-Jörgensen, E.: Prosthodontics for the elderly, diagnosis and treatment. Quintessence, Chicago1999

Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik e.V.: Pressetext DGZPW – Behandlungsbedarf mit Zahnersatz bis zum Jahr 2020. Stand 2000

Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999

Fiske, J., Lloyd, H. A.: Dental needs of residents and carers in elderly peoples homes and carers attitudes to oral health. Eur J Prosthod Rest Dent 1, 91 (1992)

Franscini, M.: Die zahnärztliche Betreuung in den Alters- und Pflegeheimen des Kantons Zürich. Med Diss Basel 1984

Fuhr, K.: Über Probleme bei der prothetischen Versorgung des atrophierten zahnlosen Unterkiefers. Zahnärztl Welt 7, 548 (1985)

Gordon, S.R.: Older adults: Demographics and need for quality Care. Eur J Prosthod 61, 737 (1989)

Heimstatistik des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stand 2001

Helft, M., Cardash, H.S., Rones, B., Ben-Ur, Z.: The prevalence of denture-related injuries of patients resident at two Israeli geriatric hospitals. Gerodontol 5, 120 (1986)

Höcker, M.: Schwerpunkte der stomatologischen Betreuung von Bürgern im höheren und hohen Lebensalter. Stomatol DDR 39, 107 (1989)

Höhn, S.: Die Bevölkerungsentwicklung in der BRD (Hrsg. Heck, B.). Herder, Freiburg 1988

Huber, A., Röthlisberger, J.: Welche Bevölkerungsschichten sind zahnmedizinisch schlecht versorgt? Schweiz Mschr Zahnheilk 88 ,14 (1978)

Imfeld, T.: Alterszahnmedizin-Herausforderung der Zukunft.
Swiss Dent 6, 21 (1985)

Knolle, G., Straßburg, M.: Zur zahnärztlichen Betreuung alter Menschen.
Dtsch Zahnärztl Z 25, 94 (1970)

Kohli, M.: Grunddaten zur Lebenssituation der 40-85-jährigen Deutschen.
Weissensee, Berlin 2000

Künzel, W.; Gerostomatologie. Referate einer epidemiologischen Tagung.
Quintessenz, Berlin 1990

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: KZBV Jahrbuch 2004, Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln 2004

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein, Stand Juni 2004

Land, H.: Gerontologie. Zahnärztl Welt 10, 801 (1985)

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen, Stand 2004

Lechner, M.: Zahnärztliche Versorgung älterer Menschen in Heimen. Rheinisches Zahnärztebl 45, 520 (2002)

Lehnhardt, D.: Zur Frage der zahnärztlichen Versorgung von Altersheimbewohnern.
Med Diss Düsseldorf 1969

Lehr, U.: Der Umgang mit alten Patienten in der Zahnarztpraxis. Zahnärztl Mitt 8, 38 (1993)

Lenz, E. , Künzel, W.: Die zahnärztlich-prothetische Versorgung der Seniorengeneration- Ergebnisse und Konsequenzen epidemiologischer Studien. Quintessenz Zahntech 20, 1179 (1994)

Maibach-Nagel, E.: Vom Wert der Methusalems. Zahnärztl Mitt 95, 244 (2005)

Marthaler, T.: Ist Zahnlosigkeit im Zurückgehen inbegriffen?
Schweiz Mschr Zahnheilk 88, 1036 (1978)

Mayer, K. U., Baltes, P. B.: Die Berliner Altersstudie – Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Akademie Verlag, Berlin 1999

Meyer, E.: Stomatologie im Alter. Z Geront 16, 52 (1983)

Micheelis, W., Reich, E.: Dritte deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III),
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999

Micheelis, W., Ziller, S.: Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen. Deutscher Zahnärzte-Verlag, Köln 2002

Michel, H., Müller, J.: Einführung In: Zähne im Alter. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Hrsg.: BLZK, München 2005

Michels, F.: Zahnärztlich-prothetische Versorgung und Compliance bei Altenheimbewohnern. Med Diss Marburg 1996

Netzle, P.A.: Zahnbefunde bei hochbetagten Heimpensionären.
Schweiz Mschr Zahnmed 99, 1373 (1989)

Nippgen, D.: Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen – Betreuungssituation von Altenheimbewohnern in der Region Mettmann.
Med Diss Düsseldorf 2005

Nitschke, I.: „Ältere Patienten haben wir doch schon immer behandelt!“ Grundlagen zum Thema Alternszahnmedizin. Quintessenz 53, 379 (2002)

Nitschke, I., Hopfenmüller, W.: Zahnmedizinische Betreuung in Seniorenheimen. Dtsch Stomat 41, 423 (1991)

Nitschke, I., Hopfenmüller, W.: Zahnärztliche Behandlung von Senioren. Zahnärztl Welt 11, 868 (1992)

Nitschke, I., Hopfenmüller, W.: Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. In: Die Berliner Altersstudie – Ein Projekt der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Hrsg.: Mayer, K. U., Baltes, P. B., Akademie Verlag, Berlin 1999

Nitschke, I., Müller, F., Hopfenmüller, W.: The uptake of dental services by elderly germans. Gerodontol 18, 114 (2001)

Nitschke, I., Reiber, T.: Was bedeutet, was will und was kann Seniorenzahnmedizin? In: Zähne im Alter. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Hrsg.: BLZK, München 2005

Nitschke, I., Thomas, M.: Oralhygiene bei älteren Menschen. Geriatrie Praxis 5, 83 (1991)

Pape, H.D., Hausamen, J.E., Neumann, D.: Stomatologische Erhebungen bei 1970 Altersheim- und Trinkerheilanstaltinsassen. Dtsch Zahnärztl Z 25, 103 (1970)

Petersen, P. E., Yamamoto, T.: Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 33, 81 (2005)

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch: 258.Auflage. Walter de Gruyter, Berlin 1998

Reitz, M.: Prinzip Uhr-Gen. S. Hirzel, Stuttgart 2004

Sauerwein, E.: Gerontostomatologie. Thieme, Stuttgart 1985

Stark, H.: Untersuchung zur zahnmedizinischen Betreuung in den Heimen der Altenhilfe in Bayern. Dtsch Zahnärztl Z 47, 124 (1992)

Stark, H.: Untersuchung über die Verbesserungsmöglichkeit der zahnmedizinischen Betreuung in den Altenheimen. Zahnärztl Welt 102, 17 (1993)

Stark, H., Holste, T.: Untersuchung über die zahnärztlich-prothetische Versorgung von Bewohnern Würzburger Altenheime. Dtsch Zahnärztl Z 45, 604 (1990)

Stark, H., Kern, M.: Die prothetische Versorgung des alten Menschen. Quintessenz 53, 359 (2002)

Statistisches Jahrbuch Kreis Neuss, Stand 2001

Vauthier, T.: <<Ernährung - Zähne - Alter>>. Schweiz Mschr Zahnmed 113, 915 (2003)

Wirz, J., Brunner, T., Egloff, J.: Die zahnmedizinische Betreuung von Betagten. Schweiz Mschr Zahnmed 99, 1267 (1989)

Wirz, J., Tschäppät, P.: Mundhygiene, Zahngesundheit und prothetische Versorgung von Altersheimpensionären und Geriatriepatienten.
Schweiz Mschr Zahnmed 99, 1253 (1989)

Wefers, K.P., Arzt, D., Wetzel, W.F.: Gebissbefunde und Zahnersatz bei pflegebedürftigen Senioren. Dtsch Stomat 41, 24 (1991)

Wefers, K.P., Heimann, M., Klein, J., Wetzel, W.E.: Untersuchung zum Gesundheits- und Mundhygienebewußtsein bei Bewohnern von Alten- und Altenpflegeheimen. Dtsch Zahnärztl Z 44, 628 (1989)

Weiß, L.-S.: Zur zahnmedizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen des hessischen Landkreis Waldeck-Frankenberg. Med Diss Gießen 1992

Yoneyhama, T., Yoshida, M., Ohrui, T., Mukaiyama H. et al. (Members of the Oral Care Working Group): Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. J Am Geriatrics Soc 50, 430 (2002)

Zahnärztekammer Nordrhein, Telefonat Juli 2004

Zarb, G., Lekholm, U., Albrektsson,T., Tenenbaum, H.: Aging, Osteoporosis an Dental Implants. Quintessence, Chicago 2002

Zimmermann, H.: Zahnärztliche Versorgung alter und behinderter Patienten, die nicht mehr dislozierbar werden können. Schweiz Mschr Zahnmed 87, 53 (1977)

Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Stand 28.01.1998 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

9. Anhang

Anlage 1

Befragte Seniorenwohnheime im Kreis Neuss:

Caritas-Haus St. Josef
Conrad-Schlaun-Str. 22
41542 Dormagen

Augustinus Altenheim
Krefelder Str. 82
41539 Dormagen

Albert-Schweitzer- Haus
Am Ständehaus 10
41515 Grevenbroich

Caritas-Haus Barbara
Montanusstr. 42
41515 Grevenbroich

Maria-Frieden
Jakobusweg 21
41363 Jüchen

Altenheim St. Aldegundis
Driescher Str. 33
41564 Kaarst

Altenheim Hildegundis von Meer
Bommershöferweg 50
40670 Meerbusch

Johanniter-Stift
Schakumer Str. 10
40667 Meerbusch

Malteserstift St. Stephanus
Am Wasserturm 8-14
40668 Meerbusch

Altenheim Johannes von Gott
Meertal 6
41464 Neuss

Fliedner-Haus
Gnadentalerallee 15
41468 Neuss

Altenheim Lioba
Am alten Weiher 6
41460 Neuss

Theresienheim e.V.
Theresienstr. 4-6
41466 Neuss

Haus Kleeblatt
Friedrichstr. 2
41460 Neuss

St. Josef Alten- und Pflegeheim
Cyriakusstr.62
41468 Neuss

Altenheim Herz-Jesu
Am Stadtarchiv 10a
41460 Neuss

Heinrich-Grüber Haus
Gohrerstr. 34
41466 Neuss

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

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

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 Gesamtbefinden 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 □

Danksagung

Mein Dank gilt Prof. Dr. med. dent. A. Hugger für die Überlassung des Themas, die Betreuung und die konstruktive Unterstützung während der gesamten Arbeit.

Lebenslauf

Name:	Miermann, Veronika
Geburtstag:	02.02.1979
Geburtsort:	Berlin
Eltern:	Dipl.-Ing. Hans-Ulrich Miermann Angelika Miermann, geb. Baar, Lehrerin
Staatsangehörigkeit:	deutsch
Familienstand:	ledig
Schulbildung:	1985 - 1987 Grundschule Wattenscheid-West, Bochum 1987 - 1989 Grundschule Preins Feld, Bochum 1989 - 1998 Hellweg-Gymnasium, Bochum, Abschluss 27.05.1998 Abitur 1998 - 2003 Studium Zahnmedizin, Heinrich-Heine Universität, Düsseldorf, Abschluss 13.11.2003 Staatsexamen, Erhalt der Approbation 27.11.2003
Assistentenstelle:	ab 01.01.2004 Praxis Dr. Flosbach und Bonn-Hager, Solingen

Abstract

Die zahnmedizinische Betreuung von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen im Kreis Neuss

Vorgelegt von Veronika Miermann

In der vorliegenden Arbeit sollte die zahnmedizinische Situation von Bewohnern der Alten- und Pflegeheime im Kreis Neuss analysiert werden. Der Kenntnisstand der Heim- und Pflegedienstleitungen über den oralen Zustand der betreuten Senioren sollte neben den Obliegenheiten und Kontrollen der Zahnpflege bei den Senioren abgeklärt werden. Weiterhin sollte die Durchführung von ärztlichen und zahnärztlichen Aufnahme- und Routineuntersuchungen erfasst werden, und Veranlassungen und Durchführungen von zahnmedizinischen Untersuchungen wurden erfragt. Verbesserungsvorschläge konnten gemacht werden, und das Interesse an einer möglichen Zusammenarbeit im Hinblick auf die zahnmedizinische Studentenausbildung wurde abgeklärt. Die notwendigen persönlichen Befragungen fanden im Jahr 2002 in 17 der 34 Alten- und Pflegeheime mit den Heim- und Pflegedienstleitungen im Kreis Neuss statt.

In den befragten Seniorenwohnheimen fand nur in 17,7% (3) der Heime eine allgemeinmedizinische Eintrittsuntersuchung statt, zahnmedizinische Eintrittsuntersuchungen gab es nicht. Eine regelmäßige zahnärztliche Routinekontrolle erfolgte in 70,8% (12) der Heime, allerdings nur bei 17,7% (3) in dem gewünschten halbjährlichen Rhythmus. Die Zahnpflege oblag durchweg dem Pflegepersonal, in 64,9% (11) der Fälle war das Pflegepersonal in zahnmedizinischen Pflegemethoden geschult. Für zahnärztliche Behandlungen gab es nur in 5,9% (1) der Heime ein vorgesehenes Zimmer. Den oralen Gesundheitszustand der Senioren beurteilten 23,6% (4) der Befragten als gut und 59,0% (10) als befriedigend. In 64,9% (11) der Heime seien die Senioren mit ihren Zähnen oder dem Zahnersatz mäßig zufrieden und in 29,5% (5) der befragten Heime seien die Senioren gut zufrieden. Laut den Befragten beeinflusst das orale Wohlbefinden die Senioren in 35,4% (6) sehr stark und in 47,2% (7) stark. 100% (17) der Heim- und Pflegedienstleitungen wünschten eine Unterstützung bei der Zahnpflege der Senioren durch geschultes Prophylaxepersonal. 35,4% (6) des Personals seien im Hinblick auf zahnmedizinische Aspekte bei Älteren geschult. Als Verbesserungsvorschläge wurden unter anderem die Bekanntgabe von Zahnärzten, die Heim- und Hausbesuche durchführen und die Behandlungsmöglichkeit von rollstuhlabhängigen Patienten in jeder Zahnarztpraxis ebenso gewünscht, wie die Möglichkeit von zahnmedizinischer Behandlung in den Heimen besonders bei Notfällen. Während die lange geforderte Verbesserungsbedürftigkeit der oralen Situation der Senioren offensichtlich vermehrt Berücksichtigung in den Heimen findet und sich in der verbesserten Ausbildung des Pflegepersonals niederschlägt, entspricht die derzeitige orale Versorgung der Senioren im Kreis Neuss immer noch nicht den Anforderungen der modernen, prophylaxeorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Im Hinblick auf die zu erwartende Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2020 wird deutlich, dass sowohl im Kreis Neuss, wie auch deutschlandweit, die Zahl der über 60-Jährigen in den nächsten Jahren als einzige Altersgruppe stetig ansteigen wird. Absoluter Umfang sowie relativer Anteil der über 60-Jährigen werden zunehmen. Ebenfalls wird der Bedarf an zahnärztlicher Betreuung an Umfang gewinnen. In Zukunft werden jedoch weniger Totalprothesen und mehr kombinierter Zahnersatz das Bild der zahnärztlichen Prothetik prägen.

Deutlich wurde das Problem der mangelnden Kommunikation. Sowohl Zahnärzte als auch Heim- und Pflegedienstleitungen fordern eine Verbesserung des oralen Zustands bei den Senioren. Die Schaffung einer regionalen Organisation als Vermittlungsplattform zwischen Zahnärzten, Prophylaxehelferinnen und Heim- und Pflegedienstleitungen erscheint sinnvoll. Auch zahnärztliche „Patenschaften“ wären denkbar. Die Entwicklung einer solchen Kommunikationsplattform sollte für den Verbund Nordrhein zeitnah angestrebt werden, um weiterhin die orale Situation der Senioren verbessern zu können.

Referent: Prof. Dr. A. Hugger