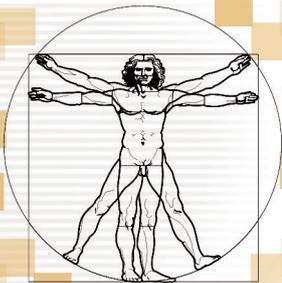


Gesundheitsberichterstattung

Zahngesundheit von (immobilen)
SeniorInnen im Erftkreis



Eine orientierende Untersuchung
beim Personal von Pflegeheimen
und Ambulanten Diensten,
Zahnärztinnen und Krankenkassen

• www.erftkreis.de

Bericht

Gesundheitsberichterstattung Erftkreis Susanne Soppert-Liese 11/2001

Zahngesundheit von (immobilen) SeniorInnen im Erftkreis Eine orientierende Untersuchung beim Personal von Pflegeheimen und Ambulanten Diensten, Zahnärztinnen und Krankenkassen

Zusammenfassung:	3
1. Thematischer Problemaufriss.....	4
1.1 Altersprozesse als Ereignis oder/und gesellschaftliches Risiko Prävention und Organisation ihrer Behandlung – gesundheitspolitische Akteursnetze und ihr Verständnis von Zahnhygiene und Mundgesundheit	4
1.2 Zu den Zielen der Untersuchung: Grundlegende Ziele seniorInnenspezifischer Gesundheitspolitik – WHO und NRW	5
1.3 Einige Daten zu Mundgesundheit und Zahnhygiene in Deutschland, Gruppe der 65 – 75-jährigen	6
1.4 Erftkreis: Auftrag der Gesundheitskonferenz.....	6
2. Methodischer Zugang.....	8
2.1 Anlage der Untersuchung	8
2.2 Daten	8
2.3 Berichtstyp	10
2.4 Übersicht über Rücklaufquoten.....	10
3. Ergebnisdarstellung.....	11
3.1 Pflegeheime und Ambulante Pflegedienste.....	11
3.2 ZahnärztInnen.....	13
3.3 Krankenkassen.....	14
4. Interpretation der Daten	15
4.1 Hypothesen.....	15
4.2 Interpretation der Daten in Bezug auf wünschenswerte Maßnahmen, welche den Zustand der zahn- und mundhygienischen Versorgung von SeniorInnen im Erftkreis verbessern könnten	15
4.3 Maßnahmemöglichkeiten	20
5. Vergleich der im Erftkreis gewonnenen Daten mit anderen ausgewählten Untersuchungen.....	23
6. Mögliche weitere Untersuchungsschritte.....	26

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht über Rücklaufquote	10
Tabelle 2:	Vergleichende Darstellung der identischen Fragen für Ambulante Pflegedienste und Pflegeheime	11
Tabelle 3:	Spezielle Fragen an Pflegeheime	12
Tabelle 4:	Angaben von ZahnärztInnen über PatientInnen von Ambulanten Diensten / Pflegeheimen und institutionelle Anforderung zahnärztlicher Versorgung	13
Tabelle 5:	Ausgewählte Behandlungsarten bei SeniorInnen in %	13
Tabelle 6:	Ausstattung von ZahnärztInnen im Erftkreis für Hausbesuche	13
Tabelle 7:	Einschätzung von ZahnärztInnen und Pflegepersonal Ambulanter Dienste über Mund- und Zahnhygiene immobiler SeniorInnen	13
Tabelle 8:	Zahnmedizinisch behandelte immobile SeniorInnen nach Altersgruppen	14

Zusammenfassung:

Im Erftkreis entsteht bei einer um 5,4% prognostizierten insgesamt rückläufigen Bevölkerungszahl ein um 32% erhöhter Anteil von SeniorInnen (> 65 Jahren) im Jahre 2015, wobei die Gruppe der über 80-jährigen von 2,7% auf 4,7% bis zu diesem Zeitpunkt steigen wird (= 19.461 Personen).

Innerhalb der Gesundheit(-svorsorge) kommt der Mundgesundheit eine zentrale Bedeutung bei: die Erhebung des derzeitigen Status bei immobilen SeniorInnen kann wertvolle Hinweise auf aktuelle Probleme und Maßnahmen zu ihrer Behebung geben, als auch zukünftige Maßnahmen und Dienste für diese überproportional wachsende Bevölkerungsgruppe planen helfen.

Aktuelle Daten zur Mundgesundheit und prothetischen Versorgung werden referiert sowie planungsbezogene Ziele der WHO und des Landes NRW zur institutionellen Infrastruktur der gesundheitlichen Versorgung, einschließlich der nötigen Qualifikationen des Pflegepersonals sowie der Ausrichtung der Versorgung auf die Bedürfnisse der LeistungsabnehmerInnen, verbunden mit Kosteneffektivität.

Die schriftliche Befragung per Fragebogen bei ausgewählten AkteurInnen der in die Gesundheitsversorgung von SeniorInnen Involvierten kann als Pretest gelten. Die Daten liefern Einschätzungen über den mundhygienischen Status und die zahnmedizinische Versorgung im Erftkreis, erhoben beim Personal von Pflegeheimen und Ambulanten Diensten, ZahnärztInnen und Krankenkassen.

Die Untersuchungshypothesen, die Interpretation der Daten und ihre Zuspitzung auf mögliche kurz- und mittelfristige Maßnahmen im Erftkreis können konzentriert werden auf:

Problem	Maßnahmen
Einschätzung Mund- und Prothesenhygiene: Relativ gute Einschätzung von geleisteten Pflegeleistungen durch Pflegepersonal kontrastiert mit mehrheitlich ausreichender/schlechter Einschätzung durch ZahnärztInnen	Fortbildung Pflegepersonal (mehrheitlich selbst gewünscht) Öffentlichkeitsarbeit
zahnärztliche Kontrollen: zweimal/Jahr erreichen lediglich 11,5% der PatientInnen von Pflegeheimen und regelmäßige Kontrollen von PatientInnen Ambulanter Pflegedienste erfolgen(nach Einschätzung des Personals) in 17,9 % der Fälle	Steigerung Untersuchungsintervalle Öffentlichkeitsarbeit
Ausstattung: bei gegebenen personellen und organisatorischen Voraussetzungen mangelt es an räumlicher und (mobiler) technischer Ausstattung	Einrichtung Arztzimmer Förderung technischer, mobiler Behandlungseinheit

Die Sichtung anderer Untersuchungen erbringt einmal eine Verstärkung der Ausprägungen der im Erftkreis über Einschätzungen erzielten Daten. Ferner kann aus der im Erftkreis leicht höher liegenden Bereitschaft zur Fortbildung auf einen Trend zur dementsprechenden Wahrnehmung von mund- und zahnhygienischen Problemen geschlossen werden. Die vorgeschlagenen Maßnahmen – wie auch in der Konstruktion der Gesundheitskonferenz angelegt - können sich so umsetzen lassen.

Umfassendere Untersuchungen von Mund- und Zahnhygiene bei SeniorInnen im Erftkreis sind mögliche Folgemaßnahmen. Sie sind theoretisch und methodisch komplexer anzulegen. Dazu bedarf es der Kooperation mit Universitäten und Forschungsinstituten.

So können Ergebnisse ausgetauscht und verglichen, in Entwicklung befindliche Fortbildungsmaterialien übernommen und angepasst sowie insgesamt ein Beitrag zum Forschungs- und Wissenstransfer von Kommune und Wissenschaft geleistet werden.

1. Thematischer Problemaufriss

1.1 Altersprozesse als natürliches Ereignis oder/und gesellschaftliches Risiko – Prävention und Organisation ihrer Behandlung – gesundheitspolitische Akteursnetze und ihr Verständnis von Zahnhygiene und Mundgesundheit

Der Bevölkerungsaufbau der Bundesrepublik Deutschland weist in seiner Tendenz eine deutliche Zunahme der Bevölkerungsgruppe auf, die über 65 Jahre alt ist (1999: 15% = 12 Mio.), und damit – zumindest in versicherungstechnischer Sichtweise – unter die Gruppe der SeniorInnen fällt.

Im Erftkreis wird sich nach einer Modellrechnung des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW bis zum Jahre 2015 die Bevölkerung ab dem Jahre 2000 zahlenmäßig kontinuierlich reduzieren um insgesamt 5.4% (= 24.213 Personen.) Für den gleichen Zeitraum wird eine kontinuierliche Zunahme der Altersgruppe ab 65 Jahren aufwärts prognostiziert, die im Jahre 2015 dann 88.779 Personen umfassen dürfte (= 32% Steigerungsrate). Der Anteil der SeniorInnen (> 65) an der Gesamtbevölkerung des Erftkreises steigt damit von 15% im Jahre 2000 auf rund 21% im Jahre 2015.

Eine noch differenziertere Betrachtung der Altersgruppen weist auf, dass der prognostizierte Anteil von SeniorInnen über 80 Jahre an der Gesamtbevölkerung im Erftkreis von 2,7 % im Jahre 2000 auf rund 4,7 % steigen wird im Jahre 2015 (= 19.461 Personen).

Diese Gruppe ist in sich so heterogen, dass eine differenzierte Betrachtung der Lebenslage ‚Alter‘ unabdingbar ist. Sie kann sich nicht auf das Kriterium ‚Lebensalter‘ allein stützen, sondern bedarf zusätzlicher Unterscheidungszeichen - speziell sozio-ökonomischer Art - auch für die Betrachtung des Gesundheitszustandes und -verhaltens. Der Gesundheitsstatus ist in jeder Lebenslage ein herausragendes Kriterium –gemäß der ‚Lebensweisheit‘: Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.

Die Gesundheitsprozesse selbst sind bestimmt durch die Unabdingbarkeit des Alterungsprozesses, komplettiert durch selbst zu gestaltende Prozesse (individuelle Ebene) sowie der Akteursnetze zur kurativen, präventiven und prophylaktischen Gesunderhaltung bzw. des Krankheitsmanagements. (gesellschaftliche und institutionelle Ebene) Hier geht es um eine spezielle Gruppe innerhalb der SeniorInnengruppe, deren Lebenslage erschwerend durch Immobilität gekennzeichnet ist. Diese impliziert spezielle institutionelle Arrangements für die Versorgung: sie sind auf Hilfen in der Lebensbewältigung von Pflegepersonal angewiesen. Diese Pflegedienstleistungen werden entweder in der häuslichen Umgebung von Ambulanten Pflegediensten erbracht. Alternativ hat eine Übersiedlung in ein Alten- oder Pflegeheim stattgefunden und die dortigen Pflegeleistungen werden beansprucht.

In dieser Untersuchung wird schwerpunktmäßig ein Aspekt der Pflegeleistungen untersucht, welcher sich auf die Mundgesundheit von SeniorInnen bezieht. Ihm kommt eine herausragende Bedeutung zu, weil die Mundgesundheit in den meisten Fällen besonders wichtig für die Lebensqualität auch von älteren Menschen ist. Essen ist neben der Notwendigkeit eine besondere Quelle von Lebensfreude und Genussfähigkeit. Wer seine gewohnte Nahrung beispielsweise nicht mehr ausreichend zerkleinern kann, weil Schmerzen beim Kauen entstehen, weicht zwangsläufig auf weichere Nahrung (Brei, Suppen) aus. Dabei kann es zu einseitigen Kostformen kommen, die eine ausgewogene Ernährung nicht mehr gewährleisten. Fehlentwicklungen bei der Ernährung und Verdauung sind zu erwarten, die wiederum sich direkt auf die Mund- und Zahngesundheit auswirken. (vgl. Stark, 1996)

Weiter können Störungen der Mundgesundheit die soziale Kommunikation beeinträchtigen, so dass Abkapselungs- und beschleunigte Alterungsprozesse die Folge sind. (IDZ)

In unserer Untersuchung haben wir vier Akteursgruppen befragt, die in besonderer Weise in die Erbringung von mundhygienischen Pflegeleistungen involviert sind: Pflegepersonal bei Ambulanten Pflegediensten, Pflegepersonal bei stationären Einrichtungen der Altenpflege, ZahnärztInnen sowie Vertreter von Krankenkassen. Neben grundlegenden Basisdaten zum rein quantitativen Umfang der Pflegeleistungen werden Daten zur Einschätzung der Mundgesundheit und des Hygienestatus sowie zu möglichen Verbesserungsvorschlägen erhoben.

1.2 Zu den Zielen der Untersuchung

Grundlegende Ziele seniorInnenspezifischer Gesundheitspolitik – WHO und NRW

Aus dem Katalog der WHO über Gesundheitsziele, die bis zum Jahre 2000 erreicht werden sollten (es liegen bereits die spezifizierten und weiter konkretisierten Ziele der Weltgesundheitsorganisation für das 21. Jahrhundert vor) können für diese Untersuchung besonders herangezogen werden:

Altern in Gesundheit (Ziel 6), darunter speziell:

„den behinderungsfreien Lebensabschnitt der 65-jährigen und älteren verlängern und ihre Lebensqualität verbessern“ beispielsweise, indem „bedürftigen älteren Menschen bedarfsgerechte Dienste und Unterstützung“ gesichert werden

Primäre Gesundheitsversorgung (Ziel 28) darunter speziell:

„[Mitgliedstaaten] gewährleisten, dass für die primäre Gesundheitsversorgung eine ausreichende Anzahl bedarfsgerecht qualifizierter Hausärzte und Pflegefachkräfte zur Verfügung steht“ und „eine effektive Patientenüberweisung und gegenseitige fachliche Unterstützung auf allen Versorgungsebenen gewährleisten“.

Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse (Ziel 30.) Infolge der Untersuchungsgruppe hier wird der gesamte Abschnitt zitiert:

„Bis zum Jahr 2000 sollten in allen Mitgliedstaaten die Bürger, die einer Langzeitbetreuung und –unterstützung bedürfen, Zugang zu angemessenen und hochwertigen Leistungen haben.“

Dieses Ziel lässt sich erreichen, wenn die Behörden in allen Mitgliedstaaten auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene:

Gesundheitsdienste einrichten, die speziell auf die besonderen Bedürfnisse der chronisch Kranken, der physisch oder psychisch Behinderten und der sozial Beeinträchtigten ausgerichtet sind

die Gesundheitsdienste mit sozialer Unterstützung und Einkommenszuschüssen koordinieren und für eine funktionsgerechte Kommunikation sorgen

Selbsthilfegruppen u.ä. Gruppierungen unterstützen und ihre aktive Einbeziehung in die Planung und Erbringung der Leistungen ermöglichen

den Zugang zu einer hochwertigen Versorgung und Unterstützung, darunter auch eine wirksame aufsuchende Arbeit, gewährleisten und die Kontinuität und Qualität der Versorgung überwachen.“

Qualität der Versorgung und bedarfsgerechte Technologie (Ziel 31), darunter speziell:

„Die Sicherung der Versorgungsqualität setzt folgendes voraus:

systematische Messung der gesundheitlichen Resultate, der Lebensqualität und Patientenzufriedenheit, der Kosten und der Bezahlbarkeit auf der Grundlage dazu geeigneter Informationssysteme

funktionsgerechte Anreizsysteme, die sich auf die Resultate der Versorgung stützen. Dazu gehört auch das Feedback vergleichbarer Informationen über diese Resultate an die einzelnen Leistungserbringer und Manager und an die Verbraucher

Betonung des Gesundheitszustandes, der Lebensqualität, Patientenzufriedenheit und Kosteneffektivität als Leistungsmaßstäbe in der Neuausrichtung der gesundheitsberuflichen Ausbildung.“

Die NRW-spezifischen Gesundheitsziele (1995) beziehen sich auf dieses Konzept der WHO. Im einzelnen lassen sich speziell für diese Untersuchung benennen:

- NRW-Ziel 3: Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit
- NRW-Ziel 6: Primäre Gesundheitsversorgung
- NRW-Ziel 8: Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse
- NRW-Ziel 10: Unterstützung durch Gesundheitsinformation

Die Ziele beziehen sich auf die institutionelle Infrastruktur der gesundheitlichen Versorgung einschließlich der Qualifikationen des Pflegepersonals. Die Ausrichtung der Leistungen an den Bedürfnissen der LeistungsabnehmerInnen sowie die Verknüpfung mit Kosteneffektivität bedingt ein Berichtssystem, welches u.a. mit der Einrichtung der Gesundheitsberichterstattung verfolgt werden kann. Diese Untersuchung ist ein Beitrag dazu.

1.3 Einige Daten zu Mundgesundheit und Zahnhygiene in Deutschland, Gruppe der 65 – 75-jährigen

Zwischen gesellschaftlicher Stellung und einer Mundhygiene besteht in der gesamten Bevölkerung ein enger Zusammenhang, welcher sich im Grad der Mundgesundheit widerspiegelt (vgl. u.a. Nitschke/ Hopfenmüller, 443). Der DMFT-Wert (= decayed, missing or filled teeth. Bildlich ausgedrückt: er erfasst die Karieserfahrung pro Person/ Leben, ausgehend von 28 Zähnen) ist seit Jahrzehnten gleichbleibend und liegt bei 23,6, verbunden mit einem sehr hohen zahnärztlichen Behandlungsgrad von 93%. Im Gegensatz zu den anderen Altersgruppen gewinnt die Wurzelkaries mit 20 % an Bedeutung.

25% der Senioren sind zahnlos, wobei der Oberkiefer mit 44% im Vergleich zum Unterkiefer (27%) deutlich überwiegt; praktisch alle sind aber zahnärztlich mit einer Vollprothese versorgt. Dies bedeutet international einen Spitzenwert. Jedoch haben nur noch 32% plaquefreie Gebisse.

Die WHO erklärt bis zum Jahre 2000 das Ziel, die Zahnlosigkeit um 25% zu senken in der Altersgruppe über 64 Jahre; so dass eine Senkung des Anteils Zahnloser unter 20% erreicht würde.

Der Anteil mit schweren Zahnfleischerkrankungen ist bei dieser Altersgruppe mit 24% fast doppelt so hoch wie bei den Erwachsenen bis 65 Jahre (14%). Statistisch fehlten 17,6 von möglichen 28 Zähnen. Implantatgetragener Zahnersatz ist äußerst selten (0,03 ersetzte Zähne). Die prothetische Regelversorgung ist die Kombinationsprothese.

Zahnmedizinisch müssen bei der Erhaltung oder Wiederherstellung der Mundgesundheit besondere internistische und pharmakologische Begleitumstände berücksichtigt werden und führen nicht selten zu erheblichen Kompromissen bei einer Behandlung: Zähne mit einer fraglichen Prognose sind häufig eher zu entfernen, komplizierte Eingriffe sind oft kontraindiziert. (IDZ)

1.4 Erftkreis: Auftrag der Gesundheitskonferenz

Auf dem oben beschriebenen Hintergrund hat die Gesundheitskonferenz des Erftkreises in ihrer konstituierenden Sitzung vom 25.8.1999 zusammen mit dem Gesundheitsamt die medizinisch-soziale Versorgung älterer Menschen mit dem Schwerpunkt: zahnmedizinische Versorgung zum Thema gemacht und den Auftrag zu einer ersten Untersuchung über die Zahngesundheit von Pflegebedürftigen sowie der Befragung von ZahnärztInnen im Erftkreis beschlossen. Der für die Region relevante Untersuchungsauftrag lautet:

Besteht ein spezieller Handlungs- und Koordinierungsbedarf bei der mundhygienischen und zahnmedizinischen Versorgung von SeniorInnen im Erftkreis?

Zusammenfassung:

Im Erftkreis entsteht bei einer um 5,4 % prognostizierten rückläufigen Bevölkerungszahl insgesamt ein um 32 % erhöhter Anteil von SeniorInnen (> 65 Jahren), wobei die Gruppe der über 80-jährigen von 2,7 % auf 4,7 % im Jahre 2015 prognostiziert wird (= 19.461 Personen).

Innerhalb der Gesundheit(-svorsorge) kommt der Mundgesundheit eine zentrale Bedeutung bei: die Erhebung des derzeitigen Status bei immobilen SeniorInnen kann wertvolle Hinweise auf aktuelle Probleme und Maßnahmen zu ihrer Behebung geben, als auch zukünftige Maßnahmen und Dienste für diese überproportional wachsende Bevölkerungsgruppe planen helfen. Die Resultate dieser Maßnahmen und Dienste können u.a. als kompensatorischer Beitrag zur Verhinderung gravierender Kostensteigerungen angesehen werden.

Aktuelle Daten zur Mundgesundheit und prothetischen Versorgung werden referiert sowie planungsbezogene Ziele der WHO und des Landes NRW zur institutionellen Infrastruktur der gesundheitlichen Versorgung, einschließlich der nötigen Qualifikationen des Pflegepersonals.

2. Methodischer Zugang

2.1 Anlage der Untersuchung

Es handelt sich um eine schriftliche Befragung mittels eines Fragebogens, welcher an die MitarbeiterInnen von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten sowie an niedergelassene ZahnärztInnen ausgegeben wurde.

Die Fragebogen sind vom Gesundheitsamt des Erftkreises verschickt und an dieses auch zurückgesendet worden für die Auswertung und Interpretation der Daten.

2.2 Daten

2.2.1 Ambulante Dienste

Die Daten beziehen sich auf

- Angaben zur Größe der betreuten Gruppe
- Geschlossene Einschätzungsfrage über die Kenntnisse des Pflegepersonals über zahnmedizinische Themen
- Geschlossenen Fragen über die zahnmedizinische Versorgung immobiler SeniorInnen (regelmäßige zahnmedizinische Untersuchung, Ort der Untersuchung, Wartezeiten)
- Geschlossene Fragen zur zahnhygienischen Versorgung (Zähne, Prothesen und Reinigungsmittel)
- Geschlossene Beurteilungsfrage zum Mundhygieniezustand bei der betreuten Gruppe allgemein
- Geschlossene Frage zu Fortbildungswünschen
- Offene Frage zu Hinweisen, Anregungen, Wünschen

2.2.2 Pflegeheime

Der Fragebogen an die Pflegeheime enthält

gleiche Fragen zu:

- Größe der betreuten Gruppe
- Einschätzung der Kenntnisse des Personals
- Wartezeit für zahnärztliche Versorgung
- Geschlossene Fragen zur zahnhygienischen Versorgung (Zähne, Prothesen und Reinigungsmittel)
- Fortbildungswünschen des Personals
- Ähnliche offene Frage zu: Anregungen/ Wünsche

spezielle Fragen zu:

- Organisation der zahnärztlichen Betreuung
- zahnärztliche Untersuchungsintervalle
- LeistungserbringerInnen
- Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit
- Spezieller Zahnstatus (zahnlos ohne Prothese) und Einschätzungsfrage für Gründe bei Betroffenen
- Spezielle Fragen zu: Prothesen (Kennzeichnung bzw. Verwechslungsgefahr)
- Einschätzung der Mundhygiene allgemein

2.2.3 ZahnärztInnen

Der Fragebogen an die ZahnärztInnen umfasst thematisch Fragen zu:

- Behandlung von schwerbehinderten/ pflegebedürftigen PatientInnen (Anforderung von Altenheimen/ Privathaushalten, Praxisbehandlungen)
- Art der Behandlung
- Ausrüstung für die Behandlung
- Einschätzung der Mundhygiene allgemein
- offene Frage zu: Anregungen für Verbesserungen

Damit liegen zusätzliche Daten zum Versorgungsumfang und zur Ausstattung für eine mögliche zahnärztliche Versorgung außerhalb der Praxis vor.

Die Einschätzung der Mundhygiene allgemein kann mit der von den Ambulanten Diensten komplettiert werden.

2.2.4 Krankenkassen

Der Fragebogen erfasst

- Frage nach der Anzahl von PflegestufenpatientInnen, gegliedert nach vier Altersstufen, die zahnärztlich/ prothetisch im Jahre 1999 behandelt wurden
- Frage nach Beschwerden und ihrer Häufigkeit nach zwei Kategorien
- Offene Frage nach Wünschen/ Anregungen zur Verbesserung

2.3 Berichtstyp

Es kann davon ausgegangen werden, dass pro Pflegeeinrichtung / Ambulanter Dienst/ zahnärztliche Praxis eine Person den Fragebogen ausgefüllt hat.

Aufgrund der nicht bestimmaren Spezifikationen zur Position der Antwortenden innerhalb der Einrichtung und der Art der Fragestellung können die Daten zur ersten Orientierung über Probleme in der zahnmedizinischen Versorgung von SeniorInnen gelten (Pretest).

2.4 Übersicht über Rücklaufquoten

Befragte Gruppe	Ausgegebene Fragebogen	Zurückgesendete Fragebogen	bereinigte Rücksendequote
Ambulante Dienste	59	39	66,1 % (= 39)
Pflegeheime	35	26	74,3 (= 26)
ZahnärztInnen	152	94	61,2 (= 93)
Krankenkassen	11	7	45,5 (N= 5) 36,4 (N= 4) 18,2 (N= 2)

Tabelle 1: Übersicht über Rücklaufquote

Die Rücklaufquoten sind bei allen Akteursgruppen für eine schriftliche Befragung sehr zufriedenstellend. (Für die unterschiedlichen Quoten bei den Krankenkassen vgl. Kap. 3.3) Wir danken allen Antwortenden für die Zeit und die Mühe, die sie zur Beantwortung der Fragen aufgewendet haben.

Zusammenfassung:

Die schriftliche Befragung per Fragebogen bei ausgewählten AkteurInnen der in die Gesundheitsversorgung von SeniorInnen Involvierten kann als Pretest gelten. Die Daten liefern Einschätzungen über den mundhygienischen Status und die zahnmedizinische Versorgung im Erftkreis, erhoben beim Personal von Pflegeheimen und Ambulanten Diensten, ZahnärztInnen und Krankenkassen.

3. Ergebnisdarstellung

3.1 Pflegeheime und Ambulante Pflegedienste

Art der Einrichtung/ Fragestellung	Pflegeheim N= 26 / Bezug für Auswertung ca. 1.800 PatientInnen	Ambulanter Dienst N= 39 / Bezug für Auswertung ca. 2.750 PatientInnen
Größe der betreuten Gruppe	bis 20 Plätze: 7 bis 99 Plätze: 11 über 99 Plätze: 8	bis 50 PatientInnen: 14 über 50 PatientInnen: 3 k.A.: 2
Kenntnisse Personal/ % gut verbesserungsbedürftig ausreichend	26.9 42,3 30.8	41 35.9 23.1
Zahnärztliche Untersuchung/ %	30.8	(regelmäßig) 17.9 (davon 5.1 nur auf Anfrage) / unbekannt: 12.8
Heim-/ Hausbesuch / %	(halbjährlich bis jährlich)88.5	66.7 (unbekannt: 12.8)
Wartezeit für zahnärztliche Betreuung / % - bis zu einem Tag: - länger als ein Tag:	95.8 (davon 20.8 sofort) 4.2	36.9 23.7 / unbekannt: 39.5
Zahnhygienische Versorgung/ %: - Zahnhygiene - Prothesenhygiene - Methode Prothesenhygiene/Tablette - Methode Prothesenhygiene/Bürste und Creme	Durchschnitt: 93 84.6 100 100 88.5	Durchschnitt: 87 71.8 97.4 82.1 94.9
Fortbildungswunsch Personal/ %	72	64.1
Anregungen/Wünsche	Patentarzt Kennzeichnung Prothesen bei kleinen Heimen nicht nötig Zahnbehandlungen im Haus Spezielle Mundprobleme im Alter Z. Zt. [!] keine Anregungen/Wünsche	Geräte und Bettlägrige sind nicht transportabel Hausbesuche von Zahnärzten erwünscht Regelmässige ambulante Versorgung/ Kontrolle Wegen der Kosten: Patient kaut auf Felgen/ Breikost

Tabelle 2:
Vergleichende Darstellung der identischen Fragen für Ambulante Pflegedienste und Pflegeheime

Organisation der zahnärztlichen Betreuung/Befürwortung Zentrale Steuerung / %	26.9
Leistungserbringung zahnärztlicher Betreuung / % : - Untersuchungsintervalle (N= 8) - Arztart (N=23) - Privat-/ Hausarzt, Patenheimerarzt / %	– halbjährlich: 37.5 (11.5) – jährlich: 62.5 (19.9) (fehlende Werte von 18 Heimen = 69,2 d.h. in Klammern: Werte bei N= 26)) 43,5, 56,5
Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit	Mehrfachantworten möglich: PatientInnen (bis auf 2) und Personal: alle, BetreuerInnen zur Hälfte
Zahnlose ohne Prothese / (ca. Angaben hochgerechnet nach gruppierten Angaben) (N= 25)	ca. 150 PatientInnen, davon: Ablehnende Haltung als Grund: 85 % = ca. 128 PatientInnen/N=20)
Erwünschtheit Prothesenkennzeichnung/ % (N=26)	57.7

Tabelle 3:
Spezielle Fragen an Pflegeheime

Einen relativ breiten Raum nehmen die Anmerkungen des Pflegepersonals von Heimen zu einzelnen Fragen ein. Sie beziehen sich auf

- Intervalle der Mundhygiene:
 - mehrmals/Tag
 - nach jeder Mahlzeit/
 - tägliche Prothesenreinigung ist zuwenig (2)
 - bis hin: einmal tägliche Reinigung reicht aus (1)
- Prothesen sind bereits gekennzeichnet (2)
- Finanzielle Aspekte:
- Tablettenreinigung nur, wenn dringend erforderlich (1)
- sowie die Anmerkung bei Zentraler Steuerung:
Wer soll das bezahlen? (1)
- Spezielle Aspekte zu den Fragen:
- statt PatientIn von BewohnerIn sprechen
- es besteht keine Personalknappheit
- bei Kurzzeitpflege ist Mundhygiene nicht nachhaltig

3.2 ZahnärztInnen

Die Auswertung bei den ZahnärztInnen weist eine Besonderheit auf: ihre Einschätzungen beziehen sich nicht nur – wie im Fragebogen intendiert – auf das vergangene Jahr, sondern sind in vielen Fällen genereller gefasst. Die Daten geben somit eine Einschätzung aufgrund der zahnärztlichen Behandlungserfahrungen über einen längeren Zeitraum wieder.

Patientengut bei ZahnärztInnen	kumulierte Prozente (der gruppierten Angaben)
Heimanforderung	49,5 %
Privathaushaltanforderung	69,9 %
AltersheimpatientInnen	65,2 %
PatientInnen von Privathaushalten	84,3 %

Tabelle 4: Ausgewählte Behandlungsarten bei SeniorInnen in %

Behandlungsart	Häufigkeit von Behandlungen/ %
chirurgisch	74,2
zahnerhaltend	51,6
prothetisch	82,8

Tabelle 5: Ausstattung von ZahnärztInnen im Erftkreis für Hausbesuche

Art der technischen Ausstattung	Häufigkeit in %
Technikhandstück	68,8
Chirurgische Hausbesteck	59,1
Mobile Behandlungseinheit (ohne nähere Spezifizierung der Ausstattung; eigene Einschätzung durch ZahnärztInnen)	18,3
Sonstige Spezialausrüstung	19,4

Tabelle 6: Angaben von ZahnärztInnen über PatientInnen von Ambulanten Diensten /Pflegeheimen und institutionelle Anforderung zahnärztlicher Versorgung

Bei dieser Befragung liegen Daten zur Einschätzung des Zahn- und Mundhygienestatus von ZahnärztInnen und dem Pflegepersonal von Ambulanten Diensten vor.

Beurteilungen / %	ZahnärztInnen (N= 86, k.A. 7)	Pflegepersonal von Ambulanten Diensten (N= 36, k.A.: 3)
schlechter /ganz schlecht	75,6 (davon 1,2: ganz schlecht)	15,4
ausreichend	20,9	61,5
unterschiedlich	2,3	-
besser	1,2	15,4

Tabelle 7: Einschätzung von ZahnärztInnen und Pflegepersonal Ambulanter Dienste über Mund- und Zahnhygiene immobiler SeniorInnen

Die Auswertung der unterschiedlichen Anregungen und Wünsche ergibt folgendes Bild:

- Verstärkte Behandlung/ Kontrollen der Mundhygiene (4)
- Aufklärung von PatientInnen über Hygiene/ Möglichkeit Hausbesuche etc. (4)
- Schulung des Pflegepersonals (3)
- Einrichtung eines Behandlungsraumes (3)
- finanzielle Anreize zur Behandlung (3)
- Aktion Mundhygiene starten (1)
- Bessere Kommunikation Pflegestellten (1)
- Frühere Hausbesuche (1)
- Kennzeichnung Prothesen (1)
- Mobile Zahnarztstelle (1)
- Regelmässige Fluoridierung (1)
- Regelmässige professionelle Zahnreinigung (1)
- Regelmäßiger Rundgang durch Heime auf Anforderung (1)
- Wegfall Vorschriften von Krankenkassen (1) – Budgetierung.

3.3 Krankenkassen

Die Beschaffung der Daten hat sich für die Krankenkassen als schwierig herausgestellt. Es gibt den Hinweis, dass aus mehreren Dateien die Daten zusammengestellt werden mussten. Von den insgesamt elf ausgegebenen Fragebogen sind sieben zurückgesendet worden. Dabei sind zwei Bogen ohne Daten, zwei Krankenkassen haben PatientInnenzahlen < 4 angegeben, eine Krankenkasse hat die Pflegegruppengruppierung nicht angegeben. Es wird daher lediglich die Anzahl zahnmedizinisch behandelter SeniorInnen nach gruppiertem Alter angegeben.

Gruppiertes Alter von SeniorInnen	Anzahl
<65	52
bis 70	19
bis 80	93
Über 80	146
Summe:	310

Tabelle 8: Zahnmedizinisch behandelte immobile SeniorInnen nach Altersgruppen

Es liegen bei den Krankenkassen keine Beschwerden vor.

4. Interpretation der Daten

4.1 Hypothesen

Der Untersuchung liegen folgende Hypothesen zugrunde:

Die Organisation der zahnmedizinischen Betreuung, die Bedarfsfeststellung für zahnmedizinische Leistungen als auch, damit zusammenhängend, die Kenntnisse des Behandlungs- und Pflegepersonals gewinnen eine zunehmende Bedeutung infolge des Anwachsens der Gruppe von SeniorInnen in stationärer und ambulanter Betreuung.

Die Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung ist abhängig von den Beurteilungsfähigkeiten des Personals bezüglich Organisation und Bedarfsfeststellung der Möglichkeiten zu mundhygienischen Pflegeleistungen und von möglichen zahnmedizinischen Maßnahmen.

Es wird erwartet, dass die Wahrnehmung mundhygienischer Probleme durch Pflege- und Behandlungspersonal abhängig ist von der Größe der betreuten Gruppe.

Die Beurteilung von ZahnärztInnen über den mundhygienischen Status von SeniorInnen ist abhängig von der Behandlungsrate und ihrem technischen Ausstattungsgrad für Behandlungen.

Die Anzahl der behandelten SeniorInnen ist abhängig von Pflegestufe und Altersgruppe.

4.2 Interpretation der Maßnahmen, welche den Zustand der zahn- und mundhygienischen Versorgung von SeniorInnen im Erftkreis verbessern könnten

A1:

Zahnhygienische Versorgung, gemessen am tatsächlichen zahn- und mundhygienischen Versorgungsgrad und der Einschätzung von ZahnärztInnen und Pflegepersonal von Ambulanten Diensten

	Pct	of	Pct	of
Category label	Code	Count	Responses	Cases
ja	1	49	49,5	128,9
nein	2	50	50,5	131,6
Total responses	99	100,0	260,5	

0 missing cases, 39 valid cases

Abbildung 1:

Einschätzung von Ambulanten Diensten über gute Behandlung durch ZahnärztInnen (=regelmässige Untersuchung und Hausbesuche in mehr als 50% der Fälle mit Wartezeit bis zu einem Tag)

Group \$BEHGUT gute behandlung

Gute mundhygienische Pflegeleistungen sind bei den Ambulanten Diensten spezifiziert durch Mundhygiene zweimal pro Tag und Prothesenreinigung mit Reinigungstablette und Zahnhandbürste und Creme. Betrachtet man die letzte Spalte, so ergeben sich hohe Werte für die jeweiligen Prothesenhygiene(-mittel) pro Fall, bei der Mundhygiene ist der Wert mit rund 72 % deutlich geringer. Betrachtet man die Werte bezogen auf Antworten insgesamt für gute Mundpflege, fällt der abnehmende Wert für Zahnhygiene gegenüber dem für Prothesenhygiene auf.

Dichotomy label	Name	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
prothesenhygiene	PROTHHYG	26	26,8	100,0
reinigungstablette	HYGMIT1	26	26,8	100,0
zahnhandbürste/zahncreme	HYGMIT2	23	23,7	88,5
zahnhygiene	ZAHNHYG	22	22,7	84,6
		-----	-----	-----
	Total responses	97	100,0	373,1

0 missing cases; 26 valid cases

Abbildung 4: Gute Einschätzung mundhygienischer Pflegeleistungen durch Pflegepersonal der Heime (= Zahnhygiene möglich, Prothesenhygiene mit Mittel Tablette und Bürste/Creme)

Die Einschätzungen des Pflegepersonals von Heimen liegen – außer bei Prothesenhygiene – leicht über den Werten der Einschätzungen von Ambulanten Diensten, insbesondere bei der Mundhygiene mit rund 85 % gegenüber rund 72 % bei den Ambulanten Diensten.

Die verminderte Rate von guter Mundhygiene bei PatientInnen mit Zähnen (rund 28% bei Ambulanten Diensten/ 15,4% bei Pflegeheimen) gegenüber denen mit Prothesen ist allerdings auffällig.

Trotz - oder wegen? – der hohen Einschätzung mund- und zahnhygienischer Maßnahmen allgemein bei Ambulanten Diensten und Pflegeheimen sind die Fortbildungswünsche klar überwiegend gerade bei denjenigen, die gute Zahn- und Mundhygiene betreiben.

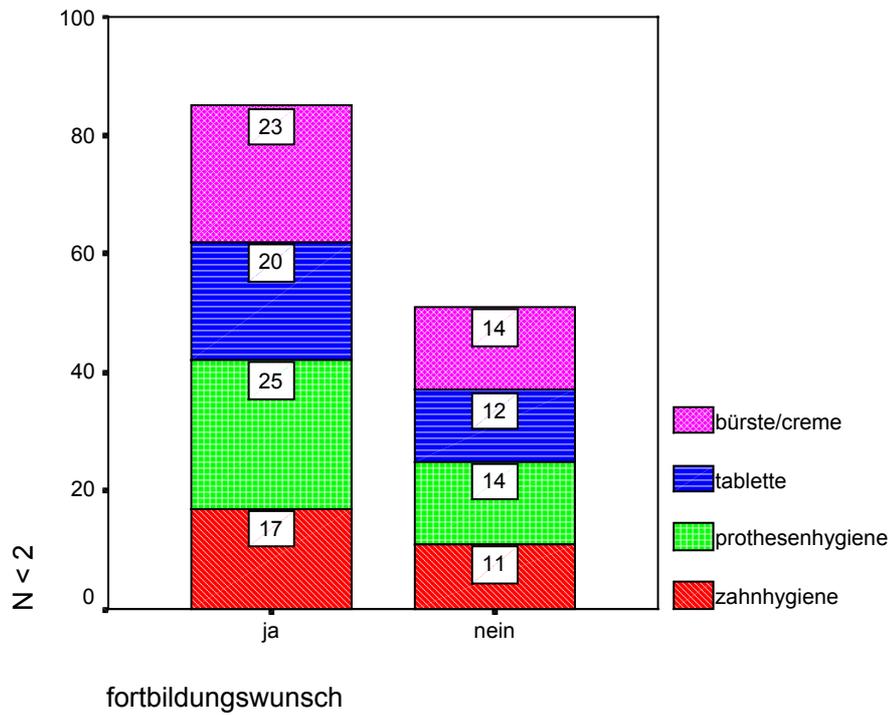


Abbildung 5:
Zahl von Nennungen der Pflegepersonen Ambulanter Pflegedienste, die gute Mund- und Zahnpflege betreiben nach Fortbildungswunsch

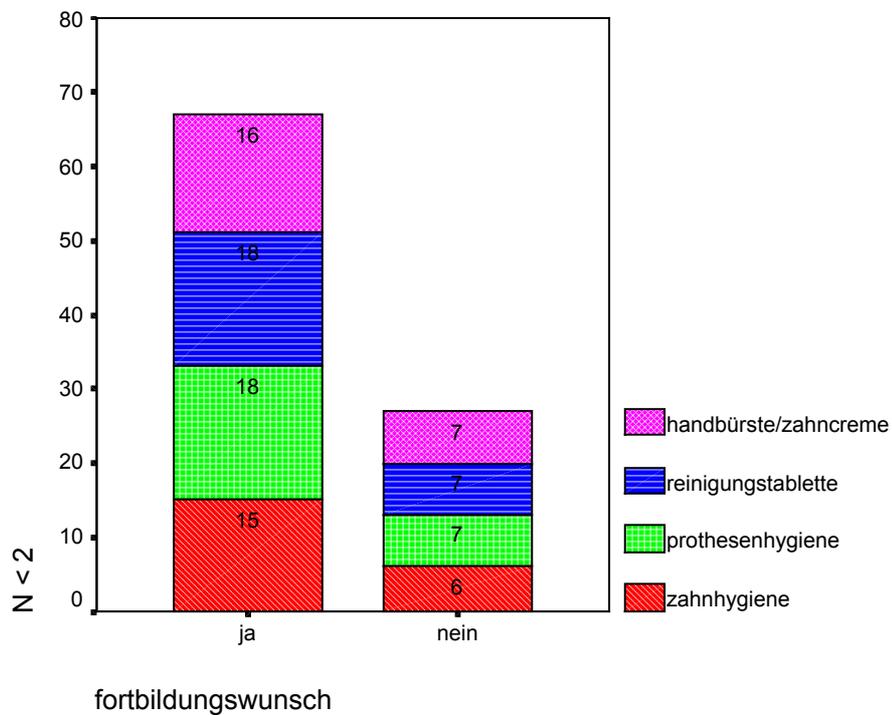


Abbildung 6:
Zahl von Nennungen von Pflegepersonen der Heime, die gute Zahnpflege betreiben nach Fortbildungswunsch

Generell kann daraus geschlossen werden, dass trotz relativ positiver Beurteilung der Pflegeleistungen bezüglich Mund- und Prothesenhygiene ein großes Interesse (> 3/5) an Fortbildung besteht.

Es ist auffällig, dass die Angaben zur mundhygienischen und zahnmedizinischen Versorgung von Pflegeheimen und Ambulanten Diensten relativ hoch eingeschätzt werden, während die mundhygienischen Statureinschätzungen insbesondere von den ZahnärztInnen diesen diametral entgegengesetzt sind.

Beurteilung von ZÄ über Zahnygienestatus von AltenheimbewohnerInnen

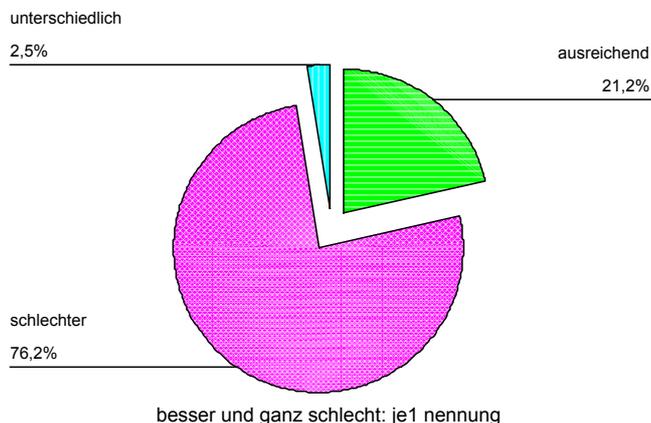


Abbildung 7:
**Generelle Beurteilung von ZahnärztInnen über Zahnygienestatus
von AltenheimbewohnerInnen (N= 87)**

Der Schluss, dass die Beurteilungen der ZahnärztInnen entgegengesetzt von den Beurteilungen der Ambulanten Pflegedienste sind, kann gestützt werden, wenn man die Gruppe der ZahnärztInnen mit einer größeren Zahl von PatientInnen (>25) herausnimmt (14 ZahnärztInnen): von denen schätzen 94,7% den Mundhygienestatus als schlechter ein, während die Einschätzung besser/ unterschiedlich überhaupt nicht vorkommt.

A2:

Die regelmäßigen zahnärztlichen Untersuchungsraten erreichen im Durchschnitt nicht ein Drittel aller SeniorInnen. (17,9 % Ambulante Dienste/ 34,6 % Pflegeheime).

Demgegenüber sind die Angaben zu Hausbesuchen sowie, insbesondere in den Pflegeheimen, die fast durchgängig nur bis zu einem Tag dauernden Wartezeiten als bemerkenswert einzuschätzen.

Dichotomy label	Name	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
untersuchung	UNTERS	9	5,8	34,6
hausbesuch	HAUSBES	23	14,7	88,5
wartezeit	WARTEN	14	9,0	53,8
bedarffestellung patientIn	BEDARF1	24	15,4	92,3
bedarffestellung betreuerIn	BEDARF3	13	8,3	50,0
bedarffestellung personal	BEDARF2	25	16,0	96,2
zahnhygiene	ZAHNHYG	22	14,1	84,6
prothesenhygiene	PROTHHYG	26	16,7	100,0
		-----	-----	-----
	Total responses	156	100,0	600,0

0 missing cases; 26 valid cases

Abbildung 8:

Angaben von Pflegeheimpersonal zur guten zahnärztlichen Betreuung (= Untersuchung 2/Jahr, Behandlung im Heim, Wartezeit < ½ Tag, Feststellung Behandlungsbedürftigkeit von PatientIn, BetreuerIn und Pflegepersonal, Mundhygiene 2/ Tag, Prothesenhygiene 1/ Tag)

A3:

Die personellen Voraussetzungen sind dafür vorhanden: Feststellung des Behandlungsbedarfs vorwiegend von den PatientInnen selbst = 92,3 % sowie dem Pflegepersonal = 96,2 %.

Die organisatorischen Voraussetzungen aufseiten der ZahnärztInnen sind durch die Bereitschaft zu Hausbesuchen gegeben = 88,5 % Pflegeheime/ 66,7 % Ambulante Dienste. Allerdings müsste die technische Ausstattung erweitert werden.

Dichotomy label	Name	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
technikhandstück	TECHNIK	30	40,5	88,2
chirurg. hausbesteck	HAUSBEST	24	32,4	70,6
mobile behandlungseinheit	KOFFER	11	14,9	32,4
sonstige spezialausrüstung	SONST	9	12,2	26,5
		-----	-----	-----
	Total responses	74	100,0	217,6

0 missing cases; 34 valid cases

Abbildung 9:

Angaben von behandelnden ZahnärztInnen (= Altersheim- und Privathausanforderung sowie Praxisbehandlung von SeniorInnen) zur technischen Ausstattung (N= 34)

Wenn man die Gruppe der befragten ZahnärztInnen aufteilt nach BehandlerInnen im vergangenen Jahr (N= 34) und allen Antwortenden (N= 93), so lässt sich generell ablesen, dass mit steigender PatientInnenzahl die Rate mit technischer Ausstattung sich zwar erhöht; die Ausstattungsrate jedoch bei der mobilen Behandlungseinheit und sonstiger Spezialausrüstung bei allen Antwortenden insgesamt unter einem Fünftel liegt (18,3 % bzw. 19,4 %), und bei den tatsächlich Behandelnden insgesamt knapp ein Drittel erreicht.

A4:

Der Bedarf im steigendem Alter lässt sich an den Daten der Krankenkassen ablesen: danach ist ab dem 80. Lebensjahr die Zahl der PatientInnen über dreimal so hoch wie in der Gruppe bis 70.

(siehe Tab. 7, S. 12)

Eine Stabilisierung/ Steigerung dieser demographischen Verteilung ist erwartbar. Daher ist tendenziell mit einem Anwachsen von PatientInnenzahlen zu rechnen.

4.3 Maßnahmenmöglichkeiten

Die im folgenden vorgeschlagenen Maßnahmen verfolgen kurzfristige und langfristige Ziele. Das langfristige Ziel besteht darin, durch verbesserte Aufklärung und Gruppenprophylaxe ein kompensatorisches Resultat zu der steigenden Zahl erwartbarer Behandlungen zu erzielen, so dass im Endeffekt keine gravierenden Kostensteigerungen stattfinden. Kurzfristige und langfristige Ziele werden mit folgenden Maßnahmen – in Verknüpfung mit den Zielen der WHO – als erste Schritte zur Verbesserung der Mundgesundheit von SeniorInnen im Erftkreis vorgeschlagen. Diese erfolgen im Einklang mit dem Ziel 6: „... den behinderungsfreien Lebensabschnitt der 65-jährigen und älteren verlängern und ihre Lebensqualität verbessern ...“ indem „...bedürftigen älteren Menschen bedarfsgerechte Dienste und Unterstützung“ gesichert werden.

Zahnprophylaxe hat bei allen Behandlungszielen oberste Priorität. Dies bedeutet, dass es wünschenswert wäre, Leistungsstandards für die zahnärztliche Betreuung und Behandlung von SeniorInnen eindeutig so durch die Krankenkassen festzulegen, dass auch für diese Gruppe der Erhalt resp. die Wiederherstellung vorhandener Zähne prioritär ist. Neben der Erhaltung und Wiederherstellung vorhandener Zähne sollte die Reparatur existenten Zahnersatzes der kompletten Erneuerung vorgelagert sein, weil oftmals eine psychogene Veränderungsresistenz gegenüber neuem Zahnersatz besteht. Die Propagierung, Finanzierung und Kontrolle der Reihenfolge von

- Erhalten/ Wiederherstellen von vorhandenem Zahn
- Reparatur von existenter Prothetik
- Neuanfertigung von Zahnersatz
gibt den für alle Maßnahmen leitenden Prophylaxegedanken wieder.

B1:

Fortbildung des Pflegepersonals

„Bedarfsgerechte Dienste und Unterstützung“ (WHO. Ziel 6) können nur mit entsprechendem Personal arbeiten. Für die primäre Gesundheitsversorgung (Ziel 28) und für bürger-nahe Dienste speziell für u.a. BürgerInnen, die Langzeitbetreuung und –unterstützung bedürfen (Ziel 30), ist das Pflegepersonal entscheidend.

Dass bei dieser Gruppe Verbesserungsmöglichkeiten insbesondere durch Fortbildung besteht, wird sowohl von den Pflegeheimen als auch den ambulanten Diensten selbst gesehen – und von den ZahnärztInnen als Anregung ebenfalls geäußert.

Als konkrete Maßnahmen werden vorgeschlagen:

- Oral-hygienische Fortbildungsmaßnahmen der Zahnärztekammer richten sich regional an das Pflegepersonal und an die ZahnärztInnen
- Oral-hygienische Ausbildungsinhalte sollten sowohl bei der universitären Ausbildung als auch beispielsweise in den Altenpflegeschulen verstärkt gelehrt werden
- es wird ein Antrag an die Landesgesundheitskonferenz gestellt, die oral-hygienischen Fortbildungsmaßnahmen des Pflegepersonals und der ZahnärztInnen durch geeignete Maßnahmen zu fördern.
- In Einklang mit Ziel 31 – Sicherung der Versorgungsqualität – ist bei der gesundheitsberuflichen Aus- und Fortbildung auf die Leistungsmaßstäbe: Betonung des Gesundheitszustandes, Lebensqualität, Patientenzufriedenheit und Kosteneffektivität zu achten.

Diese Maßstäbe liegen auch den folgenden Maßnahmeschritten zugrunde.

B2:**Steigerung der Untersuchungsintervalle und - rate**

In der Steigerung der Untersuchungsrate ist ein wirkungsvolles Instrument zu sehen, welches genutzt werden kann. (vgl. Ziel 30 : hochwertige Versorgung und Unterstützung)

Hierzu erfolgt ein Schreiben an die KollegInnen durch die Zahnärztekammer. In ihm wird vorgeschlagen, dass

jede Altenpflegeeinrichtung – unabhängig von der Grösse ihres Platzangebotes und der Verfügung über einen separaten Behandlungsraumes – in regelmässigen zeitlichen Abständen von einem bestimmten Zahnarzt aufgesucht werden sollte

die freie Arztwahl der Heimbewohner auf keinen Fall eingeschränkt werden darf. Vielmehr ist dafür Sorge zu tragen, dass individuelle Ermächtigungen der HeimbewohnerInnen gegenüber dem ‚Heimzahnarzt‘ erfolgen.

B3:**Einrichtung Behandlungsraum in größeren Pflegeeinrichtungen**

Es wird empfohlen, die räumlichen Voraussetzungen zur Behandlung in den Heimen zu verbessern, indem- insbesondere in größeren Heimen - ein ungestörter Behandlungsraum eingerichtet wird. Dieser könnte auch von anderen (Fach-) ÄrztInnen benutzt werden.

Ideal wäre in diesem Zusammenhang die Installation von u.U. gebrauchten Behandlungsstühlen in Pflegeheimen als eine Alternative zum Transport von PatientInnen in die Praxen. (vgl. Ziel 30: wirksame aufsuchende Arbeit gewährleisten)

Dieser Raum könnte als Zweitpraxissitz für eine bestimmte Praxis geführt werden.

B4:**Förderung von mobilen Behandlungseinheiten**

Die technische Ausrüstung für Heim- und Hausbesuche ist unterschiedlich: insbesondere fehlt eine mobile Behandlungseinheit bei rund 4/5 der ZahnärztInnen. Sie umfasst insbesondere ein Technikhandstück, mit welchem Druckstellen beseitigt werden können und poliert und geschliffen werden kann.

Diese Ausstattung ist vor allem bei ZahnärztInnen mit größerer Behandlungsgruppe von SeniorInnen vorhanden. Es könnte überlegt werden, schwerpunktmäßig interessierte ZahnärztInnen gezielt bei der Ausstattung und Benutzung der technischen Möglichkeiten zu unterstützen. (vgl. Ziel 30: Gesundheitsdienste mit sozialer Unterstützung und Einkommenszuschüssen koordinieren sowie Ziel 31: funktionsgerechte Anreizsysteme, die sich auf die Resultate der Versorgung stützen) Hier käme beispielsweise die leihweise Überlassung einer mobilen Behandlungseinheit durch die Kassenärztliche Vereinigung zum Tragen.

Ferner könnte eine Umfrage unter den Zahnärzten gemacht werden, wer von ihnen über einen behindertengerechten Zugang verfügt.

B5:

Öffentlichkeitsarbeit

Es wird empfohlen analog Ziel 30 – Gesundheitsdienste mit sozialer Unterstützung koordinieren, Selbsthilfegruppen u.ä. Gruppierungen unterstützen und ihre aktive Einbeziehung in die Planung und Erbringung der Leistungen ermöglichen, dass die finanziellen und technischen Voraussetzungen zu einer mehr aufsuchenden zahnärztlichen Betreuung auch seitens der Krankenkassen gefördert werden, beispielsweise durch:

- Sicherstellung einer ausreichenden Kommunikation zwischen Pflegeinstitutionen und ZahnärztInnen, eventuell über die Gesundheitskonferenz.
 - Hierzu ist die Nutzung und Weiterentwicklung der Datenbank über Reha-, Pflege- und Pflegehilfsmittel bei der Pflegeberatung nützlich. Es sollten verstärkt verfügbare Informationen zur Zahngesundheit gesammelt und veröffentlicht werden.
- Aufklärung von PatientInnen über Notwendigkeit und Möglichkeit der mund- und zahnhygienischen Maßnahmen, auch im steigenden Alter.
- Die Entwicklung von speziellen Informationsschriften zur oral-hygienischen Pflege wird vorgeschlagen. Sie sollte sich gezielt an alle SeniorInnen wenden, und beispielsweise in Altenclubs, Altentagesstätten etc. verteilt werden – Motto: Zahngesundheit – ein lebenslanger Prozess!
- Organisatorische Phantasie bei der Ansprache von älteren BürgerInnen am Tag der Zahngesundheit: er soll erweitert werden auf die Ansprache von von SeniorInnen.
 - Hierzu wird vorgeschlagen, dass in einer Gemeinde ein Heim gezielt angesprochen wird. Am Tag der Zahngesundheit werden dann Aktionen für die BewohnerInnen angeboten (analog wie bislang für die Kinder und Jugendlichen). Dazu kommt eine Fortbildung des Pflegepersonals für dieses eine Heim. Für die Organisation dieser Fortbildung wird die Kassenzahnärztliche Vereinigung angefragt.

Zusammenfassung:

Die Untersuchungshypothesen, die Interpretation der Daten und ihre Zuspitzung auf mögliche kurz- und mittelfristige Maßnahmen im Erftkreis können konzentriert werden auf:

Problem	Maßnahmen
Einschätzung Mund- und Prothesenhygiene Relativ gute Einschätzung von geleisteten Pflegeleistungen durch Pflegepersonal kontrastiert mit mehrheitlich ausreichender/schlechter Einschätzung durch ZahnärztInnen	Fortbildung Pflegepersonal (mehrheitlich selbst gewünscht) Öffentlichkeitsarbeit
zahnärztliche Kontrollen zweimal/Jahr erreichen lediglich 11,5% der PatientInnen von Pflegeheimen und regelmäßige Kontrollen von PatientInnen Ambulanter Pflegedienste erfolgen(nach Einschätzung des Personals) in 17,9 % der Fälle	Steigerung Untersuchungsintervalle Öffentlichkeitsarbeit Entwicklung eines Behandlungsangebotes ‚Heimzahnarzt‘
Ausstattung bei gegebenen personellen und organisatorischen Voraussetzungen mangelt es an räumlicher und (mobiler) technischer Ausstattung	Einrichtung Arztzimmer Förderung technischer, mobiler Behandlungseinheit

5. Vergleich der im Erftkreis gewonnenen Daten mit anderen ausgewählten Untersuchungen

Bei der Untersuchung im Erftkreis sind ausgewählte Aspekte der Zahngesundheit von SeniorInnen erfasst worden – und dies durch Einschätzungen des Pflegepersonals und von ZahnärztInnen. Diese haben orientierende Funktion bezüglich:

- Basisleistungen: Diagnostische zahnmedizinische regelmäßige Untersuchung und Pflegeleistungen wie Mund- und Prothesenhygiene, Kennzeichnung Prothesen
- Aufsuchende Betreuung: Anfrage von Pflegeeinrichtungen und Ärzterart, Wartezeiten und Feststellung Betreuungsbedürftigkeit
- Zahnmedizinische Qualifikation des Pflegepersonals: Einschätzung der Kenntnisse und Fortbildungswunsch
- Zusätzlich liegen Daten vor für:
- Zahnärztliche Inanspruchnahme: gruppierte Werte
- ausgewählte Technikausrüstung für Haus- und Heimbehandlungen
- Grobe Einschätzung Mundhygienestatus

Bei dieser Untersuchung ist auf eine detaillierte Zustandsbeschreibung – beispielsweise anhand von Pflegedokumentationen, PatientInnenakten und Leistungsabrechnungen der Krankenkassen – verzichtet worden. Vielmehr ist mit Einschätzungen und gruppierten Werten, die relativ geringere Aussagekraft haben als exakte Angaben, gearbeitet worden.

Im folgenden können deshalb lediglich grobe Trends der Übereinstimmung oder des Abweichens von exakteren Daten in der Literatur festgestellt werden. Sie werden in Hinblick auf vordringliche Maßnahmen referiert.

5.1 Diagnostische Basisleistungen bei immobilen SeniorInnen

Sie gelten als besondere Risikogruppe: einmal aufgrund ihres in der Regel hohen Lebensalters und ihrer Lebenssituation in Abhängigkeit von Pflegepersonen.

Prothetische Versorgung und Zahnlosigkeit sind prägende Ereignisse in der Altersgruppe über 65 Jahre: in den alten Bundesländern liegt die Quote von Zahnlosigkeit bei 25 % (IDZ) - 27 %, und steigt ab dem 81. Lebensjahr auf rund 46 %. (Bauer, Neumann, Saekel, 56) Die Prothesenversorgung ist fast vollständig, allerdings wird bei der Prothesenhygiene lediglich ein Wert von 32 % plaquefreier Gebisse erreicht. (IDZ)

Die Erhebung des Mundhygienestatus erfolgt lediglich in einem Viertel aller Fälle bei GKV-Versicherten, bei PKV-Versicherten zu 1%. (Baueretal, 7)

5.2 Personelle Möglichkeiten für aufsuchende Betreuung und Prophylaxe

Die Zahnarzt – und Zahntechnikerdichte ist in Deutschland – im europäischen Maßstab – als hoch zu bezeichnen (70 auf 100.000), hingegen sind Ausstattung und Fortbildungsmöglichkeiten für Prophylaxepersonal „stark defizitär“ (Bauer et al.,7) (eine Prophylaxekraft auf 25 ZahnärztInnen in Deutschland. Dabei wäre ein Sollwert von 1: 2 anzustreben.

Als Konsequenz ergeben sich daraus einmal eine starke Betonung auf symptomorientierte Behandlungskonzepte, welche dann bei den niedergelassenen ZahnärztInnen angesiedelt sind. In der hier untersuchten Altersgruppe kann erschwerend davon ausgegangen werden, dass die feststellbaren Qualitätsverbesserungen in der zahnerhaltenden Therapie, des Materials sowie der zahnärztlichen Versorgung generell (z.B. verbreiterte Anwendung von Lokalanästhesien) in den entscheidenden Jahren der Prophylaxe an ihnen vorbeigegangen sind. Erschwerend kommt hinzu, dass in Deutschland Individual- und Gruppenprophylaxe damals nicht gegeben war. Der mund- und zahnhygienische Status dieser Altersgruppe kann deshalb lediglich symptomatisch-prothetisch erleichtert werden, d.h. eine „relative Gebissanierung“ (Stark, 1996)

5.3 Pflegepersonal: Qualifikation und Fortbildung

Gerade bei immobilen, teilweise altersdementen PatientInnen gerät eine Mund- und Zahnhygiene in eine schwierige Gemengelage von einerseits teilweiser Ablehnung von Hygienemaßnahmen und andererseits Überforderung des Personals. Die Daten hierzu sind mit „katastrophal“ und „besorgniserregend“ umschrieben worden, (Pro Alter, 42), weil das Ziel einer halbjährlichen Kontrolle des Mundzustandes mit steigendem Alter mehrheitlich nicht erreicht wird. Die zahnmedizinisch-prothetische Versorgung wird als „in weiten Bereichen völlig unzureichend“ eingeschätzt. (IDZ, Bartsch et al.,104).

Die Finanzierungsfrage für individuelle Oralprophylaxe und Prothesenreinigung ist nicht abschließend geklärt bei pflichtversicherten pflegebedürftigen SeniorInnen. (Nitschke/ Hopfenmüller, 442). Bislam ist die individuelle Prophylaxe und Prothesenreinigung keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings sind auch ProthesenträgerInnen seit 1999 in das Bonussystem einbezogen: der Eigenanteil bleibt nur bei mindestens jährlicher zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchung bei 35%.

Eine Sensibilisierung und Aufklärung des Pflegepersonals erscheint als dringend erforderlich: ein Konzept hierfür liegt vor. (BZÄK, 1998) Es umfasst ebenfalls die zahnärztlichen Organisationsmaßnahmen und technischen Ausrüstungen.

5.4 Direkter Vergleich der Daten von Altenheimen (AH)/ Ambulanten Diensten (AD) im Erftkreis (GBE Erftkreis, 2000) und Bayern (Stark, 1992)

Eine Studie aus dem Jahre 1992, die in Bayern in Altenheimen durchgeführt wurde, erbrachte bei einem Vergleich der Daten, dass bei der neueren Untersuchung im Rheinland eine tendenzielle Verbesserung bei der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit überhaupt feststellbar ist; ferner eine leicht gesteigerte Bereitschaft zur Schulung/ Fortbildung. Dies deutet auf einen Trend zumindest zur Wahrnehmung zahn- und mundhygienischer Probleme im SeniorInnenbereich hin.

Als übereinstimmendes Ergebnis beider Studien kann festgehalten werden, dass

- Mund- und Zahnhygiene von SeniorInnen als deutlich verbesserungswürdig eingestuft werden
- Fortbildung des Personals angezeigt ist
- regelmässige zahnärztliche Kontrollen als notwendig erachtet werden.

Die Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der mundgesundheitslichen Lage von SeniorInnen müsste mit weiteren Forschungen begleitet sein.

Diese können angesichts der Überrepräsentation von Seniorinnen in den höheren Altersgruppen auch als Beitrag zur Gender-Forschung angesehen werden. Hierbei wird das Geschlecht als fundamentale Strukturkategorie zur Erforschung sozialstruktureller, sozialinteraktioneller und gesellschaftstheoretischer Fragen angesehen. Die Entwicklung einer Pflegeforschung unter dieser Perspektive ist dringend erforderlich; sie steht noch am Anfang.

Zusammenfassung:

Die Sichtung anderer Untersuchungen erbringt einmal eine Verstärkung der Ausprägungen der im Erftkreis über Einschätzungen erzielten Daten. Ferner kann aus der im Erftkreis leicht höher liegenden Bereitschaft zur Fortbildung auf einen Trend zur dementsprechenden Wahrnehmung von mund- und zahnhygienischen Problemen geschlossen werden, dass sich die vorgeschlagenen Maßnahmen – wie auch in der Gesundheitskonferenz angelegt - umsetzen lassen.

6. Mögliche weitere Untersuchungsschritte

Die unter 2.3: Berichtstyp erwähnte begrenzte Reichweite der Daten könnte es angeraten erscheinen lassen, die Untersuchung zur Zahngesundheit von immobilen SeniorInnen im Erftkreis auf eine breitere Datenbasis zu stellen.

Grundsätzlich sollten die Betroffenen selbst befragt werden, da die Daten von ‚Außenstehenden‘ immer auch Wahrnehmungsverzerrungen miteinbeschließen. Eine solche Untersuchung dürfte infolge der Gesundheitsproblematiken der betroffenen Gruppe sehr schwierig, zeit- und personalaufwändig sein.

Es böte sich an, stattdessen ExpertInnen-Interviews mit ausgewählten SeniorInnen, Angehörigen, Pflegepersonen und betreuenden ZahnärztInnen durchzuführen.

Ergänzend könnten teilnehmende Beobachtungen bei den mundhygienischen Pflege- und Behandlungsmaßnahmen erfolgen. Solche Untersuchungen könnten die eher orientierende Untersuchungen per Fragebogen ergänzen, und damit ein aus verschiedenen Blickwinkeln gewonnenes Bild zur Zahnkrankheit von SeniorInnen mit dem Ziel einer Verbesserung der Zahngesundheit liefern.

Eine weitergehende Frage ist die nach einer Hauptuntersuchung. Hier sollte mit einem veränderten Design der Untersuchung gearbeitet werden. Es umfasst:

- die theoretische Ausrichtung der Untersuchung – Stichworte: Lebenslage Alter, Zahngesundheit als lebenslanger Prozess – beides in Abhängigkeit von sozioökonomischen Gegebenheiten / Infrastruktur der Versorgung / individuelle Reaktionsweisen auf beisp. Hygienebewusstsein und –befähigung, Symptomaufmerksamkeit, Behandlungswilligkeit etc. / vertiefende Fragestellungen insbesondere bei Befunderhebungen, Prophylaxemaßnahmen, Präventionskonzepten und kurativen Maßnahmen
- die methodische Durchführung der Untersuchung – Auswahl differenzierter Methoden / Methodenmix – beispielsweise Ergänzung der schriftlichen Befragung mit teilnehmender Beobachtung und qualitativen Interviews
- die organisatorische Durchführung –Projektmittel z.B. durch Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und schließlich eine externe Auftragsvergabe sollten überlegt werden.

Maßnahme:

es wird empfohlen, angesichts der parallel laufenden Untersuchungen an den Universitäten Bonn und Dresden, Kooperationen herzustellen; hier könnte auch der Forschungs- und Wissenstransfer zwischen Kommunalen Diensten und Universitäten zum Tragen kommen. Er könnte sich insbesondere auf den Austausch von Untersuchungsergebnissen und ihrem Vergleich sowie der Übernahme von entwickeltem Fortbildungsmaterial beziehen.

Es wird empfohlen, im Erftkreis ein Pilotprojekt in Zusammenarbeit mit der Gerontostomatologische Abteilung der Universität Bonn unter Leitung von Prof. Dr. Stark zu entwickeln. In ihm sollen geleistet werden:

Erhebung des mund- und zahnhygienischen Status der BewohnerInnen einzelner Heime

Erhebung des Status nach Beendigung der vorgeschlagenen Maßnahmen (Vorher-Nachher-Untersuchung)

An der TU Dresden wird ein Fortbildungsprogramm innerhalb eines Projektes entwickelt. Ob ein Austausch von Maßnahmen und deren Unterstützung durch diese Universität erreicht werden kann, hängt nach unserem bisherigen Kenntnissen vom Veröffentlichungsstand der dortigen Untersuchungen ab.

Eine weitere Möglichkeit liegt in der Zusammenarbeit mit landeseigenen Instituten wie dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bielefeld (Iögd): sie führen Untersuchungen im Auftrag der Kommunen durch.

Es ist im Arbeitskreis Zahngesundheit verabredet, dass die Arbeitsschritte der beteiligten Akteure für die vorgeschlagenen Maßnahmen im Erftkreis dokumentiert werden, um eine Evaluation der Maßnahmen durchführen zu können.

Zusammenfassung:

Umfassendere Untersuchungen von Mund- und Zahnhygiene bei SeniorInnen im Erftkreis sind mögliche Folgemaßnahmen. Sie sind theoretisch und methodisch komplexer anzulegen. Dazu bedarf es -neben der Kooperation mit den beteiligten Akteuren im Arbeitskreis Zahngesundheit der Gesundheitskonferenz- der Entwicklung einer Zusammenarbeit mit Universitäten und Forschungsinstituten.

So können Ergebnisse ausgetauscht und verglichen, entwickelte Fortbildungsmaterialien übernommen und weiterentwickelt sowie insgesamt ein Beitrag zum Forschungs- und Wissenstransfer von Kommune und Wissenschaft geleistet werden.

Ausgewählte Literatur zu: Zahngesundheit von (immobilen) SeniorInnen

Bauer, J., Neumann, Th., Saekel, R. (1995): Mundgesundheit und zahnmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1994. Erfolge, Defizite, Aussichten. Berlin

Benz, Ch./ Kremers, L./ Streit, Cora/ Bühner, A. (2000): Erste Resultate der Bayerischen Altenprophylaxe-Studie (BAPS), in: prophylaxe impuls, 4. Jg., S. 6-11

Bundeszahnärztekammer (1998): Konzept: Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen, o.O.

Gitschmann, P./ Bullmann, U. (2.1998): Kommunale Altenpolitik, in: Wollmann, H./ Roth, R.(Hrsg.): Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden., S. 732-747

Institut der Deutschen Zahnärzte (1997): Trends und Problemanalyse zur Mundgesundheit. o.O.

Johnke, Gundula/ Wefers, K.-P. (): Ältere Menschen. in: Institut der Deutschen Zahnärzte (2. unveränd. Aufl.): Prophylaxe ein Leben lang – ein lebensbegleitendes oralprophylaktisches Betreuungskonzept. o.J./ o.O.

Künzel, W.(1999): Orale Gesunderhaltung bis ins hohe Alter – Utopie oder erreichbare Realität? in: Zahnärztlicher Gesundheitsdienst, 4. Ausgabe, S. 4-7

Landschaftsverband Rheinland (2000): LVR verbessert die Geronto-Standards, in: LVR-Report. o.O., o.A. (Zitat Hirsch, R. Abteilungsarzt für Allgemeine Psychiatrie/ Gerontopsychiatrie an den Rheinischen Kliniken Bonn)

Lares, Edith (2000): Gesunde Zähne – ein Leben lang, in: Deutsche Apothekerzeitung , 140 Jg., Nr. 2, S. 2413- 2421

Lechner, M. (2000): Leserbrief zum Brennpunkt „Sind die Zahnärzte zu faul für Behandlungen zuhause?“ in: Pflege intern, Ausg. 9, S. 15

Meyer, K.U./ Baltes, P.B. (Hrsg.) (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin

Nitschke, Ina/ Hopfenmüller, Werner (2.1999): Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen, in: Berliner Altersstudie, Hrsg. von Mayer, Karl Ulrich & Baltes, Paul B., S. 429 - 448

Nitschke, Ina (2000): Ratschläge zur zahnmedizinischen Prophylaxe bei älteren Menschen, in: prophylaxe impuls, 4. Jg., S. 12-22

Pflege intern (2000): Zeigen Sie Zahnärzten die Zähne: Fahren Sie mit Patient und Bett in die Praxis, Ausgabe 7, S. 2/3, o.A./ o.O.

Pflege intern (Oktober 1999): Neues Konzept: Zahnärzte wollen Versorgungs-Lücken bei Pflegebedürftigen schließen. Ausgabe 19, S. 12/13, o.A./ o.O.

Pro Alter (1998): Mobile zahnärztliche Betreuung mit Behandlungskoffer. 4. Ausgabe, S. 43/ 44

Pro Alter (1998): Wir brauchen das Fachwissen der Altenhilfe. Interview mit Dr. J. Junge (u.a. Vorstandsreferent für Alterszahnheilkunde der Bundeszahnärztekammer(und Christof Schumacher (Informationsstelle der Deutschen Zahnärzte, Köln), S. 44-46

Pro Alter (1998): Zähne müssen im Alter nicht ausfallen. 4. Ausgabe, S. 41-43

Stark, H. (1992): Untersuchungen zur zahnmedizinischen Betreuung in den Heimen der Altenhilfe in Bayern, in: Deutsche Zahnärztliche Zeitung, 47. Jg., S. 124-126

Stark, H. (1996): Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Gebisszustand und dem Ernährungsverhalten alter Menschen? in: Geriatrie Forschung, Vol.6, Nr. 2, S.59-66

Stark, H./ Holste, Th. (1990): Untersuchungen über die zahnärztlich-prothetische Versorgung von Bewohnern Würzburger Altenheime, in: Deutsche Zahnärztliche Zeitung, 45. Jg., S. 604-607

Thieves, M.(2000): Hygienevorhaben in Altenpflegeheimen, in: Das Gesundheitswesen. Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Public Health, Education, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Medizinischer Dienst. 62. Jg., Juni 2000, S. 355-358, Stuttgart/ New York

Trojan, Alf (2.1998): Kommunale Gesundheitspolitik, in: Wollmann, H./ Roth, R.(Hrsg.): Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden. S. 780-800. Bonn

WHO, Regionalbüro für Europa (1991): Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa. Kopenhagen

Internetadressen: [jeweils mehrere Dateien]

<http://zahngesund.de/zahn.htm>

<http://idz-keoln.de/ger/>

http://imib.med.tu-dresden.de/public_health/ [Projekt Z2: Mundpflegeverhalten in Senioren- und Pflegeheimen, Projektleitung: Prof. Dr. Reitemeier]